

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: “ΜΟΙΡΟΛΑΤΡΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ.”

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Αγγουρίδη Αμαλία

Τζιάφα Ελισσάβητ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κουκούλη Σοφία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	6

Θεωρητικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: “ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ”

1.1. Ο ορισμός της Υγείας.....	11
1.2. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Προαγωγής της Υγείας.....	15
1.3. Δείκτες της Υγείας.....	17
1.4. Μοντέλα & Προσεγγίσεις της Προαγωγής της Υγείας.....	18
1.5. Αντιλήψεις, Στάσεις & Συμπεριφορά της Υγείας.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: “Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ”

2.1. Καρκινογένεση - Η αρχή της Νόσου.....	22
2.2. Οι Παράγοντες που προκαλούν τον Καρκίνο.....	24
2.3. Στατιστικά Στοιχεία - Η Εξέλιξη του Καρκίνου.....	27
2.3.1. Η Θνησιμότητα Καρκίνου στην Ελλάδα.....	27
2.3.2. Οι Κυρίαρχες Μορφές Καρκίνου.....	28
2.3.3. Στατιστικά Στοιχεία στην Ευρώπη για τον Καρκίνο.....	30
2.3.4. Η Εξέλιξη της ασθένειας του Καρκίνου.....	31
2.4. Πρόληψη στην ασθένεια του Καρκίνου.....	33
2.5. Θεραπεία της ασθένειας του Καρκίνου & Πρόσφατες Εξελίξεις.....	35
2.5.1. Θεραπεία της ασθένειας του Καρκίνου.....	35
2.5.2. Πρόσφατες Εξελίξεις για τον Καρκίνο.....	37

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : “ΜΟΙΡΟΛΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ & ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ”**

- 3.1. Η Έννοια της Μοιρολατρίας μέσα από την Θεωρητική σκοπιά και η
Σχέση της με τις Συμπεριφορές Πρόληψης.....39
- 3.2. Έρευνες που μελετούν την σχέση Μοιρολατρίας και ασθένειας του
Καρκίνου.....42

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : “Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ”**

- 4.1. Γενικές Αρχές & Μέθοδοι της Κοινωνικής Εργασίας.....46
- 4.2. Η (Ποικιλόμορφη) Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού σχετικά
με το Έργο του.....48

Ερευνητικό Μέρος

5. Μεθοδολογία Έρευνας.....53
6. Αποτελέσματα Έρευνας.....62
7. Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....79
8. Συμπεράσματα Έρευνας.....83
- Βιβλιογραφία.....87
- Παράρτημα.....92

Περίληψη

Εισαγωγή : Ο όρος μοιρολατρικές πεποιθήσεις αναφέρεται στην αντίληψη ότι η ζωή μας ελέγχεται και καθοδηγείται από εξωτερικούς παράγοντες, τους οποίους οι άνθρωποι είναι ανίσχυροι και ανίκανοι να επηρεάσουν. Όσον αφορά στον καρκίνο σχετικές αντιλήψεις όπως για παράδειγμα η πίστη ότι δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να κάνει κανείς για να προλάβει τον καρκίνο ή ότι όταν προσβληθείς από καρκίνο είσαι αναγκασμένος να πεθάνεις φαίνεται ότι συχνά επηρεάζουν το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού που ασχολείται σε πλαίσια υγείας με ογκολογικούς ασθενείς ή με τις οικογένειες ογκολογικών ασθενών καθώς επίσης και στον τομέα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και την ευαισθητοποίηση ατόμων σε ζητήματα πρόληψης ασθενειών αλλά και αντιμετώπισης τους.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να μελετήσουμε την ύπαρξη ή μη μοιρολατρικών αντιλήψεων στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς όσον αφορά στην ασθένεια του καρκίνου, ξεκινώντας απ την βασική υπόθεση ότι αυτές οι αντιλήψεις πιθανόν επηρεάζουν και το επάγγελμα του.

Μεθοδολογία: Συνετάχθη ένα ερωτηματολόγιο το οποίο απευθυνόταν σε εν ενεργεία κοινωνικούς λειτουργούς, με κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις του οποίου οι θεματικές ενότητες εξετάζουν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, τις πεποιθήσεις τους για την πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου και την υιοθέτηση ή μη υγιεινών συμπεριφορών στην καθημερινή τους ζωή.

Αποτελέσματα: Το 85,1% των ερωτηθέντων συμφωνούν ότι όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας και μακρόχρονης επιβίωσης. Ένα υψηλότερο ποσοστό 97% δηλώνει ότι συμφωνεί στο ότι οι τακτικοί έλεγχοι είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη». Το 86% διαφωνεί με την πεποίθηση ότι «αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις», το 87,6% δηλώνει ότι διαφωνεί με την πεποίθηση ότι «τα πάντα προκαλούν καρκίνο», το 79,8% διαφωνεί στο ότι «δεν υπάρχουν πολλά πράγματα να κάνεις έτσι ώστε να μειώσεις τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου» και τέλος μόλις το 24,4% συμφωνεί στην ερώτηση ότι «υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου, που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις».

Συμπεράσματα: Συμπεράνουμε λοιπόν ότι οι παραπάνω πεποιθήσεις συνδέθηκαν με την υιοθέτηση μέτρων πρόληψης από τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς και είναι αξιοσημείωτο ότι τελικά οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επαγγελματική συμπεριφορά του δείγματος αφού διαπιστώνεται ότι ενισχύονται τα μέτρα πρόληψης και η εφαρμογή συγκεκριμένων προληπτικών συμπεριφορών .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και στο πλαίσιο της εργαστηριακής άσκησης, έχουμε έρθει σε επαφή με αρκετούς επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς. Μέσα από αυτές τις επαφές γνωρίσαμε διαφορετικές μορφές άσκησης του επαγγέλματος και διαφορετικές μεθόδους παρέμβασης για την αντιμετώπιση ποικίλων καταστάσεων σε κοινωνικά, εκπαιδευτικά, ψυχολογικά και ιατρικά θέματα.. Ένα από τα πλαίσια στα οποία απασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός συχνά έχει σχέση με θέματα υγείας, είτε ο πληθυσμός αναφοράς είναι οι ασθενείς ενός νοσοκομείου, είτε μια κοινότητα. Ως μέλος μιας ομάδας υγείας στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ασχολείται και με την ευαισθητοποίηση των ατόμων σε ζητήματα πρόληψης ασθενειών, αλλά και αντιμετώπισής τους. Συχνά ο πληθυσμός - στόχος αποτελείται από ογκολογικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ο ασθενής κατά την εξέλιξη της ασθένειας περνάει από κάποια στάδια. Αυτά είναι το στάδιο της άρνησης, του θυμού, της διαπραγματεύσεως, της κατάθλιψης και τέλος της ανάπτυξης. Μέσα από αυτά βιώνει πρωτόγνωρα συναισθήματα που τον οδηγούν να δει τη ζωή διαφορετικά. Παράλληλα επηρεάζονται οι διαπροσωπικές του σχέσεις, οι σχέσεις με την οικογένεια του, με τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα δυο προαναφερόμενα επίπεδα, δηλαδή της πρόληψης μιας νόσου, αλλά και της αντιμετώπισής της είναι ιδιαίτερα σημαντικός και πολυδιάστατος, κυρίως σε ασθένειες όπως ο καρκίνος. Όμως πολλές φορές μοιρολατρικές πεποιθήσεις των κοινωνικών λειτουργών για τη συγκεκριμένη ασθένεια, που συχνά είναι εμφανείς και στη δική τους προληπτική συμπεριφορά, θέτουν εμπόδια και στη σωστή άσκηση του ρόλου τους.

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα σημειώθηκε μια μεγάλης σημασίας αλλαγή όσον αφορά τις μορφές ασθένειας και τη θνησιμότητα. Στη νέα νοσηρότητα κυριαρχούν πλέον οι χρόνιες ασθένειες, ενώ οι κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση αυτών των προβλημάτων υγείας αφορούν πλέον τις συμπεριφορές και τις συνήθειες υγείας του ατόμου. Επίσης, έρευνες έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις με στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά το επίπεδο υγείας και να μειώσουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Ιστορικά, στην εξέλιξη του ανθρώπινου είδους είναι πάντα παρούσα η προσπάθεια κατανόησης

και ερμηνείας των ασθενειών του σώματος και της ψυχής. Οι δεισιδαιμονίες και οι μυστικιστικές ερμηνείες, οι απόψεις του Ιπποκράτη και του Γαληνού στην αρχαιότητα, ο ορθολογισμός της Αναγέννησης, τα επιτεύγματα της Ιατρικής που κορυφώθηκαν κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα δεν είναι τίποτε άλλο παρά η προσπάθεια των ανθρώπων να κατανοήσουν και να απαλλαγούν από το «κακό» - τις ασθένειες - που με συγκεκριμένο τρόπο υπονόμευε την υγεία τους. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η αντίληψη πως η αρρώστια οφείλεται αποκλειστικά σε σωματικούς παράγοντες κυριάρχησε παρά το γεγονός ότι από την εποχή του Καρτέσιου (17^{ος} αιώνας) υπάρχουν απόψεις πως και η «ψυχή», ο ψυχισμός, οι συναισθηματικές καταστάσεις παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην εμφάνιση, στην πορεία και στη θεραπεία των σωματικών ασθενειών (*Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2006*).

Αναμφίβολα, μία από τις μεγαλύτερες μάστιγες της σημερινής εποχής, στη βάση της οποίας έχουν γίνει πολλές μελέτες, κλινικές και μη, έχουν διατυπωθεί θεωρίες που αναζητούν την αιτία και μέσω αυτής τη θεραπεία της, είναι η λεγόμενη «επάρατη» νόσος ή αλλιώς ο καρκίνος. Ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη και όχι μόνο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αντιμετωπίζει αυτή τη μεγάλη μάστιγα σφαιρικά με ενέργειες που αποσκοπούν στη βελτίωση της ζωής γενικότερα. Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την υγεία γενικά επικεντρώνεται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη, καθώς και στην πληροφόρηση σχετικά με τους συντελεστές της υγείας, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η διατροφή και η σωματική άσκηση. Το βασικό μήνυμα είναι ότι ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική υγεία μπορεί να βελτιωθεί, εάν ο καθένας υιοθετήσει ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας, 2008*).

‘‘Η Κοινωνική Εργασία προσεγγίζει το άτομο μέσα στο φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον μέσω της αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ τους και αναπτύσσει παρεμβάσεις για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων, οποιονδήποτε και αν είναι αυτά, και που ανακύπτουν στα πλαίσια αυτής της αλληλεπίδρασης. Η σχέση μεταξύ ατόμου – περιβάλλοντος θεωρείται αιτία εκδήλωσης σωματικών, ψυχικών, κοινωνικών προβλημάτων.

Αφετηρία της Κοινωνικής Εργασίας είναι η ιδέα ότι κάθε άτομο, οποιασδήποτε ηλικίας, είναι δυνατόν να έρθει αντιμέτωπο με κάποιο πρόβλημα και να χρειαστεί

βοήθεια στη ζωή του. Έτσι, η κοινωνική εργασία μελετά και εισηγείται μέτρα τα οποία προλαμβάνουν την εμφάνιση προβλημάτων που απειλούν ή έχουν ήδη προσβάλλει τη ζωή ενός ατόμου ή μιας ομάδας. Η μεθοδολογία της Κοινωνικής Εργασίας αφορά ειδικότερα τη συστηματοποίηση των ειδικών γνώσεων του κοινωνικού λειτουργού για την οργάνωση μιας ιδέας ή άποψης σχετικά με τα μέσα που έχει στην διάθεση του προκειμένου να υλοποιήσει το οποιοδήποτε πρόβλημα (Καλλινικάκη, 1998).

Ο όρος «μοιρολατρικές πεποιθήσεις» αναφέρεται κυρίως στην αντίληψη ότι η ζωή μας ελέγχεται και καθοδηγείται από εξωτερικούς παράγοντες, τους οποίους οι άνθρωποι είναι ανίσχυροι και ανίκανοι να επηρεάσουν. Όσον αφορά στον καρκίνο σχετικές αντιλήψεις όπως για παράδειγμα η πίστη ότι «δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να κάνει κανείς για να προλάβει τον καρκίνο» ή ότι «όταν προσβληθείς από καρκίνο είσαι καταδικασμένος να πεθάνεις», έχει βρεθεί ότι συναντώνται περισσότερο συχνά στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, ή σε ομάδες με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Ανάλογες αντιλήψεις επηρεάζουν αναπόφευκτα και τις προληπτικές συμπεριφορές των ατόμων που τις υιοθετούν.

Είναι πασίδηλο λοιπόν ότι παίζει θεμελιώδη ρόλο η νοοτροπία του ατόμου, λόγω του γεγονότος ότι τα καθήκοντα του δεν περιορίζονται απλά σε μία στείρα εφαρμογή γνώσεων αλλά προσλαμβάνουν και κοινωνικές διαστάσεις. Παραδείγματος χάρη, μοιρολατρικές αντιλήψεις από τις οποίες τυχόν διακατέχεται ο κοινωνικός λειτουργός, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος του και ειδικότερα στην συγκεκριμένη περίπτωση που θα εξετάσουμε επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τους ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο.

Οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις για την πρόληψη και τις πιθανότητες επιβίωσης στην περίπτωση του καρκίνου έχουν μελετηθεί και στο παρελθόν και πρόσφατα, είτε στο γενικό πληθυσμό, είτε σε διάφορες ειδικές ομάδες του πληθυσμού (Straughan et al, 1998, Freeman, 1989, Powe, 1995, Niederdeppe et al, 2007). Δεν βρήκαμε όμως από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αντίστοιχες μελέτες σε επαγγελματίες που απασχολούνται σε πλαίσια υγείας ή που θα μπορούσαν λόγω του επαγγέλματός τους να ασχοληθούν είτε με προγράμματα πρόληψης του καρκίνου στον γενικό πληθυσμό, είτε με ασθενείς με καρκίνο. Ως εκ τούτου θεωρήσαμε ότι παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνήσουμε τις αντιλήψεις και γνώσεις των Κοινωνικών Λειτουργών για την πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας του καρκίνου,

θεωρώντας ότι οι δικές τους διαμορφωμένες πεποιθήσεις για τη νόσο επηρεάζουν σημαντικά – θετικά ή αρνητικά - και το ρόλο τους ως επαγγελματιών.

Βασικός μας σκοπός λοιπόν, είναι να μελετήσουμε την ύπαρξη ή μη μοιρολατρικών αντιλήψεων στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς για την ασθένεια του καρκίνου, ξεκινώντας από τη βασική υπόθεση ότι αυτές οι αντιλήψεις πιθανόν επηρεάζουν και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής τους, όταν εμπλέκονται είτε σε ζητήματα ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού σε θέματα πρόληψης, είτε όταν έχουν να αντιμετωπίσουν ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο και τις οικογένειές τους.

Θεωρούμε ότι ένας κοινωνικός λειτουργός που δεν πιστεύει στην πρόληψη ή στην πιθανότητα επιβίωσης από την ασθένεια του καρκίνου δεν μπορεί να είναι πειστικός στο ρόλο του και να προάγει τη σημασία της πρόληψης και προληπτικών συμπεριφορών για την αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά και να συμβάλει στην ουσιαστική ενδυνάμωση του πάσχοντα από καρκίνο και της οικογένειάς του.

Ολοκληρώνοντας, στο πλαίσιο της εργασίας αυτής, θα παρουσιαστούν τα εξής κεφάλαια: στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται ο ορισμός της υγείας και οι προσδιοριστικοί παράγοντες της προαγωγής της καθώς επίσης θα αναλυθούν και τα μοντέλα – προσεγγίσεις της υγείας. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην καρκινογένεση, στα στατιστικά στοιχεία, στη πρόληψη και στη θεραπεία της ασθένειας του καρκίνου. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις που ίσως επηρεάζουν τα μοντέλα πρόληψης της υγείας και τέλος ολοκληρώνεται το θεωρητικό μέρος της εργασίας με το τέταρτο κεφάλαιο στο οποίο γίνεται αναφορά του ρόλου της κοινωνικής εργασίας πάνω στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με το ερευνητικό της μέρος στο οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας πάνω σε αυτό το θέμα όπου επιλέξαμε να ερευνήσουμε και θα γίνει η σύγκριση των αποτελεσμάτων με την θεωρία.

Θεωρητικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

“ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ”

1.1. Ο ορισμός της Υγείας.

Υγεία, δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά και η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας.

Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας σε έναν κοινό ορισμό έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), που αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο γνωστή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της υγείας, ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως “την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας” (*Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1946*).

Η υγεία δίνει μια αίσθηση ελευθερίας, ενώ το αντίθετο της, η ασθένεια, είτε εκδηλώνεται ως πόνος, είτε ως δυσανεξία, είτε ως αδυναμία, τείνει πάντοτε στον περιορισμό του "ατόμου" και μια αίσθηση δέσμευσης ή υποταγής στον πόνο ή στη δυσανεξία. Ο ασθενής αναγκαστικά επικεντρώνει όλη του την προσοχή στον πόνο, αποκλείοντας οτιδήποτε άλλο, και φυσικά, χάνει τη γενική αίσθηση της ευρωστίας. Η αρρώστια θεωρείται ως ένα φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Η ολιστική θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας δίνει περισσότερο βάρος στην κοινωνική τους διάσταση, υποστηρίζοντας ότι η αρρώστια δεν αποτελεί ένα μόνο βιολογικό φαινόμενο.

Αυτός είναι ο λόγος, για τον οποίο η υγεία σε ότι αφορά το φυσικό επίπεδο είναι δυνατό να ορισθεί με τον ακόλουθο τρόπο: Υγεία στο φυσικό σώμα υπάρχει, όταν αυτό είναι ελεύθερο από τον πόνο και έχει ως κατάσταση την ευεξία (*Βυθούλκας, 1996*).

Η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες: **α.** τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας όπου η ασθένεια προσδιορίζεται ως βιολογικό φαινόμενο, το οποίο προκαλείται από ιούς, μικρόβια, βακτηρίδια, κ.ά., τα οποία προκαλούν δυσλειτουργία και διαταραχή στο ανθρώπινο σώμα. Κύριο μέλημα είναι η επιδιόρθωση της βλάβης και η αντιμετώπιση της ασθένειας σε ατομικό μόνο επίπεδο. Η μηχανιστική αυτή αντίληψη, που περιορίζει το φαινόμενο της ασθένειας στη βιολογική του διάσταση, επιφέρει ταυτόχρονα περιορισμένη προσέγγιση στο εννοιολογικό περιεχόμενο και στον προσδιορισμό του φαινομένου της υγείας. Η υγεία χαρακτηρίζεται απλά ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας ενώ η ασθένεια ως διαταραχή της λειτουργικής συνεργασίας των οργάνων. **β.** την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής. Το άτομο εξαρτάται από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γεννιέται, ενηλικιώνεται, κοινωνικοποιείται όπως επίσης και από την ατομική του δυνατότητα προσαρμογής μέσα στο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και οικολογικό του περιβάλλον και **γ.** την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας. Η έννοια της υγείας και της ασθένειας εκφράζεται στο επίπεδο των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία, ανάλογα με το πόσο υγιές ή άρρωστο είναι το άτομο, διαμορφώνονται οι σχέσεις του με το κοινωνικό σύνολο. Σε ένα άρρωστο άτομο η προσαρμοστικότητα του μεταβάλλεται, η προσωπικότητα του αποδιοργανώνεται και η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται αποκλίνουσα (*Αγραφιότης, 1988*).

Είναι γνωστό ότι κάποιος μπορεί να νοσεί σ' ένα από τα τρία επίπεδα (φυσικό, συναισθηματικό, διανοητικό), ενώ στα υπόλοιπα μπορεί να εμφανίζεται ως πλήρως υγιής.

Στο συναισθηματικό επίπεδο, η ασθένεια που καταλαμβάνει ένα άτομο και το δεσμεύει, είναι το υπερβολικό πάθος (πάθος στη γενικότερη έννοια και όχι μόνο ως κάποιο δεύτερο αισθησιακό στοιχείο). Υπερβολικό, ασύμμετρο πάθος για οτιδήποτε δείχνει έναν βαθμό ανισορροπίας, στο συναισθηματικό επίπεδο.

Στο συναισθηματικό επίπεδο η υγεία μπορεί να προσδιοριστεί ως εξής: Η ελευθερία από το πάθος που έχει ως αποτέλεσμα μία δυναμική κατάσταση πραότητας και ηρεμίας.

Στο διανοητικό επίπεδο η υγεία προσδιορίζεται ως εξής: Ελευθερία από τον εγωισμό που έχει ως κατάσταση την καθαρότητα στη σκέψη και την πλήρη ένωση με την Αλήθεια.

Έτσι τώρα μπορούμε να συνοψίσουμε τον πλήρη ορισμό της υγείας με τον ακόλουθο τρόπο: Υγεία είναι η ελευθερία από τον πόνο στο φυσικό σώμα, με κατάσταση την ευεξία, ελευθερία από το πάθος στο συναισθηματικό επίπεδο, που έχει ως αποτέλεσμα μία δυναμική κατάσταση γαλήνης και ηρεμίας, και ελευθερία από τον εγωισμό στο πνευματικό επίπεδο, που επιφέρει ως κατάσταση την καθαρότητα του νου και τελικά την πλήρη ένωση με την Αλήθεια. Ένα πραγματικά υγιές άτομο θα πρέπει, λοιπόν, να συνδυάζει τις θετικές ιδιότητες της Αγάπης και της Σοφίας, όταν βρίσκεται, φυσικά, στην υψηλότερη κατάσταση υγείας (*Βυθούλκας, 1996*).

Στο κεφάλαιο «ασθένεια», κάθε άτομο αναπτύσσει κάποιες απόψεις ή αντιλήψεις σχετικά με διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο κυρίως σε όσα έχει ακούσει ή διαβάσει γι' αυτές και σε όσα βιώνει προσωπικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τις απειλές της υγείας του θεωρείται μια από τις κυριότερες κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας. Η συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ασθένειας του εξαρτάται και επηρεάζεται από τα εκάστοτε πολιτισμικά δεδομένα. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και συντελούν στην διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ενός ατόμου -κατά τη διάρκεια της ασθένειας του- είναι το φύλο του, οι διάφορες όψεις της προσωπικότητάς του, καθώς και άλλοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (*Ραβάνης, 1995*).

Οι υποκειμενικές αντιδράσεις στην ασθένεια περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος στάσεων και συμπεριφορών. Έτσι κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται και υπολογίζει διαφορετικά τα συμπτώματα μιας ασθένειας δημιουργώντας παράλληλα μια συμπεριφορά διαφορετική απέναντι σ' αυτή.

Πολύ συχνά όμως, οι αντιδράσεις στην ασθένεια εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της ασθένειας. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι: η διάρκεια και εξέλιξη της ασθένειας, η έκβαση και η πιθανότητα ίασης, ο βαθμός προκαλούμενης ανησυχίας (λόγω της αρρώστιας), το πιθανό κοινωνικό στίγμα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και τη στάση του ασθενούς. Σε αυτά μπορούν να προστεθούν και κάποια άλλα χαρακτηριστικά, όπως: η σοβαρότητα της νόσου, η προσωπική ευθύνη

του πάσχοντος στην πρόκληση της αρρώστιας και στη θεραπεία της, η ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από το ίδιο το άτομο (*Ραβάνης, 1995*).

Συνδυάζοντας τα παραπάνω στοιχεία, οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1995) διακρίνουν τους εξής τύπους ασθένειας: την οξεία ασθένεια βραχείας διάρκειας, την μακρόχρονη ασθένεια που δεν συνεπάγεται κοινωνικό στίγμα, την ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό, την πνευματική ασθένεια.

Στην πρώτη περίπτωση ασθενειών τα πράγματα φαίνονται αρκετά ξεκάθαρα αφού μια αρρώστια συνοδεύεται από γνωστά και σαφή συμπτώματα με συγκεκριμένη θεραπεία. Στην περίπτωση όμως των χρόνιων ασθενειών η κατάσταση δεν είναι τόσο ξεκάθαρη αφού όχι μόνο η διάρκεια και η εξέλιξη της ασθένειας δεν μπορούν να προβλεφθούν, αλλά ούτε επίσης οι κοινωνικές της επιπτώσεις. Η διαφορά ανάμεσα στους δύο τύπους χρόνιων ασθενειών έγκειται στο ότι σ' αυτές που δεν επισύρουν κοινωνικό στίγμα, ο ασθενής μπορεί να έχει έναν σχετικό έλεγχο στον τρόπο ζωής του ενώ αντίθετα, οι ασθένειες με κοινωνικό στίγμα έχουν διαφορετική μορφή. Αυτό συμβαίνει γιατί τα στιγματισμένα άτομα αναγκάζονται να περιορίζουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες εξαιτίας της ασθένειας τους, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που αποχωρούν από τη δουλειά τους ή το δημόσιο βίο τους γιατί έρχονται αντιμέτωπα με την εχθρότητα των άλλων (*Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1995*).

1.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες προαγωγής της υγείας.

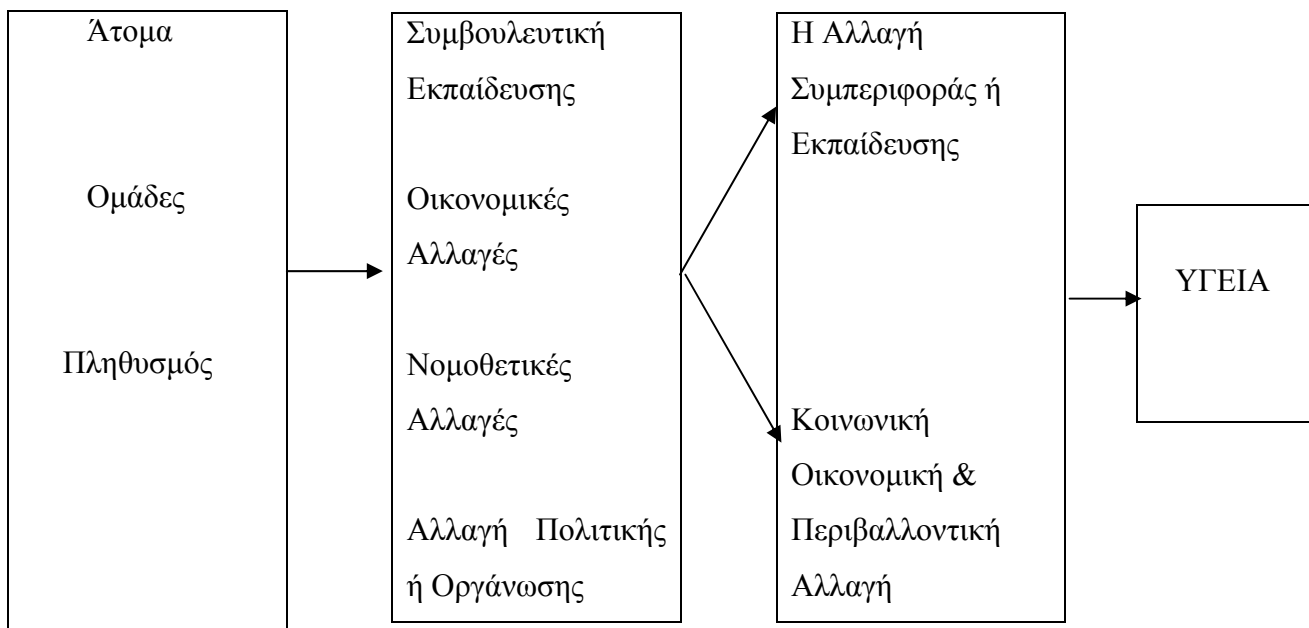
Η ολιστική προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολύ παραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμάται ότι η υγεία συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό) ενώ επηρεάζεται ταυτόχρονα από την βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα).

Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σήμερα επηρεάζεται από ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων (κοινωνικό – οικονομικών, περιβαλλοντολογικών, υγειονομικών, δημογραφικών, κ.α.) όπου θα αναπτυχθούν παρακάτω, οι σημαντικότεροι των οποίων είναι: • το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, • οι κλιματολογικές συνθήκες, • η διατροφή, • το εκπαιδευτικό σύστημα, • ο τρόπος ζωής, • το επίπεδο κοινωνικό – οικονομικής ανάπτυξης, • οι κοινωνικές σχέσεις, • το επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας, • οι συνθήκες εργασίας, τα καταναλωτικά πρότυπα φαρμάκου, • η ποιότητα κατοικίας, • η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ανάπτυξη παραγόντων: Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας αφού απ' αυτό εξαρτώνται οι περισσότερες μεταβλητές. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά 7 ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και σημαντικές διαφορές στην βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικά τάξεων. Η διατροφή που φθάνει σήμερα στα επίπεδα υπερσιτισμού κακής ποιότητας σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή, ενοχοποιούνται για την αύξηση χρόνιων ασθενειών. Επιπλέον ο τρόπος ζωής σε ότι αφορά στη χρήση αλκοόλ και καπνού επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στο θάνατο. Η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας, που προέρχεται από την μόλυνση του περιβάλλοντος, προξενεί βλάβες στην υγεία των ατόμων και τέλος, το καταναλωτικό πρότυπο φαρμάκων που χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο της πολυφαρμακίας και που προκαλεί παρενέργειες στον άρρωστο (*Σαρρής, 2001*).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, το 1986 ορίστηκε ως Προαγωγή της Υγείας: «η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους. Οι στόχοι της Προαγωγής της Υγείας είναι: • η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, • η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών ώστε όλοι οι άνθρωποι να είναι ικανοί να αναπτύξουν όλο το δυναμικό υγείας, • η προστασία της υγείας του ανθρώπου και του περιβάλλοντος από καθετί που τα απειλεί, • η συντονισμένη δράση από κάθε υπεύθυνο φορέα, τομέα και ομάδα πολιτών που μεσολαβούν, προκειμένου να προστατεύσουν την υγεία από τα διάφορα συμφέροντα που την απειλούν (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1986).

