



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του
καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε
γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΛΙΒΑΔΕΙΑ, ΜΑΪΟΣ 2024

© ΕΑΠ, 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός»), που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης, ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο τον χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δε σημαίνει καθ' όποιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού, ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός, διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ ΜΑΡΙΑ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας:

Επιβλέπων Καθηγητής: ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-επιβλέπων Καθηγητής: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛΗΣ

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

ΛΙΒΑΔΕΙΑ, ΜΑΪΟΣ 2024

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Στους πολυαγαπημένους μου γονείς, Νίκο και Σταυρούλα, που στέκονται πάντα πλάι μου.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Ευχαριστίες

Φτάνοντας στο τέλος της διαδρομής για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», επιθυμώ να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν και με στήριξαν ...

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω, ιδιαίτερα, τον κ. Σπυριδάκη Εμμανουήλ, για τη διαρκή καθοδήγηση, τις επισημάνσεις, και τη γενικότερη συνεργασία μας, η οποία χαρακτηρίστηκε από αμεσότητα και φιλικό κλίμα.

Επίσης, ένα μεγάλο «ευχαριστώ» στις συμμετέχουσες της παρούσας έρευνας, που αφιέρωσαν προσωπικό χρόνο, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι ενδιαφέρουσες συνεντεύξεις μας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον συνοδοιπόρο μου στη ζωή, τον Νίκο, για την αμέριστη συμπαράστασή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνιστά έναν κίνδυνο υγείας που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα σε παγκόσμιο επίπεδο, αποτελώντας την τέταρτη συχνότερη κακοήθεια του γυναικείου φύλου. Η πρόληψη, οι παράγοντες κινδύνου, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου αυτού, είναι ιδιαίτερης σημασίας μελήματα τόσο της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας, όσο και των γυναικολόγων ιατρών, οι οποίοι σε καθημερινή βάση καλούνται να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους θέματα υγείας. Η σχέση ιατρών – ασθενών, απασχολεί ιδιαίτερα την ψυχολογία της υγείας, αφού μέσω της σχέσης αυτής αναδεικνύονται και προωθούνται ζητήματα υγείας προς τους ασθενείς, συντελώντας σε καλύτερες πρακτικές πρόληψης και αντιμετώπισης ασθενειών. Πέραν της διάδρασης ιατρών – ασθενών, η ψυχολογία της υγείας έχει αναδείξει κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας, όπως το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και το Μοντέλο Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Μέσω αυτών των θεωριών, πραγματοποιείται μία διαρκής προσπάθεια για αναγνώριση των παραγόντων και των συνθηκών που οδηγούν τα άτομα στην τήρηση θετικών για την υγεία συμπεριφορών.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα διερευνά τις στάσεις και τις πεποιθήσεις γυναικών 30 έως 35 ετών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πραγματοποιώντας, μία συσχέτιση τόσο με τα κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας, όσο και με τις αναλύσεις για τη σημασία της σχέσης ιατρών – ασθενών.

Υλικό - Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οκτώ (8) γυναίκες ηλικίας 30 έως 35 ετών. Η επιλογή τους πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποιοτική έρευνα με δια ζώσης συνεντεύξεις, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις ημι-δομημένου τύπου. Τέλος, με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, «κωδικοποιήθηκαν» τα σημαντικότερα στοιχεία των λεγομένων των συμμετεχουσών, με στόχο την καλύτερη επεξεργασία τους και την απόδοση των νοημάτων τους.

Αποτελέσματα: Από την ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκε ότι παρά τις ασάφειες που υπάρχουν σχετικά με την πρόληψη, τους παράγοντες κινδύνου και την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το «Τεστ Παπανικολάου», αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τρόπο πρόληψης εμφάνισής του. Επίσης, σε βασικότερο παράγοντα ενθάρρυνσης αναδείχθηκε η θέληση των γυναικών να παραμένουν υγιείς, ενώ ταυτόχρονα, υπήρξε μία συσχέτιση μεταξύ της σχέσης των συμμετεχουσών με τον ιατρό τους και της τήρησης της προληπτικής τους συμπεριφοράς. Η ενσυναίσθηση, ακόμη, διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στα ευρήματα. Επιπροσθέτως, αναγνωρίστηκε η σημασία του κοινωνικού/πολιτισμικού περιβάλλοντος στην υιοθέτηση των εκάστοτε συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία.

Συμπεράσματα: Η ενημέρωση και η καθοδήγηση των γυναικών στα θέματα πρόληψης, αναγνώρισης συμπτωμάτων και αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθίσταται αναγκαία. Επιπλέον, η σχέση ιατρών – ασθενών, χρήζει αναθεώρησης, καθώς η λανθασμένη συμπεριφορά των ιατρών οδηγεί σε ιατρικά σφάλματα, όπως η παραμέληση προληπτικού ελέγχου.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, HPV, προ-συμπτωματικός έλεγχος, Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, Μοντέλο Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, σχέση ιατρών – ασθενών.

**“Assessment of attitudes and beliefs about cervical cancer prevention: a qualitative survey
on women aged 30-35.”**

Georgiadi Maria

Introduction: Cervical cancer is a health risk that concerns the scientific community worldwide, being the fourth most common malignancy of the female sex. The prevention, the risk factors, as well as the ways to deal with this cancer, are of particular importance to both the global medical community and gynaecologists, who, on a daily basis, are called upon to deal with such health issues. The relationship between doctors and patients is of particular concern to health psychology, since through this relationship health issues are highlighted and promoted to patients, contributing to better disease prevention and treatment practices. Beyond the doctor-patient relationship, health psychology has highlighted sociological-behavioural models concerning health behaviours, such as the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour. Through those theories, an ongoing effort is made, to identify the factors and conditions that lead individuals to encourage health-positive behaviours.

Objective: The present research investigates the attitudes and beliefs of 30 to 35-year-old women about the prevention of cervical cancer, carrying out a correlation both with the sociological-behavioural theories concerning health behaviours, and the analyses regarding the importance of doctor-patient relationship.

Methods: The research sample consisted of eight (8) 30 to 35-year-old women. They were selected by the method of purposive sampling. The method used is the qualitative research with live interviews, in which semi-structured questions were used. Finally, with the method of thematic analysis, the most important elements of what the participants said were "coded", aiming to a better processing and to the attribution of the participants' meanings.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Results: From the qualitative research carried out, it was found that despite the ambiguities that exist regarding the prevention, risk factors and treatment of cervical cancer, the "Pap-test" is the most widespread way of preventing its occurrence. Also, the women's desire to stay healthy emerged as the most basic factor of encouragement, while, at the same time, there was a correlation between the participants' relationship with their doctors and their adherence to preventive behaviour. Empathy also played an important role in the findings. Additionally, the importance of the social/cultural environment as regards with the encouragement of health-related behaviours was recognized.

Conclusion: Informing and guiding women towards the prevention, the recognition of symptoms and the treatment of cervical cancer, becomes necessary. In addition, the relationship between doctors and patients needs to be reviewed, as the wrong behaviour of doctors leads to medical errors, such as the neglect of preventive control.

Keywords: cervical cancer, HPV, presymptomatic testing, Health Belief Model, Theory of Planned Behaviour, doctor-patient relationship.

Πίνακας περιεχομένων

| | |
|---|----|
| Ευχαριστίες | 6 |
| Περίληψη..... | 7 |
| Abstract | 9 |
| Κατάλογος Πινάκων..... | 13 |
| Συντομογραφίες και ακρωνύμια..... | 14 |
| Εισαγωγή..... | 15 |
| Μέρος 1 ^ο | 17 |
| Κεφάλαιο 1 ^ο | 17 |
| 1.1. Ορισμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας..... | 17 |
| 1.2. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων και παράγοντες κινδύνου..... | 19 |
| 1.3. Συμπτώματα και στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας | 20 |
| 1.4. Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας | 22 |
| Κεφάλαιο 2 ^ο | 23 |
| 2.1. Κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια: το Μοντέλο Πεπονηθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ)..... | 23 |
| 2.1.1. Η έννοια της συμπεριφοράς υγείας | 23 |
| 2.1.2. Η συμπεριφορά ως αντικείμενο μελέτης της ψυχολογίας της υγείας..... | 23 |
| 2.1.3. Το Μοντέλο Πεπονηθήσεων για την Υγεία | 25 |
| 2.1.4. Το Μοντέλο Πεπονηθήσεων για την Υγεία και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας..... | 26 |
| 2.1.5. Περιορισμοί του Μοντέλου Πεπονηθήσεων για την Υγεία | 28 |
| 2.2. Αλλαγή συμπεριφοράς σε θέματα υγείας: Συνοπτική επισκόπηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις και τις πεπονηθήσεις υγείας σε προληπτικό επίπεδο | 29 |
| 2.3. Κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια: το Μοντέλο Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς..... | 30 |
| Κεφάλαιο 3 ^ο | 31 |
| 3.1. Η σχέση ιατρού και ασθενούς | 31 |
| 3.1.1. Η διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας: αρχές της ιατρικής φροντίδας και δεξιότητες επικοινωνίας | 31 |
| 3.1.2. Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ ιατρών – ασθενών | 32 |
| 3.1.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις για τη σχέση ιατρών – ασθενών | 37 |
| 3.1.5. Τύποι επικοινωνίας ιατρών – ασθενών | 39 |
| Μέρος 2 ^ο | 40 |
| Κεφάλαιο 4 ^ο | 40 |

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

| | |
|---|----|
| 4.1. Μεθοδολογία έρευνας | 40 |
| 4.1.1. Η συνέντευξη και ο καθορισμός του δείγματος στην ποιοτική έρευνα | 40 |
| 4.1.2. Ζητήματα δεοντολογίας στην έρευνα..... | 41 |
| 4.1.3. Περιορισμοί της έρευνας..... | 41 |
| 4.1.4. Συλλογή και ανάλυση των δεδομένων | 42 |
| 4.2. Διεξαγωγή της έρευνας | 44 |
| 4.3. Αποτελέσματα της έρευνας και συζήτηση | 57 |
| 4.4. Προτάσεις για το μέλλον..... | 60 |
| Βιβλιογραφία..... | 61 |

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|----|
| Πίνακας 1. Ερευνητικά ερωτήματα και ερωτήσεις | 42 |
| Πίνακας 2. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος..... | 44 |
| Πίνακας 3. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος | 48 |
| Πίνακας 4. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος..... | 52 |
| Πίνακας 5. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος..... | 53 |

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*
Συντομογραφίες και ακρωνύμια

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

DNA: Deoxyribonucleic Acid

HPV: Human Papillomavirus,

WHO: World Health Organization

ΜΠΥ: Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

«Τεστ-Παπ»: «Τεστ Παπανικολάου»

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τους Jain & Limaïem (2023) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2024), ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τέταρτος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως, σημειώνοντας, ότι το 2020 υπήρξαν 604.000 νέες περιπτώσεις και 342.000 θάνατοι. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης και θνησιμότητας του συγκεκριμένου καρκίνου αφορούν χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. Οι Jain & Limaïem (2023), όπως και ο WHO (World Health Organization) (2024), συνοψίζουν την έλλειψη πρόσβασης στον εθνικό εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV - Human Papillomavirus) και στις υπηρεσίες προ-συμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ως αποτελέσματα οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται λόγω μόλυνσης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, η οποία είναι μία ιογενής λοίμωξη που μεταδίδεται μετά από επαφή –κυρίως σεξουαλική– με μολυσμένο άτομο (Ευρωπαϊκή Πύλη Πληροφοριών Εμβολιασμού, χωρίς ημερομηνία).

Ο κίνδυνος νόσησης από τον συγκεκριμένο καρκίνο, αυξάνεται για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2023). Για τον λόγο αυτό, όπως προτείνεται και από τον WHO (2024), οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται κάθε 5 με 10 έτη για την ύπαρξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ξεκινώντας από την ηλικία των 30 ετών. Ιδιαίτερα όμως, η παγκόσμια στρατηγική υγείας, παροτρύνει τις γυναίκες –έως την ηλικία των 45 ετών– να υποβάλλονται τουλάχιστον δύο φορές σε εξέταση ανίχνευσης του ιού HPV. Με τον τρόπο αυτό, ο ιός αυτός ανιχνεύεται στο DNA (Deoxyribonucleic Acid), αναδεικνύοντας τον πιθανό κίνδυνο για ανάπτυξη προ-καρκινικών ή καρκινικών συμπτωμάτων (National Cancer Institute, 2023).

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, γίνεται φανερό, ότι η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί ένα διαρκές κομβικό σημείο για την εξάλειψη της νόσου. Η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία, παρέχει, βάσει των εκάστοτε σχετικών οδηγιών, αλλά και της ηλικιακής ομάδας στην οποία ανήκει μία γυναίκα (National Cancer Institute, 2023), τη δυνατότητα παρέμβασης σε ήδη υπάρχοντες παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του εν λόγω καρκίνου.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Στο πλαίσιο αυτό, κρίσιμη κρίνεται η αξιολόγηση των στάσεων και των πεποιθήσεων των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στην παρούσα εργασία, αντικείμενο έρευνας αποτελούν οι στάσεις και οι πεποιθήσεις γυναικών ηλικίας 30 – 35 ετών, αναδεικνύοντας, ενδεχομένως, μία συσχέτιση με τα κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια, αλλά και τη σημασία της σχέσης ιατρού – ασθενούς, για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών για την πρόληψη υγείας. Άλλωστε, η φράση του Dr. Nino Berdzuli, Διευθυντή Προγραμμάτων Υγείας Χωρών στον ΠΟΥ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας)/Ευρώπη, *«Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί. Καμία γυναίκα δεν πρέπει να πεθάνει από αυτό το νόσημα ... Ένα μέλλον χωρίς καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι στα χέρια μας. Έχουμε τη γνώση και τα εργαλεία ...»* (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2023), εκφράζει την αντίληψη της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας για τη σημασία της πρόληψης.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Μέρος 1^ο

Κεφάλαιο 1^ο

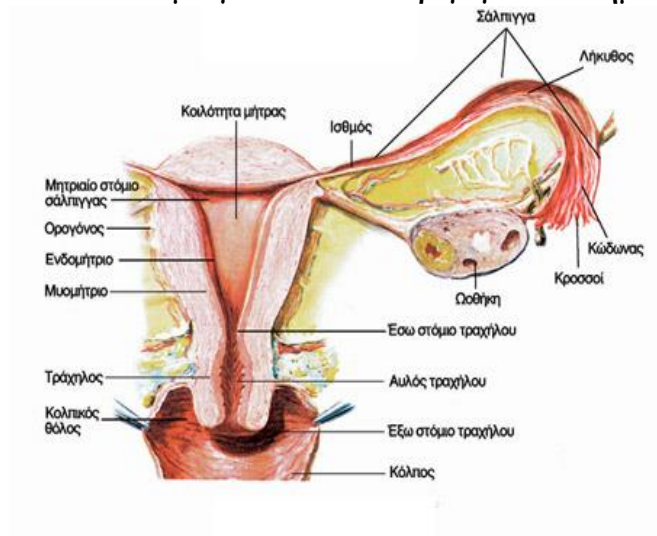
1.1. Ορισμός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Κατά τον Γοργούλη (2018), ως καρκινογένεση ορίζεται η διαδικασία μετατροπής ενός κυττάρου ή ενός πληθυσμού κυττάρων, από φυσιολογικό σε κακοήθες. Το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (2023), ορίζει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ως τον καρκίνο που ξεκινά από τα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο άκρο της μήτρας, συνδέοντάς τη με τον κόλπο, που είναι κανάλι γέννησης. Όπως περιγράφεται, ο συγκεκριμένος καρκίνος αναπτύσσεται σταδιακά, εμφανίζοντας –σε αρχικό στάδιο– δυσπλασίες, δηλαδή μη φυσιολογικά κύτταρα στον τραχηλικό ιστό. Αν οι δυσπλασίες αυτές δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, δύναται να αναπτυχθούν καρκινικά κύτταρα και να εξαπλωθούν τόσο βαθύτερα στον τράχηλο, όσο και σε άλλες περιοχές του σώματος.

Ο τράχηλος αποτελείται από δύο μέρη, τον εξωτράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Στο σημείο συνάντησης των δύο μερών είναι που ξεκινούν οι περισσότεροι καρκίνοι. Ο εξωτράχηλος, που καλύπτεται από πλακώδη κύτταρα, μπορεί να ελεγχθεί γυναικολογικά, καθώς βρίσκεται στο εξωτερικό τμήμα του τραχήλου. Αντίθετα, ο ενδοτράχηλος που καλύπτεται από αδενικά κύτταρα, βρίσκεται στο εσωτερικό του τραχήλου, ενώνοντας τον κόλπο με τη μήτρα (Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, 2023).

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Εικόνα 1: Ανατομία γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος



Πηγή: Ευγονία, χωρίς ημερομηνία

Δύο τύποι καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναγνωρίζονται ως οι συχνότεροι, το πλακώδες καρκίνωμα (ακανθοκυτταρικό) και το αδενοκαρκίνωμα. Ο πρώτος τύπος αποτελεί το 80-90% των περιπτώσεων, ενώ ο δεύτερος το 10-20% (Cancer Research UK, 2023). Άλλοι τύποι καρκινώματος, όπως είναι το αδενοκυστικό ή το αδеноπλακώδες καρκίνωμα, ή και το μεταστατικό καρκίνωμα, συνιστούν το υπόλοιπο 3-5% όλων των περιπτώσεων (Eurocytology, χωρίς ημερομηνία). Τα πλακώδη καρκινώματα ξεκινούν στα λεπτά, επίπεδα κύτταρα που καλύπτουν τον πυθμένα του τραχήλου της μήτρας, δηλαδή στον εξωτράχηλο. Τα αδενοκαρκινώματα του τραχήλου αναπτύσσονται στα αδενικά κύτταρα που ευθυγραμμίζουν το ανώτερο τμήμα του τραχήλου της μήτρας, δηλαδή τον ενδοτράχηλο (CityofHope, 2022).

Όπως προαναφέρθηκε, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Όπως αναφέρεται στο Clinical Microbiology Reviews (Burd, 2003), η συσχέτιση μεταξύ των λοιμώξεων HPV των γεννητικών οργάνων και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αποδείχθηκε πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1980 από τον Γερμανό ιολόγο, Harold zur Hausen. Έκτοτε, η σύνδεση HPV και πλακώδους καρκινώματος έχει καθιερωθεί.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

1.2. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων και παράγοντες κινδύνου

Οι ιοί των θηλωμάτων είναι μέλη της οικογένειας Papovaviridae, η οποία περιλαμβάνει επίσης τον ιό πολυομάτου και τον ιό κενοτόπιου πιθήκου. Ο HPV είναι ένας σχετικά μικρός ιός, χωρίς περίβλημα, διαμέτρου 55 nm (Burd, 2003). Η μετάδοση του HPV γίνεται μέσω της επαφής με το δέρμα, σχετικά όμως με τη μόλυνση του τραχήλου της μήτρας, αποδεικνύεται, ότι η μετάδοση ενός τέτοιου ιού γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Όπως σημειώνεται από την ίδια συγγραφέα (Burd, 2003), η εναλλαγή πολλαπλών συντρόφων, η μη χρήση προφυλακτικού, όπως και η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε αρκετά νεαρή ηλικία, καθιστά τον κίνδυνο έκθεσης στον HPV μεγαλύτερο. Πέραν αυτών, έχει βρεθεί, ότι και η κατανάλωση αλκοόλ, ευθύνεται για τις λοιμώξεις από HPV, καθώς καταστρέφονται τα κύτταρα, μειώνοντας τα βασικά θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για την ανοσοποιητική υγεία (βιταμίνες B1, B12, φολικό οξύ και ψευδάργυρος) (Δέρδας, 2019).

