



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το μονοπάτι του καρκίνου: Ανησυχίες και φόβοι ασθενών στην πορεία της νόσου

**ΓΚΟΝΤΟΒΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ
Α.Μ.: 166505**

Λάρισα, Μάρτιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Γκοντοβά Αφροδίτη, η οποία την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης, η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ) μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής της διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλη τη διάρκεια των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας.

Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει, καθ' οιονδήποτε 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 ή 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.

Το μονοπάτι του καρκίνου: Ανησυχίες και φόβοι ασθενών στην πορεία της νόσου

Γκοντοβά Αφροδίτη

Πτυχιούχος Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών (ΠΕ)

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Α΄ Καθηγήτρια

Σαρίδη Μαρία

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Επιβλέπων Β΄ Καθηγητής

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Λάρισα, Μάρτιος 2026

Αφιέρωση

Στα παιδιά μου,
για τον χρόνο που τους στέρησα, για την αγάπη και την υπομονή τους σε κάθε μου
απουσία.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Σαρίδη Μαρία για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και τις εύστοχες παρατηρήσεις της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω και στον δεύτερο επιβλέποντα καθηγητή, Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη, του οποίου η προσεκτική ανάγνωση, οι τεκμηριωμένες παρατηρήσεις και η ουσιαστική συμβολή στη βελτίωση της επιστημονικής αρτιότητας της εργασίας υπήρξαν καθοριστικές για την τελική της διαμόρφωση.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τους ασθενείς και το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για τη συνεργασία και τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένειά μου και τους φίλους μου, οι οποίοι με τη στήριξη, την υπομονή και την ενθάρρυνσή τους στάθηκαν πολύτιμοι συνοδοιπόροι σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει στη διερεύνηση των βιωμένων εμπειριών ασθενών με καρκίνο, εστιάζοντας στο άγχος και στους φόβους που συνοδεύουν τη νόσο, με ιδιαίτερη έμφαση στον φόβο υποτροπής (Fear of Cancer Recurrence – FCR). Παράλληλα, εξετάζονται οι τρόποι με τους οποίους οι ασθενείς διαχειρίζονται την εμπειρία της ασθένειας (μηχανισμοί αντιμετώπισης – coping mechanisms), καθώς και ο ρόλος της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στη διαδικασία προσαρμογής.

Μεθοδολογία: Υιοθετήθηκε ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, ενταγμένη στο ερμηνευτικό παράδειγμα. Το δείγμα αποτέλεσαν 14 ενήλικες ασθενείς της Ογκολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, οι οποίοι επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων και αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, σύμφωνα με το μοντέλο των Braun και Clarke, ακολουθώντας επαγωγική διαδικασία.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα έδειξαν ότι η διάγνωση βιώνεται ως έντονη διακοπή της βιογραφικής συνέχειας, συνοδευόμενη από σοκ και αίσθημα απώλειας ελέγχου. Ο φόβος υποτροπής αναδείχθηκε ως η πιο επίμονη ανησυχία, ιδιαίτερα σε περιόδους αναμονής ιατρικών εξετάσεων ή στιγμές μοναξιάς. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν δυσκολίες που σχετίζονται με οικονομική επιβάρυνση και λειτουργικούς περιορισμούς της νόσου. Ως βασικοί τρόποι αντιμετώπισης αναδείχθηκαν η στήριξη από την οικογένεια, η πίστη, η αποδοχή της κατάστασης και η διατήρηση μιας ενεργητικής στάσης στην καθημερινότητα. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρήθηκαν στοιχεία προσωπικής αναθεώρησης και επαναπροσδιορισμού προτεραιοτήτων.

Συμπεράσματα: Η εμπειρία του καρκίνου αναδεικνύεται ως σύνθετη και βαθιά υπαρξιακή, επηρεάζοντας την ταυτότητα, τις σχέσεις και την αντίληψη των ασθενών για το μέλλον. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα, η οποία να περιλαμβάνει ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τη στιγμή της διάγνωσης και να λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές πηγές νοήματος και ανθεκτικότητας των ασθενών.

Λέξεις – κλειδιά: Βιογραφικό ρήγμα, επιζώντες καρκίνου, καρκίνος, μετατραυματική ανάπτυξη, ποιότητα ζωής, φόβος υποτροπής

Abstract

Purpose: The present thesis aims to explore the lived experiences of patients diagnosed with cancer, focusing on the anxiety and fears associated with the illness, with particular emphasis on Fear of Cancer Recurrence (FCR). In addition, the study examines the coping mechanisms patients use and investigates the role of family and social support networks in the process of adjustment to the disease.

Methodology: A qualitative research design, grounded in the interpretive paradigm, was adopted. The sample consisted of 14 adult patients receiving treatment at the Oncology Department of the General Hospital of Larissa. Participants were selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis, following the model proposed by Braun and Clarke, through an inductive approach.

Results: The findings indicate that the diagnosis is experienced as a significant disruption of one's biographical continuity, often accompanied by shock and a sense of loss of control. Fear of recurrence emerged as the most persistent concern, particularly during periods of medical follow-up and waiting for test results, as well as in moments of isolation. Participants also referred to financial burden and functional limitations associated with the illness. Key coping strategies included family support, religious faith, acceptance of the situation, and the maintenance of an active stance toward everyday life. In several cases, participants described a reassessment of priorities and a shift in life perspective following the illness experience.

Conclusions: Cancer is experienced as a complex and deeply existential condition that affects identity, relationships, and perceptions of the future. The findings highlight the importance of holistic models of care that incorporate psychosocial support from the time of diagnosis and acknowledge patients' personal sources of meaning and resilience.

Keywords: Cancer, cancer survivors, biographical disruption, fear of cancer recurrence, quality of life, financial toxicity, qualitative research, post-traumatic growth, coping mechanisms, invisible disability, spirituality.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	6
Abstract.....	8
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	11
Εισαγωγή.....	12
Γενικό Μέρος.....	15
Κεφάλαιο 1.Επιδημιολογικά Δεδομένα & Κοινωνικοοικονομική Διάσταση του Καρκίνου.....	15
1.1 Επιδημιολογία του Καρκίνου.....	15
1.1.1 Διεθνή Δεδομένα.....	15
1.1.2 Η Επιδημιολογική Εικόνα στην Ελλάδα.....	17
1.2 Οικονομικές Επιπτώσεις και Πρόσβαση στην Υγεία.....	19
Κεφάλαιο 2. Η Ψυχοκοινωνική Διάσταση της Νόσου.....	22
2.1 Το Βίωμα της Διάγνωσης και η Έννοια του «Βιογραφικού Ρήγματος».....	22
2.2 Φόβος Υποτροπής και Ψυχολογική Επιβάρυνση των Επιζώντων.....	26
2.3 Ο Καρκίνος ως «Αόρατη Αναπηρία» και το Κοινωνικό Μοντέλο.....	29
2.4 Άγχος και Κατάθλιψη στην Εμπειρία της Επιβίωσης από τον Καρκίνο.....	31
Ειδικό Μέρος	33
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία της Έρευνας	33
3.1 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας.....	33
3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	33
3.3 Τύπος Μελέτης και Ερευνητική Προσέγγιση.....	33
3.4 Δείγμα της Έρευνας	34
3.5 Ερευνητικό Εργαλείο.....	35
3.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	36
3.7 Συλλογή και Ανάλυση Δεδομένων.....	36
3.8 Αναστοχαστική Καταγραφή της Ερευνήτριας.....	38
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα.....	40
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	40
Θέμα 1. Η στιγμή της διάγνωσης.....	41
Θέμα 2. Τα πρώτα συναισθήματα και σκέψεις.....	42
Θέμα 3. Σύγχρονες ανησυχίες και φόβοι για το μέλλον.....	44

Θέμα 4. Στιγμές ενεργοποίησης και κορύφωσης του φόβου.....	46
Θέμα 5. Ο φόβος της υποτροπής και η επίδρασή του στην καθημερινότητα.....	48
Θέμα 6. Επίδραση των συναισθημάτων και της νόσου στην καθημερινή ζωή.....	49
Θέμα 7. Αναδιαμόρφωση δραστηριοτήτων και τρόπου ζωής.....	51
Θέμα 8. Μηχανισμοί διαχείρισης ανησυχιών και άγχους.....	53
Θέμα 9. Η σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και η αίσθηση ασφάλειας.....	55
Θέμα 10. Προσωπική ανάπτυξη και αναζήτηση νοήματος μέσα από την εμπειρία της νόσου.....	57
Θέμα 11. Μεταβολή στην αντίληψη της ζωής, των προτεραιοτήτων και του μέλλοντος.....	59
Θέμα 12. Κλείσιμο συνεντεύξεων: Μηνύματα ζωής και προσωπικές τοποθετήσεις.....	61
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση.....	64
5.1 Ερμηνεία των αποτελεσμάτων.....	64
5.2 Σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία.....	65
5.3 Κλινικές και κοινωνικές προεκτάσεις.....	68
5.4 Περιορισμοί της μελέτης.....	69
Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	71
6.1 Συνοπτικά Συμπεράσματα.....	71
6.2 Προτάσεις για βελτίωση της φροντίδας ασθενών.....	71
6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	73
Βιβλιογραφία	75
Παραρτήματα	80
Παράρτημα Α: Οδηγός Ημιδομημένης Συνέντευξης.....	80
Παράρτημα Β: Έντυπο Ενημερωμένης Συγκατάθεσης.....	81
 Κατάλογος Πινάκων	
Πίνακας 1. Κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως.....	16
Πίνακας 2. Εκτιμώμενη συχνότητα νέων περιστατικών καρκίνου στην Ελλάδα, 2022.....	18
Πίνακας 3. Οικονομικές επιπτώσεις του καρκίνου και πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο στην Ελλάδα.....	19
Πίνακας 4. Κατανομή συμμετεχόντων κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα	40
Πίνακας 5: Κλινικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	41

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Ελληνικές

- **ΓΝΛ:** Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.
- **ΔΜΥ:** Διοίκηση Μονάδων Υγείας.
- **ΔΠΜΣ:** Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.
- **ΕΑΠ:** Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- **ΕΚΠΑ:** Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- **ΕΛΣΤΑΤ:** Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- **ΣΕΑΒ:** Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών

Διεθνείς

- **BMJ (British Medical Journal):** Βρετανικό Ιατρικό Περιοδικό (αναφέρεται ως πηγή).
- **FCR (Fear of Cancer Recurrence):** Φόβος Υποτροπής του Καρκίνου.
- **GLOBOCAN:** Παγκόσμια βάση δεδομένων για την καταγραφή της επίπτωσης και θνησιμότητας του καρκίνου.
- **IARC (International Agency for Research on Cancer):** Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο.
- **IC-Growth:** Τίτλος συγκεκριμένου ερευνητικού έργου για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών.
- **OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development):** Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).
- **PTG (Post-traumatic Growth):** Μετατραυματική Ανάπτυξη
- **SDGs (Sustainable Development Goals):** Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης
- **WHO (World Health Organization):** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ).

Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί αναμφίβολα μία από τις κρισιμότερες προκλήσεις για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, συνιστώντας μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα. Από βιολογική σκοπιά, περιγράφεται ως μία ετερογενής ομάδα νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να διηθούν υγιείς ιστούς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, να δημιουργούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα. Παρότι η έννοια του καρκίνου έχει ιστορικά συνδεθεί με υψηλή θνησιμότητα και σημαντική νοσηρότητα, η ραγδαία πρόοδος στις διαγνωστικές μεθόδους, τη γονιδιωματική και τις εξατομικευμένες θεραπείες έχει οδηγήσει σε σαφή βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες (World Health Organization, 2022a· OECD, 2023a).

Η εξέλιξη αυτή έχει επιφέρει μια ουσιαστική μετατόπιση στον τρόπο με τον οποίο η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβάνεται τη νόσο. Ο καρκίνος δεν αντιμετωπίζεται πλέον αποκλειστικά ως μια οξεία, άμεσα απειλητική για τη ζωή ασθένεια, αλλά ως μια κατάσταση που, σε πολλές περιπτώσεις, αποκτά χαρακτηριστικά χρονιότητας. Η μετατόπιση αυτή έχει συνέπειες που υπερβαίνουν το καθαρά ιατρικό πεδίο, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα νοσηματοδοτούν την εμπειρία της ασθένειας και επαναπροσδιορίζουν την προσωπική και κοινωνική τους ταυτότητα. Ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων ζει για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση, παραμένοντας υπό ιατρική παρακολούθηση και συχνά λαμβάνοντας μακροχρόνιες θεραπείες. Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια του «επιζώντα καρκίνου» δεν αναφέρεται απλώς στην απουσία ενεργού νόσου, αλλά περιγράφει μια μακρόχρονη κατάσταση ζωής με σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις (Foster & Fenlon, 2011a).

Η επιβίωση, ωστόσο, δεν ταυτίζεται πάντοτε με την πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας πριν την εμφάνιση της νόσου. Πολλοί επιζώντες συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν χρόνιες δυσκολίες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σημασία της αυτοδιαχείρισης, δηλαδή της ενεργούς συμμετοχής του ασθενούς στη φροντίδα της υγείας του. Η αυτοδιαχείριση περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των παρενεργειών, την προσαρμογή του τρόπου ζωής, τη διαχείριση του άγχους και τη συμμόρφωση σε μακροχρόνια προληπτικά σχήματα

(World Health Organization, 2022b). Πρόκειται για μια διαδικασία που απαιτεί όχι μόνο ιατρική καθοδήγηση, αλλά και ψυχολογική ενδυνάμωση, καθώς το άτομο καλείται να αναπτύξει δεξιότητες προσαρμογής απέναντι σε μια κατάσταση διαρκούς αβεβαιότητας.

Παρά τη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, τα επιδημιολογικά δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο παραμένουν ανησυχητικά. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις του GLOBOCAN, ο καρκίνος εξακολουθεί να συγκαταλέγεται στις κύριες αιτίες θανάτου διεθνώς, με περίπου 20 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις το 2022 και σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών και πληθυσμών (Bray et al., 2024). Οι διαφοροποιήσεις αυτές συνδέονται άμεσα με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την αποτελεσματικότητα των εθνικών προγραμμάτων πρόληψης.