Η διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο, μια ομάδα ή ένας πληθυσμός μπορεί να οδηγηθεί στην υγεία, περιλαμβάνει αρκετές παραμέτρους και αλλαγές που συντελούνται με την βοήθεια της εκπαίδευσης για την υγεία (health education) και της προαγωγής της υγείας (health promotion). Η διαδικασία αυτή μπορεί να απεικονιστεί με τον παρακάτω πίνακα.



Πηγή: (Naidoo & Wills, 1998).

1.3. Δείκτες Υγείας

Η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με έντονη δυναμική , δεν αποτελεί ένα μέγεθος με ποσοτικά χαρακτηριστικά , αφού δύσκολα μπορούν να μετρηθούν οι διαστάσεις της βιολογικής , ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

Η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται λοιπόν από ένα σύνολο παραγόντων που βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση με τις φυσιολογικό - οργανικές αναγκαιότητες του, καθώς και με τις γενικότερες κοινωνικό – οικονομικές, οικολογικές και πολιτισμικές μεταβλητές του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει. Στα πλαίσια αυτά η μέτρηση του επιπέδου υγείας είναι εφικτή μόνο μέσα από την μέτρηση των παραπάνω μεταβλητών και κυρίως μέσα από την συσχέτιση των κοινωνικό – οικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους υγειονομικούς παράγοντες.

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία από επιδημιολογική, ιατρική και κοινωνικό – οικονομική άποψη γιατί αποτελεί την βάση για την εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών και κατά συνέπεια για τον καθορισμό και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σε κάθε στάδιο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας (*Θεοδώρου, 2001*).

Δείκτες ονομάζονται συγκεκριμένοι αριθμοί που απορρέουν από δοκιμασίες , κατάλληλα δομημένες ώστε να μετρούν πραγματικά αυτό που υποτίθεται ότι μετρούν, με ακρίβεια και συνέπεια. Η χρησιμότητα των δεικτών έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν την μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων.

Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί δείκτες προσεγγίζουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και συγγενεύουν με τους δημογραφικούς. Μερικοί από αυτούς είναι ο δείκτης γεννητικότητα, γονιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι αρνητικοί δείκτες που αποτελούν και τους πιο εύχρηστους είναι ο δείκτης νοσηρότητας, θνησιμότητας, αναπηρίας.

Εκτός των δημογραφικών δεικτών, οι πλέον εύχρηστοι δείκτες μέτρησης του επιπέδου υγείας κατά τον San Martin(San Martin 1983) είναι οι εξής :

- Δείκτες των συνθηκών υγιεινής και του περιβάλλοντος, • Δείκτες διατροφής,
- Δείκτες των διατιθέμενων Πόρων και των δραστηριοτήτων για την υγεία, • Δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης (*Θεοδώρου, 2001*).

1.4. Μοντέλα & Προσεγγίσεις της Προαγωγής της Υγείας

Τα μοντέλα Προαγωγής της Υγείας, σύμφωνα με τους είναι τα εξής: • Ιατρικό ή προληπτικό μοντέλο, • Μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς, • Εκπαιδευτικό μοντέλο, • Μοντέλο ενδυνάμωσης, • Μοντέλο κοινωνικής αλλαγής.

Είναι πιθανόν κάθε άνθρωπος να βρει κοινά στοιχεία με ένα από τα μοντέλα Προαγωγής της Υγείας, ανάλογα με το επάγγελμά του ή γενικότερα με το ρόλο που έχει στην οικογένεια και στην κοινωνία (*Naidoo & Wills, 1998*).

Στην πτυχιακή εργασία θα αναπτυχθούν περισσότερο το Ιατρικό μοντέλο, το μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς και το μοντέλο κοινωνικής αλλαγής.

Ιατρικό ή Προληπτικό Μοντέλο: Οι ενέργειες επικεντρώνονται στην προσπάθεια για μείωση της νοσηρότητας και της πρόωρης / άκαιρης θνησιμότητας. Η προαγωγή της Υγείας στοχεύει σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό. Η ανοσία του πληθυσμού και η ανίχνευση περιπτώσεων που χρειάζονται παρέμβαση επιτυγχάνεται από επαγγελματίες της υγείας που έχουν γνώσεις και χρησιμοποιούν επιστημονικές μεθόδους. Αναμφίβολα, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι προτιμότερες από θεραπεία και τα αποτελέσματα είναι ευδιάκριτα στη Δημόσια Υγεία (π.χ. η εξάλειψη της εκλογής μετά από μαζικούς εμβολιασμούς). Η επιτυχία των στόχων της Προαγωγής της Υγείας μέσω του «ιατρικού ή προληπτικού μοντέλου» κρίνεται από τη μείωση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας σχετικά με την ασθένεια για την οποία έγινε το screening – test.

Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς: Η ενθάρρυνση του ατόμου να υιοθετήσει υγιή συμπεριφορά αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας του. Η προσέγγιση αυτή θεωρεί την υγεία ως περιουσία των ατόμων και υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την υγεία τους με το να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και τη συμπεριφορά τους. Η αλλαγή αποτελεί μια διαδικασία πολύ δύσκολη και συχνά χρονοβόρα. Οι επαγγελματίες της υγείας ενημερώνουν και ευαισθητοποιούν τους ανθρώπους πάνω σε θέματα υγείας. Συζητούν με καθένα από αυτούς ξεχωριστά (one-to-one) και τους πείθουν για τη σημασία της υιοθέτησης υγιούς στάσης ζωής. Εξετάζεται η συμπεριφορά πριν και μετά την παρέμβαση (π.χ. με ερωτηματολόγιο) και κρίνεται αν υπήρξε αλλαγή. Απαιτείται πολύς χρόνος για να οδηγηθούν στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Μοντέλο Κοινωνικής Αλλαγής: Η προσέγγιση του μοντέλου της κοινωνικής αλλαγής αναγνωρίζει τη σημασία του κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος για την υγεία. Στόχος του είναι να επιφέρει αλλαγές στο φυσικό – κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, το οποίο θα διευκολύνει την Προαγωγή της Υγείας. Η επιτυχία αυτού του μοντέλου κρίνεται από την πορεία των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας του κοινωνικού συνόλου. Τέλος, η συμβουλευτική γίνεται σε μεγάλες μάζες του πληθυσμού. Για να λειτουργήσει το μοντέλο αυτό σωστά θα πρέπει να επιτευχθούν θεσμικές αλλαγές σε κρατικό επίπεδο. Αλλαγές στη νομοθεσία για τη δημόσια υγεία έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία ενός έθνους (*Naidoo & Wills, 1998*).

1.5. Αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορά υγείας

Οι αυτό – αντιλήψεις, οι αντιλήψεις και οι ιδέες που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους και για τους άλλους είναι καθοριστικές για τους τρόπους με τους οποίους συμπεριφέρονται. Ιδιαίτερα, κατά την βρεφική και παιδική ηλικία ενός ατόμου, ο τρόπος με τον οποίο οι άλλοι άνθρωποι αντιδρούν σε αυτό είναι καθοριστικής σημασίας για την διαμόρφωση και τον σχηματισμό της αυτοαντίληψης του. Η κοινωνική ζωή στηρίζεται σε κοινά αποδεκτά νοήματα, σε κοινή γλώσσα που επιτρέπουν στα άτομα να έχουν κοινή συμπεριφορά με άλλα άτομα, να έχουν κοινές αξίες, κανόνες και δραστηριότητες, να ελέγχουν την συμπεριφορά τους. Με αυτό τον τρόπο τα άτομα μπορούν να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και ως αντικείμενο να αξιολογούν την συμπεριφορά τους στο παρελθόν και να σχεδιάζουν την συμπεριφορά τους στο μέλλον, να συγκρίνουν τον εαυτό τους με την εικόνα που οι άλλοι έχουν για αυτά τα ίδια, ή προσδοκούν να έχουν από αυτά.

Οι αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των κοινωνικών ατόμων επηρεάζουν τις στάσεις, τις συμπεριφορές και τις αυτοαντιλήψεις ενός αρρώστου για τον εαυτό του και την ασθένεια του. Η ερμηνευτική αυτή προσέγγιση για την ασθένεια είναι γνωστή και ως «συμβολική αλληλόδραση» και στηρίζεται στην ερμηνεία και απόδοση νοημάτων στα σημεία – ενδείξεις και συμπτώματα μιας αρρώστιας. Η ερμηνευτική αυτή προσέγγιση προσφέρει μια δυνατότητα κατανόησης της συμπεριφοράς ενός ασθενή.

Τα περισσότερα σημεία και ενδείξεις μιας ασθένειας αγνοούνται ή αυτοθεραπεύονται. Μόνο μια μειονότητα περιπτώσεων καταλήγει στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Στην κλασική μελέτη του Wadsworth και των συνεργατών του, (Wadsworth et al 1971) παρόλο που το 91% του δείγματος ανέφερε ότι είχε συμπτώματα κάποιας αρρώστιας ποσοστό άνω του 25% του δείγματος δεν εκδήλωσε καμία απολύτως ενεργοποίηση για τα συμπτώματα αυτά, ενώ ποσοστό άνω του 50% δραστηριοποιήθηκε, χωρίς όμως να αναζητήσει ιατρική φροντίδα (αυτοθεραπεία) και μόλις ένα ποσοστό μικρότερο του 20% αναζήτησε επαγγελματική βοήθεια, επισκεπτόμενο έναν παθολόγο ή τα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου.

Μια ακόμη συνήθης υπόθεση που αφορά τη μη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας είναι ότι οι άνθρωποι έχουν την τάση να αξιολογούν τη σοβαρότητα της κατάστασης τους και να διακρίνουν τα «σοβαρά» από τα «μη σοβαρά» συμπτώματα. Παρόλο που τα σοβαρά προβλήματα υγείας είναι πιθανότερο, όπως λογικά αναμένεται, να οδηγήσουν στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, συγκριτικά με άλλα πιο ήπια προβλήματα, εντούτοις η υπόθεση αυτή δεν επαληθεύεται πάντοτε. Σοβαρά προβλήματα υγείας με έντονα συμπτώματα δεν αντιμετωπίζονται συχνά από το σύστημα υγείας καθώς οι άνθρωποι δεν απευθύνονται σε αυτό θεωρώντας ότι δεν χρήζουν ιατρικής φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη το παράδοξο των κοινότυπων υποθέσεων, οι οποίες διαπιστώνονται ως μη αληθείς, ορισμένοι παράγοντες θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν την προκαλούμενη από μια αρρώστια συμπεριφορά του ατόμου. Η δυνατότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων αποτελεί βέβαια ένα σημαντικό παράγοντα, παρόλο που όλα τα σημεία – ενδείξεις μιας ασθένειας δεν αναγνωρίζονται ως σημεία εκδήλωσης μιας νόσου. Η δυνατότητα αυτή διαφοροποιείται επίσης σημαντικά μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Άτομα που ανήκουν σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες αναγνωρίζουν πιο εύκολα τα σημεία εκδήλωσης μιας νόσου, ενώ αντίθετα άτομα που ανήκουν σε άλλες κοινωνικές ομάδες δεν τα αναγνωρίζουν.

Ένας άλλος παράγοντας είναι η δυνατότητα εκτίμησης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο του νοσήματος και το στάδιο εξέλιξης κατά το οποίο εκδηλώνεται η νόσος. Για παράδειγμα, η διαφοροποίηση αυτή έγκειται στη διακύμανση μεταξύ μολυσματικών νόσων, οι οποίες έχουν οξεία εκδήλωση και μεταξύ χρόνιων εκφυλιστικών παθήσεων, οι οποίες διαμορφώνουν κυρίως το φάσμα νοσηρότητας της σύγχρονης κοινωνίας.

Επίσης ένα τρίτο παράγοντα αποτελεί η δυνατότητα αναζήτησης ιατρικής φροντίδας, η οποία ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων. Η δυνατότητα αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο διαθεσιμότητας του συστήματος υγείας όπως και από τις ιδιαίτερες κοινωνικο-οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες και καταστάσεις στις οποίες ζει ένα άτομο (Σαρρής, 2001).

Ολοκληρώνοντας, το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στην ολιστική αντίληψη της έννοιας Υγεία, η οποία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά και η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Ήταν σημαντικό να αναφερθούμε αρχικά στον ορισμό της υγείας αφού αυτός είναι αλληλένδετος με την πρόληψη, με σημεία μέτρησης τους δείκτες υγείας καθώς και στους προσδιοριστικούς παράγοντες προαγωγής της υγείας.

Στη συνέχεια αναφερθήκαμε και προσπαθήσαμε να αναπτύξουμε τα πρότυπα μοντέλα υγείας όσο αφορά το ιατρικό ή προληπτικό μοντέλο, το μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς και το μοντέλο κοινωνικής αλλαγής καθώς και τις θεωρίες εφαρμογής τους οι οποίες συμβάλλουν στην υιοθέτηση της πρόληψης και της υγιούς συμπεριφοράς του ατόμου.

Τέλος αναφερθήκαμε στις αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν οι άνθρωποι ανάλογα με το κοινωνικό – οικονομικό τους επίπεδο το οποίο κατέχει ισχυρή θέση στην υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς και ενίσχυση της πρόληψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:

“Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ”

2.1. Καρκινογένεση – Η αρχή της νόσου

Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό, τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού.

“ Πριν μερικές δεκαετίες, ο καρκίνος θεωρείτο πως είναι μια χρόνια αρρώστια που έρχεται ως φυσικό επακόλουθο της γήρανσης του οργανισμού. Η αντίληψη αυτή τροποποιήθηκε όταν δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών επισήμαναν πως το κάπνισμα σχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και πως και άλλοι προσδιορισμένοι παράγοντες συνδέονται με την έναρξη και προαγωγή του καρκίνου ” (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986).

Σήμερα, με τον όρο «καρκίνος» εννοείται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο (ασθένεια κυττάρων). Είναι μια υπερβολική, απρογραμματίστη και ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων που ήταν φυσιολογικά, και μετατρέπονται σε καρκινογόνα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1991).

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και παράλληλα δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου.

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς (*Περάκη & συνεργ., 2000*).

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα.

Τα χαρακτηριστικά των καλοήθων νεοπλασμάτων είναι τα ακόλουθα: μοιάζουν με τον μητρικό ιστό, είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα, δεν δίνουν μεταστάσεις, δεν διηθούν τους γύρω ιστούς, δεν προκαλούν θάνατο, δεν υποτροπιάζουν και κάνουν τοπική βλάβη (πίεση).

Τα χαρακτηριστικά των κακοήθων νεοπλασμάτων είναι τα ακόλουθα: χάνουν την ομοιότητα τους, δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα, δίνουν μεταστάσεις, διηθούν τους γύρω ιστούς, είναι θανατηφόρα στο πλείστο των περιπτώσεων, υποτροπιάζουν συνήθως, κάνουν καταστροφή και διήθηση ιστών.

Εάν δεν θεραπευθούν, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν. Πολλοί θεραπεύονται, ειδικά εάν η διάγνωση και η θεραπεία γίνουν σε πρώιμα στάδια της νόσου (*Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1993*).

2.2. Οι παράγοντες που προκαλούν καρκίνο.

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες και παράγοντες του τρόπου ζωής μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές των φυσιολογικών γονιδίων και μετατροπή τους σε γονίδια που επιτρέπουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Πολλές γονιδιακές διαταραχές, που οδηγούν στην εμφάνιση καρκίνου, είναι αποτέλεσμα αυτών των λεγόμενων "παράγοντες κινδύνου", δηλαδή, χαρακτηριστικά του ατόμου που αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου πάνω από το επίπεδο κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Ορισμένες γονιδιακές διαταραχές έχουν κληρονομηθεί και από τους γονείς. Επίσης, ορισμένες ιογενείς λοιμώξεις όπως: (ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων - HPV, ιός ηπατίτιδας Β - HBV, ιός ηπατίτιδας C - HCV, ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας - HIV, κ.α.) μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο μερικών μορφών της νόσου (*Γεωργίου, 1982*).

Η επιστήμη, όμως, έχει καταλήξει σήμερα σε μια σειρά από παράγοντες που, όπως αποδείχθηκε, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο. Αυτοί είναι οι ατομικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Ατομικοί παράγοντες, είναι οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, η κακή διατροφή κ.α.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, είναι αυτοί που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου. Όπως για παράδειγμα οι γενετική προδιάθεση ή κληρονομικότητα, η ηλικία, οι χημικές ουσίες όπως αμιάντος & βενζόλιο, η υπεριώδης ακτινοβολία, η ιονίζουσα ακτινοβολία ή ακτίνες χ, η περιβαλλοντική ρύπανση, το βεβαρημένο εργασιακό περιβάλλον κ.α.

Κληρονομικοί παράγοντες: Οι οικογενειακοί καρκίνοι αναπτύσσονται συχνά σε νέα άτομα, όπως συμβαίνει σε κληρονομικούς καρκίνους του εντέρου, του μαστού των ωοθηκών. Ωστόσο, η παρουσία μίας κληρονομικής γονιδιακής διαταραχής δεν σημαίνει πάντα την εμφάνιση καρκίνου. Σήμερα με την πρόοδο της γενετικής, ορισμένα κληρονομικά γονίδια που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου, έχουν ανακαλυφθεί και ανιχνεύονται με ειδικές εξετάσεις (*Τριχοπούλου & Τριχόπουλος, 1986*).

Επίσης, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ψυχική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη του καρκίνου. Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην ταχύτητα επέκτασης της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς για την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του ασθενούς:

Οι θετικοί ψυχολογικοί παράγοντες είναι: **1.** Ανησυχία ακόμα και για την παραμικρή σωματική ενόχληση (ο συχνός ιατρικός έλεγχος οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση), **2.** Ταχείες συναισθηματικές αντιδράσεις, ιστορικό νευρωσικών συμπτωμάτων, **3.** Εξωστρεφής επιθετικότητα – αποφόρτιση ενοχικών συναισθημάτων, **4.** Ικανότητα χειρισμού του άγχους, **5.** Αισιοδοξία – αγωνιστικότητα, **6.** Ευκολία στις κοινωνικές σχέσεις, **7.** Ικανότητα για ψυχοθεραπευτικού τύπου σχέση.

Οι αρνητικοί ψυχολογικοί παράγοντες είναι: **1.** Άρνηση της νόσου (απώλεια του πλεονεκτήματος της έγκαιρης διάγνωσης), **2.** Συγκρατημένες συναισθηματικές αντιδράσεις, απουσία νευρωσικών συμπτωμάτων, **3.** Εσωστρεφόμενη επιθετικότητα – έντονα ενοχικά συναισθήματα, **4.** Αδυναμία χειρισμού του άγχους, **5.** Απαισιοδοξία – παθητικότητα, τάση για κατάθλιψη, **6.** Μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας, **7.** Αδυναμία ψυχοθεραπευτικής σχέσης (Μπαφαλούκος & Μελλά, 1995).

Είναι γνωστό όμως πόσο βλαβερός είναι κάθε ένας από όλους αυτούς τους παράγοντες; Συχνά ακούμε για παράδειγμα, έναν καπνιστή να λέει πως τι νόημα έχει να κόψει το τσιγάρο όταν αναπνέει τον αέρα της Αθήνας. Πόσο βάσιμη είναι αυτή η δικαιολογία ή μάλλον αυτή η προσπάθεια απενεχοποίησης; Στα ερωτήματα αυτά ήρθε να απαντήσει πρόσφατα ο Π.Ο.Υ., προσδιορίζοντας για όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό ευθύνης που αντιστοιχεί σε κάθε γνωστό παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση διαφόρων νοσημάτων στην εποχή μας. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν απ' αυτήν την έρευνα με ποσοστό ευθύνης του κάθε παράγοντα είναι τα εξής: χρήση καπνού 12,9%, Υπέρταση 11,8%, Παχυσαρκία 8,5%, Υψηλή χοληστερίνη 7,6%, Κατάχρηση αλκοόλ 4,3%, Έλλειψη σωματικής άσκησης 3,5%, Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών 2,6%, Ναρκωτικά 1,7%, Μη ασφαλές σεξ 0,8% και Ρύπανση περιβάλλοντος 0,6%. Σύνολο 54,3%.

Το αν δηλαδή είμαστε υγείς ή άρρωστοι εξαρτάται κατά 50% περίπου από τους παραπάνω παράγοντες με την ιδιαίτερη βαρύτητα που αναλογεί στον κάθε ένα. Ιδού λοιπόν πεδίο δόξης λαμπρόν για τη πρόληψη, που όλοι την αγαπάνε αλλά λίγοι την παντρεύονται.

Τα παραπάνω παρουσιάζονται στην Πανελλήνια Έρευνα «Hellas Health II» που διεξάγει από τις 30 Μαΐου 2008 έως τις 23 Ιουνίου 2008, και παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα της στις 3/10/2008 από τον καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής Ιωάννη Τούντα, από την ψυχολόγο Χριστίνα Δημητράκη και από συνεργάτες του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. *(Τούντας, 2008)*

Συμπερασματικά και γενικά, ο κίνδυνος να αναπτύξει κάποιος άνθρωπος καρκίνο, ορίζεται από την απάντηση στις ερωτήσεις:

- **Ποιός είναι** =γενετική σύνθεση, στοιχεία κληρονομικότητας
- **Που ζει** =περιβαλλοντικοί παράγοντες, καρκινογόνες ουσίες
- **Πως ζει** =προσωπικός τρόπος ζωής, καθημερινές συνήθειες

Ο καρκίνος είναι δυνατό να προσβάλλει κάθε άνθρωπο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα ή την ηλικία του. Σήμερα, εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν με τη νόσο ή έχουν θεραπευτεί οριστικά από αυτήν. Όσο νωρίτερα, πάντως, ανιχνεύεται ο καρκίνος και ξεκινάει η θεραπεία του, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για την επιτυχή αντιμετώπιση του και η αντιμετώπιση του έχει βελτιωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Αυτό ισχύει λόγω της καλύτερης διάγνωσης &θεραπείας του καρκίνου, της φαρμακευτικής θεραπείας, της επιμονής του αρρώστου και της οικογένειας του για αποδοχή και αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου και της καλύτερης ποιότητας ζωής *(Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, 2009)*.

2.3. Στατιστικά Στοιχεία – Η Εξέλιξη του Καρκίνου.

Σήμερα οι στατιστικές έρευνες για τον καρκίνο βασίζονται στη θνησιμότητα (θάνατοι) ή στα βεβαιωμένα περιστατικά (εξάπλωση καρκίνου). Τα ποσοστά της θνησιμότητας προσδιορίζονται από τους βεβαιωμένους θανάτους. Εδώ, σαν θνησιμότητα ορίζεται ο αριθμός θανάτων από καρκίνο στην διάρκεια ενός χρόνου σ' ένα δεδομένο πληθυσμό. Για να διευκολύνεται η συγκριτική μελέτη, η θνησιμότητα δίνεται συνήθως σαν ο αριθμός θανάτων ανά 100.000 άτομα. Οι διαφορές που υπάρχουν σε ότι αφορά στην θνησιμότητα, ανάμεσα στα δύο φύλα, οφείλονται κυρίως στη διαφορετική ανατομική διασπορά του καρκίνου και στην μειωμένη δυνατότητα πρόγνωσης. Η εξάπλωση ανάλογα με την θνησιμότητα, εκφράζεται σαν ο πληθυσμός των καινούργιων βεβαιωμένων περιστατικών που έχουν διαγνωστεί κατά την διάρκεια ενός έτους σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ανά 100.000 άτομα (Περάκη & συνεργ., 2000).

2.3.1. Η Θνησιμότητα Καρκίνου στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας. Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με 209/100.000 πληθυσμό. Τέλος, βρισκόμαστε στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό.

Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική. Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου, οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμησης της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως στη χώρα

μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας. Μια από τις πηγές πληροφόρησης για την κατάσταση στην Ελλάδα λοιπόν είναι τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Βλέποντας λοιπόν κάποιος τα στοιχεία ανακαλύπτει αυτό που ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την τελευταία 20ετία από το 1980 έως και το 2006 είναι φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980. Μόνο την πενταετία 2000 - 2005 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι (*Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2007*).

2.3.2. Οι Κυρίαρχες Μορφές Καρκίνου

Στους άνδρες η πρώτη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του πνεύμονα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες εντοπίσεις, ενώ στις γυναίκες παρουσιάζεται με όλο και αυξανόμενους ρυθμούς τα τελευταία χρόνια. Υπολογίζεται ότι ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το 35% των θανάτων στους άνδρες και το 25% για τις γυναίκες. Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου με αυξητικές τάσεις στις μέρες μας.

Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2003 μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά. Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις.

Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει πτωτική τάση ακολουθώντας τις τάσεις που παρατηρούνται στην Ευρώπη αντίθετα με τα νεοπλάσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Στα παιδιά ο καρκίνος είναι σχετικά σπάνιος (εκτιμάται ότι προσβάλλει 1 στα 600 παιδιά) και τα πιο συχνά νεοπλάσματα είναι του εγκεφάλου, Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και οι λευχαιμίες. Η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με αρκετές μελέτες (*Τούντας, 2001, & Tzala, 2004, & Tzala & Best - Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, 2007*).

Παρακάτω παρουσιάζεται ένας πίνακας με στατιστικά στοιχεία 2000-2005 στην Ελλάδα από θανάτους με ασθένειες καρκίνου.

Στατιστικά Στοιχεία 2000 – 2005 για θανάτους στην Ελλάδα από ασθένειες του Καρκίνου.

ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ 2000-2005							
ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΤΥΠΟ
ΤΥΠΟΙ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ							
Κακοήγη των οργάνων του πεπτικού συστήματος - περιτοναίου	6.912	7.109	7.103	7.166	7.241	7.314	42.845
Κακοήγη των οργάνων του αναπνευστικού συστήματος - των ενδοθωρακικών οργάνων	5.975	6.049	6.053	6.165	6.389	6.397	37.028
Κακοήγη των ουροποιητικών οργάνων	3.523	3.697	3.792	3.796	4.014	4.138	22.960
Κακοήγη άλλων και μη καθορισμένων εντοπίσεων	3.016	3.034	3.108	3.111	3.133	3.320	18.722
Κακοήγη των οστών - του συνδετικού ιστού - του δέρματος - του μαστού	2.256	2.351	2.367	2.330	2.423	2.442	14.169
Κακοήγη του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού	1.831	1.930	1.694	1.970	1.969	1.977	11.371
Κακοήγη των χειλιών - στοματικής κοιλότητας - του φάρυγγα	250	232	263	251	269	296	1561
Άλλα και μη καθορισμένα νεοπλάσματα	9	6	6	7	10	12	50
Καλοήγη νεοπλάσματα	3	0	0	3	0	0	6
Καρκινώματα in situ	0	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΕΤΟΣ	23.775	24.408	24.386	24.799	25.448	25.896	148.712 ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

Πηγή: (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. - Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, 2007)

2.3.3. Στατιστικά Στοιχεία στην Ευρώπη για τον Καρκίνο.

Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι γύρω στα 3,2 εκατ. νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2006, δηλαδή 300.000 περισσότερες από τις αντίστοιχες εκτιμήσεις του 2004, εκ των οποίων το 53% είναι άνδρες και 47% γυναίκες.

Ο καρκίνος του μαστού με 429.900 περιπτώσεις (13.5%), ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 412.900 περιπτώσεις (12.9%), ο καρκίνος του πνεύμονα με 386.300 περιπτώσεις (12.1%). Από στοιχεία της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων έφτασε τα 1,7 εκατ. (56% άνδρες και 44% γυναίκες) το 2006. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο με 334.800 θανάτους, κατέχοντας το 1/5 των συνολικών θανάτων, ενώ υπολογίζεται ότι αριθμός των νέων περιπτώσεων θα διπλασιαστεί, ιδιαίτερα στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη μέχρι το 2020, κυρίως εξαιτίας της χρήσης του καπνού.

Ο καρκίνος του πνεύμονα με 334.800 θανάτους, ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 207.400 θανάτους, ο καρκίνος του μαστού με 131.900 θανάτους, ο καρκίνος του στομάχου με 118.200 θανάτους.

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60% (*Τούντας, 2001, & Tzala, 2004, & Tzala & Best - Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, 2007*).

2.3.4. Η Εξέλιξη της ασθένειας του Καρκίνου

Το Υπουργείο Υγείας έχει θέσει για πρώτη φορά σε εφαρμογή Σχέδιο Δράσης κατά του καρκίνου για την περίοδο 2008 - 2012. Πρόκειται για την πρώτη οργανωμένη απάντηση της πολιτείας στον καρκίνο. Για πρώτη φορά στην υγειονομική ιστορία μας, η Ελλάδα διαθέτει στοχευμένες και οικονομικά προϋπολογισμένες πολιτικές για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Πολιτικές και προγράμματα που συνιστούν πλέον εθνική αντικαρκινική πολιτική.

Η θεμελίωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο έρχεται να καλύψει το κενό που συνεχώς μεγάλωνε τα τελευταία χρόνια, καθώς, ενώ αυξανόταν το ειδικό βάρος της νοσοκομειακής/θεραπευτικής ιατρικής, η πρόληψη περιοριζόταν κυρίως στο διαγνωστικό-εργαστηριακό τομέα. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στην πολιτική του κράτους και των αντίστοιχων υπηρεσιών για τον καρκίνο, τη δημιουργία μιας ενιαίας πολιτικής πρόληψης και επικοινωνίας σε πανεθνικό επίπεδο, την ανάπτυξη ατομικής ευθύνης και δεξιοτήτων αντίστασης σε πρότυπα συμπεριφοράς που βλάπτουν την υγεία, την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης, την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται στη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση του καρκίνου, την οργανωτική διασύνδεση του εθελοντικού τομέα με το υγειονομικό σύστημα για τον καρκίνο, καθώς και την οριζόντια συνεργασία των υπηρεσιών υγείας μεταξύ τους.

Συγκεκριμένα, στο επίκεντρο αυτής της προσπάθειας βρίσκονται:

- Η εξασφάλιση τεκμηριωμένης, συνεχούς και επαρκούς πληροφόρησης και εκπαίδευσης των πολιτών, έτσι ώστε να υιοθετήσουν υγιεινούς τρόπους συμπεριφοράς.
- Η ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και παρότρυνση του πληθυσμού για διενέργεια εξετάσεων έγκαιρης διάγνωσης.
- Η εξασφάλιση συνεχούς εκπαίδευσης και παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία, στον άρρωστο και το συγγενικό του περιβάλλον.
- Η παροχή αναβαθμισμένης και ποιοτικά διασφαλισμένης θεραπείας και περίθαλψης.
- Η εξασφάλιση αξιοπρεπούς μεταχείρισης των ασθενών.
- Η αναβάθμιση και επέκταση των υπηρεσιών αποκατάστασης.