Άλλοι δευτερεύοντες προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η κακή διατροφή, το κάπνισμα, η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, οι πολλοί και συχνοί τοκετοί, το AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς επίσης και η ανοσοκαταστολή (Παπαδημητρίου 2006, αναφέρεται στον Καρυπίδη, 2020). Μάλιστα, τονίζεται, ότι το προφυλακτικό ενδεχομένως να μην προστατεύει το άτομο επαρκώς, καθώς η μετάδοση ενδέχεται να συμβεί μέσω μολυσμένων ιστών του οσχέου, του πρωκτού ή των χειλιών. Ο HPV μεταδίδεται εξαιρετικά εύκολα, αφού περισσότερες από τις μισές σεξουαλικά ενεργές γυναίκες αποκτούν HPV, ενώ χαρακτηριστική είναι η ασυμπτωματική φύση του και η μακρά περίοδος επώασής του (Tovar, 2015). Λόγω του γεγονότος αυτού, η επιμονή του ιού μπορεί να προκαλέσει γενετικές αλλαγές σε μεγάλο βαθμό, εκθέτοντας το σώμα σε διηθητικό (κίνηση των καρκινικών κυττάρων από την κανονική τους θέση στον περιβάλλοντα μη καρκινικό ιστό) καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Massad et al., 2009, αναφέρεται στον Καρυπίδη, 2020).

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

1.3. Συμπτώματα και στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Το National Health System (2021), καταγράφει τη λίστα συμπτωμάτων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τα οποία είναι η ασυνήθιστη αιμορραγία μεταξύ περιόδων ή μετά τη σεξουαλική επαφή, καθώς επίσης και μετά την εμμηνόπαυση. Επιπλέον, ως ένδειξη σημειώνονται και οι μη συνήθεις περίοδοι, με τα αντίστοιχα συμπτώματα που μπορούν να εκδηλωθούν στην κάθε γυναίκα.

Ακόμη, οι αλλαγές στις κολπικές εκκρίσεις και ο πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης, ή ανάμεσα στα οστά του ισχίου και ο πόνος στη κοιλιά, συναποτελούν κάποια από τα συμπτώματα. Τέλος, αναφέρεται και ο πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Σε ένα επόμενο στάδιο, αυτό του προχωρημένου καρκίνου στον τράχηλο, το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (2022), αναφέρει τη δύσκολη ή και την επώδυνη ούρηση, καθώς και την παρουσία αίματος στα ούρα και την αιμορραγία από το ορθό κατά την κένωση, ως κάποια από τα βαριά συμπτώματα του καρκίνου. Επιπλέον, καταγράφονται η θαμπή οσφυαλγία, το οίδημα στα κάτω άκρα, το κοιλιακό άλγος, αλλά και ένα γενικό αίσθημα κόπωσης, ως άλλες αναφερόμενες ενδείξεις.

Αναφορικά με τα στάδια του συγκεκριμένου καρκίνου, η Καναδική Αντικαρκινική Ένωση (χωρίς ημερομηνία), περιγράφει, το στάδιο 0, κατά το οποίο υφίσταται μία προ-καρκινική κατάσταση του τραχήλου, που αποκαλείται από την ιατρική κοινότητα «καρκίνωμα in situ». Πιο συγκεκριμένα, το «καρκίνωμα in situ», είναι η κατάσταση κατά την οποία «τα ανώμαλα κύτταρα δεν έχουν ακόμη εισβάλει στους περιβάλλοντες ιστούς». Στο στάδιο αυτό, ο καρκίνος βρίσκεται μόνο στον τράχηλο, για αυτό και χρησιμοποιούνται οι λέξεις «τοπικός», ή και «περιφερειακός», κάτι που εννοεί την εξάπλωση κοντά στον τράχηλο, όπως στον κόλπο ή τη λεκάνη. Ταυτόχρονα, γίνεται και χρήση της λέξης «απόμακρος», προκειμένου να δηλωθεί η εξάπλωση του καρκίνου μακρύτερα του τραχήλου και εξωτερικά της λεκάνης.

Εκκινώντας για την περιγραφή των υπολοίπων 3 σταδίων, κατά τα οποία ο καρκίνος αρχίζει να γίνεται εμφανής χωρίς το μικροσκόπιο, η Καναδική Αντικαρκινική Ένωση (χωρίς ημερομηνία), σημειώνει, ότι οι γιατροί χρησιμοποιούν τους ακόλουθους όρους : 1A, 1B και 2A για τον πρώιμο καρκίνο, 2B, 3 και 4A για τον προχωρημένο καρκίνο και, τέλος, το στάδιο 4B για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε προχωρημένο στάδιο.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Στο πρώιμο στάδιο 1A, ο όγκος μπορεί να φανεί μόνο με μικροσκόπιο. Ο όγκος δεν έχει βάθος μεγαλύτερο από 5 mm και πλάτος όχι περισσότερο από 7 mm. Στο στάδιο 1B, ο όγκος ή μπορεί να φαίνεται και χωρίς μικροσκόπιο, ή αν είναι αναγκαία η χρήση μικροσκοπίου, ο όγκος σίγουρα είναι μεγαλύτερου μεγέθους σε σύγκριση με το 1A. Τέλος, στο 2A στάδιο, ο καρκίνος βρίσκεται γύρω από τον τράχηλο και τη μήτρα, αλλά δεν έχει φθάσει στα τοιχώματα της λεκάνης ή στο κάτω μέρος του κόλπου. Επίσης, όπως σημειώνεται, δεν έχει αναπτυχθεί σε ιστούς δίπλα στον τράχηλο και τη μήτρα (Καναδική Αντικαρκινική Ένωση, χωρίς ημερομηνία).

Συνεχίζοντας για την περιγραφή του τοπικά προχωρημένου καρκίνου, στο στάδιο 2B ο όγκος δεν έχει αναπτυχθεί, ακόμη, στα τοιχώματα της λεκάνης ή στο κάτω μέρος του κόλπου. Εμφανίζεται έξω από τον τράχηλο και τη μήτρα, συγκεκριμένα στους ιστούς δίπλα σε αυτά. Στο στάδιο που αποκαλείται «3», όγκος έχει αναπτυχθεί ήδη στο κάτω μέρος του κόλπου, όχι, όμως, στα τοιχώματα της λεκάνης (3A). Όμως, στο ίδιο στάδιο (το αποκαλούμενο 3B), υπάρχει πιθανότητα για ανάπτυξη του όγκου στα τοιχώματα της λεκάνης, όπου φράζεται ο ουρητήρας (ο σωλήνας που μεταφέρει τα ούρα από τον νεφρό στην ουροδόχο κύστη). Έτσι, προκαλείται διόγκωση του νεφρού ή ακόμη και διακοπή της λειτουργίας του. Επιπροσθέτως, στο σημείο αυτό, ο όγκος μπορεί να έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες της λεκάνης (Καναδική Αντικαρκινική Ένωση, χωρίς ημερομηνία).

Στο προχωρημένο στάδιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συναντώνται ευρήματα όπως ανάπτυξη του όγκου στην ουροδόχο κύστη, στη λεκάνη και στο ορθό (σημείο 4A). Σε ένα τελευταίο στάδιο (4B), παρατηρείται προχωρημένη μετάσταση («μεταστατικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας»), δηλαδή η νόσηση και άλλων σημείων του σώματος, όπως οι πνεύμονες, τα οστά, το συκώτι και οι λεμφαδένες της λεκάνης (Καναδική Αντικαρκινική Ένωση, χωρίς ημερομηνία).

1.4. Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC, 2023), συνιστούν, σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας, τον εμβολιασμό κατά του HPV στους προ-έφηβους της ηλικίας 11-12 ετών, καθώς και σε παιδιά ηλικίας κάτω των 9 ετών. Ο εμβολιασμός προτείνεται και σε άτομα κάτω των 26 ετών, αν αυτά δεν έχουν ήδη εμβολιαστεί. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών διευκρινίζουν, ότι σε πολλές περιπτώσεις ο εμβολιασμός ενδείκνυται και για άτομα 27 έως 45 ετών, κατόπιν σχετικών οδηγιών του προσωπικού ιατρού.

Στη συνέχεια, αναφορικά με τους αμιγώς γυναικολογικούς ελέγχους, το «Τεστ-Παπανικολάου» ή «Τεστ-Παπ», και το τεστ για την ανίχνευση του HPV, αναζητούν προ-καρκινικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το «Τεστ-Παπ», δεν ανιχνεύει την παρουσία του ιού HPV, ενώ το τεστ για τον ιό, εντοπίζει στο DNA HPV υψηλού κινδύνου, αναγνωρίζοντας μελλοντικούς κινδύνους για νόσηση από καρκίνο (Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, 2023).

Πέραν των τυπικών ελέγχων, συστήνονται οι καλές σεξουαλικές πρακτικές, όπως η χρήση προφυλακτικού (CDC, 2023).

Σε κάθε περίπτωση, όπως τονίζουν και οι Fengzhi et al. (2022), σημαντική κρίνεται η ενεργή προώθηση των γνώσεων πρόληψης και θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η προώθηση της διαδικασίας εμβολιασμού.

2.1. Κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια: το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ)

2.1.1. Η έννοια της συμπεριφοράς υγείας

Οι συμπεριφορές υγείας ανήκουν, κατά τον Renner (2001), σε μία ευρύτερη κατηγορία δραστηριοτήτων που αφορούν την υγεία, αποσκοπώντας στην πρόληψη, αλλά και στην ανίχνευση ασθενειών σε προ-συμπτωματικό στάδιο.

Οι Short και Mollborn (2015), εξηγούν, ότι οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζουν την ατομική και συνολική κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού, αντανακλώντας ατομικά, κοινωνικο-οικονομικά, πολιτισμικά, και άλλα χαρακτηριστικά. Οι ίδιοι συγγραφείς, δίνουν έμφαση στη στροφή του επιστημονικού και πολιτικού ενδιαφέροντος στο «κοινωνικό περιβάλλον» της υγείας. Επομένως, γίνεται σαφές, ότι δεν είναι μόνο αμιγώς ιατρικοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, ατομικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και οι πεποιθήσεις ενός ατόμου για την υγεία, αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο –ως πολύ σημαντικός παράγοντας– συντελούν στη διαμόρφωση της γενικότερης κατάστασης υγείας κάποιου.

2.1.2. Η συμπεριφορά ως αντικείμενο μελέτης της ψυχολογίας της υγείας

Η ψυχολογία της υγείας ως επιστήμη, αφορά στη μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο πλαίσιο της φυσικής υγείας και της αρρώστιας (Κουλιεράκης, 2000). Από τον Weinman (στο Κουλιεράκης, 2000), προτείνονται έξι περιοχές που συνιστούν το περιεχόμενο της ψυχολογίας της υγείας.

Η περιοχή για τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, που περιλαμβάνει συμπεριφορές που –βάσει ερευνών– έχει αποδειχθεί, ότι είναι βλαβερές για την υγεία. Τέτοιες συμπεριφορές είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος, το κάπνισμα, η μη χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή, και άλλες. Αντίθετα, υπάρχουν οι συμπεριφορές διατήρησης της υγείας, που συμπεριλαμβάνουν τις πρακτικές που αποδεικνύονται ως ωφέλιμες –αλλά και προληπτικές– για την υγεία. Τέτοιες συμπεριφορές, είναι η σωστή διατροφή, η αποφυγή κατανάλωσης οινοπνεύματος και καπνού, η εκγύμναση του σώματος, και άλλες (Κουλιεράκης, 2000).

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Σημαντική περιοχή για την ψυχολογία της υγείας είναι και αυτή της επικοινωνίας, της λήψης αποφάσεων και της συμμόρφωσης, που καταδεικνύουν τη σημασία της επικοινωνίας ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας. Τόσο η γενικότερη ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (διάγνωση, ιατρικές οδηγίες, συμπεριφορά ιατρών), όσο και η επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενών και ιατρικού προσωπικού, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, από τους ασθενείς (Κουλιεράκης, 2000). Επιπλέον, το περιβάλλον θεραπείας, ως επιστημονική περιοχή της ψυχολογίας της υγείας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, αφού αυτή αφορά στην επαφή των ατόμων με τα περιβάλλοντα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, τους ψυχολόγους απασχολεί και η επίδραση των περιβαλλόντων αυτών στους επαγγελματίες υγείας («επαγγελματική εξουθένωση»), αφού για τους ασθενείς αποτελούν χώρους όπου τους προσφέρονται ιατρικές υπηρεσίες, ενώ για τους επαγγελματίες είναι ο χώρος της εργασίας τους, όπου καλούνται, σε καθημερινή βάση, να ανταπεξέλθουν σε διάφορες συνθήκες υγείας των ασθενών (Κουλιεράκης, 2000).

Επιπροσθέτως, η πρόσληψη της αρρώστιας και ιδιαίτερα της αρρώστιας ως αναπηρίας, είναι η περιοχή που ασχολείται με τις αντιδράσεις και τις ψυχολογικές ανησυχίες των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή/και ασθένειες που οδηγούν σε θάνατο ή αναπηρία. Κρίσιμη κρίνεται η πτυχή της αναπηρίας στο πλαίσιο του κοινωνικού περιβάλλοντος, και πώς αυτό, με τη σειρά του, ανταποκρίνεται στην αναπηρία (Κουλιεράκης, 2000).

Τέλος, διακρίνεται η περιοχή για τις γνωστικές λειτουργίες γύρω από την υγεία και την αρρώστια, δηλαδή τις πεποιθήσεις, τις προσλήψεις και τα παραγωγικά αίτια που παρουσιάζουν τα άτομα σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια, και επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτές (Κουλιεράκης, 2000).

Συνεχίζοντας, οι επιστήμονες έχουν καταλήξει σε παράγοντες, οι οποίοι δρουν συνδυαστικά και επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων σε σχέση με την υγεία. Οι παράγοντες διακρίνονται σε ενδογενείς και εξωγενείς. Οι ενδογενείς παράγοντες ταξινομούνται σε δημογραφικούς (ηλικία, φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση), κοινωνικούς (κοινωνικές-πολιτισμικές αξίες, γονεϊκά μοντέλα), γνωστικούς (γνώση για ένα θέμα υγείας), συναισθηματικούς (παραδείγματος χάριν, η αυτο-εκτίμηση), και άλλα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα. Οι εξωγενείς παράγοντες διαχωρίζονται στις ποινικές απαγορεύσεις και στους θεσμούς, παραδείγματα των οποίων αποτελούν η απαγόρευση των ναρκωτικών και η φορολόγηση των βλαβερών προϊόντων, αντίστοιχα (Κουλιεράκης, 2000).

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

2.1.3. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία αναπτύχθηκε το 1950 από Αμερικανούς κοινωνικούς ψυχολόγους, οι οποίοι προσπαθούσαν να εντοπίσουν τους λόγους άρνησης των Αμερικανών να υποβληθούν σε δωρεάν ακτινοσκοπική εξέταση για την ανίχνευση της φυματίωσης. Το μοντέλο αυτό, στηρίζεται στις πεποιθήσεις και τις στάσεις των ατόμων, και με βάση αυτά, προσπαθεί να εξηγήσει, αλλά και να προβλέψει, τις συμπεριφορές υγείας (Becker, 1978 ; Rosenstock, 1988, αναφέρεται στη Γραμματοπούλου, 2014).

Εκκινώντας την ανάλυση του συγκεκριμένου μοντέλου, δίνεται ο ορισμός της έννοιας των πεποιθήσεων, *«ως σταθερών ατομικών χαρακτηριστικών, τα οποία διαμορφώνουν τη συμπεριφορά και αποκτώνται μέσω της πρώιμης κοινωνικοποίησης.»* (Sheeran & Abraham, 1996, αναφέρονται στη Γραμματοπούλου, 2014).

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Παπαδάκης, χωρίς ημερομηνία), προστάζει, ότι τρεις είναι οι άξονες που επηρεάζουν την υιοθέτηση –ή μη– θετικών συμπεριφορών για την υγεία. Πρώτον, ο άξονας πρόληψης της απειλής, δεύτερον, ο άξονας της υιοθετούμενης από το άτομο συμπεριφοράς και, τελευταίος, ο άξονας αξιολόγησης των εμποδίων που είναι πιθανό να προκύψουν. Όπως περιγράφει ο Παπαδάκης (χωρίς ημερομηνία), ο πρώτος άξονας, αυτός της πρόληψης της απειλής, εξαρτάται από την υποκειμενική αίσθηση της τρωτότητας που αισθάνεται ένα άτομο απέναντι σε μία ασθένεια, αλλά και της σοβαρότητας της κατάστασης που προκύπτει από μία ασθένεια (Abraham & Sheeran, 2007 ; Sharma & Roma, 2010 αναφέρονται στον Παπαλεξανδρή 2012). Όσο πιο έντονο είναι το αίσθημα της τρωτότητας, τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο να υιοθετήσει πρακτικές συμπεριφοράς προς αποφυγή των συμπτωμάτων της ασθένειας. Η υιοθετούμενη από το άτομο συμπεριφορά, στη συνέχεια, επηρεάζεται από την, επίσης, υποκειμενική πρόσληψη της απειλής και της αίσθησης για τα οφέλη και τα εμπόδια από μία συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, τα οφέλη και τα εμπόδια, σχετίζονται –αντίστοιχα– με τη μείωση της απειλής μίας ασθένειας –κατόπιν υιοθέτησης θετικών για την υγεία συμπεριφορών– και τα αισθήματα φόβου ή άγνοιας που μπορεί να προκύπτουν σε σχέση με μία ασθένεια. Τέλος, αναφορικά με την αξιολόγηση των εμποδίων που μπορεί να εμφανιστούν, το αίσθημα αυτό είναι που, τελικά, θα υποβοηθήσει την εκκίνηση δράσης –ή μη– από το άτομο. Ειδικότερα, όπως περιγράφουν οι Strecher & Rosenstock (1997, αναφέρεται στον Παπαλεξανδρή, 2012), *«πρόκειται για μία υποσυνείδητη ανάλυση κόστους – οφέλους, που προσπαθεί να υπολογίσει το ισοζύγιο, προκειμένου να ληφθεί απόφαση για αποδοχή ή απόρριψη της προτεινόμενης συμπεριφοράς.»*

πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Η περιγραφή του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία περιλαμβάνει και τέσσερις ακόμη μεταβλητές που επηρεάζουν, τελικά, την ανάληψη δράσης από το άτομο. Αυτές είναι οι δημογραφικές (ηλικία, φύλο, εθνικότητα), οι κοινωνικο-ψυχολογικές (προσωπικότητα, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο), οι δομικές (γνώση και τυχόν προηγούμενη εμπειρία από μία ασθένεια), καθώς και οι ενδείξεις για δράση (εσωτερικές και εξωτερικές, όπως είναι τα συμπτώματα από μία ασθένεια και η επιρροή από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, αντίστοιχα) (Κουλιεράκης, 2000).

Συμπληρωματικά, στο ΜΠΥ εντάχθηκε η έννοια της «αυτο-αποτελεσματικότητας», η οποία αποδόθηκε από τον ψυχολόγο Bandura (1977), ως η πεποίθηση του ατόμου, ότι μπορεί να εκτελέσει επιτυχώς θετικές συμπεριφορές που απαιτούνται για την απόκτηση καλής υγείας (Στεφανίδου, 2013).

2.1.4. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Για την καλύτερη κατανόηση της θεωρητικής προσέγγισης του ΜΠΥ, παρακάτω γίνεται μία συνοπτική αναφορά σε έρευνες που έχουν λάβει χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, των οποίων τα αποτελέσματα περιγράφονται από τον Gillam (1991), στο άρθρο του *«Κατανόηση της αποδοχής του προ-συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας: η συμβολή της πεποίθησης για την υγεία.»*

Αρχικά, ο Gillam εντάσσει στο ΜΠΥ και τον παράγοντα του κινήτρου των ατόμων για την υγεία, το γενικότερο, δηλαδή, ενδιαφέρον τους να φροντίζουν την υγεία τους. Προσπαθώντας να συσχετίσει τους βασικούς άξονες του ΜΠΥ, αναφέρει, ότι, σχετικά με τον παράγοντα του κινήτρου των ανθρώπων για φροντίδα υγείας, σε πολυάριθμες μελέτες έχει βρεθεί, ότι ο προ-συμπτωματικός έλεγχος λαμβάνει χώρα αρκετά συχνότερα από γυναίκες υψηλότερων κοινωνικών τάξεων. Το γεγονός αυτό αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η φτώχεια, το επίπεδο εκπαίδευσης, η μοιρολατρία της κουλτούρας, καθώς και η μεγαλύτερη συμμόρφωση των ανώτερων κοινωνικο-οικονομικά τάξεων με τις ιδέες και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας.