Η Ελληνική πραγματικότητα εντάσσεται στο παραπάνω διεθνές πλαίσιο, παρουσιάζοντας ωστόσο ιδιαίτερες προκλήσεις. Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στη χώρα, με περίπου 95 θανάτους ημερησίως, ενώ το συνολικό ετήσιο κόστος της νόσου εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 1,9 δισεκατομμύρια ευρώ (Forbes Greece, 2025). Το οικονομικό βάρος δεν περιορίζεται στο σύστημα υγείας, αλλά επεκτείνεται στις οικογένειες και στους ίδιους τους ασθενείς μέσω της απώλειας εργασίας, της μειωμένης παραγωγικότητας και της ανάγκης για μακροχρόνια φροντίδα. Επιπλέον, η παρατεταμένη οικονομική κρίση των προηγούμενων ετών φαίνεται να έχει επηρεάσει αρνητικά τη συμμετοχή του πληθυσμού σε προληπτικούς ελέγχους, ενισχύοντας τις ανισότητες στην έγκαιρη διάγνωση (Zavras et al., 2022).

Πέρα από τα στατιστικά δεδομένα, ο καρκίνος συνιστά μια βαθιά βιωματική εμπειρία που επηρεάζει το σώμα, την ψυχική υγεία και την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου. Η διάγνωση συχνά λειτουργεί ως ένα «βιογραφικό ρήγμα», διακόπτοντας την αίσθηση συνέχειας στη ζωή του ασθενούς και προκαλώντας έντονα συναισθήματα σοκ, απώλειας ελέγχου και υπαρξιακής αβεβαιότητας (Παπαδάτου, 2014). Το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει ρόλους, προτεραιότητες και προσδοκίες για το μέλλον.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά, στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της «αόρατης αναπηρίας», όπως ερμηνεύεται μέσα από το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας. Παρότι πολλοί επιζώντες

δεν παρουσιάζουν εμφανείς εξωτερικές βλάβες, συχνά βιώνουν λειτουργικούς περιορισμούς, όπως η χρόνια κόπωση, οι γνωστικές δυσκολίες και ο πόνος, που δυσχεραίνουν την πλήρη κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη (Hubbard et al., 2010). Η αναπηρία, συνεπώς, δεν περιορίζεται στη βιολογική διάσταση, αλλά αναδύεται από την αλληλεπίδραση των ατομικών δυσκολιών με τα κοινωνικά εμπόδια.

Η πορεία της νόσου περιγράφεται συχνά στη βιβλιογραφία ως ένα «ταξίδι», το οποίο περιλαμβάνει διακριτές αλλά αλληλένδετες φάσεις: από το αρχικό σοκ της διάγνωσης και τη δοκιμασία των θεραπειών, έως τη φάση της αποθεραπείας ή της υποτροπής ή/και της πορείας προς ένα ειρηνικό θάνατο. Στο στάδιο αυτό, κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει ο φόβος υποτροπής, ένας επίμονος παράγοντας ψυχολογικής δυσφορίας που επηρεάζει τη συναισθηματική ευημερία των επιζώντων (Simard et al., 2013).

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου απαιτεί μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία οφείλει να ενσωματώνει συστηματικά την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη των ασθενών. Στην ελληνική πραγματικότητα, πρωτοβουλίες όπως το ερευνητικό έργο IC-Growth, το οποίο αφορά στην ανάπτυξη παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για ογκολογικούς ασθενείς, αντανακλούν αυτή τη μετατόπιση, δίνοντας έμφαση στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής φροντίδας και στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής (Iatropedia, 2025).

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει σε αυτή τη διάσταση, προσεγγίζοντας τον καρκίνο όχι μόνο ως ιατρικό γεγονός αλλά ως μια σύνθετη εμπειρία ζωής. Προς την κατεύθυνση αυτή, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων σε ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, με στόχο τη διερεύνηση των υποκειμενικών ανησυχιών, των στρατηγικών αντιμετώπισης και του φόβου της υποτροπής. Η ανάδειξη αυτών των βιωμάτων κρίνεται απαραίτητη για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένων πολιτικών φροντίδας που να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και των επιζώντων.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1. Επιδημιολογικά Δεδομένα & Κοινωνικοοικονομική Διάσταση του Καρκίνου

1.1 Επιδημιολογία του Καρκίνου

1.1.1 Διεθνή Δεδομένα

Η κατανόηση της έκτασης και της δυναμικής του καρκίνου προϋποθέτει την ανάλυση των παγκόσμιων επιδημιολογικών δεδομένων σε παγκόσμια κλίμακα, τα οποία αποτυπώνουν το πραγματικό μέγεθος της νόσου ως πρόκληση δημόσιας υγείας. Σε διεθνές επίπεδο, ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer – IARC), μέσω της πλατφόρμας GLOBOCAN, παρέχει τις πλέον αξιόπιστες και συγκρίσιμες εκτιμήσεις για τη συχνότητα εμφάνισης και τη θνησιμότητα από καρκίνο παγκοσμίως.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, το έτος 2022 καταγράφηκαν περίπου 20 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις καρκίνου και 9,7 εκατομμύρια θάνατοι σε παγκόσμιο επίπεδο (Bray et al., 2024). Οι αριθμοί αυτοί καθιστούν τον καρκίνο μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου διεθνώς, με ιδιαίτερα υψηλό φορτίο τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι, με βάση τις δημογραφικές και επιδημιολογικές προβλέψεις, τα νέα περιστατικά αναμένεται να αυξηθούν κατά περίπου 77% έως το 2050, φτάνοντας τα 35 εκατομμύρια ετησίως (Bray et al., 2024).

Η συγκριτική διάσταση των ανωτέρω δεδομένων αποτυπώνεται στον Πίνακα 1, όπου διαφαίνεται ότι ο καρκίνος καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μεταξύ των κυριότερων αιτιών θανάτου παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 18% του συνόλου των θανάτων (World Health Organization, 2022b). Αν και τα καρδιαγγειακά νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη αιτία, η προβλεπόμενη αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου κατά 77% έως το 2050 (Bray et al., 2024) αναμένεται να επηρεάσει σημαντικά τη μελλοντική κατανομή του παγκόσμιου υγειονομικού φορτίου.

Πίνακας 1. Κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως

Αιτία θανάτου	Ποσοστό θανάτου
Καρδιαγγειακά νοσήματα	~32%
Καρκίνος	~18%
Αναπνευστικά νοσήματα	~7%
Σακχαρώδης διαβήτης	~3%
Άλλες αιτίες	~40%

Πηγή: World Health Organization (2022b).

Η αύξηση αυτή αποδίδεται σε πολλαπλούς παράγοντες. Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού αποτελεί έναν από τους βασικότερους, καθώς η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία. Παράλληλα, η αστικοποίηση, η υιοθέτηση ανθυγιεινών τρόπων ζωής (κάπνισμα, κακή διατροφή, σωματική αδράνεια), καθώς και η έκθεση σε περιβαλλοντικούς και επαγγελματικούς κινδύνους συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης πολλών μορφών καρκίνου (World Health Organization, 2022a).

Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης ανά τύπο καρκίνου, ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει παγκοσμίως η συχνότερη μορφή, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 12,4% των νέων περιστατικών, και ταυτόχρονα την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο. Ακολουθούν ο καρκίνος του μαστού - ο συχνότερος στις γυναίκες - και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις σε πολλές χώρες (WHO, 2022b).

Παράλληλα, τα επιδημιολογικά δεδομένα παγκοσμίως αναδεικνύουν έντονες ανισότητες μεταξύ χωρών και πληθυσμιακών ομάδων. Οι διαφορές αυτές σχετίζονται άμεσα με την πρόσβαση σε προληπτικές υπηρεσίες, την έγκαιρη διάγνωση, την ποιότητα της ογκολογικής φροντίδας και την αποτελεσματικότητα των εθνικών συστημάτων υγείας. Έτσι, ενώ σε ορισμένες χώρες παρατηρείται βελτίωση της επιβίωσης, σε άλλες η θνησιμότητα παραμένει ιδιαίτερα υψηλή, γεγονός που υπογραμμίζει τον ρόλο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στη διαχείριση της νόσου (OECD, 2023b).

Η παγκόσμια επιδημιολογική εικόνα, επομένως, δεν αποτελεί απλώς ένα σύνολο αριθμών, αλλά αντικατοπτρίζει βαθύτερες κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες. Η κατανόηση αυτών των δεδομένων αποτελεί αναγκαία βάση για τη μετάβαση στην εθνική πραγματικότητα και την ανάλυση του τρόπου με τον οποίο ο καρκίνος επηρεάζει συγκεκριμένα κοινωνικά πλαίσια, όπως αυτό της Ελλάδας.

1.1.2 Η Επιδημιολογική Εικόνα στην Ελλάδα

Η ελληνική πραγματικότητα εντάσσεται στο ευρύτερο διεθνές επιδημιολογικό πλαίσιο, παρουσιάζει ωστόσο ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με δημογραφικούς, κοινωνικούς και υγειονομικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ, 2023), ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στη χώρα, μετά τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, επιβαρύνοντας σημαντικά τη δημόσια υγεία.

Εκτιμάται ότι στην Ελλάδα καταγράφονται περισσότερα από 60.000 νέα περιστατικά καρκίνου ετησίως, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο και τον τύπο της νόσου (Bray et al., 2024). Στους άνδρες, ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο, γεγονός που συνδέεται ιστορικά με τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος των προηγούμενων δεκαετιών. Αντίθετα, στις γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται ως η πιο συχνή μορφή, με αυξημένη όμως πιθανότητα επιβίωσης όταν διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο (World Health Organization, 2022a).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν και οι γεωγραφικές ανισότητες εντός της χώρας. Τα μεγάλα αστικά κέντρα διαθέτουν περισσότερες εξειδικευμένες ογκολογικές μονάδες και πρόσβαση σε σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, ενώ η περιφέρεια συχνά υστερεί σε υποδομές (OECD, 2023a). Η γεωγραφική ανισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας δημιουργεί πρόσθετα εμπόδια, ιδίως για τους κατοίκους απομακρυσμένων ή νησιωτικών περιοχών, οι οποίοι καλούνται να μετακινηθούν σε μεγάλα αστικά κέντρα για διάγνωση και θεραπεία.

Σε αυτό το πλαίσιο, περιφερειακά μεγάλα νοσοκομεία, όπως το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, σε υγειονομικές περιφέρειες που καλύπτουν εκτεταμένες γεωγραφικές ζώνες,

όπως η Θεσσαλία, διαδραματίζουν κομβικό ρόλο και στην παροχή ογκολογικής φροντίδας. Η ύπαρξη τέτοιων δομών συμβάλλει στη μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης και περιορίζει το ψυχολογικό και οικονομικό βάρος που συνεπάγεται η μετακίνηση των ασθενών και των οικογενειών τους (ΕΛΣΤΑΤ, 2023).

Η επιδημιολογική εικόνα της Ελλάδας αναδεικνύει, επομένως, όχι μόνο τη συχνότητα και τη θνησιμότητα της νόσου, αλλά και τις προκλήσεις που συνδέονται με τη γεωγραφία, την οργάνωση του συστήματος υγείας και τις κοινωνικές ανισότητες. Η κατανόηση αυτών των παραμέτρων αποτελεί κρίσιμο βήμα για την ανάλυση των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων της νόσου, οι οποίες εξετάζονται στην επόμενη ενότητα.

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 2, ο καρκίνος του μαστού και του πνεύμονα αποτελούν τις συχνότερες μορφές κακοήθειας στη χώρα (International Agency for Research on Cancer, 2024). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, ιδιαίτερα σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου. Παράλληλα, η κατανομή των περιστατικών σε πολλαπλές διαγνωστικές κατηγορίες αναδεικνύει την ετερογένεια του καρκίνου ως νοσολογικής οντότητας και τεκμηριώνει την ανάγκη για πολυεπίπεδες στρατηγικές πρόληψης και συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου.

Πίνακας 2. Εκτιμώμενη συχνότητα νέων περιστατικών καρκίνου στην Ελλάδα, 2022

Τύπος καρκίνου	Εκτιμώμενος αριθμός νέων περιστατικών
Καρκίνος μαστού	~ 9.000
Καρκίνος πνεύμονα	~ 8.500
Καρκίνος παχέος εντέρου	~ 7.500
Καρκίνος προστάτη	~ 7.000
Λοιποί τύποι	~ 33.000

Σημείωση: Οι αριθμοί παρουσιάζονται στρογγυλοποιημένοι για λόγους αναγνωσιμότητας, χωρίς να αλλοιώνεται η συνολική επιδημιολογική εικόνα.

Πηγή: International Agency for Research on Cancer (IARC). *GLOBOCAN 2022* (2024).

1.2 Οικονομικές Επιπτώσεις και Πρόσβαση στην Υγεία

Η αντιμετώπιση του καρκίνου δεν περιορίζεται αποκλειστικά στις κλινικές και θεραπευτικές προκλήσεις που καλούνται να διαχειριστούν οι ασθενείς και οι ιατρικές ομάδες. Αντιθέτως, η νόσος συνοδεύεται από ένα ιδιαίτερα βαρύ και σύνθετο οικονομικό φορτίο, το οποίο επηρεάζει πολυεπίπεδα τόσο το εθνικό σύστημα υγείας όσο και τον μικρόκοσμο των νοικοκυριών. Στην ελληνική πραγματικότητα, η οικονομική διάσταση της νόσου απέκτησε δραματική ένταση κατά τη διάρκεια της πολυετούς οικονομικής κρίσης. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίστηκε από σημαντικό περιορισμό των διαθέσιμων πόρων στη δημόσια υγεία, γεγονός που επηρέασε άμεσα τη λειτουργία των υπηρεσιών και την πρόσβαση των πολιτών σε αυτές (Zavras et al., 2022).

Σε μακροοικονομικό επίπεδο, το συνολικό ετήσιο κόστος που αφορά τη φροντίδα του καρκίνου στην Ελλάδα εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 1,9 δισεκατομμύρια ευρώ (Forbes Greece, 2025). Το ποσό αυτό είναι ενδεικτικό της πίεσης που δέχεται ο κρατικός προϋπολογισμός, καθώς περιλαμβάνει τις άμεσες δαπάνες υγείας, όπως είναι οι μακροχρόνιες νοσηλείες, οι καινοτόμες φαρμακευτικές θεραπείες και οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. Ωστόσο, πέρα από το ορατό αυτό κόστος, υπάρχουν και οι έμμεσες επιπτώσεις που συχνά παραμένουν υποτιμημένες στην κοινή γνώμη. Σε αυτές περιλαμβάνονται η απώλεια παραγωγικότητας λόγω της πρόωρης θνησιμότητας ή της μόνιμης αναπηρίας, καθώς και το τεράστιο κόστος της άτυπης φροντίδας. Η τελευταία παρέχεται κυρίως από τα μέλη της οικογένειας, τα οποία συχνά αναγκάζονται να τροποποιήσουν το πρόγραμμα της εργασίας τους ή και να την εγκαταλείψουν πλήρως, για να στηρίξουν τον ασθενή.