- Η λειτουργία των υφιστάμενων ξενώνων φιλοξενίας και η δημιουργία νέων.
- Η ίδρυση ξενώνων αγάπης για τους ασθενείς τελικού σταδίου.
- Η διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση.
- Η τήρηση του απορρήτου και η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών.
- Η λειτουργική διασύνδεση του υγειονομικού με τον εθελοντικό τομέα.
- Η αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία των δομών δημόσιας υγείας και η εξασφάλιση σταθερής συνεργασίας όλων των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων καταγραφής σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο για τη συλλογή έγκυρης και αξιόπιστης πληροφορίας, με σκοπό τη χάραξη ρεαλιστικής αντικαρκινικής πολιτικής (*Βαγιωνάς, 2008*).

Στην Ευρώπη, ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου. Παρόλο που καταβάλλονται τεράστιες προσπάθειες στον τομέα της έρευνας και έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος όσον αφορά την καταπολέμηση αυτής της μάστιγας, η ιατρική είναι σήμερα σε θέση να θεραπεύσει έναν καρκίνο στους δύο. Ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Ορισμένοι καρκίνοι είναι ιάσιμοι, ή οι προοπτικές αποκατάστασης της υγείας αυξάνονται κατά πολύ, εάν υπάρξει έγκαιρη διάγνωση.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αντιμετωπίζει αυτή τη μεγάλη μάστιγα σφαιρικά με ενέργειες που αποσκοπούν στη βελτίωση της ζωής γενικότερα. Η πολιτική της Ε.Ε. για τη δημόσια υγεία επικεντρώνεται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη, καθώς και στην πληροφόρηση σχετικά με τους συντελεστές της υγείας, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η διατροφή και η σωματική άσκηση. Το βασικό μήνυμα είναι ότι ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική υγεία μπορεί να βελτιωθεί, εάν ο καθένας υιοθετήσει πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Η Ευρώπη αντιμετωπίζει ακόμη σήμερα ανεπίτρεπτες ανισότητες στον τομέα των διαγνωστικών εξετάσεων και της παρακολούθησης του καρκίνου. Έχουν ήδη αρχίσει να εφαρμόζονται πολλά προγράμματα της Ε.Ε., με σκοπό να δημιουργηθεί σύστημα επιτήρησης του καρκίνου ώστε να συγκεντρωθούν συγκρίσιμα στοιχεία για την εμφάνιση και την εξέλιξη της ασθένειας (συχνότητα εμφάνισης, θνησιμότητα, επιπολασμός και επιβίωση) σε ολόκληρη την Ευρώπη (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας, 2008*).

2.4. Πρόληψη στην ασθένεια του Καρκίνου

Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι μια ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση η οποία όπως είναι γνωστό επιτυγχάνεται με υγιεινό τρόπο ζωής, καλή διατροφή, σωματική άσκηση και με αποχή από το κάπνισμα. Επομένως, η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, με τα κατάλληλα προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα να λαμβάνονται, για την βελτίωση του επιπέδου της υγείας.

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης.

Στην Πρωτογενή Πρόληψη περιλαμβάνονται μέτρα που έχουν σχέση με τον έλεγχο όλων αυτών των παραγόντων που προκαλούν καρκίνο στον άνθρωπο και ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα με αλλαγές στον τρόπο ζωής και την διατροφή. Σημαντικό ρόλο στην απομάκρυνση του κινδύνου του καρκίνου παίζουν οι προσωπικές επιλογές σε ότι αφορά στον τρόπο ζωής.

Αναλυτικότερα, η υιοθέτηση μιας σωστής διατροφής πλούσια σε φρούτα και λαχανικά σε συνδυασμό και με φυσική άσκηση τουλάχιστον 30' την ημέρα, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, του μαστού, των πνευμόνων, του παχέος εντέρου, του ορθού, του στομάχου και του παγκρέατος. Η αποχή από το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα είναι σημαντική για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα, της κεφαλής και του τραχήλου, του ανώτερου πεπτικού συστήματος καθώς και της ουροδόχου κύστεως. Ο καπνός είναι σήμερα το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο καρκινογόνο. Το αλκοόλ είναι η δεύτερη μετά τον καπνό ευρέως χρησιμοποιούμενη καρκινογόνος ουσία και συνδέεται με την ανάπτυξη καρκίνων του γαστρεντερικού συστήματος, της κεφαλής και του τραχήλου και προτείνεται να μην καταναλώνεται ποσότητα πάνω από δύο μερίδες ποτού την εβδομάδα. Επίσης, απαραίτητο μέτρο είναι η προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπου κάποια απ' αυτά συνδέονται με καρκίνο της μήτρας, του κόλπου, του πρωκτού και του ήπατος. Ακόμα, σημαντική είναι η προστασία από τον ήλιο καθώς το φως του αποτελεί καρκινογόνο παράγοντα που συνδέεται με την ανάπτυξη μελανώματος. Σημαντική είναι προστασία από χημικές ουσίες όπως επίσης, και η συχνή προσεχτική παρακολούθηση του σώματος μας για τυχόν αλλαγές (*Περάκη & συνεργ., 2000*).

Στην Δευτερογενή Πρόληψη περιλαμβάνονται μέτρα που εφαρμόζονται, δηλαδή διάφορες εξετάσεις, με τις οποίες μπορεί να γίνει διάγνωση ορισμένων τουλάχιστον μορφών καρκίνου. Επίσης, περιλαμβάνονται και μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες σε έναν οργανισμό.

Αναλυτικότερα, τα τεστ προληπτικού ελέγχου μπορούν να ανιχνεύσουν τον καρκίνο έγκαιρα, δηλαδή όταν είναι ακόμα καλά αντιμετωπίσιμος. Σήμερα, η ετήσια ιατρική προληπτική εξέταση είναι σημαντική και περιλαμβάνει λεπτομερή εξέταση που αποκαλύπτει έκθεση σε καρκινογόνα, ανίχνευση πρώιμων κλινικών σημείων καρκινωμάτων και διερεύνηση οικογενειακών προδιαθέσεων. Οι συνήθεις ανιχνευτικοί έλεγχοι, που προτείνονται από την American Cancer Society και την United States Preventive services Task Force σε υγιή κατά την κλινική εξέταση άτομα χαμηλού κινδύνου, είναι: Το Τεστ ΠΑΠ κάθε έτος και η μαστογραφία η οποία γίνεται κάθε χρόνο σε γυναίκες άνω των σαράντα ετών και αποβλέπουν στην έγκαιρη διάγνωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας και μαστού όπου και ο θάνατος από αυτές τις μορφές καρκίνου είναι αδικαιολόγητος διότι οι μορφές αυτές είναι εύκολα διαγνώσιμες. Οι περιοδικές μετρήσεις που αποσκοπούν στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, γνωστή ως εξέταση PSA συνιστάται σε όλους τους άνδρες ηλικίας άνω των 55 καθώς επίσης και η εξέταση κοπράνων για εμφάνιση αίματος όπου και αυτός είναι ένας φόβος που προϊδεάζει για εμφάνιση καρκίνου ([Saslow, et al, 2008](#)).

“ Η εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης έχει ιδιαίτερη αξία στην χώρα μας γιατί ένα σημαντικό ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού δεν γνωρίζει ότι πάσχει από τα συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα. Από επιδημιολογικές μελέτες, είναι γνωστό ότι στην Ελλάδα, το 50% του πληθυσμού πάσχει από μια χρόνια πάθηση, ενώ το 40% πάσχει από περισσότερες από μια πάθηση. Το δε 25% περίπου του πληθυσμού είναι υπερτασικοί, εκ των οποίων το 10% δεν το γνωρίζει, το 9% δεν ακολουθεί θεραπεία, το 66% ακολουθεί ανεπαρκή θεραπεία και μόνο το 15% είναι σωστά ρυθμισμένο” ([Νέτα, 2008](#)).

Ο σκοπός της πρόληψης είναι η ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξέλιξης μιας νόσου, τραύματος, ή ανικανότητας και η προστασία της θετικής υγείας. Δεδομένου ότι «οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί και ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο», οι υπηρεσίες υγείας που φιλοδοξούν να προάγουν την πρόληψη, θα πρέπει να επικεντρωθούν στην βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, στην εκπαίδευση αυτού και την αναθεώρηση των ανθρωπίνων σχέσεων (Τριχόπουλος, 1982).

2.5. Θεραπεία της ασθένειας του Καρκίνου & Πρόσφατες Εξελίξεις.

2.5.1. Θεραπεία της ασθένειας του Καρκίνου.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα για την θεραπεία του καρκίνου είναι τρεις: **1.** αφαίρεση του καρκίνου με χειρουργική επέμβαση, **2.** καταστροφή των καρκινικών κυττάρων με ακτινοβολίες, και **3.** αναστολή της αναπαραγωγής των καρκινικών κυττάρων με φάρμακα, γνωστή ως χημειοθεραπεία. Αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν η κάθε μια από μόνη της, ανά δύο ή και οι τρεις ταυτόχρονα. Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεότερες θεραπευτικές μεθόδους. Οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας αυξάνονται διαρκώς καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο οπλοστάσιο της (Περάκη & συνεργ., 2000).

Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Για αρκετούς μάλιστα τύπους και περιπτώσεις μπορεί να μιλάμε πλέον για οριστική θεραπεία χωρίς την πιθανότητα υποτροπών. Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της επιστήμης, είναι διαρκώς μεγαλύτερη η μερίδα αυτών των τύπων, κάτι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για το μέλλον. Υπάρχουν ασφαλώς προϋποθέσεις, όπως θα αναφερθεί εκτενέστερα στη συνέχεια. Ακόμη όμως και σε καρκίνους, που στην παρούσα φάση, χαρακτηρίζονται μη θεραπεύσιμοι, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή συχνά προσφέρει τεράστια πλεονεκτήματα: προσθέτει

μήνες ή και χρόνια φυσιολογικής ζωής και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα της, ελαττώνοντας ή και εξαφανίζοντας τα συμπτώματα όπως ο πόνος και εξασφαλίζοντας μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος. Πολλοί χρόνιοι καρκινοπαθείς ζουν κανονική ζωή χωρίς υπολείμματα από την νόσο τους.

Οι ασθενείς με καρκίνο που ίσως βρίσκονται υπό θεραπεία δια βίου, ζουν μία κατά τα άλλα φυσιολογική ζωή, ακόμα και αν υπάρχουν οι τυχόν περιορισμοί που μπορεί να προκύπτουν από την ασθένεια. Και όλα αυτά, διότι γνωρίζουν πως μπορούν να αντιμετωπίσουν την πάθησή τους μέρα με τη μέρα και να παραμείνουν δραστήριοι και παραγωγικοί για μεγάλο χρονικό διάστημα *(Ντολατζάς, 2007)*.

Βασικός πυρήνας της ενεργού συμμετοχής ενός καρκινοπαθή είναι η υιοθέτηση θετικών στάσεων κατά την διάρκεια της θεραπείας:

Το άτομο που νοσεί από καρκίνο είναι προτιμότερο να κάνει σχέδια για το μέλλον. Μόνο οι άνθρωποι, που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει μέλλον, δεν προγραμματίζουν τις επόμενες φάσεις της ζωής τους. Η απώλεια της ελπίδας είναι ένα από τα πλέον δυσάρεστα συναισθήματα, που γνωρίζει ο άνθρωπος. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη. Ο ίδιος θα πρέπει να αντιμετωπίζει το αίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης που ίσως να νιώθει. Επίσης, να διατηρεί τον έλεγχο της ζωής του στον μέγιστο δυνατό βαθμό. Η περίοδος, που αρχίζει με την γνωστοποίηση της διάγνωσης, χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό εξάρτησης του ασθενούς από το ιατρονοσοκομειακό σύστημα. Αλλά και μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο, ο ασθενής συχνά εξαρτάται από την οικογένεια και τους φίλους του για ζητήματα της προσωπικής του φροντίδας και ίσως εκεί να νιώθει μειονεκτικά, πράγμα το οποίο θα πρέπει να αποφευχθεί. Όμως, μια ευχάριστη δραστηριότητα συμβάλλει στην εκτόνωση και χαλάρωση του οποιουδήποτε ασθενή, αλλά επίσης ενισχύει την αυτοεκτίμησή του και δημιουργεί αίσθημα ευεξίας. Μπορεί να αρχίσει κάποιες ψυχαγωγικές δραστηριότητες κατά την διάρκεια της θεραπείας του *(Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986)*.

2.5.2. Πρόσφατες Εξελίξεις για τον Καρκίνο

Παρά την πρόοδο που επιτεύχθηκε μέχρι σήμερα, ο καρκίνος παραμένει αιτία ανυπολόγιστου ανθρώπινου πόνου, τεράστιας απώλειας ανθρώπινων ζώων και δυσβάσταχτου οικονομικού κόστους. Απαιτούνται επείγοντως πιο αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας. Οι γιατροί και οι ερευνητές γενικότερα, βρίσκονται σήμερα σε όσο ποτέ άλλοτε καλύτερη θέση για να επιταχύνουν τη νικηφόρα πορεία κατά του καρκίνου χάρις στις εξαιρετικές επιτεύξεις στον τομέα της κατανόησης των γονιδιωμάτων και των μηχανισμών στο εσωτερικό των καρκινικών κυττάρων.

Στο χρόνο που μας πέρασε, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος που αλλάζει τα δεδομένα όπως τα γνωρίζαμε μέχρι σήμερα για αριθμό σοβαρών κακοηθών ασθενειών. Για την πρόληψη εγκρίθηκε για πρώτη φορά, εμβόλιο εναντίον των ιών των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας όπου μείωσε δραστικά τον αριθμό γυναικών που προσβάλλονται από καρκίνο της μήτρας και υπολογίζονται σήμερα στις 500.000 παγκοσμίως κάθε χρόνο. Αναπτύχθηκαν νέες θεραπείες που βασίζονται σε φάρμακα ειδικά για τα καρκινικά κύτταρα που προκαλούν καρκίνο του νεφρού, του μαστού, καρκίνου στο λαιμό και της κεφαλής και που ήταν δύσκολο να θεραπευτούν. Επίσης, δημιουργήθηκε και ένα νέο τεστ γενετικού ελέγχου που επιτρέπει την πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα. Συνοπτικά βλέπουμε ότι επιτεύχθηκε σημαντική πρόοδος στην κατανόηση και αντιμετώπιση του καρκίνου ([Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, 2007](#)).

Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε συνεργασία με την Ογκολογική Μονάδα ΓΠΠ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, στο Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», διοργάνωσε μια σειρά από δραστηριότητες για τον μήνα Νοέμβριο, που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και στον γενικό πληθυσμό. Ανάμεσα σε άλλα, δημιούργησε την ιστοσελίδα www.lungcancer.gr με χρηστικές πληροφορίες γύρω από τον καρκίνο του πνεύμονα. Η ιστοσελίδα αυτή φιλοδοξεί να συμπαρασταθεί, να ενημερώσει και να προσφέρει "χέρι βοήθειας" σε όλους όσοι με οποιονδήποτε τρόπο βρίσκονται αντιμέτωποι με τον καρκίνο πνεύμονα, στους οικείους τους αλλά και σε οποιονδήποτε άλλο επιθυμεί να πληροφορηθεί έγκυρα για αυτή την νόσο συχνή πάθηση ([Συρίγος, 2008](#)).

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νου. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της. Τα αίτια αυτά μπορεί να προέρχονται από τις ατομικές μας συνήθειες και συμπεριφορές, από τον τρόπο ζωής μας, από καταστάσεις και φαινόμενα που δεν εξαρτώνται από εμάς αλλά από την ίδια την φύση και το περιβάλλον καθώς επίσης και από την φύση της κληρονομικότητας.

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και το 2000 έως το 2005 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι! Οι κυρίαρχες μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και του μαστού.

Με την εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης, η Ελλάδα διαθέτει στοχευμένες και οικονομικά προϋπολογισμένες πολιτικές για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αντιμετωπίζει αυτή τη μεγάλη μάστιγα σφαιρικά με ενέργειες που αποσκοπούν στη βελτίωση της ζωής γενικότερα. Η πολιτική της Ε.Ε. για τη δημόσια υγεία επικεντρώνεται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη, καθώς και στην πληροφόρηση σχετικά με τους συντελεστές της υγείας.

Το βασικό μήνυμα είναι ότι ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική υγεία μπορεί να βελτιωθεί, εάν ο καθένας υιοθετήσει πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

"ΜΟΙΡΟΛΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ & ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ"

3.1. Η έννοια της μοιρολατρίας μέσα από την θεωρητική σκοπιά και η σχέση της με τις συμπεριφορές πρόληψης.

Ως μοιρολατρία, ορίζεται η απόλυτη, τυφλή πίστη του ανθρώπου στην μοίρα, στο πεπρωμένο και η παθητική υποταγή του στις αντιξοότητες της ζωής του, επειδή πιστεύει ότι αυτές είναι αναπόφευκτες. Η πίστη ότι η μοίρα κατευθύνει την ζωή του ανθρώπου και η τύχη του είναι προκαθορισμένη (*Αποστολοπούλου & συνεργ., 1991*).

Η μοιρολατρία αποτελεί την ιδέα και την πεποίθηση ότι ανεξάρτητα από τις ενέργειες ή τις πράξεις, υπάρχουν μερικά πράγματα στη ζωή όπως τα καταστροφικά γεγονότα, τα ατυχήματα, οι ασθένειες, καθώς και ο θάνατος που εμφανίζονται απρόσμενα, καλώς ή κακώς και δεν γνωρίζουμε το αποτέλεσμα που θα επιφέρουν. Οι έννοιες της μοιρολατρίας συνδέονται συχνά με την ασθένεια του καρκίνου και του προκαθορισμένου και χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν τις απόψεις, τις αντιλήψεις, τις πεποιθήσεις και την φροντίδα της υγείας στην περίπτωση της ασθένειας του καρκίνου (*Phyllis, et al, 2008*).

Είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι ο καρκίνος μπορεί να συμβεί στον καθένα από εμάς, με αποτέλεσμα να εκφράζουμε στάσεις άμυνας και να προβάλλουμε πεποιθήσεις ότι ποτέ δεν θα εμφανιστεί σε εμάς, αλλά και εάν εμφανιστεί δεν θα μπορέσουμε να κάνουμε κάτι για να τον αντιμετωπίσουμε. Η πεποίθηση ότι μια διάγνωση του καρκίνου θα οδηγήσει στο θάνατο έχει προσδιοριστεί ως πιθανό εμπόδιο στη πρόληψη του καρκίνου, αφού όποιος νοσεί από καρκίνο πεθαίνει και υιοθετεί την πεποίθηση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος (*Spurlock & Collins, 2006*).

Η μοιρολατρία προωθεί μια προοπτική, δηλαδή τα γεγονότα να ελέγχονται από τις εξωτερικές δυνάμεις και οι άνθρωποι να είναι ανίκανοι να τις επηρεάσουν και η ίδια η μοιρολατρία σχετίζεται με τις κοινωνικό-πολιτιστικές-πολιτικές δομές και αξίες του κάθε ανθρώπου (*Niederdeppe & Gurmankin, 2007*).

Οι παρούσες προκλήσεις της ζωής και οι μελλοντικές σκέψεις μπορούν να συσχετιστούν με διάφορες αντιλήψεις αδυναμίας, παράνοιας και ανησυχίας. Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια στην οποία επικρατεί το αίσθημα του φόβου λόγω της επικράτησης και της επίπτωσης των αιτιών του. Οι αξίες και οι πεποιθήσεις διαμορφώνονται έντονα μέσα από τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά πλαίσια και δομές, όπως η κληρονομικότητα, το περιβάλλον, ο τρόπος ζωής, η ιδεολογία καθώς και οι πεποιθήσεις ότι: «τα πάντα προκαλούν καρκίνο», «αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη», «δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου», «υπάρχουν τόσες πολλές συστάσεις και μέτρα που προτείνονται για την πρόληψη του καρκίνου που είναι δύσκολο να ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις», με αποτέλεσμα να μην ενισχύονται συμπεριφορές πρόληψης οι οποίες να αυξάνουν το ενδεχόμενο εμφάνισης της ασθένειας του καρκίνου (*Berman & Wandersman, 1990*). Συγκεκριμένα, η μοιρολατρία διαδραματίζει τον κρίσιμο ρόλο της στον καθορισμό των ανθρώπινων συναισθημάτων, του τρόμου και του φόβου σχετικά με το στίγμα του καρκίνου, με αποτέλεσμα τα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου να έχουν λιγότερη πιθανότητα μείωσης της θνησιμότητας (*Powe & Johnson, 1995*).

Η μοιρολατρία αποτελεί μια άρνηση στο ανθρώπινο πνεύμα, καταστρέφει την ανθρώπινη προσωπικότητα, την ελπίδα ακόμη και την ίδια τη ζωή αφού οδηγεί προς την απώλεια αισιοδοξίας. Ο χαμηλός αυτοσεβασμός, οι χρόνιες καταστάσεις πίεσης, η απόγνωση και η απελπισία ενθαρρύνουν και διαιωνίζουν τις μοιρολατρικές αντιλήψεις.

Οι προσωπικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια επηρεάζουν πολλούς ανθρώπους στις αποφάσεις τους να αναζητήσουν θεραπεία. Αν εξετάσουμε στοιχεία για τη γνώση του καρκίνου στους ανθρώπους θα δούμε ότι στο μεγαλύτερο σύνολο η γνώση είναι περιορισμένη. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά υγείας και πρόληψης του καρκίνου, συνήθως είναι το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, η ηλικία, η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει το άτομο, η ελάχιστη υγειονομική περίθαλψη, η φτώχεια, το αίσθημα της απόγνωσης, παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση της μοιρολατρίας αλλά και της αποχής από εξετάσεις

ελέγχου του καρκίνου, αφού οι πεποιθήσεις ότι τα πάντα προκαλούν καρκίνο αλλά και το ότι δεν υπάρχει τίποτα για να τον αποφύγεις, υπερισχύουν. Η θεώρηση αυτή οδηγεί στο γεγονός πως ο φόβος για τον καρκίνο παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία του ατόμου και αναπτύσσονται αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις. Οι άνθρωποι με αρνητικά συναισθήματα και μοιρολατρικές πεποιθήσεις για τον καρκίνο είναι πιθανόν να μην έχουν αρκετές πληροφορίες για την νόσο, φτάνοντας σε σημείο να υπερισχύουν οι δικές τους ιδέες και απόψεις αμετάκλητα με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν για τις θετικές εξελίξεις στα ζητήματα πρόληψης και θεραπείας του καρκίνου (*Miles, et al, 2008*).

Η Powe δήλωσε, ότι: ‘‘σαφώς, η πίστη στη θέληση του Θεού ή το θείο δώρο του Θεού για τη ζωή κάποιου δεν είναι και δεν πρέπει να θεωρείται μοιρολατρία’’. Η μοιρολατρία χαρακτηρίζει την στάση των ανθρώπων όταν υπάρχει ήδη μια αποδοχή του θανάτου από τον καρκίνο που εμποδίζει τα άτομα από μια επιτυχή θεραπεία. Θεωρείται ότι πολλοί θρησκευόμενοι αναγνωρίζουν ότι ο φόβος και η πίστη είναι αντίθετα και ότι ο Θεός θέλει τους ανθρώπους του να πιστεύουν σε Αυτόν και όχι στο φόβο. Η προσευχή και η συμμετοχή στις θρησκευτικές δραστηριότητες είναι κρίσιμα για την αλλαγή των πεποιθήσεων της προαγωγής της υγείας. Πρόσθετα, μια κοινή θρησκευτική πεποίθηση είναι πως με το να είσαι πιστός στον Θεό είναι σαν να φροντίζεις το ναό του, ο οποίος ναός του είναι το σώμα μας. Επομένως, η πίστη μπορεί να είναι αποτελεσματική, κάνοντας τους πιστούς να ζήσουν με τις προσευχές και την πίστη και έτσι να έχουν τον έλεγχο των πεποιθήσεων και της πρόληψης της υγείας τους(*Phyllis, et al, 2008*).

3.2. Έρευνες που μελετούν την σχέση μοιρολατρίας και ασθένειας του καρκίνου.

Μια εθνική έρευνα έγινε τον Οκτώβριο 2002 έως τον Απρίλιο 2003 από το: "Health Information National Trends Survey" (HINTS), υπό την διεύθυνση του National Cancer Institute. Η έρευνα αυτή έγινε σε δείγμα μεγαλύτερο των 6.000 ενήλικων στις ΗΠΑ (*Niederdeppe & Gurmankin, 2007*).

Σύμφωνα με την έρευνα, ένας σημαντικός αριθμός Αμερικανών ενηλίκων έχει μοιρολατρικές πεποιθήσεις για τον καρκίνο. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν προληπτικά μέτρα όπως: η σωματική άσκηση, η αποχή από το κάπνισμα ή κατανάλωση μιας υγιεινής διατροφής πλούσιας σε φρούτα και σε λαχανικά, για να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

Η μελέτη αυτή, που αναλύει τα στοιχεία από την Εθνική Έρευνα Πληροφοριών Υγείας του Εθνικού Ιδρύματος Καρκίνου, είναι η πρώτη εθνική έρευνα που γίνεται στη διάρκεια 20 ετών για την αξιολόγηση της γνώσης των Αμερικανών και την στάση τους απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου.

Τα συμπεράσματα μπορούν να συμβάλλουν στις προσπάθειες πρόληψης του καρκίνου. *" Πολλοί Αμερικανοί φαίνεται να αισθάνονται φοβισμένοι και ανίσχυροι στην ασθένεια του καρκίνου. Ειδικότερα όταν υπάρχουν πολλά γεγονότα τα οποία αυξάνουν την εκδήλωση αυτών των φόβων αλλά μειώνουν ταυτόχρονα το ενδιαφέρον μάθησης για τις αιτίες και την πρόληψη του καρκίνου. Σύμφωνα με τους ερευνητές, όλοι λένε: «καλά, δεν υπάρχει τίποτα που να μπορείτε να κάνετε για αυτό» και όπως η έρευνά μας παρουσιάζει, δεν κάνουν πράγματι τίποτα για αυτό "* (*Niederdeppe & Gurmankin, 2007*).

Περίπου το 47% απ' αυτούς που ερωτήθηκαν συμφώνησαν με την πρόταση: "Σχεδόν φαίνεται ότι τα πάντα προκαλούν καρκίνο," ενώ το 27% συμφώνησε ότι : "Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που να μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι, ώστε να μειώσουν τις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου. Επιπλέον, το 71,5% των αμερικανών ενηλίκων είναι της άποψης ότι : "Υπάρχουν τόσες πολλές συστάσεις για την πρόληψη του καρκίνου, που είναι δύσκολο να ξέρει κανείς ποια απ' αυτές να ακολουθήσει." Οι άνθρωποι που συμφώνησαν τουλάχιστον σε μια από αυτές τις τρεις παραπάνω προτάσεις ήταν λιγότερο πιθανό από αυτούς που διαφώνησαν να

ασκούν σωματική άσκηση σε εβδομαδιαία βάση και να τρώνε καθημερινά γεύματα με φρούτα και λαχανικά. Άνθρωποι που πίστευαν ότι "είναι δύσκολο να ξέρει κάποιος τι να κάνει" ήταν πιθανότερο να καπνίσουν.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι και οι τρεις πεποιθήσεις συνδέονται με το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Παρά τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών που υπάρχουν για τον καρκίνο, οι ερευνητές δηλώνουν, ότι έχει υπάρξει μικρή πρόοδος στην αλλαγή της πεποίθησης ότι "τα πάντα προκαλούν καρκίνο" τα τελευταία 20 χρόνια. Σύμφωνα με τους ερευνητές, δεν είναι σαφές εάν και σε ποιο βαθμό επηρεάζονται οι πεποιθήσεις για την πρόληψη του καρκίνου. Ο Niederdeppe θεωρεί ότι οι άνθρωποι μεταβάλλουν συνεχώς τις απόψεις τους επειδή δέχονται διάφορα μηνύματα και είναι συχνά μπερδεμένοι για το τι να κάνουν. Εάν οι αλληλοσυγκρουόμενες πληροφορίες της επιστήμης για την πρόληψη του καρκίνου είναι η αιτία που οι άνθρωποι δεν ενδιαφέρονται για την πρόληψη της συγκεκριμένης νόσου, ο Niederdeppe επιμένει πως οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να εστιάσουν την προσοχή τους στην ανάπτυξη των απλών μεθόδων και της προώθησης μηνυμάτων στον γενικό πληθυσμό με σκοπό να ενημερωθεί και να αποτρέψει την ασθένεια (*Niederdeppe & Gurmankin, 2007*).

Αν μελετήσουμε την αντίστοιχη πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο «Hellas Health II» που διεξήχθη από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και που έγινε στις 30 Μαΐου 2008 έως τις 23 Ιουνίου 2008, σε δείγμα 1.490 ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω, θα δούμε ότι η πλειονότητα των Ελλήνων επιδεικνύει άγνοια και αδιαφορία σχετικά με τους τρόπους πρόληψης του καρκίνου με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συχνότητα της νόσου και στην χώρα μας (*Τούντας, 2008*).

Είναι ενδεικτικό ότι την τελευταία δεκαετία καταγράφεται αύξηση της διάγνωσης του καρκίνου κατά 25% με τη μεγαλύτερη έξαρση να παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα και της ουροδόχου κύστης που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα. Σχεδόν, ο μισός αριθμός των Ελλήνων, έχει μία μοιρολατρική στάση απέναντι στην ασθένεια του καρκίνου αφού πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν κάτι για να μειώσουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

Όπως κατέδειξε η έρευνα, το 45% των ερωτώμενων δήλωσε ότι συμφωνεί με την πεποίθηση: ``Δεν υπάρχουν και πολλά που μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι για να μειώσουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου``.