Ο άξονας της τρωτότητας, συνεχίζει ο Gillam, απέκτησε στενή σχέση με τα ευρήματα διάφορων ερευνών, αφού διαπιστώθηκε η ύπαρξη και κάποιων ασαφηνειών ανάμεσα στον προληπτικό έλεγχο και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Νεαρές γυναίκες, σε σχετικές έρευνες, φάνηκε να θεωρούν, ότι η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών και οι κακές σεξουαλικές πρακτικές, οδηγούν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ηλικιωμένες γυναίκες συνέδεσαν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με το κάπνισμα και την παρουσία μικροβίων.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Μάλιστα, οι γυναίκες σε εμμηνόπαυση θεωρήθηκαν, από τα υπό έρευνα άτομα, ότι δεν ενέχουν κίνδυνο νόσησης από τον εν λόγω καρκίνο.

Προχωρώντας στην αίσθηση της σοβαρότητας μίας ασθένειας, έχει βρεθεί, ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα του κινδύνου από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Παρόλα αυτά, σημειώνονται σημαντικά περιστατικά μη προσέλευσης σε εξετάσεις προ-συμπτωματικού ελέγχου, λόγω του άγχους και του φόβου, τόσο για την περίπτωση προσβολής από καρκίνο, όσο και για τη γενικότερη διαδικασία έκδοσης και ανακοίνωσης των ευρημάτων των εξετάσεων.

Ο προ-συμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, παρουσιάζει την εξής ανάλυση κόστους – οφέλους, σύμφωνα με τον Gillam: ο λόγος μη συμμετοχής σε αυτόν, οφείλεται σε αισθήματα αποστροφής για τον τύπο των εξετάσεων (όπως είναι η λήψη επιχρίσματος από τον τράχηλο της μήτρας) και η πεποίθηση ότι οι εξετάσεις είναι, γενικά, επώδυνες και ενοχλητικές. Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας για την ολοκλήρωση ενός προ-συμπτωματικού ελέγχου, είναι η εξέταση από γυναίκα ιατρό. Σε κάθε περίπτωση, οι διαφορές μεταξύ κατώτερων και ανώτερων κοινωνικών τάξεων σχετίζονται με τις αντιλήψεις περί κόστους και οφέλους. Άλλα σημαντικά θέματα που, συχνά, αναφέρθηκαν από τις γυναίκες ως εμπόδια για τη μη προσέλευση σε γυναικολογικό έλεγχο, είναι οι καθημερινές υποχρεώσεις, η πρόσβαση στις ιατρικές δομές, αλλά και ο χρόνος αναμονής, για άτομα κατώτερων κοινωνικά τάξεων. Πάντως, ο Gillam (1991), επισημαίνει, ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τη σημασία του προ-συμπτωματικού ελέγχου.

Τέλος, αναλύονται κάποιες από τις ενδείξεις για δράση των πληθυσμών που ελέγχθηκαν σχετικά με τα κίνητρά τους για συμμετοχή σε προ-συμπτωματικό έλεγχο. Σημαντικής αξίας θεωρήθηκε η επιρροή του κοινωνικού περιγύρου και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Επίσης, οι συμμετέχουσες στην έρευνα, πρότειναν τη δημοσιότητα της σημαντικότητας του προ-συμπτωματικού ελέγχου. Επίσης, επισημάνθηκε η κρισιμότητα των πληρωμών-στόχων για τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου αυτοί να προτείνουν και να προάγουν ενέργειες πρόληψης στις ασθενείς.

Ο συγγραφέας, εν κατακλείδι, θεωρεί, ότι η συμβολή του ΜΠΥ αποδεικνύεται σημαντική, καθώς παρέχει ένα βοηθητικό υπόμνημα για την κατανόηση παραγόντων που οδηγούν στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

2.1.5. Περιορισμοί του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία

Πέραν των οφελών του θεωρητικού πλαισίου που προσφέρεται από το ΜΠΥ για την κατανόηση και την πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια, έχουν αναδειχθεί ορισμένοι περιορισμοί για τη χρησιμότητά του στη δημόσια υγεία.

Αρχικά, το μοντέλο δεν εξετάζει αξίες, συμπεριφορές και άλλους γενικούς καθοριστικούς παράγοντες που συνδέονται με τη συμπεριφορά των ατόμων σε σχέση με την υγεία (Haryati et al., 2020). Όπως φαίνεται, κατά τους ίδιους συγγραφείς, είναι δύσκολο να μετατραπεί η συμπεριφορά ενός ανθρώπου, προκειμένου να ληφθεί μία θετική συμπεριφορά για δράση. Επιπροσθέτως, αρκετές φορές τα άτομα ενεργούν θετικά ως προς τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους για άλλους λόγους –όπως είναι η κοινωνική αποδοχή– πέραν των αμιγώς ιατρικών. Για παράδειγμα, είναι δυνατό κάποιος να γυμνάζεται και να τρέφεται υγιεινά, όχι για λόγους υγείας, αλλά για λόγους αισθητικής εμφάνισης του σώματος. Πέραν αυτού, άλλοι εξωτερικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά την εφαρμογή θετικών συμπεριφορών (όπως είναι η έλλειψη εκγύμνασης στο φυσικό περιβάλλον, λόγω του κλίματος) (Haryati et al., 2020).

Επίσης, όπως έχει λεχθεί, το ΜΠΥ αποτελεί μία σειρά από ανεξάρτητες μεταξύ τους μεταβλητές (Sheeran & Abraham, 1996, αναφέρονται στον Κουλιεράκη, 2000), που σχετίζονται μόνο άμεσα με την υγιή συμπεριφορά και *«δεν υπάρχουν έμμεσες ή μεσολαβητικές επιπτώσεις μεταξύ των μεταβλητών.»* (Orji et al., 2012).

Τέλος, ο Gillam (1991), εξηγεί, ότι το ΜΠΥ, απομονώνει τη σχέση ασθενούς – ιατρού, ενώ αυτή αποδεικνύεται πολλές φορές περισσότερο αποτελεσματική προς την αποδοχή και εφαρμογή θετικών για την υγεία συμπεριφορά, εν αντιθέσει με υπερ-απλουστευμένα και γενικευμένα μηνύματα για τα ευεργετικά αποτελέσματα της πρόληψης (όπως συμβαίνει με τις εκστρατείες πρόληψης ασθενειών).

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

2.2. Αλλαγή συμπεριφοράς σε θέματα υγείας: Συνοπτική επισκόπηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις και τις πεποιθήσεις υγείας σε προληπτικό επίπεδο

Κατά τους Rubinelli & Diviani (2020), μία συμπεριφορά υγείας αφορά σε κάθε σχετική με αυτήν ενέργεια του ατόμου, που επηρεάζει την υγεία, την ασθένεια, τη θνησιμότητα και την αναπηρία. Η συμπεριφορές αυτές, επηρεάζονται από ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες, όπως είναι οι βιολογικοί και ψυχολογικοί, αλλά και οι περιβαλλοντικοί, οι πολιτικοί και οι διαπροσωπικοί, αντίστοιχα. Όπως σημειώνουν οι ίδιοι συγγραφείς, η υιοθέτηση μίας θετικής ή αρνητικής για την υγεία συμπεριφοράς, προκύπτει από μία πολυπλοκότητα καθοριστικών παραγόντων. Επιπλέον, η προληπτική στάση των ατόμων απέναντι στην υγεία, καθορίζει κατά 30% την κατάσταση αυτής, σε σωματικό, αλλά και ψυχολογικό επίπεδο.

Η στάση των ατόμων σε σχέση με μία κατάσταση, αντιπροσωπεύει τις συναισθηματικές τους καταστάσεις σε σχέση με αυτή και, επομένως, οδηγεί σε έναν συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς τους (DiMatteo & Martin, 2011). Η πεποίθηση, από την άλλη μεριά, συνιστά μία σχέση που παρουσιάζεται ανάμεσα σε ένα αντικείμενο ή μία ιδέα, και μίας ιδιότητας ή ενός γνωρίσματος που «χαρακτηρίζουν», το αντικείμενο/την ιδέα (DiMatteo & Martin, 2011). Για παράδειγμα, ο ισχυρισμός ότι η «έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, οδηγεί σε αρτηριακή πίεση», αποτελεί μία πεποίθηση που συνδέει την έλλειψη σωματικής άσκησης με την αρτηριακή πίεση.

Οι Μουδάτσου και συν. (2016), αναφέρουν, ότι οι στάσεις για την ασθένεια και την υγεία, ισχυροποιούν και τις συμπεριφορές πρόληψης. Σύμφωνα με τους ίδιους, οι λόγοι που επηρεάζουν την ορθή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι πολλοί. Τα κοινωνικά και ατομικά χαρακτηριστικά, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, αλλά και οι πολιτικές υγείας που παρουσιάζονται σε τοπικό ή και εθνικό επίπεδο, επηρεάζουν την υιοθέτηση θετικών ή αρνητικών συμπεριφορών.

Πέραν αυτών, το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο δρουν οι γυναίκες, ρυθμίζει σε σημαντικό βαθμό τις συμπεριφορές υγείας. Οι Μουδάτσου και συν. (2016), το ονομάζουν «ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο», το οποίο περιλαμβάνει την κοινωνική υποστήριξη και ανταποδοτικότητα, καθώς και τη συμμετοχή των γυναικών στα κοινά. Το «ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο», δρα ως κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη, παρέχοντας απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη υγείας.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

2.3. Κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια: το Μοντέλο Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τους Μιλτιάδη & Θεοδωράτου (2022), η Θεωρία της Προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (αναπτύχθηκε από τον Ajzen, το 1985 [Κουλιεράκης, 2000]), αποτελεί ένα κοινωνικο-γνωστικό μοντέλο για την κατανόηση, την ερμηνεία, αλλά και την πρόβλεψη των συμπεριφορών. Στην περιγραφή του συγκεκριμένου μοντέλου από τους ίδιους συγγραφείς, η πρόθεση υιοθέτησης μίας συμπεριφοράς, αποτελεί κομβικό σημείο για την τελική επιτέλεσή της. Βασική αρχή της θεωρίας αυτής, είναι αυτή της «συμβατότητας», σύμφωνα με την οποία κάθε συμπεριφορά συνοδεύεται από μία δράση. Η δράση αυτή έχει ως σκοπό την επίτευξη ενός στόχου, εντός ενός καθορισμένου πλαισίου και σε συγκεκριμένο διάστημα. Έτσι, όπως περιγράφει ο Κουλιεράκης (2000), μία συμπεριφορά απαρτίζεται από μία δράση προς έναν στόχο, σε ένα πλαίσιο, μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο Κουλιεράκης, επίσης, σημειώνει, ότι όσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση ενός ατόμου να εμπλακεί σε μία συμπεριφορά, αλλά και όσο μεγαλύτερη είναι η αντίληψή του για την ευκολία εμπλοκής σε αυτή, τόσο πιθανότερο είναι να την υιοθετήσει («συμπεριφορικός έλεγχος», Καζάκου & Κουτρομάνος, 2017). Οι Καζάκου & Κουτρομάνος προσθέτουν, ότι η πρόθεση συνδέεται και εξαρτάται από τα υποκειμενικά πρότυπα, τη συνολική δηλαδή αντίληψη του ατόμου για τις πιέσεις των «σημαντικών άλλων» (Κουλιεράκης, 2000).

Ο Κουλιεράκης (2000), ορίζει τις «στάσεις» ως τις γενικές αξιολογήσεις της συμπεριφοράς που έχει το άτομο και είναι εκείνες που αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα της πρόθεσης να υιοθετήσει κάποιος μία συμπεριφορά. Οι Καζάκου & Κουτρομάνος (2017), παραθέτουν τους Ajzen & Fishbein (1980) και Ajzen (1991), οι οποίοι υποστηρίζουν, ότι οι στάσεις διαμορφώνονται από τις «συμπεριφορικές πεποιθήσεις», τα υποκειμενικά πρότυπα συσχετίζονται με τις «ρυθμιστικές/κανονιστικές πεποιθήσεις» και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος εξαρτάται από τις «πεποιθήσεις ελέγχου». Οι συμπεριφορικές πεποιθήσεις χρησιμοποιούνται με την έννοια των πιθανών συνεπειών που προκύπτουν από μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, αλλά και την αξιολόγηση που αποδίδει στη συμπεριφορά αυτή το ίδιο το άτομο. Οι ρυθμιστικές/κανονιστικές πεποιθήσεις, αποδίδουν τη «συμμετοχή» των «σημαντικών άλλων» και την απόδοση κινήτρου για την εκτέλεση μίας συμπεριφοράς από το άτομο (ποια άποψη έχει ο κοινωνικός περίγυρος για μία συγκεκριμένη συμπεριφορά) (Κουλιεράκης, 2000). Στους Καζάκου και Κουτρομάνο, «*οι πεποιθήσεις αυτές σχετίζονται με τα κίνητρα συμμόρφωσης του ατόμου με τις επιθυμίες αυτών των προσώπων ή ομάδων.*»

3.1. Η σχέση ιατρού και ασθενούς

3.1.1. Η διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας: αρχές της ιατρικής φροντίδας και δεξιότητες επικοινωνίας

Κατά τον Eric J. Cassell (1985, αναφέρεται στους DiMatteo & Martin, 2002), οι αρχές της ιατρικής φροντίδας είναι οι εξής: αρχικά, οι ιατροί φροντίζουν τους ασθενείς, κι όχι τα νοσήματα, κατά δεύτερον, το σώμα του ασθενούς έχει τον τελευταίο λόγο στις αποφάσεις του ιατρού, τρίτον, η σχέση ιατρού – ασθενούς αποτελεί πυλώνα για την παροχή του συνόλου της ιατρικής φροντίδας, και, τέλος, η προφορική επικοινωνία αποτελεί το σημαντικότερο εργαλείο για την άσκηση της ιατρικής φροντίδας.

Όπως σημειώνουν οι DiMatteo & Martin (2002), σημασία φαίνεται να έχει, σε τελική ανάλυση, ο τρόπος που βιώνει ένα άτομο την ασθένεια, κι αυτό που έχει αξία είναι να διατηρείται μία – όσο το δυνατόν– καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτό, στο πλαίσιο, ότι οι γιατροί ορισμένες φορές φροντίζουν ολιστικά έναν ασθενή, ενώ άλλες φορές δε λαμβάνουν υπόψιν την ψυχολογία του, αποσκοπώντας στη θεραπεία του σώματος, αποκλειστικά (DiMatteo & Martin, 2002).

Οι Sari et al. (2016), σημειώνουν, ότι η επαγγελματική συμπεριφορά ενός γιατρού κατέχει εξέχουσα σημασία στην ιατρική πρακτική, απαριθμώντας τα χαρακτηριστικά μίας τέτοιας συμπεριφοράς στα παρακάτω: στον σεβασμό, στην ικανότητα, στον αλτρουισμό, στην ακεραιότητα, καθώς και στις επικοινωνιακές δεξιότητες. Στην ποιοτική έρευνα που διεξήχθη σε εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης της Ινδονησίας από τους Sari et al. (2016), προκειμένου να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά του επαγγελματισμού των γιατρών από την οπτική γωνία των ασθενών, αποδείχθηκε, ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες των πρώτων, αποτελούν σημαντική προτεραιότητα για τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς φάνηκε, ότι αντιλαμβάνονται εξ' αρχής –ήδη από την είσοδό τους στο ιατρείο– τις ικανοποιητικές –ή μη– δυνατότητες του δεύτερου για αποτελεσματική επικοινωνία. Η φιλική υποδοχή και ο χαιρετισμός του γιατρού προκαταβάλλουν θετικά ή αρνητικά τον ασθενή.

Οι Claramita et al. (2013, αναφέρεται στους Sari et al., 2016), διαχωρίζουν την επικοινωνία ιατρών – ασθενών σε τρία επιμέρους στάδια, αυτό του «χαιρετώ», στο «προσκαλώ» και στο «συζητώ». Αναφορικά με το πρώτο στάδιο, η φιλική προσέγγιση, ένας φιλικός χαιρετισμός, εκ μέρους των ιατρών κρίνεται αναγκαία, αφού είναι αυτή που θα δημιουργήσει το φιλικό

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
περιβάλλον στο οποίο θα αναπτυχθεί η σχέση των δύο μερών.

Στο δεύτερο στάδιο, οι ασθενείς αναμένουν την εκκίνηση της επικοινωνίας από μέρους των ιατρών, με τη συλλογή των ιατρικών δεδομένων, δηλαδή του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς. Το τρίτο στάδιο, του «συζητώ», αφορά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τυχόν θεραπείες και άλλα πρωτόκολλα που μπορεί να προτείνεται να ακολουθηθούν από τον ασθενή, προς βελτίωση της υγείας του. Όλα αυτά, συντελούν στη δημιουργία ενός καλού κλίματος, που υποβοηθά την ικανοποίηση των ασθενών και καλύπτουν τις απαιτήσεις για τις οποίες αρχικώς προσέρχονται σε κάποιο ιατρείο (Like & Zyzanski, 1987, αναφέρεται στους DiMatteo & Martin, 2002).

3.1.2. Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ ιατρών – ασθενών

Κατά τους DiMatteo & Martin (2002), η επικοινωνία αφορά σε μία διαδικασία κατά την οποία ανταλλάσσονται πληροφορίες μεταξύ ατόμων, με τη βοήθεια «ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημάτων ή τρόπων συμπεριφοράς».

Η επικοινωνία στη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών, λαμβάνει χώρα μέσω της λεκτικής αλληλεπίδρασης, αλλά και μέσω μη λεκτικών ενδείξεων. Τόσο η λεκτική, όσο και η μη λεκτική επικοινωνία, έχει βρεθεί, ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό (Lee et al, 2002) τη φροντίδα των ασθενών και βοηθά στην προσαρμογή τους στην ασθένεια, αλλά και στην προτεινόμενη θεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται και οι ίδιοι οι γιατροί να αντιλαμβάνονται ως πρόκληση την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ιατρικών καταστάσεων, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ενδυνάμωσή των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων.

Οι δεξιότητες του γιατρού στην επικοινωνία του με τον ασθενή, περιλαμβάνουν την ικανότητά του να συλλέξει τις πληροφορίες που απαιτούνται, όχι μόνο για το θέμα υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής, αλλά, επίσης, αναφορικά με τις πεποιθήσεις του σχετικά με αυτό (Ochsner, 2010). Οι δεξιότητες προσεκτικής ακρόασης, και οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, συνιστούν για τον Ochsner (2010), σημαντικά στοιχεία της επικοινωνίας. Για τον ίδιο συγγραφέα, ο παραγωγικός διάλογος, με στόχο την καλύτερη κατανόηση των αναγκών και των πεποιθήσεων των ασθενών, οδηγεί, σε πολλές περιπτώσεις, στην τήρηση της θεραπείας που προτείνεται από τον γιατρό, ενώ μειώνει τον φόβο του ασθενούς για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης γενικά, αλλά και για την ενδεδειγμένη θεραπεία, ειδικότερα.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Επιπροσθέτως, για τον Μαρκίδη (2011), μία λέξη που επηρεάζει ιδιαίτερος θετικά τη δημιουργία και τη διατήρηση σχέσης ιατρού – ασθενούς είναι η λέξη «εμείς», η οποία επιβεβαιώνει τον ασθενή για την παρουσία της «ομαδικότητας» στην αντιμετώπιση της ασθένειάς του.