Για να καταστεί σαφέστερη η πολυεπίπεδη αυτή οικονομική επιβάρυνση, κρίνεται χρήσιμη η συνοπτική παρουσίαση βασικών δεικτών που αφορούν στη συμμετοχή του πληθυσμού σε προγράμματα πρόληψης και τη γενικότερη πρόσβαση στη φροντίδα την περίοδο της πρόσφατης οικονομικής κρίσης (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Οικονομικές επιπτώσεις του καρκίνου και πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο στην Ελλάδα

Παράμετρος	Δεδομένα Ελλάδας (Περίοδος Κρίσης)	Σύγκριση / Μέσος Όρος ΕΕ	Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση
------------	---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Συνολικό Ετήσιο Κόστος	1,9 δισ. € (από 1,5 δισ. προ κρίσης)	Σταθερά αυξητικές τάσεις διεθνώς	Forbes Greece (2025)
Συμμετοχή σε Μαστογραφία	< 55% (Σημαντική πτώση)	70 - 80% (Στόχος προγραμμάτων ΕΕ)	Zavras et al. (2022)
Συμμετοχή σε Τεστ Παπανικολάου	Περιορισμένη λόγω κόστους και πρόσβασης	Υψηλή κάλυψη μέσω εθνικών προγραμμάτων	Zavras et al. (2022)
Κόστος Άτυπης Φροντίδας	Υψηλή επιβάρυνση (απώλεια εισοδήματος συγγενών)	Μεγαλύτερη κρατική μέριμνα & υποδομές	OECD (2023a)
Στάδιο Διάγνωσης	Αυξητική τάση διαγνώσεων σε προχωρημένο στάδιο	Έγκαιρη ανίχνευση μέσω screening	Zavras et al. (2022)

Πηγή: Προσαρμογή από Zavras et al. (2022) και Forbes Greece (2025).

Τα δεδομένα του Πίνακα 2 υποδηλώνουν ότι η χαμηλότερη συμμετοχή της Ελλάδας σε προληπτικές εξετάσεις, όπως η μαστογραφία, ενδέχεται να σχετίζεται, μεταξύ άλλων, με οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η σύγκριση των στοιχείων αναδεικνύει ότι η οικονομική επιβάρυνση του καρκίνου δεν περιορίζεται στο άμεσο κόστος της θεραπείας, αλλά μπορεί να επηρεάζει και τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης.

Η μειωμένη συμμετοχή του πληθυσμού σε προληπτικές εξετάσεις κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης υποδηλώνει ότι η οικονομική δυσχέρεια λειτούργησε ως ουσιαστικός φραγμός στην πρόληψη. Η καθυστέρηση στη διάγνωση συνδέεται άρρηκτα με την ανίχνευση της νόσου σε προχωρημένα στάδια, γεγονός που αυξάνει κατακόρυφα το κόστος θεραπείας, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνει τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών (Zavras et al., 2022).

Παράλληλα, το αυξημένο έμμεσο κόστος, όπως η απώλεια εισοδήματος, επιβαρύνει σημαντικά τη βιωσιμότητα των νοικοκυριών. Η κατάσταση αυτή έχει περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «οικονομική τοξικότητα», ο οποίος αναφέρεται σε μια μορφή δευτερογενούς επιβάρυνσης που συνοδεύει τη νόσο και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και την ψυχολογική ανθεκτικότητα του ατόμου. Το οικονομικό άγχος λειτουργεί σωρευτικά με τον φόβο για την εξέλιξη της νόσου, δημιουργώντας ένα περιβάλλον ανασφάλειας (Hyseni et al., 2021).

Οι οικονομικοί αυτοί περιορισμοί γίνονται ακόμη πιο έντονοι όταν συνδυάζονται με τη γεωγραφική ανισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Ασθενείς που διαμένουν στην περιφέρεια, όπως στη Θεσσαλία, καλούνται συχνά να επωμιστούν πρόσθετα έξοδα μετακίνησης και διαμονής σε αστικά κέντρα για εξειδικευμένες θεραπείες. Υπό αυτό το πρίσμα, περιφερειακά νοσοκομεία, όπως το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη μείωση αυτών των ανισοτήτων, προσφέροντας πρόσβαση σε τοπικό επίπεδο και ελαφρύνοντας το βάρος των οικογενειών.

Τέλος, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης λόγω κόστους αποτελεί ένα κρίσιμο κενό στη συνολική φροντίδα των ασθενών. Παρότι η ιατρική περίθαλψη καλύπτεται σε μεγάλο βαθμό από το δημόσιο σύστημα υγείας, η ψυχολογική υποστήριξη παραμένει συχνά δυσπρόσιτη. Πρωτοβουλίες όπως το ερευνητικό έργο IC-Growth επιχειρούν να γεφυρώσουν αυτό το χάσμα, προωθώντας ένα ολιστικό μοντέλο φροντίδας που αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ολότητα, χωρίς οικονομικούς αποκλεισμούς (Iatropedia, 2025).

Κεφάλαιο 2. Η Ψυχοκοινωνική Διάσταση της Νόσου

Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση του καρκίνου έχει μετατοπιστεί οριστικά από την αποκλειστική εστίαση στη βιολογική βλάβη προς μια ολιστική θεώρηση της νόσου ως σύνθετης και πολυδιάστατης εμπειρίας ζωής (World Health Organization, 2022a). Οι αλματώδεις εξελίξεις στη βιοϊατρική και τη φαρμακολογία έχουν μεταβάλει πολλές μορφές καρκίνου σε καταστάσεις με χαρακτηριστικά χρονιότητας, επαναπροσδιορίζοντας τόσο την πορεία της νόσου όσο και τη σχέση του ατόμου με αυτή (OECD, 2023a). Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια του «επιζώντα» δεν περιγράφει απλώς την υπέρβαση μιας οξείας φάσης ασθένειας, αλλά μια μακρόχρονη βιολογική και ψυχοκοινωνική κατάσταση (Foster & Fenlon, 2011a).

Η διεύρυνση αυτή της οπτικής καθιστά αναγκαία τη διερεύνηση των υποκειμενικών βιωμάτων των ασθενών, καθώς η επιβίωση συνοδεύεται από σύνθετες προκλήσεις που αφορούν την ταυτότητα, την κοινωνική ενσωμάτωση και την ψυχική ανθεκτικότητα. Υπό αυτό το πρίσμα, η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου αναδεικνύεται σε καθοριστικό πεδίο κατανόησης της εμπειρίας του καρκίνου, το οποίο υπερβαίνει τη στενή ιατρική αντιμετώπιση και εστιάζει στη συνολική πορεία ζωής του ατόμου (Παπαδάτου, 2014· Hubbard et al., 2010).

2.1 Το Βίωμα της Διάγνωσης και η Έννοια του «Βιογραφικού Ρήγματος»

Η διάγνωση του καρκίνου δεν συνιστά απλώς ένα σαφώς οριοθετημένο ιατρικό γεγονός, αλλά αποτελεί ένα βαθύ και πολυεπίπεδο υπαρξιακό σημείο καμπής στη ζωή του ατόμου. Στο πεδίο της κοινωνιολογίας της υγείας, η εμπειρία αυτή έχει περιγραφεί ως «βιογραφικό ρήγμα», όρος που εισήχθη από τον Bury (1982) για να αποτυπώσει τη βίαιη διακοπή της αίσθησης συνέχειας στη ζωή του υποκειμένου. Το ρήγμα αυτό διαπερνά οριζόντια την ταυτότητα, τις καθημερινές πρακτικές, την αυτοεικόνα και τις καθιερωμένες ρουτίνες, υπονομεύοντας την έως τότε αυτονόητη κανονικότητα της ζωής (Praktiske Grunde, 2024).

Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι το βίωμα του βιογραφικού ρήγματος δεν είναι ομοιογενές. Αντιθέτως, διαφοροποιείται ουσιαστικά ανάλογα με το

είδος και την έκταση του «κεφαλαίου» που διαθέτει το άτομο, το οποίο λειτουργεί ως πλέγμα υλικών, γνωστικών και θεσμικών πόρων για τη διαχείριση της νόσου. Η ποιότητα ζωής μετά τη διάγνωση δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πρόσβαση σε τεχνολογικές ή νοσοκομειακές υποδομές, αλλά και από τη δυνατότητα κατανόησης της ασθένειας, την επαρκή πληροφόρηση, καθώς και την ύπαρξη φαρμακευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης (Praktiske Grunde, 2024).

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, το βιογραφικό ρήγμα προσεγγίζεται όχι μόνο ως ατομική ψυχολογική εμπειρία, αλλά ως κοινωνικά διαμεσολαβημένη διαδικασία, στενά συνδεδεμένη με δομές ανισότητας, πρόσβασης και θεσμικής υποστήριξης.

2.1.1 Υπαρξιακό Σοκ και Απώλεια Ελέγχου

Η στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης συνοδεύεται συχνά από έντονο ψυχικό σοκ και από μια βαθιά αίσθηση απώλειας ελέγχου. Το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την αιφνίδια ανατροπή της βιογραφικής του αφήγησης και καλείται να επαναπροσδιορίσει τον εαυτό του εντός ενός πλαισίου υπαρξιακής αβεβαιότητας (Παπαδάτου, 2014). Οι φόβοι που αναδύονται σε αυτή τη φάση δεν περιορίζονται αποκλειστικά στην έκβαση της νόσου, αλλά επεκτείνονται στην απώλεια κοινωνικών ρόλων, στην αυξανόμενη εξάρτηση από τους άλλους και στην αδυναμία πρόβλεψης του μέλλοντος.

Σε αυτό το πλαίσιο, η ικανότητα πλοήγησης στο σύστημα υγείας και η αξιοποίηση της ιατρικής και νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης λειτουργούν ως κρίσιμα θεσμικά «εφόδια» για τη διαχείριση του αρχικού σοκ. Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας δύναται να μετριάσει το αίσθημα αδυναμίας και να συμβάλει στη σταδιακή αναδόμηση μιας στοιχειώδους αίσθησης ελέγχου (Praktiske Grunde, 2024).

2.1.2 Σωματική Εμπειρία και Αναδιαμόρφωση της Ταυτότητας

Η διάρρηξη της βιογραφικής συνέχειας αποτυπώνεται με ιδιαίτερη ένταση στη σωματική εμπειρία του ασθενούς. Σύμφωνα με την ποιοτική έρευνα του Τσοτάκου (2023), η οποία εκπονήθηκε στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, οι ασθενείς συχνά καταφεύγουν σε μεταφορικές περιγραφές για να εκφράσουν την ευαλωτότητά τους, παρομοιάζοντας το σώμα με ένα «εύθραυστο βάζο» που μπορεί να θρυμματιστεί ανά πάσα στιγμή. Παράλληλα, η μεταφορά της «μαριονέτας», όπου η

ασθένεια και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις φαίνεται να κατευθύνουν το σώμα χωρίς τη βούληση του ατόμου, αναδεικνύει την αποδιοργάνωση του Εαυτού και τη σταδιακή υποταγή της προσωπικής ταυτότητας στον ρόλο του ασθενούς.

Η σωματική αυτή εμπειρία λειτουργεί ως διαρκής υπενθύμιση της νόσου, εντείνοντας τους φόβους και τις ανησυχίες καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας. Το σώμα παύει να αποτελεί αυτονόητη πηγή λειτουργικότητας και μετατρέπεται σε πεδίο αβεβαιότητας, ελέγχου και διαρκούς επαγρύπνησης.

2.1.3 Η επίδραση της ηλικίας και η βιογραφική προσαρμογή

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι η ηλικία του ασθενούς λειτουργεί ως ρυθμιστικός παράγοντας στην ένταση του βιογραφικού ρήγματος. Σύμφωνα με τους Sinding και Wiernikowski (2008), οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (70–80 ετών) συχνά δεν βιώνουν τη διάγνωση ως μια πλήρη ανατροπή της ταυτότητάς τους. Μια μακρά πορεία ζωής, η οποία έχει περιλάβει περιοδικές αντιξοότητες, συννοσηρότητες και την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης, φαίνεται να μετριάζει το αρχικό σοκ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο καρκίνος δεν εκλαμβάνεται ως αιφνίδιο «ρήγμα», αλλά ως μέρος της αναμενόμενης φθοράς του σώματος σε μια προχωρημένη ηλικία.

Όπως επισημαίνεται και στη μελέτη του *Praktische Grunde* (2024), για ασθενείς που έχουν ήδη βιώσει σοβαρές περιπέτειες υγείας ή την απώλεια συντρόφου, μια νέα χειρουργική επέμβαση ή διάγνωση γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως ένα επιπλέον «εμπόδιο στον δρόμο» παρά ως βιογραφική καταστροφή. Σε αρκετές περιπτώσεις, η υπέρβαση αυτής της νέας δοκιμασίας συνδέεται με την ενίσχυση της αίσθησης ευγνωμοσύνης για τη ζωή, αναδεικνύοντας τη δυναμική της ψυχικής ανθεκτικότητας που πηγάζει από τη συσσωρευμένη εμπειρία ζωής.

2.1.4 Κοινωνικές και Περιφερειακές Ανισότητες στη Διαχείριση του Βιογραφικού Ρήγματος

Η εμπειρία του καρκίνου και η διαχείριση του βιογραφικού ρήγματος επηρεάζονται καθοριστικά από ένα πλέγμα κοινωνικών και δομικών ανισοτήτων που λειτουργούν σωρευτικά. Η κοινωνική ανισότητα στην υγεία δεν αφορά αποκλειστικά το παρόν στάδιο της νόσου, αλλά εδράζεται σε μακροχρόνιες συνθήκες ζωής, όπως το μορφωτικό επίπεδο, οι κοινωνικές σχέσεις, η επαγγελματική σταθερότητα και, κυρίως,

η περιοχή κατοικίας (Praktische Grunde, 2024). Οι παράγοντες αυτοί καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και τη δυνατότητα έγκαιρης και ουσιαστικής υποστήριξης.

Ιδιαίτερα οι ασθενείς που διαβιούν στην περιφέρεια έρχονται αντιμέτωποι με το πρόσθετο βάρος της γεωγραφικής απόστασης από εξειδικευμένες δομές και κέντρα λήψης αποφάσεων. Όπως αναδεικνύεται σε μελέτες του Τσοτάκου (2023) και της Λοντούδη (2024), η άνιση κατανομή των πόρων υγείας και των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης καθιστά τη διαχείριση της νόσου μια άνιση διαδικασία, η οποία διαφοροποιείται ουσιαστικά ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και τους διαθέσιμους ατομικούς και συλλογικούς πόρους.

