



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2011 - 2012

Διπλωματική Εργασία

Άννα - Σουλτάνα Τοσιώτη

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις
Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ, Επίκουρος καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου

Σεπτέμβριος 2012



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2011 - 2012

Διπλωματική Εργασία

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τομέας Επιστημών Υγείας

Τριμελής Επιτροπή

1. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου
2. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λάρισας
3. Στέφανος Μαντζούκας, Επίκουρος Καθηγητής, ΤΕΙ Ηπείρου

Σεπτέμβριος 2012

Copyright © Άννα – Σουλτάνα Τοψιώτη, 2012

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Κατάλογος περιεχομένων

Κεφάλαιο 1 Ο Γυναικολογικός καρκίνος	13
1.1 Καρκίνος του μαστού	13
1.1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού	13
1.1.2 Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια και προσυμπτωματικός έλεγχος	14
1.1.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις στις γυναίκες από την εμπειρία ενός γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια	15
1.1.4 Προσωπικές εμπειρίες που επιδρούν στην συμπεριφορά πρόληψης του καρκίνου του μαστού	17
1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	18
1.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	18
Κεφάλαιο 2 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας	20
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις	20
2.1 Υλικό και Μέθοδος	23
2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	23
2.3 Στατιστική επεξεργασία	30
Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα	33
3.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων	33
3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	33
3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων	34
3.4 Προβλήματα που εμφανίστηκαν κατά τη διαδικασία	41
3.5 Κλίμακες που μελετήθηκαν	42
3.6 Ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90)	47
3.7 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)	49
3.8 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)	51
3.9 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)	51
3.10 Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI) ...	53
3.11 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)	54
3.12 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	55

3.13 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	56
3.14 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)	57
3.15 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10)	57
3.16 Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)	58
3.17 Συσχετίσεις των κλιμάκων των ερωτηματολογίων	59
3.18 Το βίωμα του καρκίνου σε κάποιο μέλος της οικογένειας	60
3.19 Η εμπειρία του καρκίνου και άλλες κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι	63
3.20 Η εμπειρία του καρκίνου στην οικογένεια	63
3.21 Η εμπειρία ενός γυναικολογικού καρκίνου σε κάποιο μέλος της οικογένειας	67
3.22 Φόβος για την αρρώστια και φόβος για τους ανθρώπους	68
3.23 Ναρκισσισμός και βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος	69
3.24 Παράγοντες που επηρεάζουν την εξέταση με τεστ Παπανικολάου	70
3.25 Αυνανισμός και στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας	70
Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα - Συζήτηση	72
Περίληψη	76
Βιβλιογραφία	78
Παράρτημα	87



Francis Picabia, Les Seins, collection privée.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλες τις γυναίκες οι οποίες έλαβαν μέρος στην έρευνα και δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Πολλά από τα ερωτήματα ήταν δύσκολο να απαντηθούν γιατί ακουμπάνε σε πολύ προσωπικά θέματα και βιώματα που δεν είναι ευχάριστο να τα ανακαλείς. Η συμμετοχή τους από μόνη της αποτελεί πράξη αλtruισμού και η έρευνα έχει την ανάγκη τέτοιων συμπεριφορών.

Απεριόριστο σεβασμό και ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην Κα Μαίρη Γκούβα, Επίκουρο Καθηγήτρια, επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας μου, της οποίας η μακρόχρονη εμπειρία, οι εύστοχες υποδείξεις, οι διαφωτιστικές παρααινέσεις και η συνεχής υποστήριξη στάθηκαν απαραίτητα εφόδια σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου.

Εισαγωγή

Μεταξύ των γυναικών, πιο συχνά, διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του μαστού τόσο στον ανεπτυγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο και αποτελεί μια σοβαρή αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας (Parkin κ.ά 1999, Cortesi κ.ά 2006, Keller κ.ά 2001, Santora κ.α 2003). Υπάρχουν στοιχεία από πολλές χώρες, όπου ο προσυμπτωματικός έλεγχος του μαστού με μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού (Duffy κ.ά 2002, Akker-van Marle E Van den κ.ά 1999, Beckett κ.ά 2003, Day κ.ά 2000, Blanks κ.ά 2000) και η μαστογραφία έχει προταθεί στην Ευρώπη για πάνω από μία δεκαετία ως βασικό όπλο ενάντιον του καρκίνου του μαστού (Hackshaw 2003).

Το 2006 στην Ελλάδα, η συχνότητα και θνησιμότητα (ASRs, ευρωπαϊκό πρότυπο) για τον καρκίνο του μαστού ανά 100.000 ήταν 81,8 και 21,7 αντίστοιχα (Ferlay κ.ά 2006). Αν και αυτό είναι χαμηλότερο από ό, τι στις περισσότερες άλλες χώρες στην Ευρώπη, η πτώση της θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού που παρατηρήθηκε στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κατά την τελευταία δεκαετία δεν ήταν τόσο μεγάλη στην Ελλάδα (Levi κ.ά 2005). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, η παρατηρηθείσα συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξήθηκε στην Ευρώπη, και συνοδεύτηκε από σημαντική μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού (Santora κ.ά 2003).

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένων των σκανδιναβικών χωρών, τη Γερμανία, την Πολωνία, την Τσεχική Δημοκρατία, την Αυστρία, την Ελβετία, την Ιταλία και την Ισπανία έχουν δείξει σημαντική μείωση στα ποσοστά θνησιμότητας (μεταξύ 8% και 19% κατά τα τελευταία χρόνια, η οποία έχει αποδοθεί στην έγκαιρη ανίχνευση και στην βελτίωση της θεραπείας. Μειώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας ήταν χαμηλότερα στην Ελλάδα (Ferlay κ.ά 2006), όπου η καθυστερημένη διάγνωση φαίνεται να είναι ένα βασικό ζήτημα. Δεν υπάρχει εθνική στρατηγική για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με μαστογραφία πρέπει να καθιερωθούν στο ελληνικό μικτό δημόσιο-ιδιωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Υπήρξαν τοπικές πρωτοβουλίες, όπως μια πιλοτική μελέτη της Ελληνικής Εταιρείας Ογκολογίας (Garas κ.ά 2004) για πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Σε αυτή την πιλοτική μελέτη σε Ηλεία και Μεσσηνία στην Πελοπόννησο, γυναίκες ηλικίας 40-64 χρόνων κλήθηκαν για έλεγχο και ένα ποσοστό συμμετοχής 52,48% έχει αναφερθεί (Garas κ.ά 2004) .

Στην Ελλάδα υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση για όλους σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Souliotis κ.ά 2004) και παράλληλα δίδεται δυνατότητα χρήσης του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Οι δυνατότητες όμως αυτές αξιοποιούνται όλο και συχνότερα (Pappa κ.ά 2006), από χρήστες που είναι ως επί το πλείστον άνθρωποι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εισόδημα (Pappa κ.ά 2006). Σε περίπτωση που η μαστογραφία έχει προωθηθεί, για παράδειγμα μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα ποσοστά συμμετοχής είναι χαμηλά

(Mousiama κ.ά 2006). Συζήτηση για τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης στη σύγχρονη Ελλάδα επικεντρώνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα ενίσχυση και την προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ενθάρρυνσης της κατάλληλης εξέτασης του μαστού με μαστογραφία (Souliotis κ.ά 2004). Ωστόσο, η έλληνες γενικοί ιατροί αναφέρουν ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η έλλειψη χρόνου καθιστούν δύσκολο για αυτούς να συμμετέχουν σε δραστηριότητες προώθησης πρόληψης της υγείας (Brotans κ.ά 2005). Λίγα είναι γνωστά για το πώς οι γυναίκες στην Ελλάδα αντιλαμβάνονται προληπτική μαστογραφία του μαστού.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος για το γυναικείο φύλο διεθνώς, μετά τον καρκίνο του μαστού. Είναι, επίσης, η κύρια αιτία θανάτου των γυναικών από καρκίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες (IARC 2005). Σημαντική μείωση στην επίπτωση και τη θνησιμότητα από το συγκεκριμένο καρκίνο έχει παρατηρηθεί στις χώρες που εφαρμόζουν οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ μείωση των παραπάνω δεικτών, σε μικρότερη κλίμακα, έχει διαπιστωθεί και σε χώρες που, ευκαιριακά έστω, εφαρμόζουν προσυμπτωματικό έλεγχο (Arbyn κ.ά 2004). Στην Ελλάδα, η σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση είναι 7,2/100.000 και η σταθμισμένη για την ηλικία θνησιμότητα 2,1/100.000. (Arbyn κ.ά 2004). Στην έλλειψη πρωτογενούς ή και δευτερογενούς πρόληψης θα μπορούσε να αποδοθεί η έλλειψη πτωτικής τάσης στη θνησιμότητα από καρκίνο τραχήλου μήτρας στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρώπης συνολικά (Κων/νίδης 2006).

Στην Ελλάδα παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας μετά το 1960 και σταθεροποίηση, χωρίς πτωτική τάση, το διάστημα 1980-2006 (IARCa 2008). Το κλασικό τεστ Παπανικολάου «Conventional cytology-Pap smear» (CP) είναι διαθέσιμο από το 1950 σε πάρα πολλές χώρες και η αποτελεσματικότητά του, κυρίως όσον αφορά στη μείωση της νοσηρότητας από το συγκεκριμένο καρκίνο υπολογίζεται γύρω στο 80%, αν παρέχεται σε οργανωμένα πλαίσια. Η εκτίμηση αυτή έχει γίνει κυρίως από μελέτες παρατήρησης και όχι από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (IARC 2005, IARCb 2008, Lynge 2000, Zappa κ.ά 2001). Η Ευρωπαϊκή Ένωση, στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη Κατά του Καρκίνου», έχει προτείνει οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου από το 1987(IARC 2005). Το Συμβούλιο της Ευρώπης, από το 2003, έχει προτείνει επιπλέον, την προσωπική πρόσκληση προς τις γυναίκες και την εφαρμογή ποιοτικού ελέγχου. (European Commission 2003) Παρόλες, όμως, τις συστάσεις και τη δωρεάν συμμετοχή στα οργανωμένα προγράμματα, ο ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος είναι αυτό που κυριαρχεί (Antilla κ.ά 2004). Τις δεκαετίες 1960 και 1970 ξεκίνησαν εθνικά προγράμματα στην Ισλανδία, Φινλανδία, Σουηδία και Δανία (IARC 2005). Το έτος 2004, εθνικά προγράμματα λειτούργησαν σε Φινλανδία, Αγγλία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία, Σλοβενία και Ουγγαρία. Την ίδια χρονιά καταγράφονται περιφερειακά προγράμματα στις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ρουμανία και Τσεχία. Πιλοτικά προγράμματα εφαρμόστηκαν από τις αρχές του 1990 σε Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία και Εσθονία (Linos κ.ά 2000).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας. Από το 1991 ξεκίνησαν δύο προγράμματα στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου», το ένα στην Ορμύλια Χαλκιδικής και το άλλο στην Ηλεία και τη Μεσσηνία (Riza κ.ά 2000). Και τα δύο προγράμματα, αναφέρεται ότι ακολουθούσαν τις Ευρωπαϊκές οδηγίες ποιοτικού ελέγχου, είχαν κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και συνδέονταν με δημόσια νοσοκομεία για την αποστολή των δειγμάτων και για τον επανέλεγχο, καλούσαν τις γυναίκες προσωπικά με επιστολή, εφαρμόζαν σύστημα υπενθύμισης και στηρίζονταν στους φορείς της τοπικής κοινωνίας για την ενημέρωση και τη διατήρηση της επαφής με τον πληθυσμό (Linou κ.ά 2000, Riza κ.ά 2000).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Ο Γυναικολογικός καρκίνος

1.1 Καρκίνος του μαστού

1.1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού

Μελέτες των ποσοστών συμμετοχής στην προληπτική μαστογραφία και τους λόγους για τη συμμετοχή ή μη συμμετοχή έχουν αναληφθεί σε πολλές χώρες με διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου υπάρχει ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου με προσκλήσεις που αποστέλλονται σε επιλέξιμες γυναίκες κάθε τρία χρόνια, οι γυναίκες βρίσκουν τη μαστογραφία διαλογής μια δυσάρεστη εμπειρία, αλλά αντιλαμβάνονται συμμετοχή ως κοινωνική υποχρέωση (Griffiths κ.ά 2003). Δεν υπάρχει τέτοιο σύστημα στην Ελλάδα, όπου οι γυναίκες πρέπει να ζητούν συμβουλές και φροντίδα με δική τους πρωτοβουλία.

Στην Ευρώπη, μελέτες στη Γαλλία (Dupont κ.ά 2006) και στην Ισπανία (Alcaraz κ.ά 2002) δείχνουν η συμμετοχή να είναι υψηλότερη μεταξύ των γυναικών με υψηλότερο εισόδημα και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Στη Βόρεια Αμερική, οι ίδιες τάσεις βρίσκονται τόσο στις ΗΠΑ (Robin κ.ά 1999) όσο και στον Καναδά (Maxwell (a) κ.ά 2001). Σε περίπτωση που οι μελέτες ερευνούν γιατί οι γυναίκες συμμετέχουν ή όχι, μια σειρά από λόγους έχει βρεθεί. Για παράδειγμα, στους λόγους για τη μη συμμετοχή γυναικών από την Ισπανία περιλαμβάνονται ο φόβος για την εξεύρεση ενός σοβαρού πρόβληματος και η δυσκολία του κανονισμού και της τήρησης του ραντεβού (Alcaraz κ.ά 2002). Στις ΗΠΑ, η μη συμμετοχή των γυναικών οφείλεται στο ότι θεωρούν το τεστ περιττό όταν απουσιάζουν τα συμπτώματα και πιστεύουν ότι δεν είναι οι ίδιες σε κίνδυνο για καρκίνο. Άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι η ενόχληση, η δυσφορία, ο πόνος και η αμηχανία κατά την διάρκεια της εξέτασης (Robin κ.ά 1999). Μια μελέτη στον Καναδά εντοπίζει παρόμοια θέματα και αναφέρει επιπλέον μειωμένη συμμετοχή του αγροτικού πληθυσμού.

Στις ΗΠΑ, γυναίκες από αγροτικές περιοχές ήταν λιγότερο πιθανό να πραγματοποιήσουν μαστογραφία παρότι έχουν τις απαραίτητες συστάσεις (Flynn κ.ά 1997). Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας δεν γνωρίζουν ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από ό, τι οι νεότερες γυναίκες. Επιπλέον, φαίνεται ότι αντιλαμβάνονται τη μαστογραφία να είναι περιττή στην απουσία των συμπτωμάτων (Robin κ.ά 1999, Ogedegbe κ.ά 2005).

Οι ηλικιωμένες γυναίκες έχει βρεθεί να είναι πιο δύσπιστες για την έκβαση του καρκίνου και η αντιστάσή τους να παρακολουθήσουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο σχετίζεται με τις γνώσεις και τις πληροφορίες (Yong)

κ.ά 2005). Ως αποτέλεσμα, αυτές υπόκεινται σε λιγότερες εξετάσεις έγκαιρης ανίχνευσης από τις νεώτερες γυναίκες (Marlén κ.ά 2002). Οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις εμπλέκονται με το βαθμό χρήσης προσυμπτωματικού ελέγχου. Ως μοιρολατρία ορίζεται η αντίληψη ότι τα ζητήματα υγείας είναι έξω από κάθε έλεγχο και ότι ο άνθρωπος είναι ανίσχυρος μπροστά στο θέμα της εκδήλωσης της αρρώστιας της οποίας, μάλιστα, η έκβαση θα είναι αρνητική. Ακόμη και στον ανεπτυγμένο κόσμο απαντώνται οι πεποιθήσεις αυτές αλλά σε μικρό ποσοστό. Η μοιρολατρία συνδέεται θετικά με το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και εκπαιδευτικό επίπεδο. Σε μια έρευνα στην Αγγλία η μοιρολατρία συνδέθηκε με μεγαλύτερο φόβο αναφοράς συμπτωμάτων εκτός απο την χαμηλή αξία της έγκαιρης ανίχνευσης που αναγνωρίστηκε απο ορισμένους συμμετέχοντες (Beeken κ.ά 2011)

Σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, ο προσωπικός γιατρός μιας γυναίκας δεν συμμετείχε στην οργάνωση της εξέτασης της μαστογραφίας. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι σε χώρες με μικτή οικονομία της υγείας, σύσταση από γιατρό είναι ένα από τα πιο ισχυρά κίνητρα για τις γυναίκες να παρακολουθήσουν μαστογραφία (Halabi κ.ά 2000, Bazargan κ.ά 2003), ανεξάρτητα από την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την εθνικότητα (Marlén Oliver-Vázquez κ.ά 2002 , Mandelblatt κ.ά 2000).

Μια μελέτη στην Κύπρο διαπίστωσε ότι η σύσταση γιατρού και η αίσθηση των γυναικών για αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την απόφαση να υποβληθούν οι γυναίκες σε έλεγχο (Tolma κ.ά 2006). Μελέτες με γιατρούς αναφέρουν δυσκολίες όσον αφορά την εφαρμογή της προληπτικής φροντίδας. Τα πιο σημαντικά εμπόδια που αναφέρθηκαν ήταν η έλλειψη χρόνου (Brotans κ.ά 2005, Ganry κ.ά 2005, Klorpe κ.ά 2005), η έλλειψη συμμόρφωσης των ασθενών με συμβουλές (Ganry κ.ά 2005), φόρτος εργασίας (Brotans κ.ά 2005, Klorpe κ.ά 2005).

Οι αντικρουόμενες επαγγελματικές συστάσεις για τον έλεγχο των ηλικιωμένων γυναικών, οι οποίες εξαιρούν τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας από κλινικές μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα του ελέγχου, καθώς και οι πιθανές αρνητικές στάσεις που παρατηρούνται στους γιατρούς και τους ασθενείς, συμβάλλουν στην μείωση των ποσοστών ελέγχου μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών (Mandelblatt κ.ά 2000).

Πρακτικές και συμπεριφορές που εφαρμόζονται απο τους γιατρούς στις συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, τα έτη εκπαίδευσης, την ειδικότητα και το φύλο του γιατρού(Herman κ.ά 1999). Μερικές μελέτες έχουν δείξει επίσης ένα υψηλότερο ποσοστό παραπομπής μεταξύ από γυναίκες γιατρούς (Keller κ.ά 2001, Lurie κ.ά 1993, Franks κ.ά 1993).

1.1.2 Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια και πρωσυμπτωματικός έλεγχος

Η έρευνα για τη συμπεριφορά των γυναικών σε σχέση με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού κυριαρχείται από ευρείες γενικεύσεις σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων, όπως η φτώχεια και ο πολιτισμός, ή δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία και η εκπαίδευση. Ωστόσο υπάρχει και το πεδίο που ερευνά τους ατομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι επιδρούν άμεσα στην αντίληψη και την συμπεριφορά των γυναικών σε σχέση με τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, μέρος της οποίας είναι και η μαστογραφία. Αρκετές μελέτες εστιάζουν σε γυναίκες οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού εξαιτίας της κληρονομικότητας και της ανίχνευσης του γονιδίου BRCA1/BRCA2 τα οποία είναι ικανά να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού και των ωθηκών αντίστοιχα εάν μεταλλαχθούν. Αυτές είναι υγιείς γυναίκες με ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια οι οποίες έχουν βιώσει από κοντά την διαδικασία του καρκίνου με ότι αυτή συνεπάγεται.

Στον Καναδά πραγματοποιήθηκε μια μελέτη γυναικών που είχαν μια τουλάχιστον συγγενή πρώτου βαθμού με διεγνωσμένο καρκίνο του μαστού ή των ωθηκών και ερευνά τις συμπεριφορές των γυναικών αυτών σε σχέση με τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι γυναίκες αυτές έχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν γυναικολογικό καρκίνο σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν περιστατικό καρκίνου στην οικογένεια και γι' αυτό η канаδική Task Force που ασχολείται με την πρόληψη συνιστά ετήσιο έλεγχο με μαστογραφία για τις γυναίκες υψηλού κινδύνου, ακόμη και ηλικίας κάτω των πενήντα ετών (Zhang κ.ά 2011). Πάντως η εξέταση της σχέσης του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού, όπως αυτόν τον αντιλαμβάνονται οι γυναίκες και των συμπεριφορών πρόληψης δεν βρήκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αντίληψη του κινδύνου και στη συμμόρφωση στις συστάσεις για μαστογραφία (Lindberg κ.ά 2001). Πάντως φαίνεται να υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην ακρίβεια των γνώσεων και των αντιλήψεων που υπάρχουν στις γυναίκες σχετικά με τον γυναικολογικό καρκίνο και την πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που δέχτηκαν συμβουλευτική υποστήριξη, εξαιτίας του ότι ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, υπερεκτίμησαν τον κίνδυνο για τις ίδιες σε ένα ποσοστό της τάξης 14%-89% (Watson κ.ά 1999). Η υπερεκτίμηση συνδέεται με υψηλά επίπεδα άγχους και αν διορθωθεί μπορεί να οδηγήσει σε λήψη λανθασμένων αποφάσεων σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού (Kash 1996).

1.1.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις στις γυναίκες από την εμπειρία ενός γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια

Αρκετές πληροφορίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στις γυναίκες από την εμπειρία με γυναικολογικό καρκίνο στην οικογένεια δίνουν μελέτες που εξετάζουν γυναίκες με υψηλό γενετικό κίνδυνο. Μια τέτοια

μελέτη που ερευνά τις ανάγκες των γυναικών υψηλού κινδύνου με εμπειρία γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια έδειξε ότι αυτές χρήζουν επιπλέον ψυχολογικής υποστήριξης όταν διαβουλεύονται το θέμα της προστατευτικής μαστεκτομής, που αποτελεί θεραπεία εκλογής για τις γυναίκες υψηλού κινδύνου, από τις γυναίκες που δεν είχαν ανάλογη εμπειρία (Tan κ.ά 2009). Υψηλές βαθμολογίες στη μέτρηση της αγωνίας, συγκεντρώνουν γυναίκες των οποίων η μητέρα έχει πεθάνει από καρκίνο του μαστού και οι ίδιες είχαν εμπλακεί στη φροντίδα της μητέρας τους κατά την διάρκεια της ασθένειας (Erblich κ.ά 2000) ενώ γυναίκες που φρόντισαν την αδερφή τους όταν αρρώστησε από τον καρκίνο του μαστού αναφέρουν αυτή τους την εμπειρία σαν πιο οδυνήρη απ'αυτήν της φροντίδας της μητέρας (Van Dooren κ.ά 2005). Υψηλή συχνότητα ψυχολογικής θεραπείας, κυρίως για κατάθλιψη και πένθος, απαντάται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και ίσως να συνδέεται με τη συναισθηματική δυσφορία που προκαλεί η διαδικασία της ασθένειας και του θανάτου λόγω του καρκίνου σε μια γυναίκα της οικογένειας (Tan κ.ά 2009). Αναφέρεται ότι η ψυχολογική δυσφορία είναι εντονότερη σε κόρες με μητέρα που νοσεί από καρκίνο του μαστού, κατά την διάρκεια της εφηβείας συγκριτικά με ενήλικες γυναίκες (Wellisch κ.ά1992).