Ωστόσο, όταν ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο, το 75,9% ανέφερε το κάπνισμα, το 44,9% την κακή διατροφή, το 34% τη μόλυνση του αέρα, το 29,7% το υπερβολικό στρες και το 29,2% διάφορες χημικές ουσίες όπως π.χ. οι διοξίνες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή θεωρούνται από τους ειδικούς ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, αυτή την άποψη έχουν μόνο το 9,5% και το 7,9% των ερωτώμενων.

Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, είναι το 62,4% των ανδρών και το 53,1% των γυναικών, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται μεταξύ των παντρεμένων (65,3% έναντι 35,9% των άγαμων) και των μεσαίων ή κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Τέσσερις στις δέκα γυναίκες αγνοούν ότι θα πρέπει να κάνουν τεστ Παπανικολάου από την ηλικία των 20 ετών, ενώ μόλις το 59,4% των γυναικών ηλικίας 21 έως 69 ετών έχουν κάνει τη συγκεκριμένη εξέταση μέσα στα τελευταία τρία χρόνια. Μέτρηση PSA για τον καρκίνο του προστάτη, έχει κάνει μόλις το 40% των ερωτώμενων ηλικίας 50-69 ετών. Το 43,5% των ερωτώμενων έχει χρησιμοποιήσει τις παροχές του ταμείου του για διενέργεια προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο.

Ωστόσο, το 71,5% θεωρεί ότι μπορεί να βρει αν χρειαστεί έγκυρες πληροφορίες για τον καρκίνο εύκολα ή σχετικά εύκολα. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό στην ανώτερη κοινωνικό-οικονομική τάξη (85% έναντι 59% στην κατώτερη) και στα άτομα ανώτερης εκπαίδευσης (83% έναντι 57% στα άτομα βασικής εκπαίδευσης). Παρόλ' αυτά, η πληροφόρηση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου δεν φαίνεται να είναι ξεκάθαρη, καθώς στην ερώτηση «αν αισθάνονται μπερδεμένοι σχετικά με τις πληροφορίες που κυκλοφορούν για την πρόληψη του καρκίνου», το 40% απάντησαν 'ναι' και 'μάλλον ναι'. 'Όχι' και 'μάλλον όχι' δήλωσαν το 58% (Τούντας, 2008).

Ως συμπέρασμα των παραπάνω, προάγονται συμπεριφορές που δεν ενισχύουν την πρόληψη, όπως το κάπνισμα, η αποχή από την φυσική άσκηση, η ελλιπής διατροφή με φρούτα και λαχανικά καθώς και οι μη τακτικές προληπτικές εξετάσεις. Η μοιρολατρία προσδιορίζεται ως εμπόδιο για την ανίχνευση του καρκίνου αφού οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις αποθαρρύνουν τους ανθρώπους από την συμμετοχή τους στις συμπεριφορές πρόληψης με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα σύνολο ανθρώπων όπου προάγουν αυτές τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις και να διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο χωρίς την συμμετοχή τους σε προγράμματα πρόληψης (*Berman , & Wandersman, 1990*).

Ο σκοπός της πρόληψης είναι η ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξέλιξης μιας νόσου, τραύματος, ή ανικανότητας και η προστασία της θετικής υγείας. Δεδομένου ότι «οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί και ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο», οι υπηρεσίες υγείας που φιλοδοξούν να προάγουν την πρόληψη, θα πρέπει να επικεντρωθούν στην βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, στην εκπαίδευση για πρόληψη σε θέματα υγείας και την αναθεώρηση των ανθρωπίνων σχέσεων και του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης ώστε να διασφαλιστεί η ίση πρόσβαση και μεταχείριση για όλα τα μέλη της κοινωνίας (*Τριχόπουλος, 1982*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:

''Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ''

4.1. Γενικές Αρχές & Μέθοδοι της Κοινωνικής Εργασίας.

''Η Κοινωνική Εργασία προσεγγίζει το άτομο μέσα στο φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον μέσω της αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ τους και αναπτύσσει παρεμβάσεις για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων, οποιονδήποτε και αν είναι αυτά, και που ανακύπτουν στα πλαίσια αυτής της αλληλεπίδρασης. Η σχέση μεταξύ ατόμου – περιβάλλοντος θεωρείται αιτία εκδήλωσης σωματικών, ψυχικών, κοινωνικών προβλημάτων.

Αφετηρία της Κοινωνικής Εργασίας είναι η ιδέα ότι κάθε άτομο, οποιασδήποτε ηλικίας, είναι δυνατόν να έρθει αντιμέτωπο με κάποιο πρόβλημα και να χρειαστεί βοήθεια στη ζωή του. Έτσι, η κοινωνική εργασία μελετά και εισηγείται μέτρα τα οποία προλαμβάνουν την εμφάνιση προβλημάτων που απειλούν ή έχουν ήδη προσβάλλει τη ζωή ενός ατόμου ή μιας ομάδας'' (Καλλινικάκη, 1998).

Η κοινωνική εργασία εφαρμόζεται σε κοινωνικές οργανώσεις οι οποίες ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες και αναπτύσσεται στα πλαίσια της διαπροσωπικής επικοινωνίας και ανταλλαγής, σε πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο. Η σχέση αυτή αναπτύσσεται μέσα σε συγκεκριμένα όρια χώρου, χρόνου και αρχών.

Οι σημαντικότερες αρχές της Κοινωνικής Εργασίας, σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας για επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς είναι οι εξής:

- Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει μια μοναδική αξία, ανεξάρτητα από την προέλευση, την ηλικία, την ιδεολογία, τα πιστεύω, την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση ή τη συμβολή στην κοινωνία.
- Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της προσωπικής του ολοκλήρωσης, στο βαθμό που δεν καταπατά το ίδιο δικαίωμα των άλλων.
- Κάθε κοινωνία, ανεξάρτητα από το σύστημα της, πρέπει να λειτουργεί έτσι ώστε να παρέχει στο μέγιστο οφέλη για όλα τα μέλη της.
- Ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός έχει την ευθύνη να βοηθά άτομα, ομάδες, κοινότητες, στην ανάπτυξη

τους και στην ανάλυση των ατομικών και κοινωνικών συγκρούσεων και τις συνέπειες τους. • Ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός έχει ένα πρωταρχικό καθήκον: Η προσφορά του πρέπει να είναι αντικειμενική, πέρα από κάθε προσωπικό ενδιαφέρον και συμφέρον, στόχο και οράματα. • Ο κάθε Κοινωνικός Λειτουργός έχει ηθικό καθήκον η επαγγελματική του σχέση να βασίζεται στην εχεμύθεια και στη εμπιστευτικότητα.

Η μεθοδολογία της Κοινωνικής Εργασίας αφορά ειδικότερα τη συστηματοποίηση των ειδικών γνώσεων του κοινωνικού λειτουργού για την οργάνωση μιας ιδέας ή άποψης σχετικά με τα μέσα που έχει στην διάθεση του προκειμένου να υλοποιήσει το οποιοδήποτε πρόβλημα. Οι μέθοδοι της Κοινωνικής Εργασίας που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή της στην πράξη είναι τρεις: η Κοινωνική Εργασία με άτομα, με ομάδες και με κοινότητα.

• Η Κοινωνική Εργασία με άτομα στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου και χρησιμοποιεί ως κύριο μέσο βοήθειας την ίδια τη επαγγελματική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του Κοινωνικού Λειτουργού και του ατόμου. • Η Κοινωνική Εργασία με ομάδες στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες, στους περιορισμούς και στις ικανότητες της ομάδας όπου το άτομο ανήκει. • Η Κοινωνική Εργασία με κοινότητα στρέφει την προσοχή της στην αλλαγή των συνθηκών που επικρατούν μέσα στην κοινότητα και που γίνονται ή μπορεί να γίνουν εμπόδιο στη λειτουργική ικανότητα των κατοίκων (*Καλλινικάκη, 1998*).

4.2. Η (Ποικιλόμορφη) Συμπεριφορά του Κοινωνικού

Λειτουργού σχετικά με το έργο του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό-συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο και μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο ίδιος, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης.

Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς (*Καλλινικάκη, 1998*).

Συγκεκριμένα, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικού Σχεδιασμού στοχεύοντας κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής. Ο ίδιος ενημερώνει τον ασθενή και την οικογένεια του για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο και φροντίζει για την διασύνδεση του νοσοκομείου με φορείς και άλλα ιδρύματα νοσοκομειακά ή κοινωνικά. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σ' όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις {για καρκινοπαθείς, μαστεκτοκτομές γυναικών, νεοπλασίες σε παιδιά, κ.α.}. Ενδεικτικά, κατηγορίες περιστατικών, με τα οποία ασχολείται ο Κοινωνικός Λειτουργός στο χώρο του Νοσοκομείου, είναι: ασθενείς με καρκίνο, παιδιά με νεοπλασίες, άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, παραπληγικοί, άτομα με άλλες αναπηρίες, άγαμες μητέρες, άτομα με νοσηρή

παχυσαρκία, νεφροπαθείς, ασθενείς με aids, κακοποιημένες γυναίκες, παραμέληση – κακοποίηση παιδιών, ψυχιατρικοί ασθενείς, αλλοδαποί ασθενείς, ασθενείς στις χημειοθεραπείες – ακτινοθεραπείες (Τριγώνη, 2000).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, στον ασθενή: Ο κοινωνικός λειτουργός προετοιμάζει τον ασθενή με καρκίνο να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και την προτεινόμενη αγωγή αφού θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή πριν και μετά από μία σοβαρή ιδιαίτερα χειρουργική επέμβαση. Εν συνεχεία, επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, και τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του και δείχνει απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενή (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου, αξιοπρέπεια). Βέβαια για να πραγματοποιηθούν όλα τα παραπάνω, σημαντική είναι η προσέγγιση του ασθενή και η καλή επικοινωνία μέσω διαλόγου που αποπνέει σεβασμό, πληροφόρηση και υποστήριξη.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην οικογένεια του ασθενή: Δεν νοείται κοινωνική εργασία στο ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την οποιαδήποτε ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια. Πρώτος στόχος (ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας), είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση).

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του (Σταθόπουλος, 1999).

Ειδικότερα, λόγω της ιδιαίτερης κατάστασης (βιολογικής & ψυχολογικής) των ασθενών ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεγμένος και αποβαίνει καταλυτικός, καθώς μπορεί να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τις εσωτερικές, ψυχολογικές τους συγκρούσεις καθώς και την απειλή του κοινωνικού στιγματισμού.

Ήδη από την δεκαετία του '80, αλλά κυρίως του '90, πολλοί έγκριτοι επιστήμονες ανά τον κόσμο (Seligman, Carver, Visintainer, Friedman, Oliviero, Goleman) υποστηρίζουν ότι η αισιοδοξία επηρεάζει την υγεία, δίνει σημαντικά πλεονεκτήματα στους πάσχοντες από καρκίνο, καθώς επίσης ότι θεραπεύοντας την συναισθηματική κατάσταση των ασθενών μαζί με την σωματική μπορεί να φθάσει κανείς σε ένα ικανοποιητικό ιατρικό αποτέλεσμα, τόσο από άποψη πρόληψης, όσο και από πλευράς θεραπείας. Πράγματι, δεν είναι λίγοι οι επιστήμονες που θεωρούν ότι η νόσος εκδηλώνεται σε οργανικό επίπεδο ως σύμπτωμα και σε ψυχολογικό επίπεδο ως δυσφορία. Με βάση λοιπόν την άνωθεν περιγραφή σε γενικότερο πλαίσιο του αντικειμένου εργασίας του κοινωνικού λειτουργού, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο τελευταίος πρέπει πρωτίστως να βοηθήσει τον ογκολογικό ασθενή στην αποδοχή της ασθένειάς του, έτσι ώστε να πειστεί να υποβληθεί στις προβλεπόμενες από την Ιατρική μεθόδους θεραπείας του καρκίνου.

Με ευαισθησία, ειλικρίνεια και κοινωνική υπευθυνότητα ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αποδειχθεί σπουδαίος αρωγός του ογκολογικού ασθενή στον δύσκολο δρόμο που ακολουθεί. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να απαλλαγεί από όλες τις τυχόν προκαταλήψεις, διότι οι τελευταίες μπορεί να έχουν πολύ δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή. Όπως ακριβώς έχει προλεχθεί, λόγω της κοινωνικότητας του έργου που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να αντιμετωπίζει την σοβαρή αυτή ασθένεια του καρκίνου με γνώμονα τη λογική. Π.χ. αν ένας κοινωνικός λειτουργός θεωρεί ότι ένας καρκινοπαθής ασθενής είναι καταδικασμένος τότε το μόνο που θα μεταδώσει στον ασθενή θα είναι η μοιρολατρική του νοοτροπία, θα του αφαιρέσει όποια ελπίδα για ανάρρωση έχει και θα τον οδηγήσει σε μία παθητική αποδοχή της μοίρας του χωρίς να του εμφυσήσει την απαιτούμενη ψυχική ενέργεια που χρειάζεται ο τελευταίος για να αγωνιστεί για την επιβίωση του.

Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας αντανακλά το ενδιαφέρον της κοινωνίας για τον άνθρωπο και τις ανθρώπινες αξίες, καθώς και την επιβίωση των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων στο κοινωνικό περιβάλλον τους. Ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσει παρεμβάσεις για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων μέσα από έναν πολυπαραγωγικό ρόλο αφού τα πλαίσια στα οποία κινείται απαιτούν ενεργοποίηση διαφορετικών ρόλων και μεθοδολογιών.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό-συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο και μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς, βοηθά την οικογένεια του να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του (*Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1991*).

Συγκεκριμένα, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικού Σχεδιασμού στοχεύοντας κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής.

Ερευνητικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

''ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ''

5.1. Εισαγωγικά Στοιχεία

Σημαντικά κεφάλαια της μελέτης αποτελούν η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται πως έγινε η επιλογή του δείγματος, ποιες ενότητες ερωτήσεων περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι το εργαλείο διεξαγωγής της έρευνας και συλλογής στοιχείων και τέλος, περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο αναλύονται τα δεδομένα της έρευνας των οποίων τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν στο 6^ο κεφάλαιο.

Η έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στο νομό Ηρακλείου Κρήτης και Πελοποννήσου, συγκεκριμένα στο Ναύπλιο και σε διάφορες άλλες κωμοπόλεις, είναι ποσοτική. Ως προς το είδος των δεδομένων χαρακτηρίζεται 'ποσοτική', ενώ ως προς τον αριθμό των εξεταζόμενων ατόμων στο σύνολο του πραγματικού πληθυσμού 'δειγματοληπτική'. Τέλος, όσο αφορά στην συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου, ενώ η στατιστική ανάλυση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 16 με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή.

5.2 Σκοπός Έρευνας – Συναφείς Έρευνες στο Παρελθόν

Βασικός μας σκοπός είναι να μελετήσουμε την ύπαρξη ή μη μοιρολατρικών αντιλήψεων στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που ασχολούνται κυρίως σε πλαίσια των νομών που αναφέρθηκαν για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου, ξεκινώντας από την βασική υπόθεση ότι αυτές οι αντιλήψεις πιθανόν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής τους.

Οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις για την πρόληψη και τις πιθανότητες επιβίωσης στην περίπτωση του καρκίνου, έχουν μελετηθεί και στο παρελθόν και πρόσφατα, είτε στον γενικό πληθυσμό, είτε σε διάφορες ειδικές ομάδες του πληθυσμού. Κάποιες από αυτές τις πεποιθήσεις – αντιλήψεις όσον αφορά στον καρκίνο μπορεί για παράδειγμα να είναι η πίστη ότι «δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να κάνει κανείς για να προλάβει τον καρκίνο» ή ότι «όταν προσβληθείς από καρκίνο είσαι καταδικασμένος να πεθάνεις». Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δεν βρήκαμε αντίστοιχες μελέτες σε επαγγελματίες που ασχολούνται σε πλαίσια υγείας ή που θα

μπορούσαν λόγω του επαγγέλματος τους να ασχοληθούν είτε με προγράμματα πρόληψης του καρκίνου στον γενικό πληθυσμό, είτε με ασθενείς με καρκίνο. Ως εκ τούτου θεωρήσαμε ότι παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνήσουμε τις αντιλήψεις και γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών για την πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας του καρκίνου, θεωρώντας ότι οι προσωπικές τους αντιλήψεις για την νόσο επηρεάζουν σημαντικά – θετικά ή αρνητικά - και τον ρόλο τους ως επαγγελματίες.

5.3 Διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων ή Υποθέσεων

Για την επίτευξη των καθορισμένων στόχων της έρευνας, τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα με τη βοήθεια σχετικών άρθρων που αναζητήσαμε και μελετήσαμε. Αυτά τα ερωτήματα είναι:

1. Τι πιστεύουν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί γενικά για την πρόληψη του καρκίνου, την αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης, και τις πιθανότητες θεραπείας και επιβίωσης από καρκίνο.
2. Πόσο εφαρμόζουν οι ίδιοι συγκεκριμένες προληπτικές συμπεριφορές και σε ποιο βαθμό αυτό σχετίζεται με τις μοιρολατρικές τους πεποιθήσεις για τη νόσο.
3. Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις τους διαφοροποιούνται ανάλογα με ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, όπως το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των γονιών τους κλπ;
4. Σε ποιο βαθμό τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν και προς ποια κατεύθυνση τις πεποιθήσεις αυτές;
5. Οι επαγγελματικές ή προσωπικές εμπειρίες των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών από τη νόσο επιφέρουν διαφοροποιήσεις ως προς τις πεποιθήσεις για το αναφερόμενο θέμα;
6. Σε ποιο βαθμό οι πεποιθήσεις αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με τις γνώσεις τους για θέματα που αφορούν στην πρόληψη του καρκίνου, αλλά και στη θεραπεία του;
7. Διαφοροποιούνται οι συγκεκριμένες πεποιθήσεις μεταξύ επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών με διαφορετική ‘‘εξειδίκευση’’ (τομέα εργασία);

5.4. Το ερωτηματολόγιο

Στην συνέχεια κάναμε μια προετοιμασία για την κατασκευή του ερωτηματολογίου, επιλέγοντας ερωτήσεις, ποια θα είναι η μορφή τους καθώς και ποια θα είναι η δομή του ερωτηματολογίου. Για τις θεματικές ενότητες που αναφέρονται στις μοιρολατρικές πεποιθήσεις χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο της έρευνας των (εδώ να αναφέρετε την έρευνα που χρησιμοποιήσαμε). Επίσης από την ίδια έρευνα αντλήσαμε και τις ερωτήσεις που αναφέρονται στις υγιεινές συμπεριφορές των ατόμων. Το ερωτηματολόγιό μας στην τελική του μορφή αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα καταγράφει τα κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο). Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ίδιων των ερωτώμενων σύμφωνα με την υποκειμενική τους αντίληψη. Η Τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις για την μέτρηση των μοιρολατρικών πεποιθήσεων στην περίπτωση του καρκίνου. Η τέταρτη ενότητα αναφέρεται σε ερωτήσεις που αφορούν στην προληπτική συμπεριφορά των κοινωνικών λειτουργών, κυρίως στη φυσική άσκηση, στο κάπνισμα και στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Για την μελέτη των μοιρολατρικών πεποιθήσεων της τρίτης ενότητας χρησιμοποιήσαμε τις παρακάτω προτάσεις με τις οποίες ο ερωτώμενος δήλωνε σε ποιόν βαθμό συμφωνούσε ή διαφωνούσε. Αυτές οι προτάσεις-ερωτήσεις ήταν οι εξής: «Όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας και μακρόχρονης επιβίωσης», «Οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο για τον καρκίνο είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη από τις αντίστοιχες μορφές καρκίνου», «Εάν δεν πεθάνεις από μια αιτία, θα πεθάνεις από κάποια άλλη. Γι' αυτό ποιος ο λόγος να κάνει κανείς προληπτικές εξετάσεις;», «Τα πάντα προκαλούν καρκίνο», «Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου», «Υπάρχουν τόσες πολλές συστάσεις και μέτρα που προτείνονται για την πρόληψη του καρκίνου που είναι δύσκολο να ξέρεις ποιόν απ' όλους να ακολουθήσεις».

Το ερωτηματολόγιο μας αποτελείται κυρίως από κλειστές ερωτήσεις, ελάχιστες ανοιχτές και πολλαπλής επιλογής, σύνολο 28 ερωτήσεων. Είναι εύκολο στην χρήση του, στην ανάγνωση και εύκολο στην συμπλήρωση του.

5.5 Διαδικασία συλλογής του δείγματος

Αφού διερευνήσαμε τα πλαίσια, αναζητήσαμε κοινωνικούς λειτουργούς μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, ενημερώνοντας τους πως είμαστε σπουδάστριες της σχολής Κοινωνικής Εργασίας και θα θέλαμε την συμμετοχή τους σε μια έρευνα που κάνουμε μέσω της πτυχιακής μας εργασίας. Αρκετοί ήταν επιφυλακτικοί όσον αφορά στη διαδικασία της έρευνας, όμως αυτό αντιμετωπίστηκε με τις πλήρης διευκρινήσεις και με τη διασαφήνιση του σκοπού και των στόχων της έρευνας. Έτσι κλείναμε ραντεβού για τις συναντήσεις μας στον χώρο εργασίας τους με σκοπό να τους ενημερώσουμε καλύτερα για το θέμα μας και για την αποτελεσματικότερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τους εξηγήσαμε επίσης ότι θα διασφαλίσουμε την ανωνυμία τους. Τους ενημερώσαμε σωστά, προσεγγίζοντας τους κατάλληλα και τέλος προσπαθήσαμε να μην τους επηρεάσουμε υποστηρίζοντας κάποια άποψη με την οποία ίσως συμφωνούμε, ή και το αντίθετο. Προσπαθήσαμε να μην τους προκαλέσουμε: α) φόβο ότι ίσως κριθούν αρνητικά, β) τάση προσαρμογής σε ίσως κοινωνικά πρότυπα, γ) άρνηση μιας προσωπικής δεσμευτικής τοποθέτησης, και δ) φόβο για αλλαγή απάντησης.

Σημαντικές δυσκολίες δεν έτυχε να αντιμετωπίσουμε εκτός από εκείνες τις απλούστερες και αναμενόμενες, όπως εύρεση χώρου στέγασης του πλαισίου όπου δεν γνωρίζαμε καλά, η πίεση χρόνου κάποιες φορές, διότι κάποιες συναντήσεις πραγματοποιούνταν τις πρωινές ώρες, όπου θα έπρεπε παράλληλα να βρισκόμαστε σε κάποιον άλλο χώρο. Τέλος ένα άλλο γνωστό πρόβλημα ήταν αυτό των δαπανών μετακίνησής μας στα διαφορετικά πλαίσια.

Επιπρόσθετα, μπορούμε να πούμε πως οι ερωτώμενοι ήταν δεκτικοί στην πλειοψηφία τους να συμμετέχουν στην διαδικασία της έρευνας, ενώ ήταν αρκετοί και εκείνοι που μας είπαν ότι θα ήθελαν να μάθουν τα αποτελέσματα της έρευνας. Βρήκαν πολύ ενδιαφέρον το θέμα και πρωτότυπο. Υπήρχαν βέβαια και εκείνοι που ήταν επιφυλακτικοί. Η άρση των επιφυλάξεων και επίτευξη της συνεργασίας πραγματοποιήθηκε ύστερα από τις διευκρινήσεις που δόθηκαν από εμάς τους συνεντευκτές.

5.6 Στατιστική Ανάλυση

Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δημιουργήσαμε την κατάλληλη βάση δεδομένων στο πρόγραμμα SPSS 16, με σκοπό να εισάγουμε τα κωδικοποιημένα στοιχεία και μετά προχωρήσαμε στην στατιστική τους ανάλυση με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που ήδη θέσαμε.

Αρχικά, για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, κατασκευάσαμε απλούς πίνακες συχνοτήτων για την κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Σε ορισμένες περιπτώσεις για να διερευνηθούν συγκεκριμένες ερευνητικές υποθέσεις που είχαμε θέσει στην εργασία μας, χρειάστηκε να γίνει συσχετισμός μεταξύ ερωτήσεων / μεταβλητών.

Προ της διαδικασίας συσχέτισης μεταβλητών επανακωδικοποιήσαμε τις ερωτήσεις 17-22 καταρχήν αφαιρώντας τις απαντήσεις 'δεν γνωρίζω' (δηλαδή την επιλογή 5). Στη συνέχεια για να μετρούν όλες αυτές οι ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο τον βαθμό ύπαρξης 'μοιρολατρικών ή όχι' πεποιθήσεων χρειάστηκε να γίνει επανακωδικοποίηση των ερωτήσεων 17 και 18 αντίστοιχα. Έτσι στις δυο αυτές ερωτήσεις έγινε αντιστροφή της κωδικοποίησης που υπήρχε ήδη στο ερωτηματολόγιο με αποτέλεσμα όλες οι απαντήσεις στις ερωτήσεις για τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις να ερμηνεύονται ως εξής: «όσο πιο υψηλό είναι το σκορ, τόσο πιο περιορισμένη μοιρολατρική στάση έχουν τα άτομα, άρα τόσο πιο αισιόδοξοι εμφανίζονται ότι είναι». Επίσης, και οι ερωτήσεις 23-24 χρειάστηκε να επανακωδικοποιηθούν στην ερ.23 οι πιθανές απαντήσεις από (1=ναι, 2=όχι), σε (0=όχι, 1=ναι) και στην ερ.24 οι πιθανές απαντήσεις από (1=καθημερινά, 2=μερικές φορές, 3=καθόλου), σε (0=καπνίζει, 1=δεν καπνίζει). Στις ερωτήσεις 26-28 χρειάστηκε να επανακωδικοποιηθούν οι πιθανές απαντήσεις από (1=σπάνια...έως 6=πολλές φορές την ημέρα), σε (0=<7 φορές την εβδομάδα, 1=7+ φορές την εβδομάδα). Επίσης, δημιουργήσαμε άλλες τρεις μεταβλητές, την scale 1 (την κλίμακα των μοιρολατρικών πεποιθήσεων) προσθέτοντας τη βαθμολόγηση σε κάθε μια από τις 6 ερωτήσεις των μοιρολατρικών πεποιθήσεων για το κάθε άτομο, την scale 2 που προκύπτει από το συνολικό σκορ των ερωτήσεων για την υγιεινή διατροφή και την scale 3 που περιγράφει το συνολικό σκορ των υγιεινών συμπεριφορών.

Στη συνέχεια συσχετίστηκαν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά με τις έξι ερωτήσεις για τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις, είτε με κάθε μια από τις ερωτήσεις 17 έως 22 ξεχωριστά, είτε με την κλίμακα των μοιρολατρικών πεποιθήσεων (scale 1). Επειδή σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι ανεξάρτητες

μεταβλητές ήταν ποιοτικές (π.χ. το φύλο) και η εξαρτημένη μεταβλητή ποσοτική (η βαθμολόγηση στις ερωτήσεις 17-22) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Η συσχέτιση των μεταβλητών θεωρείται στατιστικά σημαντική όταν το $P \leq 0,050$. Τα σχετικά αποτελέσματα αναφέρονται στο κεφάλαιο 6 στο οποίο παρουσιάζονται μόνο οι συσχετίσεις που εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα.

Επίσης διερευνήσαμε τη σχέση μεταξύ ηλικίας, ετών προϋπηρεσίας και ικανοποίησης από την εργασία με κάθε μια από τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις. Τέλος συσχέτισαμε την κλίμακα των μοιρολατρικών πεποιθήσεων (scale 1) με το συνολικό σκορ υγιεινής διατροφής (scale 2) και με το συνολικό σκορ υγιεινών συμπεριφορών (scale 3). Για τη συσχέτιση μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών υπολογίσαμε τον συντελεστή Pearson. (Pearson's r). Και αυτά τα αποτελέσματα περιγράφονται στο κεφάλαιο 6 όπου παρουσιάζονται μόνο οι συσχετίσεις μεταβλητών που εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα, δηλαδή όπου $P \leq 0,050$.

5.7. Χαρακτηριστικά του Δείγματος.

Το δείγμα ορίστηκε συγχρόνως με το αντικείμενο της έρευνας μας. Κάναμε μια ποσοτική έρευνα εστιάζοντας σε ένα δείγμα 100 επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που είτε εργάζονταν στο παρελθόν και εργάζονται και σήμερα είτε σε διάφορα πλαίσια Υγείας και Πρόνοιας. Τα πλαίσια αυτά είναι: ΠΑ.Γ.Ν.Η., BENIZELEIO Νοσοκομείο, Γενικά Νοσοκομεία Αργολίδος και Τρίπολης, ΚΕΣΑΝ, ΚΑΠΗ Ηρακλείου και Άργους, Κοινωνική Πρόνοια Ηρακλείου και Αργολίδος, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου, Κέντρα Παιδικής Μέριμνας Ηρακλείου, Δικαστήρια Ανηλίκων Ηρακλείου και Αργολίδος, Φυλακές του νομού Αττικής και Αργολίδος, ΤΕΙ Ηρακλείου, Γραφείο Υποστηρικτικών Υπηρεσιών Ηρακλείου, Νομαρχιακή Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης Ηρακλείου, ΤΕΕ Ειδικής Αγωγής Πάτρας, ΟΚΑΝΑ Άργους, Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Αργολίδος.

Στον παρακάτω πίνακα 1 έχουν ομαδοποιηθεί τα πλαίσια εργασίας τους ως εξής:

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ως προς τα πλαίσια εργασίας.