Στο πλαίσιο αυτό, το βιογραφικό ρήγμα δεν συνιστά μια ομοιόμορφη εμπειρία, αλλά μια κοινωνικά και θεσμικά διαμεσολαβημένη διαδικασία. Η άνιση πρόσβαση σε υλικούς, κοινωνικούς και συμβολικούς πόρους, η επάρκεια ή ανεπάρκεια της κρατικής υποστήριξης και η ισχύς του κοινωνικού δικτύου καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το κατά πόσο η ταυτότητα του ασθενούς μπορεί να προσαρμοστεί δημιουργικά στη νέα πραγματικότητα ή, αντιθέτως, να οδηγηθεί σε περιθωριοποίηση και κοινωνική απομόνωση (Bury, 1991· Praktische Grunde, 2024). Υπό αυτό το πρίσμα, η εμπειρία του καρκίνου αναδεικνύεται όχι μόνο ως ατομική δοκιμασία, αλλά ως βαθιά κοινωνικά προσδιορισμένο βίωμα, στο οποίο οι δυνατότητες ανάκαμψης και επαναπροσδιορισμού της ζωής δεν κατανέμονται ισότιμα.

2.1.5 Από το Πάσχον στο Αρωγό Σώμα και η Επαγγελματική Ταυτότητα

Η διαδικασία επούλωσης του βιογραφικού ρήγματος δεν εξαντλείται στην αποδοχή της ασθένειας, αλλά επεκτείνεται στην προσπάθεια επανανοηματοδότησης του σώματος και των κοινωνικών ρόλων. Στο πλαίσιο αυτό, παρατηρείται συχνά μια μετάβαση από το «πάσχον» στο «αρωγό» σώμα, όπου η εμπειρία του καρκίνου μετασχηματίζεται σταδιακά σε πηγή κατανόησης, ανθεκτικότητας και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ενεργού στήριξης προς άλλους ασθενείς. Όπως επισημαίνουν οι Τζανάκης, Μπρέκη και Κατσικάρη (2023), ο καρκίνος συνιστά κατεξοχήν κοινωνική εμπειρία, και η βιογραφική προσέγγιση επιτρέπει τη μετατροπή του τραύματος σε στοιχείο συμμετοχής και κοινωνικής δράσης.

Η δυνατότητα αυτή είναι καθοριστική για την υπέρβαση της αποκλειστικής ταύτισης με την ταυτότητα του «ασθενούς» και για την ανάκτηση ενός ενεργού ρόλου στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Ωστόσο, η επιστροφή στην προτέρα κανονικότητα αποδεικνύεται συχνά σύνθετη και άنيση. Στον εργασιακό χώρο, η αποκάλυψη της νόσου, οι εναπομείναντες σωματικοί ή ψυχολογικοί περιορισμοί, καθώς και οι κοινωνικές προκαταλήψεις δύνανται να δημιουργήσουν συνθήκες αποκλεισμού και έμμεσων διακρίσεων. Ο καρκίνος αντιμετωπίζεται συχνά ως μορφή «αόρατης αναπηρίας», με δυνητικά αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική εξέλιξη και τη σταθερότητα της εργασιακής ταυτότητας (Hyseni et al., 2021).

Οι δυσκολίες αυτές εντείνονται στις περιφερειακές περιοχές, όπου η πρόσβαση σε εξειδικευμένες δομές ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης παραμένει περιορισμένη. Στην ελληνική περιφέρεια, και ειδικότερα στη Θεσσαλία, η άنيση κατανομή των διαθέσιμων πόρων αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες τοπικές παρεμβάσεις, όπως επισημαίνεται στη μελέτη της Λοντούδη (2023), με στόχο τη μείωση της ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης και τη διευκόλυνση της κοινωνικής επανένταξης των ασθενών.

Η εύθραυστη αυτή διαδικασία επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας συνοδεύεται συχνά από έναν διαρκή φόβο απώλειας των κεκτημένων. Ο φόβος αυτός, που συνδέεται άμεσα με την πιθανότητα υποτροπής της νόσου, διαμορφώνει ένα σταθερό υπόβαθρο ψυχολογικής επιβάρυνσης και αβεβαιότητας, το οποίο αναδεικνύεται σε κεντρικό άξονα της μεταθεραπευτικής εμπειρίας και αποτελεί το αντικείμενο της επόμενης ενότητας.

2.2 Φόβος Υποτροπής και Ψυχολογική Επιβάρυνση των Επιζώντων

Ο Φόβος Υποτροπής του Καρκίνου (Fear of Cancer Recurrence – FCR) αναγνωρίζεται διεθνώς ως η συχνότερη, πιο επίμονη και ψυχολογικά επιβαρυντική πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι επιζώντες του καρκίνου. Ενώ η ολοκλήρωση των ιατρικών θεραπειών σηματοδοτεί, σε επίπεδο βιοϊατρικού λόγου, το τέλος της ενεργού νόσου, για πολλούς ασθενείς αποτελεί την απαρχή μιας περιόδου παρατεταμένης υπαρξιακής αγωνίας, αβεβαιότητας και αυξημένης ψυχολογικής εγρήγορσης.

2.2.1 Ορισμός και Φασματοποίηση του Φόβου

Ο FCR ορίζεται ως η ανησυχία, ο φόβος ή η έντονη αγωνία ότι ο καρκίνος μπορεί να επανεμφανιστεί ή να παρουσιάσει εξέλιξη στο ίδιο ή σε άλλο σημείο του σώματος (Simard et al., 2013). Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαστάσεις (Lee-Jones et al., 1997). Η έντασή του κυμαίνεται σε ένα ευρύ φάσμα, με τη διεθνή βιβλιογραφία να καταγράφει ότι ποσοστά από 39% έως και 97% των επιζώντων βιώνουν τον φόβο αυτό σε κάποιο βαθμό, γεγονός που υπογραμμίζει τη σχεδόν καθολική του παρουσία στη μεταθεραπευτική φάση.

Ωστόσο, είναι κρίσιμη η διάκριση ανάμεσα στο «φυσιολογικό» ή αναμενόμενο άγχος, το οποίο λειτουργεί ως μηχανισμός εγρήγορσης και προσαρμογής, και στον κλινικά σημαντικό ή «παθολογικό» φόβο. Ο τελευταίος χαρακτηρίζεται από επίμονη και υπερβολική ενασχόληση με τις σωματικές αισθήσεις, δυσκολία στον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό του μέλλοντος, καθώς και σοβαρή δυσλειτουργία στην καθημερινή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή (Fardell et al., 2016).

2.2.2 Εκλυτικοί Παράγοντες, Ψυχοσωματικές Συνέπειες και Ποιότητα Ζωής

Υψηλά επίπεδα FCR συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση γενικευμένου άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και διαταραχών ύπνου, όπως η χρόνια αϋπνία. Η ψυχολογική αυτή επιβάρυνση εκδηλώνεται συχνά και σε συμπεριφορικό επίπεδο, επηρεάζοντας τη σχέση του ατόμου τόσο με το σώμα του όσο και με το σύστημα υγείας.

Από τη μία πλευρά, παρατηρείται υπερεπαγρύπνηση, κατά την οποία κάθε σωματική ενόχληση ή αλλαγή ερμηνεύεται ως πιθανό σημάδι υποτροπής. Από την άλλη, καταγράφεται αυξημένη και συχνά δυσλειτουργική χρήση υπηρεσιών υγείας, με επαναλαμβανόμενες διαγνωστικές εξετάσεις και επισκέψεις, οι οποίες αντί να μειώνουν το άγχος, ενισχύουν τον φαύλο κύκλο της ανασφάλειας (Simard et al., 2013).

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στις ιατρικές επανεξετάσεις και στις περιόδους αναμονής αποτελεσμάτων, γνωστές στη βιβλιογραφία ως «scanxiety», οι οποίες έχουν αναγνωριστεί ως βασικοί εκλυτικοί παράγοντες του FCR, ακόμη και σε ασθενείς με

ευνοϊκή πρόγνωση (Lee-Jones et al., 1997· Lebel et al., 2016). Η ποιότητα ζωής υπονομεύεται σημαντικά, καθώς το άτομο παραμένει παγιδευμένο σε μια κατάσταση διαρκούς ψυχολογικής επαγρύπνησης.

2.2.3 Προστατευτικοί Παράγοντες και Ψυχική Ανθεκτικότητα

Η εμπειρία και η διαχείριση του FCR δεν είναι ομοιόμορφη και επηρεάζεται ουσιαστικά από το υποστηρικτικό πλαίσιο του ατόμου. Σύμφωνα με την μελέτη της Λοντούδη (2023), στην ελληνική περιφέρεια η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα λειτουργούν συχνά ως ισχυροί μηχανισμοί αντιμετώπισης, προσφέροντας νόημα, εσωτερική γαλήνη και μια αίσθηση υπαρξιακής συνέχειας.

Παράλληλα, η οικογενειακή κατάσταση αναδεικνύεται σε καθοριστικό προστατευτικό παράγοντα. Οι έγγαμοι ασθενείς και όσοι διαθέτουν σταθερό οικογενειακό ή κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα FCR. Η συναισθηματική εγγύτητα, η πρακτική φροντίδα και η καθημερινή συντροφικότητα λειτουργούν ως «ασπίδα» απέναντι στην υπαρξιακή μοναξιά που συχνά συνοδεύει την εμπειρία της νόσου (Thewes et al., 2012).

2.2.4 Οικονομική Τοξικότητα και Υπαρξιακή Αβεβαιότητα

Η ψυχολογική επιβάρυνση του φόβου υποτροπής δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από τις υλικές και οικονομικές συνθήκες διαβίωσης. Η έννοια της «οικονομικής τοξικότητας» περιγράφει την οικονομική πίεση που προκαλεί η νόσος, η οποία λειτουργεί σωρευτικά με τον φόβο για το μέλλον. Η ανησυχία για το κόστος των θεραπειών, την απώλεια εισοδήματος ή την επαγγελματική αστάθεια πλήττει σοβαρά την ψυχολογική ανθεκτικότητα του ασθενούς (Λοντούδη, 2023).

Στο πλαίσιο αυτό, η πιθανότητα υποτροπής δεν ταυτίζεται αποκλειστικά με τον κίνδυνο για τη ζωή, αλλά και με τον φόβο κοινωνικής και οικονομικής κατάρρευσης. Ο FCR αποκτά έτσι έναν πολυεπίπεδο χαρακτήρα, ενσωματώνοντας τόσο υπαρξιακές όσο και υλικές διαστάσεις, και καθίσταται κεντρικός παράγοντας ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης στη μεταθεραπευτική πορεία των επιζώντων. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι ο επίμονος και μη διαχειρίσιμος FCR συνδέεται με σοβαρή έκπτωση της ποιότητας ζωής, καθιστώντας αναγκαία την έγκαιρη αναγνώριση και την ανάπτυξη στοχευμένων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Lebel et al., 2016).

2.3 Ο Καρκίνος ως «Αόρατη Αναπηρία» και το Κοινωνικό Μοντέλο

Η εμπειρία της επιβίωσης από τον καρκίνο υπερβαίνει τα στενά όρια της ιατρικής ανάρρωσης και εισέρχεται στο πεδίο της κοινωνικής λειτουργικότητας. Στην ενότητα αυτή, η νόσος προσεγγίζεται όχι ως μια ατομική βιολογική δυσλειτουργία, αλλά ως μια σύνθετη κατάσταση που επαναπροσδιορίζει τη σχέση του ατόμου με τις κοινωνικές, εργασιακές και θεσμικές δομές μέσα στις οποίες καλείται να επανενταχθεί (Bury, 1982).

2.3.1 Το Κοινωνικό Μοντέλο της Αναπηρίας και η «Αορατότητα» της Νόσου

Σύμφωνα με το Κοινωνικό Μοντέλο της Αναπηρίας, όπως αυτό διατυπώθηκε από τον Oliver (1990), η αναπηρία δεν ταυτίζεται με τη βιολογική βλάβη, αλλά προκύπτει από την αδυναμία της κοινωνικής οργάνωσης να προσαρμοστεί στις ανάγκες των ατόμων με λειτουργικούς περιορισμούς. Υπό αυτό το πρίσμα, η αναπηρία δεν αποτελεί ατομικό έλλειμμα, αλλά κοινωνική κατασκευή, η οποία παράγεται μέσα από θεσμικά, εργασιακά και πολιτισμικά εμπόδια.

Στην περίπτωση του καρκίνου, η αναπηρία συχνά δεν είναι άμεσα ορατή. Οι επιζώντες ενδέχεται να εμφανίζουν χρόνιες επιπτώσεις, όπως επίμονη κόπωση, νευρογνωστικές δυσκολίες, χρόνιο πόνο ή ψυχολογική επιβάρυνση, οι οποίες δεν αποτυπώνονται εξωτερικά. Η «αορατότητα» αυτή της νόσου εντείνει τη δυσκολία αναγνώρισης των αναγκών τους από το κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον, οδηγώντας συχνά σε παρερμηνείες, αμφισβήτηση της εμπειρίας τους και ενίσχυση του αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης (Hyseni et al., 2021).

2.3.2 Το Δίλημμα της Αποκάλυψης στον Εργασιακό Χώρο

Η επαγγελματική επανένταξη των επιζώντων του καρκίνου αναδεικνύεται σε πεδίο έντονης ψυχοκοινωνικής πίεσης. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά το λεγόμενο «δίλημμα της αποκάλυψης», δηλαδή το ερώτημα αν, τότε και σε ποιον θα γνωστοποιηθεί η εμπειρία της νόσου στον εργασιακό χώρο. Σύμφωνα με έρευνα του Burton Blatt Institute, όπως αυτή παρουσιάζεται από τους Hyseni et al. (2021), οι επιζώντες με αόρατες αναπηρίες συχνά αποφεύγουν την αποκάλυψη, φοβούμενοι τον στιγματισμό, την υποβάθμιση της επαγγελματικής τους εικόνας ή την έμμεση διάκριση.

Το δίλημμα αυτό εμφανίζεται εντονότερο στις γυναίκες επιζήσασες, οι οποίες συχνά επιλέγουν τη σιωπή ως στρατηγική επιβίωσης στον χώρο εργασίας. Η ανάγκη για εύλογες προσαρμογές, όπως ευέλικτο ωράριο ή μειωμένες απαιτήσεις παραγωγικότητας, συγκρούεται με τον φόβο ότι η αποκάλυψη της κατάστασής τους θα οδηγήσει σε επαγγελματικό αποκλεισμό ή περιθωριοποίηση. Με τον τρόπο αυτό, η «αόρατη αναπηρία» μετατρέπεται σε πηγή μόνιμης ψυχικής και εργασιακής ανασφάλειας.