Οι Siminoff et al. (1992, αναφέρεται στους Lee et al, 2002), σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για την απόκριση σε μία ασθένεια, αποθαρρύνουν τη χρήση ιατρικής ορολογίας από τους ιατρούς, καθώς οι συντομογραφίες και άλλοι τεχνικοί όροι που αναφέρονται σε μία ασθένεια δεν είναι κατανοητές από τους ασθενείς. Πέραν αυτού, η χρησιμοποίηση αποτελεσμάτων σε μορφή ποσοστών ή άλλων αριθμών, ορισμένες φορές ίσως να μην είναι απόλυτα αντιληπτή, καθώς οι άνθρωποι τείνουν, όπως εξηγούν οι Lee et al. (2002), να αντιλαμβάνονται διαφορετικά την ακριβή σημασία των επιρρημάτων «συχνά», «σπάνια», «πιθανότατα», κι άλλων. Ακόμη, οι πληροφορίες ερμηνεύονται ανάλογα με τον τρόπο που διοχετεύονται από τον πομπό στον δέκτη, δηλαδή από τον ιατρό στον ασθενή. Συγκεκριμένα, προτείνεται, η «θετική» προσέγγιση της ενδεδειγμένης θεραπείας μίας ασθένειας, προκειμένου ο ασθενής να προκαταληφθεί θετικά αναφορικά με την έκβασή της (Lee et al., 2002).

Η μη λεκτική επικοινωνία που ορίζεται ως *«συμπεριφορά χωρίς γλωσσικό περιεχόμενο»* (Ambady et al., 2002, αναφέρεται στη Mast, 2007), αφορά, επίσης, ένα μεγάλο μέρος της δημιουργίας σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, αφού βοηθά στην αλληλοκατανόηση και συνεργασία τους. Η μη λεκτική επικοινωνία παρουσιάζεται στη σχέση ιατρών – ασθενών με διάφορους τρόπους, θεωρούμενη ως ένας σημαντικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, αλλά και τη γενική έκβαση της υγείας τους, κατόπιν συνεργασίας με τους ιατρούς (Prusti et al., 2022). Οι μορφές μη λεκτικής επικοινωνίας, δεν αντικαθιστούν τη λεκτική επικοινωνία, αλλά χρησιμοποιούνται, ενίοτε, για την ενίσχυση της δεύτερης ή για τη δήλωση αντιθέσεων (Prusti et al., 2022). Η μη λεκτική επικοινωνία είναι απαραίτητη για τη δήλωση των συναισθημάτων, μέχρι και για την έκφραση των κοινωνικών ταυτοτήτων, προκειμένου να ρυθμίζεται η ομαλή λειτουργία της επικοινωνίας και της ροής της συνομιλίας των μερών (Prusti et al., 2022). Οι τύποι της μη λεκτικής επικοινωνίας, μπορούν να αποκαλύψουν μία σειρά θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων του ακροατή-συνομιλητή, προσδίδοντας, από τη μία, μία αίσθηση ζεστασιάς και κατανόησης αυτού που βιώνει κάποιος. Αντίθετα, η επικοινωνία αυτή, μπορεί να φανερώσει την απουσία ενσυναίσθησης, φέρνοντας στην επιφάνεια συναισθήματα εκνευρισμού, θυμού, δυσπιστίας, κι άλλων (Prusti et al., 2022).

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Οι μορφές της μη λεκτικής επικοινωνίας περιλαμβάνουν, επιπροσθέτως, τις εκφράσεις του προσώπου, τη βλεμματική επαφή, τις χειρονομίες, την εγγύτητα, τη σωματική επαφή (Communication in health and social care, 2010; Prusti et al., 2022) και τις παραγλωσσικές ενδείξεις (DiMatteo & Martin, 2002 ; Prusti et al., 2022).

Οι εκφράσεις του προσώπου, όπως αναλύουν οι Prusti et al. (2022), επιβεβαιώνουν θετικά ή αρνητικά συναισθήματα των ασθενών σε σχέση με τη στάση των ιατρών. Ένα συνοφρυωμένο πρόσωπο, ενδέχεται να επιδεινώσει την έλλειψη εμπιστοσύνης από έναν ασθενή προς έναν γιατρό. Αντίστοιχα, ένα χαμόγελο, καταδεικνύει την προθυμία για κατανόηση και επικοινωνία από μεριάς των γιατρών. Επίσης, ένα ανέκφραστο πρόσωπο, πιθανό να μεταδώσει την απροθυμία του γιατρού για παροχή φροντίδας (Prusti et al., 2022).

Συνεχίζοντας, η βλεμματική επαφή εκφράζει την ενθάρρυνση του γιατρού για συνομιλία με τον ασθενή, καθώς και την προσοχή του σχετικά με τις πληροφορίες που ο δεύτερος παρέχει (Prusti et al., 2022). Σημειώνεται, ότι, έχει βρεθεί, ότι οι ιατροί που θεωρείται ότι έχουν καλή συναισθηματική επικοινωνία με τους ασθενείς τους, προβαίνουν σε μέτρια βλεμματική επαφή μαζί τους. Η βλεμματική επικοινωνία, βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν το επίπεδο άγχους και δυσφορίας των ασθενών (Bensing et al., 1995, αναφέρεται στους DiMatteo & Martin, 2002).

Αναφορικά με τις χειρονομίες, που περιλαμβάνονται στη «γλώσσα» του σώματος (στάση του σώματος και κινήσεις των χεριών και του κεφαλιού), οι Prusti et al. (2022), δίνουν έμφαση στη σημασία τους σχετικά με τα μηνύματα που μεταδίδουν, αν και δε χρησιμοποιούνται λέξεις. Παραδείγματος χάριν, μία ανοιχτή στάση χεριών του επαγγελματία υγείας, υποδηλώνει την προσιτότητά του, όπως και η τοποθέτηση του προσώπου του προς τον ασθενή, δηλώνει, αντίστοιχα, την προθυμία και τη διαθεσιμότητά του για το θέμα που ο δεύτερος αντιμετωπίζει.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Στο ίδιο πλαίσιο, η εγγύτητα και η επαφή, αποτελούν σημαντική πτυχή της δημιουργίας σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Η επιλογή θέσης και στάσης απέναντι στον συνομιλητή, η βλεμματική επαφή με την έννοια της σταθερότητας ή μη, η χαλαρότητά του, αλλά και ο τρόπος που επιλέγει να αντιδρά στα μηνύματα του συνομιλητή, παρουσιάζουν και το επίπεδο εμπλοκής σε μία συζήτηση. Παραδείγματος χάριν, ασθενείς δήλωσαν την εμπιστοσύνη και την ευαρέσκειά τους στους ιατρούς, οι οποίοι δε κοιτούσαν το ρολόι τους κατά τη διάρκεια της συζήτησης ή προς εκείνους που δε συνομιλούσαν μαζί τους, παραμένοντας πίσω από το γραφείο τους (Prusti et al., 2022).

Οι παραγλωσσικές ενδείξεις –ο τόνος της φωνής, η έμφαση και ο ρυθμός του λόγου– πλαισιώνουν την ομιλία ενός ατόμου, αποδίδοντας με έμφαση τα συναισθήματά του. Ο θυμός, η επιθετικότητα, και άλλα συναισθήματα, μπορούν να αναγνωριστούν από τον τρόπο με τον οποίο κάποιος μεταδίδει το περιεχόμενο της ομιλίας του (DiMatteo & Martin, 2002). Όπως τονίζεται από τους Prusti et al. (2022), ένας δυνατός τόνος φωνής από τον επαγγελματία υγείας, μπορεί να τονίσει το ενδιαφέρον του προς τον ασθενή, όπως επίσης, δίνοντας έμφαση στην ομιλία του, μπορεί να τονιστεί η σημαντικότητα της συνεπούς στάσης του ασθενή σε μία προτεινόμενη θεραπεία.

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

3.1.3. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση των ασθενών και στο θεραπευτικό
αποτέλεσμα

Οι Ανδριοπούλου και συν. (2020), καταγράφουν, την ενσυναίσθηση ως ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρών και ασθενών, θεωρώντας τη μία απαραίτητη δεξιότητα για την επαγγελματική υπόσταση ενός ιατρού.

Η ενσυναίσθηση, ορίζεται από τους DiMatteo & Martin (2002), ως η *«επιδείξη ευαισθησίας στα εναλλασσόμενα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου και η συναισθηματική “σύνδεση” μαζί του»*. Ενσυναίσθηση είναι, δηλαδή, η κατανόηση των αντιλήψεων του συνομιλητή. Οι Αναστασιάδου και συν. (χωρίς ημερομηνία), τονίζουν, ότι οι προσδοκίες των ασθενών από μία ιατρική επίσκεψη και από μία συνεργασία με ιατρό, καλύπτεται στις περιπτώσεις που αυτός αντιμετωπίζεται ως ανθρώπινη υπόσταση και όχι ως ιατρικό περιστατικό. Η ενσυναίσθηση, αποδίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στις αξίες, στις προσδοκίες και στις επιθυμίες των ασθενών. Ο ψυχολόγος Carl Rogers, ο οποίος εισήγαγε την έννοια της ενσυναίσθησης στον τομέα της ψυχολογίας, τόνισε, όπως σχετικά αναφέρεται στους Αναστασιάδου και συν. (χωρίς ημερομηνία), ότι η ενσυναίσθηση έγκειται στη δυνατότητα κάποιου να ανταποκρίνεται στις διακυμάνσεις των συναισθημάτων που παρουσιάζονται από τον συνομιλητή του, εκφράζοντας ευαισθησία ως προς αυτά. Σημαντικό, επιπλέον, είναι να μπορεί να «βιώνει» τις καταστάσεις που αποτελούν την πραγματικότητα του άλλου ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας, αντιμετωπίζουν καθημερινά ποικίλες συναισθηματικές διακυμάνσεις των ασθενών, αφού οι δεύτεροι έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρές ασθένειες ή τραυματισμούς, που επηρεάζουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις (φόβος, σύγχυση, θλίψη, ανησυχία, κι άλλα) (Αναστασιάδου και συν., χωρίς ημερομηνία).

Σημαντικός, όμως, κρίνεται ο διαχωρισμός της ενσυναίσθησης από τις έννοιες της συμπόνοιας και της συμπάθειας (Hojat, 2016, αναφέρεται στους Αναστασιάδου και συν., χωρίς ημερομηνία). Η συμπόνοια δηλώνει τη συναίσθηση της κατάστασης που βιώνει κάποιος, με την παράλληλη ανάγκη για παροχή βοήθειας για ανακούφιση. Η συμπάθεια, υποδηλώνει τον οίκτο, τη λύπη, τη συμμετοχή στη ψυχική κατάσταση του ατόμου που βιώνει μία κατάσταση (DiMatteo & Martin, 2002). Η ενσυναίσθηση προχωρά στην προσπάθεια κατανόησης και ερμηνείας των συναισθημάτων. Η κατανόηση, έμπρακτα, σημαίνει: την απουσία επικριτικής στάσης απέναντι στα συναισθήματα του άλλου, την προσπάθεια για αναγνώριση του μηνύματος που προσπαθεί ο ασθενής να μεταδώσει, και την ανταπόκριση στα μηνύματα αυτά, με εκδήλωση συμπεριφορών οι οποίες εμπνέουν εμπιστοσύνη, ασφάλεια και άνεση στον

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» ασθενή (Αναστασιάδου και συν., χωρίς ημερομηνία).

Η Σαραντοπούλου (2017), καταγράφει τα οφέλη της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρών – ασθενών, αναφέροντας, ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στη φροντίδα και στη θεραπεία, εν γένει, του ασθενή. Αρχικά, ο γιατρός είναι σε θέση να κατανοήσει τη συναισθηματική και βιολογική κατάσταση του ασθενή, αφού ο δεύτερος διευκολύνεται να δώσει τις σχετικές με αυτές πληροφορίες. Επιπροσθέτως, σε σχετικές μελέτες έχει φανεί, ότι η ενσυναίσθηση βοηθά τον ασθενή στη γενικότερη διαδικασία της ιατρικής θεραπείας, απομακρύνοντας δυσάρεστα συναισθήματα, όπως αυτό του φόβου ή της ανησυχίας. Επιπλέον, οι ασθενείς φαίνεται ότι ακολουθούν τις ιατρικές/θεραπευτικές οδηγίες που τους δίνονται, όταν αισθάνονται ότι οι γιατροί στέκονται δίπλα τους και τους κατανοούν. Πέραν των προαναφερθέντων, όμως, αναπτύσσοντας καλές επικοινωνιακές πρακτικές, οι γιατροί δε κινδυνεύουν από αγωγές ασθενών, στην περίπτωση που οι δεύτεροι δεν είναι ικανοποιημένοι από την έκβαση της θεραπείας τους (DiMatteo & Martin, 2002, αναφέρονται στη Σαραντοπούλου, 2017).

3.1.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις για τη σχέση ιατρών – ασθενών

Η θεωρητική προσέγγιση που προκύπτει με βάση την ανάλυση του Parsons, είναι αυτή της σχέσης του ιατρού και του ασθενούς, ως σχέση κοινής συναίνεσης. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, όπως περιγράφουν οι Βενιού και Τεντολούρης (2013), και τα δύο μέρη έχουν συγκεκριμένες υποχρεώσεις, δικαιώματα αλλά και προσδοκίες. Ο ρόλος και των δύο, ανταποκρίνεται σε εκείνους που απαιτούνται για τη σωστή λειτουργία μίας κοινωνικής ομάδας. Από τη μία πλευρά, ο ιατρός αντιλαμβανόμενος τον ρόλο και τις γνώσεις του, οφείλει να επαναφέρει στην «αρχική κατάσταση» τον ασθενή, ο οποίος βιώνει δυσάρεστα συναισθήματα, λόγω της ασθένειάς του. Καθώς το ιατρικό επάγγελμα, όπως σημειώνεται, θεωρείται καταξιωμένο από το κοινωνικό σύνολο, στο συγκεκριμένο μοντέλο παρατηρείται μία θέση «υπεροχής» του ιατρού έναντι του ασθενούς. Στην περίπτωση, όμως, της αναγνώρισης από τον επαγγελματία υγείας της σημασίας επαναφοράς του ασθενούς στην πρότερη κατάσταση υγείας του, το κοινωνικό σύνολο αποδέχεται την «υπεροχή» αυτή, αναγνωρίζοντας το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης. Ταυτόχρονα, γίνεται φανερό και η ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ ιατρών και ασθενών, επομένως, η σχέση τους αποδεικνύεται, εν τέλει, αρμονική.

Μία άλλη σημαντική θεωρητική προσέγγιση κοινής συναίνεσης, είναι αυτή που προτάθηκε από τους Szasz και Hollender (Τσουνής και Σαράφης, 2014). Χωρίζεται σε τρία βασικά

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» μοντέλα, ανάλογα με τη θεώρηση των ιατρών και των ασθενών σχετικά με την εξουσία και την ευθύνη στο πλαίσιο της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης. Το πρώτο μοντέλο, που αποκαλείται μοντέλο της ενεργητικότητας – παθητικότητας, αντιστοιχεί στις περιπτώσεις εκείνες, όπου ο ασθενής, λόγω της κατάστασης της υγείας του δε δύναται να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία της υγείας του, ακολουθώντας τις οδηγίες που δίνονται από τον θεράποντα ιατρό. Το δεύτερο μοντέλο, της κατευθυνόμενης συνεργασίας, αποδίδει μεγαλύτερη ευθύνη τις ιατρικής πρακτικής και τη λήψη αποφάσεων στον γιατρό, ενώ ο ασθενής απλά συνεργάζεται. Στο τρίτο μοντέλο, της αμοιβαίας συμμετοχής, παρατηρείται ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα στις δύο πλευρές, ενώ οι αποφάσεις λαμβάνονται από κοινού. Οι προβληματισμοί εδώ εκφράζονται ελεύθερα.

Οι Τσουνής και Σαράφης (2014), προσθέτουν, ότι στο πλαίσιο των τεχνικών χαρακτηριστικών των παραπάνω μοντέλων, έχουν εισαχθεί και άλλα, όπως ο τύπος της αυτονομίας του ασθενούς (αυτονομία στη λήψη αποφάσεων) και ο αντίστοιχος τερματισμός της σχέσης του με τον γιατρό, μετά το πέρας της θεραπείας. Άλλες προσεγγίσεις, ως μετεξελίξεις των προαναφερθέντων θεωριών, είναι το πατερναλιστικό μοντέλο, που προσιδιάζει στα χαρακτηριστικά του μοντέλου καθοδήγησης – συνεργασίας, αλλά και το μοντέλο της περιορισμένης σχέσης, όπου η σχέση ιατρού – ασθενούς παραμένει μόνο στα στοιχειώδη. Ακόμη, αυτό του καταναλωτικού, που ομοιάζει με τη προσέγγιση της αυτονομίας, αλλά και αυτό της αμοιβαίας σχέσης, όμοιο με της αμοιβαίας συμμετοχής.

Τέλος, οι Βενιού και Τεντολούρης (2013), αναφέρονται στο μοντέλο που παρουσιάζει τη σχέση ιατρού – ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων (εκδοχή των Bloor & Horobin). Οι συγκρούσεις προκύπτουν από το γεγονός, ότι ο ιατρός θεωρεί αναγκαία την επαρκή πληροφόρηση του ασθενούς σε σχέση με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, αναζητώντας την ιατρική του βοήθεια μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Εκτός αυτού, ο ασθενής επιβάλλεται να ακολουθεί πιστά τις ενδεδειγμένες ιατρικές οδηγίες. Οι συγκρούσεις, επομένως, παρουσιάζονται με τη μη συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες. Μία ακόμη εκδοχή για τη συγκρουσιακή αυτή σχέση, είναι του Freidson. Ο Freidson, αποδίδει τις συγκρούσεις στις διαφορετικές προτεραιότητες και στην οπτική της κατάστασης. Από τη μία, ο ασθενής απαιτεί το μέγιστο χρόνο για την αντιμετώπιση του προβλήματός του, από την άλλη πλευρά, ο ιατρός πρέπει να κατανείμει τον χρόνο εργασίας του σε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών.

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

3.1.5. Τύποι επικοινωνίας ιατρών – ασθενών

Αναλύοντας το περιεχόμενο της επικοινωνίας ιατρών – ασθενών, υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας. Ο Πετρέλης (2022), περιγράφει συνοπτικά τους πέντε τύπους ως εξής:

α. Ο αμιγώς βιοϊατρικός τύπος, στον οποίο ο γιατρός εμφανίζεται να κατέχει τον μεγαλύτερο έλεγχο στη σχέση του με τον ασθενή, καθώς υποβάλλει ερωτήσεις κλειστού τύπου και μόνο στενά ιατρικού ενδιαφέροντος. Το γεγονός αυτό, αποκλείει την εξιστόρηση προσωπικών και συναισθηματικών βιωμάτων του ασθενή σε σχέση με την ασθένεια, κι επομένως, προκαλεί τη δυσaréσκειά του. Ο γιατρός, επίσης παρουσιάζει αισθήματα δυσaréσκειας, αφού θεωρεί άσκοπη την εξιστόρηση των ψυχοκοινωνικών πλευρών της ασθένειας. Συνάδει με το πατερναλιστικό μοντέλο, όπου ο γιατρός έχει εξουσιαστική θέση, η φωνή του ασθενούς «δεν ακούγεται», και επομένως, δεν εμπλέκεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

β. Ο διευρυμένος βιοϊατρικός, ομοιάζει στα περισσότερα χαρακτηριστικά του με τον στενά βιοϊατρικό, επιτρέποντας, όμως, ένα περιορισμένο πλαίσιο συζήτησης για θέματα ψυχοκοινωνικού ενδιαφέροντος για τον ασθενή. Επίσης συνάδει με τον πατερναλιστικό μοντέλο, αφήνοντας ένα περιθώριο έκφρασης της οπτικής του ασθενούς.