Ομοίως γυναίκες που βίωσαν την απώλεια της μητέρας τους εξαιτίας του καρκίνου του μαστού κατά την εφηβεία τους είχαν υψηλότερες ανησυχίες και φόβο για τον καρκίνο απ'ότι γυναίκες με αντίστοιχο βίωμα κατά την ενήλικη ζωή (Horwood κ.ά 2001). Μια μελέτη που ερεύνησε την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών που ανήκουν σε οικογένειες υψηλού κινδύνου, με αρνητικό αποτέλεσμα γενετικού ελέγχου, για εμφάνιση καρκίνου του μαστού έδειξε ότι η πλειοψηφία των γυναικών ήταν ανεπηρέαστη και όταν μετρήθηκε το επίπεδο ψυχολογικής νοσηρότητας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλό (Lobb κ.α 2002). Γυναίκες με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών εμφανίζουν υψηλό επίπεδο φόβου του καρκίνου και αποφασίζουν να υποβληθούν σε μαστεκτομή ή ωοθηκεκτομή προφυλακτικά.

Όμως και γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης γυναικολογικού καρκίνου παρουσιάζουν παρόμοια επίπεδα του φόβου του καρκίνου με τις γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Το 80% των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφέρουν έστω και έναν μικρό φόβο για εμφάνιση γυναικολογικού καρκίνου, αν και υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για καλοήθειες γυναικολογικές παθήσεις (Gallichio κ.ά 2005). Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα φόβου του καρκίνου παρουσίαζαν επίσης υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς και χαμηλότερα επίπεδα σωματικής και κοινωνικής λειτουργίας.

Μια άλλη μελέτη υποστηρίζει ότι να ζει μια γυναίκα σε μια οικογένεια με κληρονομικότητα γυναικολογικού καρκίνου αποτελεί μια σύνθετη εμπειρία που επηρεάζει τη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητά της (Bakos κ.ά 2008). Οι άνθρωποι πιστεύουν ότι ένα ευρύ φάσμα των ασθενείων «τρέχει» στην οικογένεια. Πεποιθήσεις σχετικά με την κληρονομικότητα των φυσικών χαρακτηριστικών, του χαρακτήρα, της προσωπικότητας, των προσωπικών συνηθειών, των ιδιομορφιών και των ιδιαιτεροτήτων, της υγείας και της ροπής προς την ασθένεια, είναι σημαντικό κομμάτι του «πολιτισμού της οικογένειας» στις κοινωνίες του δυτικού αλλά και του υπόλοιπου κόσμου (Davison 1996). Το άτομο με ιστορικό μιας

κληρονομικής ασθένειας θα αναπτύξει ένα αίσθημα ανασφάλειας, μέσα από μια ρευστή και δυναμική διαδικασία, η οποία θα συνεχίσει να επιδρά αρνητικά στην ερμηνεία τυχόν εκδήλωσης της νόσου. Η επεξεργασία αυτή περιλαμβάνει συγκεκριμένη αξιολόγηση των κινδύνων και προεξόφληση της εξέλιξης και κατάληξης ορισμένων οικογενειακών συμβάντων. Για παράδειγμα ένας θάνατος στην οικογένεια μπορεί να αποδοθεί στην ηλικία και όχι στην ασθένεια και αυτό συμβαίνει για να μειωθεί η σημασία του οικογενειακού ιστορικού της νόσου.

Οι συγκρίσεις μεταξύ συγγενών σε σχέση με την προσωπικότητα, τα φυσικά χαρακτηριστικά ή τον τρόπο ζωής είναι αναπόφευκτες κατά την εξέταση του κινδύνου της κληρονομικότητας. Κάποιοι ερμηνεύουν τις ομοιότητες ως αύξηση του κινδύνου ενώ άλλοι υποβαθμίζουν το οικογενειακό ιστορικό τους τονίζοντας τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους ίδιους και τους συγγενείς τους (Walter κ.ά 2004).

1.1.4 Προσωπικές εμπειρίες που επιδρούν στην συμπεριφορά πρόληψης του καρκίνου του μαστού

Οι μαστοί αποτελούν σύμβολο της μητρότητας καθώς συνδέονται με τη γονιμότητα και το γάλα το οποίο είναι η τροφή του νεογέννητου, δηλαδή πηγή ζωής και θερμότητας, είναι σύμβολα της γυναικείας ταυτότητας καθώς παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της εικόνας του σώματος και σύμβολα σεξουαλικότητας (Enjolras κ.ά 2005). Η «σύγκρουση του μαστού» είναι μια λανθάνουσα κατάσταση έντασης που διέπει τις εμπειρίες που βιώνονται κατά την εφηβεία από τις γυναίκες σε σχέση με το μαστό τους. Από τον συγγραφέα (Thomas 2003, 2004, 2006) ορίζεται ως μια διαδικασία κατά την οποία οι γυναίκες αγνοούν την απωθημένη άρνηση των εμπειριών που βιώνουν και αφορούν τα συναισθηματά τους σε σχέση με το στήθος τους, και παράλληλα αυτοπροσδιορίζονται με βάση τα μηνύματα που παίρνουν από τους συνομιλήκους τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Με άλλα λόγια οι συνθήκες της σύγκρουσης υφίστανται αλλά οι γυναίκες δεν το γνωρίζουν ούτε είναι σε θέση να εντοπίσουν ότι καθορίζουν τη σχέση τους με το στήθος τους (Thomas 2006).

Στην Αμερική μελετήθηκαν τέσσερις ομάδες γυναικών διαφορετικών εθνοτήτων, λευκές, ισπανόφωνες, αφροαμερικάνες και ιθαγενείς αμερικανίδες αναφορικά με τη «σύγκρουση του μαστού» και κλήθηκαν να μοιραστούν ιστορίες σχετικά με εμπειρίες που διαδραματίζονται σε χρόνο κατά τον οποίο το στήθος τους είχε ιδιαίτερη σημασία γι'αυτές. Παράλληλα αφηγήθηκαν και μια ιστορία που αφορούσε μια μαστογραφία τους. Όλες οι συμμετέχουσες, ανεξαρτήτως φυλετικής ομάδας και εθνικότητας, μοιράστηκαν ιστορίες από την περίοδο της εφηβείας τους και αφορούν πειράγματα που δέχτηκαν από συνομιλήκα αγόρια και κορίτσια και πειράγματα ενηλίκων μέσα και έξω από την οικογένεια. Η γνώμη των συνομιλήκων εκτιμάται ιδιαίτερα από τις έφηβες και επηρεάζει την ικανοποίηση που προέρχεται από την

εικόνα του σώματος, όπου ως εικόνα σώματος ορίζεται το πως ένα άτομο αντιλαμβάνεται την εικόνα του. Το στήθος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της εικόνας του σώματος της γυναίκας λόγω των ισχυρών συμβολισμών του. Η μελέτη αυτή λοιπόν, υποστηρίζει ότι τα πειράγματα για το στήθος κατά την εφηβεία, η επίδραση των ΜΜΕ στην διαμόρφωση της αντίληψης των γυναικών της σωματικής τους εικόνας, τα οικογενειακά πρότυπα και οι αξίες σχετικά με τη σεμνότητα μπορεί να αποτελούν εμπόδια για την προληπτική μαστογραφία καθώς προκάλεσαν συναισθήματα ντροπής και σύγκρουσης (Thomas κ.ά 2009)

1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

1.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Το τεστ Παπανικολάου έχει αποδειχτεί αρκετά επιτυχημένη μέθοδος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Το τεστ Παπανικολάου είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Ενδείκνυται να ξεκινάει στην ηλικία μεταξύ 20 έως 30 και να σταματάει στην ηλικία 60-65 ετών. (IARC 2005, Boyle κ.ά 2003, European Commission 2003) Πλέον ενδεδειγμένη ηλικία έναρξης θεωρείται η ηλικία των 25 (Boyle κ.ά 2003). Γυναίκες ηλικίας 65 ετών μπορούν να διακόψουν, εάν τα τρία προηγούμενα τεστ Παπανικολάου είχαν δώσει φυσιολογικό αποτέλεσμα (IARCb 2008). Τα προτεινόμενα μεσοδιαστήματα προσυμπτωματικού ελέγχου είναι 3-5 χρόνια (Boyle κ.ά 2003).

Σύμφωνα με πολυκεντρική μελέτη του IARC, με ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο θα μπορούσε να προληφθεί το 93% των καρκίνων, με έλεγχο ανά τριετία το 91% των καρκίνων και με έλεγχο ανά πενταετία το 84% των καρκίνων (IARC 2005). Οι γυναίκες που συνήθως δεν συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, γυναίκες με αναπηρία, μόνες, ανασφάλιστες, γυναίκες από μειονότητες και γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές (IARC 2005, IARCb 2008, Meissner κ.ά 1998, Robinson κ.ά 2008).

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο είναι ο φόβος για τον καρκίνο και ο στιγματισμός που μπορεί να προκαλέσει μια τέτοια διάγνωση, ο φόβος, η ντροπή και η αμηχανία για τη γυναικολογική εξέταση και ο κοινωνικός ρόλος της γυναίκας ως φροντιστή υγείας που βάζει τη δικιά της υγεία σε δεύτερη μοίρα. (Fernandez κ.ά 1998, Buetow κ.ά 2007, Markovic κ.ά 2005) Η φροντίδα υγείας των γυναικών από το σύστημα υγείας, όταν παρέχεται με σταθερότητα και συνέχεια, μπορεί να εξασφαλίσει αυξημένη συμμετοχή (Maxwell (b) κ.ά 2001, O' Malley κ.ά 2002). Γυναίκες που είχαν ενημερωθεί σωστά για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, που είχαν σταθερή σχέση με τον προσωπικό τους γιατρό, που είχαν καλή εμπειρία από προηγούμενο προσυμπτωματικό έλεγχο και γυναίκες

που βίωσαν σεβασμό της προσωπικότητάς τους κατά την εξέταση ή εξετάστηκαν από γυναίκα επαγγελματία υγείας, είχαν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν (O' Malley κ.ά 2002, Bingham κ.ά 2003, Miedema κ.ά 2003). Μικρότερη πιθανότητα συμμετοχής είχαν γυναίκες που βίωναν μη φιλικές τις υπηρεσίες υγείας και αντιμετώπιζαν μεγάλους χρόνους αναμονής για τα ραντεβού (Markovic κ.ά 2005). Γυναίκες που ήταν ανασφάλιστες είχαν μικρότερες πιθανότητες να συμμετέχουν (Robinson κ.ά 2008, Hsia κ.ά 2007). Επίσης, γυναίκες που οι υπηρεσίες υγείας απείχαν αρκετά από την μόνιμη κατοικία τους ή χρειαζόταν να πληρώσουν για τη μεταφορά τους, συμμετείχουν λιγότερο στον προσυμπτωματικό έλεγχο (Bingham κ.ά 2003).

Στρατηγικές που έχουν υιοθετηθεί και έχουν αυξήσει τη συμμετοχή των γυναικών, είναι η προσωπική πρόσκληση με επιστολή και με υπογραφή από τον προσωπικό γιατρό, η τηλεφωνική πρόσκληση και η πρόσκληση από επαγγελματίες υγείας τόσο στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, όσο και σε κατ' οίκον επισκέψεις (IARC 2005, Margolis κ.ά 1998).

Άλλες στρατηγικές για αύξηση της συμμετοχής είναι η χρήση έντυπου εκπαιδευτικού υλικού, η προβολή βίντεο ή σλάϊντς και η συμβουλευτική που απευθύνεται εξατομικευμένα στην κάθε γυναίκα (Rimer 1999). Καλά αποτελέσματα στην αύξηση της συμμετοχής δίνει και η χρήση χειρόγραφου ή ηλεκτρονικού συστήματος υπενθύμισης από τους γιατρούς. (Kupets κ.ά 2001).

Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε ένα πρόγραμμα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι: γιατροί δημόσιας υγείας, γενικοί γιατροί, γυναικολόγοι, νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, μαίες και κυτταρολόγοι (IARC 2005, IARCb 2008). Οι γενικοί γιατροί μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση του πληθυσμού, στην πρόσκληση για συμμετοχή και στην καταγραφή των δεδομένων μέσω των ιατρικών φακέλων. Ιδιαίτερα αποτελεσματική, σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη μορφή πρόσκλησης των γυναικών, έχει αποδειχτεί η αποστολή επιστολών υπογεγραμμένων από τον οικογενειακό γιατρό (Palm κ.ά 1993). Σημαντική, επίσης, είναι η συμβολή των οικογενειακών γιατρών στην ακριβή καταγραφή αιτίας θανάτου από καρκίνο τραχήλου μήτρας, ώστε να υπάρχουν σωστά επιδημιολογικά δεδομένα (IARCb 2008, Palm κ.ά 1993). Στην Αγγλία, το σύστημα υπενθύμισης με τη χρήση υπολογιστών και η αμοιβή των γενικών γιατρών αύξησε τη συμμετοχή από 40% το 1988 σε 80% το διάστημα 1992-2003 (NHS 2003).

Κεφάλαιο 2 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά του φόβου του γυναικολογικού καρκίνου και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους καθώς και η απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στο συγκεκριμένο αυτό φόβο έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανίχνευση των χαρακτηριστικών του φόβου του γυναικολογικού καρκίνου και η διασύνδεσή του με τις ψυχολογικές επιπτώσεις στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος, ντροπή, αισιοδοξία, αλtruισμός, πνευματικότητα, διαχείριση οικογενειακής κρίσης, ψυχοπαθολογία και οικογενειακό περιβάλλον) σε υγιείς γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα θα γίνει:

1. Σύγκριση της ομάδας των γυναικών με κληρονομικότητα γυναικολογικού καρκίνου και της ομάδας των γυναικών χωρίς κληρονομικότητα γυναικολογικού καρκίνου ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
2. Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

2.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η εμπειρία του φόβου δύναται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et al., 2007). Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος (Ledoux, 1998) και η έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας (van der Kolk, 2003). Στοιχεία και από μη-αναδρομικές μελέτες, ωστόσο καταλήγουν στην συμβολή του ψυχικού και σωματικού τραύματος στην διαμόρφωση του συναισθήματος του φόβου. Παραδείγματος χάριν, τα παιδιά που έχουν δοκιμάσει έντονα μια τραυματική εμπειρία εκθέτουν μεγαλύτερους επόμενους φόβους σχετικά με το γεγονός από εκείνα που δεν έχουν εκτεθεί σε ψυχοπιεστικά γεγονότα (Ollendick & King, 1991). Η έρευνα, επιπλέον στη νευρολογία έχει καταδείξει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους, πανικού και φόβου (van der Kolk, 2003). Ως προς το φόβο, λοιπόν, η υπόθεσή

μας είναι ότι οι γυναίκες που θα έδιναν θετική απάντηση στην έκθεση σε γυναικολογικό καρκίνο στην οικογένειά τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τις γυναίκες που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα.

- Αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος του φόβου με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goodwin, 1986; Menzies & Clarke, 1994; McNeil & Rainwater, 1998; Barlow, 2000; Vlaeyen & Linton, 2000; Asmundson, et al., 2004; Kim & Gorman, 2005; Taylor, 2006; Taylor, Asmundson & Wald, 2007; Leahy, 2007; Macht, 2008). Επίσης, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταρχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al., 2002). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), διαταραχών ελλατωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, καθώς και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν παρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της (Famularo et al., 1992; Pelcovitz, et al., 1994). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες που θα έδιναν θετική απάντηση στην έκθεση σε γυναικολογικό καρκίνο στην οικογένειά τους, θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με τις γυναίκες που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα.
- Έρευνες για την ανάπτυξη του φόβου, του άγχους και της σωματικής ευαισθησίας έχουν δείξει την άμεση συσχέτιση των παραγόντων αυτών σε συνάρτηση με τη λειτουργία της οικογένειας (Katz & Low, 2004). Δυσλειτουργικές μορφές οικογενειακής λειτουργίας συνδέονται με την ανάπτυξη τους άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε παιδιά που έχουν υποστεί φυσικές καταστροφές (π.χ. σεισμό) (Kiliç, Özgünen, & Sayil, 2003). Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι φόβοι παιδικής ηλικίας προκύπτουν, επειδή το παιδί αντιλαμβάνεται όλο και περισσότερο τους πιθανούς κινδύνους για δικούς του, από το οικογενειακό του περιβάλλον και ότι το επίπεδο φόβου της μητέρας αλλά και η έκφρασή του από την ίδια συμβάλλουν στην ανάπτυξη του φόβου των παιδιών (Muris, and Merckelbach 2001; Ollendick, et al., 2001). Οι έρευνες έχουν καταδείξει τη σχέση της οικογενειακής συνοχής με το κοινωνικό άγχος και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης, ενώ η έλλειψη οικογενειακής προσαρμοστικότητας συνδέθηκε με το φόβο των ξένων (Peleg-Poroko & Dar, 2001). Ως προς το οικογενειακό περιβάλλον, υποθέτουμε ότι οι γυναίκες που θα έδιναν θετική απάντηση στην έκθεση σε γυναικολογικό καρκίνο στην οικογένειά τους θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον και υψηλά σε όλες τις άλλες υποκλίμακες της κλίμακας του οικογενειακού περιβάλλοντος (συνοχή, ανεξαρτησία, εκφραστικότητα, προσανατολισμός για διανοήση, ψυχαγωγία, επιτεύγματα, ηθική και θρησκευτική έμφαση, οργάνωση και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος) και υψηλότερα σε σχέση με τις γυναίκες που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα

καθώς οι οικογενειακές μεταβλητές και οι εσωτερικές διεργασίες εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, συνδέονται με ολοένα αυξανόμενο άγχος και σωματική ευαισθησία κατά τη διάρκεια του χρόνου (Merikangas et al., 1998; Mendlowitz et al., 1999; Crockenberg & Langrock, 2001; Peleg-Popko, 2002; Garralda, 2008). Πιο συγκεκριμένα, υπόθεσή μας είναι ότι το οικογενειακό περιβάλλον των γυναικών που θα έδιναν θετική απάντηση στην έκθεση σε γυναικολογικό καρκίνο θα διέπεται από δυσλειτουργία σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον των γυναικών που θα έδιναν αρνητική απάντηση.

- Ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα που νιώθουν φόβο να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους, είτε προς τον εαυτό τους (αυτοεπίκριση) (Stemmler, et al., 2007), εφόσον τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι αφ' ενός, η επιθετικότητα λειτουργεί ως αυτόνομη αντανάκλαστική αντίδραση και αφετέρου, αποτελεί μια κοινωνικοποιημένη μορφή του συναισθήματος του φόβου (Le Doux et al., 1990; Stemmler, et al., 2007; Grahama et al., 2007; Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την εχθρότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες που θα έδιναν θετική απάντηση στην έκθεση σε γυναικολογικό καρκίνο στην οικογένειά τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τις γυναίκες που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα καθώς, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες συντελούν δυναμικά στην ανάπτυξη της εχθρότητας στην ενήλική ζωή οδηγώντας σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή σε διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. αλκοολισμός ή αυτοκτονικές τάσεις) (Ruggiero, 1999; Roy, 1999; Suominen, 2000; Roy, 2001).
- Το συναίσθημα του φόβου, παρόλο που βιώνεται καθολικά δεν αποτελεί και μια καθολική συναισθηματική αντίδραση, αντίθετα παρουσιάζει έναν πλουραλισμό αντιδράσεων. Ο φόβος έχει μια ιδιόλεκτη προσωπική σφραγίδα και μια στοχο-προσδιοριζόμενη δραστηριότητα (Riemann, 1994; Tudor, 2003). Αναλύσεις, σχετικές, με τις συμπεριφορές που εγείρει ο φόβος καταλήγουν στην άποψη ότι εκτός από τη συμπεριφορά αποφυγής (Foa & Kozak 1986), ο φόβος προκαλεί και συμπεριφορές προσέγγισης του φοβογόνου ερεθίσματος ή της φοβογόνου κατάστασης, σε βαθμό μάλιστα που να φτάνει στα όρια του «ηρωισμού» (Rachman, 2004). Μελέτες πάνω στην φοβική αντίδραση στον πόνο δεν μπορούν να προβούν σε σαφείς εξηγήσεις για τις μεμονωμένες διαφορές στο φόβο του πόνου και τις επιπτώσεις του (Turk & Okifuji, 2002) και στην αποφυγή δραστηριοτήτων (Vlaeyen et al., 1995a). Αν και η έρευνα είναι λιγοστή, ερευνητές και νοσοκομειακοί ιατροί έχουν παρατηρήσει ότι μερικοί ασθενείς με χρόνια πόνο παρά το φόβο τους τείνουν σε μια «συμπεριφορά εμμονής» υψίστου θάρρους, παρά σε μια συμπεριφορά αποφυγής της δραστηριότητας και της σωματικής καταπόνησης (Pascarelli & Hsu, 2001). Το κλειδί για την κατανόηση της "ανθρώπινης ώθησης στον ηρωισμό," είναι η διασύνδεση του φόβου με την έννοια του ναρκισσισμού (Perrulli, 2005), διότι στοιχεία της συμπεριφοράς, που θεωρούνται μεταξύ των άλλων, ναρκισσιστικά είναι οι φόβοι και οι ευαισθησίες που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Κοκκώση και συν., 1998). Αυτή η ειδική σχέση, μεταφρασμένη στα μοντέλα του πόνου, εκπορεύεται από την ψυχοδυναμική παράδοση, η οποία

αντιμετωπίζει την υπερδραστηριότητα στον πόνο, και δη στο χρόνιο πόνο (ergomania model), ως μια ανάγκη έκφρασης υπεραντιστάθμισης των αναγκών εξάρτησης, υπερβολικού ναρκισσισμού, μαζοχισμού και τελειοθρίας (Van Houdenhove, 1986; Vlaeyen & Morley, 2004). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, υποθέτουμε ότι, ως προς το ναρκισσισμό, τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην βιωμένη εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα, καθόσον ο ναρκισσισμός συνδέεται με την επιδίωξη εμπειρίας (sensation seeking), και την αναζήτηση έντονων σωματικών αισθήσεων (Emmons, 1981) αφενός, και αφετέρου, η ανάπτυξη του ναρκισσισμού είναι αποτέλεσμα των ματαιώσεων από το περιβάλλον και έντονης στοματικής επιθετικότητας, με συνέπεια τη διασάλευση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και την εσωτερική τους (Kernberg, 1975).