2.3.3 Οικονομική Τοξικότητα, Περιφέρεια και Μηχανισμοί Αντιμετώπισης

Η κοινωνική εμπειρία της αναπηρίας δεν αποσυνδέεται από τις υλικές συνθήκες διαβίωσης. Η έννοια της «οικονομικής τοξικότητας» περιγράφει την οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η νόσος, ιδίως σε σχέση με την απώλεια εισοδήματος, το κόστος φροντίδας και τη δυσκολία διατήρησης της εργασιακής σταθερότητας (OECD, 2023a). Η οικονομική αυτή πίεση λειτουργεί σωρευτικά με τον φόβο της υποτροπής, ενισχύοντας τη συνολική ψυχοκοινωνική επιβάρυνση των επιζώντων.

Στην ελληνική περιφέρεια, και ειδικότερα στη Θεσσαλία, η έρευνα αναδεικνύει ότι η περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικές δομές καθιστά την εμπειρία αυτή ακόμη πιο απαιτητική (Λοντούδη, 2023). Ωστόσο, παρά τις δομικές δυσκολίες, αναδεικνύονται και σημαντικοί προστατευτικοί μηχανισμοί. Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα λειτουργούν συχνά ως μηχανισμοί νοηματοδότησης και ψυχικής ανθεκτικότητας, προσφέροντας αίσθηση συνέχειας και υπαρξιακής σταθερότητας μετά το «βιογραφικό ρήγμα» της νόσου (Hubbard, Kidd and Kearney, 2010).

Παράλληλα, η συντροφική και οικογενειακή υποστήριξη διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία προσαρμογής. Η παρουσία ενός υποστηρικτικού συντρόφου συμβάλλει στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας και λειτουργεί ως βασικός παράγοντας επαναδιαπραγμάτευσης της ταυτότητας μετά την εμπειρία του καρκίνου (Foster and Fenlon, 2011a).

Οι κοινωνικοί, εργασιακοί και οικονομικοί περιορισμοί που συνοδεύουν την επιβίωση από τον καρκίνο δεν επηρεάζουν μόνο τη λειτουργικότητα του ατόμου, αλλά συγκροτούν ένα διαρκές υπόβαθρο ψυχικής ευαλωτότητας, καθιστώντας αναγκαία τη

διερεύνηση των εμπειριών άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που αναλύονται στην επόμενη ενότητα (Pitman et al., 2018).

2.4 Άγχος και Κατάθλιψη στην Εμπειρία της Επιβίωσης από τον Καρκίνο

Η μετάβαση από την ενεργό θεραπεία στη φάση της επιβίωσης δεν σηματοδοτεί απαραίτητα και το τέλος της ψυχολογικής δοκιμασίας. Αντιθέτως, για πολλούς επιζώντες του καρκίνου, η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τα οποία συχνά παραμένουν αόρατα στο ευρύτερο κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον (Foster and Fenlon, 2011a). Η αποχώρηση από το προστατευτικό πλαίσιο της εντατικής ιατρικής παρακολούθησης συνοδεύεται από μια αίσθηση έκθεσης και ψυχικής επισφάλειας, σε μια χρονική στιγμή όπου οι κοινωνικές προσδοκίες στρέφονται προς την «επιστροφή στην κανονικότητα».

Το άγχος συνδέεται κυρίως με τη διαρκή αβεβαιότητα για το μέλλον, τον φόβο της υποτροπής και την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της ζωής υπό το βάρος μιας διαρκούς απειλής. Η εμπειρία αυτή δεν είναι παροδική, αλλά τείνει να αποκτά χρόνιο χαρακτήρα, λειτουργώντας ως μόνιμο ψυχολογικό υπόβαθρο που επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επαγγελματική επανένταξη των επιζώντων (Hubbard et al., 2010). Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άγχος λαμβάνει μορφές που προσομοιάζουν με συμπτώματα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, όπου οι αναμνήσεις της θεραπευτικής εμπειρίας ή οι επαναλαμβανόμενοι ιατρικοί έλεγχοι λειτουργούν ως ερεθίσματα έντονης ψυχικής δυσφορίας (Pitman et al., 2018).

Παράλληλα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία συχνά αναδύεται ως αποτέλεσμα της απώλειας της προηγούμενης αίσθησης ελέγχου, της επίμονης σωματικής κόπωσης μετά το τέλος της θεραπείας και της δυσκολίας αποκατάστασης της προνοσηρής ταυτότητας. Όπως περιγράφει ο Bury (1982), η εμπειρία της χρόνιας νόσου διαρρηγνύει τη βιογραφική συνέχεια του ατόμου, προκαλώντας ένα «βιογραφικό ρήγμα» που συνοδεύεται από συναισθήματα ματαίωσης, αποξένωσης και μειωμένης αυτοαξίας. Τα συναισθήματα αυτά εντείνονται όταν το κοινωνικό περιβάλλον αδυνατεί

να αναγνωρίσει τη συνεχιζόμενη ψυχική επιβάρυνση, ερμηνεύοντας την ολοκλήρωση της θεραπείας ως πλήρη αποκατάσταση.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η λεγόμενη «παγίδα της κανονικότητας». Η κοινωνική πίεση για ταχεία επάνοδο στους προηγούμενους ρόλους εργασιακούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς, δημιουργεί μια δυσαρμονία ανάμεσα στην εξωτερική εικόνα του «θεραπευμένου» και την εσωτερική εμπειρία του «εύθραυστου». Η απόσταση αυτή ενισχύει την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, καθώς το άτομο βιώνει την αδυναμία προσαρμογής όχι ως φυσική συνέπεια της νόσου, αλλά ως προσωπική αποτυχία (Παπαδάτου, 2014).

Η ψυχική επιβάρυνση μετά τον καρκίνο δεν περιορίζεται στο συναισθηματικό επίπεδο, αλλά συνδέεται άρρηκτα με τη σωματική εμπειρία. Το άγχος και η κατάθλιψη αλληλεπιδρούν με οργανικά συμπτώματα, όπως η χρόνια κόπωση και οι διαταραχές ύπνου, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο ψυχοσωματικής επιβάρυνσης που υπονομεύει τη συνολική ποιότητα ζωής και δυσχεραίνει την κοινωνική επανένταξη των επιζώντων (Τζανάκης et al., 2023).

Στο πλαίσιο αυτό, το άγχος και η κατάθλιψη δεν μπορούν να ιδωθούν αποκλειστικά ως ατομικές ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις. Αντιθέτως, συνιστούν κοινωνικά και εμπειρικά διαμεσολαβημένα φαινόμενα, άρρηκτα συνδεδεμένα με τις συνθήκες επιβίωσης, τις κοινωνικές προσδοκίες «επιστροφής στην κανονικότητα» και τους δομικούς περιορισμούς που αναδείχθηκαν στις προηγούμενες ενότητες.

Συνοψίζοντας, το άγχος και η καταθλιπτική συμπτωματολογία που βιώνουν οι επιζώντες του καρκίνου δεν μπορούν να ιδωθούν ως μεμονωμένες ή παροδικές ψυχολογικές αντιδράσεις στη νόσο. Αντιθέτως, συγκροτούνται και εντείνονται μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και θεσμικό πλαίσιο, όπου η αορατότητα της αναπηρίας, οι περιορισμοί στην εργασιακή και κοινωνική επανένταξη, καθώς και οι προσδοκίες ταχείας «επιστροφής στην κανονικότητα» λειτουργούν σφραγιστικά. Η ψυχική ευαλωτότητα αναδεικνύεται έτσι ως δομικό στοιχείο της εμπειρίας της επιβίωσης από τον καρκίνο, αποτυπώνοντας τη στενή διασύνδεση ανάμεσα στη βιογραφική ρήξη που προκαλεί η νόσος και τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες καλείται το άτομο να ανασυγκροτήσει την ταυτότητα και την καθημερινότητά του.

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία της Έρευνας

3.1 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η σε βάθος διερεύνηση των υποκειμενικών εμπειριών, των συναισθημάτων και των νοηματοδοτήσεων που αποδίδουν οι ασθενείς με καρκίνο στο άγχος, στους φόβους και ιδιαίτερα στον φόβο υποτροπής κατά την πορεία της νόσου. Η μελέτη επιδιώξε να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν, ερμηνεύουν και διαχειρίζονται τη συγκεκριμένη εμπειρία στο πλαίσιο της καθημερινότητάς τους, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό και προσωπικό τους περιβάλλον.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Η κατανόηση των τρόπων με τους οποίους οι ασθενείς βιώνουν και εκφράζουν τον φόβο υποτροπής.
- Η ανάδειξη των μηχανισμών αντιμετώπισης (coping mechanisms) που επιστρατεύουν για τη διαχείριση του άγχους.
- Η διερεύνηση του ρόλου του οικογενειακού και κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου στη διαχείριση των συναισθηματικών επιβαρύνσεων που σχετίζονται με τη νόσο.

3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Η έρευνα καθοδηγείται από τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Πώς βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο το άγχος και τον φόβο της υποτροπής κατά την πορεία της νόσου τους;
- Ποια συναισθήματα και σκέψεις αναδύονται σε σχέση με τον φόβο υποτροπής;
- Πώς οι ασθενείς νοηματοδοτούν συνολικά την εμπειρία της νόσου και ποιους μηχανισμούς αντιμετώπισης ενεργοποιούν;

Τα ερευνητικά ερωτήματα διατυπώθηκαν με τρόπο ανοιχτό και διερευνητικό, ώστε να επιτρέπουν την ανάδυση πλούσιων και πολυδιάστατων αφηγήσεων.

3.3 Τύπος Μελέτης και Ερευνητική Προσέγγιση

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί ποιοτική ερευνητική προσέγγιση και εντάσσεται στο ερμηνευτικό παράδειγμα, σύμφωνα με το οποίο η κοινωνική πραγματικότητα δεν θεωρείται αντικειμενικά δεδομένη, αλλά συγκροτείται μέσα από τις νοηματοδοτήσεις που αποδίδουν τα άτομα στις εμπειρίες τους.

Η επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας κρίνεται κατάλληλη, καθώς το υπό μελέτη φαινόμενο, ο φόβος υποτροπής, αποτελεί μια σύνθετη και βαθιά προσωπική εμπειρία, η οποία διαμορφώνεται μέσα από αλληλεπιδράσεις, βιώματα και κοινωνικά συμφραζόμενα. Αντί της στατιστικής γενίκευσης, στόχος είναι η ερμηνευτική εμβάθυνση και η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα κατασκευάζουν νοηματικά την εμπειρία της ασθένειας.

Σύμφωνα με τους Ίσαρη και Πούρκου (2015), η ποιοτική έρευνα εστιάζει στις αφηγήσεις και στη γλώσσα ως φορέα εμπειρίας και νοήματος. Η ερευνητική διαδικασία αποτελεί μια δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων, όπου η γνώση συνδιαμορφώνεται μέσα από τον διάλογο.

3.4 Δείγμα της Έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από δεκατέσσερις (14) ενήλικες ασθενείς με διάγνωση καρκίνου, οι οποίοι υποβάλλονταν σε ενεργή χημειοθεραπευτική αγωγή στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση, ενώ τρεις εξ αυτών νοσηλεύονταν στο συγκεκριμένο τμήμα κατά τον χρόνο πραγματοποίησης της συνέντευξης. Κοινό χαρακτηριστικό όλων αποτέλεσε η εμπειρία της ενεργού θεραπευτικής φάσης της νόσου, γεγονός που διασφάλιζε ένα σχετικά ομοιογενές βιοματικό πλαίσιο.

Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε μέσω σκόπιμης δειγματοληψίας (Ίσαρη & Πούρκου, 2015), με στόχο τη συμμετοχή ατόμων που διένυσαν την ενεργή φάση της θεραπείας και διέθεταν άμεση και βιοματική εμπειρία του υπό μελέτη φαινομένου. Στην ποιοτική έρευνα, η καταλληλότητα του δείγματος δεν προσδιορίζεται από το μέγεθός του, αλλά από τον πλούτο, τη συνάφεια και το βάθος των δεδομένων που δύναται να προσφέρει.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων κρίθηκε επαρκής βάσει της αρχής του θεματικού κορεσμού, δηλαδή του σημείου κατά το οποίο οι νέες συνεντεύξεις δεν προσέφεραν ουσιαστικά νέα θεματικά στοιχεία αλλά επαναλάμβαναν ήδη αναδυόμενα μοτίβα κατά τη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων.

Κριτήρια ένταξης:

- Ηλικία άνω των 18 ετών
- Διάγνωση κακοήθους νεοπλασίας και υποβολή σε ενεργή χημειοθεραπευτική αγωγή κατά τον χρόνο συλλογής των δεδομένων.
- Ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα
- Παροχή γραπτής ενημερωμένης συναίνεσης

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Παρουσία σοβαρής ψυχιατρικής ή νοητικής διαταραχής
- Τελικό στάδιο νόσου που καθιστά αδύνατη τη συμμετοχή σε συνέντευξη.

3.5 Ερευνητικό Εργαλείο

Ως βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων επιλέχθηκαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις σε βάθος (Ισαρη & Πούρκου, 2015). Η μέθοδος αυτή συνδυάζει έναν βασικό οδηγό θεματικών ενοτήτων με την ευελιξία προσαρμογής της ροής της συνέντευξης, επιτρέποντας την ανάδυση προσωπικών αφηγήσεων και απρόβλεπτων θεμάτων.

Ο οδηγός συνέντευξης περιλάμβανε ανοιχτές ερωτήσεις που αφορούσαν:

- Την εμπειρία της διάγνωσης
- Τους φόβους και τις ανησυχίες που σχετίζονται με τη νόσο
- Τον φόβο υποτροπής
- Τους τρόπους αντιμετώπισης και το υποστηρικτικό δίκτυο

Ο πλήρης οδηγός της ημιδομημένης συνέντευξης παρατίθεται στο Παράρτημα Α, ώστε να διασφαλίζεται η διαφάνεια και η δυνατότητα αναπαραγωγής της ερευνητικής διαδικασίας.