γ. Ο βιοψυχοκοινωνικός, μοιράζεται ισόποσα ανάμεσα στα αμιγώς βιολογικά και τα αμιγώς ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της ασθένειας που αντιμετωπίζεται. Συνδυάζεται με το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής, παρέχοντας μία περισσότερο ασθενοκεντρική φροντίδα, δίνοντας τη δυνατότητα στον ασθενή να εκφράζει ελεύθερα τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του.

δ. Ο ψυχοκοινωνικός τύπος επικοινωνίας, εμφανίζει πολλά κοινά με τον βιοψυχοκοινωνικό τύπο. Πρωταρχικής σημασίας, όμως, εδώ, είναι η ανάλυση και η αποτύπωση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της ασθένειας, όπως αυτή βιώνεται από τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Ο τύπος αυτός ικανοποιεί ιδιαίτερα τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν την ευκαιρία για εποικοδομητικό διάλογο και έκφραση των συναισθημάτων τους.

ε. Τέλος, ο καταναλωτικός τύπος, όπως προαναφέρθηκε, συνιστά μία σχέση «συναλλαγής», κατά την οποία ο πελάτης-ασθενής υποβάλλει ερωτήσεις και ο ειδικός-ιατρός, απαντά. Αυτός ο τύπος βοηθά τους γιατρούς να αξιοποιούν στο μέγιστο δυνατό τον χρόνο τους, αλλά η τυπικότητά του δεν ικανοποιεί τους ασθενείς.

Κεφάλαιο 4^ο

4.1. Μεθοδολογία έρευνας

4.1.1. Η συνέντευξη και ο καθορισμός του δείγματος στην ποιοτική έρευνα

Σύμφωνα με τον Μαντζούκα (2007), οι ερευνητικές μεθοδολογίες διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, την ποσοτική και την ποιοτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα έχει ως στόχο «να ανακαλύψει τις απόψεις του ερευνώμενου πληθυσμού, εστιάζοντας στις οπτικές γωνίες υπό τις οποίες τα άτομα βιώνουν και αισθάνονται τα γεγονότα» (Bird, et al., 1999, αναφέρεται στην Κεδράκα, χωρίς ημερομηνία). Όπως καταγράφει και η Παρασκευοπούλου-Κόλλια (2019), ο ερευνητής, μπορεί, μέσω της ποιοτικής ερευνητικής διαδικασίας, να εμβαθύνει στην προσωπικότητα των υποκειμένων, με στόχο να κατανοηθούν οι κοινωνικές επιρροές που έχουν αυτά δεχτεί.

Για τον σκοπό της παρούσας έρευνας, πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης συνεντεύξεις, αφού επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας οκτώ (8) συμμετέχουσες ηλικιών 30 – 35 ετών. Η Κυριαζή (2004, αναφέρεται στη Δέλλιου, 2018), υποστηρίζει, ότι η σκόπιμη δειγματοληψία παρέχει τη δυνατότητα στον ερευνητή να επιλέξει το δείγμα συμμετεχόντων που διακρίνονται για τις ιδιαιτερότητες τους από τα υπόλοιπα άτομα, όσον αφορά το υπό διερεύνηση θέμα. Η συγκεκριμενοποίηση του δείγματος, συμβάλλει και στην εξασφάλιση της αντικειμενικότητας, μέσω της διαλογής του δείγματος εκείνου, που, κατά την κρίση του ερευνητή, θα δώσει ουσιαστικότερες πληροφορίες. Οι οκτώ συμμετέχουσες αποτελούν τυπικές, χαρακτηριστικές περιπτώσεις (Κορρές, 2013), για την ανάδειξη των στάσεων και των πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις εν λόγω ηλικίες.

Οι συνεντευξιαζόμενες, βρίσκονται στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του ερευνητή, οπότε υπήρξε η δυνατότητα για πραγματοποίηση δια ζώσης συνεντεύξεων. Όπως καταγράφει η Παρασκευοπούλου-Κόλλια (2019), η συνέντευξη αποτελεί μία ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ δύο μερών, κι όχι απλά ένας διάλογος, αφού οι ερωτώμενοι «παρουσιάζουν τον κόσμο τους», κι ο ερευνητής ερμηνεύει όσο βαθύτερα δύναται.

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

4.1.2. Ζητήματα δεοντολογίας στην έρευνα

Κάθε ερευνητής, οφείλει να λαμβάνει υπόψιν ορισμένα ζητήματα δεοντολογίας, που προκύπτουν τόσο κατά τη διενέργεια της έρευνας, όσο και κατά την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι Ίσαρη και Πούρκος (2015), αναφέρουν ως βασικές δεοντολογικές αρχές την ακεραιότητα και την αντικειμενικότητα του ερευνητή, αλλά και τον σεβασμό προς τους άλλους, με την έννοια της αποφυγής της μεροληψίας, αλλά και της έλλειψης σεβασμού προς τους συμμετέχοντες ή σε άτομα που επηρεάζονται από την έρευνα, αντίστοιχα. Επίσης, η αποφυγή βλάβης, η οποία ενδέχεται να περιλαμβάνει ψυχολογικό ή κοινωνικό αντίκτυπο στους συμμετέχοντες. Τέλος, βασική είναι η αναγνώριση της εθελοντικής συμμετοχής των συμμετεχόντων και της δυνατότητας αποχώρησής τους από την έρευνα, καθώς και τα θέματα ιδιωτικότητας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων τους. Μεγίστης σημασίας, κρίνεται η ενήμερη συγκατάθεση των συμμετεχόντων, προκειμένου αυτοί να αποκτούν πλήρη ενημέρωση σχετικά με τους σκοπούς της έρευνας που διεξάγεται.

4.1.3. Περιορισμοί της έρευνας

Σύμφωνα με τον Olufowote (2017), ο ερευνητής οφείλει να ενημερώνει τους αναγνώστες για τους περιορισμούς της έρευνας που διεξάγει, καθώς αυτοί είναι δυνατό να επηρεάσουν τα συμπεράσματα που εξάγονται. Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας είναι οι εξής: 1) η απουσία προηγούμενων μελετών για το υπό διερεύνηση θέμα 2) η επεξεργασία των δεδομένων με τη δημιουργία συγκεκριμένων κωδίκων και θεματικών ενοτήτων, μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και 3) ο μικρός αριθμός δείγματος, που δε μπορεί να οδηγήσει σε γενικεύσεις που αφορούν το σύνολο του πληθυσμού.

4.1.4. Συλλογή και ανάλυση των δεδομένων

Κατά τον Μαντζούκα, ο σκοπός της ποιοτικής έρευνας, είναι να δώσει απαντήσεις στο «πώς» και το «γιατί». Επομένως, για τη διερεύνηση ενός ζητήματος, απαιτούνται σαφείς δηλώσεις μίας κεντρικής θέσης για κάποιο συγκεκριμένο θέμα. Οι δηλώσεις αυτές συνιστούν τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας. Αρχικά, συντάχθηκαν τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία συνδέονται με τη θεωρητική ανασκόπηση της παρούσας εργασίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερωτήσεις, καταγράφονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Ερευνητικά ερωτήματα και ερωτήσεις.

| | |
|--|--|
| <p>Ερευνητικό ερώτημα 1: Ποιες είναι οι γνώσεις σας σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την πρόληψή του;</p> | <p>Ερωτήσεις ερευνητικού ερωτήματος 1:</p> <p>1)Τι γνωρίζετε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;</p> <p>2)Γνωρίζετε ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου και τα συμπτώματα της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου;</p> <p>3)Γνωρίζετε τους τρόπους πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;</p> |
| <p>Ερευνητικό ερώτημα 2: Ποιοι παράγοντες σας ενθαρρύνουν/αποθαρρύνουν για τη διενέργεια του προ-συμπτωματικού σας ελέγχου;</p> | <p>Ερωτήσεις ερευνητικού ερωτήματος 2:</p> <p>1)Τι σας ενθαρρύνει και τι σας αποθαρρύνει, προκειμένου να δεσμεύσετε ένα ραντεβού για προ-συμπτωματικό έλεγχο;</p> <p>2)Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα διενέργειας του προ-συμπτωματικού σας ελέγχου; Ποιοι παράγοντες έχουν –ενδεχομένως– επηρεάσει στο παρελθόν την καθυστέρηση επανάληψης του προ-συμπτωματικού σας ελέγχου;</p> <p>3)Κάθε πότε επαναλαμβάνετε το τεστ Παπανικολάου (Pap Test);</p> |

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

| | |
|---|--|
| | 4)Ο γυναικολόγος σας σάς έχει ενημερώσει για την αξία του τεστ Παπανικολάου; |
| Ερευνητικό ερώτημα 3: Πως η σχέση με τον προσωπικό σας ιατρό επηρεάζει την τήρηση θετικών συμπεριφορών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας; | Ερωτήσεις ερευνητικού ερωτήματος 3: 1)Η συνεργασία με τον γυναικολόγο σας έχει διαδραματίσει κάποιον ρόλο στην τήρηση της προληπτικής σας συμπεριφοράς κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας; 2)Υπάρχουν συμπεριφορές του γυναικολόγου σας που σάς ενθαρρύνουν/αποθαρρύνουν για τη δέσμευση ενός γυναικολογικού ραντεβού; |
| Ερευνητικό ερώτημα 4: Πως το κοινωνικό/πολιτισμικό σας περιβάλλον έχει συνδράμει στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών; | 1)Οι συμπεριφορές υγείας του οικογενειακού σας περιβάλλοντος επηρέασαν τη δική σας στάση απέναντι στην πρόληψη υγείας; 2)Ποιοι παράγοντες δρουν ως υπενθυμιστικοί για τη διενέργεια του προ-συμπτωματικού σας ελέγχου; |

Κατόπιν ολοκλήρωσης των συνεντεύξεων, η ερευνήτρια προχώρησε στην απομαγνητοφώνησή τους, με τη χρήση του εργαλείου “google docs”, προκειμένου να συλλεχθούν και να απομονωθούν τα σημαντικότερα σημεία στα λεγόμενα των συμμετεχουσών. Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, αποδόθηκαν εννοιολογικοί προσδιορισμοί, οι οποίοι εκφράζουν το νόημα που αποδίδει ο ερευνητής σε ένα συγκεκριμένο απόσπασμα της συνέντευξης. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «κωδικοποίηση» (Τσιώλης, 2017). Σημειώνεται, ότι στις απαντήσεις των διαφόρων ερευνητικών ερωτημάτων, μπορεί να εντοπιστούν ίδιοι «κώδικες», φαινόμενο που είναι αρκετά συχνό, ιδιαίτερα στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις (Τσιώλης, 2017), και παρατηρείται και στην παρούσα έρευνα.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» Προχωρώντας παρακάτω, πραγματοποιήθηκε μία «συγχώνευση» των κωδίκων που αποδίδουν ίδια ή παρόμοια νοήματα, δημιουργώντας τις «θεματικές ενότητες». Αυτή η διαδικασία της κατανόησης και οργάνωσης επαναλαμβανόμενων μοτίβων στις απαντήσεις των συνεντεύξεων, ονομάζεται «θεματική ανάλυση» (Braun & Clarke, 2012, αναφέρονται στον Τσιώλη, 2017).

4.2. Διεξαγωγή της έρευνας

Στο πρώτο μέρος της έρευνας, παρατίθενται τα ευρήματα της ερευνήτριας σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, που αφορά τις γνώσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την πρόληψη της ασθένειας αυτής. Οι κώδικες και οι θεματικές ενότητες-κατηγορίες που προέκυψαν από την ομαδοποίηση του δεδομένων που αφορούν στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, παρατίθενται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος.

| Γνώσεις σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την πρόληψή του | Συχνότητα εμφάνισης κωδίκων και θεματικών κατηγοριών |
|--|---|
| Απουσία συγκεκριμένης γνώσης περί της συγκεκριμένης ασθένειας | 8 |
| Η προληπτική συμπεριφορά απέναντι στον γενικό γυναικολογικό έλεγχο, σώζει ζωές | 8 |
| Το τεστ Παπανικολάου είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και το επαναλαμβάνω μία φορά τον χρόνο | 7 |
| Η αιμορραγία αποτελεί βασικό σύμπτωμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας | 3 |
| Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μεταδίδεται σεξουαλικά | 2 |
| Αναγνώριση του εμβολίου ως μέσου πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας | 3 |

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

| | |
|--|---|
| Η κληρονομικότητα αποτελεί παράγοντα κινδύνου | 1 |
| Η άθληση και η σωστή διατροφή αποτελούν τρόπους πρόληψης | 1 |
| Τα κονδυλώματα αποτελούν παράγοντα κινδύνου | 1 |
| Η συχνουρία και η κοιλιακή διάταση αποτελούν σύμπτωμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας | 1 |

Σύμφωνα με τις πιο συχνές απαντήσεις, οι συμμετέχουσες δε διαθέτουν κάποια συγκεκριμένη γνώση σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τους τρόπους πρόληψης εμφάνισής του (συχνότητα: 8). Ωστόσο, το τεστ Παπανικολάου αναδεικνύεται ως ο πιο γνωστός τρόπος με τον οποίο οι συμμετέχουσες γνωρίζουν, ότι μπορούν να προλάβουν την εμφάνιση της εν λόγω ασθένειας και η επανάληψή του γίνεται κάθε χρόνο (συχνότητα: 8). Επιπλέον, κάποιες γυναίκες, δήλωσαν, ότι το εμβόλιο κατά του HPV αποτελεί επίσης τρόπο πρόληψης, με συχνότητα εμφάνισής του μόλις 3 φορές. Επίσης, οι συμμετέχουσες, με αρκετά μεγάλη συχνότητα, αναφέρθηκαν στο γεγονός, ότι η προληπτική συμπεριφορά σε σχέση με τον τυπικό γυναικολογικό έλεγχο, σώζει ζωές (συχνότητα: 8). Αναφορικά με τα συμπτώματα του καρκίνου αυτού, η αιμορραγία αναγνωρίζεται ως ανησυχητικό σημάδι για τις γυναίκες σε μικρή συχνότητα (2), ενώ η συχνουρία και η κοιλιακή διάταση σε συχνότητα μόλις 1. Σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, ο υπό έρευνα πληθυσμός, ανέφερε, ότι ο αυτός ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά (συχνότητα: 2), ενώ, επιπλέον, αναφέρθηκαν από 1 φορά η κληρονομικότητα και τα κονδυλώματα. Τέλος, η άθληση και η σωστή διατροφή επισημάνθηκαν 1 φορά ως τρόποι πρόληψης.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Η συμμετέχουσα 1, ετών 34, αναφέρει για τους παράγοντες κινδύνου και τα συμπτώματα:
«Όχι, δεν το έχω ψάξει ...δε το γνωρίζω», ενώ διευκρινίζει, ότι ο μόνος τρόπος πρόληψης που αναγνωρίζει, είναι ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος και το τεστ-Παπ («(...) γενικά καλό είναι όλες να κάνουμε πρόληψη για αυτό ... οπότε είναι καλό να κάνουμε τον ετήσιο έλεγχό μας, έτσι ώστε να προλαμβάνουμε οτιδήποτε μπορεί να συμβεί, και όπως μου είχε πει η γυναικολόγος μου εε ... αν μία φορά το χρόνο κάνει η γυναίκα το τεστ-Παπ της, δεν θα πάθει κάτι σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας, οπότε και αυτό είναι σωστό να ακολουθούμε ...»)

Η συμμετέχουσα 2, ετών 35, απαντά στην ερώτηση για τις γνώσεις της για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας: «Μάλιστα, λοιπόν ... εμφανίζεται σε γυναίκες ... με επιφύλαξη το λέω αυτό έτσι, από ό,τι έχω διαβάσει διαδικτυακά, εμφανίζεται ... σε γυναίκες οι οποίες έχουνε πάρα πολλούς συντρόφους στη ζωή τους, ουσιαστικά αυτό ξέρω δηλαδή, ότι από 'κει μπορεί να κολλήσεις ξέρω 'γω κάτι ... κάποια γυναίκα κάποιο ίσως μεταδιδόμενο νόσημα και να εξελιχθεί ξέρω' γω μετά σε καρκίνος στη μήτρα ...» (απουσία συγκεκριμένης γνώσης), και **επίσης αναγνωρίζει, όπως η συμμετέχουσα 1**, το τεστ-Παπ ως τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο πρόληψης και τον ετήσιο έλεγχο ως πλέον σημαντικό: «Για αυτό νομίζω ότι το γνωρίζω ουσιαστικά, γιατί αφορά πάρα πολλά πράγματα, δηλαδή με την εξέταση τεστ προλαμβάνει πάρα πολλά πράγματα και νομίζω μεταξύ άλλων είναι και αυτός ο καρκίνος δηλαδή ουσιαστικά ...», «Ουσιαστικά η πρόληψη είναι το παν, δηλαδή πάντα ξεκινάς με αυτό, με αυτή τη σκέψη και λες θα κλείσω ένα ραντεβού. Επομένως μία φορά το χρόνο θεωρώ ότι είναι απαραίτητο.»

Η συμμετέχουσα 3, ετών 31, δε γνωρίζει κάτι συγκεκριμένο σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ούτε για τους παράγοντες κινδύνου και τα συμπτώματα, έχει γνώσεις όμως σε σχέση με τα οφέλη του εμβολιασμού κατά του HPV: «Γενικά όχι πολλά πράγματα (δε γνωρίζω) (...) και το εμβόλιο αυτό που λέγανε όταν ήμασταν μικρούλες ... το έκανα το εμβόλιο φοιτήτρια αν θυμάμαι καλά, κι όταν το έκανα ησύχασα, δε ξανασχολήθηκα ...», ενώ επίσης θεωρεί τον ετήσιο έλεγχο και τη διενέργεια τεστ-Παπ ως κύριο τρόπο πρόληψης του καρκίνου: «Λογικά με το τεστ-Παπ και γενικά με τον ετήσιο έλεγχο. (προλαμβάνεται ο συγκεκριμένος καρκίνος)» **Η συμμετέχουσα 8, έχει αντίθετη άποψη, δηλώνοντας για το εμβόλιο:** «(...) εγώ όταν ήμουν ηλικία των 25 ετών, μου είχε προτείνει ο γυναικολόγος μου να κάνω το εμβόλιο κατά τραχήλου της μήτρας για να είμαι εντάξει ... αυτό, όταν αν τύχει κάτι ... βέβαια εγώ δεν το δέχτηκα γιατί είναι σαν να βάζεις ήδη τον καρκίνο μέσα σου ...» **ενώ η συμμετέχουσα 5, ετών 32, λέει για το εμβόλιο:** «(...) και νομίζω, ότι τώρα έχει γίνει και υποχρεωτικό και στα εεε ... και στα κορίτσια ... υποχρεωτικό στα κορίτσια μικρής ηλικίας, στα ... τις έφηβες ... νομίζω όταν ήμουν εγώ ακόμα 18 χρονών, μόλις είχε βγει και ήταν σε πειραματικό

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» στάδιο, το ...δε το 'καναν τόσο συχνά, αλλά τώρα νομίζω ...το διαφημίζουν και στην ...στην τηλεόραση ...για να ξέρουν και τα νέα κορίτσια να το κάνουν.»

Η συμμετέχουσα 4, ετών 34, επίσης δεν έχει ιδιαίτερες γνώσεις για τον καρκίνο αυτό, αναφέρει τον εμβολιασμό ως ένα στοιχείο πρόληψης, αλλά δεν το συγκεκριμενοποιεί ως τέτοιο: «Δεν γνωρίζω γενικά ... δεν έχω κάνει αυτήν την κουβέντα ούτε με τον γυναικολόγο μου δεν έχω μπει στη διαδικασία ούτε να ενημερωθώ για τον εμβολιασμό, έχω ακούσει ότι υπάρχει ...», ενώ δεν παραλείπει τον ετήσιο έλεγχο της και το τεστ-Παπ «Επαναλαμβάνω το τεστ-Παπ κάθε ένα χρόνο ακριβώς ...»