2.2 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Σεπτέμβριο του 2012.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν υγιείς γυναίκες.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι γυναικείου φύλου
2. Η επιθυμία τους να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού θα χρησιμοποιηθεί ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα “αποδοχής της πρόνοιας”. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5

Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach's του ερωτηματολογίου στο ελληνικό δείγμα είναι 0,70.

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's $\alpha=0,96$) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's α του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της

επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετρείται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη

υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως "πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient:.83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα

εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Η αισιοδοξία θα μετρηθεί με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994).. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,716. (Lyraeos et al., 2009).

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

Σχέσεις (Relationship Dimensions)

- Συνοχή (Cohesion)
- Εκφραστικότητα (Expressiveness)
- Σύγκρουση (Conflict)

Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)

- Ανεξαρτησία (Independence)
- Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
- Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
- Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)

Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)

- Οργάνωση (Organization)
- Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

Η μέτρηση της κρίσης στην οικογένεια θα μετρηθεί με την κλίμακα F-Copes του McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης και αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είναι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,869. (Gouva et al., 2012).

Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al. 2005)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing από το

Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (Bussing, 2005). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είναι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach $\alpha=0,816$. (Gouna et al., 2012

Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1970)

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίση, 1984;Αναγνωστοπούλου, 2002).

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

2.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε

κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν θα γίνει σύγκριση των διαμέσων ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία t test αν οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποιήσουν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών είναι αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθούν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων θα χρησιμοποιηθεί ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993) αν η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους είναι κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν θα θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών θα γίνουν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών θα εφαρμοστούν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα

3.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Το δείγμα μας αποτελείται από 286 γυναίκες. Ο ερευνητής προσέγγιζε τους υποψήφιους και τους ενημέρωνε για τους στόχους της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούνταν παρουσία του ερευνητή ο οποίο διευκρίνιζε όπου ήταν απαραίτητο οποιαδήποτε ασάφεια της διαδικασίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 10 – 15 λεπτά.

3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach

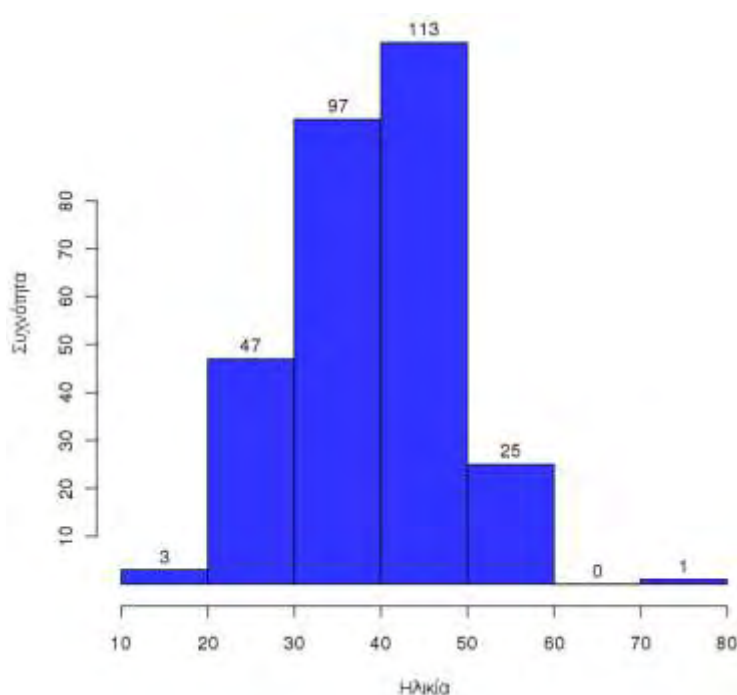
αα	Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
1	OAS	0,929
2	SCL - 90	0,973
3	FPQ	0,918
4	LOTR	0,381
5	FES - R	0,550
6	CAQ (10 ερωτήσεις)	0,792
7	FCOPES	0,853
8	SPREUK	0,898
9	STAI - 1	0,554
10	STAI - 2	0,716
11	ALT	0,305
12	HDHQ	0,781
13	ESS - 25	0,943

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, γεγονός που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες. Ιδιαίτερα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS,

SCL – 90, FCOPEs, SPREUK, FPQ και ESS - 25 θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002).

3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων

Η μέση ηλικία των ερωτώμενων γυναικών του δείγματος είναι 39 έτη και 6 μήνες με τυπική απόκλιση ίση με 9 έτη και 5 μήνες. Στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των ηλικιών των ερωτώμενων.



Διάγραμμα 1: Κατανομή ηλικίας των ερωτώμενων

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται όσες μεταβλητές καταγράφηκαν και θεωρήθηκαν ως πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τις ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

Πιο συγκεκριμένα, στον πίνακα 3.2, σελίδα 35, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, στον πίνακα 3.3, σελίδα 36, η οικογενειακή τους κατάσταση, στον πίνακα 3.4, σελίδα 37, οι ερωτήσεις που αποσκοπούσαν στην ανίχνευση της σχέσης των ερωτώμενων με την ασθένεια του καρκίνου ενώ στον πίνακα 3.5, σελίδα 38, το ιατρικό τους ιστορικό. Τέλος, στον πίνακα 3.6, σελίδα 40, παρουσιάζεται το ψυχοσωματικό προφίλ των ερωτώμενων γυναικών.

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων		
Διαμονή	Συχνότητα	Ποσοστό
Χωριό - Κωμόπολη	159	56,4
Πόλη < 150.000 κατοίκους	25	8,9
Πόλη > 150.000 κατοίκους	98	34,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Αναλφάβητος	1	0,35
Απόφοιτος Δημοτικού	16	5,6
Απόφοιτος Γυμνασίου	18	6,3
Απόφοιτος Λυκείου	123	43,0
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	89	31,1
Φοιτητής ΑΕΙ / ΤΕΙ	22	7,7
Μεταπτυχιακό	16	5,6
Διδακτορικό	1	0,35
Επάγγελμα		
Άνεργος	29	10,2
Οικιακά	42	14,7
Αυτοαπασχολούμενος	27	9,5
Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	17,9
Δημόσιος Υπάλληλος	104	36,5
Φοιτητής	27	9,5
Συνταξιούχος	5	1,7

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση			
Οικογενειακή κατάσταση		Συχνότητα	Ποσοστό
	Άγαμος - η	66	23,8
	Έγγαμος - η	202	70,6
	Διαζευγμένος - η	7	2,5
	Χήρος - α	9	3,1
Συντροφική κατάσταση			
	Πολύ καλή	134	49,1
	Καλή	102	37,4
	Κακή	26	9,5
	Πολύ κακή	11	4,0
Αδέλφια			
	Ναι	177	71,6
	Όχι	70	28,4
Αδελφές			
	Ναι	171	59,8
	Όχι	100	40,2
Σειρά γέννησης			
	1	124	46,8
	2	107	37,4
	3	26	9,1
	4	5	3,7
	>4	3	0,9
Σχέσεις με τα αδέλφια			
	Ναι	257	90,5
	Όχι	9	3,2
	Όχι με όλα	6	2,1
	Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	12	4,2

Παιδιά			
	Ναι	203	71,6
	Όχι	81	28,4
Φύλο των παιδιών			
	Κορίτσι	59	20,9
	Αγόρι	53	18,8
	Και από τα δύο	91	32,2
	Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	81	28,3

Πίνακας 4: Η σχέση των ερωτώμενων με την ασθένεια του καρκίνου			
		Συχνότητα	Ποσοστό
Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου			
	Ναι	65	22,2
	Όχι	221	77,8
Ξεπεράστηκε ο γυναικολογικός καρκίνος			
	Ναι	15	5,3
	Ναι μέχρι στιγμής	17	5,9
	Όχι	33	11,5
	Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	221	77,3
Ιστορικό καρκίνου			
	Ναι	145	50,7
	Όχι	141	49,3
Ξεπεράστηκε ο καρκίνος από το συγγενή σας			
	Ναι	10	3,6
	Ναι μέχρι στιγμής	8	2,9
	Όχι	121	43,0
	Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	141	50,6

Πίνακας 5: Ιατρικό ιστορικό των ερωτώμενων			
		Συχνότητα	Ποσοστό
Χρόνια σωματική νόσο			
	Ναι	48	16,8
	Όχι	238	83,2
Λήψη φαρμάκων για τη σωματική νόσο			
	Ναι	36	12,8
	Όχι	246	87,2
Λήψη φαρμάκων (γενικά)			
	Ναι	18	6,3
	Όχι	266	93,7
Αλλεργίες			
	Ναι	96	33,6
	Όχι	190	66,4
Αναπνευστικά προβλήματα			
	Ναι	33	11,5
	Όχι	253	88,5
Υπέρταση			
	Ναι	14	4,9
	Όχι	269	94,1
Σακχαρώδης διαβήτης			
	Ναι	4	1,4
	Όχι	282	98,6
Δερματικά προβλήματα			
	Ναι	223	78,0
	Όχι	63	22,0
Αρθρίτιδα			
	Ναι	35	12,2
	Όχι	251	87,8

Πρόβλημα με έντερο			
	Ναι	76	26,6
	Όχι	210	73,4
Πρόβλημα με στομάχι			
	Ναι	70	24,5
	Όχι	216	75,5
Πρόβλημα με θυρεοειδή			
	Ναι	62	21,7
	Όχι	224	78,3
Ταχυκαρδίες			
	Ναι	145	50,7
	Όχι	141	49,3
Κρίσεις πανικού			
	Ναι	97	33,9
	Όχι	189	66,1
Μαστογραφία(*)			
	Ναι	155	55,6
	Όχι	124	44,4
(*) Μέση ηλικία πρώτης μαστογραφίας 36 έτη και 4 μήνες με τυπική απόκλιση 6 μήνες.			
Συχνότητα Μαστογραφίας			
	Κάθε έτος	73	26,1
	Ανά 2 έτη	62	22,1
	Όποτε φοβάμαι	23	8,2
	Δεν έχω κάνει ποτέ	122	43,6
Τεστ Παπανικολάου(**)			
	Ναι	258	91,5
	Όχι	24	8,5
(**) Μέση ηλικία πρώτου τεστ Παπανικολάου 25 έτη και 6 μήνες με τυπική απόκλιση 7 μήνες.			
Συχνότητα Τεστ Παπανικολάου			

	Κάθε έτος	195	69,2
	Ανά 2 έτη	44	15,6
	Όποτε φοβάμαι	21	7,5
	Δεν έχω κάνει ποτέ	22	7,8
Εξέταση αίματος			
	Κάθε έτος	156	56,1
	Ανά 2 έτη	52	18,7
	Όποτε φοβάμαι	70	25,2

Πίνακας 6: Ψυχοσωματικό προφίλ των ερωτώμενων

		Συχνότητα	Ποσοστό
Επίσκεψη σε ψυχολόγο			
	Ναι	58	20,3
	Όχι	228	79,7
Έχετε πολλές φοβίες			
	Ναι	53	18,5
	Όχι	233	81,5
Αυνανισμός (*)			
	Ναι	128	56,1
	Όχι	100	43,9
(*) Μέση ηλικία έναρξης αυνανισμού 15 έτη και 7 μήνες με τυπική απόκλιση 3 έτη και 8 μήνες.			
Έναρξη σεξουαλικής ζωής			
	Όχι ακόμα	2	0,7
	15 - 20	186	65,3
	20 - 25	87	30,5
	25 - 30	10	3,5
Φοβάστε τους ανθρώπους			

	Ναι	42	14,7
	Όχι	244	85,3
Φοβάστε το ύψος			
	Ναι	131	45,8
	Όχι	155	54,2
Φοβάστε τον καρκίνο			
	Ναι	213	74,5
	Όχι	73	25,5
Φοβάστε μήπως αρρωστήσετε			
	Ναι	138	48,3
	Όχι	148	51,8
Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής			
	Ναι	178	95,7
	Όχι	8	4,3
Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			
	Ναι	134	92,4
	Όχι	11	7,6
Βλέπετε όνειρα			
	Ναι	254	88,8
	Όχι	32	11,2

3.4 Προβλήματα που εμφανίστηκαν κατά τη διαδικασία.

Κατά τη μεταφορά των ερωτηματολογίων στο έγγραφο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης για την παρούσα έρευνα δεν περάστηκαν οι οχτώ τελευταίες ερωτήσεις της κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000). Λόγω αυτής της απώλειας κατέστη δυνατός ο υπολογισμός της υποκλίμακας “Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία” η οποία υπολογίζεται από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 4, 6 και 8 της κλίμακας αυτής.

3.5 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 482 ερωτήσεις ταξινομημένες σε δώδεκα ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν πενήνταενέα κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίον βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

1	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων το οποίο ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
2	Σωματοποίηση η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
3	Ιδεοψυχαναγκασμός η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
4	Διαπροσωπική ευαισθησία η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
5	Κατάθλιψη η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
6	Άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
7	Επιθετικότητα η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 11, 24, 63, 67, 74 και 81.
8	Φοβικό άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
9	Παρανοειδή ιδεασμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
10	Ψυχωτισμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
11	Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
12	Άθροισμα όλων των δεικτών η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των δεικτών σωματοποίησης, ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, φοβικού άγχους, παρανοειδή ιδεασμού, ψυχωτισμού και διαφόρων αιτιάσεων.

13	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
14	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

Πίνακας 8: Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS)

1	Συνολική βαθμολογία από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
2	Αίσθημα κατωτερότητας από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
3	Αίσθημα κενού (empty) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
4	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 11, 12, 13 και 14.

Πίνακας 9: Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

1	Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
2	Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
3	Σωματική ντροπή (bodily shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25.
4	Συνολική ντροπή από το άθροισμα της χαρακτηριστικής, της συμπεριφορικής και της σωματικής ντροπής.

Πίνακας 10: Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

1	Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 4, 6 και 8.
---	---

Πίνακας 11: Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

1	Συνολικό άθροισμα των αποκρίσεων στις 10 ερωτήσεις της κλίμακας.
---	--

Πίνακας 12: Κλίμακα Αλtruισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

1	Συνολικό άθροισμα των αποκρίσεων στις 8 ερωτήσεις της κλίμακας.
---	---

Πίνακας 13: Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)

1	Συνοχή (Cohesion) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 11, 41, 61.
2	Εκφραστικότητα (Expressiveness) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
3	Σύγκρουση (Conflict) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
4	Ανεξαρτησία (Independence) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
5	Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
6	Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
7	Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
8	Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
9	Οργάνωση (Organization) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
10	Έλεγχος (Control) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.

Πίνακας 14: Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)

1	Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 40.
2	Επίκριση των άλλων (criticism of others) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 13.
3	Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 4.
4	Αυτο-επίκριση (self-criticism) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 3, 23, 26.
5	Παραληρηματική ενοχή (Guilt) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” σε όλες τις ερωτήσεις.
6	Σύνολο εξωστρέφειας από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
7	Σύνολο ενδοστρέφειας από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
8	Γενικό σύνολο από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.

Πίνακας 15 : Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberg (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)

1	Άγχος ως κατάσταση κατά τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από το κατάλληλο άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 έως 20 του ερωτηματολογίου. Στο άθροισμα αυτό οι ερωτήσεις 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 17, 18, 19 λαμβάνονται ως έχουν ενώ στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 20 λαμβάνεται η αντίθετη απάντηση. Για παράδειγμα αν στην ερώτηση 1 η απόκριση του ερωτώμενου είναι 1 τότε στο άθροισμα θα προστεθεί το 4, αν είναι 2 θα προστεθεί το 3 κλπ.
2	Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας από το κατάλληλο άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 έως 40 του ερωτηματολογίου. Στο άθροισμα αυτό οι ερωτήσεις 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 λαμβάνονται ως έχουν ενώ στις ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36, 39 λαμβάνεται η αντίθετη απάντηση.

Πίνακας 16: Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	
1	Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
2	Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
3	Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26, 29.
4	Συνολικός πόνος (Total pain) από το άθροισμα του ελαφρύ του δριμύ και ου πόνου που προκαλείται από ιατρικές επεμβάσεις.

Πίνακας 17: Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al.)	
1	Αναζήτηση (για Υποστήριξη / Επαφή) Search (for Support / Access) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5 και 6.
2	Πίστη (για καθοδήγηση / τροφοδότηση) Trust (in Higher Guidance / Source) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 7, 13, 14 και 15.
3	Ανάκλαση (ευκαιρία για ανέλιξη - η ασθένεια έχει νόημα) Reflection (Positive Interpretation of Disease) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11 και 12.
4	Συνολική Βαθμολογία από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων.

Πίνακας 18: Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)	
1	Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 και 29.
2	Επανασχεδιασμός (Reframing) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
3	Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης (Seeking Spiritual Support) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14, 23, 27 και 30.
4	Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) από το άθροισμα των ερωτήσεων 4, 6, 9 και 21.
5	Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal) από το άθροισμα των ερωτήσεων 12, 17, 26 και 28.
6	Συνολική Βαθμολογία από το άθροισμα της ερώτησης 18 και των υπολοίπων κλιμάκων.

Στις επόμενες παραγράφους εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του συνόλου των ερωτώμενων ομαδοποιημένες ανά ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφέρουμε πως πέρα από το πρόβλημα στην αρχική σύνταξη του ερωτηματολογίου που αναφέρθηκε στην παράγραφο 3.4 , δεν υπήρχαν στα δεδομένα της έρευνας μη συμπληρωμένες καταχωρήσεις. Συνεπώς, το σύνολο των στατιστικών που αναφέρονται στους πίνακες που παρουσιάζονται, υπολογίστηκαν από το σύνολο των διακοσίων ογδόντα έξι ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν. Επιπλέον, για κάθε ένα ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται ένα συγκριτικό διάγραμμα στο οποίο γίνεται συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων των κλιμάκων του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

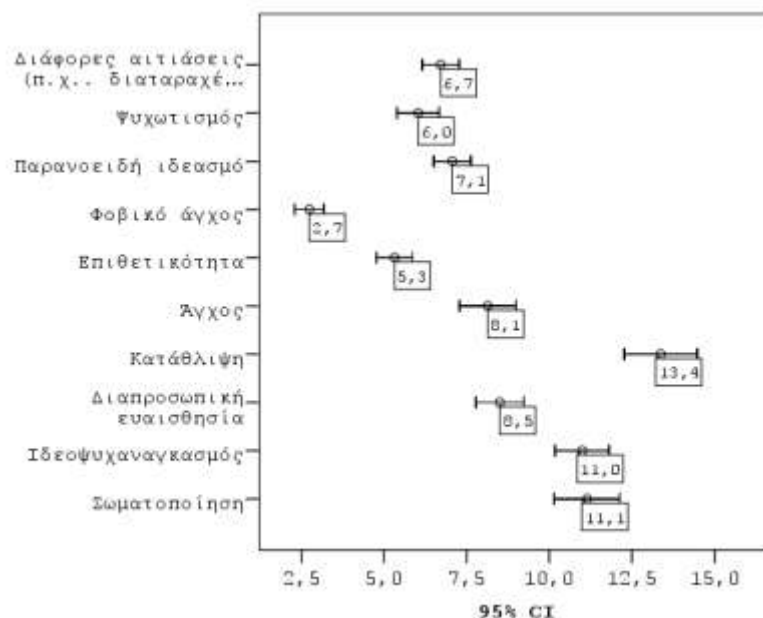
3.6 Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90)

Στον πίνακα 3.19 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL – 90 ενώ στο διάγραμμα 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

Πίνακας 19: Ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90)			
	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	286	79,5	50,5
Σωματοποίηση	285	11,1	8,3
Ιδεοψυχαναγκασμός	286	10,9	6,9
Διαπροσωπική ευαισθησία	285	8,4	6,1
Κατάθλιψη	283	13,4	9,3
Άγχος	286	8,1	7,2
Επιθετικότητα	286	5,3	4,6
Φοβικό άγχος	283	2,7	3,7
Παρανοειδή ιδεασμό	285	7,0	4,7
Ψυχωτισμός	285	6,0	5,4
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	286	6,7	4,7
Άθροισμα όλων των δεικτών	276	73,3	47,3
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	276	,8	,5
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	276	1,0	,2

Στον πίνακα 3.20 σελίδα 47, παρουσιάζονται οι τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας για ένα σύνολο ασθενών και ένα σύνολο υγιών τόσο επί του συνόλου όσο και ανά φύλο ξεχωριστά, όπως υπολογίστηκαν και παρουσιάστηκαν στην εργασία (Ντώνιας κ.α., 1991). Παρατηρούμε πως

στο δείγμα μας, οι τιμές των περισσότερων από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας είναι συγκρίσιμες με τις ανάλογες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε υγιή πληθυσμό.