3.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, με ιδιαίτερη ευαισθησία και προσοχή, δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες αποτελούν ευάλωτο πληθυσμό. Στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας, η ηθική διάσταση δεν περιορίζεται σε τυπικές διαδικασίες έγκρισης, αλλά διατρέχει ολόκληρη τη σχέση ερευνητή–συμμετέχοντα, απαιτώντας σεβασμό, ενσυναίσθηση και διαρκή αναστοχαστικότητα (Ισαρη & Πούρκου, 2015).

Πριν την έναρξη της έρευνας, λήφθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατόπιν σχετικής άδειας εντός της Ογκολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, σε συνθήκες που διασφάλιζαν την ιδιωτικότητα, την αξιοπρέπεια και την ψυχολογική ασφάλεια των συμμετεχόντων.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον σεβασμό της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Η ανωνυμία διασφαλίστηκε μέσω της χρήσης κωδικών (π.χ. Συνέντευξη 1) αντί προσωπικών στοιχείων, ενώ οι ηχογραφήσεις και οι απομαγνητοφωνήσεις φυλάχθηκαν με ασφαλή τρόπο και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως εθελοντική. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία της συνέντευξης, τον τρόπο αξιοποίησης των δεδομένων, καθώς και για το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία αρνητική συνέπεια για τη θεραπευτική τους πορεία ή τη σχέση τους με το νοσοκομείο. Παράλληλα, ζητήθηκε η ρητή προφορική και γραπτή συγκατάθεσή τους πριν την έναρξη της συνέντευξης, διασφαλίζοντας τη συνειδητή και ενημερωμένη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία. Το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης παρατίθεται στο Παράρτημα Β.

Η τήρηση των παραπάνω αρχών αποτέλεσε βασική προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της συλλογής των δεδομένων, η οποία περιγράφεται στην επόμενη ενότητα.

3.7 Συλλογή και Ανάλυση Δεδομένων

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ήσυχο και διακριτικό χώρο εντός του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, με διάρκεια περίπου 15–20 λεπτών. Η επιλογή του χώρου

αποσκοπούσε στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, ασφάλειας και εχεμύθειας, στοιχεία απαραίτητα για την ειλικρινή και αυθεντική έκφραση προσωπικών βιωμάτων στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας (Ισαρη & Πούρκου, 2015).

Κατόπιν έγγραφης ενημερωμένης συναίνεσης, οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν πλήρως. Η απομαγνητοφώνηση πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή, διατηρώντας όσο το δυνατόν πιστότερα τη γλωσσική διατύπωση των συμμετεχόντων, καθώς στην ποιοτική έρευνα η γλώσσα λειτουργεί ως βασικός φορέας νοήματος και εμπειρίας.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, σύμφωνα με το μοντέλο των Braun & Clarke (2006). Η προσέγγιση που υιοθετήθηκε ήταν κυρίως επαγωγική, καθώς τα θέματα προέκυψαν μέσα από το ίδιο το ερευνητικό υλικό και δεν επιβλήθηκαν εκ των προτέρων από ένα προκαθορισμένο θεωρητικό πλαίσιο.

Η διαδικασία της ανάλυσης περιλάμβανε:

- α) εξοικείωση με τα δεδομένα μέσω επαναλαμβανόμενης ανάγνωσης
- β) αρχική κωδικοποίηση σημαντικών αποσπασμάτων
- γ) ομαδοποίηση κωδίκων σε ευρύτερα θέματα
- δ) αναθεώρηση και οριστικοποίηση των θεματικών κατηγοριών
- ε) ερμηνευτική σύνθεση των ευρημάτων.

Η ανάλυση δεν περιορίστηκε σε περιγραφικό επίπεδο, αλλά επιδίωξε την ερμηνευτική κατανόηση των εμπειριών των συμμετεχόντων μέσα στο κοινωνικό και ψυχολογικό τους πλαίσιο.

Για την ενίσχυση της αξιοπιστίας της έρευνας, η διαδικασία κωδικοποίησης και η διαμόρφωση των θεμάτων συζητήθηκαν με την επιβλέπουσα καθηγήτρια, συμβάλλοντας στον έλεγχο της ερμηνευτικής συνέπειας. Παράλληλα, τηρήθηκαν αναστοχαστικές σημειώσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, στις οποίες καταγράφονταν σκέψεις, ερμηνευτικά ερωτήματα και προβληματισμοί που αναδύονταν κατά τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. Η πρακτική αυτή συνέβαλε

στην ενίσχυση της διαφάνειας, της μεθοδολογικής συνέπειας και της επίγνωσης του ρόλου της ερευνήτριας στη διαμόρφωση των ευρημάτων.

3.8 Αναστοχαστική Καταγραφή της Ερευνήτριας

Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε μια ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Παρότι υπήρξε θεωρητική προετοιμασία για τη συνάντηση με έναν ευάλωτο πληθυσμό, η συναισθηματική ένταση της διαδικασίας αναδείχθηκε σημαντική.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, που πραγματοποιούνταν ενόσω οι συμμετέχοντες λάμβαναν χημειοθεραπευτική αγωγή, αναπτύχθηκε έντονος θαυμασμός για τη δύναμη, το κουράγιο και τη γενναιότητά τους να μοιραστούν προσωπικές και συχνά επώδυνες εμπειρίες. Σε ορισμένες στιγμές υπήρξε συγκίνηση, καθώς οι αφηγήσεις τους αποκάλυπταν το βάθος των βιωμάτων τους. Η εμπειρία αυτή ανέδειξε ότι η ερευνητική διαδικασία δεν αποτελεί μια απολύτως ουδέτερη τεχνική πράξη, αλλά μια ανθρώπινη αλληλεπίδραση, στην οποία η ερευνήτρια καθίσταται, έστω και προσωρινά, μέρος της ιστορίας του άλλου.

Παρά τη συναισθηματική διάσταση της διαδικασίας, καταβλήθηκε συστηματική προσπάθεια διατηρήσης ερευνητικής εγρήγορσης και μεθοδολογικής συνέπειας. Αναγνώριστηκε η πιθανότητα επίδρασης προσωπικών συναισθημάτων στην ερμηνεία των δεδομένων και, για τον λόγο αυτό, υιοθετήθηκε στάση ενεργητικής ακρόασης, αναστοχασμού και αποφυγής κατευθυντικής παρέμβασης στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων.

Η εμπειρία της έρευνας ανέδειξε τη σύνθετη και απαιτητική καθημερινότητα των ογκολογικών ασθενών, καθώς και τους περιορισμούς στην κατανόηση της εμπειρίας αυτής από άτομα που δεν έχουν βιώσει αντίστοιχες καταστάσεις. Η διαδικασία συνέβαλε τόσο στην ερευνητική εξέλιξη όσο και στη βαθύτερη κατανόηση της ανθρώπινης ανθεκτικότητας και αξιοπρέπειας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω μεθοδολογικά και δεοντολογικά στοιχεία, στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα ευρήματα της έρευνας, όπως προέκυψαν από τη διαδικασία της θεματικής ανάλυσης.

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας, όπως προέκυψαν από τη θεματική ανάλυση των συνεντεύξεων. Η ανάλυση του ερευνητικού υλικού οδήγησε στην ανάδειξη κύριων θεματικών αξόνων, οι οποίοι αποτυπώνουν τις βιωμένες εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετικά με τη διάγνωση, την πορεία της νόσου και τον φόβο υποτροπής.

Τα θέματα αναδύθηκαν μέσα από επαναλαμβανόμενα μοτίβα λόγου, συναισθηματικές αντιδράσεις και κοινές αφηγηματικές δομές, ενώ παράλληλα αναγνωρίστηκαν και διαφοροποιήσεις που αναδεικνύουν τη μοναδικότητα κάθε εμπειρίας.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά τα κύρια θέματα και τα επιμέρους υποθέματα, συνοδευόμενα από χαρακτηριστικά αποσπάσματα των συμμετεχόντων, με στόχο την πληρέστερη κατανόηση του βιοματικού τους κόσμου.

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 14 άτομα, εκ των οποίων 7 γυναίκες και 7 άνδρες.

Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από περίπου 35 έως 80 ετών, με μέση ηλικία περίπου 67 έτη. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των γυναικών ήταν περίπου 65 έτη, ενώ των ανδρών περίπου 69 έτη.

Για λόγους καλύτερης αποτύπωσης της ηλικιακής κατανομής, οι συμμετέχοντες ομαδοποιήθηκαν σε ηλικιακές κατηγορίες. Η πλειονότητα ανήκε στην ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών, γεγονός που υποδηλώνει ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος βρίσκεται σε μεγαλύτερη ηλικιακή φάση ζωής.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4: Κατανομή συμμετεχόντων κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα

Μεταβλητή	Κατηγορία	n	%
-----------	-----------	---	---

Φύλο	Γυναίκες	7	50%
	Άνδρες	7	50%
Ηλικιακή Ομάδα	30–39	1	7,1%
	50–59	3	21,4%
	60–69	1	7,1%
	70–79	7	50%
	80+	1	7,1%

Επιπροσθέτως, στον Πίνακα 5 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα κλινικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, παρέχοντας μια πληρέστερη εικόνα της θεραπευτικής τους κατάστασης και του υποστηρικτικού τους πλαισίου.

Πίνακας 5: Κλινικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό
Θεραπευτική Φάση	Ενεργή Χημειοθεραπεία	14	100%
Πλαίσιο Φροντίδας	Εξωτερικοί Ασθενείς	11	78,6%
	Νοσηλεύόμενοι (Ογκολογική ΓΝΛ)	3	21,4%
Εργασιακή κατάσταση	Διακοπή/Αναστολή λόγω νόσου	5	35,7%
	Συνταξιούχοι / Οικιακά	9	64,3%
Κύριος Πυλώνας Στήριξης	Οικογένεια (Σύζυγοι/Παιδιά)	13	92,8%
	Μοναχική Διαχείριση	1	7,1%

Από τα δεδομένα του Πίνακα 5 προκύπτει ότι όλοι οι συμμετέχοντες βρίσκονταν σε ενεργή θεραπευτική φάση, καθώς το 100% υποβαλλόταν σε χημειοθεραπεία κατά τον χρόνο διεξαγωγής των συνεντεύξεων. Η πλειονότητα των ασθενών (78,6%) παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση, ενώ μικρότερο ποσοστό (21,4%) νοσηλεύονταν σε ογκολογική κλινική.

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι ή δεν εργάζονταν, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (35,7%) ανέφερε διακοπή ή αναστολή της εργασίας λόγω της νόσου.

Τέλος, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (92,8%) ανέδειξαν την οικογένεια ως βασικό υποστηρικτικό παράγοντα, ενώ μόνο ένα άτομο ανέφερε απουσία σταθερού υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις επιμέρους ερωτήσεις της συνέντευξης.

Θέμα 1 - Η στιγμή της διάγνωσης

Η στιγμή της διάγνωσης αναδύεται από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων ως ένα καθοριστικό και έντονα φορτισμένο σημείο καμπής στη ζωή τους. Η ανακοίνωση της νόσου βιώθηκε, στις περισσότερες περιπτώσεις, ως αιφνίδιο γεγονός που ανέτρεψε την έως τότε αίσθηση κανονικότητας και ασφάλειας.

Πολλοί συμμετέχοντες περιέγραψαν έντονα συναισθήματα στεναχώριας, φόβου και άγχους, συνοδευόμενα από μια αίσθηση σύγχυσης και ψυχικής απορρύθμισης.

«Στεναχώρια... δεν καταλαβαίναμε και πολλά, ένα θολό μυαλό.» (Σ1)

«Σοκ, έπεσε το κινητό από τα χέρια, δεν μπορούσα να το συνειδητοποιήσω.» (Σ10)

«Πάγωσα, ένιωσα φόβο, πανικό.» (Σ14)

Η περιγραφή «θολό μυαλό», «πάγωσα» ή «σοκ» αποτυπώνει μια κατάσταση προσωρινής αποδιοργάνωσης, κατά την οποία η πληροφορία της διάγνωσης φαίνεται να υπερβαίνει τις άμεσες ψυχικές δυνατότητες επεξεργασίας. Η εμπειρία αυτή συνδέεται με την αιφνίδια συνειδητοποίηση της απειλής, η οποία διακόπτει τη ροή της καθημερινότητας και επιβάλλει μια νέα, άγνωστη πραγματικότητα.

Σε άλλες περιπτώσεις, η αντίδραση περιλάμβανε θυμό ή αυτομομφή.

«Φόβος, νεύριασα με τον εαυτό μου που δεν είχα κάνει εξετάσεις που έπρεπε.» (Σ4)

Η αυτοκατηγορία αυτή φαίνεται να λειτουργεί ως προσπάθεια αναζήτησης αιτιότητας και ελέγχου, ακόμη και μέσα σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Παράλληλα, ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν προετοιμαστεί ψυχολογικά για το ενδεχόμενο της διάγνωσης.

«Το αντιλήφθηκα μόνη μου. Ήμουν προετοιμασμένη γι' αυτό που θα μου πει ο γιατρός.» (Σ3)

Η προετοιμασία αυτή φαίνεται να μετρίασε το στοιχείο του αιφνιδιασμού, χωρίς ωστόσο να αναιρεί τη σοβαρότητα της εμπειρίας. Σε αντίθεση, άλλοι περιέγραψαν μια πιο ήπια ή συγκρατημένη αντίδραση:

«Το πήρα πολύ ελαφρά και προσπάθησα να μη με ρίξει.» (Σ5)

«Ανησύχησα λίγο αλλά είχα ψυχραιμία.» (Σ12)

Η διαφοροποίηση αυτή υποδηλώνει ότι η εμπειρία της διάγνωσης δεν είναι ομοιογενής. Ο τρόπος βίωσης φαίνεται να επηρεάζεται από προσωπικούς παράγοντες, προηγούμενες εμπειρίες, επίπεδο ενημέρωσης και ψυχική ετοιμότητα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η περίπτωση συμμετέχον που δήλωσε ότι δεν ένιωσε τίποτα, συνδέοντας την αντίδρασή του με προηγούμενη απώλεια.

«Δεν ένιωσα τίποτα... είχα χάσει την κόρη μου πριν δύο χρόνια, δεν με ένοιαζε.» (Σ11)

Η απουσία συναισθηματικής αντίδρασης σε αυτή την περίπτωση φαίνεται να σχετίζεται με ήδη υπάρχουσα ψυχική επιβάρυνση, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει τον τρόπο επεξεργασίας μιας νέας απειλής.