Και η συμμετέχουσα 5, ετών 32, έχει περιορισμένες γνώσεις σε σχέση με τον καρκίνο του τραχήλου. Πιο συγκεκριμένα, εξηγεί: «(...) γνωρίζω ότι πλέον όσο περνάει ο καιρός είναι διαδεδομένο, υπάρχει πολύ αυτή η νόσος ...γνωρίζω ότι υπάρχουν και κάποια πιο επικίνδυνα στελέχη που προκαλούν αυτό τώρα δεν είμαι τόσο ενήμερη ...», ωστόσο κάθε ένα έτος επαναλαμβάνει τον γυναικολογικό της έλεγχο.

Η συμμετέχουσα 6, ετών 34, επίσης δε γνωρίζει κάτι συγκεκριμένο, ωστόσο και για εκείνη το τεστ-Παπ είναι ο τρόπος που προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου: «Δε γνωρίζω κάτι συγκεκριμένο, ξέρω ότι είναι ένας καρκίνος γυναικολογικός και ότι με το τεστ-Παπ σίγουρα το βρίσκεις πρόωρα σε περίπτωση που υπάρχει, για να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσής σου.»

Η συμμετέχουσα 7, ετών 31, γνωρίζει, γενικά, ότι «(...) καμία γυναίκα δεν πεθαίνει από καρκίνο της μήτρας ... είναι μία κακοήθεια η οποία όμως από ό,τι γνωρίζω σώζεται, δηλαδή να αφαιρεθεί ... να υπάρχει ολική αφαίρεση ... αντιμετωπίζεται με διάφορους τρόπους, αλλά δε γνωρίζω ακριβώς.» Και εκείνη, αναγνωρίζει τη σημασία του ετήσιου ελέγχου με τεστ-Παπ: «Θα απαντήσω από προσωπική εμπειρία ... χρειάζεται σίγουρα κάθε χρόνο.»

Η συμμετέχουσα 8, ετών 32, αναγνωρίζει ότι «(...) χρειάζεται κάθε χρόνο το τεστ-Παπ, για να βλέπει ο γυναικολόγος σε τι κατάσταση βρίσκεσαι και έτσι αν χρειαστεί περαιτέρω εξετάσεις να σου πει ...»

Οι συμμετέχουσες 2, 6 και 8, αναφέρουν την αιμορραγία ως ένα από τα συμπτώματα αυτής της μορφής καρκίνου. Η συμμετέχουσα 8 προσθέτει και τη συχνουρία και τη κοιλιακή διάταση. Τα λεγόμενά τους, αντίστοιχα για την καθεμία, είναι τα εξής: «Τα συμπτώματα που έχω ακούσει είναι ότι μπορεί να έχεις πάρα πολύ αιμορραγία κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, δε γνωρίζω κάτι άλλο ...», « (...) τα συμπτώματα πρέπει να είναι κάποια τύπου αιμορραγία χωρίς λόγο.» και «Μπορεί να έχεις αιμορραγία, μπορεί σε κάποιο τεστ να φαίνεται ότι έχεις κάποιους καρκινικούς δείκτες παραπάνω από ό,τι είναι φυσιολογικό και

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» έτσι να χρειαστούν περαιτέρω εξετάσεις, μπορεί να έχεις συχνουρία, πρήξιμο στην κοιλιά ... αυτά γνωρίζω.»

Οι συμμετέχουσες 2 και 5 συμφωνούν, ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μεταδίδεται σεξουαλικά, πιο συγκεκριμένα με την εναλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων. Χαρακτηριστικά, λένε, αντίστοιχα: «Μάλιστα, λοιπόν ... εμφανίζεται σε γυναίκες ... με επιφύλαξη το λέω αυτό έτσι, από ό,τι έχω διαβάσει διαδικτυακά εμφανίζεται ... σε γυναίκες οι οποίες έχουνε πάρα πολλούς συντρόφους στη ζωή τους, ουσιαστικά αυτό ξέρω δηλαδή, ότι από 'κει μπορεί να κολλήσεις ξέρω 'γω κάτι ... κάποια γυναίκα κάποιο ίσως μεταδιδόμενο νόσημα και να εξελιχθεί ξέρω 'γω μετά σε καρκίνος στη μήτρα ...» και «(ο καρκίνος προλαμβάνεται) (...) με προφυλάξεις, με προφυλακτικά»

Συνεχίζοντας, η συμμετέχουσα 6, αναφέρει, ότι η κληρονομικότητα και τα κονδυλώματα είναι παράγοντες κινδύνου: «Γνωρίζω σίγουρα ότι παίζει κληρονομικότητα κάποιο άλλο κάποιος άλλος παράγοντας δε γνωρίζω νομίζω ότι έχει να κάνει και με τον HIV νομίζω κονδυλώματα τύπου κάπως έτσι τα συμπτώματα πρέπει να είναι κάποιου τύπου αιμορραγία χωρίς λόγο.»

Η συμμετέχουσα 7 θεωρεί για τους παράγοντες κινδύνου: «(...) χρειάζεται σίγουρα ... να έχεις σωστή διατροφή, να αθλείσαι ... το άγχος σίγουρα είναι κακός ... κακός παράγοντας ...»

Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 3, βρίσκονται οι κώδικες και οι θεματικές κατηγορίες που αφορούν το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.

Πίνακας 3. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος.

| Παράγοντες ενθάρρυνσης ή αποθάρρυνσης της διενέργειας του προ-συμπτωματικού ελέγχου | Συχνότητα εμφάνισης κωδίκων και θεματικών κατηγοριών |
|--|---|
| Η προληπτική συμπεριφορά αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και αυτό αποτελεί παράγοντα ενθάρρυνσης | 8 |
| Ο γυναικολόγος μου με έχει ενημερώσει για την αξία του τεστ Παπανικολάου | 8 |

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

| | |
|---|---|
| Ανεξάρτητα από τη συνεργασία που έχω με τον γυναικολόγο μου, θέλω να παραμένω υγιής και για αυτό διατηρώ την προληπτική μου συμπεριφορά | 7 |
| Η προσωπική εμπειρία μου περιστατικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με ενθαρρύνει να δεσμεύσω ιατρικό ραντεβού για προ-συμπτωματικό έλεγχο | 3 |
| Η οικονομική μου κατάσταση με έχει αποθαρρύνει από το να δεσμεύσω ένα ιατρικό ραντεβού για έλεγχο | 3 |
| Ο φόβος είναι αποθαρρυντικός παράγοντας για τη διενέργεια του τεστ Παπανικολάου | 2 |
| Η γενική άποψη που έχω για τους γιατρούς, αλλά και παρελθοντικές εμπειρίες με γυναικολόγους, με αποθαρρύνουν από τη δέσμευση ενός ιατρικού ραντεβού | 1 |
| Η προσωπική εμπειρία μου με περιστατικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με αποθαρρύνει να δεσμεύσω ιατρικό ραντεβού για προ-συμπτωματικό έλεγχο | 1 |

Για τη συμμετέχουσα 6, η προσωπική εμπειρία με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας λόγω νόσησης της μητέρας της από αυτόν, αποτελεί παράγοντα που την αποθαρρύνει από τη δέσμευση ενός ραντεβού για προ-συμπτωματικό έλεγχο: «εεε ...έχει (επηρεάσει), λόγω του ότι υπήρχε κάποιος γυναικολογικός καρκίνος στη μητέρα μου οπότε τον αντιμετώπισαν και λιγάκι απότομα θα πω και λίγο περίεργα, ήμουν αποδέκτης τέτοιων πραγμάτων χωρίς καμία συναίσθηση από τους γιατρούς. Θεωρώ ότι έχει παίξει πολύ σημαντικό ρόλο να μην έχω στο μυαλό μου ότι τόσο πολύ πρέπει να κάνω κάποια πρόληψη όσον αφορά τον καρκίνο.», αν και αναγνωρίζει τη σημασία του test-Παπανικολάου, το οποίο δεν επαναλαμβάνει απαραίτητα κάθε έτος «(...) οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτό είναι λόγω προσωπικού καρκίνου μέσα στο σπίτι,

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
εεε ... λόγω πολλών εξετάσεων και λόγω όλης αυτής ψυχολογίας ... η άρνηση του να πάω να κοιταχτώ για εμένα.»

Επιπλέον, η γενική άποψη που έχει για τους γιατρούς, αλλά και παρελθοντικές εμπειρίες με γυναικολόγους, την αποθαρρύνουν από τη δέσμευση ενός ιατρικού ραντεβού. Πιο συγκεκριμένα, λέει: «Δεν είναι μόνο το γεγονός ότι μπορεί να τον προλάβεις στα αρχικά στάδια, οπότε να γλιτώσεις πολύ μεγάλη ταλαιπωρία και να μπορέσεις να επιβιώσεις κιόλας από αυτή τη μορφή καρκίνου ... και με αποθαρρύνει το γεγονός ότι δε νομίζω ότι θα ήθελα να έχω πολλά-πολλά με γιατρούς.» **Ταυτόχρονα, σε σχέση με την ενημέρωση που έχει λάβει από τον γυναικολόγο της για το τεστ-Παπ, λέει:** «Ναι, έχει υπάρξει μία ενημέρωση αλλά δε νομίζω ότι το ένα αναιρεί το άλλο, όταν νιώθω έτοιμη και μπορώ να αντιμετωπίσω κάποιες καταστάσεις ... θέμα ψυχολογίας πάντα, θα το κάνω αλλιώς άμα δεν είμαι σε φάση, η ψυχολογία μου δεν είναι καλή απλά δεν θα το κάνω ...» **Επιπροσθέτως, αναφέρει για τη σχέση με τον γυναικολόγο της:** «Εεε, θεωρώ ότι η συνεργασία του γυναικολόγου με τον ασθενή του παίζει πολύ σημαντικό ρόλο γιατί δεν έχουνε συναίσθηση δεν ξέρουνε με ποιον τρόπο να σου πούνε κάτι τόσο σοβαρό, σου το πετάνε απότομα, λίγο σκληρά και θεωρώ ότι είναι πολύ σοβαρό για να μην μπορείς να συνεργαστείς με το γυναικολόγο σου»

Για τις συμμετέχουσες 1,4, και 7, η απουσία ευνοϊκής συνεργασίας με τον γυναικολόγο τους, δεν αποτελεί εμπόδιο για τη διατήρηση της τυπικής προληπτικής συμπεριφοράς. Τα λεγόμενά τους, αντίστοιχα: «Έχει υπάρξει (παράγοντας αποθάρρυνσης), επειδή δεν μου άρεσε η συμπεριφορά τις γιατρού μου δηλαδή γενικά που πιέζει καταστάσεις όπως ας πούμε τότε θα κάνεις παιδί ή ότι μπορεί να με άγχωνε ακόμα και για αυτό το κομμάτι για τον καρκίνο στο τράχηλο, εε και μου δημιούργησε ... μου δημιούργησε ένα άγχος τις επόμενες χρονιές να πάω», αλλά, σημειώνει: «δεν θέλω να μου συμβεί κάτι τέτοιο οπότε θέλω να το προλάβω (και για αυτό πραγματοποιώ κάθε έτος τεστ-Παπ)»

Η συμμετέχουσα 4, αναφέρει ότι η σχέση με τους γυναικολόγους της έχει υπάρξει αποθαρρυντική: «Ναι, φυσικά, γιατί έχω αλλάξει μέχρι στιγμής τρεις γυναικολόγους ... εε, είναι το θέμα ποιος μου βγάζει περισσότερη εμπιστοσύνη ... και ποιος είναι επαγγελματίας και ενημερωμένος, ώστε να με καθοδηγήσει σωστά» ... και «εεε, με έχει ας πούμε αποθαρρύνει συμπεριφορά γυναικολόγου, ο οποία όταν έκανα χρήση αντισυλληπτικών, εεε ... μου τα έκοψε χωρίς κάποιον συγκεκριμένο λόγο, εεε ... και μετά από κάποιο διάστημα, επειδή το θέμα ήτανε εντελώς εεε ... ήταν θέμα ακμής, δεν ήταν κάτι γυναικολογικό, μετά γυρνάει και μου λέει “εντάξει παρ’ τα, τι να σου κάνω ‘γω;” Εεε ... φαινόταν δηλαδή, ότι δεν ήταν άξια εμπιστοσύνης». **Την**

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Ίδια ώρα, αναφέρει όμως, ότι «δεν υπάρχει κάτι που να με αποθαρρύνει, με ενθαρρύνει γενικά ότι πρέπει να προσέχουμε την υγεία μας, εεε ...πρέπει να ελέγχουμε το σώμα μας και τα γυναικολογικά μας, συνεχώς...» Επιπλέον δεν αμελεί το τεστ-Παπ : «Ναι, με έχει ενημερώσει ότι πρέπει να γίνεται πάνω στον χρόνο, ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό, για αυτό και δε το αμελώ.» Αυτό, και λόγω προσωπικής εμπειρίας με καρκίνο στην οικογένεια «η αδερφή μου είχε καρκίνο 15 εκατοστά στο ιερό οστό και το βρήκε μέσω του τεστ-Παπ.»

Η συμμετέχουσα 7, αναφέρει για τη σχέση με τον γυναικολόγο της: «Με αποθάρρυνε η συμπεριφορά του γιατρού που δεν μου εξηγούσε κάποια πράγματα, ίσως θεωρούσε ότι γνωρίζω από ιατρικά καλά ... όπως επίσης και το ότι δε μπορούσα να κλείσω ραντεβού με μεγάλη ευκολία, δηλαδή έπρεπε να ... δεν ξέρω πώς το είχε ο άνθρωπος με τα ραντεβού», παρόλα αυτά και λόγω προσωπικού γυναικολογικού θέματος υγείας, λέει: «Εγώ, δε ξέρω αν το ξέρεις ... είχα πρόσφατα κάτι αντίστοιχο, και τώρα κάνω τεστ-Παπ, αναγκαστικά.» **Επίσης, στο παρελθόν, οικονομικοί παράγοντες και φόβος την οδήγησαν στην αμέλεια του ιατρικού ελέγχου:** «(...) εμένα η αμέλεια μου ναι ... και τα οικονομικά μου πάρα πολλές φορές, οπότε ναι, εεε ... τα οικονομικά είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη συχνότητα ...πιστεύω πως και εγώ δηλαδή, επειδή δουλεύω αρκετές ώρες δεν έχω χρόνο να σκεφτώ κάτι τέτοιο, εντάζει φοβάμαι για το τι θα μου πεις, τα αποτελέσματα για το τεστ.» **Οι οικονομικοί παράγοντες για την καθυστέρηση δέσμευσης ραντεβού, αναφέρονται και από τις συμμετέχουσες 3 και 5:** «(...) ανεξάρτητα από τα οικονομικά μου φροντίζω πάντα να έχω τα χρήματα για να κάνω τον έλεγχο» και «(...)μπορεί να έχω καθυστερήσει και μισό χρόνο παραπάνω, για οικονομικούς λόγους ...αλλά γενικά πήγαινα», αντίστοιχα. **Ο φόβος αναφέρεται και από τη συμμετέχουσα 5, όπως τον βίωσε στο παρελθόν και δεν υπήρξε τυπική στον γυναικολογικό της έλεγχο:** « (...) απλά το αμέλησα να το κάνω, ίσως επειδή φοβόμουν ...»

Η συμμετέχουσα 2, συμφωνεί με τη συμμετέχουσα 4, ότι το οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο, έχει διαδραματίσει θετικό ρόλο στην τήρηση προληπτικής συμπεριφοράς: «(...) εγώ ας πούμε έχω επηρεαστεί στο να είμαι πιο προσεκτική στο συγκεκριμένο ζήτημα από τη μαμά μου, η οποία είχε καρκίνο.»

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» Προχωρώντας, στον Πίνακα 4 καταγράφονται οι κώδικες και οι θεματικές ενότητες που αντιστοιχούν στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα.

Πίνακας 4. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος.

| Πώς η σχέση με τον προσωπικό ιατρό επηρεάζει την τήρηση θετικών συμπεριφορών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας | Συχνότητα εμφάνισης κωδίκων και θεματικών κατηγοριών |
|---|--|
| Ο γυναικολόγος μου με ενθαρρύνει να είμαι τυπική στον προ-συμπτωματικό μου έλεγχο και αυτό ακολουθώ | 2 |
| Συγκεκριμένη συμπεριφορά γιατρού με ωθεί/απωθεί από το να δεσμεύσω ένα ιατρικό ραντεβού | 2 |
| Η ενσυναίσθηση είναι σημαντικό χαρακτηριστικό των γιατρών | 2 |
| Η σχέση μου με τον γυναικολόγο μου, δε σχετίζεται με την προληπτική μου συμπεριφορά | 1 |

Οι γυναικολόγοι των συμμετεχουσών 1 και 8, είναι ενθαρρυντικοί προκειμένου εκείνες να διατηρούν τον προληπτικό τους έλεγχο. Τα λεγόμενά τους, αντίστοιχα: («(...) γενικά καλό είναι όλες να κάνουμε πρόληψη για αυτό ... οπότε είναι καλό να κάνουμε τον ετήσιο έλεγχό μας, έτσι ώστε να προλαμβάνουμε οτιδήποτε μπορεί να συμβεί, και όπως μου είχε πει η γυναικολόγος μου ε ... αν μία φορά το χρόνο κάνει η γυναίκα το τεστ-Παπ της, δεν θα πάθει κάτι σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας οπότε και αυτό είναι σωστό να ακολουθούμε ...» και «...και ο γυναικολόγος με έχει επηρεάσει, αλλά είμαι και από μόνη μου τυπική σε αυτά, γιατί θα ήθελα πάντα να είμαι εντάξει και να προλαβαίνω το κάθετί που μπορεί να προκύψει.»

Η συμμετέχουσα 6, αναλύει τα εξής, σε σχέση με τις συμπεριφορές γιατρών που την έχουν αποθήσει από το να δεσμεύει ιατρικά ραντεβού: «Είναι συγκεκριμένη συμπεριφορά που με έχει αποθαρρύνει γιατί όταν έγινα αποδέκτης της πληροφορίας (ότι η μητέρα της έπασχε από καρκίνο) και ήτανε πολύ άγαρμπή εεε ...και σοκαριστική, δε με είχε προετοιμάσει κανένας για

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
κάτι τέτοιο ... οπότε όχι απλώς μάγκωσα και φοβήθηκα, με απέτρεψε στο να θέλω να πλησιάσω τους γιατρούς, γενικά», ενώ λέει για την ενσυναίσθηση: «Θεωρώ ότι γιατροί έχουνε χάσει την ενσυναίσθηση τους, δεν έχουνε συναίσθηση θα πω οι γιατροί, οπότε μπορούν να σε τρομάζουν με τον τρόπο τους ή να σου δώσουνε κάποιο λάθος μήνυμα εκείνη την ώρα οπότε να σε φοβίσουν πάρα πολύ και να έχεις τα αντίθετα αποτελέσματα να μη θες ούτε να πλησιάσει τους γιατρούς ...»

Η συμμετέχουσα 3, λέει, χαρακτηριστικά, ότι συγκεκριμένη συμπεριφορά/αντιμετώπιση εκ μέρους του γιατρού την ωθεί ευκολότερα στη δέσμευση ραντεβού, μιλώντας επίσης για ενσυναίσθηση: « ... να μη ντρέπομαι να ρωτήσω κάτι και να μην παρεξηγηθώ τι θα μου πει, να είναι εκεί όταν τον χρειάζομαι εγώ παρόλο που μπορεί να 'μαι υπερβολική για κάτι που θα έχω αντικρίσει και να νιώθω ότι είναι ο άνθρωπος που νοιάζεται για 'μένα, μπορεί να έχει χίλιες άλλες γυναίκες και να μη θυμάται καν το όνομά μου, αλλά να μη μου το δείξει αυτό, να έχει μελετήσει ποια έρχεται, να έχει δει τον φάκελο μου, δε χρειάζεται κάτι άλλο να ξέρει ότι με λένε ...(αναφέρει το όνομά της). Να ξέρει δύο πράγματα για 'μένα και μετά θα τα πω εγώ δεν είναι ότι θα πρέπει να μου αναλύσει κάτι αυτός ... ο γιατρός να μη με βλέπει σαν το πορτοφόλι, να έχει ενσυναίσθηση.»