Πλαίσια Εργασίας	N	%
Κοινωνική Πρόνοια Ηρακλείου-Πελοποννήσου	13	13.0
Σωφρονιστικά Καταστήματα	10	10.0
Εκπαιδευτικά πλαίσια	14	14.0
Πλαίσια Υγείας	23	23.0
Δικαστήρια	2	2.0
Υπηρεσίες	34	34.0
Άνεργοι	4	4.0

Σύμφωνα με τον πίνακα 1, προσεγγίσαμε 13 Κοινωνικούς Λειτουργούς στην Κοινωνική Πρόνοια του Ηρακλείου και της Πελοποννήσου. Από τα σωφρονιστικά καταστήματα Πελοποννήσου και Αττικής, συμμετείχαν στην έρευνα 10 Κοινωνικοί Λειτουργοί, ενώ από τα δικαστήρια ανηλίκων του Ναυπλίου συμμετείχαν μόνο 2. Τα εκπαιδευτικά πλαίσια στα οποία εργάζονταν οι 14 Κοινωνικοί Λειτουργοί με τους οποίους ήρθαμε σε επαφή, περιλαμβάνουν το ΤΕΙ Ηρακλείου, το ΤΕΕ Πάτρας, τα σχολεία Ειδικής Αγωγής Ηρακλείου, Άργους και Πάτρας καθώς επίσης και οι βρεφονηπιακοί σταθμοί του Ναυπλίου και Άργους. Στα πλαίσια υγείας περιλαμβάνονται οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων: ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, Βενιζέλειο Ηρακλείου και νοσοκομεία της Πελοποννήσου. Σε αυτά ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που ήρθαμε σε επαφή αγγίζει τους 23, ενώ σημαντικός είναι και ο αριθμός αυτών που προσεγγίσαμε στις διάφορες υπηρεσίες αφού αγγίζει στους 34 κοινωνικούς λειτουργούς. Οι υπηρεσίες αυτές είναι: - ΚΑΠΗ Ηρακλείου, Άργους, Ναυπλίου, Νέα Κίο και Τρίπολης. - ΟΚΑΝΑ Άργους, - Βοήθεια στο Σπίτι Ηρακλείου, Άργους, Ναυπλίου και Νέας Κίου. - ΚΕΣΑΝ Ηρακλείου, Σύλλογος

Παραπληγικών Άργους, - Δήμος Παλιανής Ηρακλείου, - Αριάδνη Ηρακλείου και Αγκαλιάζω Σύλλογος κατά των Ναρκωτικών Ηρακλείου.

Επίσης στον πίνακα 2 περιγράφονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 2: Κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	14	14.0
Γυναίκες	86	86.0
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμοι	22	22.0
Έγγαμοι	71	71.0
Χήροι	2	2.0
Διαζευγμένοι	5	5.0
Τόπος διαμονής		
Μεγάλα αστικά κέντρα	52	52.0
Μεσαίες πόλεις	36	36.0
Κωμοπόλεις	12	12.0
Σπουδές μετά το πτυχίο		
Χωρίς μετεκπαίδευση	33	33.0
Ειδικά σεμινάρια	47	47.0
Άλλο πτυχίο	15	15.0
Μεταπτυχιακές σπουδές	5	5.0

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 100 επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που διέμεναν στην Πελοπόννησο, στην Κρήτη, στην Αττική και στην Πάτρα. Ήταν ηλικίας από 20 – 60 ετών, με το 86% του δείγματος να αποτελείται από γυναίκες, πράγμα το οποίο ήταν αναμενόμενο λόγω του επαγγέλματος, και μόλις το 14% από άνδρες.

Επίσης το 22% αναλογεί σε άγαμο πληθυσμό, το 71% σε έγγαμο, το 5% σε διαζευγμένους και μόλις το 2% σε χήρους. Στην συνέχεια καταγράφεται ο τόπος καταγωγής ο οποίος έχει διαχωριστεί σε : μεγάλα αστικά κέντρα με αναλογία 52%, σε μεσαίες πόλεις με αναλογία 36% και σε κωμοπόλεις με αναλογία το 12%. Τέλος

καταγράφεται η μετεκπαίδευση των ερωτηθέντων μετά το βασικό τους πτυχίο στην οποία αναφέρονται ότι το 33% δεν έχει εξελιχθεί σε κάποια μορφή μετεκπαίδευσης, το 47% αναφέρει ότι έχει παρακολουθήσει ειδικά σεμινάρια, το 15% έχει κάποιο άλλο πτυχίο ενώ μόλις το 5% του δείγματος δηλώνει ότι έχει πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

'' ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ''

6.1. Κοινωνικά & Δημογραφικά Στοιχεία

Πίνακας 1: Κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	14	14.0
Γυναίκες	86	86.0
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμοι	22	22.0
Έγγαμοι	71	71.0
Χήροι	2	2.0
Διαζευγμένοι	5	5.0
Τόπος διαμονής		
Μεγάλα αστικά κέντρα	52	52.0
Μεσαίες πόλεις	36	36.0
Κωμοπόλεις	12	12.0
Σπουδές μετά το πτυχίο		
Χωρίς μετεκπαίδευση	33	33.0
Ειδικά σεμινάρια	47	47.0
Άλλο πτυχίο	15	15.0
Μεταπτυχιακές σπουδές	5	5.0

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 100 επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που διέμεναν στην Πελοπόννησο, στην Κρήτη, στην Αττική και στην Πάτρα. Ήταν ηλικίας από 20 – 60 ετών, με το 86% του δείγματος να αποτελείται από γυναίκες, πράγμα το οποίο ήταν αναμενόμενο λόγω του επαγγέλματος, και μόλις το 14% από άνδρες.

Επίσης το 22% αναλογεί σε άγαμο πληθυσμό, το 71% σε έγγαμο, το 5% σε διαζευγμένους και μόλις το 2% σε χήρους. Στην συνέχεια καταγράφεται ο τόπος καταγωγής ο οποίος έχει διαχωριστεί σε : μεγάλα αστικά κέντρα με αναλογία 52%, σε μεσαίες πόλεις με αναλογία 36% και σε κωμοπόλεις με αναλογία το 12%. Τέλος καταγράφεται η μετεκπαίδευση των ερωτηθέντων μετά το βασικό τους πτυχίο στην

οποία αναφέρονται ότι το 33% δεν έχει εξελιχθεί σε κάποια μορφή μετεκπαίδευσης, το 47% αναφέρει ότι έχει παρακολουθήσει ειδικά σεμινάρια, το 15% έχει κάποιο άλλο πτυχίο ενώ μόλις το 5% του δείγματος δηλώνει ότι έχει πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ως προς τα πλαίσια εργασίας.

Πλαίσια Εργασίας	N	%
Κοινωνική Πρόνοια Ηρακλείου-Πελοποννήσου	13	13.0
Σωφρονιστικά Καταστήματα	10	10.0
Εκπαιδευτικά πλαίσια	14	14.0
Πλαίσια Υγείας	23	23.0
Δικαστήρια	2	2.0
Υπηρεσίες	34	34.0
Άνεργοι	4	4.0

Σύμφωνα με τον πίνακα 1, προσεγγίσαμε 13 Κοινωνικούς Λειτουργούς στην Κοινωνική Πρόνοια του Ηρακλείου και της Πελοποννήσου. Από τα σωφρονιστικά καταστήματα Πελοποννήσου και Αττικής, συμμετείχαν στην έρευνα 10 Κοινωνικοί Λειτουργοί, ενώ από τα δικαστήρια ανηλίκων του Ναυπλίου συμμετείχαν μόνο 2. Τα εκπαιδευτικά πλαίσια στα οποία εργάζονταν οι 14 Κοινωνικοί Λειτουργοί με τους οποίους ήρθαμε σε επαφή, περιλαμβάνουν το ΤΕΙ Ηρακλείου, το ΤΕΕ Πάτρας, τα σχολεία Ειδικής Αγωγής Ηρακλείου, Άργους και Πάτρας καθώς επίσης και οι βρεφονηπιακοί σταθμοί του Ναυπλίου και Άργους. Στα πλαίσια υγείας περιλαμβάνονται οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων: ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, Βενιζέλειο Ηρακλείου και νοσοκομεία της Πελοποννήσου. Σε αυτά ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που ήρθαμε σε επαφή αγγίζει τους 23, ενώ σημαντικός είναι και ο αριθμός αυτών που προσεγγίσαμε στις διάφορες υπηρεσίες αφού αγγίζει στους 34 κοινωνικούς λειτουργούς. Οι υπηρεσίες αυτές είναι: - ΚΑΠΗ Ηρακλείου, Άργους,

Ναυπλίου, Νέα Κίο και Τρίπολης. - ΟΚΑΝΑ Άργους, - Βοήθεια στο Σπίτι Ηρακλείου, Άργους, Ναυπλίου και Νέας Κίου. - ΚΕΣΑΝ Ηρακλείου, Σύλλογος Παραπληγικών Άργους, - Δήμος Παλιανής Ηρακλείου, - Αριάδνη Ηρακλείου και Αγκαλιάζω Σύλλογος κατά των Ναρκωτικών Ηρακλείου.

Πίνακας 3: Άλλα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	N	%
Εργασία την συγκεκριμένη περίοδο		
Ναι	96,0	96.0
Όχι	4,0	4.0
Προϋπηρεσία σε πλαίσιο/φορέα		
Ναι	57,6	57.6
Όχι	42,4	42.4
Χρόνια Εργασίας		
0-5	32,0	32.0
6-11	34,0	34.0
12-17	24,0	24.0
18-23	10,0	10.0
Ικανοποίηση από την εργασία		
(1-3) Καθόλου Ικανοποιημένος/η	4,1	4.1
(4-7) Ικανοποιημένος/η	43,4	43.0
(8-10) Πάρα πολύ Ικανοποιημένος/η	52,5	52.0

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατάσταση εργασίας των κοινωνικών λειτουργών και φαίνεται ότι το 96% του δείγματος μας την περίοδο της έρευνας εργάζεται, ενώ μόλις το 4% είναι άνεργοι. Στην συνέχεια, παρουσιάζεται η προϋπηρεσία των κοινωνικών λειτουργών σε κάποιο πλαίσιο ή φορέα και αποδεικνύεται ότι το 57,6% του δείγματος έχει εργαστεί στο παρελθόν σε αντίθεση με το 42,4 που δεν είχε εργαστεί πάλι μέχρι να πάει στην τωρινή του εργασία. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα χρόνια εργασίας του δείγματος όπου από 0 έως 5 χρόνια έχει εργαστεί το 32%, από 6 έως 11 χρόνια έχει εργαστεί το 34%, από 12 έως 17

χρόνια έχει εργαστεί το 24% και τέλος από 18 εως 23 χρόνια έχει εργαστεί το 10%. Ο τελευταίος πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά το κατά πόσο ικανοποιημένος είναι ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός από την εργασία του σε μια κλίμακα βαθμολογίας από (1 – 10) «καθόλου ικανοποιημένος έως πάρα πολύ ικανοποιημένος». Τα αποτελέσματα είναι αρκετά ικανοποιητικά αφού το 52,5 % δηλώνει ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 43,4% δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο ενώ μόλις το 4,1% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο.

Πίνακας 4: Εξειδίκευση στον χώρο της υγείας.

	N	%
Εξειδίκευση στον χώρο της Υγείας		
Ναι	28,0	28.0
Όχι	72,0	72.0
Βελτίωση από την εξειδίκευση		
Ναι	89,3	89.3
Όχι	10,7	10.7
Επιθυμία εξειδίκευσης σε χώρο υγείας		
Ναι	73,0	73.0
Όχι	27,0	27.0
Εργασία με ογκολογικούς ασθενείς		
Ναι	41,0	41.0
Όχι	59,0	59.0

Όσο αφορά στον πίνακα που παρουσιάζει το δεδομένο της εξειδίκευσης στο χώρο της υγείας, αρνητικό είναι το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση που αφορά την εξειδίκευση στον χώρο της υγείας και της πρόληψης αφού μόνο το 28% δηλώνει ότι έχει εξειδικευτεί και το 72% όχι. Το 89,3% του δείγματος που απάντησε θετικά στην ερώτηση που αφορά την εξειδίκευση στην υγεία και πρόληψη θεωρεί ότι η εξειδίκευση αυτή ήταν βοηθητική για αυτούς ενώ μόλις ένα 10,7% του δείγματος θεωρεί το αντίθετο αφού δεν ένιωσε ότι βοηθήθηκε από αυτήν την εξειδίκευση. Στην συνέχεια παρουσιάζεται η επιθυμία των επαγγελματιών για να πραγματοποιήσουν μια

εξειδίκευση στην οποία φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη συμμετοχή θέλησης αφού το 73% δηλώνει ότι θα ήθελε να εξειδικευτεί σε αντίθεση με το 27% που δεν θέλει. Τέλος, το 59% του δείγματος δηλώνει ότι δεν έχει ασχοληθεί με ογκολογικούς ασθενείς στο πλαίσιο της εργασίας του, ενώ το 41% δηλώνει ότι έχει ασχοληθεί.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ως προς το ερώτημα: “Οι προσωπικές πεποιθήσεις ή προκαταλήψεις ενός κοινωνικού λειτουργού επηρεάζουν την άσκηση του επαγγέλματος;”.

<u>Επιρροή μεταξύ πεποιθήσεων & επαγγέλματος</u>	N	%
Ναι	84	84.0
Όχι	16	16.0
Σύνολο	100	100.0

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει την επιρροή μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων και της άσκησης του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας. Το 84% λοιπόν, του δείγματος δηλώνει ότι οι πεποιθήσεις ή οι προκαταλήψεις ενός Κοινωνικού Λειτουργού επηρεάζουν την άσκηση του επαγγέλματος.

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος για την ερώτηση: “Από τι πιστεύουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ότι εξαρτώνται αυτές οι αντιλήψεις;

<u>Εξάρτηση αντιλήψεων</u>	N	%
Προσωπικότητα, Συναισθήματα, Βιώματα	46	46,0
Εκπαίδευση, Μόρφωση, Ανατροφή	43	43,0
Δεοντολογία του Κοινωνικού Λειτουργού	11	11,0
Σύνολο	100	100,0

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτώνται (σύμφωνα με τις απαντήσεις πάντα), οι αντιλήψεις των ίδιων των κοινωνικών λειτουργών. Το 46% πιστεύει ότι οι αντιλήψεις εξαρτώνται από την προσωπικότητα, τα συναισθήματα και τα βιώματα, το 43% από την εκπαίδευση, τη μόρφωση και την ανατροφή, ενώ το 11% πιστεύει ότι εξαρτώνται από την δεοντολογία του επαγγέλματος.

Πίνακας 7: Μοιρολατρικές Πεποιθήσεις

Μοιρολατρικές Πεποιθήσεις	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Μέση Τιμή
Όταν κάποιος προσβληθεί από Ca υπάρχουν πιθανότητες θεραπειάς- μακρόχρονης επιβίωσης	85,1%	14,9%	3.23
Οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη του Ca.	97%	3%	3.64
Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από μια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις.	12,4%	88,6%	3.41
Τα πάντα προκαλούν Ca.	12,4%	87,6%	3.17
Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης Ca.	20,2%	79,8%	3.03
Πολλές οι συστάσεις και τα μέτρα για την πρόληψη του Ca που δεν ξέρεις ποιον απ' όλους να ακολουθήσεις.	24,4%	75,6%	2.90

Όσο αφορά των τομέα των ερωτήσεων που καλύπτουν το εύρος των μοιρολατρικών πεποιθήσεων το 85,1% των ερωτηθέντων συμφωνούν στην πεποίθηση που δηλώνει ότι «όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας και μακρόχρονης επιβίωσης», ενώ το 14,9% του δείγματος δηλώνει πως διαφωνεί με την συγκεκριμένη πεποίθηση. Στην συνέχεια το 97% δηλώνει ότι «οι τακτικοί έλεγχοι είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη»,σε αντίθεση με το μόλις 3% που διαφωνεί. Στην πεποίθηση που δηλώνει ότι «αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις», το 88,6% δηλώνει ότι διαφωνεί με την πεποίθηση αυτή ενώ το 12,4% δείχνει να συμφωνεί. Όσο αφορά στην πεποίθηση ότι «τα πάντα προκαλούν καρκίνο» το 87,6% διαφωνεί ενώ το 12,4% συμφωνεί. Στην πέμπτη πεποίθηση η οποία δηλώνει ότι «δεν υπάρχουν πολλά πράγματα να κάνεις έτσι ώστε να μειώσεις τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου» το 20,2 συμφωνεί ενώ το 75,6% διαφωνεί. Τέλος μόλις το 24,4% συμφωνεί στην πεποίθηση που δηλώνει ότι «υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου, που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις» με το 75,6% να διαφωνεί.

Πίνακας 8: Συμπεριφορές Υγείας του Δείγματος.

	N	%
Έντονη σωματική Δραστηριότητα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα Ναι Όχι	63,0 37,0	63.0 37.0
Πόσοι καπνίζουν Ναι Όχι	51,0 49,0	51.0 49.0
Αν δεν καπνίζετε καθόλου, υπήρξατε καπνιστής; Ναι Όχι	30,6 69,4	30.6 69.4
Πόσο συχνά τρώτε φρέσκα φρούτα. <7 φορές την εβδομάδα 7+ φορές την εβδομάδα	45,0 55,0	45.0 55.0
Πόσο συχνά πίνετε χυμό φρέσκων φρούτων (100%) την εβδομάδα. <7 φορές την εβδομάδα 7+ φορές την εβδομάδα	74 26	74.0 26.0
Πόσο συχνά τρώτε φρέσκα λαχανικά την εβδομάδα. <7 φορές την εβδομάδα 7+ φορές την εβδομάδα	54,0 46,0	54.0 46.0

Όσον αφορά τον πίνακα 8 ο οποίος παρουσιάζει τις συμπεριφορές υγείας που υιοθετεί το δείγμα αρχικά εμφανίζεται ότι το 63% πραγματοποιεί έντονη σωματική άσκηση τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, το 51% είναι καπνιστής ενώ το 49% δηλώνει μη καπνιστής, ενώ μόλις το 30,6% δηλώνει ότι υπήρξε καπνιστής στο παρελθόν ενώ τώρα δεν καπνίζει. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην διατροφή όπου το 45% δηλώνει ότι τρώει λιγότερο από 7 φορές φρούτα την εβδομάδα ενώ το 55% ότι τρώει φρούτα περισσότερο από 7 φορές την εβδομάδα. Το 74% πίνει φυσικό

χυμό φρούτων λιγότερο από 7 φορές μέσα στην εβδομάδα ενώ το 26 δηλώνει ότι πίνει φυσικό χυμό περισσότερες από 7 φορές την εβδομάδα. Τέλος όσο αφορά την κατανάλωση φρέσκων λαχανικών το 54% δηλώνει ότι καταναλώνει φρέσκα λαχανικά λιγότερο από 7 φορές την εβδομάδα ενώ το 46% δηλώνει ότι καταναλώνει φρέσκα λαχανικά περισσότερο από 7 φορές την εβδομάδα.

6.2. Πίνακες συσχετίσεων μεταβλητών

Πίνακας 9: Συσχέτιση φύλου και μοιρολατρικών πεποιθήσεων.

«Σίγουρος θάνατος, άρα ανώφελες οι προληπτικές εξετάσεις».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άνδρας	13	2,85	7,533	0,007
Γυναίκα	84	3,50		

Αυτός ο πίνακας παρουσιάζει τον συσχετισμό του φύλου και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις». Φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο αισιόδοξες με μέση τιμή 3,50 που είναι κοντά στην τιμή 4 δηλαδή στο "διαφωνώ". Επομένως συμφωνούν περισσότερο με την άποψη ότι ωφελούν οι προληπτικές εξετάσεις άσχετα αν θα πεθάνουμε κάποτε όλοι από κάποια αιτία έτσι κι αλλιώς.

Πίνακας 10: Συσχέτιση φύλου και μοιρολατρικών πεποιθήσεων.

«Αρκετά τα μέτρα πρόληψης για τον Ca που δεν γνωρίζεις ποιο να χρησιμοποιήσεις».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άνδρας	12	2,50	4,834	0,031
Γυναίκα	74	2,96		

Ο πίνακας 10 παρουσιάζει τον συσχετισμό του φύλου και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του Ca, που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις» και φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι σχετικά περισσότερο αισιόδοξες από τους άνδρες, με την μέση τιμή να κυμαίνεται στο 2,96 που είναι κοντά στην τιμή 3 δηλαδή στο “διαφωνώ απόλυτα”.

Πίνακας 11: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Σίγουρος θάνατος, άρα ανώφελες οι προληπτικές εξετάσεις».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άγαμος/η	20	3,75	2,624	0,055
Έγγαμος/η	70	3,27		
Χήρος/α	2	4,00		
Σε διάσταση / διαζευγμένος/η	5	3,80		

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται ο συσχετισμός της οικογενειακής κατάστασης και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις». Αποδεικνύεται λοιπόν ότι κάποιοι από τους ερωτώμενους που είναι ανύπαντροι, κάποιοι που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας και κάποιοι άλλοι που είναι σε διάσταση ή διαζευγμένοι συμφωνούν περισσότερο με την άποψη ότι ωφελούν οι προληπτικές εξετάσεις άρα είναι περισσότερο αισιόδοξοι σε σχέση με

αυτούς που είναι έγγαμοι και παρουσιάζουν μια μέση τιμή 3,27 σχετικά κοντά στην τιμή 4 δηλαδή στο “διαφωνώ” πράγμα το οποίο βέβαια δεν αποκλείει ότι και εκείνοι είναι αισιόδοξοι.

Πίνακας 12: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Τα πάντα προκαλούν Καρκίνο».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άγαμος/η	19	3,53	4,037	0,010
Έγγαμος/η	64	3,09		
Χήρος/α	2	3,50		
Σε διάσταση / διαζευγμένος/η	4	2,50		

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τον συσχετισμό της οικογενειακής κατάστασης και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Τα πάντα προκαλούν καρκίνο». Οι άγαμοι ερωτώμενοι και αυτοί που είναι σε κατάσταση χηρείας είναι περισσότερο αισιόδοξοι με τις μέσες τιμές να αγγίζουν 3,53 και 3,50 αντίστοιχα, που είναι κοντά στην τιμή 4 δηλαδή στο “διαφωνώ”, αν και οι έγγαμοι δείχνουν να συμφωνούν με την άποψη ότι δεν προκαλούν τα πάντα καρκίνο. Τέλος, μόνο 4 άτομα που βρίσκονται σε διάσταση ή είναι διαζευγμένοι παρουσιάζουν μια μέση άποψη για την συγκεκριμένη πεποίθηση, δηλαδή και συμφωνούν και διαφωνούν.

Πίνακας 13: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Ανεπαρκή πράγματα για μείωση πιθανότητας εμφάνισης Ca».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άγαμος/η	21	3,43	3,176	0,028
Έγγαμος/η	67	2,91		
Χήρος/α	2	3,00		
Σε διάσταση / διαζευγμένος/η	4	3,00		

Ο πίνακας 13 παρουσιάζει τον συσχετισμό της οικογενειακής κατάστασης και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου». Φαίνεται ότι αυτοί που είναι άγαμοι είναι περισσότερο αισιόδοξοι, με την μέση τιμή να αγγίζει το 3,43 κοντά στη τιμή 4 δηλαδή στο “διαφωνώ” επομένως συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχουν πράγματα που μπορεί να κάνεις για να αποφύγεις την εμφάνιση της ασθένειας του καρκίνου.

Πίνακας 14: Συσχέτιση της ερώτησης εάν υπάρχει συνεργασία με ογκολογικούς ασθενείς και των μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Αρκετά τα μέτρα πρόληψης για τον Ca που δεν γνωρίζεις ποιο να χρησιμοποιήσεις».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Ναι	38	3,08	5,105	0,026
Όχι	48	2,75		

Ο πίνακας 14 παρουσιάζει τον συσχετισμό της ερώτησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Έχετε συνεργαστεί με ογκολογικούς ασθενείς στον χώρο της εργασίας σας;» και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του Ca, που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις». Έτσι λοιπόν, οι ερωτώμενοι που απάντησαν

θετικά είναι περισσότερο αισιόδοξοι με την μέση τιμή να αγγίζει το 3,08 που είναι κοντά στην τιμή 4 δηλαδή στο “διαφωνώ” πράγμα το οποίο σημαίνει ότι γνωρίζουν περισσότερα για τα μέτρα πρόληψης κατά του καρκίνου και είναι ενήμεροι για το ποιο απ’ αυτά να χρησιμοποιήσουν.

Πίνακας 15: Συσχέτιση της κατάστασης της υγείας και των μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Πιθανότητες θεραπείας-μακρόχρονης επιβίωσης στον πάσχοντα από καρκίνο».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άριστη	25	3,52	4,146	0,019
Καλή	56	3,20		
Μέτρια	13	2,85		

Ο πίνακας 15 παρουσιάζει την συσχέτιση της κατάστασης της υγείας και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Όταν προσβληθεί κάποιος από καρκίνο, υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας – μακρόχρονης επιβίωσης.» Φαίνεται λοιπόν ότι οι ερωτώμενοι που έχουν άριστη υγεία, να είναι αισιόδοξοι με την μέση τιμή να αγγίζει το 3,52 που είναι κοντά στην τιμή 4 δηλαδή στο “συμφωνώ απόλυτα” επομένως συμφωνούν με την άποψη ότι ένας καρκινοπαθής μπορεί να θεραπευτεί και να έχει μια μακρόχρονη επιβίωση.

Πίνακας 16: Συσχέτιση της κατάστασης της υγείας και των μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Ανεπαρκή πράγματα για μείωση πιθανότητας εμφάνισης Ca».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Άριστη	27	3,30	3,770	0,027
Καλή	53	2,98		
Μέτρια	14	2,71		

Στον πίνακα 16 παρουσιάζεται η συσχέτιση της κατάστασης της υγείας και της μοιρολατρικής πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου». Φαίνεται λοιπόν ότι όσο πιο καλή υγεία έχουν οι ερωτώμενοι τόσο περισσότερο πιστεύουν ότι υπάρχουν προληπτικά μέτρα που μπορεί να λάβει κανείς για να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου, άρα τόσο πιο αισιόδοξοι είναι, με την μέση τιμή να αγγίζει το 3,30 για τους έχοντες άριστη υγεία.

Πίνακας 17: Συσχέτιση της ερώτησης εάν υπάρχει μέλος οικογένειας με καρκίνο και των μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Ανεπαρκή πράγματα για μείωση πιθανότητας εμφάνισης Ca».

	N	Μέση Τιμή	F	P
Ναι	47	2,87	5,180	0,025
Όχι	47	3,19		

Ο πίνακας 17 παρουσιάζει την συσχέτιση της ερώτησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Εάν υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο» και με την μοιρολατρική πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση «Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου». Φαίνεται λοιπόν πως οι ερωτώμενοι που απάντησαν ότι δεν έχουν κάποιον καρκινοπαθή στην οικογένειά τους, να είναι επίσης σχετικά περισσότερο αισιόδοξοι και να συμφωνούν με την άποψη ότι

υπάρχουν αρκετά πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

Πίνακας 18: Συσχέτιση των χρόνων προϋπηρεσίας ως Κοινωνικός Λειτουργός και των μοιρολατρικών πεποιθήσεων. «Σίγουρος θάνατος, άρα ανώφελος οι προληπτικές εξετάσεις».

	Pearson Correlation	P
Χρόνια Προϋπηρεσίας	-0,236*	0,026

Ο πίνακας 18 παρουσιάζει την συσχέτιση της ερώτησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Πόσα χρόνια εργάζεστε σαν Κοινωνικός Λειτουργός» και με την μοιρολατρική πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση «Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις». Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson είναι $r = -0,236$. Το πρόσημο είναι αρνητικό που σημαίνει ότι όσο περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας έχει κάποιος ως Κοινωνικός Λειτουργός, τόσο μικρότερο είναι το σκορ του στην κλίμακα της συγκεκριμένης ερώτησης, δηλαδή κοντά στο 1, δηλαδή στο "συμφωνώ απόλυτα", δηλαδή τόσο περισσότερο απαισιόδοξη στάση έχει, επομένως τόσο λιγότερο πιστεύει στη σημαντικότητα των προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κάποια από τις υπόλοιπες ερωτήσεις των μοιρολατρικών πεποιθήσεων, παρά μόνο με την πεποίθηση «Εάν δε πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις».

Πίνακας 19: Συσχέτιση της προϋπηρεσίας ως Κοινωνικός Λειτουργός και ικανοποίησης από την εργασία με τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις

	Ερ 1	Ερ 2	Ερ 3	Ερ 4	Ερ 5	Ερ 6
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,107	-0,023	-0,236*	-0,105	-0,163	-0,118
Ικανοποίηση από την εργασία	0,076	0,115	-0,123	-0,135	-0,029	-0,045

Παραπάνω ο πίνακας 19 παρουσιάζει την συσχέτιση της Προϋπηρεσίας ως Κοινωνικός Λειτουργός και της Ικανοποίησης από την εργασία με όλες τις ερωτήσεις για τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις. Φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με καμία από τις έξι ερωτήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

“ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ”

Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν η μελέτη των μοιρολατρικών πεποιθήσεων και αντιλήψεων, στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς όσον αφορά την ύπαρξη ή μη τέτοιων αντιλήψεων και αν τελικά υπάρχουν, πως επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά, στην αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης. Η μελέτη μας αυτή θα ήταν δυνατόν να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη μοιρολατρικών πεποιθήσεων σε μια ομάδα επαγγελματιών που θα πρέπει να επιδεικνύει ιδιαίτερη ευαισθησία σε τέτοια ζητήματα και στις μετέπειτα επιδράσεις τους στην επαγγελματική πορεία του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με την πρόληψη της ασθένειας του καρκίνου.

Η πρόθεση μας ήταν να ερευνήσουμε τις αντιλήψεις των εργαζόμενων κοινωνικών λειτουργών προκειμένου να σχηματίσουμε μια εικόνα η οποία να αναδεικνύει τα “πιστεύω” και τις αντιλήψεις τους για την ασθένεια του καρκίνου και τις πιθανότητες θεραπείας και επιβίωσης από αυτόν. Επιπροσθέτως, ποια μέτρα πρόληψης υιοθετούν οι ίδιοι ανάλογα με τα κοινωνικό - δημογραφικά στοιχεία, την προληπτική συμπεριφορά που ακολουθεί ο κάθε ένας, την εξειδίκευση και τον χώρο εργασίας τους, τις προσωπικές ή επαγγελματικές εμπειρίες τους και αν αυτές επιφέρουν διαφοροποιήσεις για τον καρκίνο και τέλος αν, οι πεποιθήσεις τους διαφοροποιούνται ανάλογα με τις γνώσεις που έχουν για θέματα τα οποία αφορούν την πρόληψη του καρκίνου αλλά και την εξέλιξη του.