Συνολικά, η στιγμή της διάγνωσης αναδεικνύεται ως εμπειρία σοκ και υπαρξιακής ανατροπής, όπου κυριαρχούν η αίσθηση απειλής, η σύγχυση και η ανάγκη άμεσης προσαρμογής. Ταυτόχρονα, καταγράφονται διαφοροποιήσεις που αποτυπώνουν την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης αντίδρασης απέναντι σε μια σοβαρή νόσο. Η διάγνωση δεν βιώνεται απλώς ως ιατρική πληροφορία, αλλά ως γεγονός που επηρεάζει την αίσθηση ταυτότητας, τον τρόπο θέασης του μέλλοντος και τη σχέση του ατόμου με τη ζωή του.

Θέμα 2 - Τα πρώτα συναισθήματα και σκέψεις: Φόβος, οικογένεια και ψυχική στάση

Τα πρώτα συναισθήματα που περιέγραψαν οι συμμετέχοντες μετά τη διάγνωση ήταν κυρίως ο φόβος και η έντονη ανησυχία. Η ανακοίνωση της νόσου φαίνεται να ενεργοποίησε άμεσα σκέψεις που σχετίζονταν με την αβεβαιότητα της εξέλιξης, την απώλεια ελέγχου και το ενδεχόμενο μιας δυσμενούς έκβασης.

«Φόβος, ανησυχία... σκέφτηκα την οικογένειά μου.» (Σ1)

«Φόβος, θυμός, άγχος.» (Σ4)

«Άγχος, φόβος...» (Σ8)

Η κυριαρχία αυτών των συναισθημάτων υποδηλώνει ότι η διάγνωση βιώθηκε ως απειλή, όχι μόνο για τη σωματική υγεία, αλλά και για τη συνέχεια της ζωής όπως ήταν μέχρι εκείνη τη στιγμή. Ο φόβος συνδέθηκε με την αβεβαιότητα για το μέλλον και με σκέψεις που αφορούσαν την πιθανότητα απώλειας ρόλων, σχέσεων και προσδοκιών.

Ιδιαίτερα έντονη υπήρξε η αναφορά στην οικογένεια, η οποία αποτέλεσε το πρώτο και κυρίαρχο σημείο αναφοράς για πολλούς συμμετέχοντες. Οι σκέψεις στράφηκαν άμεσα στα παιδιά, στον/στη σύντροφο ή στα εγγόνια, γεγονός που αναδεικνύει ότι η εμπειρία της ασθένειας δεν βιώνεται αποκλειστικά ως ατομικό γεγονός, αλλά ως γεγονός που επηρεάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα.

«Σκέφτηκα τα παιδιά μου... πώς θα τους το πω.» (Σ10)

«Σκέφτηκα τα παιδιά μου, τα εγγόνια μου...» (Σ9)

«Σκέφτηκα την κόρη μου, ότι υπάρχει πιθανότητα να μην τη δω να κάνει παιδιά.» (Σ4)

Η έμφαση στην οικογένεια φαίνεται να συνδέεται με την ταυτότητα των συμμετεχόντων και τον ρόλο τους μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο. Η ανησυχία δεν περιορίζεται στο «τι θα συμβεί σε εμένα», αλλά επεκτείνεται στο «τι θα συμβεί στους ανθρώπους μου», στοιχείο που ενισχύει τη συναισθηματική ένταση της στιγμής.

Παράλληλα, σε ορισμένες περιπτώσεις καταγράφηκε άμεση υιοθέτηση μιας στάσης μαχητικότητας και ψυχικής κινητοποίησης. Μέσα από έναν λόγο αντίστασης απέναντι στη νόσο διαφαίνεται η ανάγκη διατήρησης ελέγχου και προσωπικής δύναμης.

«Δε φοβάμαι, θα το παλέψω μέχρι τέρμα. Θα τον φάω, δεν θα με φάει.» (Σ3)

«Στεναχωρήθηκα αλλά σκέφτηκα ότι θα το παλέψω.» (Σ7)

Η μαχητικότητα αυτή φαίνεται να λειτουργεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης, επιτρέποντας στο άτομο να μετατοπίσει το συναίσθημα από την παθητικότητα προς την ενεργητική στάση.

Τέλος, σε ορισμένες αφηγήσεις καταγράφηκε συναισθηματικό μούδιασμα ή αδυναμία διατύπωσης σκέψης. Η έλλειψη άμεσης συναισθηματικής αντίδρασης φαίνεται να συνδέεται με την ένταση του σοκ και μπορεί να ερμηνευθεί ως αρχική αμυντική διεργασία απέναντι στη συναισθηματική υπερφόρτιση.

«Δεν σκέφτηκα τίποτα.» (Σ12)

«Εκείνη τη στιγμή δεν σκέφτηκα τίποτα, ήμουν σε σοκ.» (Σ14)

Συνολικά, τα πρώτα συναισθήματα και σκέψεις που ακολούθησαν τη διάγνωση αναδεικνύουν μια σύνθετη ψυχική διεργασία, όπου συνυπάρχουν φόβος, ανησυχία για την οικογένεια, ανάγκη διατήρησης ελέγχου και αμυντικές αντιδράσεις. Η αρχική αντίδραση δεν αποτελεί απλώς μια στιγμιαία συναισθηματική έκρηξη, αλλά ένα πρώτο στάδιο νοηματοδότησης της ασθένειας και της νέας πραγματικότητας που αυτή επιφέρει.

Θέμα 3 - Σύγχρονες ανησυχίες και φόβοι για το μέλλον

Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους τρέχοντες φόβους και τις ανησυχίες τους αναδεικνύουν μια διαφοροποιημένη και δυναμική εμπειρία της νόσου. Σε αντίθεση με την έντονη συναισθηματική φόρτιση της στιγμής της διάγνωσης, οι σημερινές ανησυχίες φαίνεται να έχουν μετατοπιστεί από το αρχικό σοκ προς μια περισσότερο υπαρξιακή και πρακτική διάσταση.

Ένα μέρος των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν βιώνει πλέον έντονους φόβους ή ότι έχει επιλέξει να μην σκέφτεται το ενδεχόμενο αρνητικής εξέλιξης.

«Δεν το έχω σκεφτεί, ό,τι προκύψει.» (Σ1)

«Δεν το έχω για νόσο. Δεν με έχει επηρεάσει.» (Σ2)

«Δεν φοβάμαι.» (Σ3)

«Δεν υπάρχουν φόβοι.» (Σ11)

Η στάση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί είτε ως αποδοχή της κατάστασης είτε ως μηχανισμός ψυχικής προστασίας, μέσω της αποφυγής σκέψεων που θα μπορούσαν να εντείνουν το άγχος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η πνευματικότητα φαίνεται να λειτουργεί ως υποστηρικτικός παράγοντας διαχείρισης της αβεβαιότητας.

«Δεν φοβάμαι τίποτα, γυρίζω όλα τα μοναστήρια.» (Σ7)

Παράλληλα, για αρκετούς συμμετέχοντες οι φόβοι επικεντρώνονται στο αβέβαιο μέλλον και στην πιθανή επιδείνωση της υγείας τους.

«Φοβάμαι το μέλλον γενικώς, πώς θα είμαι εγώ και οι δικοί μου.» (Σ4)

«Φοβάμαι το μέλλον, τι θα δείξουν οι εξετάσεις της αξονικής.» (Σ6)

«Έχω τους κλασικούς φόβους, αβέβαιο μέλλον.» (Σ8)

Η αβεβαιότητα που συνοδεύει τις επανεξετάσεις και τα ιατρικά αποτελέσματα φαίνεται να αποτελεί διαρκή πηγή άγχους, ανανεώνοντας περιοδικά την αίσθηση απειλής.

Επιπλέον, ορισμένοι συμμετέχοντες εξέφρασαν φόβους που σχετίζονται με τη σωματική αντοχή και τις επιπτώσεις των θεραπειών.

«Φοβάμαι την εξάντληση, τις παρενέργειες της νόσου.» (Σ5)

«Φοβάμαι πόσο θα αντέξω... μου έρχεται να τα παρατήσω.» (Σ12)

Οι αναφορές αυτές αναδεικνύουν τη σωματική κόπωση ως σημαντικό παράγοντα ψυχικής επιβάρυνσης, καθώς η μακροχρόνια ταλαιπωρία φαίνεται να επηρεάζει την ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων.

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτούν επίσης οι φόβοι που σχετίζονται με πιθανή υποτροπή ή μετάσταση.

«Φοβάμαι τη μετάσταση.» (Σ13)

Ο φόβος αυτός συνδέεται άμεσα με την αβεβαιότητα της εξέλιξης της νόσου και με το ενδεχόμενο απώλειας ελέγχου.

Παράλληλα, η οικογένεια παραμένει κεντρικό σημείο αναφοράς και στο παρόν στάδιο της εμπειρίας.

«Οι φόβοι μου είναι να μπορέσω να παλέψω για μένα και τα παιδιά μου...» (Σ10)

«Φοβάμαι για αυτούς που θα αφήσω πίσω, τα παιδιά μου.» (Σ14)

Η ανησυχία δεν αφορά μόνο την προσωπική υγεία, αλλά και τη συνέχιση της φροντίδας και της παρουσίας μέσα στην οικογένεια. Η ασθένεια εξακολουθεί να νοσηματοδοτείται μέσα από το πρίσμα των σχέσεων και των ρόλων.

Τέλος, ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα έντονα συναισθήματα του αρχικού σταδίου έχουν μετριαστεί με την πάροδο του χρόνου.

«Υπάρχουν ανησυχίες, όμως τώρα προσπαθώ να το ξεπεράσω, δεν έχω τα ίδια συναισθήματα όπως στην αρχή.» (Σ9)

Η αναφορά αυτή υποδηλώνει μια διαδικασία σταδιακής προσαρμογής, κατά την οποία ο φόβος μετασχηματίζεται και ενσωματώνεται στην καθημερινότητα.

Συνολικά, οι σύγχρονες ανησυχίες των συμμετεχόντων κινούνται σε ένα φάσμα που εκτείνεται από την άρνηση ή αποδοχή έως τον έντονο φόβο για το μέλλον, την υποτροπή και τη σωματική αντοχή. Η εμπειρία της νόσου φαίνεται να εξελίσσεται με τον χρόνο, μετατοπίζοντας το επίκεντρο από το αρχικό σοκ προς μια συνεχή διαπραγμάτευση με την αβεβαιότητα.

Θέμα 4 - Στιγμές ενεργοποίησης και κορύφωσης του φόβου

Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων καταδεικνύουν ότι οι φόβοι που σχετίζονται με τη νόσο δεν είναι διαρκώς παρόντες με την ίδια ένταση, αλλά ενεργοποιούνται σε συγκεκριμένες χρονικές και καταστασιακές στιγμές. Παρότι ορισμένοι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν βιώνουν πλέον φόβο ή ότι δεν σκέφτονται την πιθανότητα αρνητικής εξέλιξης,

«Όχι, δεν φοβάμαι γιατί δεν φοβάμαι τον θάνατο.» (Σ1)

«Όχι, δεν το σκέφτομαι.» (Σ3)

«Όχι, δεν υπάρχουν αυτές οι στιγμές.» (Σ11)

η πλειονότητα περιέγραψε συγκεκριμένα πλαίσια μέσα στα οποία οι ανησυχίες εντείνονται.

Μία από τις συχνότερες στιγμές ενεργοποίησης του φόβου είναι η μοναξιά. Οι ώρες όπου οι συμμετέχοντες βρίσκονται μόνοι τους ιδιαίτερα το βράδυ ή νωρίς το πρωί φαίνεται να αποτελούν περιόδους αυξημένης εσωτερικής έντασης.

«Όταν είμαι μόνη μου, το βράδυ, το πρωί όταν ξυπνάω νωρίς.» (Σ4)

«Όταν είμαι μόνη και όταν νιώθω κάποιο σύμπτωμα.» (Σ5)

«Όταν είμαι μόνος μου.» (Σ9)

«Το βράδυ όταν είμαι μόνη.» (Σ14)

Η απουσία εξωτερικών ερεθισμάτων και η σιωπή της νύχτας φαίνεται να δημιουργούν χώρο για σκέψεις που κατά τη διάρκεια της ημέρας παραμένουν σε δεύτερο πλάνο. Η μοναξιά λειτουργεί ως καταλύτης εσωτερικού διαλόγου, εντείνοντας τις υπαρξιακές ανησυχίες.

Εξίσου έντονη είναι η αναφορά στις ιατρικές εξετάσεις ως στιγμές κορύφωσης του άγχους.

«Πριν τις εξετάσεις.» (Σ6)

«Έχω ανησυχία και άγχος πριν τις εξετάσεις.» (Σ7)

«Όταν κάνω τη μαγνητική και περιμένω τα αποτελέσματα.» (Σ13)

«Όταν είναι να μάθω τα αποτελέσματα των εξετάσεων.» (Σ14)

Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται να επαναφέρει το αρχικό αίσθημα αβεβαιότητας, λειτουργώντας ως περιοδική υπενθύμιση της απειλής. Κάθε επανέλεγχος βιώνεται ως ενδεχόμενο σημείο καμπής, αναζωπυρώνοντας τον φόβο υποτροπής ή επιδείνωσης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων ενεργοποιεί άμεσα ανησυχία.

«Όταν νιώθω κάποιο σύμπτωμα.» (Σ5)

Το σώμα μετατρέπεται έτσι σε πεδίο επιτήρησης και ερμηνείας, όπου κάθε αλλαγή μπορεί να συνδεθεί με πιθανή απειλή.

Παράλληλα, καταγράφηκαν στιγμές εσωτερικής σύγκρουσης και αυτοκριτικής.

«Το βράδυ δεν μπορώ να κοιμηθώ... θυμώνω με τον εαυτό μου γιατί αφού τόσο καιρό έκανα υπομονή τώρα δεν κάνω.» (Σ12)

Η δήλωση αυτή αναδεικνύει τη συνεχή ψυχική διαπραγμάτευση ανάμεσα στην αντοχή και την κόπωση.

Συνολικά, οι φόβοι φαίνεται να ακολουθούν κυκλική πορεία, με περιόδους ύφεσης και περιόδους έντασης. Η μοναξιά, η σωματική αίσθηση και οι ιατρικές επανεξετάσεις αποτελούν βασικούς παράγοντες ενεργοποίησης. Η εμπειρία της νόσου, επομένως, δεν χαρακτηρίζεται από σταθερό άγχος, αλλά από επαναλαμβανόμενες κορυφώσεις που συνδέονται με συγκεκριμένα ερεθίσματα και χρονικά ορόσημα.