Η συμμετέχουσα 8, δηλώνει, ότι η σχέση που έχει με τον γιατρό της δεν έχει κάποια συσχέτιση με την προληπτική της συμπεριφορά: «εεε, όχι δεν υπάρχει κάποια συμπεριφορά συγκεκριμένη, εεε ... απλά όταν θέλω να κλείσω ραντεβού, κλείνω από μόνη μου, ούτε κάτι αρνητικό υπάρχει, ούτε κάτι θετικό, απλά όταν πρέπει να πάω κλείνω ραντεβού από μόνη μου, δεν έχω σκεφτεί κάτι αρνητικό που μπορεί να μου κάνει ο γιατρός που έχω ή κάτι θετικό.»

Πίνακας 5. Κώδικες και θεματικές κατηγορίες του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος.

| Συνδρομή κοινωνικού/πολιτισμικού περιβάλλοντος στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών | Συχνότητα εμφάνισης κωδίκων και θεματικών κατηγοριών |
|--|--|
| Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που μου υπενθυμίζουν τον γυναικολογικό έλεγχο, απλά θέλω να παραμένω υγιής | 6 |
| Οι συμπεριφορές υγείας του οικογενειακού μου περιβάλλοντος δεν έχουν επηρεάσει την τήρηση της προληπτικής μου συμπεριφοράς | 3 |

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

| | |
|--|---|
| Οι συμπεριφορές υγείας του οικογενειακού μου περιβάλλοντος έχουν επιδράσει θετικά στην τήρηση της προληπτικής μου συμπεριφοράς | 3 |
| Οι συμπεριφορές υγείας του οικογενειακού μου περιβάλλοντος έχουν επιδράσει αρνητικά στην τήρηση της προληπτικής μου συμπεριφοράς | 2 |
| Ο κύκλος μου μου υπενθυμίζει τον ετήσιο γυναικολογικό μου έλεγχο | 2 |

Σε σχέση με τους παράγοντες που δρουν ως υπενθυμιστικοί για τη διενέργεια του προ-συμπτωματικού τους ελέγχου, οι συμμετέχουσες 2,3,4,5,7 και 8 συμφωνούν, ότι απλά θέλουν να παραμείνουν υγιείς και για τον λόγο αυτό είναι συνεπείς (συσχέτιση του κώδικα αυτού με τον κώδικα «Η σχέση μου με τον γυναικολόγο μου, δε σχετίζεται με την προληπτική μου συμπεριφορά», του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος). Αυτό, ανεξάρτητα από το αν έχουν αντιμετωπίσει αρνητικές συμπεριφορές γιατρών, ή όχι.

Συγκεκριμένα, η συμμετέχουσα 2, λέει: «Γενικά έχω θέσει τη συγκεκριμένη ημερομηνία, δηλαδή ότι τον μήνα της γέννησης μου, για να μην το ξεχνάω, πιστεύω ότι είναι ένα δώρο που πρέπει να κάνω κάθε φορά στον εαυτό μου σε συνδυασμό με αυτά που είπα και στην προηγούμενη δηλαδή ερώτηση που απάντησα για να μην περάσω πράγματα που ίσως είχε περάσει και η μητέρα μου λόγω του ιστορικού της, επομένως αυτό με βοηθάει, δηλαδή ξέρω ότι αυτός ο μήνας είναι αυτός που θα αφιερώσω να κάνω τη συγκεκριμένη εξέταση.»

Η συμμετέχουσα 3 λέει: «Δε με πειράζει κάτι κάθε χρόνο πάω και κάνω και τον ετήσιο έλεγχο μου.»

Η συμμετέχουσες 4,5,7 και 8, λένε αναφορικά με αυτό, αντίστοιχα: «Εμένα προσωπικά, επειδή έχω ένα μικρό ινομύωμα και πρέπει να το παρακολουθώ συνέχεια, εεε ...και λόγω θεραπείας πολυκυστικών ωοθηκών που πήγαινα στον γυναικολόγο μου συνέχεια, για να τις βλέπουμε στο τί μέγεθος βρίσκονται ...αυτό τον λόγο πάω συνήθως ...και γενικά για πρόληψη (...) ναι, πρέπει να πάω στον γυναικολόγο μου να δω αν είμαι υγιής, αν συμβαίνει κάτι, για πρόληψη ...», «(...)τίποτα, τώρα το έχω σα ρουτίνα, κάθε φθινόπωρο πάω ...ναι, ούτε καν θα

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
βάλω υπενθύμιση, και μετά το καλοκαίρι πάντα, έτσι το έχω στο μυαλό μου, με τη θάλασσα και μ' αυτά, αλλά και γενικά, ναι ...να πηγαίνω», «από προσωπ ...εεε ... από κάτι που έχω πάθει εγώ, βρέθηκε κάτι στα γυναικολογικά μου, εεε ...και αναγκαστικά, σε εισαγωγικά, πρέπει να γίνεται αυτός ο έλεγχος κάθε έξι μήνες, άρα δε μπορώ να το αμελήσω, γιατί αν το αμελήσω, μπορεί να εξελιχθεί και σαν καρκίνος του τραχήλου ...αυτό κυρίως.», και «εεε, δεν είναι κάποιος παράγοντας συγκεκριμένος, απλά ξέρω ότι όταν περνάει κάποιο χρονικό διάστημα είτε για τεστ-Παπ, είτε για εξετάσεις αίματος, λέω ότι πρέπει να τις κάνω ...και να ...να ξέρω πού βρίσκομαι στην κατάσταση της υγείας μου ...δεν υπάρχει κάποιος παράγοντας συγκεκριμένος, όπως και έκανα τόσα χρόνια δηλαδή.»

Εν αντιθέσει με τα παραπάνω λεγόμενα, οι συμμετέχουσες 6 και 8, αναφέρουν τον φιλικό κύκλο ως παράγοντα υπενθύμισης του ετήσιου γυναικολογικού τους ελέγχου: «Υπάρχουνε (παράγοντες υπενθύμισης) ...ο κύκλος μου, που μπορεί να αναφέρει ότι μπορεί να πάει για τεστ-Παπ, οι φίλες μου ... έτσι, και να μπω σ' αυτή διαδικασία να το κάνω, εάν δεν με αγχώσει όλο αυτό και δεν μου προκαλέσει πολύ έντονο στρες, να μη θέλω ούτε να το δω μπορεί και να με ζορίσουνε λιγάκι και να πω ότι πρέπει και εγώ να πάω» και «εεε ...πλέον ο κύκλος μου, οι φίλες μου, που το κανονίζουμε μαζί.»

Για τις συμπεριφορές υγείας του οικογενειακού περιβάλλοντος, οι συμμετέχουσες 1, 2 και 5, ισχυρίζονται, ότι έχουν επηρεαστεί θετικά, είτε από επίσης θετικές, είτε από αρνητικές συμπεριφορές. Τα λόγια τους, συγκεκριμένα: «Ο πατέρας μου ήταν ένας άνθρωπος, ο οποίος δεν πηγ ...δεν πάει ποτέ σε γιατρό, εεε...γιατί, επειδή έχω χάσει τη μαμά μου από ...από καρκίνο, δε ξέρω το έχει γυρίσει κάπως και δε θέλει να πηγαίνει σε γιατρ ...σε γιατρούς με τίποτα, δηλαδή αρνείται ...εεε, εμένα μου έχει γυρίσει το αντίθετο, όχι σε υπερβολικό βαθμό, αλλά γενικά θέλω να τα ελέγχω όλα ...εεε, οπό ...μέχρι όμως κάποια ηλικία, κι εγώ είχα άρνηση στο να πάω στο γιατρό, πλέον εεε... το κάνω κάθε χρόνο.», «σχετικά με γυναικολογικά ζητήματα, με το ιστορικό ας πούμε που ξέρω της μητέρας μου ...έχω επηρεαστεί ...στο να είμαι πιο προσεκτική στο συγκεκριμένο ζήτημα. Παρόλο που δεν υπήρξε προληπτική γιατί είναι και μιας άλλης γενιάς και δεν ξέρω αν αυτό την είχε επηρεάσει ... ωστόσο επειδή όμως είχε ταλαιπωρηθεί από γυναικολογικά ζητήματα, πέρασε σε 'μένα, ότι θα πρέπει όντως να είμαι πάρα πολύ προσεκτική και να υπάρχει αυτήν η πρόληψη, για να μην περάσω αντίστοιχα θέματα ... δηλαδή παρόλο που δεν ήτανε, εεε ...παρόλο που δεν ήταν εκείνη ξέρω 'γω συνεπής πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, το ιστορικό της με βοήθησε στο να έχω τέτοια κατεύθυνση» και «ε, εντάζει, κυρίως οι γυναίκες της οικογένειας, οι άντρες είναι λίγο πιο “δε βαριέσαι” ...ναι, δε ξέρω αν ήταν από τις ίδιες (από τις γυναίκες της οικογένειας) ή εγώ σαν άνθρωπος ...αλλά ναι, σίγουρα σε επηρεάζουν.»

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»

Οι συμμετέχουσες 6 και 7, αντίθετα, έχουν επηρεαστεί αρνητικά. Δηλαδή, η συμμετέχουσα 6, λέει : «Εεε ... από τη πλευρά της μητέρας μου, οτιδήποτε έχει επηρεάσει την δική μου ...τη δική μου στάση απέναντι στην πρόληψη υγείας, επειδή υπάρχει ένα ιστορικό, και πολύ έντονο θα έλεγα, όσο αφορά τους γυναικολογικούς καρκίνους και τις κληρονομικότητες, με έχει επηρεάσει αρνητικά λόγω του φόβου ...εεε ...θεωρώ, ότι είναι πολύ αρνητικό όλο αυτό, το να κάνω μια πρόληψη ...στο κάτι, ότι μπορεί να προλάβω, γιατί η πλειοψηφία ...εεεεε...ότι είχαμε στην οικογένεια, κατέληξε σε άσχημα αποτελέσματα.», ενώ απαντώντας σε διευκρινιστική ερώτηση της ερευνήτριας για το αν είχαν οι γονείς της συμπεριφορές πρόληψης, απαντά: «Εεε... δε θα έλεγα ναι, ούτε και όχι, οπότε ήταν τα πράγματα τα οποία δε θα μπορούσαν να τα προλάβεις ...ήτανε τόσο ακαριαία και τόσο γρήγορα ...και (μακρόσυρτο) είχαμε τα όχι και τόσο καλά αποτελέσματα.»

Οι συμπεριφορές υγείας της οικογένειας της συμμετέχουσας 7, την έχουν, επίσης, επηρεάσει: «δυστυχώς, επειδή είμαι και λίγο φοβητσιάρα ...με τα θέματα υγείας εεε...με έχει επηρεάσει πάρα πολλές φορές, γιατί έχουνε τύχει πάρα πολλά πράγματα στον οικογενειακό μου κύκλο ...εεε ...εεε ...αλλά δε μπορώ να πω ότι έχω πολλή οργάνωση σ' αυτό ...το ομολογώ ...δηλαδή αν δε μου συνέβαινε κάτι, δε θα πήγαινα κάθε εξάμηνο στον γυναικολόγο.», και απαντά σε διευκρινιστική ερώτηση της ερευνήτριας «Θεωρώ πως είναι, ναι ...(αμελείς ως προς την πρόληψη υγείας, οι γονείς και τα αδέρφια της) ...όχι από φόβο βέβαια, από αμέλεια, σκέτο. Σίγουρα, σίγουρα, αυτά νομίζω ότι τα παίρνουμε κι από το σπίτι, δυστυχώς ...»

Η 3^η συμμετέχουσα, όπως και οι συμμετέχουσες 4 και 8, δεν έχουν επηρεαστεί από τις συμπεριφορές υγείας του οικογενειακού περιβάλλοντος, είτε αυτές έχουν υπάρξει αρνητικές, είτε θετικές. Όπως κατεγράφη στις συνεντεύξεις: «Δε νομίζω γενικά (ότι έχω επηρεαστεί), η οικογένειά μου έχει θεματάκια υγείας, είτε σοβαρά ή και όχι, εντάζει δε νομίζω ότι έχω μπει στη διαδικασία ... μόνο τον γυναικολόγο έχω που λέω κάθε χρόνο θα πηγαίνω, αλλά δε ξέρω δεν έχει επηρεάσει κάπου αλλού. Δε με έχει επηρεάσει. Ούτε θετικά, ούτε αρνητικά.»

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Η συμμετέχουσα 4 λέει, συνοπτικά: «Πιστεύω, ότι οι δικοί μου είναι πιο αμελείς από εμένα ...αλλά δε με επηρεάζει αυτό στο να είμαι τυπική με τις εξετάσεις μου.» Τέλος, η 8^η συμμετέχουσα δηλώνει, ότι «Όχι, από μόνη μου ήμουνά έτσι, εεε ...και για απλές εξετάσεις αίματος, πάντα πήγαινα προληπτικά κάθε χρόνο και έκανα, χωρίς να έχω κάτι ...εε ...δε με έχει επηρεάσει, όχι.»

4.3. Αποτελέσματα της έρευνας και συζήτηση

Στο σημείο αυτό, ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη θεματική ανάλυση που έλαβε χώρα από την ερευνήτρια.

Όπως διαφαίνεται από τη συχνότητα των απαντήσεων που δόθηκαν από τις συμμετέχουσες, ενώ και οι οκτώ δε διαθέτουν συγκεκριμένη, έγκυρη και απόλυτη γνώση σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όλες αναγνωρίζουν, ότι η πρόληψη ενάντια σε αυτή τη νόσο σώζει ζωές (συχνότητα: 8). Στο πλαίσιο αυτό, το τεστ-Παπανικολάου αναδεικνύεται στον πιο ενδεδειγμένο για αυτές τρόπο, προκειμένου να προλαμβάνουν τον συγκεκριμένου τύπου καρκίνο. Το εμβόλιο εναντίον του HPV, καταγράφηκε ως μέσο πρόληψης, σε τρεις συνεντεύξεις.

Επιπλέον, σχετικά με τα συμπτώματα του καρκίνου αυτού, τρεις (3) στις οκτώ (8) γυναίκες γνωρίζουν, ότι η ακανόνιστη αιμορραγία αποτελεί ένδειξη, ενώ μία (1) από τις (8) ανέφερε τη συχνουρία και την κοιλιακή διάταση.

Αναφορικά με τους τρόπους πρόληψης και τους παράγοντες κινδύνου, σε συχνότητα μόλις 2, απαντήθηκε, ότι ο καρκίνος αυτός μεταδίδεται σεξουαλικά, ενώ από μία φορά (1) αναφέρθηκαν η κληρονομικότητα και τα κονδυλώματα ως παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, αναφέρθηκαν μία (1) φορά η σωστή διατροφή και η άθληση ως τρόποι πρόληψης.

Οι γνώσεις των συμμετεχουσών σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, συνδέονται με το δεύτερο και το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, επομένως, δεν κρίνεται αναγκαία η παραπομπή των βιβλιογραφικών αναφορών του θεωρητικού μέρους.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Εύρημα του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, ανέδειξε σε συχνότητα οκτώ στις οκτώ (8/8), την ενημέρωση που έχουν λάβει οι συμμετέχουσες από τον γυναικολόγο τους. Την ίδια στιγμή, όπως φάνηκε, με συχνότητα επίσης οκτώ στα οκτώ (8/8), βασικός παράγοντας ενθάρρυνσης για εκείνες αποτελεί το γεγονός ότι η προληπτική συμπεριφορά αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ταυτόχρονα, οι επτά (7) στις οκτώ (8) γυναίκες, απάντησαν, ότι ανεξάρτητα από τη συνεργασία που έχουν με τον γυναικολόγο τους, θέλουν να παραμένουν υγιείς και για τον λόγο αυτό είναι συνεπείς στην προληπτική τους συμπεριφορά. Η συχνότητα εμφάνισης των συγκεκριμένων κωδίκων, επιβεβαιώνει, τόσο την πτυχή ανάλυσης του ΜΠΥ, όσο και του Μοντέλου Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Ειδικότερα, φαίνεται να υπερτερούν τόσο το αίσθημα της «τρωτότητας» και των αρνητικών συνεπειών από τη νόσηση από καρκίνο, όσο και η υποκειμενική πρόσληψη της απειλής και της αίσθησης για τα οφέλη και τα εμπόδια από την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών (Παπαδάκης, χωρίς ημερομηνία), φαίνεται ότι ευνοεί τις τακτικές πρόληψης. Ουσιαστικά, αναδύεται, το γεγονός, ότι πρόκειται για «υποσυνείδητη ανάλυση κόστους – οφέλους», « (...)προκειμένου να ληφθεί απόφαση για αποδοχή ή απόρριψη της προτεινόμενης συμπεριφοράς.» (οι Strecher & Rosenstock (1997, αναφέρεται στον Παπαλεξανδρή, 2012). Εδώ, επιβεβαιώνεται και η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, με τη θεώρηση, ότι συμπεριφορικές πεποιθήσεις χρησιμοποιούνται ως εννοιολόγηση των πιθανών συνεπειών που προκύπτουν από μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, αλλά και την αξιολόγηση που αποδίδουν στη συμπεριφορά το ίδιο τα άτομα (Ajzen & Fishbein (1980) και Ajzen (1991) αναφέρονται στους Καζάκου & Κουτρομάνος, (2017).

Στη συνέχεια, βρέθηκε τρεις (3) φορές, ότι η οικονομική κατάσταση κάποιων συμμετεχουσών, έχει οδηγήσει σε καθυστέρηση του προ-συμπτωματικού τους ελέγχου, πραγματοποιώντας μία συσχέτιση με τα λεγόμενα του Κουλιεράκη (2000), για το ότι οι κοινωνικο-ψυχολογικές εκφάνσεις (προσωπικότητα, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο) ενός ατόμου, επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας.

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
Κατά τον ίδιο τρόπο, αποδείχθηκε μία σχέση μεταξύ δομικών μεταβλητών (συχνότητα 3 και 1, για θετική και αρνητική επιρροή, αντίστοιχα), λόγω αναφοράς των συμμετεχουσών σε προσωπικές εμπειρίες με καρκίνο, οι οποίες είτε τις ενθάρρυναν, είτε τις αποθάρρυναν για υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Εδώ, αναφάνεται και πάλι η σημασία της «υποσυνείδητης ανάλυσης κόστους – οφέλους», για τις γυναίκες που παρά τις προσωπικές τους εμπειρίες, συνεχίζουν να έχουν προληπτική συμπεριφορά.

Στο ερευνητικό ερώτημα που αφορά τη σχέση των ασθενών – ιατρών, μόλις μία (1) φορά αναφέρθηκε το γεγονός, ότι η προληπτική συμπεριφορά μίας (1) συμμετέχουσας δε σχετίζεται με τον γυναικολόγο της. Αυτό, αποδεικνύει την «αρνητική» σχέση της συχνότητας αυτής με ό,τι ισχυρίζονται οι Sari et al. (2016) για τη σημασία της συμπεριφοράς των γιατρών στην ιατρική πρακτική.