Σημαντικό ρόλο κατέχει η νοοτροπία του ατόμου, λόγω του γεγονότος ότι τα καθήκοντα του δεν περιορίζονται απλά σε μία στείρα εφαρμογή γνώσεων αλλά προσλαμβάνουν και κοινωνικές διαστάσεις. Συγκεκριμένα, ο όρος «μοιρολατρικές πεποιθήσεις» αναφέρεται κυρίως στην αντίληψη ότι η ζωή μας ελέγχεται και καθοδηγείται από εξωτερικούς παράγοντες, τους οποίους οι άνθρωποι είναι ανίσχυροι και ανίκανοι να επηρεάσουν. Παραδείγματος χάρη, μοιρολατρικές αντιλήψεις από τις οποίες τυχόν διακατέχεται ο κοινωνικός λειτουργός, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος του. Όσον αφορά στον καρκίνο σχετικές αντιλήψεις όπως για παράδειγμα η πίστη ότι “δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να κάνει κανείς για να προλάβει τον καρκίνο” ή ότι “όταν προσβληθείς από καρκίνο

είσαι καταδικασμένος να πεθάνεις'', έχει βρεθεί ότι συναντώνται περισσότερο συχνά στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, ή σε ομάδες με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά.¹ Από την ανασκόπηση μας στην διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία, βρέθηκαν έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στον γενικό πληθυσμό αλλά όχι σε εξειδικευμένες ομάδες όπως σε επαγγελματίες υγείας. Ως εκ τούτου, μελετήσαμε την πρώτη εθνική έρευνα που γίνεται στη διάρκεια 20 ετών για την αξιολόγηση της γνώσης των Αμερικανών² και της στάσης τους απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου καθώς και την αντίστοιχη πανελλαδική έρευνα για τον καρκίνο που διεξήχθη από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, το δείγμα μας αποτελείται κυρίως από γυναίκες (86 γυναίκες έναντι 14 ανδρών) και η μέση ηλικία είναι από τα 38,6 χρόνια. Λίγο παραπάνω από το μισό δηλαδή το 52% του δείγματος διαμένει σε μεγάλα αστικά κέντρα και το 96% εργαζόταν την περίοδο της έρευνας.

Η πλειοψηφία του δείγματος μας υιοθετεί σχετικά **υγιεινές συμπεριφορές οι οποίες προωθούν την πρόληψη**. Οι μισοί περίπου καταναλώνουν φρέσκα φρούτα (με ποσοστό 55%) και λίγο λιγότεροι λαχανικά (σε ποσοστό 46%) περισσότερες από 7 φορές την εβδομάδα. Επίσης, ασκούνται με έντονη σωματική άσκηση τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα (με ποσοστό 63%). Όσον αφορά το κάπνισμα, οι μισοί είναι καπνιστές, η διαφορά από τους καπνιστές και μη καπνιστές είναι ελάχιστη αφού το 51% καπνίζει και το 49% δεν καπνίζει. Αντίθετα με την έρευνα των Niederdeppe & Gurmankin,(2007), όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι μη καπνιστές³ (77.8%) και έκαναν εβδομαδιαία σωματική άσκηση. Ως συμπέρασμα των παραπάνω, διαπιστώνεται ότι το δείγμα των κοινωνικών λειτουργών λαμβάνουν μέτρα πρόληψης για να έχουν μια καλή υγεία η οποία επιτυγχάνεται με υγιεινό τρόπο ζωής, καλή διατροφή και σωματική άσκηση όχι όμως στο κάπνισμα.⁴ Το δείγμα μπορεί να επηρεάζεται από τους έντονους ρυθμούς ζωής, αλλά συνεχίζει να ακολουθεί μια προληπτική στάση.

Στη συνέχεια ερευνήσαμε τις **αντιλήψεις των κοινωνικών λειτουργών για την δευτερογενή πρόληψη καθώς και για τις πιθανότητες θεραπείας και επιβίωσης από τον καρκίνο**. Στα αποτελέσματα μας βρέθηκε ότι το 85,1% πιστεύει ότι όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο, υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας και

¹ Αναλυτικότερα βλέπε σελ. 5 της παρούσας εργασίας

² Αναλυτικότερα βλέπε κεφ.3.2. σελ. 40

³ Αναλυτικότερα βλέπε σελ. 42 της παρούσας εργασίας

⁴ Αναλυτικότερα βλέπε σελ. 30

μακρόχρονης επιβίωσης. Επίσης, το 97% πιστεύει στην πεποίθηση ότι οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο, είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη και θεωρούν ωφέλιμες τις προληπτικές εξετάσεις αφού διαφωνούν σε ποσοστό 88,6% με την πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση «εάν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις». Τέλος, το 75,6% διαφωνεί με τη πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση «υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις» πράγμα το οποίο δηλώνει ότι υπάρχει ενημέρωση για τα διάφορα μέτρα πρόληψης και ποιο είναι το κατάλληλο για αυτούς. Σε αντίθεση όμως με τα αποτελέσματα της έρευνας του άρθρου των Niederdeppe & Gurmankin, 2007, ο Αμερικάνικος λαός συμφωνεί με την πεποίθηση αυτήν με ποσοστό 71.5% πράγμα το οποίο δείχνει να μην είναι πλήρως ενημερωμένος. Οι προληπτικές συμπεριφορές όπως η έντονη σωματική δραστηριότητα, η αποχή από το κάπνισμα και η υγιεινή διατροφή δεν φαίνεται να σχετίζονται με τις μοιρολατρικές πεποιθήσεις των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών όσον αφορά για την νόσο του καρκίνου.

Εν συνεχεία, από τα αποτελέσματα της έρευνας, βρέθηκε ότι **δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των μοιρολατρικών πεποιθήσεων και των κοινωνικό – δημογραφικών στοιχείων. Υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και δύο μοιρολατρικών πεποιθήσεων.** Αναλυτικότερα, ο συσχετισμός φύλου και της πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις», δείχνει να συμφωνούν περισσότερο οι γυναίκες απ' ότι οι άνδρες, με την άποψη ότι ωφελούν οι προληπτικές εξετάσεις άσχετα αν θα πεθάνουμε κάποτε όλοι από κάποια αιτία έτσι κι αλλιώς. Επίσης, ο συσχετισμός του φύλου και της πεποίθησης που εκφράζεται με την διατύπωση «Υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του Ca, που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις», δείχνει τις γυναίκες να είναι περισσότερο ενημερωμένες για τα μέτρα πρόληψης και να γνωρίζουν πιο από αυτά να ακολουθήσουν.

Επίσης, υπάρχουν τρεις **μοιρολατρικές πεποιθήσεις που σχετίζονται σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων.** Αυτές οι συσχετίσεις είναι οι ακόλουθες: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της πεποίθησης «Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις». Αποδεικνύεται λοιπόν ότι από τους ερωτώμενους

που είναι ανύπαντροι, από αυτούς που βρίσκονται εν χηρεία καθώς και αυτοί που είναι σε διάσταση ή διαζευγμένοι συμφωνούν περισσότερο με την άποψη ότι ωφελούν οι προληπτικές εξετάσεις. Όσον αφορά την συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της πεποίθησης «Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου». Αποδεικνύεται ότι οι άγαμοι συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχουν πολλά πράγματα να κάνεις για να αποφύγεις την εμφάνιση της ασθένειας του καρκίνου. Τέλος, η συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της πεποίθησης «Τα πάντα προκαλούν καρκίνο», δείχνει ότι το σύνολο του δείγματος ανεξάρτητα της οικογενειακής κατάστασης, διαφωνεί με την πεποίθηση αυτή εκτός από το σύνολο των διαζευγμένων οι οποίοι παρουσιάζουν μια μέση άποψη για την συγκεκριμένη πεποίθηση, δηλαδή και συμφωνούν και διαφωνούν, ενώ το δείγμα στην έρευνα του άρθρου των Niederdeppe & Gurmankin, 2007, φαίνεται πως είναι και πάλι απαισιόδοξο αφού συμφωνεί με την πεποίθηση «τα πάντα προκαλούν καρκίνο» πράγμα το οποίο δείχνει πως δεν είναι σε θέση να ενδιαφερθούν και να ενημερωθούν, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αμερικάνικης έρευνας⁵.

Όσον αφορά στην **συσχέτιση μεταξύ των χρόνων προϋπηρεσίας ως κοινωνικός λειτουργός και της πεποίθησης** «Αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις», φαίνεται ότι ο συσχετισμός είναι αντιστρόφως ανάλογος, αφού όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία στο επάγγελμα, τόσο πιο πολύ μειώνεται η πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα των προληπτικών εξετάσεων. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των χρόνων προϋπηρεσίας με κάποια από τις υπόλοιπες μοιρολατρικές πεποιθήσεις.

Θεωρήσαμε σκόπιμο να ερευνήσουμε τόσο τις επαγγελματικές όσο και τις προσωπικές εμπειρίες των κοινωνικών λειτουργών ως προς τις πεποιθήσεις. Συγκρίνοντας εκείνους χωρίς ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια τους με αυτούς που είχαν ιστορικό καρκίνου, διαπιστώθηκε από την έρευνα μας ότι οι ερωτώμενοι που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που να έχει διαγνωστεί με την νόσο, συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχουν αρκετά πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

⁵ Αναλυτικότερα βλέπε σελ. 42-44 της παρούσας εργασίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

“ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ”

Η συγκεκριμένη μελέτη που αφορά τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι προσεγγίστηκαν στους νομούς Ηρακλείου, Πελοποννήσου και Αττικής, θεωρούμε, ότι παρά το μικρό μέγεθος του δείγματος, παρουσιάζει κάποια σημαντικά ευρήματα σε μια σειρά από θέματα τα οποία αφορούν τις πεποιθήσεις και αντιλήψεις των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με την μοιρολατρική στάση στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα πιο σημαντικά ευρήματα :

- ✓ Η πλειοψηφία του δείγματος δεν έχει παρακολουθήσει μεταπτυχιακές σπουδές αλλά ειδικά σεμινάρια διαφόρων ειδικοτήτων με αποτέλεσμα να μην υπάρχει και μεγάλο ποσοστό στην εξειδίκευση στο χώρο της υγείας, πράγμα το οποίο επαληθεύεται και στον πίνακα (4). Το θετικό όμως είναι ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό έντονης επιθυμίας για εξειδίκευση στο χώρο της υγείας.
- ✓ Οι περισσότεροι δεν έχουν ασχοληθεί με ογκολογικούς ασθενείς.
- ✓ Το 84% του δείγματος των κοινωνικών λειτουργών πιστεύει ότι οι πεποιθήσεις ή οι προκαταλήψεις ενός κοινωνικού λειτουργού επηρεάζουν την άσκηση του επαγγέλματος του.
- ✓ Το 85,1 των ερωτώμενων συμφωνούν με την πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση «όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείες – μακρόχρονης επιβίωσης»
- ✓ Για το σύνολο των ερωτώμενων οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου.
- ✓ Σημαντικό και ενθαρρυντικό αποτέλεσμα ήταν η διαφωνία του δείγματος με την πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση « αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις»
- ✓ Δεν πιστεύουν την πεποίθηση ότι τα πάντα προκαλούν καρκίνο.
- ✓ Στηρίζουν την άποψη ότι μπορείς να κάνεις πολλές ενέργειες έτσι ώστε να μειώσεις τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

- ✓ Φαίνεται ότι είναι ενημερωμένοι για τα μέτρα πρόληψης του καρκίνου με αποτέλεσμα να ξέρουν ποιο από όλα τα μέτρα να ακολουθήσουν, έτσι διαφωνούν με την πεποίθηση ότι υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις.
- ✓ Οι ερωτώμενοι αποδίδουν την εμφάνιση των μοιρολατρικών πεποιθήσεων στην προσωπικότητα, τα συναισθήματα και τα βιώματα του καθενός.
- ✓ Όσο αφορά τις προληπτικές συμπεριφορές του δείγματος το 63% δηλώνει έντονη σωματική δραστηριότητα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.
- ✓ Μικρή είναι η διαφορά στο σύνολο του δείγματος όσο αφορά το κάπνισμα με το 51% του δείγματος να καπνίζει και το 49% να μην καπνίζει.
- ✓ Από το σύνολο των ερωτώμενων φαίνεται ότι ενδιαφέρεται να έχει σωστή και υγιεινή διατροφή.
- ✓ Φαίνεται ότι οι γυναίκες συμφωνούν περισσότερο από τους άνδρες, με την άποψη ότι ωφελούν οι προληπτικές εξετάσεις άσχετα αν θα πεθάνουμε κάποτε όλοι από κάποια αιτία έτσι και αλλιώς.
- ✓ Όσο αφορά την πεποίθηση η οποία διατυπώνεται « υπάρχουν πολλές συστάσεις και μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου, που δεν ξέρεις ποιον από όλους να ακολουθήσεις», οι γυναίκες είναι σχετικά πιο αισιόδοξες από τους άνδρες.
- ✓ Οι άγαμοι και έγγαμοι εμφανίζονται να είναι πιο αισιόδοξοι και διαφωνούν με την πεποίθηση που εκφράζεται με την διατύπωση « σίγουρος θάνατος, άρα ανώφελος οι προληπτικές εξετάσεις» καθώς επίσης και με την πεποίθηση « δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου».
- ✓ Όσο αφορά την συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και της μοιρολατρικής πεποίθησης ότι «τα πάντα προκαλούν καρκίνο», φαίνεται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος διαφωνούν με αυτή την πεποίθηση, ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης.
- ✓ Όσοι από τους κοινωνικούς λειτουργούς του δείγματος έχουν συνεργαστεί με ογκολογικούς ασθενείς φαίνεται ότι είναι περισσότερο ενημερωμένοι για την πρόληψη του καρκίνου και γνωρίζουν ποιο πρέπει να χρησιμοποιήσουν.
- ✓ Οι ερωτώμενοι που εμφανίζονται να έχουν άριστη υγεία πιστεύουν ότι ένας καρκινοπαθής μπορεί να θεραπευτεί και να έχει μακρόχρονη επιβίωση.

- ✓ Φαίνεται ότι όσο πιο καλή υγεία έχουν οι ερωτώμενοι τόσο περισσότερο πιστεύουν ότι υπάρχουν προληπτικά μέτρα που μπορεί να λάβει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.
- ✓ Οι ερωτώμενοι που απάντησαν ότι δεν έχουν ογκολογικό ασθενή στην οικογένεια τους είναι επίσης πιο αισιόδοξοι από εκείνους που έχουν και συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχουν αρκετά πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.
- ✓ Όσο περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας έχει κάποιος κοινωνικός λειτουργός τόσο περισσότερο απαισιόδοξη στάση έχει, επομένως τόσο λιγότερο πιστεύει στην σημαντικότητα των προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο, πράγμα το οποίο επαληθεύει την ισχύ της επαγγελματικής κόπωσης.

Μέσα από αυτήν την επισκόπηση της ασθένειας του καρκίνου σε συνδυασμό με τις μοιρολατρικές αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση της «επάρατης» νόσου καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα :

Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, η επιλογή μιας σωστότερης διατροφής και η διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων μειώνει σε ένα πολύ σημαντικό ποσοστό τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο. Ο προληπτικός έλεγχος (τεστ ΠΑΠ, ετήσιο check-up) μπορεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο έγκαιρα, δηλαδή όταν ακόμα είναι καλά αντιμετωπίσιμος. Σε κάποιες περιπτώσεις ένας έλεγχος μπορεί ακόμα και να προλάβει την εκδήλωση της νόσου. Είναι σημαντική η μη υιοθέτηση της μοιρολατρικής στάσης ότι ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που δεν θεραπεύεται και μπορεί να προσβάλλει τον καθένα ανεξάρτητα από τον τρόπο ζωής του και συνεπώς είναι ένα «κακό», το οποίο καταδικάζει σε θάνατο οποιονδήποτε προσβληθεί από αυτό. Η ψυχολογία του ασθενούς όχι μόνο παίζει σημαντικό ρόλο αλλά ακόμα και σε περιπτώσεις που η συμβατική ιατρική δεν δίνει ελπίδες επιβίωσης, η καλή ψυχολογία και διάθεση του ασθενούς μπορούν να αποδειχτούν σωτήριες. Για να είναι όμως κάτι τέτοιο επιτεύξιμο, θα πρέπει να αποβληθούν από την ψυχοσύνθεση και τη νοοτροπία του όλες οι μοιρολατρικές αντιλήψεις που εισπράττει και εμπεδώνει από το περιβάλλον του. Στο σημείο αυτό καταλυτικό ρόλο δύνανται και οφείλουν να διαδραματίσουν τα κέντρα εκπαίδευσης ειδικά στα παιδιά, καθότι ο άνθρωπος σε αυτήν την ηλικία διαμορφώνει τις αντιλήψεις και τη νοοτροπία του. Ο κοινωνικός λειτουργός, ενός πλαισίου υγείας λόγω της συνεχούς επαφής του με ογκολογικούς ασθενείς, μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της θεραπείας

του ασθενούς. Μέσα από επικοινωνιακές συζητήσεις με τον ασθενή μπορεί να τον βοηθήσει να αποβάλλει όλες αυτές τις αντιλήψεις που τον οδηγούν στην υιοθέτηση μιας παθητικής συμπεριφοράς και να τον «κατηχήσει» έτσι ώστε να γίνει πιο ενεργητικός και να αισθανθεί ότι η ζωή και η επιβίωση του είναι στα δικά του χέρια, και όχι σε αυτά μιας υποτιθέμενης θεάς «Μοίρας».

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγραφιώτης Δ., (1988), «Υγεία και αρρώστια, Κοινωνικό - πολιτιστικές διαστάσεις», Αθήνα: Λίτσα.
2. Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., (1986), «Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο», Αθήνα: Φλόγα.
3. Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., (1997), «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
4. Αναγνωστόπουλος Φ. & Ποταμιανός Γ., (2006), «Η ψυχολογία της υγείας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
5. Αποστολοπούλου Μ., Κλυδωνάρη Μ., Καραμπατζάκη Μ., Στέκα Μ., (χχ), «Μονοτονικό Λεξικό Δημοτικής ΄Υδρογειος΄», Τόμος Β΄, Αθήνα: Δομική.
6. American Association for Clinical Oncology - ASCO, (2008), «Σημαντικές επιτυχίες στη μάχη κατά του καρκίνου», [Διαθέσιμο στο: <http://www.medlook.net/logicom1/advances2006-7.asp>], (ημερ/νία πρόσβασης: 11/10/2008)
7. Βυθούλκα Γ., (1996), «Η νέα διάσταση στην ιατρική», Αθήνα: Αδάμ.
8. Γεωργίου Ρ., «Τα παθολογικά επακόλουθα των ανωμαλιών της διατροφής: Καρκίνος και άλλες εκφυλιστικές παθήσεις» Αθήνα: χ.ο.
9. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας, (2008), «Καρκίνος», [Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_el.htm], (ημερ/νία πρόσβασης: 01/11/2008).
10. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας, (2008), «Η δικτυακή πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία», [Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_el.htm], (Ημερ/νία πρόσβασης 5/11/2008).
11. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (1991), «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου», Αθήνα.
12. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, (2007), «Στατιστικά για τον καρκίνο στην Ελλάδα», [Διαθέσιμο στο: <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/statisticscancer/greece>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 23/09/2008)
13. Καλλινικάκη Θ., (1998), «Κοινωνική Εργασία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

14. Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, (2007), «Η θεραπεία του καρκίνου», [Διαθέσιμο στο: <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 23/09/2008)
15. Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, (2007), «Στατιστικά για τον Καρκίνο στην Ελλάδα», (από μελέτες: Τούντας Ι. κα, 2001, Tzala E., 2004, Tzala E. & Best N., 2007), [Διαθέσιμο στο: <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/statisticscancer/greece/>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 23/09/2008).
16. Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, (2007), «Παγκόσμια Στατιστικά για τον Καρκίνο», [διαθέσιμο στο: <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/statisticscancer/global/>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 23/09/2008).
17. Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, (2007), «Κοινωνικός Λειτουργός», [Διαθέσιμο στο: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 22/08/2008)
18. Μπαφαλούκος, Δ. & Μελά Κ., (1995), «Νευρολογικές Διαταραχές στον Άρρωστο με Καρκίνο», στο συμπόσιο «Επιπτώσεις των Κακοήθων Νεοπλασιών και της Θεραπείας τους στα Διάφορα Συστήματα» του 21ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
19. Νέτα Σ., (2008), «Αύξηση 25% των κρουσμάτων Καρκίνου στην Ελλάδα», από μελέτη: Τούντας Γ., Πανελλήνια Έρευνα Καρκίνου Hellas Health II., 2008. [διαθέσιμο στο: http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=6178&pr=1], (Ημερ/νία πρόσβασης: 05-10-2008).
20. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Π.Ο.Υ., (1946) «Ιδρυτική διακήρυξη», [Διαθέσιμο στο: <http://indy.gr/projects/o-imi-orofos/ti-einai-ygeia/>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 01/11/2008).
21. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Π.Ο.Υ., (1986), «Διακήρυξη της Οττάβα», [Διαθέσιμο στο: <http://indy.gr/projects/o-imi-orofos/ti-einai-ygeia/>], (ημερ/νία πρόσβασης: 01/11/2008).
22. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Π.Ο.Υ., (1993), «Η αντιμετώπιση του πόνου στον Καρκίνο», Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΕ.
23. Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, (1991), στο λήμμα Καρκίνος, τόμος 32.

24. Περάκη Β.Ν., Μπαρώνα Φ.Γ., Παπασιδέρη Ι.Σ., (2000), «Αγωγή σε θέματα Υγείας : Ο ανθρώπινος οργανισμός», Αθήνα: Συμμετρία.
25. Ραβάνης Χ., (1995), «Κοινωνία και Υγεία», στο: Ποταμιάνος Γ., (Επιμ.), «Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
26. Σαρρής Μ., (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα Ζωής», Αθήνα: Παπαζήση.
27. Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Θεοδώρου Μ., (2001), «Συστήματα Υγείας», Αθήνα: Παπαζήση.
28. Σταθόπουλος Π., (1999), «Κοινωνική Πρόνοια», Αθήνα: Έλλην.
29. Στεφανής Κ., (1981), «Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές πλευρές του Δαρκίνου», στο βιβλίο «Κλινική Ογκολογία» του Εθνικού Συμβουλίου Ογκολογίας, Αθήνα:χο.
30. Συρίγος Ν.Κ., MD, PhA, Αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας ογκολογίας, (2008), «Καρκίνος του Πνεύμονα, Μύθοι και Πραγματικότητες», [Διαθέσιμο στο: http://www.oncologycenter.gr/clinic/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=39], (Ημερ/νία πρόσβασης: 07/11/2008).
31. Τούντας Ι., (2007), «Πώς εφαρμόζεται η Δευτερογενής Πρόληψη», [Διαθέσιμο στο: <http://www.neaygeia.gr/foreas.ph?ParentID=305&ArticleID=354&lang=gr&CategoryID=6&IssueID=4>], (Ημερ/νία πρόσβασης: 29/10/08)
32. Τούντας Ι., (2008), «Αδιαφορία Ελλήνων για την Πρόληψη του Καρκίνου», [Διαθέσιμο στο: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_03/10/2008_286909], (Ημερ/νία πρόσβασης: 28/10/2008).
33. Τριχοπούλου Α. & Τριχόπουλος Δ., (1986), «Προληπτική Ιατρική», Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός.
34. Τριχόπουλος Δ., (1982), «Επιδημιολογία», Αθήνα: Λίτσας.
35. Τριγώνη Μ., (2000), «Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο Νοσοκομείο», [Διαθέσιμο στο: http://www.papagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.asp], (Ημερ/νία πρόσβασης: 22/08/2008)

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Powe BD, Johnson, A. (1995), «Fatalism as a Barrier to Cancer Screening Among African-Americans: Philosophical Perspectives», [accessed at: <http://www.springerlink.com/content/p7tm418313617304/>], (ημερ/νία πρόσβασης: 15/12/2008).
2. Berman SH, Wandersman A, (1990), «Fear of Cancer & Knowledge of Cancer : A review and proposed relevance to Hazardous Waste sites», [accessed at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2195665>], (ημερ/νία πρόσβασης: 06/11/2008).
3. Miles A., Voorwinden S., Chapman S., Wardle J., (2008), «Psychologic predictors of cancer information avoidance among older adults: The role of cancer fear and fatalism», for the: Health Behaviour Research Centre, Department of Epidemiology and Public Health, University College London. [accessed at: <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/content/abstract/17/8/1872>], (ημερ/νία πρόσβασης: 06/11/2008).
4. Naidoo J., Wills J. (1998), «Helping people to change, Health Promotion», Bailliere Tindall.
5. Niederdeppe J., Gurmankin Levy A, (2007), «Fatalistic Beliefs about Cancer prevention and Three Prevention Behaviors. Cancer Epidemiol Biomarkers», Prev 2007;(5) May 2007, [accessed at: <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/content/full/16/5/998>], (ημερ/νία πρόσβασης: 09/09/2007).
6. Niederdeppe J., Gurmankin Levy A, (2007), «Fatalistic Beliefs About Cancer Cause Many To Ignore Cancer Prevention Advice», [accessed at: <http://www.aacr.org/>], (ημερ/νία πρόσβασης: 11/11/2008).
7. Morgan PD, Tyler ID, Fogel J, (2008), «Fatalism Revisited», [accessed at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749208108000570>], (ημερ/νία πρόσβασης: 15/12/2008).
8. Saslow D., Boetes C., Burke W., et al, (2008), «American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer», for the: American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group., [accessed at: http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp?sitearea=PED], (ημερ/νία πρόσβασης: 5/12/2008)

9. Spurlock WR., Collins I.S., (2006), «Cancer Fatalism and breast cancer screening in African American Woman», [accessed at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16596899>], (ημερ/νία πρόσβασης: 6/11/08).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

1. Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας.

Μοιρολατρικές πεποιθήσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου: μελέτη στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς.

2. Βασικός Προβληματισμός που οδήγησε στην επιλογή του θέματος.

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και στο πλαίσιο της εργαστηριακής άσκησης, έχουμε έρθει σε επαφή με αρκετούς επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς. Μέσα από αυτές τις επαφές γνωρίσαμε διαφορετικές μορφές άσκησης του επαγγέλματος και διαφορετικές μεθόδους παρέμβασης για την αντιμετώπιση ποικίλων καταστάσεων σε κοινωνικά, εκπαιδευτικά, ψυχολογικά και ιατρικά θέματα.. Ένα από τα πλαίσια στα οποία απασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός συχνά έχει σχέση με θέματα υγείας, είτε ο πληθυσμός αναφοράς είναι οι ασθενείς ενός νοσοκομείου, είτε μια κοινότητα. Ως μέλος μιας ομάδας υγείας στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ασχολείται και με την ευαισθητοποίηση των ατόμων σε ζητήματα πρόληψης ασθενειών, αλλά και αντιμετώπισής τους.

Συχνά ο πληθυσμός-στόχος αποτελείται από ογκολογικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ο ρόλος του στα δυο προαναφερόμενα επίπεδα, δηλαδή της πρόληψης μιας νόσου, αλλά και της αντιμετώπισής της είναι ιδιαίτερα σημαντικός και πολυδιάστατος, κυρίως σε ασθένειες όπως ο καρκίνος. Όμως πολλές φορές μοιρολατρικές πεποιθήσεις των κοινωνικών λειτουργών για τη συγκεκριμένη ασθένεια, που συχνά είναι εμφανείς και στη δική τους προληπτική συμπεριφορά, θέτουν εμπόδια και στη σωστή άσκηση του ρόλου τους.

Ο όρος ‘μοιρολατρικές πεποιθήσεις’ αναφέρεται κυρίως στην αντίληψη ότι η ζωή μας ελέγχεται και καθοδηγείται από εξωτερικούς παράγοντες, τους οποίους οι άνθρωποι είναι ανίσχυροι και ανίκανοι να επηρεάσουν. Όσον αφορά στον καρκίνο σχετικές αντιλήψεις – όπως για παράδειγμα η πίστη ότι «δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να κάνει κανείς για να προλάβει τον καρκίνο» ή ότι «όταν προσβληθείς από

καρκίνο είσαι καταδικασμένος να πεθάνεις» κλπ. – έχει βρεθεί ότι συναντώνται περισσότερο συχνά στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, ή σε ομάδες με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Ανάλογες αντιλήψεις επηρεάζουν αναπόφευκτα και τις προληπτικές συμπεριφορές των ατόμων που τις υιοθετούν.

Οι μοιρολατρικές πεποιθήσεις για την πρόληψη και τις πιθανότητες επιβίωσης στην περίπτωση του καρκίνου έχουν μελετηθεί και στο παρελθόν και πρόσφατα, είτε στο γενικό πληθυσμό, είτε σε διάφορες ειδικές ομάδες του πληθυσμού (Straughan et al, 1998; Freeman 1989; Powe 1995; Niederdeppe et al, 2007). Δεν βρήκαμε όμως από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αντίστοιχες μελέτες σε επαγγελματίες που απασχολούνται σε πλαίσια υγείας ή που θα μπορούσαν λόγω του επαγγέλματός τους να ασχοληθούν είτε με προγράμματα πρόληψης του καρκίνου στον γενικό πληθυσμό, είτε με ασθενείς με καρκίνο. Ως εκ τούτου θεωρήσαμε ότι παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνήσουμε τις αντιλήψεις και γνώσεις των Κοινωνικών Λειτουργών για την πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας του καρκίνου, θεωρώντας ότι οι δικές τους διαμορφωμένες πεποιθήσεις για τη νόσο επηρεάζουν σημαντικά – θετικά ή αρνητικά - και το ρόλο τους ως επαγγελματιών

3. Αναφορά σε συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το Τμήμα.

Από την έρευνά μας στο αρχείο των πτυχιακών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας σχετικά με την έγκριση στο παρελθόν συναφούς θέματος, διαπιστώσαμε ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα.

4. Σκοπός της μελέτης.