Διάγραμμα 2: Οι βασικές υποκλίμακες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας

Πίνακας 20: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό

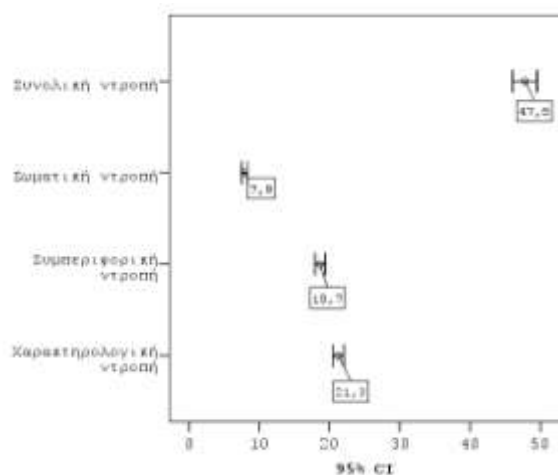
Υποκλίμακες & Δείκτες	Σύνολο Ασθενών (n=248)		Σύνολο Υγιών (n=53)		Υγιείς Γυναίκες (n=32)		Υγιείς Άνδρες (n=21)	
	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ
Σωματοποίηση	15,7	10,4	7,4	7,1	7,3	7,6	7,5	6,4
Ιδεοψυχαναγκασμός	19,2	9,4	9,5	6,5	8,9	6,9	10,4	5,9
Διαπροσωπική ευαισθησία	14,3	7,9	8,4	6,2	8,7	6,4	7,8	6,0
Κατάθλιψη	27,3	11,5	11,3	8,8	11,7	9,7	10,9	7,4
Άγχος	19,1	8,8	7,3	6,7	6,9	7,2	8,0	5,9
Επιθετικότητα	8,5	6,1	5,1	5,1	4,9	5,3	5,4	4,9
Φοβικό Άγχος	8,3	6,7	2,5	3,7	2,9	4,3	2,0	2,3
Παρανοειδής Ιδεασμός	9,1	5,7	6,1	4,4	6,3	4,9	5,8	3,6
Ψυχωτισμός	12,6	8,1	6,1	6,8	6,2	7,5	5,5	5,6
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτωνΣ	59,6	17,7	38,1	20,2	36,5	19,7	40,3	21,3
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	2,3	0,6	1,6	0,5	1,6	0,6	1,6	0,6

Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991, 2:42-48.

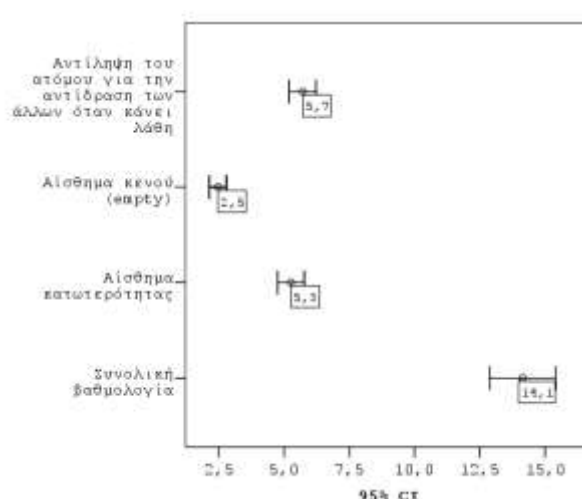
3.7 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Στον πίνακα 3.21 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των ερωτηματολογίων OAS και ESS του δείγματος μας ενώ στα διαγράμματα 3 και 4 που ακολουθούν, παρουσιάζονται συγκριτικά οι τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

Πίνακας 21: Τιμές Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)			
	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Συνολική βαθμολογία	285	14,1	10,9
Αίσθημα κατωτερότητας	286	5,2	4,4
Αίσθημα κενού (empty)	286	2,5	2,8
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	285	5,7	4,4
ESS - 25			
Χαρακτηρολογική ντροπή	285	21,3	6,9
Συμπεριφορική ντροπή	285	18,7	6,4
Σωματική ντροπή	285	7,9	3,4
Συνολική ντροπή	285	47,8	14,9



Διάγραμμα 3: Συγκριτική παρουσίαση των υποκλιμάκων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής



Διάγραμμα 4: Συγκριτική παρουσίαση των υποκλιμάκων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής

Οι τιμές αυτές συγκρινόμενες με αυτές του πίνακα 3.28, σελίδα 54 καταδεικνύουν πως το δείγμα μας

εμφανίζει μικρότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OAS) κατά 7,63 μονάδες από ότι το δείγμα των 125 φοιτητών που αναφέρεται στην εργασία αυτή (M.S.-P. Cheung et al, 2004).

Αντίθετα, η τιμή που υπολογίζεται στο δείγμα μας για τη συνολική ντροπή όπως αυτή ορίζεται στην κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS) (47,8 μονάδες) είναι παρόμοια με αυτή του δείγματος των 125 φοιτητών.

Table 1
Means, standard deviations for all students ($n = 125$) and t -test differences between males ($n = 56$) and females ($n = 69$) and Cronbach α values

Variables	Mean	SD	Mean	SD	P	α
<i>Depression</i>						
CES-D	17.93	9.92	15.91 (M) 19.57 (F)	10.53 9.14	0.04	0.87
<i>Social rank</i>						
Submissive Behaviour (SB)	24.64	8.63	22.86 (M) 26.09 (F)	7.19 9.45	0.04	0.80
Social Comparison (SC)	62.44	14.10	63.75 (M) 61.38 (F)	13.99 14.20	0.35	0.91
<i>Shame</i>						
Other As Shamer (OAS)	21.73	10.96	19.55 (M) 23.49 (F)	11.33 10.40	0.05	0.89
Experience of Shame Scale (ESS)	48.44	14.51	45.30 (M) 50.99 (F)	13.32 15.02	0.03	0.92
Character	21.74	7.41	21.59 (M) 21.87 (F)	7.46 7.42	0.83	0.84
Behaviour	17.84	5.94	16.36 (M) 19.04 (F)	5.50 6.05	0.01	0.90
Body	8.86	3.71	7.36 (M) 10.07 (F)	2.76 3.95	0.00	0.88
<i>Rumination (RRS)</i>	45.86	10.47	42.95 (M) 48.23 (F)	10.72 9.71	0.01	0.89

M, males; F, females.

Πίνακας 22: (M.S.-P. Cheung et al, 2004) : Τιμές υποκλιμάκων των OAS σε τυπικό δείγμα 125 φοιτητών

3.8 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Στον πίνακα 3.23 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου CAQ του δείγματος μας.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	285	1,2	,7

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τον πίνακα 3.24, οι τιμές είναι συγκρίσιμες με αυτές της εργασίας (Eifert et al., 2000) οι οποίες υπολογίστηκαν από δείγμα 188 καρδιολογικών ασθενών.

Measure	Mean (SD)
CAQ	
Total	1.67 (0.81)
Fear	1.68 (0.92)
Avoidance	1.83 (1.13)
Attention	1.54 (0.96)

Πίνακας 24: Ενδεικτικές τιμές των υποκλιμάκων του CAQ (Eifert et al., 2000)

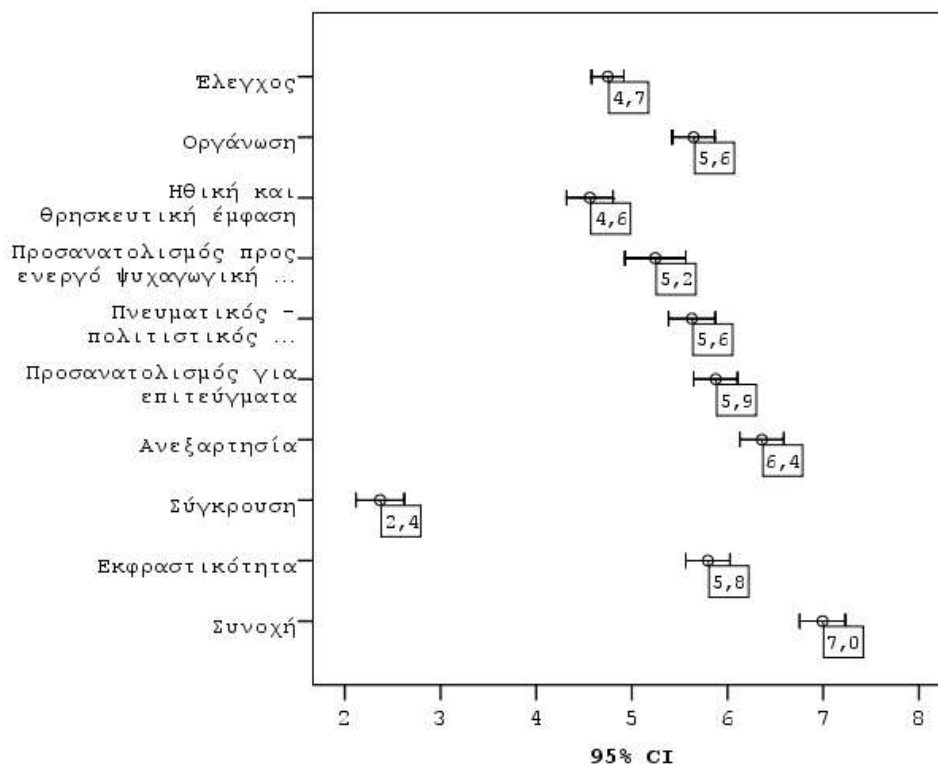
3.9 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)

Στον πίνακα 3.25 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος R - FES επί του δείγματος μας ενώ στο διάγραμμα 5 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Συνοχή	284	7,0	2,0
Εκφραστικότητα	285	5,8	2,1
Σύγκρουση	285	2,4	2,1
Ανεξαρτησία	285	6,4	1,8

Προσανατολισμός για επιτεύγματα	285	5,9	2,1
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός	285	5,7	2,1
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα	283	5,2	2,7
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	285	4,6	2,1
Οργάνωση	285	5,7	2,0
Έλεγχος	285	4,8	1,4
Συνολική βαθμολογία	285	14,2	10,9

Οι τιμές που προκύπτουν δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως προς το μέγεθός τους καθώς αυτό απαιτεί τη χρήση του οδηγού χρήσης του ερωτηματολογίου R - FES η οποία είναι αναγκαία για τη μετατροπή των τιμών των κλιμάκων σε τυποποιημένες τιμές ώστε να γίνει η σύγκριση με τυπικές τιμές.



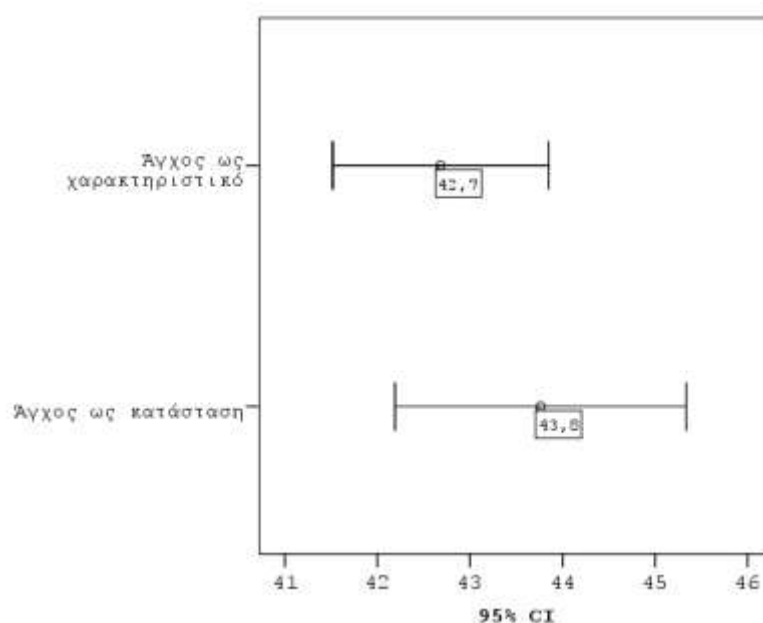
Διάγραμμα 5: Συγκριτική παρουσίαση των υποκλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος R - FES

3.10 Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)

Στον πίνακα 3.26 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger ενώ στο διάγραμμα 6 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι μέσες τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Άγχος ως κατάσταση	284	43,7	13,4
Άγχος ως χαρακτηριστικό	284	42,6	10,0

Οι μέσες τιμές που εμφανίζονται στο δείγμα μας για το άγχος τόσο ως κατάσταση όσο και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας κρίνονται υψηλές, καθώς υπερτερούν των αντίστοιχων κλιμάκων σε άλλα ανεξάρτητα δείγματα που έχουν εμφανιστεί στη ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία (για παράδειγμα Γονικάκης κ.α., 2008).

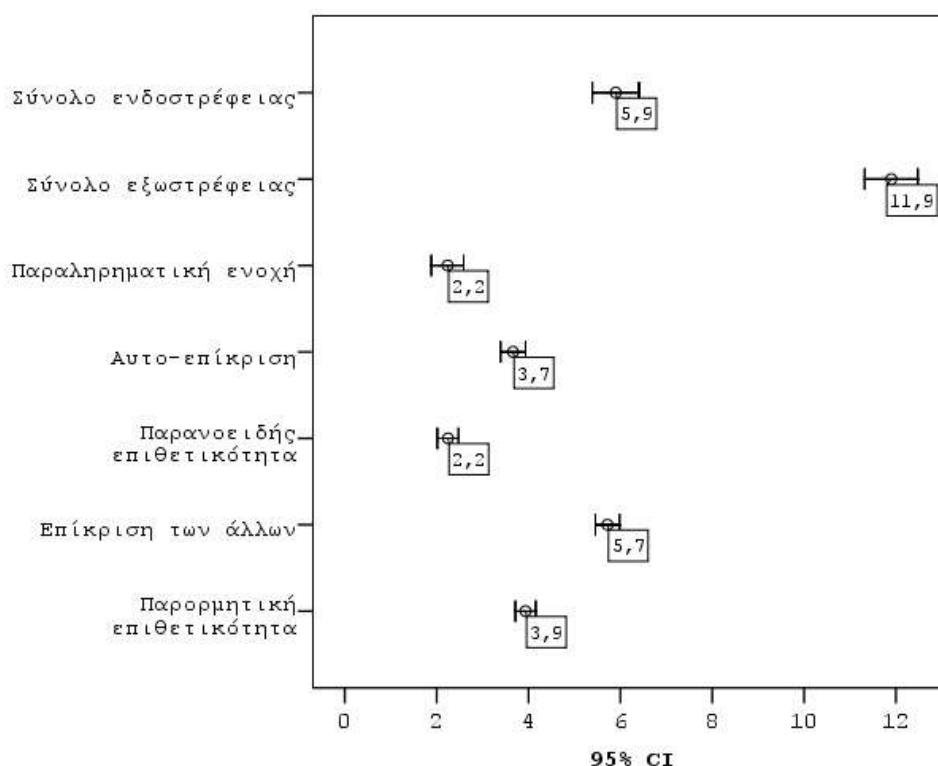


Διάγραμμα 6: Άγχος ως κατάσταση και άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας

3.11 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)

Στον πίνακα 3.27 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου HDHQ του δείγματος μας ενώ στο διάγραμμα 7 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι μέσες τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Παρορμητική επιθετικότητα	284	4,0	1,9
Επίκριση των άλλων	283	5,7	2,2
Παρανοειδής επιθετικότητα	282	2,2	2,0
Αυτο-επίκριση	285	3,7	2,2
Παραληρηματική ενοχή	284	2,3	3,0
Σύνολο εξωστρέφειας	279	11,9	4,9
Σύνολο ενδοστρέφειας	284	5,9	4,2
Γενικό Σύνολο	278	17,8	7,8



Διάγραμμα 7: Συγκριτική παρουσίαση των υποκλιμάκων της κλίμακας επιθετικότητας HDHQ

Γνωρίζουμε πως τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα (Γενικό σύνολο) σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Παρατηρούμε πως το γενικό σύνολο επιθετικότητας που υπολογίζεται από το δείγμα μας ισούται με 17,8 και είναι μεγαλύτερο του αποδεκτού όπως αυτό έχει προταθεί από τους (Caine et al., 1967), χωρίς ωστόσο να ξεπερνάει άλλες περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία. Για να διευκολύνουμε τη σύγκριση παραθέτουμε μερικά αποτελέσματα της εργασίας (Price et al, 1980) στην οποία (πίνακας 3.17, σελίδα 45) παρουσιάζονται συγκριτικά οι τιμές των κλιμάκων του ερωτηματολογίου HDHQ σε τέσσερις διαφορετικές εφαρμογές του, από τις οποίες οι τρεις πρώτες αφορούν χωρισμένες ή κακοποιημένες γυναίκες και η τελευταία ένα τυπικό δείγμα ερωτώμενων στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK).

Table 3. A comparison of the HDHQ scores for the Australian sample with 3 other groups.

Series	N		AH	CO	PH	SC	G	H	D
Australian Sample	177	Mean	4.3	4.5	1.0	5.4	1.9	17.2	2.8
		S.D.	2.1	2.3	1.3	2.5	1.4	6.6	5.9
Women from non-violent broken marriages* ('separated controls')	30	Mean	4.6	5.3	2.4	6.1	2.9	21.2	2.8
		S.D.	2.3	2.5	2.4	2.3	1.9	8.8	5.0
		p.	N.S.	N.S.	<0.0001	N.S.	<0.01	<0.02	N.S.
Battered wives*	30	Mean	5.4	5.8	2.8	5.9	3.3	23.1	1.1
		S.D.	2.9	2.6	2.5	2.5	1.9	8.9	7.5
		p.	N.S.	N.S.	<0.0001	N.S.	<0.001	<0.01	N.S.
U.K. Series**	31	Mean	3.4	3.3	0.5	3.7	1.2	12.1	1.5
		S.D.	1.8	2.0	0.6	2.1	1.2	5.1	5.1
		p.	<0.05	<0.01	<0.05	<0.001	<0.01	<0.0001	N.S.

Notes:

1. Data throughout uncorrected for the effects of age and social class.
 2. p values were obtained by t-testing each of the other groups in turn against the Australian sample but *NOTE* that t-testing *except* for the U.K. series was carried out using means adjusted for the effects of age and social class, not the means given here which are uncorrected.
- * Price and Armstrong (1978).
 ** Caine, Foulds and Hope (1967).

Πίνακας 28: Price et al (1980)

3.12 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R)

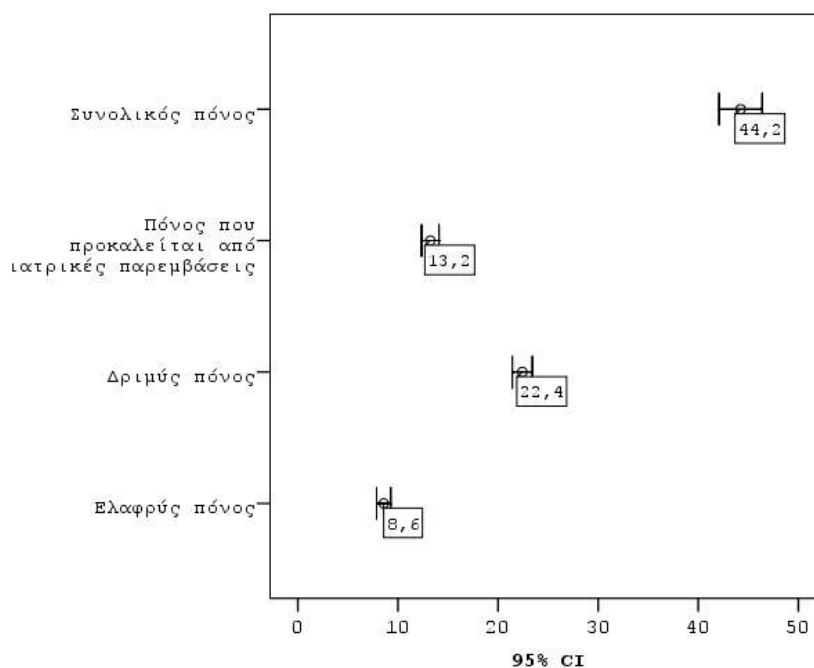
Στον πίνακα 3.29 που ακολουθεί παρουσιάζονται η μέση τιμή της κλίμακας αισιοδοξίας του δείγματος μας.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	286	25,1	5,4

3.13 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)

Στον πίνακα 3.30 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου CAQ του δείγματος μας ενώ στο διάγραμμα 8 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι μέσες τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Ελαφρύς πόνος	286	8,6	6,1
Δριμύς πόνος	286	22,4	8,6
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	285	13,2	7,5
Συνολικός πόνος	285	44,2	18,5



Διάγραμμα 8: Συγκριτική παρουσίαση των υποκλιμάκων της κλίμακας μέτρησης του πόνου

Table V. Nonadjusted Means (and Standard Deviations) for FPQ-III Subscales and Total Scale Scores by Sample and Gender

Scale	Sample								
	Undergraduates			Medical patients			Chronic pain patients		
	Males	Females	Both	Males	Females	Both	Males	Females	Both
Severe Pain	30.7 (8.7)	35.8 (8.0)	33.5 (8.7)	31.4 (10.4)	35.0 (11.3)	33.8 (11.0)	34.1 (7.1)	38.5 (7.3)	37.1 (7.4)
Minor Pain	17.5 (5.6)	19.1 (6.2)	18.4 (6.0)	16.5 (8.4)	21.1 (8.0)	19.6 (8.3)	16.8 (5.5)	20.3 (6.1)	19.2 (6.1)
Medical Pain	23.9 (7.6)	29.5 (8.4)	27.0 (8.5)	20.2 (8.5)	26.8 (9.0)	24.7 (9.3)	20.0 (5.3)	25.1 (6.2)	23.4 (6.3)
Total score	72.1 (18.0)	84.4 (18.1)	79.0 (19.0)	68.2 (24.7)	82.9 (24.2)	78.1 (25.1)	70.9 (15.2)	83.9 (15.2)	79.7 (16.2)

Note. For the undergraduates, $n = 660$ (293 males and 367 females); for the general medical outpatients, $n = 40$ (13 males and 27 females); and for the chronic pain patients, $n = 40$ (13 males and 27 females).

Πίνακας 31: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε τρία διαφορετικά δείγματα (McNeil et al, 1998)

Είναι ιδιαίτερη η παρατήρηση πως οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας είναι σημαντικά μικρότερες από τις αντίστοιχες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες. Ενδεικτικά, ο αναγνώστης μπορεί να παρατηρήσει τον πίνακα 3.31 που ακολουθεί και στον οποίο παρουσιάζονται οι μέσες τιμές για ένα δείγμα φοιτητών, ένα δείγμα ασθενών και ένα δείγμα ασθενών με χρόνια πόνο.