Επιπροσθέτως, ως αρνητικά παρουσιάζονται τα ευρήματα για απουσία ώθησης σε προληπτική συμπεριφορά από τους γιατρούς στις περιπτώσεις των περισσότερων γυναικών (συχνότητα: 2). Η ενσυναίσθηση, επίσης, αναφέρθηκε μόλις δύο (2) φορές από τις συμμετέχουσες. Σημειώνεται, ότι η σημασία της ενσυναίσθησης αντικατοπτρίστηκε στα λεγόμενα των περισσότερων γυναικών, όχι με τη χρησιμοποίηση της λέξης αυτής καθ' αυτής, αλλά με την περιγραφή καταστάσεων και συμπεριφορών που οι ίδιες έχουν δεχθεί από γυναικολόγους και ιατρούς.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα όσα έχουν ήδη αναλυθεί, το συμπέρασμα που εξάγεται, είναι ότι οι γυναίκες, κατά κύριο λόγο, δεν επηρεάζονται από συγκεκριμένους παράγοντες που μπορεί να δρουν ως υπενθύμιση της προληπτικής τους συμπεριφοράς (ισχύει η ίδια διαπίστωση για την «υποσυνείδητη ανάλυση κόστους – οφέλους»).

Τέλος, αναφορικά με τη συνδρομή του κοινωνικού/πολιτισμικού περιβάλλοντος στην υιοθέτηση προληπτικών για την υγεία συμπεριφορών, και ειδικότερα σε σχέση με το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, παρατηρούνται τα εξής: έξι (6) από τις οκτώ (8) συμμετέχουσες έχουν επηρεαστεί (είτε θετικά, είτε αρνητικά) από συμπεριφορές υγείας γονέων και αδελφών. Μέσω του αποτελέσματος αυτού, αναδεικνύεται η σημαντικότητα των ρυθμιστικών/κανονιστικών πεποιθήσεων, οι οποίες αποδίδουν τη «συμμετοχή» των «σημαντικών άλλων» και την απόδοση κινήτρου για την εκτέλεση μίας συμπεριφοράς από το άτομο (ποια άποψη έχει ο κοινωνικός περίγυρος για μία συγκεκριμένη συμπεριφορά) (Κουλιεράκης, 2000).

*«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»*

4.4. Προτάσεις για το μέλλον

Η ανάλυση που έλαβε χώρα, ανέδειξε βασικά στοιχεία, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας εργασίας.

Αρχικά, σημαντική κρίνεται η ενημέρωση των γυναικών όλων των ηλικιών, αλλά ιδιαίτερα αυτών της παραγωγικής ηλικίας τόσο σε εθνικό, όσο και σε επίπεδο ιδιωτών ιατρών, αναφορικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η ενημέρωση των γυναικών, τόσο με εκστρατείες ενημέρωσης κάθε είδους, όσο και με τη διαρκή συνεργασία ιατρών – ασθενών, είναι εξέχουσας σημασίας. Τόσο η πρόληψη, όσο και η γνώση των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου, αποτελούν κομβικά σημεία-κλειδιά για την «αναγνώριση» αυτής της νόσου. Η εμφάνιση χαμηλής συχνότητας γνώσης των παραγόντων κινδύνου και των συμπτωμάτων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όπως φαίνεται στην ποιοτική έρευνα, υποστηρίζει σε μεγάλο βαθμό την προαναφερθείσα πρόταση.

Επιπλέον, αποδεικνύεται, ότι η επανεξέταση της σχέσης ιατρών – ασθενών, είναι αναγκαίο να αποτελέσει βασικό στόχο, ιδιαίτερα των πρώτων. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται να καταστεί απαραίτητη η συνεχής αξιολόγηση των ιατρών σε θέματα συμπεριφοράς. Αυτό, είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μέσω συνεχών ημερίδων-σεμιναρίων, που θα σχεδιάζονται από ειδικούς επιστήμονες σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, και θα είναι υποχρεωτικά για παρακολούθηση.

Ξενόγλωσση Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

Ambady, N., LaPlante, D., Ngugen, Th., Rosenthal, R., Chaumeton, N., and Levinson, W., (2002). *Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history*. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0039606002000223> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Burd, E., M., (2003). *Human Papillomavirus and Cervical Cancer*. Διαθέσιμο στο: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.16.1.1-17.2003> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Canadian Cancer Society, (no date). *Stages of cervical cancer*. Διαθέσιμο στο: <https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/cervical/staging> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

City of Hope, (2022). *Cervical cancer types*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancercenter.com/cancer-types/cervical-cancer/types> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Claramita, M., Susilo, A., P., Kharismayekti, M., van Dalen, J., and van der Vleuten, C., (2013). *Introducing a partnership doctor-patient communication guide for teachers in the culturally hierarchical context of Indonesia*. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25001347/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Communication in health and social care, 2010. Collins.co.uk. Διαθέσιμο στο: <https://resources.collins.co.uk/free/BTECHSCunit1.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Centers for Disease Control and Prevention, (2023). *Reducing Risk for Cervical Cancer*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/cervical-cancer/prevention/index.html> [[Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Fengzhi, Z., Manman, L., Xiaoxue, L., Hua, B., Jinling G., and Hua, L., (2022). *Knowledge of cervical cancer prevention and treatment, and willingness to receive HPV vaccination among college students in China*. Διαθέσιμο στο: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14718-0> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

- «Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» Gillam, S., J., (1991). *Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371864/pdf/brjgenprac00061-0028.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Haryati, A., Shamsul, A., S., Halim, G., Mohd, I., M., Hasanain, F., G., (2020). *Usage of Health Belief Model (HBM) in Health Behavior: A Systematic Review*. Διαθέσιμο στο: https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2021010809001826_2020_0366_.pdf [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Jain, M., A., Limaiem, F., (2023). *Cervical Squamous Cell Carcinoma*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559075/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Lee, S., J., Back, A., L., Block, S., D., and Stewart, S., K., (2002). *Enhancing Physician-Patient Communication*. Διαθέσιμο στο: <https://ashpublications.org/hematology/article/2002/1/464/18604/Enhancing-Physician-Patient-Communication> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Markides, M., (2011). *The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals*. Διαθέσιμο στο: https://journals.lww.com/jpho-online/fulltext/2011/10001/the_importance_of_good_communication_between.11.aspx [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Massad, L., S., Seaberg, E., C., Watts, D., H., Minkoff, H., Levine, A., M., Henry, D., Colie, Ch., Darragh, T., M., and Hessol, N., A., (2009). *Long-term incidence of cervical cancer in women with HIV*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2641995/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Mast, M., S., (2007). *On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399107000973> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- National Health System, (2021). *Symptoms. Cervical Cancer*. Διαθέσιμο στο: <https://www.nhs.uk/conditions/cervical-cancer/symptoms/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» National Cancer Institute, (2022). *Cervical Cancer Symptoms*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.gov/types/cervical/symptoms> [Τελευταία πρόσβαση στις 25 Μαΐου 2024].

National Cancer Institute, (2023). What Is Cervical Cancer? Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.gov/types/cervical> [Τελευταία πρόσβαση στις 25 Μαΐου 2024].

National Cancer Institute, (2023). Cervical Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.gov/types/cervical/causes-risk-prevention> [Τελευταία πρόσβαση στις 25 Μαΐου 2024].

Ochsner, J., (2010). *Doctor-Patient Communication: A Review*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Olufowote, J., O., (2017). *Limitations of Research*. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/328748941_Limitations_of_Research [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Orji, R., Vassileva, J., and Mandryk, R., L., (2012). *Towards an Effective Health Interventions Design: An Extension of the Health Belief Model*. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/236141072_Towards_an_Effective_Health_Interventions_Design_An_Extension_of_the_Health_Belief_Model [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Prusti, S., M., Dash, M., Singh, R., Pattanayak, Sh., and Choudhury S., (2022). Διαθέσιμο στο: <https://ijirem.org/DOC/12-non-verbal-cues-in-physician-patient-communication.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Renner, B., (2001). *Health Behaviors, Assessment of*. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B0080430767039000> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Rubinelli, S., and Diviani, N., (2020). *The bases of targeting behavior in health promotion and disease prevention*. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399120304742> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Sari, M., I., Prabandari, Y., S., and Claramita, M., (2016). *Physicians' professionalism at primary care facilities from patients' perspective: The importance of doctors'*

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την
πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.»
communication skills. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943150/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27
Μαΐου 2024].

Short, S., E., and Mollborn, S., (2015). Social Determinants and Health Behaviors:
Conceptual Frames and Empirical Advances. Διαθέσιμο στο:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511598/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27
Μαΐου 2024].

Tovar, J., M., (2015). *Human Papillomavirus, Cervical Cancer, and the Vaccines.*
Διαθέσιμο στο: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.2008.07.1794>
[Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

World Health Organization, (2024). *Cervical Cancer.* Διαθέσιμο στο:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer> [Τελευταία πρόσβαση
στις 27 Μαΐου 2024].

Ελληνόγλωσση Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

Αναστασιάδου, Π., Τσιρώνης, Χ., και Ανδρεάδης, Δ., (χωρίς ημερομηνία).
Ενσυναίσθηματική επικοινωνία ιατρού – ασθενούς: παράγοντας ικανοποίησης ασθενών.
Διαθέσιμο στο: <https://skepsy.edu.gr/wp-content/uploads/2021/02/%CE%A0%CE%B7%CE%BD%CE%B5%CE%BB%CF%8C%CF%80%CE%B7-%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B9%CE%A%CE%B4%CE%BF%CF%85-%CE%A7%CF%81%CE%AE%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%A4%CF%83%CE%B9%CF%81%CF%8E%CE%BD%CE%B7%CF%82-%CE%94%CE%B7%CE%BC%CE%AE%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%82-%CE%91%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%B5%CE%AC%CE%B4%CE%B7%CF%82.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Ανδριοπούλου, Μ., Μάνος, Α., Δαλαμάγκα, Δ., και Χάρος, Δ., (2020). *Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση της σχέσης ασθενών-ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας.* Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2020-5/pdf/625.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» Βενιού, Α., και Τεντολούρης, Ν., (2013). *Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς*. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2013-5/pdf/613.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Γραμματοπούλου, Ε., (2014). *Κλινική Άσκηση σε Καρδιο-Αναπνευστικές Παθήσεις (Θ)*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας: Ανοικτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα. [Υλικό από παρουσίαση διάλεξης].

Γοργούλης, Β., (2018). Εισαγωγή στην καρκινογένεση. [Υλικό από παρουσίαση διάλεξης].

Δέλλιου, Ι., (2018). *Η διδασκαλία των Αγγλικών στα μειονοτικά και πλειονοτικά σχολεία της Θράκης*. Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στο: <https://ikee.lib.auth.gr/record/299212/files/GRI-2018-22311.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Δέρδας, Στ., (2019). «Ανθρώπινος ιός θηλωμάτων (HPV): Γιατί η κλινική διατροφή είναι επιτακτική». Διαθέσιμο στο: <https://www.evercare-online.com/anthrwpinos-ios-thilwmatwn-hpv-giati-i-kliniki-diatrofi-einai-epitaktiki/blog/15/56/> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Ευρωπαϊκή Πύλη Πληροφοριών Εμβολιασμού, (χωρίς ημερομηνία). *Ιός των ανθρώπων θηλωμάτων (HPV)*. Διαθέσιμο στο: <https://vaccination-info.europa.eu/el/enimerotika-deltia-shetika-me-tis-astheneies/ios-ton-anthropinon-thilomaton-hpv> [Τελευταία πρόσβαση στις 26 Μαΐου 2024].

Ευγονία, (χωρίς ημερομηνία). *Μήτρα*. Διαθέσιμο στο: <https://www.eugonia.com.gr/el/anthropini-anaparagogi/ta-anaparagogika-organa-tis-gynaikas/esoterika-gennitika-organa/mitra> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, (2023). *Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας – Ενημέρωση για την αποτελεσματική πρόληψη έναντι της νόσου*. [Δελτίο Τύπου]. Διαθέσιμο στο: https://eody.gov.gr/karkinos-toy-trachiloy-tis-mitras_-enimerosi-gia-tin-apotelesmatiki-prolipsei-enanti-tis-nosoy/ [Τελευταία πρόσβαση στις 26 Μαΐου 2024].

Ίσαρη, Φ., και Πουρκός, Μ., (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Διαθέσιμο στο: <https://eclass.uowm.gr/modules/document/file.php/NURED263/%CE%8A%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%B7%20%26%20%CE%A0%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CF%84%CE%B9%C>

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» [E%BA%CE%AE%20%CE%BC%CE%B5%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CE%AD%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%CF%82%202015%20book.pdf](https://users.sch.gr/hlapanis/portal/images/uploads/registered/eap/eke51_methodologia_lispsis_sinentefxis_kedra.pdf) [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Κεδράκα, Κ., (χωρίς ημερομηνία). Μεθοδολογία λήψης συνέντευξης. Διαθέσιμο στο: https://users.sch.gr/hlapanis/portal/images/uploads/registered/eap/eke51_methodologia_lispsis_sinentefxis_kedra.pdf [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Κορρές, Κ., (2013). Ποσοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις. *Quantitative Approaches to Research*. Διαθέσιμο στο: [http://www.kkorres.mysch.gr/Project/Korres%20\(2013\),%20Quantitative%20Approaches.pdf](http://www.kkorres.mysch.gr/Project/Korres%20(2013),%20Quantitative%20Approaches.pdf) [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Καζάκου, Μ., και Κουτρομάνος Γ., (2017). Ηλεκτρονική διακυβέρνηση στη διοίκηση της εκπαίδευσης: Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση χρήσης της από τα στελέχη της εκπαίδευσης. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/317109725_Elektronike_diakybernese_ste_dioikese_tes_ekpaideuses_Diereunese_ton_paragonton_pou_epereazoun_ten_prothese_chreses_tes_apo_ta_steleche_tes_ekpaideuses [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Καρυπίδης, Γ., (2020). Πεποιθήσεις για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία: Ο ρόλος της προσωπικότητας και του πολιτισμικού μορφώματος. Διπλωματική Εργασία, Κοζάνη: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/91564> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Μαντζούκας, Στ., (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. Διαθέσιμο στο: <https://eclass.uop.gr/modules/document/file.php/TS162/%CE%91%CE%BD%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7%20%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CF%89%CE%BD.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Μιλτιάδης, Χ., και Θεοδωράτου, Μ., (2022). Θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Συνοπτική περιγραφή και πρακτική εφαρμογή σε επίπεδο πολιτικών υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2022-5/pdf/696.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» 2024].

Μουδάτσου, Μ., Κούτης, Α., και Φιλαλήθης, Α., (2016). *Ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου*. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2016-2/pdf/189.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Παπαδάκης, Ι., Σ., (χωρίς ημερομηνία). *Μοντέλο πεποιθήσεων υγείας*. Διαθέσιμο στο: <https://www.scribd.com/doc/309877987/%CE%9C%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%9F-%CE%A0%CE%95%CE%A0%CE%9F%CE%99%CE%98%CE%97%CE%A3%CE%95%CE%A9%CE%9D-%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Παπαλεξανδρή, Σ., (2012). *Γνώσεις και πεποιθήσεις των Ελλήνων ανδρών για την οστεοπόρωση . Εφαρμογή του μοντέλου των «πεποιθήσεων για την υγεία»*. Διπλωματική Εργασία, Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμο στο: <https://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/272/%CE%94%CE%9C%CE%A5-2012-00081.pdf?sequence=1> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ευ., Αλ., (2019). *Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας: συνεντεύξεις και συνεντεύξεις μέσω διαδικτύου*. Διαθέσιμο στο: <https://www.google.com/search?q=10.12681%2Fjode.20634&sourceid=chrome&ie=UTF-8> [Τελευταία πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2024].

Πετρέλης, Μ., (2022). *Η επικοινωνία ασθενή-ιατρού και οι διαστάσεις της*. Διαθέσιμο στο: <https://www.vimaasklipiou.gr/images/upload/various/files/8585354026985242713yCo9A2LGjzmNE2XPb4sO2IbNTTJRd8585280910176102212.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Σαραντοπούλου, Ζ., (2017). *Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης*. Διαθέσιμο στο: http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p17-3-3.pdf [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

«Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» Στεφανίδου, Α., (2013). *Η χρήση του Μοντέλου Των Πεποιθήσεων Για Την Υγεία για την πρόβλεψη της συμμετοχής σε άσκηση ηλικιωμένων ατόμων 65+.* Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στο: <https://ikee.lib.auth.gr/record/133665/files/GRI-2014-11711.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Τσιώλης, Γ., (2017). *Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων.* Σημειώσεις θεματικής ενότητας ΕΚΠ51: Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Επιστήμες της αγωγής. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. http://www.amarkos.gr/material/Thematic_Analysis.pdf [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Τσουνής, Α., και Σαράφης, Π., (2014). *Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.* Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2014-5/pdf/534.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].

Eurocytology, (2023). *Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: επιδημιολογία, αιτιολογία, παθογένεση και κύριοι ιστολογικοί τύποι.* Διαθέσιμο στο: <https://win.eurocytology.eu/static/eurocytology/GRE/cervical/LP1ContentCcontC.html> [Τελευταία πρόσβαση στις 26 Μαΐου 2024].

Ελληνόγλωσση Έντυπη Βιβλιογραφία

Κουλιεράκης, Γ., (2000). Κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια. Στο: Κουλιεράκης Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π., *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 32-72.

Κυριαζή, Ν., (2004). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδημητρίου, Χρ. (2006). *Γυναικολογία: Γνωρίζω – Προλαμβάνω – Αντιμετωπίζω*. Αθήνα: Εκδόσεις Κανκάς.

Dimatteo R., M., Martin, L., R., (2002). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος και Γ. Ποταμιανός, επιμ. *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο, σελ. 137-197.

Ξενόγλωσση Έντυπη Βιβλιογραφία

Abraham, C., Sheeran, P., (2007). The health belief model. In: Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., West, R., and Ayers, S., (eds) *Cambridge handbook of Psychology Health and Medicine (2nd edition)*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 97-102.

Ajzen, I., and Fishbein, M., (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. England Cliffs: Prentice Hall, Inc.

Ajzen, I., (1991) *The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes*. pp. 179–211.

Becker, M., H., Radius, S., M., Rosenstock, I., M., Drachman, R., H., Schuberth, K., C., and Teets, K., C., (1978). *Compliance with a medical regimen for asthma: A test of the health belief model*. Public Health Belief, pp. 268-275.

Bensing, J., M., Kerssens, J., J., and van der Pasch, M., (1995). Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior*, pp. 223-242.

Bandura, A., (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

- «Αξιολόγηση στάσεων και πεποιθήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: ποιοτική έρευνα σε γυναίκες 30 – 35 ετών.» Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., and Woods, P., (1999). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη, Εγχειρίδιο Μελέτης*, (μτφ. Ε. Φράγκου). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Braun, V., and Clarke, V., (2012). Thematic analysis. In Cooper, H., (Ed.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 51-77.
- Cassel, E., J., (1985a). *Talking with patients. Volume 1: The theory of doctor-patient communication*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
- Hojat, M., (2016). *Empathy in Health Professions: Education and Patient Care*. USA: Springer. Διαθέσιμο στο: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-27625-0> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαΐου 2024].
- Like, R., and Zyzanski, S., J., (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. *Social Science Medicine*, pp. 351-357.
- Rosenstock, I., M., Strecher V., J., and Becker, M., H. (1988). *Social learning theory and the health belief model*. *Health Education & Behaviour*, pp. 175-183.
- Sharma, S., and Roma J., A., (2010). The Health Belief Model. In: *Theoretical Foundations Of Health Education And Health Promotion (2nd edition)*. Sasbury MA: Jones and Bartlett Publishers, pp. 74-94.
- Siminoff, L., A., (1992). *Improving communication with cancer patients*. *Oncology. Huntingt*, pp. 83–89.
- Sheeran, P., and Abraham, C., (1996). The health belief model. In Conner, M. & Norman, P. (eds), *Predicting health behavior. Research and practice with social cognition models*. Open University Press, Buckingham, pp. 23-61.
- Strecher V., J., Rosenstock I., M., (1997). The Health Belief Model. In: Newman S., Weinman J., West R., McManus, C., and Baum, A., (eds) *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.113-117.
- Weinman, J., (1990). Health Psychology: Progress, perspectives, and prospects. Στο Bennett, P., Weinman, J., and Spurgeon, P., (eds), *Current developments in health Psychology*. London: Harwood Academic Publishers, pp. 9-33.