Βασικός μας σκοπός είναι να μελετήσουμε την ύπαρξη ή μη μοιρολατρικών αντιλήψεων στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς για την ασθένεια του καρκίνου, ξεκινώντας από τη βασική υπόθεση ότι αυτές οι αντιλήψεις πιθανόν επηρεάζουν και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής τους, όταν εμπλέκονται είτε σε ζητήματα ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού σε θέματα πρόληψης, είτε όταν έχουν να αντιμετωπίσουν ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο και τις οικογένειές τους.

Θεωρούμε ότι ένας κοινωνικός λειτουργός που δεν πιστεύει στην πρόληψη ή στην πιθανότητα επιβίωσης από την ασθένεια του καρκίνου δεν μπορεί να είναι πειστικός στο ρόλο του και να προάγει τη σημασία της πρόληψης και προληπτικών

συμπεριφορών για την αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά και να συμβάλει στην ουσιαστική ενδυνάμωση του πάσχοντα από καρκίνο και της οικογένειάς του.

5. Διάγραμμα θεωρητικού μέρους

Το θεωρητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας θα περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια:

- Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας
- Εισαγωγή.
- Κεφάλαιο 1^ο : Μοντέλα συμπεριφοράς στην υγεία.
- Κεφάλαιο 2^ο : Η χρόνια ασθένεια του Καρκίνου
- Κεφάλαιο 3^ο : Μοιρολατρικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις για την πρόληψη της ασθένειας του καρκίνου.
- Κεφάλαιο 4^ο: Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου.
-

6. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μας θα διατυπωθούν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- 8.** Τι πιστεύουν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί γενικά για την πρόληψη του καρκίνου, για την αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης, και για τις πιθανότητες θεραπείας και επιβίωσης από καρκίνο.
- 9.** Πόσο εφαρμόζουν οι ίδιοι συγκεκριμένες προληπτικές συμπεριφορές και σε ποιο βαθμό αυτό σχετίζεται με τις μοιρολατρικές τους πεποιθήσεις για τη νόσο.
- 10.** Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις τους διαφοροποιούνται ανάλογα με ορισμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονιών τους κλπ;
- 11.** Σε ποιο βαθμό τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν και προς ποια κατεύθυνση τις πεποιθήσεις αυτές;
- 12.** Οι επαγγελματικές ή προσωπικές εμπειρίες των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών επιφέρουν διαφοροποιήσεις ως προς τις πεποιθήσεις για το αναφερόμενο θέμα;

13. Σε ποιο βαθμό οι πεποιθήσεις αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με τις γνώσεις τους για θέματα που αφορούν την πρόληψη του καρκίνου αλλά και τη θεραπεία του;
14. Διαφοροποιούνται οι συγκεκριμένες πεποιθήσεις μεταξύ επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών με διαφορετική ‘εξειδίκευση’ (τομέα εργασία).

7. Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων, μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων.

Η έρευνα θα είναι ποσοτική και θα εστιαστεί σε ένα δείγμα περίπου 100 επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται κυρίως στους νομούς Ηρακλείου και Ρεθύμνου.

Οι πληροφορίες θα συγκεντρωθούν με ερωτηματολόγιο που θα δημιουργήσουμε ειδικά για την έρευνα. Το ερωτηματολόγιο θα περιλαμβάνει μια ενότητα ερωτήσεων για τη μέτρηση των μοιρολατρικών πεποιθήσεων στην περίπτωση του καρκίνου, μια δεύτερη ενότητα που θα αφορά στην προληπτική συμπεριφορά των ατόμων του δείγματος και μια τρίτη ενότητα που θα αναφέρεται στα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Για τη μελέτη των πεποιθήσεων θα χρησιμοποιήσουμε ορισμένες βασικές κλασικές ερωτήσεις που αντλήσαμε από τη διεθνή βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο θα αποτελείται κυρίως από ‘κλειστές’ ερωτήσεις.

Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων θα εισαγάγουμε τα στοιχεία σε αρχείο του προγράμματος SPSS και θα προχωρήσουμε στην στατιστική τους ανάλυση με βάση τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε.

8. Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης. Ενέργειες για άρση δυσκολιών.

Εκτιμάμε το γεγονός ότι ίσως υπάρξουν κάποιες δυσκολίες μέχρι να φτάσουμε στην πραγματοποίηση της μελέτης. Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να σχετίζονται πρώτα απ’ όλα με την προσέγγιση των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και την πιθανή άρνηση τους στο να συμβάλλουν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λόγω έλλειψης χρόνου ή άλλων παραγόντων. Όμως οι ενέργειες που θα κάνουμε είναι να τους ενημερώσουμε σωστά, να τους προσεγγίσουμε κατάλληλα και τέλος να τους κινήσουμε το ενδιαφέρον.

9. Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν.

1. Ως υπεύθυνοι ερευνητές πρέπει να διασφαλίσουμε την ανωνυμία των ερωτηθέντων.

2. Πρέπει να υπάρχει αντικειμενικότητα από μέρος μας και να μην προσπαθήσουμε να επηρεάσουμε τους ερωτώμενους υποστηρίζοντας κάποια άποψη με την οποία ίσως συμφωνούμε, ούτε και αποκλείοντας τις απόψεις με τις οποίες διαφωνούμε.

10. Χρονοδιάγραμμα.

1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση – 3 εβδομάδες
2. Δημιουργία εργαλείου έρευνας – 3 εβδομάδες.
3. Διενέργεια της μελέτης πεδίου – 5 εβδομάδες.
4. Είσοδος των αποτελεσμάτων στον υπολογιστή – 1 εβδομάδα
5. Στατιστική ανάλυση συνεντεύξεων – 8 εβδομάδες
6. Συγγραφή του θεωρητικού μέρους της εργασίας – 6 εβδομάδες
7. Συγγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας – 4 εβδομάδες.

11. Ενδεικτική Βιβλιογραφία.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ & ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

1. Φύλο: άνδρας 1 γυναίκα 2

2. Ηλικία:.....

3. Οικογενειακή κατάσταση:

άγαμος/η 1

έγγαμος/η 2

χήρος/α 3

σε διάσταση/διαζευγμένος/η 4

4. Τόπος

διαμονής:.....

5. Εκπαίδευση μετά το πτυχίο (ειδικά σεμινάρια, άλλο πτυχίο, μεταπτυχιακές σπουδές) :

α).....

..

β).....

..

γ).....

..

6. Εργάζεστε αυτήν την περίοδο;

Ναι 1 Όχι 2

6α. Αν ναι, που εργάζεστε;.....

7. Εργαζόσασταν πριν σε κάποιο άλλο πλαίσιο ή φορέα;

Ναι 1 Όχι 2

7α. Αν ναι, σημειώστε που ακριβώς;

α).....

β).....

γ).....

8. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως Κοινωνικός Λειτουργός;.....

9. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη δουλειά σας σε μια κλίμακα από το 1 (καθόλου ικανοποιημένος/η) έως το 10 (πάρα πολύ ικανοποιημένος/η);

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Έχετε κάποια εξειδίκευση στον τομέα της υγείας γενικά και συγκεκριμένα στον τομέα της πρόληψης;

Ναι 1 Όχι 2

10α. Αν 'ναι' στην ερ. 10, πιστεύετε ότι σας έχει βοηθήσει η εξειδίκευση αυτή;

Ναι 1 Όχι 2

10β. Αν 'όχι' στην ερ. 10, θα σας ενδιέφερε να εξειδικευτείτε σε πλαίσιο υγείας;

Ναι 1 Όχι 2

11. Έχετε ασχοληθεί με ογκολογικούς ασθενείς στο πλαίσιο της εργασίας σας;

Ναι 1 Όχι 2

12. Πιστεύετε ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις ή προκαταλήψεις ενός Κοινωνικού Λειτουργού επηρεάζουν την άσκηση του επαγγέλματός του και τη γενικότερη στάση του προς τον εξυπηρετούμενο;

Ναι 1 Όχι 2

13. Πιστεύετε πως οι πεποιθήσεις ή οι προκαταλήψεις ενός κοινωνικού λειτουργού έχουν σχέση με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος;

Ναι 1 Όχι 2

13α. Αν 'όχι', από τι πιστεύετε ότι εξαρτώνται περισσότερο αυτές οι πεποιθήσεις:

.....
.....

B. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

14. Θεωρείτε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:

Άριστη/πολύ καλή 1
Καλή 2
Μέτρια 3
Κακή/πολύ κακή 4

15. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια, δηλαδή πρόβλημα υγείας για το οποίο πρέπει να παίρνετε τακτικά φάρμακα ή να σας παρακολουθεί γιατρός ή και τα δυο;

Ναι 1 Όχι 2

15α. Αν 'ναι', θα θέλατε να την αναφέρετε;.....

.....
..

16. Υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας ή του συγγενικού σας περιβάλλοντος που να έχει προσβληθεί από την ασθένεια του καρκίνου;

Ναι 1 Όχι 2

Γ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

17. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση ότι «όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας και μακρόχρονης επιβίωσης».

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Διαφωνώ	3
Διαφωνώ απόλυτα	4
Δεν γνωρίζω	5

18. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση ότι «οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο για τον καρκίνο (όπως το τεστ Παπ, κτλ.) είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη από τις αντίστοιχες μορφές καρκίνου».

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Διαφωνώ	3
Διαφωνώ απόλυτα	4
Δεν γνωρίζω	5

19. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση: «Εάν δεν πεθάνεις από μια αιτία, θα πεθάνεις από κάποια άλλη. Γι' αυτό ποιος ο λόγος να κάνει κανείς προληπτικές εξετάσεις;»

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Διαφωνώ	3
Διαφωνώ απόλυτα	4
Δεν γνωρίζω	5

20. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση: «Τα πάντα προκαλούν καρκίνο».

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Διαφωνώ	3
Διαφωνώ απόλυτα	4
Δεν γνωρίζω	5

21. Σε ποιόν βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση: «Δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου».

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Διαφωνώ	3
Διαφωνώ απόλυτα	4
Δεν γνωρίζω	5

22. Σε ποιόν βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση: «Υπάρχουν τόσες πολλές συστάσεις και μέτρα που προτείνονται για την πρόληψη του καρκίνου που είναι δύσκολο να ξέρεις ποιόν απ' όλους να ακολουθήσεις».

Συμφωνώ απόλυτα	1
Συμφωνώ	2
Διαφωνώ	3
Διαφωνώ απόλυτα	4
Δεν γνωρίζω	5

Δ. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

23. Κάνετε κάποιου είδους έντονη σωματική (φυσική) άσκηση ή δραστηριότητα τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα;

(κάτι συγκρίσιμο με ένα γρήγορο βιαστικό περπάτημα)

Ναι 1 Όχι 2

24. Καπνίζετε; Καθημερινά 1

Μερικές φορές 2

Καθόλου 3

25. Εάν δεν καπνίζετε καθόλου. Υπήρξατε καπνιστής; Ναι 1 Όχι 2

Εάν 'ναι':

25α. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε την ημέρα;.....

25β. Για πόσα χρόνια καπνίζατε;.....

25γ. Πότε το σταματήσατε;.....

25δ. Για ποια αιτία σταματήσατε το κάπνισμα;.....

.....

26. Πόσο συχνά τρώτε φρέσκα φρούτα;

Σπάνια 1

Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα 2

1-2 φορές την εβδομάδα 3

3-4 φορές την εβδομάδα 4

Σχεδόν καθημερινά 5

Πολλές φορές την ημέρα 6

27. Πόσο συχνά πίνετε φρέσκο χυμό φρούτων (100%) την εβδομάδα;

Σπάνια	1
Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα	2
1-2 φορές την εβδομάδα	3
3-4 φορές την εβδομάδα	4
Σχεδόν καθημερινά	5
Πολλές φορές την ημέρα	6

28. Πόσο συχνά τρώτε φρέσκα λαχανικά την εβδομάδα;

Σπάνια	1
Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα	2
1-2 φορές την εβδομάδα	3
3-4 φορές την εβδομάδα	4
Σχεδόν καθημερινά	5
Πολλές φορές την ημέρα	6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ & ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 100 επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς που είχαν τόπο προσέγγισης στην Πελοπόννησο και στην Κρήτη. Ήταν ηλικίας από 20 – 60 ετών, με το 86% του δείγματος να αποτελείται από γυναίκες, πράγμα το οποίο ήταν αναμενόμενο λόγω του επαγγέλματος, και μόλις το 14% από άνδρες, όπως φαίνεται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

<u>Δείγμα</u>	N	%
Άνδρας	14	14.0
Γυναίκα	86	86.0
Σύνολο	100	100.0

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία χωρισμένη σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες. Το 18% του δείγματος όπως φαίνεται είναι ηλικίας 20-29 ετών, το 29% του δείγματος είναι ηλικίας 30-39 ετών, το 44% είναι 40-49 ετών και τέλος, μόλις το 9% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή ομάδα 50-59 ετών.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.

<u>Ηλικία ανά ομάδες</u>	N	%
20-29	18	18.0
30-39	29	29.0
40-49	44	44.0
50-59	9	9.0
Σύνολο	100	100.0

Το 71% του δείγματος είναι έγγαμοι, ενώ το 22% είναι άγαμοι. Σε διάσταση βρίσκεται μόλις το 5% δείγματος και το 2% φαίνεται να είναι σε κατάσταση χηρείας, όπως όλα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση

<u>Οικογενειακή Κατάσταση</u>	N	%
Άγαμος/η	22	22.0
Έγγαμος/η	71	71.0
Χήρος/α	2	2.0
Σε διάσταση - διεζευγμένος/η	5	5.0
Σύνολο	100	100.0

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται ο τόπος διαμονής του δείγματος και όλα δείχνουν πως το 52% διαμένει σε μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Πάτρα, Ηράκλειο, Χανιά), το 36% διαμένει σε μεσαίες πόλεις και το 12% διαμένει σε κωμοπόλεις.

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ως προς τον τόπο διαμονής του.

<u>Καταγωγή Δείγματος</u>	N	%
Μεγάλα Αστικά Κέντρα	52	52,0
Μεσαίες Πόλεις	36	36,0
Κωμοπόλεις	12	12,0
Σύνολο	100	100,0

Όσον αφορά την μετεκπαίδευση, λίγο πιο κάτω από το ήμισυ του δείγματος των κοινωνικών λειτουργών έχει παρακολουθήσει ειδικά σεμινάρια και πιο συγκεκριμένα το 47%. Το 15% του δείγματος διαθέτει δεύτερο πτυχίο και μόνο το 5% έχει πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης μετά το πτυχίο.

<u>Μετεκπαίδευση</u>	N	%
Μη απαντηθέντα	33	33.0
Ειδικά σεμινάρια	47	47.0
Άλλο πτυχίο	15	15.0
Μεταπτυχιακές σπουδές	5	5.0
Σύνολο	100	100.0

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατάσταση εργασίας των κοινωνικών λειτουργών και φαίνεται ότι το 96% του δείγματος μας την περίοδο της έρευνας εργάζεται, ενώ μόλις το 4% είναι άνεργοι.

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ως προς το αν εργάζεται την συγκεκριμένη περίοδο.

<u>Εργασία την συγκεκριμένη περίοδο</u>	N	%
Ναι	96	96.0
Όχι	4	4.0
Σύνολο	100	100.0

Παρακάτω, στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η προϋπηρεσία των κοινωνικών λειτουργών και φαίνεται να υπάρχει μια μικρή αναλογία. Το 57% εργάστηκε σε κάποιο πλαίσιο ή φορέα και το 42% όχι.

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος με βάση το εάν εργάζονταν πριν ή όχι σε κάποιο πλαίσιο ή φορέα.

<u>Προϋπηρεσία σε πλαίσιο ή φορέα</u>	N	%
Ναι	57	57.0
Όχι	42	42.0
Σύνολο	99	99.0
Μη απαντηθέντα	1	1.0
Σύνολο	100	100.0

Αρνητικό είναι σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση που αφορά την εξειδίκευση στον χώρο της υγείας και της πρόληψης αφού μόνο το 28% δηλώνει ότι έχει εξειδικευτεί και το 72% όχι.

Πίνακας 8: κατανομή του δείγματος ως προς την εξειδίκευση στο χώρο της υγείας / πρόληψης.

<u>Εξειδίκευση στο χώρο της υγείας</u>	N	%
Ναι	28	28.0
Όχι	72	72.0
Σύνολο	100	100.0

Το 25% του δείγματος που απάντησε θετικά στην ερώτηση που αφορά την εξειδίκευση στην υγεία και πρόληψη (πίνακας 8), θεωρεί ότι η εξειδίκευση αυτή ήταν βοηθητική για αυτούς ενώ μόλις ένα 3% του δείγματος θεωρεί το αντίθετο (πίνακας 9). Φαίνεται λοιπόν, ίσως σε αυτό το 3% του δείγματος, να μην του άρεσε τελικά η εξειδίκευση αυτή.

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ως προς το πόσο βοηθητική ή όχι ήταν η εξειδίκευση αυτή.

<u>Βελτίωση από την εξειδίκευση</u>	N	%
Ναι	25	25.0
Όχι	3	3.0
Σύνολο	28	28.0
Μη απαντηθέντα	72	72.0
Σύνολο	100	100.0

Ο πίνακας 10 παρουσιάζει τα ποσοστά ενδιαφέροντος της εξειδίκευσης σε πλαίσια υγείας. Από το 72% του δείγματος (πίνακας 10) που δεν έχει εξειδίκευση σε πλαίσια υγείας, το 54% θα επιθυμούσε και θα το ενδιέφερε να εξειδικευτεί στο μέλλον. Αντίθετα, το 20% δεν επιθυμεί να εργαστεί καθόλου σε πλαίσια υγείας.

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ως προς την επιθυμία - ενδιαφέρον για εξειδίκευση σε πλαίσιο υγείας.

<u>Επιθυμία εξειδίκευσης σε πλαίσιο υγείας</u>	N	%
Ναι	54	54.0
Όχι	20	20.0
Σύνολο	74	74.0

Μη απαντηθέντα	26	26.0
Σύνολο	100	100.0

Το 59% του δείγματος δηλώνει ότι δεν έχει ασχοληθεί με ογκολογικούς ασθενείς στο πλαίσιο της εργασίας του, ενώ το 41% έχει ασχοληθεί, όπως όλα φαίνονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ως προς το αν έχουν ασχοληθεί ή όχι με ογκολογικούς ασθενείς στο πλαίσιο της εργασίας τους.

<u>Εργασία με ογκολογικούς ασθενείς</u>	N	%
Ναι	41	41.0
Όχι	59	59.0
Σύνολο	100	100.0

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει την επιρροή μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων και της άσκησης του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας. Το 84% λοιπόν, του δείγματος δηλώνει ότι οι πεποιθήσεις ή οι προκαταλήψεις ενός Κοινωνικού Λειτουργού επηρεάζουν την άσκηση του επαγγέλματος.

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ως προς το ερώτημα: "Οι προσωπικές πεποιθήσεις ή προκαταλήψεις ενός κοινωνικού λειτουργού επηρεάζουν την άσκηση του επαγγέλματος;".

<u>Επιρροή μεταξύ πεποιθήσεων & επαγγέλματος</u>	N	%
Ναι	84	84.0
Όχι	16	16.0
Σύνολο	100	100.0

Πάνω από το ήμισυ του δείγματος και συγκεκριμένα το 66% συμφωνεί πως οι πεποιθήσεις και οι προκαταλήψεις έχουν σχέση με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, ενώ το 34% δεν συμφωνεί. Δηλαδή, φαίνεται να υπάρχει μια σχέση μεταξύ πεποιθήσεων και χρόνια άσκησης επαγγέλματος.

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ως προς το ερώτημα: "Οι πεποιθήσεις και οι προκαταλήψεις έχουν σχέση με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος;"

<u>Επιρροή μεταξύ πεποιθήσεων & χρόνια άσκησης επαγγέλματος</u>	N	%
Ναι	66	66.0
Όχι	34	34.0
Σύνολο	100	100.0

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτώνται (σύμφωνα με τις απαντήσεις πάντα), οι αντιλήψεις των ίδιων των κοινωνικών λειτουργών. Το 46% πιστεύει ότι οι αντιλήψεις εξαρτώνται από την προσωπικότητα, τα συναισθήματα και τα βιώματα, το 43% από την εκπαίδευση, τη μόρφωση και την ανατροφή, ενώ το 11% πιστεύει ότι εξαρτώνται από την δεοντολογία του επαγγέλματος.

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος για την ερώτηση: "Από τι πιστεύουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ότι εξαρτώνται αυτές οι αντιλήψεις;

<u>Εξάρτηση αντιλήψεων</u>	N	%
Προσωπικότητα, Συναισθήματα, Βιώματα	46	46,0
Εκπαίδευση, Μόρφωση, Ανατροφή	43	43,0
Δεοντολογία του Κοινωνικού Λειτουργού	11	11,0
Σύνολο	100	100,0

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Από το σύνολο του δείγματος στην ερώτηση για το πώς θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους, το 58% δηλώνει ότι η υγεία του είναι καλή, το 27% δηλώνει ότι η υγεία του να είναι σε άριστη κατάσταση, ενώ το 15% αναφέρει ότι η υγεία του βρίσκεται σε μέτρια κατάσταση.

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ως προς την κατάσταση της υγείας του.

<u>Κατάσταση Υγείας</u>	N	%
Άριστη	27	27.0
Καλή	58	58.0
Μέτρια	15	15.0
Σύνολο	100	100.0

Το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει στην ερώτηση αν πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και η πλειοψηφία του απάντησε αρνητικά όπως φαίνεται στον πίνακα 16, με το ποσοστό αυτό να φτάνει στο 72%, ενώ το 28% απάντησε θετικά στο ερώτημα.

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη ή μη, κάποιας χρόνιας ασθένειας.

<u>Υπαρξη χρόνιας ασθένειας</u>	N	%
Ναι	28	28.0
Όχι	72	72.0
Σύνολο	100	100.0

Πίνακας 17 : Κατανομή του δείγματος ως προς το αν υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας τους που να έχει προσβληθεί από καρκίνο;

<u>Υπαρξη καρκινοπαθή σε οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον</u>	N	%
Ναι	51	51.0
Όχι	49	49.0
Σύνολο	100	100.0

Ο πίνακας 17 παρουσιάζει μια σχετική αναλογία στα ποσοστά των με το 51% να δηλώνει την ύπαρξη καρκινοπαθή στο γύρω περιβάλλον του και με το 49% να δηλώνει το αντίθετο.

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Στην ερώτηση «όταν προσβληθεί κάποιος από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας - μακρόχρονης επιβίωσης», χαμηλά ήταν τα ποσοστά όσων απάντησαν «διαφωνώ απόλυτα» 13% ή «διαφωνώ» 1%. Ενώ τα πιο υψηλά ποσοστά συγκεντρώθηκαν στις απαντήσεις «συμφωνώ» 43% και «συμφωνώ απόλυτα» 37%. Από το δείγμα, το 6% δεν είχε καν άποψη γι' αυτή την ερώτηση, αριθμός που δηλώνει ίσως άγνοια ή αδιαφορία για ενημέρωση.

Πίνακας 18: Όταν κάποιος προσβληθεί από καρκίνο υπάρχουν πιθανότητες θεραπείας- μακρόχρονης επιβίωσης;

<u>Πρόθεση απάντησης</u>	N	%
Συμφωνώ απόλυτα	37	37.0
Συμφωνώ	43	43.0
Διαφωνώ απόλυτα	13	13.0
Διαφωνώ	1	1.0
Δεν γνωρίζω	6	6.0
Σύνολο	100	100.0

Στην ερώτηση «οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο για τον καρκίνο είναι αποτελεσματικά μέτρα» το 67% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα, το 30% συμφωνεί και μόλις το 3% διαφωνεί απόλυτα. Ποσοστά αρκετά ικανοποιητικά αφού δείχνουν ότι η πρόληψη υιοθετείται στα μέτρα αποτελεσματικότητας κατά του καρκίνου.

Πίνακας 19: Οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι σε δευτερογενές επίπεδο για τον καρκίνο είναι αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη;

<u>Πρόθεση απάντησης</u>	N	%
Συμφωνώ απόλυτα	67	67.0
Συμφωνώ	30	30.0
Διαφωνώ απόλυτα	3	3.0
Σύνολο	100	100.0

Όσο αφορά την πεποίθηση «αν δεν πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, άρα γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις», τα αποτελέσματα ήταν θετικά με υψηλά ποσοστά να αγγίζουν 56% και 30% όσων απάντησαν «διαφωνώ απόλυτα» και «διαφωνώ», αντίστοιχα. Εκείνοι που απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα» ή «συμφωνώ», αποτέλεσαν το 5% και 6% αντίστοιχα, ενώ ένα 3% απάντησε «δεν γνωρίζω».

Πίνακας 20: Αν δε πεθάνεις από μια αιτία θα πεθάνεις από κάποια άλλη, γιατί να κάνεις προληπτικές εξετάσεις.

<u>Πρόθεση Απάντησης</u>	N	%
Συμφωνώ απόλυτα	5	5.0
Συμφωνώ	6	6.0
Διαφωνώ απόλυτα	30	30.0
Διαφωνώ	56	56.0
Δεν γνωρίζω	3	3.0
Σύνολο	100	100.0

Ο πίνακας 21 παρουσιάζει τα αποτελέσματα από το ερώτημα «τα πάντα προκαλούν καρκίνο» και αυτά δείχνουν ότι το 51% των ερωτηθέντων «διαφωνεί απόλυτα», το 27% «διαφωνεί» ενώ ένας στους 100 «συμφωνεί απόλυτα» και το 10% «συμφωνεί» απλά. Το 11% απάντησε «δεν γνωρίζω».

Πίνακας 21: Τα πάντα προκαλούν καρκίνο.

<u>Πρόθεση Απάντησης</u>	N	%
Συμφωνώ απόλυτα	1	1.0
Συμφωνώ	10	10.0
Διαφωνώ απόλυτα	51	51.0
Διαφωνώ	27	27.0
Δεν γνωρίζω	11	11.0
Σύνολο	100	100.0

Το 52% πιστεύει ότι δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου γνώμη που δεν προάγει την πρόληψη. Ενώ μόνο το 18% συμφωνεί ότι υπάρχουν πολλά πράγματα να κάνει κάποιος ώστε να μειώσει την εμφάνιση του καρκίνου όπως παρουσιάζει τα αποτελέσματα ο πίνακας 22.

Πίνακας 22: Υπάρχουν πολλά πράγματα ή όχι που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου.

<u>Πρόθεση Απάντησης</u>	N	%
Συμφωνώ απόλυτα	1	1.0
Συμφωνώ	18	18.0
Διαφωνώ απόλυτα	52	52.0
Διαφωνώ	23	23.0
Δεν γνωρίζω	6	6.0
Σύνολο	100	100.0

Σύμφωνα με τον πίνακα 23, υψηλό ήταν το ποσοστό όσων απάντησαν «διαφωνώ απόλυτα» με 51%, ενώ το 19% ήταν εκείνο που απάντησε «συμφωνώ». Επίσης, ένα ποσοστό της τάξεως του 14% σημείωσε την απάντηση «δεν γνωρίζω».

Πίνακας 23: «Υπάρχουν τόσες πολλές συστάσεις και μέτρα που προτείνονται για την πρόληψη του καρκίνου που είναι δύσκολο να ξέρεις ποιόν απ' όλους να ακολουθήσεις».

<u>Πρόθεση Απάντησης</u>	N	%
Συμφωνώ απόλυτα	2	2.0
Συμφωνώ	19	19.0
Διαφωνώ απόλυτα	51	51.0
Διαφωνώ	14	14.0
Δεν γνωρίζω	14	14.0
Σύνολο	100	100.0

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Τα αποτελέσματα της ερώτησης εάν εξασκούνται σωματικά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, είναι λίγο θετικά. Το 63% ασκείται ενώ το 37% όχι.

Πίνακας 24: Έντονη σωματική άσκηση ή δραστηριότητα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.

<u>Σωματική άσκηση μια φορά την εβδομάδα.</u>	N	%
Ναι	63	63.0
Όχι	37	37.0
Σύνολο	100	100.0

Όσο αφορά την συχνότητα του καπνίσματος, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, σχεδόν το ήμισυ του δείγματος, το 49% δηλώνει ότι δεν καπνίζει καθόλου, το 29% δηλώνει ότι καπνίζει σε καθημερινή βάση ενώ το 22% δηλώνει ότι καπνίζει μερικές φορές.

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ως προς την συχνότητα που καπνίζουν.

<u>Συχνότητα Καπνίσματος</u>	N	%
Καθημερινά	29	29,0
Μερικές φορές	22	22,0
Καθόλου	49	49,0
Σύνολο	100	100,0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 25, από το 49% που δεν καπνίζει καθόλου, το 15% κάπνιζε στο παρελθόν και τώρα το σταμάτησε, ενώ το 34% δεν έχει αγγίξει καθόλου τσιγάρο στην ζωή του.

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ως προς το ερώτημα: «Εάν δεν καπνίζετε καθόλου, υπήρξατε καπνιστής στο παρελθόν;»

<u>Καπνιστής στο Παρελθόν</u>	N	%
Ναι	15	15,0
Όχι	34	34,0
Σύνολο	49	49,0
Μη απαντηθέντα	51	51,0
Γενικό Σύνολο	100	100,0

Από το 15% του δείγματος που κάπνιζε στο παρελθόν, το 9% σταμάτησε το τσιγάρο για προβλήματα υγείας και κατ' επέκταση για προληπτικούς λόγους, το 3% για λόγους εγκυμοσύνης και άλλο ένα ποσοστό της τάξεως 3% πάλι, σταμάτησε το κάπνισμα για ηθικούς λόγους.

Πίνακας 26: Κατανομή δείγματος ως προς τις αιτίες για τις οποίες σταμάτησε το τσιγάρο.

<u>Λόγοι διακοπής του τσιγάρου</u>	N	%
Μη απαντηθέντα	85	85,0
Πρόληψη-Προβλήματα Υγείας	9	9,0
Εγκυμοσύνη	3	3,0
Ηθικοί λόγοι	3	3,0
Σύνολο	100	100,0

Στην ερώτηση που αφορά την συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, το 37% του δείγματος δηλώνει ότι καταναλώνει φρούτα σχεδόν καθημερινά, το 22% καταναλώνει 1 με 2 φορές την εβδομάδα και μόλις το 3% καταναλώνει φρούτα λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα, όπως όλα φαίνονται στον πίνακα 27.

Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων φρούτων.

<u>Συχνότητα κατανάλωσης Φρούτων</u>	N	%
Σπάνια	3	3.0
Λιγότερο απο μια φορά την εβδομάδα	3	3.0
1-2 φορές την εβδομάδα	22	22.0
3-4 φορές την εβδομάδα	17	17.0
Σχεδόν καθημερινά	37	37.0
Πολλές φορές την ημέρα	18	18.0
Σύνολο	100	100.0

Ο πίνακας 28 παρουσιάζει την συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων χυμών και το μεγαλύτερο ποσοστό αγγίζει μόλις το 27% να καταναλώνει μόνο 1-2 φορές την εβδομάδα φρέσκα φρούτα, το 20% δηλώνει ότι σπάνια πίνει φρέσκο χυμό φρούτων, ενώ εντύπωση κάνει μόνο το 7% του δείγματος να καταναλώνει φρέσκα φρούτα 3-4 φορές την εβδομάδα. Όμως το 19% καταναλώνει φρέσκους χυμούς σχεδόν καθημερινά.

Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων χυμών την εβδομάδα.

<u>Συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων χυμών</u>	N	%
Σπάνια	20	20.0
Λιγότερο απο μια φορά την εβδομάδα	20	20.0
1-2 φορές την εβδομάδα	27	27.0
3-4 φορές την εβδομάδα	7	7.0
Σχεδόν καθημερινά	19	19.0
Πολλές φορές την ημέρα	6	6.0
Μη απαντημένα	1	1.0
Σύνολο	100	100.0

Αντίθετα, με τα παραπάνω αποτελέσματα, εδώ (πίνακας 29) εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό του 37% να απαντάει πως σχεδόν καθημερινά καταναλώνει φρέσκα λαχανικά και ένα ποσοστό 4% απαντά πως λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα καταναλώνει φρέσκα λαχανικά.

Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων λαχανικών την εβδομάδα.

<u>Συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων λαχανικών</u>	N	%
Σπάνια	1	1.0
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	4	4.0
1-2 φορές την εβδομάδα	19	19.0
3-4 φορές την εβδομάδα	30	30.0
Σχεδόν καθημερινά	37	37.0
Πολλές φορές την ημέρα	9	9.0
Σύνολο	100	100.0

Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

1. Τραφείτε με βάση τη Μεσογειακή διαίτα
2. Περπατήστε 3-5 χλμ. καθημερινά
3. Διατηρήστε την πίεσή σας σε φυσιολογικό επίπεδο
4. Διατηρήστε το βάρος σας σε φυσιολογικό επίπεδο
5. Διατηρήστε το σάκχαρο στο αίμα σας σε φυσιολογικό επίπεδο
6. Διατηρήστε τη χολστερόλη στο αίμα σας σε φυσιολογικό επίπεδο
7. Ελέγξτε αν έχετε φυσιολογική CRP (δείκτης φλεγμονής)
8. Έχετε φυσιολογικό ινωδογόνο και αιμοπετάλια
9. Μην καπνίζετε!
10. Μην κάνετε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (ναρκωτικών)

(Πηγή: ΒήμαScience Ιατρική, Κυριακή 28 Σεπτεμβρίου 2008)

4 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1ος Μύθος: *«Γιατί να σταματήσω το κάπνισμα; Η ζημιά στον οργανισμό μου έχει ήδη γίνει!»*

Πραγματικότητα: Είκοσι λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο η αρτηριακή πίεση γίνεται κανονική, οι καρδιακοί παλμοί επανέρχονται στο φυσιολογικό τους ρυθμό και η θερμοκρασία του σώματος επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Μετά από 8 ώρες το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα και το οξυγόνο στο αίμα αυξάνεται. Μετά από 24 ώρες η γεύση και η όσφρηση βελτιώνονται. Μετά από 72 ώρες η αναπνοή γίνεται ευκολότερη, αφού οι αεραγωγοί των πνευμόνων χαλαρώνουν. Μετά από δύο μήνες βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος, ο πρώην καπνιστής νιώθει μεγαλύτερη ζωντάνια, μπορεί να ανεβαίνει τις σκάλες, να περπατά γρηγορότερα και να γυμνάζεται χωρίς να λαχανιάζει και η λειτουργία των πνευμόνων αυξάνεται μέχρι και 30%. Μετά από 5 χρόνια μειώνεται σχεδόν στο μισό ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου από καρδιακή προσβολή. Μετά από 10 χρόνια αντικαθίστανται με φυσιολογικά τα προ-καρκινικά κύτταρα που δημιουργούνται από το κάπνισμα και ο κίνδυνος για την εκδήλωση καρκίνου του πνεύμονα, καρδιοπαθειών και εγκεφαλικών επεισοδίων γίνεται σχεδόν ο ίδιος με αυτόν που διατρέχουν τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ.

2ος Μύθος: *«Το κάπνισμα μου προσφέρει απόλαυση και διέξοδο από το άγχος και το στρες»*

Πραγματικότητα: Όταν η νικοτίνη στο αίμα σας πέφτει σε χαμηλά επίπεδα έχετε συμπτώματα στέρησης, είστε νευρικοί και νιώθετε άγχος. Καπνίζοντας, αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης, γίνεστε λιγότερο νευρικοί και μειώνεται το άγχος. Επομένως, το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού.

3ος Μύθος: «Δεν έχω τη δύναμη να σταματήσω το κάπνισμα»

Πραγματικότητα: Η θέληση και η αποφασιστικότητα, εξελίσσονται και αλλάζουν. Η απόφαση να διακόψετε το κάπνισμα ενισχύεται, αν αναλογιστείτε όλα όσα έχετε καταφέρει μέχρι σήμερα στη ζωή σας. Αντλήστε δύναμη και βάλτε τους στόχους σας. Μετά τις πρώτες δύσκολες μέρες, θα νιώσετε περήφανοι για τον εαυτό σας.

4ος Μύθος: «Δεν υπάρχει κανείς που μπορεί να με βοηθήσει να κόψω το κάπνισμα»

Πραγματικότητα: Υπάρχει και καταρχήν είναι ο εαυτός σας. Πολλοί πρώην καπνιστές λένε ότι κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα όταν σταμάτησαν να ψάχνουν γύρω τους για βοήθεια και στράφηκαν στον εαυτό τους για να βρουν τη δύναμη να κόψουν το τσιγάρο.

ΠΩΣ ΝΑ ΚΟΨΟΥΜΕ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ:

Το να διακόψει κανείς το κάπνισμα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Ούτε όμως και αδύνατο. Οι περισσότεροι το κόβουν από μόνοι τους. Αρκεί να το αποφασίσουν και να δείξουν θέληση, ειδικά τις πρώτες μέρες. Στην προσπάθεια αυτή ασφαλώς βοηθάει κάποια προετοιμασία και ορισμένες πρακτικές ρυθμίσεις:

- Δημιουργήστε ένα ευνοϊκό περιβάλλον. Μειώστε τους πειρασμούς, εξαφανίστε τα τσιγάρα και τα τασάκια από το περιβάλλον σας.
- Αποφεύγετε μέρη που καπνίζουν και γεμίστε το χρόνο σας με δραστηριότητες που σας ταιριάζουν (διάβασμα, μουσική, άσκηση, σινεμά).
- Σταματήστε το κάπνισμα μαζί με ένα άλλο μέλος της οικογένειας, ένα φίλο, ένα συνάδελφο. Η ψυχολογική αλληλοβοήθεια είναι αποτελεσματική.
- Ανακοινώστε επίσης στο περιβάλλον σας ότι σταματήσατε να καπνίζετε.
- Διαλέξτε την κατάλληλη στιγμή της διακοπής, μακριά από επαγγελματικά και οικογενειακά προβλήματα.
- Για τους λίγους καπνιστές που μπορεί να αυξηθεί το βάρος τους μετά τη διακοπή, αρχίστε από πριν να τρώτε υγιεινά και μικρότερες μερίδες, προτιμώντας τα φρούτα αντί για τα γλυκά, χυμούς και πολύ νερό αντί για αλκοόλ.

- Μην αφήνεται άλλους να καπνίζουν στο σπίτι σας ή στο χώρο εργασίας σας (που έτσι κι αλλιώς απαγορεύεται) και αποφύγετε τις πρώτες μέρες μέρη με πολλούς καπνιστές, προτιμώντας μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα.
- Για να μειώσετε το άγχος από τη στέρηση της νικοτίνης, αναγνωρίστε τις καταστάσεις που σας δημιουργούν άγχος, πάρτε πολλές βαθιές αναπνοές, πίνετε πολύ νερό, μάθετε να εκφράζεται τα συναισθήματά σας, αποκτήστε ένα χόμπι και κάντε συχνά γυμναστική.
- Πάνω απ' όλα όμως, το μυστικό της επιτυχίας είναι η θέληση και η αποφασιστικότητα.

Τι γίνεται όμως εάν προσπαθήσουμε να κόψουμε το τσιγάρο και δεν τα καταφέρουμε; Πρώτα απ' όλα δεν απελπιζόμαστε και δεν τα παρατάμε. Λίγοι τα κατάφεραν με την πρώτη. Γι' αυτό και ξαναδοκιμάζουμε φροντίζοντας όλα όσα αναφέραμε την προηγούμενη εβδομάδα. Αν όμως τα πράγματα είναι όντως δύσκολα, τότε μπορούμε να απευθυνθούμε σε ειδικούς και να ζητήσουμε βοήθεια.

Πρώτα απ' όλα υπάρχουν οδηγοί διακοπής καπνίσματος που παρέχουν πολλές χρήσιμες και πρακτικές οδηγίες. Ένα τέτοιο οδηγό «Η Ζωή χωρίς Τσιγάρο» παρέχουμε και εμείς δωρεάν από το ΙΚΠΙ. Ανάλογα εγχειρίδια αυτοβοήθειας υπάρχουν πλέον και στο Διαδίκτυο, όπου σε διάφορες διευθύνσεις, όπως και στη δική μας (neahygeia.gr), βρίσκει κανείς όχι μόνο πληροφορίες αλλά και καθοδηγούμενα προγράμματα διακοπής καπνίσματος.

Αν και αυτά δεν είναι αρκετά, τότε κανείς μπορεί να καταφύγει είτε σε υποκατάστατα νικοτίνης (τσίχλες, αυτοκόλλητα, εισπνοές) είτε σε ειδικά φάρμακα με την καθοδήγηση γιατρού. Σύντομα δε αναμένεται στη χώρα μας ένα νέο αποτελεσματικό φάρμακο. Βέβαια, τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι πολύ πιο αποτελεσματικά όταν εντάσσονται σε προγράμματα συμβουλευτικής παρέμβασης, τα οποία είναι τελικά και τα πιο αποτελεσματικά μέσα διακοπής καπνίσματος.

(Γιάννη Τούντα, Αν. Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Διευθυντή, Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ))

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ 2008-2013

Με προϋπολογισμό 321.5 εκατομμύρια ευρώ, το 2ο πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας 2008-2013 τέθηκε σε ισχύ από την 1η Ιανουαρίου 2008. Το πρόγραμμα αποβλέπει στην εκπλήρωση τριών σκοπών: την βελτίωση της ασφάλειας υγείας των πολιτών την προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία την παραγωγή και διασπορά των πληροφοριών και των γνώσεων που αφορούν στην υγεία.

Σε ό,τι αφορά στην ασφάλεια της υγείας, οι προτεινόμενες δράσεις θα περιλαμβάνουν την ανάπτυξη στρατηγικών και μηχανισμών για την πρόληψη, την ανταλλαγή πληροφοριών και την αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία από μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες ή από φυσικές, χημικές ή βιολογικές πηγές την ανάληψη δράσεων για την διασφάλιση υψηλής ποιότητας συνεργασίας μεταξύ των διαγνωστικών επιστημονικών εργαστηρίων των κρατών-μελών και την υποστήριξή τους ώστε να προωθούνται τα θέματα που αφορούν την ευρωπαϊκή κοινότητα την καθιέρωση ενός δικτύου επιστημονικών εργαστηρίων με αναφορά στην ευρωπαϊκή κοινότητα.

Σε ό,τι αφορά στην προαγωγή της ασφάλειας των πολιτών, τα μέτρα θα περιλαμβάνουν την ενίσχυση της ασφάλειας και της ποιότητας των οργάνων του σώματος, του αίματος και των παραγώγων του και την προαγωγή της διαθεσιμότητας, της ανιχνευσιμότητας και της προσβασιμότητας σε αυτά για ιατρική χρήση.

Σε ό,τι αφορά στην προαγωγή της υγείας, θα αναληφθεί δράση στους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία όπως η διατροφή, το αλκοόλ, το κάπνισμα και τα ναρκωτικά καθώς επίσης και στους κοινωνικό-περιβαλλοντικούς παράγοντες. Θα ληφθούν μέτρα για την πρόληψη των κυριότερων ασθενειών, με κριτήριο τη συνολική επιβάρυνση στην κοινότητα, και για την πρόληψη των σπανιότερων ασθενειών, μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων που τις προκαλούν. Ακόμη, θα αναληφθεί δράση για την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, για την αύξηση των υγιών χρόνων ζωής και την προαγωγή της υγιούς ωρίμανσης.

Οι δράσεις για τη διασπορά και την ανταλλαγή γνώσεων θα περιλαμβάνουν περαιτέρω ανάπτυξη συνεχούς συστήματος παρακολούθησης της υγείας με μηχανισμούς για τη συλλογή συγκρίσιμων δεδομένων και πληροφοριών, με χρήση

κατάλληλων δεικτών. (http://www.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2007/l_301/l_3012007_1120en00030013.pdf)

Παρακάτω παραθέτουμε την συνέντευξη της δημοσιογράφου Κατερίνας Γκίκα, η οποία προσβλήθηκε με καρκίνο και μέσα από την οποία αναδεικνύεται πλήρως η ψυχολογία του ογκολογικού ασθενή.

Κατερίνα Γκίκα: «Η ζωή μου φέρθηκε γενναιόδωρα. Δεν πέθανα»
Μια νέα γυναίκα μετά τη μαστεκτομή ατενίζει το μέλλον με χαμόγελο.

ΣΤΑΥΡΟΣ ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ

Η Κατερίνα δεν ήξερε από αρρώστιες. Μια θεία είχε μόνο στο χωριό που έπασχε από την «επάρατο». Ψιθυριστά είχε ακούσει ότι «στη θεία έκοψαν το στήθος για να σωθεί». Κάποια στιγμή πρέπει να την είδε κιόλας μισόγυμνη. «Ο καθρέφτης του καρκίνου» τής φάνηκε αποκρουστικός.

Είκοσι χρόνια μετά η Κατερίνα Γκίκα, δημοσιογράφος πια σε εφημερίδες και κανάλια, ακούει τον γιατρό να της λέει ότι έχει καρκίνο. Η ίδια όμως δεν θέλει τους ψιθύρους. Για να τους προλάβει «ανακοινώνει» την αρρώστια της, προχωράει. Χημειοθεραπείες, χειρουργείο, μαστεκτομή. Όλοι ή σχεδόν όλοι τής συμπαραστέκονται. Οι υπόλοιποι τη σέβονται. Και τώρα που όλα αυτά έχουν τελειώσει δηλώνει ευτυχισμένη «στο νέο της σώμα». Η χορδή τεντώθηκε αλλά δεν έσπασε. Ίσως μάλιστα τώρα να βγάζει και ωραιότερο ήχο.

Πότε έμαθες ότι έχεις καρκίνο;

- Μεγάλη Δευτέρα, πέρυσι.

Πες μου πώς;

- Είχα πιάσει στο στήθος μου έναν όγκο. Από την πρώτη στιγμή που τον έπιασα κατάλαβα ότι είναι καρκίνος. Αλλά έκανα εξετάσεις και μου είπαν ότι είναι μαστίτιδα. Συνέχισα όμως να πονάω και αισθανόμουν το στήθος μου πολύ βαρύ.

Πηγαίνεις, λοιπόν, σε άλλο γιατρό.

- Ναι, αυτή την φορά σε ογκολόγο. Ακούμπησε το χέρι του πάνω στο στήθος μου και είδα το πρόσωπό του να αλλάζει. Του λέω «γιατρέ έχω καρκίνο;». «Κατά 99%, ναι». Αρχίζω εξετάσεις. Μου είναι δύσκολο να τα θυμάμαι όλα αυτά.

Τι σκεφτόσουν εκείνες τις πρώτες στιγμές που το έμαθες;

- Ότι θα πεθάνω. Τον γιατρό που μου είπε ότι έχω καρκίνο δεν τον ξαναείδα ποτέ.

Σε φόβισε;

- Όχι. Μου είπε «έχεις καρκίνο, αλλά σου υπόσχομαι ότι δεν θα πεθάνεις από αυτό». Τα λόγια του τα είχα πάντα στο μυαλό μου, ακόμα δηλαδή τα έχω, αλλά δεν μπορούσα να τον δω. Ούτε ποτέ του τηλεφώνησα να τον ευχαριστήσω. Ήταν ο πρώτος που μου το είπε.

Εκείνο το πρώτο βράδυ, τι έκανες;

- Το βράδυ το πέρασα στο σπίτι του συντρόφου μου. Και όλη την πρώτη εβδομάδα των εξετάσεων έμεινα μαζί του.

Κάνατε έρωτα εκείνες τις μέρες;

- Ναι.

Είχες την ανάγκη να είσαι κοντά του;

- Δεν ξέρω. Όταν έπιασα τον όγκο στο στήθος μου, του ζήτησα να χωρίσουμε. Ήξερα τι είναι. Ήξερα ότι δεν θα μπορούσε και ήθελα να δώσω εγώ το τέλος. Το πρώτο βράδυ δεν μπόρεσα να κοιμηθώ. Έτρεμα. Σκεφτόμουν αν έχει κάνει μετάσταση...

Και το πρωί;

- Πήρα όλες τις φίλες μου και τους έδωσα ραντεβού σε ένα καφέ. Δεν μπορούσα να το αντιμετωπίσω μόνη μου. «Δεν θέλω κλάματα, μοιρολατρίες, φοβισμένα πρόσωπα...» τούς ξεκαθάρισα. Θέλω μόνο αισιόδοξους ανθρώπους.

Η οικογένειά σου;

- Οι αδελφές μου το έμαθαν αμέσως. Οι γονείς μου ήταν στην επαρχία. Σκέφθηκα να πάμε όλοι μαζί να κάνουμε Πάσχα στο χωριό και μετά να τους το πούμε. Δεν ήθελα να τους το πω η ίδια. Δεν ξέρω γιατί, αλλά αισθανόμουν ενοχές. Σαν να έφταιγα εγώ

που αρρώστησα. Πίστευα ότι θα τους απογοήτευα αν τους το έλεγα. Ούτε στο νοσοκομείο τούς άφησα να έρθουν. Θα με βάρυναν με τους φόβους τους.

Ο καρκίνος ήταν κάτι άγνωστο στο οικογενειακό σου περιβάλλον;

- Μια θεία μου είχε κάνει μαστεκτομή στα 35 της. Το χέρι της ήταν πρησμένο μόνιμα και έλεγε ότι την είχαν τσιμπήσει μέλισσες. Μια φορά την είδα. Και είχα πάντα στο μυαλό μου αυτή την αποκρουστική εικόνα τού να μην έχει μια γυναίκα στήθος. Ήξερα όμως ότι μπορείς να ζήσεις με τον καρκίνο.

Πώς έρχεται και πώς φεύγει ο φόβος του θανάτου;

- Στην αρχή σκέφτεσαι τα πρόσωπα γύρω σου. Πώς θα το αντιμετωπίσουν, πόσο θα στεναχωρηθούν. Σκέφτεσαι τους γονείς σου. Όσα δεν πρόλαβες. Αναρωτιέσαι τι έχεις κάνει στη ζωή σου, τι εκκρεμότητες έχεις. Τι θα αφήσεις πίσω σου; Εγώ δεν έχω παιδιά και αυτό με έκανε να αισθάνομαι καλά. «Δεν έχω εκκρεμότητες, οπότε μπορώ να πεθάνω και αύριο», σκέφτηκα. Απ' την άλλη ήθελα να ζήσω.

Στον Θεό πίστευες;

- Όχι, δεν πίστευα. Η οικογένειά μου ήταν θρησκευόμενη, με θείο παπά, με εκκλησίες, εγώ όμως δεν αισθανόμουν τίποτα. Όμως το πρώτο βράδυ που δεν μπορούσα να κοιμηθώ, που έτρεμα, έκλεισα τα μάτια μου και είδα την μητέρα μου και έναν άγιο να με προστατεύει. Έτσι αποκοιμήθηκα. Ξύπνησα το πρωί λέγοντας ότι μπορώ να τα αντιμετωπίσω όλα. Τα λόγια του γιατρού ότι «δεν θα πεθάνεις απ' αυτό» μαζί με το όνειρο μού έδωσαν θάρρος. Δεν ξέρω αν ήταν η ανάγκη μου να πιστέψω στον Θεό, αλλά πίστευα.

Να γυρίσουμε στο τότε; Σε ποιο νοσοκομείο πήγες για την θεραπεία;

- Αφού βεβαιώνομαι ότι έχω καρκίνο, με έναν ψυχραιμο φίλο μου που τον εμπιστεύομαι αποφασίζουμε να πάω στην Άννα Εφραιμίδου στον «Άγιο Σάββα». Είχα και μια μικρή ελπίδα ότι θα μου πει «λάθος», «δεν έχετε τίποτα».

Η γιατρός σου εξήγησε τι θα συμβεί;

- Μου εξήγησε, αλλά όχι όλα απ' την αρχή.

Για τη μαστεκτομή;

- Το ήξερα. Απ' την πρώτη στιγμή που μου είπαν «έχεις καρκίνο» σκέφτηκα ότι δεν θα έχω μαλλιά και δεν θα έχω στήθος. Ευθέως δεν χρειαζόταν να μου το πουν. Ήταν σαν να το είχα ακούσει.

Τον σύντροφό σου είχες πάψει να τον συναντάς;

- Την πρώτη ημέρα που θα έκανα τη χημειοθεραπεία μου ανακοίνωσε ότι φεύγει ταξίδι στο εξωτερικό. Ήταν πολύ αδύναμος για να μου σταθεί. Η αλήθεια είναι ότι μόνο οι γυναίκες μπορούσαν τότε να με καταλάβουν. Όχι οι άντρες. Ίσως ένας δύο φίλοι μόνο. Όχι πρώην εραστές, ούτε εραστές, ούτε δυνάμει εραστές. Άντρες που είχαν μεγαλώσει όμως με γυναίκες.

Περιμένοντας στο χειρουργείο, ποιες ήταν οι σκέψεις σου;

- Μπορώ να σου πω ότι η καλύτερη περίοδος ήταν οι μέρες του χειρουργείου. Πριν και μετά.

Παράξενο μού ακούγεται...

- Μα το περίμενα σαν λύτρωση. Θα έφευγε από μέσα μου αυτό το πράγμα. Όταν το έπιασα για πρώτη φορά, αμέσως κατάλαβα ότι είναι καρκίνος και το μόνο που ήθελα ήταν να τον βγάλω. Η πρώτη χημειοθεραπεία έγινε λίγο πριν από τα γενέθλιά μου. Μετά έφυγα και πήγα στην Κάλυμνο σε ένα μοναστήρι. Γύρισα και έκανα ένα πάρτι. Μπαινόβγαίνα στο νοσοκομείο μέχρι που τον Αύγουστο έκανα την εγχείρηση. Την προηγούμενη μέρα από το χειρουργείο είχα πάει στους Ολυμπιακούς Αγώνες.

Μετά είχες την αίσθηση του ακρωτηριασμού;

- Όχι, δεν τον ήθελα, δεν ήθελα αυτόν τον άρρωστο μαστό επάνω μου. Μάλιστα, την επόμενη ημέρα, στο διπλανό δωμάτιο, ήρθε μια γυναίκα. Θα της έκαναν μαστεκτομή και ήταν σε άθλια ψυχολογική κατάσταση. Είχε ήδη ένα παιδί, της λέω «εγώ δεν έχω κάνει ούτε παιδί». «Και πώς θα έχω ρώγα μετά;», με ρωτά. Της λέω «γίνονται πλαστικές». Εγώ αυτό δεν το είχα σκεφτεί. Πώς θα είναι το στήθος πάλι;

Εσύ θα κάνεις πλαστική;

- Ετοιμάζομαι, ίσως τον άλλο μήνα.

Πώς ήταν τα πράγματα έξω, όταν βγήκες από το νοσοκομείο;

- Το μόνο που με βασάνιζε ήταν τα μαλλιά, η περούκα. Μια μέρα ο ψύχραιμος φίλος με παίρνει και μου λέει «βγάλε την περούκα, το καπέλο και πάμε έτσι στο κανάλι». Τα μαλλιά μου είχαν αρχίσει ήδη να βγαίνουν. Και πήγαμε με πολύ κοντό μαλλί. Απελευθερώθηκα, άλλαξα στυλ και δεν ξαναφόρεσα περούκα.

Έκανες συχνά τη σκέψη «γιατί σ' εμένα»;

- Δεν ξέρω αν συνέβαινε αυτό στην αδερφή μου ή στην καλύτερή μου φίλη, αν θα το άντεχα. Προτιμώ πάντως να σκέφτομαι ότι η ζωή μου φέρθηκε γενναιόδωρα, γιατί θα μπορούσα να είχα πεθάνει.

«Ο έρωτας δεν σταματά μετά το χειρουργείο»

Η επέμβαση δεν σηματοδότησε το τέλος της προσωπικής ζωής της Κατερίνας.

«Μόλις βγήκα από το νοσοκομείο συναντήθηκα με τον πρώην σύντροφό μου», λέει η ίδια και εξηγεί: «Ηθελα πολύ να αισθανθώ γυναίκα. Νόμιζα ότι κανένας άντρας πια δε θα με θέλει. Μου άρεσε το στήθος μου και είχα χάσει την αυτοπεποίθησή μου, δεν μου άρεσε το σώμα μου, οπότε θεωρούσα ότι δεν θα αρέσει και σε κανέναν άλλον. Νόμιζα ότι είχε κλείσει το θέμα έρωτας για μένα».

Και βέβαια έκανες λάθος.

- Ναι, αν σκεφθείς ότι τώρα είμαι σε μια από τις καλύτερες ερωτικές περιόδους της ζωής μου.

Παιδί θα κάνεις;

- Ο γιατρός μου έχει πει ότι μπορώ. Δεν ξέρω όμως αν θα κάνω. Έτσι κι αλλιώς, για τα επόμενα τέσσερα χρόνια δεν πρέπει να κάνω.

Η γιατρός, αλήθεια, που είχε κάνει λάθος διάγνωση και σου είχε πει για μαστίτιδα τι απέγινε;

- Παραμένει στο πόστο της. Μου είπαν να της κάνω έγγραφη καταγγελία ή μήνυση. Δεν θέλω να μπω σε αυτή την περιπέτεια. Έχασα πολύ χρόνο. Θα μπορούσα να είχα πεθάνει. «Αν αυτό είναι καρκίνος, θα είχες πεθάνει», μου είχε πει για να με καθησυχάσει...

Τι θα έλεγες σε μια γυναίκα που περιμένει σήμερα ένα χειρουργείο;

- Η μοιρολατρία και ο πανικός δεν βοηθούν. Εγώ εμπιστεύτηκα μία και μόνο γιατρό, την Άννα Εφραιμίδου, και δεν έτρεχα από εδώ και από εκεί με τις εξετάσεις. Ούτε στο εξωτερικό ούτε πουθενά. Και όταν ο χειρουργός μου πρότεινε να κάνουμε ογκεκτομή αντί για ολική αφαίρεση, η απάντησή μου ήταν: « Θα κάνω ό,τι έχει πει η γιατρός μου».

Υπάρχει η αντίληψη, ότι όποιος πλησιάζει τον θάνατο γίνεται ή χειρότερος ή καλύτερος.

- Και εγώ άλλαξα. Δεν κρατάω πια κοντά μου ανθρώπους που μπορεί να μου κάνουν κακό. Το χρωστάω στον εαυτό μου. Δεν είμαι πια ανεκτική.

Καπνίζεις;

- Καπνίζω λίγο, αλλά μην το πεις στη γιατρό μου.

Αν γνωρίζεις έναν άντρα σήμερα, θα του μιλήσεις για την περιπέτειά σου;

- Δεν μπορώ να κρύψω τον εαυτό μου. Αυτή είμαι και αν με θέλουν. Τους πρώτους

μήνες μετά την εγχείρηση αναρωτιόμουν αν είμαι πλέον ανάπηρη. Ένα χρόνο μετά δεν αισθάνομαι καμία απολύτως αναπηρία και αυτό το οφείλω σε έναν και μόνο άνθρωπο. Μ' έκανε να δω τον εαυτό μου μέσα απ' τα μάτια του.

Και τι όνειρα κάνεις μαζί του;

- Μικρά και εύκολα. Ονειρεύομαι να πάω σε μια παραλία και να κοιμηθώ, κάτω από τ' άστρα. Και το κάνω. Ο εραστής μου μού λέει «θα σ' αγαπώ για πάντα» και τον πιστεύω, γιατί το πάντα είναι τώρα.

Σ' αρέσει πια να μην κοιμάσαι μόνη σου τα βράδια;

- Πάντα μ' άρεσε. Το πρώτο διάστημα όμως, μετά την εγχείρηση, ήθελα να γδύνομαι και να είμαι μόνη στο κρεβάτι μου. Ντρεπόμουν τους άλλους. Νόμιζα μάλιστα ότι κόβοντας το ένα στήθος η περιοχή αυτή δεν υπάρχει, δεν είναι πια ερωτογόνος ζώνη. Είναι όμως. Τώρα όταν με ακουμπάει ο νέος σύντροφός μου αισθάνομαι μεγαλύτερη ικανοποίηση απ' ό,τι αισθανόμουν πριν. Αισθάνομαι ότι έχω ερωτευτεί τη ζωή, δεν με πειράζει αν πεθάνω ακόμα και αύριο, κάθε στιγμή την εκτιμώ.

(Εφημερίδα «Τα Νέα», www.tanea.gr, αφιέρωμα στον καρκίνο του μαστού)