3.14 Κλίμακα Αλtruισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

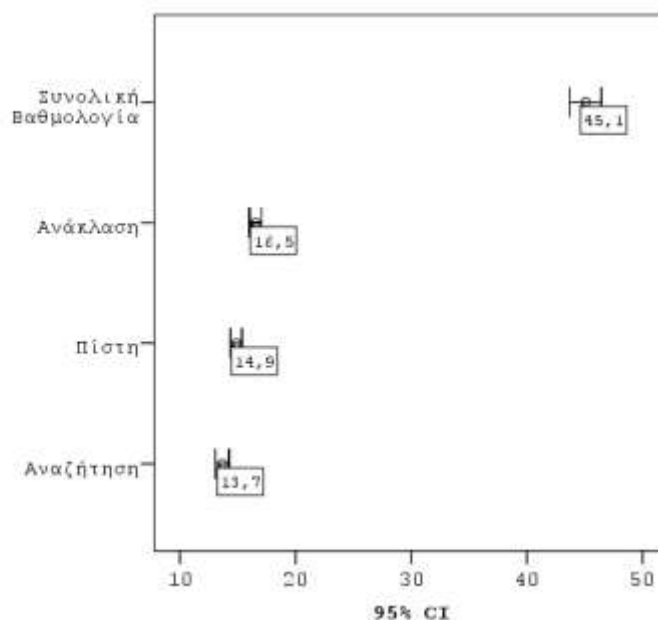
Στον πίνακα 3.32 που ακολουθεί παρουσιάζεται η μέση τιμή της κλίμακας αλtruισμού του δείγματος μας.

Πίνακας 32: Τιμή κλίμακας Αλtruισμού (ALT)			
	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Γενικό Σύνολο Κλίμακας Αλtruισμού	285	24,1	3,1

3.15 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10)

Στον πίνακα 3.33 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας ενώ στο διάγραμμα 9 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι μέσες τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

Πίνακας 33: Τιμές κλίμακας πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SPREUK)			
	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Αναζήτηση	285	13,7	5,0
Πίστη	285	14,9	4,2
Ανάκλαση	285	16,5	4,5
Συνολική Βαθμολογία	285	45,1	11,7



Διάγραμμα 9: Συγκριτική παρουσίαση των υποκλιμάκων της κλίμακας πνευματικότητας και θρησκευτικότητας

3.16 Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

Στον πίνακα 3.34 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας ενώ στο διάγραμμα 8 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι μέσες τιμές σε κατάλληλο διάγραμμα.

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	285	27,9	6,2
Επανασχεδιασμός	283	31,6	5,1
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	284	12,8	4,3
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	285	14,0	3,8
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	285	11,0	3,3
Συνολική Βαθμολογία	282	100,0	15,6

3.17 Συσχετίσεις των κλιμάκων των ερωτηματολογίων

Στον πίνακα 3.35, σελίδα 59 παρουσιάζονται επιλεγμένες συσχετίσεις μεταξύ ορισμένων υποκλιμάκων της παρούσης έρευνας. Οι συσχετίσεις που είναι μεγαλύτεροι από 0,6 κατά απόλυτη τιμή παρουσιάζονται με κίτρινο φόντο με έντονα γράμματα. Παρατηρούμε πως ορισμένες από τις συσχετίσεις μπορούν να χαρακτηριστούν αναμενόμενες, π.χ. η ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση (0,671) του συνολικού σκορ της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και του συνολικού σκορ της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS) , ενώ άλλες καταδεικνύουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματός μας όπως για παράδειγμα η ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση (0,704) μεταξύ της υποκλίμακας της κατάθλιψης του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL – 90 και του συνολικού σκορ της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 35: Επιλεγμένες συσχετίσεις

caq.heart (q1)	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11
ess_total (q2)	,318										
fcopes.total (q3)	-,080	-,113									
frq.total (q4)	,103	,207	,075								
hdhq.total (q5)	,286	,520	-,106	,148							
ilikia (q6)	,180	-,002	,100	,047	-,025						
lotr_total (q7)	-,238	-,349	,228	-,019	-,450	,083					
oas_total_score (q8)	,306	,671	-,090	,179	,575	,088	-,390				
scl_epithetikotita (q9)	,236	,430	-,113	,159	,536	-,055	-,397	,482			
scl_katathlipsi (q10)	,372	,629	-,078	,194	,614	,102	-,537	,704	,533		
spreuk.total (q11)	,020	,157	,358	,100	-,027	,139	,159	,111	-,059	,052	

3.18 Το βίωμα του καρκίνου σε κάποιο μέλος της οικογένειας

Οι 145 γυναίκες που είχαν ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της Αυτο-επίκρισης (HDHQ), ($t = 3,111$, $df = 283$, $p = 0,002$), στο Σύνολο ενδοστρέφειας (HDHQ) ($t = 2,765$, $df = 282$, $p = 0,006$), στην κλίμακα της Επιθετικότητας (SCL) ($t = 2,703$, $df = 284$, $p = 0,007$), στις κλίμακες της Σωματικής, Συμπεριφορικής και της Συνολικής ντροπής (ESS) ($t = 2,246$, $df = 283$, $p = 0,026$, $t = 2,661$, $df = 283$, $p = 0,008$ και $t = 2,526$, $df = 283$, $p = 0,012$ αντίστοιχα) στον Ιδεοψυχαναγκασμό (SCL) ($t = 2,323$, $df = 284$, $p = 0,021$), στο αίσθημα κενού (OAS) ($t = 2,181$, $df = 284$, $p = 0,03$) τη Σύγκρουση (FES) ($t = 2,14$, $df = 283$, $p = 0,033$, και τη συνοχή (FES) ($t = -1,973$, $df = 282$, $p = 0,049$).

Οι διαφοροποιήσεις εμφανίζονται συνοπτικά στον πίνακα 3.36 που ακολουθεί..

Πίνακας 36: Στατιστικές διαφοροποιήσεις που εμφανίζονται μεταξύ όσων βίωσαν την εμπειρία του καρκίνου στην οικογένειά τους και των υπολοίπων ερωτώμενων.						
Κλίμακα		Εμπειρία Καρκίνου		t	df	p
HDHQ		Ναι (145)	Όχι (141)			
Αυτο-επίκριση		4,07	3,24	3,111	283	0,002
Σύνολο ενδοστρέφειας		6,61	5,22	2,765	282	0,006
SCL						
Επιθετικότητα		6,01	4,56	2,703	284	0,007
Ιδεοψυχαναγκασμό		11,86	9,98	2,323	284	0,021
ESS						
Σωματική ντροπή		8,32	7,41	2,246	283	0,026
Συμπεριφορική ντροπή		19,65	17,64	2,661	283	0,008
Συνολική ντροπή		49,97	45,56	2,526	283	0,012
FES						
Σύγκρουση		2,63	2,09	2,14	283	0,033
Συνοχή		6,74	7,22	1,973	282	0,049
OAS						
Αίσθημα κενού		2,81	2,09	2,181	284	0,03

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις είναι ενδείξεις αλλά όχι ισχυρές αποδείξεις συσχέτισης της εμπειρίας ενός

καρκίνου στην οικογένεια και των τιμών των παραπάνω κλιμάκων καθώς υπάρχει πλήθος παραμέτρων που συµμεταβάλλονται µε το βίωµα του καρκίνου και επηρεάζουν µε τη σειρά τους την τιµή του συνόλου των κλιµάκων. Για τον εντοπισµό της ουσιαστικής εξάρτησης των κλιµάκων που µετρήθηκαν στην παρούσα εργασία από παράγοντες όπως το βίωµα του καρκίνου στην οικογένεια εφαρµόστηκε η µέθοδος της πολλαπλής γραµµικής παλινδρόµησης.

Πιο συγκεκριµένα, η µέθοδος αυτή εφαρµόστηκε 59 φορές, όσες και οι κλίµακες που µετρήθηκαν στην εργασία. Για κάθε µία εφαρµογή η εκάστοτε κλίµακα τοποθετήθηκε στη θέση της εξαρτηµένης µεταβλητής ενώ ως ανεξάρτητες µεταβλητές τοποθετήθηκαν όλοι οι παράγοντες που καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία και παρουσιάζονται στον πίνακα 3.37, σελίδα 62.

Για τη δηµιουργία των γραµµικών µοντέλων χρησιµοποιήθηκε η διαδικασία Stepwise. Σύµφωνα µε αυτή τη διαδικασία, σε κάθε βήµα επιλέγεται για είσοδο στο γραµµικό µοντέλο η καταλληλότερη από τις ανεξάρτητες µεταβλητές βάσει της δυνατότητας πρόβλεψης των τιµών της εξαρτηµένης µεταβλητής µε παράλληλη εκτίµηση της στατιστικής της ανεξαρτησίας της µε τις µεταβλητές που έχουν ήδη τοποθετηθεί στο µοντέλο. Η διαδικασία σταµατάει µετά από ικανό αριθµό επαναλήψεων όταν εισαχθούν στο γραµµικό µοντέλο όλες οι µεταβλητές που ικανοποιούν τα παραπάνω δύο κριτήρια.

Για κάθε ένα από τα µοντέλα υπολογίστηκε ο συντελεστής προσδιορισµού R^2 που δείχνει τη συνολική δυνατότητα πρόβλεψης των τιµών της εξαρτηµένης µεταβλητής από την οµάδα των ανεξάρτητων που επιλέχθηκε. Επιπλέον, για κάθε µία από τις ανεξάρτητες µεταβλητές που επιλέγονται υπολογίστηκε ο αντίστοιχος συντελεστής ο οποίος δείχνει το µέγεθος της µεταβολής που επιφέρει η ανεξάρτητη µεταβλητή στην εξαρτηµένη. Ιδιαίτερα, για τις δίτιµες ανεξάρτητες µεταβλητές οι οποίες κωδικοποιήθηκαν κατά τη συνήθη πρακτική σε 0 = όχι παρουσία του παράγοντα και 1 = παρουσία του παράγοντα, ο συντελεστής που προκύπτει αποδίδει τη µεταβολή στην εξαρτηµένη µεταβλητή που επιφέρει η παρουσία του παράγοντα.

Στο παράρτηµα παρουσιάζεται ο πίνακας µε τα συνολικά αποτελέσµατα της διαδικασίας που ακολουθήθηκε. Είναι φανερό πως ο πίνακας αυτός περιέχει µεγάλο όγκο πληροφοριών. Στην επόµενη παράγραφο, παρουσιάζονται όσα αποτελέσµατα κρίθηκε πως είναι συµβατά µε τους γενικότερους στόχους της παρούσης εργασίας.

Πίνακας 37: Παράγοντες που συµπεριλήφθηκαν στα γραµµικά µοντέλα πρόβλεψης			
Δηµογραφικά Στοιχεία	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	Καρκίνος
Ηλικία	Χρόνια σωματική νόσος	Επίσκεψη σε ψυχολόγο	Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια
Τόπος διαµονής	Λήψη φαρµάκων για τη σωματική νόσο	Λήψη φαρµάκων	Εξέλιξη του γυναικολογικού καρκίνου

Δημογραφικά Στοιχεία	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	Καρκίνος
Αδελφές	Υπέρταση	Καλές σχέσεις με τα αδέλφια	Ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια
Αδέλφια	Ταχυκαρδίες	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας	Εξέλιξη του καρκίνου
Επαγγελματική κατάσταση	Πρόβλημα έντερο	Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής	
Παιδιά	Χρόνια σωματική νόσος	Σημερινή επιθυμία από το άλλο φύλο	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δερματικά προβλήματα	Επιθυμία στο παρελθόν από το άλλο φύλο	
Σειρά γέννησης	Σακχαρώδης διαβήτης	Σημερινή επιθυμία από τους ανθρώπους	
Οικογενειακή κατάσταση ως δίτιμη μεταβλητή (Ανύπανδρος ή όχι),	Πρόβλημα στομάχου	Επιθυμία στο παρελθόν από τους ανθρώπους	
	Πρόβλημα θυρεοειδή	Κρίσεις πανικού,	
	Αρθρίτιδα	Υποφοβία	
	Αλλεργίες	Βλέπετε όνειρα	
	Αναπνευστικά προβλήματα	Φόβος για τους ανθρώπους	
	Φαγούρες	Έχετε πολλές φοβίες	
	Έναρξη τεστ παπ	Φόβος για την αρρώστια	
	Τεστ παπ	Φόβος για τον καρκίνο	
	Περίοδος τεστ παπ	Έναρξη σεξουαλικής ζωής	
	Έναρξη μαστογραφίας	Συντροφική κατάσταση	
	Μαστογραφία	Έναρξη αυνανισμού,	
	Περίοδος μαστογραφίας	Αυνανισμός	
	Περίοδος εξέτασης αίματος		

3.19 Η εμπειρία του καρκίνου και άλλες κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι

Οι γυναίκες που είχαν ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά τους είναι ανύπαντρες με μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο ιστορικό (χ^2 , $p = 0,005$), επισκέπτονται ψυχολόγο με μεγαλύτερη πιθανότητα (χ^2 , $p = 0,025$), λαμβάνουν φάρμακα με μεγαλύτερη πιθανότητα (χ^2 , $p = 0,018$), πάσχουν από χρόνια σωματική νόσο με μεγαλύτερη πιθανότητα (χ^2 , $p = 0,015$) ωστόσο δεν επηρεάζεται η αξιολόγηση της συντροφικής τους κατάστασης (χ^2 , $p = 0,163$), δεν κάνουν τεστ παπ ούτε μαστογραφία με διαφορετική συχνότητα από ότι οι υπόλοιπες γυναίκες (χ^2 , $p = 0,884$ και $p = 0,630$ αντίστοιχα) αλλά και δεν εμφανίζεται κάποια διαφοροποίηση ως προς τις υπόλοιπες σωματικές ασθένειες (υπέρταση κ.α.) με την εξαίρεση των αλλεργιών όπου εμφανίζεται μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες που έχουν ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά τους (χ^2 , $p = 0,019$)

Περαιτέρω, οι γυναίκες που δηλώνουν πως φοβούνται τους ανθρώπους τείνουν να επισκέπτονται με μεγαλύτερη πιθανότητα ψυχολόγο από ότι οι υπόλοιπες (χ^2 , $p = 0,002$), ενώ το στρεσογόνο γεγονός τόσο της παιδικής ηλικίας όσο και της ενήλικης ζωής δεν φαίνεται να επηρεάζει την πρακτική της επίσκεψης σε ψυχολόγο (χ^2 , $p = 0,07$ και $p = 0,505$ αντίστοιχα). Όμοια, το ίδιο προκύπτει και για το εκπαιδευτικό επίπεδο του ερωτώμενου, καθώς δεν προκύπτει συσχέτιση με την επίσκεψη σε ψυχολόγο (χ^2 , $p = 0,246$)

Οι γυναίκες που δηλώνουν πως φοβούνται τον καρκίνο εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας από ότι οι υπόλοιπες (44, 1 μονάδες έναντι 38,4, $t = 4.44$, $df = 128.73$, $p < 0,001$)

3.20 Η εμπειρία του καρκίνου στην οικογένεια

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που ενδέχεται να εμφανιστεί σε όλον τον πληθυσμό, η εμφάνισή του αναστατώνει τόσο τον ασθενή όσο και τους οικείους του, ενώ πολλές φορές οδηγεί στο θάνατο. Η πληροφόρηση αυτή, κοινή σε όλον τον πληθυσμό αναμενόμενα γεννά αισθήματα φόβου και ανασφάλειας διαφορετικής έντασης στον κάθε ένα. Ο μηχανισμός γέννησης του φόβου για τον καρκίνο είναι περίπλοκος και η ανάλυσή του δεν αποτελεί στόχο της παρούσης εργασίας, ωστόσο έχει προφανές ενδιαφέρον η ανίχνευση της εξάρτησης αυτού του φόβου με άλλες όψεις της ψυχοπαθολογίας των ερωτώμενων. Ιδιαίτερα φυσικό είναι το ερώτημα για το αν η εμπειρία του καρκίνου στην οικογένεια εξαρτάται από την ανάδειξη του φόβου για την ασθένεια αυτή. Προς την κατεύθυνση αυτή είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως ο φόβος για τον καρκίνο είναι στατιστικά ανεξάρτητος με την ηλικία ($t - test$, $p = 0,58$) την οικογενειακή κατάσταση (χ^2 , $p = 0,519$) τον τόπο διαμονής (χ^2 , $p = 0,148$), την εμφάνιση γυναικολογικού καρκίνου (χ^2 , $p = 0,979$) αλλά και με την εμφάνιση καρκίνου οποιασδήποτε μορφής στην οικογένεια (χ^2 , $p = 0,277$). Αντίθετα, παρατηρείται εξάρτηση με τις συνολικές φοβίες (χ^2 , $p = 0,003$, Πίνακας 3.39), το φόβο της ασθένειας (χ^2 , $p < 0,001$, Πίνακας 3.38) και την υψοφοβία (χ^2 , $p = 0,004$, Πίνακας 3.40).

Περαιτέρω, σημειώνουμε πως οι ερωτώμενες που αποκριθήκαν πως φοβούνται την ασθένεια του καρκίνου

εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους τόσο ως κατάσταση όσο και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενώ επιπλέον, έχουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης από τις υπόλοιπες ερωτώμενες.

	Φόβος για τον καρκίνο		t	df	p
	Όχι	Ναι			
Άγχος ως κατάσταση	39,1 ± 13,5 (73)	45,3 ± 13,1 (211)	-3,462	282	0,001
Άγχος ως χαρακτηριστικό	38,4 ± 9,4 (73)	44,1 ± 9,7 (211)	-4,377	282	<0,001
Άγχος(SCL – 90)	5,6 ± 6,2 (73)	8,9 ± 7,3 (211)	-3,445	284	0,001
Κατάθλιψη	10,2 ± 8,2 (73)	14,5 ± 9,5 (210)	-3,408	281	0,001

Σημειώνεται πως ανάλογες παρατηρήσεις έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Gallichio κ.ά 2005).

Πίνακας 38: Συσχέτιση του γενικότερου φόβου για την ασθένεια και του φόβου για τον καρκίνο					
		Φόβος για την ασθένεια		Σύνολο	
		Όχι	Ναι		
Φόβος για τον καρκίνο	Όχι	Συχνότητα	69	4	73
	Αναμενόμενη συχνότητα	37,8	35,2	73,0	
	Ναι	Συχνότητα	79	134	213
	Αναμενόμενη συχνότητα	110,2	102,8	213,0	
Σύνολο		Συχνότητα	148	138	286
		Αναμενόμενη συχνότητα	148,0	138,0	286,0

Πίνακας 39: Συσχέτιση των συνολικών φοβιών του ερωτώμενου και του φόβου για τον καρκίνο						
				Έχετε πολλές φοβίες		Σύνολο
				Όχι	Ναι	
Φόβος για τον καρκίνο	Όχι	Συχνότητα	68	5	73	
		Αναμενόμενη συχνότητα	59,5	13,5	73,0	
	Ναι	Συχνότητα	165	48	213	
		Αναμενόμενη συχνότητα	173,5	39,5	213,0	
Σύνολο		Συχνότητα	233	53	286	
		Αναμενόμενη συχνότητα	233,0	53,0	286,0	

Πίνακας 40: Συσχέτιση της υποφοβίας και του φόβου για τον καρκίνο						
				Υποφοβία		Σύνολο
				Όχι	Ναι	
Φόβος για τον καρκίνο	Όχι	Συχνότητα	50	23	73	
		Αναμενόμενη συχνότητα	39,6	33,4	73,0	
	Ναι	Συχνότητα	105	108	213	
		Αναμενόμενη συχνότητα	115,4	97,6	213,0	
Σύνολο		Συχνότητα	155	131	286	
		Αναμενόμενη συχνότητα	155,0	131,0	286,0	

Περαιτέρω, στον πίνακα 3.41, παρουσιάζεται η εξάρτηση όσων κλιμάκων εμφανίστηκαν να εξαρτώνται από την θετική απόκριση στο φόβο για τον καρκίνο. Στη στήλη Β εμφανίζεται ο συντελεστής του μοντέλου που δίνει το μέγεθος της αναμενόμενης μεταβολής που θα εμφανιστεί σε μία ερωτώμενη η οποία ανήκει στον ίδιο γενικότερο πληθυσμό με τις ερωτώμενες της παρούσης εργασίας. Σημειώνεται πως ως αναμενόμενη μεταβολή εννοείται η μέση μεταβολή που αναμένεται να υπάρξει σε μελλοντική επανάληψη της καταγραφής. Επιπλέον, τα συμπεράσματα των παρακάτω πινάκων αρμόζει να ερμηνευθούν σε εξάρτηση με το μέγεθος του συντελεστή προσδιορισμού R^2 . Όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο δείκτης τόσο περισσότερο αποκλειστική είναι η εξάρτηση της αντίστοιχης κλίμακας από τον παράγοντα που μελετείται.

Παρατηρούμε πως οι ερωτώμενες που αποκρίθηκαν θετικά στην ερώτηση για το αν φοβούνται τον καρκίνο έχουν 8,3 μονάδες μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και μεγαλύτερο γενικό σύνολο στην κλίμακα του αλτρουισμού κατά 2,5 μονάδες από ότι οι ερωτώμενες που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Επιπλέον, εμφανίζουν μικρότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες της κλίμακας ESS για το βίωμα της ντροπής, μικρότερη παρανοειδής επιθετικότητα αλλά και μικρότερη πίστη από ότι οι άλλες ερωτώμενες.

Πίνακας 41: Κλίμακες που εξαρτώνται στατιστικά από το φόβο για τον καρκίνο

αα	Φόβος για τον καρκίνο	B	p	R^2
1	Άγχος ως χαρακτηριστικό (STAI)	8,3	0,016	0,506
2	Γενικό Σύνολο Κλίμακας Αλτρουισμού (ALT)	2,5	0,017	0,732
3	Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	-2,9	0,002	0,505
4	Πίστη (SPREUK)	-5,1	0,037	0,177
5	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	-7,3	0,009	0,455
6	Συνολική ντροπή (ESS)	-17,1	0,001	0,699
7	Σωματική ντροπή (ESS)	-3,0	0,026	0,631
8	Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	-6,7	0,006	0,540

Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε τα παραπάνω συμπεράσματα προχωρούμε στην υπόθεση πως οι γυναίκες που εκφράζουν φόβο για τον καρκίνο είναι περισσότερο ειλικρινής με τον εαυτό τους σχετικά με την προοπτική της ασθένειας και για το λόγο αυτό δεν ντρέπονται να το παραδεχθούν. Επιπλέον, η δήλωση για το φόβο αυτής της ασθένειας ενδεχομένως σημαίνει πως έχουν εξοικειωθεί με την αποδοχή οποιασδήποτε ιατρικής προσπάθειας για θεραπεία, γεγονός που τις προσανατολίζει σε ρεαλιστικές λύσεις, συμπεριφορά που πιθανώς ερμηνεύει τη μικρότερη τιμή στην υποκλίμακα της πίστης, χωρίς ωστόσο το τελευταίο γεγονός να αποτελεί ισχυρή συσχέτιση καθώς το γραμμικό μοντέλο εκτίμησης της πίστης έχει μικρή αποτελεσματικότητα ($R^2 = 0,177$). Η εξάρτηση της απάντησης του φόβου για τον καρκίνο με τις συνολικές φοβίες το γενικότερο φόβο για την ασθένεια αλλά και την υποφοβία ενδεχομένως υποδεικνύουν πως η ψυχολογική δομή στην οποία οφείλεται η αντίδραση στην ερώτηση αυτή δεν έχει κρίσιμη εξάρτηση από την ασθένεια του καρκίνου, ωστόσο στο πλαίσιο της παρούσης εργασίας με το συγκεκριμένο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε, η απάντηση στην απόκριση αυτή ήταν η πλέον σημαντική στον προσδιορισμό της τιμής

των υποκλιμάκων του πίνακα 3.41.

Στον πίνακα 3.42 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι κλίμακες των οποίων οι τιμές προέκυψε να εξαρτώνται στατιστικά από βίωμα του καρκίνου στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα ένας ερωτώμενος που θα έχει βιώσει ένα τέτοιο γεγονός αναμένεται να έχει 7,3 μονάδες μικρότερη τιμή στην υποκλίμακα του επανασχεδιασμού της κλίμακας της μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (FCOPES), 2,4 μονάδες μεγαλύτερη τιμή στην υποκλίμακα της οργάνωσης της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος (FES – R), και 1,1 μονάδες μεγαλύτερη τιμή στην υποκλίμακα της παραληρηματικής ενοχής της κλίμακας επιθετικότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας (HDHQ)

Πίνακας 42: Κλίμακες που εξαρτώνται στατιστικά με το βίωμα του καρκίνου στην οικογένεια

αα	Ιστορικό καρκίνου	B	p	R ²
1	Επανασχεδιασμός (FCOPES)	-7,3	0,001	0,395
2	Οργάνωση (FES – R)	2,4	0,002	0,531

Το γεγονός της απεμπλοκής από την ασθένεια του καρκίνου εμφανίζεται να μειώνει περαιτέρω την τιμή του επανασχεδιασμού της κλίμακας της μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια κατά 2,9 μονάδες ενώ μειώνει και την τιμή της παρανοειδούς επιθετικότητας κατά 0,8 μονάδες (Πίνακας 3.43).

Πίνακας 43: Κλίμακες που μεταβάλλονται ύστερα από την θεραπεία του καρκίνου

αα	Ξεπεράστηκε ο καρκίνος	B	p	R ²
1	Επανασχεδιασμός (FCOPES)	-2,9	0,022	0,395
2	Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	-0,8	0,049	0,505

Ιδιαίτερα, στην περίπτωση όπου ο καρκίνος που ξεπεράστηκε ήταν γυναικολογικής φύσης τότε εμφανίζεται αύξηση κατά 1,9 μονάδες στην υποκλίμακα της χαρακτηρισολογικής ντροπής της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (Πίνακας 3.44)

Πίνακας 44: Μεταβολή στη χαρακτηρισολογική ντροπή που οφείλεται στατιστικά στη θεραπεία ενός γυναικολογικού καρκίνου

αα	Ξεπεράστηκε ο γυναικολογικός καρκίνος	B	p	R ²
1	Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	1,9	0,032	0,540

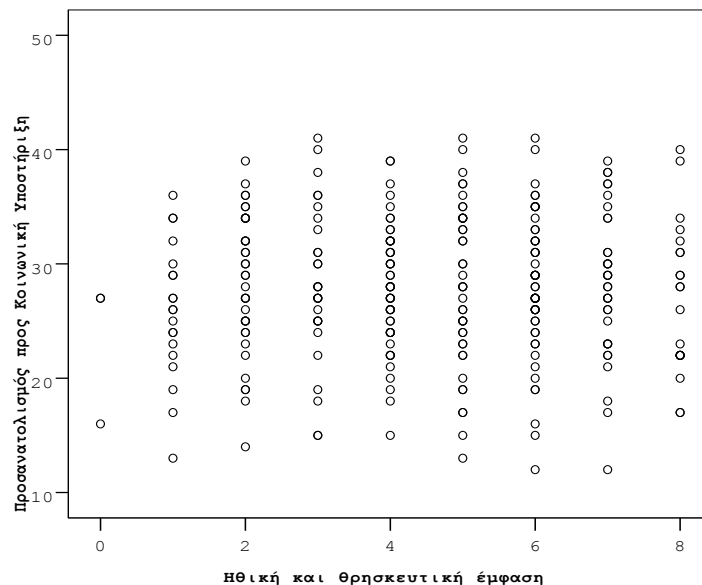
3.21 Η εμπειρία ενός γυναικολογικού καρκίνου σε κάποιο μέλος της οικογένειας

Μεταξύ των 63 γυναικών που είχαν περιστατικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένειά τους και των υπολοίπων 223 γυναικών που δεν είχαν ανάλογη εμπειρία εμφανίζεται στατιστική διαφοροποίηση μόνο στις

κλίμακες Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (FCOPES) ($p = 0,016$) και Ηθική και θρησκευτική έμφαση (FES) ($p = 0,033$).

Οι γυναίκες που είχαν την εμπειρία ενός γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια εμφανίζουν μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης (4,2 μονάδες έναντι 4,7), γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην ενδεχόμενη αμφιβολία για την θεία πρόνοια που γεννιέται μετά από κάποιο τέτοιο περιστατικό, ενώ εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα του προσανατολισμού προς κοινωνική υποστήριξη (29,5 μονάδες έναντι 27,4), περαιτέρω ένδειξη προσπάθειας για ρεαλιστική αντιμετώπιση της ασθένειας.

Καθώς οι δύο υποκλίμακες είναι γραμμικά ανεξάρτητες (Pearson $r = 0,057$, και διάγραμμα διασποράς παρακάτω) τα παραπάνω δύο γεγονότα αρμόζει να ερμηνευθούν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο.



Διάγραμμα 10: Διάγραμμα διασποράς μεταξύ των κλιμάκων της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και του προσανατολισμού προς κοινωνική υποστήριξη

Περαιτέρω, η δοκιμασία χ^2 κατέδειξε πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις τόσο στο ψυχολογικό προφίλ όσο και στο ιατρικό ιστορικό μεταξύ των 63 γυναικών που βίωσαν γυναικολογικό καρκίνο στην οικογένειά τους σε σχέση με όσες δεν έχουν ανάλογη εμπειρία.

3.22 Φόβος για την αρρώστια και φόβος για τους ανθρώπους

Η θετική απόκριση στην ερώτηση σχετικά με το φόβο για την αρρώστια συνδυάζεται με αύξηση 19,3 στο

άθροισμα όλων των δεικτών στην κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL – 90, αύξηση 0,2 μονάδες στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων της ίδιας κλίμακας, μείωση 1,3 μονάδες στην κλίμακα της Σωματοποίησης και 3,3 μονάδες αύξηση στην κλίμακα του φοβικού άγχους της ίδιας κλίμακας. Περαιτέρω, εμφανίζεται μείωση 1,2 μονάδες στην κλίμακα του ελέγχου και αύξηση 1,1 μονάδες στην υποκλίμακα της εκφραστικότητας της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος. Τέλος, ο συνολικός πόνος της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου εμφανίζει αύξηση 8,7 μονάδες.

Πίνακας 45: Κλίμακες που εξαρτώνται στατιστικά από το φόβο της ασθένειας

αα	Φόβος για την αρρώστια	B	p	R ²
1	Άθροισμα όλων των δεικτών (SCL – 90)	19,3	0,003	0,847
2	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL – 90)	0,2	0,003	0,847
3	Εκφραστικότητα (FES – R)	1,1	0,002	0,656
4	Έλεγχος (FES – R)	-1,2	0,012	0,742
5	Συνολικός πόνος (FPQ)	8,7	0,033	0,778
6	Σωματοποίηση (SCL – 90)	-1,3	0,025	0,978
7	Φοβικό άγχος (SCL – 90)	3,3	0,002	0,352

3.23 Ναρκισσισμός και βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος

Θεωρώντας ως έμμεσο ναρκισσιστικό δείκτη την αντίληψη του υποκειμένου για την αποδοχή του από το άλλο φύλο αλλά και από τους ανθρώπους γενικά, ανιχνεύθηκε η στατιστική διαφοροποίηση των αποκρίσεων στις σχετικές ερωτήσεις μεταξύ των ομάδων που ορίζονται από την εμπειρία ενός καρκίνου στην οικογένεια. Βρέθηκε πως η εμπειρία ενός καρκίνου στην οικογένεια δεν επηρεάζει τις αποκρίσεις στις σχετικές ερωτήσεις είτε αυτός ήταν γυναικολογικής φύσης είτε όχι.

	Ιστορικό καρκίνου		t	df	p
	Ναι	Όχι			
Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο;	3,35 ± 1,11 (145)	3,27 ± 1,3 (140)	0,561	283	0,575
Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	3,9 ± 1,05 (145)	3,71 ± 1,24 (141)	1,383	284	0,168
Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους;	3,97 ± 0,89 (145)	3,93 ± 1,01 (141)	0,323	284	0,747
Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στους ανθρώπους;	3,83 ± 1,02 (145)	3,98 ± 1,02 (141)	-1,252	284	0,211

	Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου		t	df	p
	Ναι	Όχι			
Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο;	3,24 ± 1,19 (63)	3,33 ± 1,21 (222)	-0,552	283	0,581
Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	3,89 ± 1,02 (63)	3,78 ± 1,18 (223)	0,663	284	0,508
Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους;	3,98 ± 0,96 (63)	3,94 ± 0,95 (223)	0,345	284	0,73
Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στους ανθρώπους;	3,95 ± 0,96 (63)	3,89 ± 1,04 (223)	0,442	284	0,659

3.24 Παράγοντες που επηρεάζουν την εξέταση με τεστ Παπανικολάου

Από τις 282 γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, οι 258 κάνουν την προληπτική εξέταση για την ανίχνευση του καρκίνου ενώ οι 24 δήλωσαν πως δεν την κάνουν. Η δοκιμασία χ^2 έδειξε πως η πρακτική της προληπτικής εξέτασης δεν εξαρτάται από το βίωμα ενός καρκίνου στην οικογένεια, γυναικολογικής φύσης ή μη.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα πως στατιστική εξάρτηση υπάρχει μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της πρακτικής του τεστ παπ. Ιδιαίτερα, οι ανύπαντρες γυναίκες κάνουν την προληπτική εξέταση με 5,3 φορές μικρότερη πιθανότητα από τις υπόλοιπες (έγγαμες, διαζευγμένες, χήρες) (χ^2 , $p < 0,001$)

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Άγαμος - η	Έγγαμος - η - Διαζευγμένος - η - Χήρος - α	
Τεστ παπ	Ναι	54	204	258
	Όχι	14	10	24
Σύνολο		68	214	282

3.25 Αυνανισμός και στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας

Οι γυναίκες που δήλωσαν πως είχαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία είναι πιθανότερο να ασκούν την πρακτική του αυνανισμού με μεγαλύτερη κατά 6,6 φορές πιθανότητα από όσες δήλωσαν πως δεν είχαν ανάλογο στρεσογόνο γεγονός. (χ^2 , $p = 0,01$). Είναι καλό ωστόσο, το εύρημα αυτό να επαληθευτεί σε μελλοντική έρευνα καθώς η ομάδα που δήλωσε πως δεν είχε κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία είναι μικρού μεγέθους, κάτι που αυξάνει το σφάλμα τύπου I.

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Αυνανισμός	Ναι	72	2	74
	Όχι	38	7	45
Σύνολο		110	9	119

Ένα εύρημα σχετικό με τον αυνανισμό είναι η εξάρτησή του από την αντίληψη του ατόμου για την εικόνα που δίνει στους άλλους ανθρώπους αλλά και στο άλλο φύλο. Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει τις μέσες τιμές στις τέσσερις σχετικές ερωτήσεις. Ιδιαίτερα, οι ερωτώμενες που εφαρμόζουν την πρακτική του αυνανισμού τείνουν να θεωρούν περισσότερο επιθυμητό τον εαυτό τους από το άλλο φύλο αλλά και γενικότερα από τους ανθρώπους.

	Αυνανισμός		t	df	p
	Ναι	Όχι			
Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο;	3,66 ± 1,06 (127)	3,08 ± 1,16 (100)	3,928	225	<0,001
Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	3,98 ± 1,07 (128)	3,65 ± 1,18 (100)	2,24	226	0,026
Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους;	4,02 ± 0,87 (128)	3,79 ± 1,05 (100)	1,777	226	0,077
Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στους ανθρώπους;	4,05 ± 0,93 (128)	3,74 ± 1,07 (100)	2,315	226	0,022

Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα - Συζήτηση

Το συναίσθημα του φόβου σχετίζεται με την ψυχοπαθολογία του ανθρώπου και προς αυτήν την κατεύθυνση επισημαίνεται η πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goodwin, 1986; Menzies & Clarke, 1994; McNeil & Rainwater, 1998; Barlow, 2000; Vlaeyen & Linton, 2000; Asmundson, et al., 2004; Kim & Gorman, 2005; Taylor, 2006; Taylor, Asmundson & Wald, 2007; Leahy, 2007; Macht, 2008).

Προς την κατεύθυνση αυτή η παρούσα εργασία επιβεβαιώνει τις παραπάνω αναφορές, καθώς βρέθηκε πως οι γυναίκες που δηλώνουν πως έχουν φόβο για τον καρκίνο έχουν πράγματι μεγαλύτερο άγχος από τις υπόλοιπες ερωτώμενες τόσο ως κατάσταση όσο και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ($p = 0,001$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα) ενώ παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης ($p = 0,001$) (παράγραφος 3.20). Ιδιαίτερα, η διαδικασία της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε πως οι ερωτώμενες που αποκρίθηκαν θετικά στην ερώτηση για το αν φοβούνται τον καρκίνο έχουν 8,3 μονάδες μεγαλύτερο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και μεγαλύτερο γενικό σύνολο στην κλίμακα του αλτρουισμού κατά 2,5 μονάδες από ότι οι ερωτώμενες που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Επιπλέον, εμφανίζουν μικρότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες της κλίμακας ESS για το βίωμα της ντροπής, μικρότερη παρανοειδής επιθετικότητα αλλά και μικρότερη πίστη από ότι οι άλλες ερωτώμενες.

Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε τα παραπάνω συμπεράσματα προχωρούμε στην υπόθεση πως οι γυναίκες που εκφράζουν φόβο για τον καρκίνο είναι περισσότερο ειλικρινής με τον εαυτό τους σχετικά με την προοπτική της ασθένειας και για το λόγο αυτό δεν ντρέπονται να το παραδεχθούν. Επιπλέον, η δήλωση για το φόβο αυτής της ασθένειας ενδεχομένως σημαίνει πως έχουν εξοικειωθεί με την αποδοχή οποιασδήποτε ιατρικής προσπάθειας για θεραπεία, γεγονός που τις προσανατολίζει σε ρεαλιστικές λύσεις, συμπεριφορά που πιθανώς ερμηνεύει τη μικρότερη τιμή στην υποκλίμακα της πίστης, χωρίς ωστόσο το τελευταίο γεγονός να αποτελεί ισχυρή συσχέτιση καθώς το γραμμικό μοντέλο εκτίμησης της πίστης έχει μικρή αποτελεσματικότητα ($R^2 = 0,177$). Η εξάρτηση της απάντησης του φόβου για τον καρκίνο με τις συνολικές φοβίες το γενικότερο φόβο για την ασθένεια αλλά και την υποφοβία ενδεχομένως υποδεικνύουν πως η ψυχολογική δομή στην οποία οφείλεται η αντίδραση στην ερώτηση αυτή δεν έχει κρίσιμη εξάρτηση από την ασθένεια του καρκίνου, ωστόσο στο πλαίσιο της παρούσης εργασίας με το συγκεκριμένο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε, η απάντηση στην απόκριση αυτή ήταν η πλέον σημαντική στον προσδιορισμό της τιμής των υποκλιμάκων του πίνακα 3.41.

Περαιτέρω, στη βιβλιογραφία αναφέρεται η σχέση που ενδεχομένως έχουν οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, με την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al, 2002).

Προς την κατεύθυνση αυτή αναφέρεται το εύρημα της παρούσης πως οι γυναίκες που δήλωσαν πως είχαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία τείνουν να επισκέπτονται ψυχολόγο με μεγαλύτερη

πιθανότητα από τις υπόλοιπες ενώ παράλληλα εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα της πνευματική υποστήριξη ($p = 0,026$). Παράλληλα, είναι άξιο αναφοράς το γεγονός πως ασκούν την πρακτική του αυνανισμού με μεγαλύτερη κατά 6,6 φορές πιθανότητα από όσες δήλωσαν πως δεν είχαν στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία. (χ^2 , $p = 0,001$), χωρίς ωστόσο να υπάρχει προφανής αιτιολόγηση.

Ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τους καρκίνους γυναικολογικής φύσης βρέθηκε πως η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας είναι σημαντική παράμετρος καθώς οι παντρεμένες γυναίκες τείνουν να κάνουν με μεγαλύτερη πιθανότητα το τεστ Παπ όσο και μαστογραφία (δοκιμασία χ^2 , $p < 0,001$), εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία. (IARC 2005, IARC 2008, Meissner κ.ά 1998, Robinson κ.ά 2008) Ιδιαίτερα, βρέθηκε πως το μέγεθος του τόπου κατοικίας δεν συσχετίζεται με την πρακτική των προληπτικών ελέγχων γεγονός που φαινομενικά έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες αναφορές στη βιβλιογραφία (Bingham κ.ά 2003) το οποίο όμως εξηγείται από την μεγάλη διασπορά υπηρεσιών υγείας που υπάρχει στη χώρα μας σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Η εμφάνιση ενός περιστατικού καρκίνου στην οικογένεια είναι ένα γεγονός που επηρεάζει τη ψυχολογική κατάσταση των μελών της. Ιδιαίτερα, βρέθηκε πως οι γυναίκες που είχαν ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά τους είναι ανύπαντρες με μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο ιστορικό (χ^2 , $p = 0,005$), ενώ επισκέπτονται ψυχολόγο με μεγαλύτερη πιθανότητα (χ^2 , $p = 0,025$), χωρίς ωστόσο να μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός της ασθένειας του συγγενή η ανάγκη επίσκεψης σε ψυχολόγο. Περαιτέρω, πάσχουν από χρόνια σωματική νόσο με μεγαλύτερη πιθανότητα (χ^2 , $p = 0,015$) ωστόσο δεν επηρεάζεται η αξιολόγηση της συντροφικής τους κατάστασης (χ^2 , $p = 0,163$) από το γεγονός αυτό, Επιπλέον, δεν κάνουν τεστ παπ ούτε μαστογραφία με διαφορετική συχνότητα από ότι οι υπόλοιπες γυναίκες (χ^2 , $p = 0,884$ και $p = 0,630$ αντίστοιχα) αλλά και δεν εμφανίζεται κάποια διαφοροποίηση ως προς τις υπόλοιπες σωματικές ασθένειες (υπέρταση κ.α.) με την εξαίρεση των αλλεργιών όπου εμφανίζεται μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες που έχουν ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά τους (χ^2 , $p = 0,019$). Τέλος, οι γυναίκες που έχουν εκτεθεί στην εμπειρία ενός καρκίνου στην οικογένειά τους αναμένεται να έχουν μικρότερη τιμή κατά 7,3 μονάδες στην κλίμακα του επανασχεδιασμού και 2, 4 μονάδες μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της οργάνωσης γεγονός που ενδεχομένως δείχνει την εσωτερική εξοικείωση με το ενδεχόμενο μίας νέας τέτοιας ανατροπής στη ζωή τους (Πίνακας 42, σελίδα 67).

Έρευνες για την ανάπτυξη του φόβου, του άγχους και της σωματικής ευαισθησίας έχουν δείξει την άμεση συσχέτιση των παραγόντων αυτών σε συνάρτηση με τη λειτουργία της οικογένειας (Katz & Low, 2004). Δυσλειτουργικές μορφές οικογενειακής λειτουργίας συνδέονται με την ανάπτυξη τους άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε παιδιά που έχουν υποστεί φυσικές καταστροφές (π.χ. σεισμό) (Kiliç, Özgünen, & Sayil, 2003). Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι φόβοι παιδικής ηλικίας προκύπτουν, επειδή το παιδί αντιλαμβάνεται όλο και περισσότερο τους πιθανούς κινδύνους για δικούς του, από το οικογενειακό του περιβάλλον και ότι το επίπεδο φόβου της μητέρας αλλά και η έκφρασή του από την ίδια συμβάλλουν στην ανάπτυξη του φόβου των παιδιών (Muris, and Merckelbach 2001; Ollendick, et al., 2001)

Προς την κατεύθυνση αυτή, αναφέρεται το εύρημα πως οι γυναίκες που δηλώνουν πως φοβούνται τους ανθρώπους τείνουν να επισκέπτονται με μεγαλύτερη πιθανότητα ψυχολόγο από ότι οι υπόλοιπες (χ^2 , $p = 0,002$), ενώ το στρεσογόνο γεγονός τόσο της παιδικής ηλικίας όσο και της ενήλικης ζωής δεν φαίνεται να επηρεάζει την πρακτική της επίσκεψης σε ψυχολόγο (χ^2 , $p = 0,07$ και $p = 0,505$ αντίστοιχα). Όμοια, το ίδιο προκύπτει και για το εκπαιδευτικό επίπεδο του ερωτώμενου, καθώς δεν προκύπτει συσχέτιση με την επίσκεψη σε ψυχολόγο (χ^2 , $p = 0,246$)

Περαιτέρω, έρευνές έχουν καταδείξει τη σχέση της οικογενειακής συνοχής με το κοινωνικό άγχος και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης, ενώ η έλλειψη οικογενειακής προσαρμοστικότητας συνδέθηκε με το φόβο των ξένων (Peleg-Poroko & Dar, 2001). Προς την κατεύθυνση αυτή αναφέρεται πως οι ανύπαντρες ερωτώμενες του δείγματός εμφανίζουν μικρότερη τιμή στην κλίμακα της σωματοποίησης (9,5 μονάδες έναντι 11,6, $p = 0,041$), και μεγαλύτερη τιμή στην κλίμακα της παρορμητικής επιθετικότητας (4,5 μονάδες έναντι 3,8, $p = 0,035$).

Περίληψη

Σκοπός : Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανίχνευση των χαρακτηριστικών του φόβου του γυναικολογικού καρκίνου και η διασύνδεσή του με τις ψυχολογικές επιπτώσεις στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Μεθοδολογία : Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις. Το δείγμα αποτέλεσαν διακόσιες ογδονταέξι γυναίκες που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης. Η μέτρηση των ψυχολογικών παραγόντων πραγματοποιήθηκε με χρήση δώδεκα κλιμάκων οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε παρελθόντες εργασίες για τον ίδιο σκοπό και έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό

Αποτελέσματα : Βρέθηκε πως η εμφάνιση ενός περιστατικού καρκίνου στην οικογένεια είναι ένα γεγονός που επηρεάζει τη ψυχολογική κατάσταση των μελών της αυτό αποκτά μετρήσιμα χαρακτηριστικά βάσει των κλιμάκων που μετρήθηκαν.

Συμπεράσματα : Ο φόβος για την ασθένεια του καρκίνου σχετίζεται με αυξημένο άγχος τόσο ως κατάσταση όσο και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενώ παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης. Οι παντρεμένες γυναίκες τείνουν να κάνουν με μεγαλύτερη πιθανότητα το τεστ Παπ όσο και μαστογραφία, εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά : γυναικολογικός καρκίνος, άγχος, κατάθλιψη, ψυχολογικοί παράγοντες.

Abstract

Aim: The general objective of this study is the detection of the characteristics of the fear of cervical and breast cancer, the investigation of the interconnection of certain psychological factors (external shame, internal shame, anxiety on cardiac function, family relationships and optimism) and their impact on the Primary Health Care

Methodology: A correlational, cross – sectional design was designed. The study sample consisted of two hundred eighty six women living in the region of Thessaloniki. Psychological factors were measured with the use of twelve well known and studied questionnaires.

Results: It was found that factors as age, marital status and a stressful event during childhood affect the values of the psychological scales that was studied.

Conclusions: Women having fear of the disease of cancer are associated with increased anxiety while they have higher levels of depression. Married women tend to have a more consistent approach in preventing cancer than single ones.

Keywords: gynaecological cancer, anxiety, depression, psychological factors.

Βιβλιογραφία

- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Al Akker-van Marle E Van den, de Koning H, Boer R, Maas P van der. (1999) Reduction in breast cancer mortality due to the introduction of mass screening in The Netherlands: comparison with the United Kingdom. *J Med Screen.* 6:30–4.[PubMed]
- Alcaraz M, Liuch A, Miranda J, Salas MD. (2002) Study if non participation in the breast cancer screening program in the city of Valencia (Spain) *Gac Sanit.* 16:230–5. [PubMed]
- Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719- 722.
- Andrews, B (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
- Andrews, B. (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
- Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.
- Anttila A., Ronco G., Clifford G., Bray F., Hakama M., Arbyn M., & Weiderpass E. (2004) Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br. J. Cancer.* 91: 935-941
- Arbyn M., Raifu A.O., Autier P., Ferlay J. (2007) Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. *Annals of Oncology* 18: 1708-1715
- Bakos AD, Hutson SP, Loud JT, Peters JA, Giusti RM, Greene MH. (2008) BRCA mutation-negative women from hereditary breast and ovarian cancer families: a qualitative study of the BRCA-negative experience. *Health Expect.* Sep; 11(3):220-31.
- Bazargan M, Bazargan SH, Calderon JL, Husaini BA, Baker RS. (2003) Mammography screening and breast self-examination among minority women in public housing projects: the impact of physician recommendation. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)* 49:1213–8. [PubMed]
- Beckett JR, Kotre CJ, Michaelson JS. (2003) Analysis of benefit:risk ratio and mortality reduction for the UK Breast Screening Programme. *British Journal of Radiology.*76:309–320. [PubMed]

Beeken RJ, Simon AE, von Wagner C, Whitaker KL, Wardle J. (2011) Cancer fatalism: deterring early presentation and increasing social inequalities? *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* Oct; 20(10):2127-31. [PubMed]

Bingham A., Bishop A., Coffey, P., Winkler J., Bradley, J., Dzuba, I. & Agurto, I. (2003) Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex.* 45:S408–S416

Blanks RG, Moss SM, Mc Gahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. (2000) Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990–8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ.* 321:665–669.[PMC free article] [PubMed]

Boyle P., Autier P., Bartelink H., Baselga J., Boffetta P., et al. (2003) European Code Against Cancer and scientific justification: third version. *Ann.Oncol.*, 14: 973-1005

Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: *Attachment, Theory and Close Relationships.* J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46-76).

Brotans C, Bjorkelund C, Bulc M, Clurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Pineiro R, Pullerits L, Sammut M, Sheehan M, Tataradze R, Thireos E, Vuchak J.(2005) Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine.* 40:595–601. [PubMed] [Cross Ref]

Buetow S., Janes R., Steed R., Ihimaera L., Elley C.R. (2007) Why don't some women return for cervical smears? A hermeneutic phenomenological investigation. *Health Care for Women International.* 28: 843-852

Cortesi L, Chiuri VE, Ruscelli S, Bellelli V, Negri R, Rashid I, Cirilli C, Fracca A, Gallo E, Federico M. (2006) Prognosis of screen-detected breast cancers: results of a population based study. *BMC Cancer.* 6:17. [PMC free article] [PubMed] [Cross

Day N, Warren R. (2000) Mammographic screening and mammographic patterns. *Breast Cancer Res.* 2:247–51. [PMC free article] [PubMed][Cross Ref]

Davison C. (1996) Predictive genetics: the cultural implications of supplying probable futures. In: Marteau TM, Richards MPM, eds. *The Troubled Helix: Social and Psychological Implications of the New Human Genetics.* Cambridge: Cambridge University Press;317–330.

Duffy SW, Tabár L, Chen HH, Holmqvist M, Yen MF, Abdsalah S, Epstein B, Frodis E, Ljungberg E, Hedborg-Melander C, Sundbom A, Tholin M, Wiege M, Akerlund A, Wu HM, Tung TS, Chiu YH, Chiu CP, Huang CC, Smith RA, Rosén M, Stenbeck M, Holmberg L. (2002) The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish countries. *Cancer.* 95:458–69. [PubMed] [Cross Ref]

Duport N, Ancelle-Park R. (2006) Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *Eur J Cancer Prev.* 15:219–24. [PubMed][Cross Ref]

Enjolras F, Chekaroua K, Delay E.(2005) Du corps au sein:enjeu social et narcissique. *Ann Cbir Plast Estbet* 50: 357-64

Erblich J, Bovbjerg DH, Valdinarsdottir HB. (2000) Looking forward and back: distress among women at familial risk for breast cancer. *Ann Behav. Med.* 22:53–9. [PubMed]

European Commission. (2003) Proposal for a Council Recommendation in Cancer Screening.

Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology.* 18:581–592. . [PubMed]

Fernandez M. E., Tortolero-Luna G., Gold R. S. (1998) Mammography and Pap Test screening among low-income foreign-born Hispanic women in the USA. *Cadernos de Saude Publica.* 14 Suppl. :133-47

Franks P, Clancy CM. (1993) Physicians gender bias in clinical decision-making: screening for cancer in primary care. *Med Care.* 31:2138. [PubMed]

Flynn BS, Gavin P, Worden JK, Ashikaga T, Gautam S, Carpenter J. (1997) Community education programs to promote mammography participation in rural New York State. *Prev Med.* 26:102–8. doi: 10.1006/pmed.1997.0110. [PubMed]

Ganry O, Boche T. (2005) Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France. *Public Health.* 119:1023–30. doi: 10.1016/j.puhe.2005.02.004. [PubMed]

Garas I, Pateras H, Tiandafilou D, Georgountzos V, Mihas , Abatzoglou M, Trichopoulos D. (2004) Breast cancer screening in Southern Greece. *European Journal of cancer prevention.* 3:35–39. [PubMed]

Gallichio I, Harvey L, Kjerulff K. (2005) Fear of cancer among women undergoing hysterectomy for benign conditions. *Psychosomatic Medicine* vol 67 no3 420-424

Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.

Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.

Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174- 189.

Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.

Gilbert, P., Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 585- 598.

Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.

Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behavior in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 1117- 1127.

Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 124- 133.

Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.

Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.

Gilligan, J. (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.

Griffiths FE, Green EE, Bendelow G, Blackett-Milburn K, Thompson D, Tsouroufli M. (2003) Innovative Health Technologies at Women's Midlife; Theory and Diversity among women and Experts. (L218252038), ESRC.

Hackshaw A. (2003) EUSOMA review of mammography screening. *Annals of Oncology*. 14:1193–1195. doi: 10.1093/annonc/mdg321. [PubMed] [Cross Ref]

Halabi S, Skinner CS, Samsa GP, Strigo TS, Crawford YS, Rimer BK. (2000) Factors associated with repeat mammography screening. *J Fam Pract*. 49:1104–12.[PubMed]

Herman CJ, Lengerich EJ, Stoodt G. (1991) Variation in recommendations for breast and cervical cancer screening among primary care physicians in North Carolina. *South Med J*. 89:583–90. [PubMed]

Hopwood P, Shenton A, Laloo F, Evans DGR, Howell A. (2001) Risk perception and cancer worry: an exploratory study of the impact of genetic risk counselling in women with a family history of breast cancer. *J Med Genet*. 38:139–142. doi: 10.1136/jmg.38.2.139. [PMC free article] [PubMed]

Hsia J., Kemper E., Kiefe C., Zapka J., Sofaer S., Pettinger M., Bowen D., Limacher M., Lillington L.& Mason E. (2000) The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the Women's Health Initiative. *Preventive Medicine*. 31: 261–270 85

IARCa. (2008) World Cancer Report. IARC Press. Lyon

- IARCb. (2008) European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening (second edition). Europe against cancer programme. Belgium
- International Agency for Research on Cancer.(2005) World Health Organization. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARC Press 2005
- Kash KM. (1996) Psychological distress associated with genetic breast cancer risk. Genetic Predisposition to Cancer London. Chapman & Hall; 282–289.289
- Keller B, Zemp Stutz E, Tibblin M, Ackermann-Liebrich U, Faisst K, Prbst-Hensch N. (2001) Screening mammography in Switzerland: what makes female and male physicians prescribe them. Swizz Med Wkly. 131:311–319.
- Kloppe P, Brotons C, Anton J, Ciurana R, Iglesias M, Pineiro R, Fornasini M. (2005) Preventive care and health promotion in primary care: comparison between the views of Spanish and European doctors. Aten Primaria. 36:144–51. doi: 10.1157/13077483. [PubMed] [Cross Ref]
- Kupets R., Covens A. (2001) Strategies for the implementation of cervical and breast cancer screening of women by primary care physicians. Gynecologic Oncology. 83:186-197
- Liakos, A. (1977). Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professor chip Thesis. University of Athens. Greece.
- Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). Stress and Anxiety (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
- Lindberg NM, Wellisch D. (2001) Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer. Ann Behav Med. 23:298–303. [PubMed]
- Linos A., Riza E., (2000) Comparison of cervical cancer screening programmes in the European Union. European Journal of Cancer, 2000; 36: 2260-2265
- Lobb E A, Butow P N, Meiser B, Barratt A, Gaff C, Young M A, Kirk J, Suthers G K, Tucker K. (2002) Tailoring communication in consultations with women from high risk breast cancer families. Br J Cancer August 27; 87(5): 502–508.
- Lurie N, Slater J, Mc Govern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. (1993) Preventive care for women. Does the sex of physician matter? N Engl J Med. 329:47882.
- Lynge E. (2000) Cohort studies in evaluation of cervical cancer screening. In: Evaluation and Monitoring of Screening Programmes (eds Sankila R., Démaret E., Hakama M., Lynge E., Schouten L.J. & Parkin D.M.), 119-131. Europe Against Cancer Programme, Brussels, Luxemburg
- Mandelblatt JS, Yabroff KR. (2000) Breast and cervical cancer screening for older women: recommendations and challenges for the 21st century. Am Med Women's Assoc.55:210–5. [PubMed]

Margolis, K.L., Lurie, N., McGovern, P.G., Tyrrell, M. & Slater, J.S. (1998) Increasing breast and cervical cancer screening in low-income women. *Journal of General Internal Medicine* 13: 515–521

Markovic M., Kesic V., Topic L., Matejic B. (2005) Barriers to cervical cancer screening: A qualitative study with women in Serbia. *Social Science & Medicine*. 61: 2528-2535

Marlén Oliver-Vázquez, Sánchez-Ayéndez Melba, Suárez-Pérez Erick, Vélez-Almodóvar Himilce, Arroyo-Calderón Yamilet. (2002) Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: results of a pilot programme. *Health Promotion International*. 17:3–11. [PubMed]

Maxwell CJ (a), Bancej CM, Snider J. (2001) Predictors of mammography use among Canadian women aged 50–69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *CMAJ* 164: 329–34. [PMC free article] [PubMed]

Maxwell C.J (b), Bancej C.M., Snider J. & Vik S.A. (2001) Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS). *Can. J. Public Health* 9: 127–133

Miedema B., Tatemichi S. (2003) Breast and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: What prompts women to screen? *Women's Health Issues*. 13: 180-184

Mousiama T, Loakimidou S, Largatzi E, Kaitelidou D, Liaropoulos L. (2001) Health technology assessment in the area of prevention: selected screening cases in Greece. *Int J Technol Assess Health Care*. 17:338–57. [PubMed]

Meissner H.I., Breen N., Coyne C., Legler G. M., Green D.T., Edwards B. K. (1998) Breast and Cervical Cancer Screening Intervention: An Assessment of the Literature. *Cancer Epidemiology, Biomarkes & Prevention*. October, 7: 951-961

NHS. NHS Cervical Screening Programme. Annual Review, 2003b; Sheffield

Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, Dietrich AJ.(2005) Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc*. 97:162–70.[PMC free article] [PubMed]

O'Malley A.S., Forrest C.B. & Mandelblatt J. (2002) Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *J. Gen. Intern. Med*. 17: 144–154

Palm B.T., Kant A.C., van den Bosch W.J., Vooijs G.P., Van Weel C. (1993) Preliminary results of a general practice based call system for cervical cancer screening in The Netherlands. *British Journal of General Practice*. 43: 503–506

Pappa E, Niakas D. (2006) Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of Athens area. *BMC Health Services Research*. 6:146. doi: 10.1186/1472-6963-6-146. [PMC free article] [PubMed][Cross Ref]

Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. (1999) Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer*80:827–841. [PubMed] [Cross Ref]

Rimer B.K., Conaway M., Lyna P., Glassman B., Yarnall K.S., Lipkus I. & Barber L.T. (1999) The impact of tailored interventions on a community health center population. *Patient Education and Counseling*. 37: 125–140

Riza E., Kyriakogianni-Psaropoulou P., Koumantakis E., Symiakaki H., Garas I., Linos A. (2000) Cervical cancer screening in Greece. *European Journal of Cancer*, 36: 2227-2232

Robinson J. M., Shavers V. (2008) The Role of Health Insurance Coverage in Cancer Screening Utilization. *Journal of Health Care for the Poor and Unreserved* 19: 842-856

Santora L, Mahoney CM, Lawvere S, Englert J, Symons BA, Mirand LA. (2003) Breast cancer screening beliefs by practice location. *BMC Public Health*. 3:9. doi: [Cross Ref]

Souliotis K, Lionis C. (2004) Creating an Intergraded Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective. *Journal of Medical Systems*. 28:643–52.

Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.

Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.

Spielberg CD. *Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.

Tan M, Bleiker E, Menke-Playmers M, Van Gool A, Van Dooren S, Van Geel B, Tilanus-Linthorst M, Bartels K Klijn J, Blakelmans C, Seynaeve C. (2007) Standard psychological consultations and follow up for women at increased risk of hereditary breast cancer considering prophylactic mastectomy. *Hereditary Cancer In Clinical Practice* 7 (1): 6

Tolma EL, Reiningger BM, Ureda J. (2006) What predicts a Cypriot woman's decision to obtain or not obtain a screening mammogram? Implications for the promotion of screening mammography in Cyprus. *Eur J Cancer Prev* 15:149–57. [PubMed]

Thomas EC. (2003) *Ring of silence: A paradox of womanhood*. Doctoral dissertation. University of Colorado; Boulder UMI AAT3086281.

Thomas EC. (2004) African American women's breast memories, cancer beliefs, and screening behaviors. *Cancer Nursing*. 27(4):295–302. [PubMed]

Thomas E. (2006) *Ring of Silence: African American women's experiences related to their breasts and breast cancer screening*. *The Qualitative Report*. 2006. pp. 350–373. <http://www.nova.edu/ssss/QR11-2/Thomas.pdf>.

Thomas E, Usher L.(2009) One more hurdle to increasing mammography screening: pubescent, adolescent, and prior mammography screening experiences. *Women's Health Issues*. Nov-Dec; 19(6):425-33.

Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A. (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment. *European Journal of Psychological Assessment*. Vol. 23(1):47–55.

Van Dooren S, Seynaeve C, Rijnsburger AJ, Duivenvoorden HJ, Essink-Bot M-L, Bartels CCM, Klijn JGM, de Koning HJ, Tibben A. (2005) The impact of having relatives affected with breast cancer on psychological distress in women at increased risk for hereditary breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 89:75–80. [PubMed] [Cross Ref]

Walter FM, Emery J, Braithwaite D, Marteau TM. (2004) Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Ann Fam Med*. Nov-Dec;2 (6):583-94.

Watson M, Lloyd S, Davidson J, Meyer L, Eeles R, Ebbs S, Murday V. (1999) The impact of genetic counselling on risk perception and mental health in women with a family history of breast cancer. *Br J Cancer*. 79:868–874. [PMC free article][PubMed]

Wellisch DK, Gritz ER, Schain W, Wang H-J, Siau J. (1992) Psychological functioning of daughters of breast cancer patients Part II: Characterizing the distressed daughter of the breast cancer patient. *Psychosomatics* 33:171–179. [PubMed]

YabroffK Robin, Mandelblatts Jeanne. (1999) Interventions targeted toward patients to increase mammography use. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 8:749–757.

Young FR, Severson KR. (2005) Breast Cancer screening barriers and mammography completion in order minority women. *Breast Cancer Research and Treatment*. 89:111–118. doi: 10.1007/s10549-004-1476-8. [Cross Ref]

Zappa M. & Ciatto S. (2000) Cervix cancer: Case-control studies on screening. In: *Evaluation and Monitoring of Screening Programmes* (eds Sankila R., Demaret E., Hakama M., Lynge E., Schouten L.J. & Parkin D.M.), 99-118. Europe Against Cancer Programme, Brussels, Luxemburg.

Zhang Li Rita, Chiarelli Anna M., Glendon Gord, Mirea Lucia, Edwards Sarah, Knight Julia A., Andrulis Irene L., Ritvo Paul (2011) Influence of perceived breast cancer risk on screening behaviors of female relatives from the Ontario Site of the Breast Cancer Family Registry. *Eur J Cancer Prev*. July; 20(4): 255–262. doi: 10.1097/CEJ.0b013e3283447467

Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.

Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.

Γναρδέλλης, Χ. (2006). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.

Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). Βασική Ιατρική Στατιστική. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

Καφέτσιος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ. Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, τεύχος 38.

Καφέτσιος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. Εγκέφαλος, τόμος 40 (1).

Κωνσταντινίδης Θ.Κ.(2006) Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στον κόσμο. Στο: Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 19-28.

Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42-48.

Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική. Τόμος Β'. Αθήνα.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Παράρτημα

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 3.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach.....	33
Πίνακας 3.2: Δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων	35
Πίνακας 3.3: Οικογενειακή κατάσταση	36
Πίνακας 3.4: Η σχέση των ερωτώμενων με την ασθένεια του καρκίνου	37
Πίνακας 3.5: Ιατρικό ιστορικό των ερωτώμενων	38
Πίνακας 3.6: Ψυχοσωματικό προφίλ των ερωτώμενων	40
Πίνακας 3.7 : Κλίμακα Ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90).....	42
Πίνακας 3.8: Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS)	43
Πίνακας 3.9: Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS).....	43
Πίνακας 3.10: Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	43
Πίνακας 3.11: Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	43
Πίνακας 3.12: Κλίμακα Αλtruισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)	44
Πίνακας 3.13: Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES).....	45
Πίνακας 3.14: Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)	45
Πίνακας 3.15 : Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)	46
Πίνακας 3.16: Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	46
Πίνακας 3.17: Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al.).....	46
Πίνακας 3.18: Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)	47
Πίνακας 3.19: Ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90).....	48
Πίνακας 3.20: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό	49
Πίνακας 3.21: Τιμές Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)	50
Πίνακας 3.22: (M.S.-P. Cheung et al, 2004) : Τιμές υποκλιμάκων των OAS σε τυπικό δείγμα 125 φοιτητών .51	
Πίνακας 3.23: Τιμές Κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία	51
Πίνακας 3.24: Ενδεικτικές τιμές των υποκλιμάκων του CAQ (Eifert et al., 2000)	51
Πίνακας 3.25: Τιμές Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (R-FES)	53
Πίνακας 3.26: Τιμές κλιμάκων ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger	54
Πίνακας 3.27: Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)	55
Πίνακας 3.28: Price et al (1980)	55
Πίνακας 3.29: Τεστ προσανατολισμού για την ζωή (LOT - R)	56

Πίνακας 3.30: Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ)	57
Πίνακας 3.31: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε τρία διαφορετικά δείγματα (McNeil et al, 1998)	57
Πίνακας 3.32: Τιμή κλίμακας Αλτρουισμού (ALT)	58
Πίνακας 3.33: Τιμές κλίμακας πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SPREUK).....	59
Πίνακας 3.34: Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-COPES)	59
Πίνακας 3.35: Επιλεγμένες συσχετίσεις.....	60
Πίνακας 3.36: Στατιστικές διαφοροποιήσεις που εμφανίζονται μεταξύ όσων βίωσαν την εμπειρία του καρκίνου στην οικογένειά τους και των υπολοίπων ερωτώμενων.	61
Πίνακας 3.37: Παράγοντες που συμπεριλήφθηκαν στα γραμμικά μοντέλα πρόβλεψης	64
Πίνακας 3.38: Συσχέτιση του γενικότερου φόβου για την ασθένεια και του φόβου για τον καρκίνο	65
Πίνακας 3.39: Συσχέτιση των συνολικών φοβιών του ερωτώμενου και του φόβου για τον καρκίνο.....	65
Πίνακας 3.40: Συσχέτιση της υποφοβίας και του φόβου για τον καρκίνο	66
Πίνακας 3.41: Κλίμακες που εξαρτώνται στατιστικά από το φόβο για τον καρκίνο.....	67
Πίνακας 3.42: Κλίμακες που εξαρτώνται στατιστικά με το βίωμα του καρκίνου στην οικογένεια.....	67
Πίνακας 3.43: Κλίμακες που μεταβάλλονται ύστερα από την θεραπεία του καρκίνου.....	67
Πίνακας 3.44: Μεταβολή στη χαρακτηρολογική ντροπή που οφείλεται στατιστικά στη θεραπεία ενός γυναικολογικού καρκίνου.....	67
Πίνακας 3.45: Κλίμακες που εξαρτώνται στατιστικά από το φόβο της ασθένειας.....	69

Πίνακας 46: Αναλυτικά Αποτελέσματα των διαδικασιών πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

αα	Κλίμακα ή υποκλίμακα	Στατιστική επιρροή από την απόκριση στις ερωτήσεις...	B	p	R ²
1	Στάση απέναντι στη ζωή	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	-1,219	,001	0,679
		Συντροφική κατάσταση	-1,179	,000	
		Δερματικά προβλήματα	-2,292	,004	
		Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	,815	,024	
		SCL - 90			
1	Σωματοποίηση	Πρόβλημα στομάχου	8,061	,000	0,978
		Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους;	6,616	,000	
		Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο;	-3,497	,000	
		Αδελφές	11,328	,000	
		Αδέλφια	7,950	,000	

		Αρθρίτιδα	-5,431	,000	
		Οικογενειακή κατάσταση	8,042	,000	
		Παιδιά	-3,543	,000	
		Ταχυκαρδίες	2,072	,001	
		Επαγγελματική κατάσταση	-,659	,006	
		Φόβος για την αρρώστια	-1,344	,025	
2	Ιδεοψυχαναγκασμός	Αδυναμία εκτέλεσης...			
3	Διαπροσωπική ευαισθησία	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	7,058	,000	0,934
		Αρθρίτιδα	9,278	,000	
		Πρόβλημα στομάχου	-8,852	,000	
		Αδέλφια	4,102	,000	
		Σειρά γέννησης	2,039	,009	
		Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	-3,115	,000	
		Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	-1,622	,000	
		Φάρμακα για σωματική νόσο	2,517	,010	
4	Κατάθλιψη	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	5,924	,001	0,377
5	Άγχος	Έχετε πολλές φοβίες	6,139	,017	0,514
		Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	2,609	,019	
6	Επιθετικότητα	Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο;	-1,664	,000	0,632
		Τόπος διαμονής	-1,535	,008	
		Αναπνευστικά προβλήματα	-2,645	,024	
7	Φοβικό άγχος	Φόβος για την αρρώστια	3,295	,002	0,352
8	Παρανοειδή ιδεασμό	Αδέλφια	4,467	,001	0,376
9	Ψυχωτισμός	Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	-1,282	,001	0,507
		Φόβος προς τους ανθρώπους	4,013	,005	
		Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	-1,481	,044	
10	Διάφορες αιπιάσεις (π.χ.. διαταραχές	Υποφοβία	3,761	,000	0,896

	ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)				
		Παιδιά	2,996	,000	
		Αδέρφια	3,310	,000	
		Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η σεξουαλική σας ζωή	-2,224	,001	
		Φαγούρες	2,104	,003	
		Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	1,060	,010	
		Επαγγελματική κατάσταση	,586	,013	
11	Άθροισμα όλων των δεικτών	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	29,847	,000	0,847
		Αρθρίτιδα	60,501	,000	
		Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής	91,364	,000	
		Φόβος για την αρρώστια	19,278	,003	
		Πρόβλημα στομάχου	-19,486	,038	
12	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	,332	,000	0,847
		Αρθρίτιδα	,672	,000	
		Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής	1,015	,000	
		Φόβος για την αρρώστια	,214	,003	
		Πρόβλημα στομάχου	-,217	,038	
		FES - R			
αα	Κλίμακα ή υποκλίμακα	Στατιστική επιρροή από την απόκριση στις ερωτήσεις...	Συντελεστής γραμμικού μοντέλου	ρ	Συντελεστής προσδιορισμού (R ²)
1	Συνοχή	Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας	2,342	,000	0,885
		Συντροφική κατάσταση	-2,124	,000	
		Ταχυκαρδίες	-1,430	,013	
		Επαγγελματική κατάσταση	-,652	,003	
		Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	-,500	,028	

		Σειρά γέννησης	1,062	,033	
2	Εκφραστικότητα	Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους;	,725	,000	0,656
		Φόβος για την αρρώστια	1,118	,002	
		Σακχαρώδης διαβήτης	1,907	,029	
3	Σύγκρουση	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	1,735	,000	0,472
		Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας	-1,033	,028	
4	Ανεξαρτησία	Λήψη φαρμάκων	-1,405	,013	0,242
5	Προσανατολισμός για επιτεύγματα	Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	-1,394	,000	0,620
		Πρόβλημα στομάχου	-2,851	,001	
		Πρόβλημα θυρεοειδή	1,787	,007	
		Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	-1,093	,023	
6	Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός	Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	1,704	,000	0,809
		Ταχυκαρδίες	-1,378	,001	
		Λήψη φαρμάκων	-1,801	,001	
		Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο;	,912	,002	
		Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στους ανθρώπους;	-,705	,020	
		Επαγγελματική κατάσταση	,273	,047	
7	Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα	Λήψη φαρμάκων	-2,890	,000	0,634
		Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	1,241	,001	
		Ηλικία αυνανισμού	-,131	,019	
8	Ηθική και θρησκευτική έμφαση	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	-1,305		0,551
		Κρίσεις πανικού	1,864		
		Επαγγελματική κατάσταση	-,633		

9	Οργάνωση	Επαγγελματική κατάσταση	-,921		0,531
		Ιστορικό καρκίνου	2,363		
		Ταχυκαρδίες	-1,558		
10	Έλεγχος	Επαγγελματική κατάσταση	-,926	,000	0,742
		Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στους ανθρώπους;	-,791	,000	
		Αναπνευστικά προβλήματα	1,830	,003	
		Φόβος για την αρρώστια	-1,159	,012	
		Σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο σας τεστ-Παπανικολάου	-,081	,026	
		OAS			
1	Συνολική βαθμολογία	Δερματικά προβλήματα	12,788	,029	0,191
2	Αίσθημα κατωτερότητας	Φόβος προς τους ανθρώπους	5,470	,024	0,201
3	Αίσθημα κενού	Δερματικά προβλήματα	3,394	,024	0,203
4	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	Αδέλφια	3,233	,046	0,163
		ESS			
1	Χαρακτηρολογική ντροπή	Υποφοβία	5,851	,002	0,540
		Φόβος για τον καρκίνο	-6,713	,006	
		Το νίκησε	1,881	,032	
2	Συμπεριφορική ντροπή	Υποφοβία	6,827	,002	0,455
		Φόβος για τον καρκίνο	-7,282	,009	
3	Σωματική ντροπή	Αδέλφια	2,676	,012	0,631
		Φόβος προς τους ανθρώπους	3,581	,018	
		Φόβος για τον καρκίνο	-3,029	,026	
4	Συνολική ντροπή	Υποφοβία	13,402	,001	0,699
		Φόβος για τον καρκίνο	-17,096	,001	

		Φόβος προς τους ανθρώπους	17,004	,004	
		Σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο σας τεστ-Παπανικολάου	,789	,008	
		STAI			
1	Άγχος ως κατάσταση	Φόβος προς τους ανθρώπους	12,029	,042	0,549
		Κάθε πότε κάνατε εξετάσεις αίματος	6,068	,014	
		Επαγγελματική κατάσταση	-3,384	,023	
2	Άγχος ως χαρακτηριστικό	Αδέλφια	9,107	,001	0,506
		Φόβος για τον καρκίνο	8,327	,016	
		Φαγούρες	5,592	,031	
		HDHQ			
1	Παρορμητική επιθετικότητα	Τόπος διαμονής	-,670	,031	0,186
2	Επίκριση των άλλων	Αδέλφια	2,000	,012	0,245
3	Παρανοειδής επιθετικότητα	Φόβος για τον καρκίνο	-2,918	,002	0,505
		Το νίκησε (ο συγγενής)	-,773	,049	
4	Αυτο-επίκριση	Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η σεξουαλική σας ζωή	1,714	,001	0,538
		Χρόνια σωματική νόσο	-1,756	,004	
		Φόβος προς τους ανθρώπους	2,167	,008	
5	Παραληρηματική ενοχή	Φόβος προς τους ανθρώπους	2,359	,000	0,610
		Παιδιά	1,378	,002	
		Ιστορικό καρκίνου	1,103	,004	
6	Σύνολο εξωστρέφειας	Αδέλφια	4,300	,010	0,256
7	Σύνολο ενδοστρέφειας	Φόβος προς τους ανθρώπους	4,048	,000	0,562
		Χρόνια σωματική νόσο	-2,303	,003	

		Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η σεξουαλική σας ζωή	1,613	,007	
8	Γενικό Σύνολο	Αδέλφια	5,400		0,239
		LOTR			
1	Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	Δερματικά προβλήματα	-8,693	,004	0,481
		Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	-3,249	,011	
		FPQ			
1	Ελαφρύς πόνος	Σειρά γέννησης	5,468	,001	0,485
		Πρόβλημα στομάχου	5,552	,004	
2	Δριμύς πόνος	Σειρά γέννησης	5,268	,013	0,516
		Εκπαιδευτικό επίπεδο	2,336	,031	
		Αδέλφια	4,812	,039	
3	Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	Υποφοβία	6,746	,001	0,589
		Αδέλφια	5,761	,003	
		Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής	-11,776	,013	
4	Συνολικός πόνος	Αδέλφια	13,849	,001	0,778
		Υποφοβία	10,723	,010	
		Πρόβλημα εντέρου	8,964	,022	
		Επαγγελματική κατάσταση	4,490	,002	
		Φόβος για την αρρώστια	8,681	,033	
		CAQ			
1	Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	Ταχυκαρδίες	,901	,000	0,9581
		Αδέλφια	,557	,001	
		Όνειρα	-1,395	,000	

		Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο;	-,368	,000	
		Πρόβλημα θυρεοειδή	,945	,000	
		Λήψη φαρμάκων	-,592	,001	
		Υποφοβία	,719	,000	
		Κάθε πότε κάνετε τεστ - παπ	-,744	,001	
		Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία	-,289	,009	
		Αδελφές	-,278	,043	
		ALT			
1	Γενικό Σύνολο Κλίμακας Αλτρουισμού	Παιδιά	-3,942	,000	0,732
		Πρόβλημα θυρεοειδή	3,686	,000	
		Φόβος για τον καρκίνο	2,519	,017	
		Φάρμακα για σωματική νόσο	-2,031	,036	
		SPREUK			
1	Αναζήτηση	Δεν παράγεται μοντέλο...			
2	Πίστη	Φόβος για τον καρκίνο	-5,143	,037	0,177
3	Ανάκλαση	Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους;	2,078	,006	0,497
		Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	-2,809	,013	
		Υποφοβία	3,553	,035	
4	Συνολική βαθμολογία	Δεν παράγεται μοντέλο...			
		FCOPES			
1	Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η σεξουαλική σας ζωή	-8,054	,000	0,688
		Χρόνια σωματική νόσο	8,148	,001	
		Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέλφια σας	2,646	,045	
		Υποφοβία	3,877	,048	
2	Επανασχεδιασμός	Ιστορικό καρκίνου	-7,250	,001	0,395

		Το νίκησε (ο συγγενής)	-2,917	,022	
3	Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	Κάθε πότε κάνετε εξετάσεις αίματος	-2,881	,009	0,264
4	Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	Δεν παράγεται μοντέλο...			
5	Παθητική Αντιμετώπιση	Επαγγελματική κατάσταση	-1,466	,000	0,746
		Σειρά γέννησης	-2,360	,001	
		Παιδιά	-2,675	,003	
6	Συνολική Βαθμολογία	Ταχυκαρδίες	-15,156	,009	0,271



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Προκειμένου να έχουμε τη δυνατότητα να μελετήσουμε την αναπαράσταση του φόβου του καρκίνου στη ζωή μας, παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και θα διαφυλαχθεί το **ΑΠΟΡΡΗΤΟ** των πληροφοριών που δίνονται.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19..... ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ_____

ΓΥΝΑΙΚΑ_____

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;..... ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η_____ – ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η_____ – ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ_____

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η_____ – ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ_____

ΧΗΡΟΣ/Α_____ –

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΕΣ; ΝΑΙ_____ – ΟΧΙ_____ – ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ_____ – ΟΧΙ_____ –

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ; _____ ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ____ – ΟΧΙ____ – ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ____ – ΟΧΙ____ – ΚΟΡΙΤΣΙΑ Ή ΑΓΟΡΙΑ; ΚΟΡΙΤΣΙ____ – ΑΓΟΡΙ____ – ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ_____ –

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ_____ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ_____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ____ – ΟΙΚΙΑΚΑ_____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ____ – ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ____ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

–

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσιά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 99

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____ - ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
-
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____ - ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
-
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ _____ - ΑΝ ΘΕΛΕΤΕ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:
.....
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____ -

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΞΕΚΙΝΗΣΕ: 15-20 ΕΤΩΝ _____ - Η ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ _____

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ; 20-25 ΕΤΩΝ _____ - ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΛΗ _____ -
25-30 ΕΤΩΝ _____ - ΚΑΚΗ _____ -
ΟΧΙ ΑΚΟΜΗ _____ - ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ _____ -

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΥΝΑΝΙΣΤΗΚΑΤΕ; ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΥΝΑΝΙΣΤΕΙ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ _____

ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΝΑΙ _____ - ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;
.....

Ή ΨΥΧΙΑΤΡΟ; ΟΧΙ _____ - ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ; ΝΑΙ ___ - ΟΧΙ ___ -

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ _____ - ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;
.....

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ _____ - ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ; ΝΑΙ ___ - ΟΧΙ ___ -

ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΑΙ _____ - ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ;
.....

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; ΟΧΙ _____ - ΚΑΤΑΦΕΡΕ ΝΑ ΤΟΝ ΝΙΚΗΣΕΙ; ΝΑΙ ___ - ΝΑΙ, ΜΕΧΡΙ ΣΤΙΓΜΗΣ ___ - ΟΧΙ ___ -

ΓΕΝΙΚΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΑΙ _____ - ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΣΥΓΓΕΝΗ;
.....

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; ΟΧΙ _____ - ΚΑΤΑΦΕΡΕ ΝΑ ΤΟΝ ΝΙΚΗΣΕΙ; ΝΑΙ ___ - ΝΑΙ, ΜΕΧΡΙ ΣΤΙΓΜΗΣ ___ - ΟΧΙ ___ -

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΤΕΣΤ-ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ; ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ ΑΚΟΜΗ _____ -

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ; ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ ΑΚΟΜΗ _____ -

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
100

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΤΕΣΤ-ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ _____ _ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ _____ _ ΟΠΟΤΕ ΦΟΒΑΜΑΙ _____ _

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ _____ _ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ _____ _ ΟΠΟΤΕ ΦΟΒΑΜΑΙ _____ _

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ _____ _ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ _____ _ ΟΠΟΤΕ ΦΟΒΑΜΑΙ _____ _

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΩΣ ΠΑΙΔΙ (πχ. αποχωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, ασθένεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, αλλαγή τόπου κατοικίας, κ.α.); **ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΣΥΝΕΒΗ;**

.....
.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;

.....
.....

Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στο άλλο φύλο; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)

Καθόλου 1 2 3 4 5 Πάρα πολύ

Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στο άλλο φύλο; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)

Καθόλου 1 2 3 4 5 Πάρα πολύ

Σήμερα θεωρείτε τον εαυτό σας επιθυμητό στους ανθρώπους; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)

Καθόλου 1 2 3 4 5 Πάρα πολύ

Στο παρελθόν θεωρείτε ότι ο εαυτός σας ήταν επιθυμητός στους ανθρώπους; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)

Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
---------	---	---	---	---	---	-----------

Γενικά, με το σώμα σας:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Γενικά, με την ψυχολογία σας:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);			Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;		
Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;			Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;		
Έχετε προβλήματα αρθρίτιδας ;			Έχετε φαγούρες στο σώμα σας;		
Έχετε προβλήματα με το στομάχι σας;			Βλέπετε όνειρα;		
Έχετε προβλήματα με το έντερό σας;			Φοβάστε τους ανθρώπους;		
Έχετε προβλήματα με το θυρεοειδή σας;			Φοβάστε το ύψος;		
Έχετε προβλήματα με αλλεργίες;			Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε πολλές φοβίες;		
Έχετε δερματικά προβλήματα;			Θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;		
Έχετε αναπνευστικά προβλήματα;			Πιο ειδικά, θα λέγατε, ότι φοβάστε τον καρκίνο;		

Fear of Pain Questionnaire (III)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο **ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ** για τον **ΠΟΝΟ** που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. **Αν δεν έχετε βιώσει** ποτέ τον **ΠΟΝΟ** από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο **ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ** για τον **ΠΟΝΟ** που θα νιώθατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ	ΑΝ ΣΑΣ ΣΥΝΕΒΗ;
						ΒΑΛΤΕ ΕΝΑ □
➤ Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4	
➤ Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4	
➤ Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4	
➤ Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4	
➤ Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4	

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

102

➤ Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4	
➤ Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4	
➤ Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4	
➤ Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4	
➤ Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4	
➤ Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4	
➤ Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπύρτο	0	1	2	3	4	
➤ Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4	
➤ Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4	
➤ Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4	
➤ Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4	
➤ Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4	
➤ Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4	
➤ Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4	
➤ Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4	
➤ Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4	
➤ Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4	
➤ Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4	
➤ Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4	
➤ Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4	
➤ Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4	
➤ Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4	
➤ Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4	

➤ Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
➤ Να πάθω μια μυϊκή κράμπια	0	1	2	3	4

SCL-90

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
- Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
- Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
- Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
- Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
- Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
- Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
- Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
- Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φτάνει για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
- Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
- Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
- Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
- Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
- Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
- Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
- Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
- Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

104

– Τρέμετε;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
– Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
– Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
– Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
– Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
– Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
– Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
– Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
– Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
– Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
– Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
– Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
– Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
– Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
– Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

105

– Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
– Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
– Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
– Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
– Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρέινο;	0	1	2	3	4
– Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
– Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
– Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
– Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
– Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
– Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
– Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιπάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
– Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
– Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
– Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
– Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
– Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
– Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε	0	1	2	3	4

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

106

πράγματα;					
– Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
– Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
– Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
– Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
– Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
– Είσθε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
– Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
– Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
– Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
– Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
– Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
– Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
– Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
– Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
– Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
– Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
– Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

(OAS)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
▪ Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
▪ Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
▪ Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
▪ Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
▪ Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
▪ Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
▪ Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
▪ Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

109

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεχτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		

28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		

55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι «πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι».		
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		

77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

113

3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4

25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4
---	---	---	---	---

FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να ταιριάζει περισσότερο στη συμπεριφορά σας.

Όταν αντιμετωπίζουμε προβλήματα ή δυσκολίες μέσα στην οικογένειά μας, συμπεριφερόμαστε με τον ακόλουθο τρόπο:	ΟΥΤΕ				
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
3. Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας	1	2	3	4	5
4. Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους	1	2	3	4	5
5. Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα	1	2	3	4	5
6. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα	1	2	3	4	5
7. Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.)	1	2	3	4	5
8. Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας	1	2	3	4	5
9. Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
10. Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία)	1	2	3	4	5
11. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας	1	2	3	4	5
12. Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες	1	2	3	4	5
13. Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση	1	2	3	4	5
14. Βλέπουμε τηλεόραση	1	2	3	4	5
15. Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί	1	2	3	4	5
16. Πηγαίνουμε στην εκκλησία	1	2	3	4	5
17. Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής	1	2	3	4	5
18. Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας	1	2	3	4	5
19. Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων	1	2	3	4	5

20. Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση	1	2	3	4	5
21. Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα	1	2	3	4	5
22. Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνο κλπ)	1	2	3	4	5
23. Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες	1	2	3	4	5
24. Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
25. Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες	1	2	3	4	5
26. Αντιλαμβάνομαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά	1	2	3	4	5
27. Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε	1	2	3	4	5
28. Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα	1	2	3	4	5
29. Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας	1	2	3	4	5
30. Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει	1	2	3	4	5
31. Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες	1	2	3	4	5
32. Έχουμε πίστη στο Θεό	1	2	3	4	5

Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεχτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάστασή σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο. Trust	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές	1	2	3	4	5

ανησυχίες. search					
3. Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
reflection					
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά σε μια ασθένεια Trust	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους search	1	2	3	4	5
6. Η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι search	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί Trust	1	2	3	4	5
8. Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου reflection	1	2	3	4	5
9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου reflection	1	2	3	4	5
10. Είμαι πεπεισμένος ότι μια ασθένεια έχει κάποιο νόημα reflection	1	2	3	4	5
11. Η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη reflection	1	2	3	4	5
12. Εξαιτίας μιας ασθένειας μπορεί κάποιος να επικεντρωθεί πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή του reflection	1	2	3	4	5
13. Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου Trust	1	2	3	4	5
14. Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη Trust	1	2	3	4	5
15. Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος Trust	1	2	3	4	5

STAI (Spielberger, 1970)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
✓ Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
✓ Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
✓ Έχω αγωνία.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
✓ Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι νευρική/τητα.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
✓ Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
✓ Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
✓ Ανησυχώ	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
✓ Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
✓ Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
✓ Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
✓ Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
✓ Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
✓ Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
✓ Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
✓ Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
✓ Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
✓ Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
✓ Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
✓ Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
✓ Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
✓ Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
✓ Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
✓ Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
✓ Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
✓ Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράψει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «σωστό» ή «λάθος» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
- Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
- Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
- Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
- Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
- Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
- Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
- Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
- Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
- Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βιάσάνά μου.		
- Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
- Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
- Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
- Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
- Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
- Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
- Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
- Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
- Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
- Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
- Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
- Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
- Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
- Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
- Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
- Μερικές φορές θυμώνω.		
- Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

Ο Φόβος του Γυναικολογικού Καρκίνου και η Διασύνδεσή του με τις Ψυχολογικές Επιπτώσεις στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

120

- Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		
- Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
- Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
- Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
- Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
- Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
- Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
- Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήταν πολύ μικρές γι' αυτό.		
- Κάποιος με έχει στο μάτι.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
- Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
- Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
- Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
- Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
- Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
- Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
- Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
- Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
- Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
- Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
- Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
- Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
- Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
- Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
- Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
- Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

1. Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
2. Πιστεύετε στη γενναιόδωρη προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
3. Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιόδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
4. Οι άνθρωποι οποίοι έχουν αρκετά για τους εαυτούς τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
5. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
6. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
- Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
- Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
- Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
- Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
- Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
- Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας , ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
- ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
-έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
- φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
- επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4