Θέμα 5 - Ο φόβος της υποτροπής και η επίδρασή του στην καθημερινότητα

Ο φόβος της υποτροπής αποτελεί μια ιδιαίτερη διάσταση της εμπειρίας της νόσου, καθώς συνδέεται άμεσα με την αβεβαιότητα του μέλλοντος και την πιθανότητα επανεμφάνισης της απειλής. Ωστόσο, από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι η στάση απέναντι στην υποτροπή διαφοροποιείται σημαντικά.

Ένα σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν σκέφτεται την πιθανότητα υποτροπής ή επιλέγει συνειδητά να μην εστιάζει σε αυτή.

«Δεν το σκέφτομαι ποτέ, απασχολώ το μυαλό μου με εργασίες.» (Σ1)

«Δεν το σκέφτομαι, κοιτάζω την κάθε μέρα ξεχωριστά και προχωράω.» (Σ8)

«Δεν το σκέφτομαι. Ό,τι προκύψει θα το δούμε πάλι.» (Σ7)

Η αποφυγή της σκέψης φαίνεται να λειτουργεί ως στρατηγική διαχείρισης του άγχους, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να εστιάζουν στο παρόν και να περιορίσουν την ψυχική επιβάρυνση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η στάση αυτή συνοδεύεται από αισιοδοξία.

«Είμαι αισιόδοξος.» (Σ2)

Παράλληλα, ορισμένοι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η σκέψη της υποτροπής υπάρχει, χωρίς όμως να επηρεάζει καθοριστικά την καθημερινότητά τους.

«Το σκέφτομαι αλλά δεν με επηρεάζει, προχωράω.» (Σ9)

Η στάση αυτή υποδηλώνει μια μορφή ενσωμάτωσης του φόβου, όπου η ανησυχία συνυπάρχει με τη λειτουργικότητα.

Σε άλλες περιπτώσεις, η πιθανότητα υποτροπής γίνεται πιο έντονη σε συγκεκριμένες φάσεις της θεραπείας.

«Το σκέφτομαι τώρα που θα τελειώσουν οι χημειοθεραπείες... προσπαθώ να κάνω σχέδια.» (Σ5)

Η ολοκλήρωση της θεραπείας φαίνεται να δημιουργεί ένα παράδοξο συναίσθημα: από τη μία ανακούφιση, από την άλλη αυξημένη επίγνωση της ευθύνης για το «μετά». Η διατύπωση σχεδίων για το μέλλον λειτουργεί ως αντιστάθμισμα στον φόβο.

Ωστόσο, σε ορισμένες αφηγήσεις ο φόβος της υποτροπής βιώνεται με έντονη συναισθηματική φόρτιση.

«Το σκέφτομαι και πανικοβάλλομαι... ένας καρκινοπαθής δεν σκέφτεται ποτέ το μέλλον.» (Σ14)

«Ναι, το φοβάμαι και μετά από ένα κάταγμα έπαθα ψυχολογικά.» (Σ13)

Ιδιαίτερα καθοριστική είναι η εμπειρία πραγματικής μετάστασης.

«Έκανα μετάσταση. Όταν το έμαθα έκλαιγα όλη μέρα. Μέχρι τότε δεν το είχα σκεφτεί ότι θα συμβεί.» (Σ10)

Η εμπειρία αυτή φαίνεται να μετασχηματίζει ριζικά τον τρόπο βίωσης της νόσου, μετατρέποντας έναν υποθετικό φόβο σε βιωμένη πραγματικότητα.

Τέλος, καταγράφηκε και στάση αδιαφορίας ή παραίτησης.

«Δεν με νοιάζει. Ας πεθάνω να ησυχάσω.» (Σ11)

Η δήλωση αυτή υποδηλώνει βαθιά ψυχική κόπωση και πιθανή εξάντληση των αποθεμάτων αντοχής.

Συνολικά, ο φόβος της υποτροπής δεν παρουσιάζεται ως ενιαίο και σταθερό συναίσθημα, αλλά ως δυναμική εμπειρία που διαμορφώνεται από την πορεία της νόσου, τις θεραπευτικές φάσεις και τα προσωπικά αποθέματα ανθεκτικότητας. Για ορισμένους παραμένει στο περιθώριο της σκέψης, για άλλους ενσωματώνεται στην καθημερινότητα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις λαμβάνει έντονα αποδιοργανωτική μορφή. Η διαχείρισή του φαίνεται να συνδέεται στενά με την ικανότητα εστίασης στο παρόν και τη διατήρηση νοήματος στην καθημερινή ζωή.

Θέμα 6 - Επίδραση των συναισθημάτων και της νόσου στην καθημερινή ζωή

Η επίδραση της νόσου και των συνακόλουθων συναισθημάτων στην καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Για ορισμένους, η εμπειρία φαίνεται να έχει επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές στη ρουτίνα, στις κοινωνικές σχέσεις και στην ποιότητα ζωής, ενώ για άλλους η καθημερινότητα συνεχίζεται με σχετική σταθερότητα.

Μερικοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν έχουν επηρεαστεί ουσιαστικά.

«Συνεχίζω κανονικά, δεν με έχει επηρεάσει.» (Σ2)

«Δεν με έχουν επηρεάσει.» (Σ3)

«Δεν έχω επηρεαστεί... δεν το έχω κρύψει.» (Σ4)

«Δεν την έχουν επηρεάσει, είμαι 80 χρονών, έχω περάσει πολλά.» (Σ11)

Οι δηλώσεις αυτές υποδηλώνουν είτε προσαρμοστικότητα είτε μια στάση αποδοχής, όπου η νόσος ενσωματώνεται στην ήδη διαμορφωμένη κοσμοθεωρία του ατόμου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ανοιχτή γνωστοποίηση της διάγνωσης φαίνεται να συνέβαλε στη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων.

«Δεν το έκρυψα και ένιωσα μεγάλη συμπαράσταση από όλους.» (Σ5)

Ωστόσο, για αρκετούς συμμετέχοντες η επίδραση υπήρξε αισθητή, ιδιαίτερα σε πρακτικό και σωματικό επίπεδο.

«Την έχουν επηρεάσει πολύ, δεν μπορούμε να πιούμε, να κάνουμε σεξ, οικονομικά είμαστε χάλια.» (Σ1)

«Με έχει επηρεάσει γιατί ήμουν άνθρωπος γλεντζές και τώρα δεν μπορώ.» (Σ9)

«Όλα επηρεάζουν... και σωματικά δεν είμαι όπως πριν, υπάρχουν πόνοι, κακή διάθεση.» (Σ14)

Οι αναφορές αυτές αναδεικνύουν την απώλεια στοιχείων της προηγούμενης ταυτότητας και της ελευθερίας της καθημερινότητας. Η νόσος δεν περιορίζεται στο ιατρικό επίπεδο, αλλά επηρεάζει τη σεξουαλικότητα, την κοινωνική ζωή, την οικονομική σταθερότητα και τη σωματική λειτουργικότητα.

Σε άλλες περιπτώσεις, οι αλλαγές σχετίζονται με την κοινωνική απόσυρση και τη συναισθηματική επιβάρυνση.

«Με επηρέασαν, δεν ήθελα να δω κανέναν, ήθελα να κλάψω, να ουρλιάξω. Τώρα άρχισα να επικοινωνώ με ανθρώπους.» (Σ10)

«Ναι, έχουν επηρεαστεί από τη διάθεσή μου. Δεν βγαίνω με την παρέα μου.» (Σ12)

Η αρχική απομόνωση φαίνεται να συνδέεται με την ανάγκη επεξεργασίας της εμπειρίας, ενώ η σταδιακή επανασύνδεση με τους άλλους υποδηλώνει διαδικασία προσαρμογής.

Παράλληλα, ορισμένοι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ ή ο περιορισμός δραστηριοτήτων.

«Τώρα πια δεν πίνω αλκοόλ.» (Σ7)

«Τώρα δεν μπορώ να οδηγήσω, να πάω βόλτες.» (Σ13)

Οι περιορισμοί αυτοί ενδέχεται να σχετίζονται τόσο με τη σωματική κατάσταση όσο και με τις συνέπειες της θεραπείας.

Τέλος, καταγράφονται και περιπτώσεις όπου η εμπειρία της νόσου φαίνεται να λειτούργησε ενδυναμωτικά.

«Με έχουν βοηθήσει και έχω γίνει ακόμα πιο δυνατός από πριν.» (Σ8)

Η δήλωση αυτή υποδηλώνει ότι για ορισμένους η ασθένεια αποτέλεσε αφορμή εσωτερικής ανασυγκρότησης και επαναπροσδιορισμού προτεραιοτήτων.

Συνολικά, η επίδραση της νόσου στην καθημερινή ζωή δεν είναι μονοδιάστατη. Κυμαίνεται από τη διατήρηση της λειτουργικότητας και των κοινωνικών σχέσεων έως την ανατροπή της ρουτίνας, την απώλεια δραστηριοτήτων και τη σωματική ή συναισθηματική επιβάρυνση. Η ποιότητα ζωής φαίνεται να επηρεάζεται όχι μόνο από τη βιολογική διάσταση της νόσου, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο νοηματοδοτεί την εμπειρία και αναδιαμορφώνει την ταυτότητά του μέσα σε αυτή.

Θέμα 7 - Αναδιαμόρφωση δραστηριοτήτων και τρόπου ζωής

Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων αναδεικνύουν ότι η νόσος έχει επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές στις καθημερινές δραστηριότητες και στον τρόπο ζωής τους. Οι αλλαγές αυτές δεν περιορίζονται μόνο σε αναγκαστικούς περιορισμούς, αλλά περιλαμβάνουν και συνειδητές αναπροσαρμογές, καθώς και ενίσχυση δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τη φροντίδα του εαυτού.

Για αρκετούς συμμετέχοντες, η σωματική κόπωση και οι θεραπευτικές παρενέργειες οδήγησαν σε περιορισμό δραστηριοτήτων που παλαιότερα θεωρούνταν αυτονόητες.

«Νιώθω αδυναμία, δεν μπορώ να κάνω τις δουλειές που έκανα πριν.» (Σ3)

«Είμαι κουρασμένη, δεν βγαίνω να περπατήσω που παλιά πήγαινα.» (Σ4)

«Τώρα δεν μπορώ να πάω βόλτες μόνη μου.» (Σ13)

«Δε βγαίνω έξω από το σπίτι.» (Σ14)

Η απώλεια της σωματικής αντοχής φαίνεται να επηρεάζει την αυτονομία και την αίσθηση λειτουργικότητας, οδηγώντας σε εξάρτηση από υποστηρικτικά πρόσωπα.

«Έχω κλειστεί στο σπίτι... έχω βοήθεια από τον σύζυγο σε όλα.» (Σ12)

Παράλληλα, σημαντικές αλλαγές καταγράφονται και στο επαγγελματικό πεδίο.

«Σταμάτησα να εργάζομαι και τώρα δεν γεμίζει η μέρα μου.» (Σ5)

«Σταμάτησα τη βιοτεχνία επίπλων που έχω.» (Σ2)

«Σταμάτησα να δουλεύω τα χωράφια.» (Σ7)

Η διακοπή εργασίας δεν φαίνεται να επηρεάζει μόνο το οικονομικό επίπεδο, αλλά και την αίσθηση ταυτότητας και σκοπού. Η καθημερινότητα που προηγουμένως χαρακτηριζόταν από κίνηση και παραγωγικότητα μετασχηματίζεται, δημιουργώντας ανάγκη αναπλήρωσης του κενού.

Ωστόσο, αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι παράλληλα με τους περιορισμούς προχώρησαν σε ενίσχυση ή υιοθέτηση νέων δραστηριοτήτων.

«Τώρα ασχολούμαι με τα βότανα και θα ξεκινήσω την κατασκευή παιδικών παιχνιδιών.» (Σ2)

«Τώρα διαβάζω βιβλία.» (Σ5)

«Ακούω μουσική, χορεύω. Προσπαθώ να συνεχίσω τη ζωή μου.» (Σ10)

«Έχω αρχίσει να κεντάω.» (Σ12)

«Τώρα διαβάζω βιβλία που πριν δεν το έκανα.» (Σ14)

Οι δραστηριότητες αυτές φαίνεται να λειτουργούν ως μέσα αναπροσαρμογής και διατήρησης νοήματος στην καθημερινότητα.

Επιπλέον, για ορισμένους η εμπειρία της νόσου αποτέλεσε αφορμή για αλλαγές στον τρόπο ζωής με έμφαση στη φροντίδα του εαυτού.

«Προσέχω περισσότερο τον εαυτό μου, έκοψα το ποτό και το τσιγάρο.» (Σ1)

«Δεν έχω περιορίσει κάτι... αντίθετα έχω κάνει πράγματα για τον εαυτό μου.» (Σ8)

Οι αναφορές αυτές υποδηλώνουν μια διαδικασία επαναξιολόγησης προτεραιοτήτων, όπου η υγεία και η προσωπική ευεξία αποκτούν κεντρικό ρόλο.

Συνολικά, η νόσος φαίνεται να επιφέρει μια διττή μεταβολή: αφενός περιορισμό και απώλεια προηγούμενων δραστηριοτήτων, αφετέρου αναζήτηση νέων τρόπων έκφρασης και καθημερινής νοσηματοδότησης. Η αναδιαμόρφωση αυτή δεν είναι ομοιόμορφη, αλλά διαμορφώνεται ανάλογα με τη σωματική κατάσταση, την ψυχική ανθεκτικότητα και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά δίκτυα. Η καθημερινότητα, επομένως, δεν απλώς περιορίζεται — μετασχηματίζεται.

Θέμα 8 - Μηχανισμοί διαχείρισης ανησυχιών και άγχους

Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων αναδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών διαχείρισης των ανησυχιών και του άγχους που σχετίζονται με τη νόσο. Οι μηχανισμοί αυτοί φαίνεται να στηρίζονται τόσο σε διαπροσωπικούς όσο και σε εσωτερικούς πόρους, υποδηλώνοντας ότι η αντιμετώπιση της ασθένειας αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία.

- **Η οικογένεια και οι στενές σχέσεις ως βασικός πυλώνας στήριξης**

Για την πλειονότητα των συμμετεχόντων, η οικογένεια αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας ψυχικής ενίσχυσης.

«Η οικογένεια..» (Σ1)

«Η γυναίκα μου κυρίως.» (Σ9)

«Τα παιδιά μου, τα εγγόνια μου.» (Σ10)

«Ο εαυτός μου ή η συζήτηση με την οικογένεια.» (Σ4)

Η παρουσία αγαπημένων προσώπων φαίνεται να προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια, αίσθηση νοήματος και κίνητρο για συνέχιση της προσπάθειας. Η ασθένεια βιώνεται μέσα σε ένα πλαίσιο σχέσεων, όπου η υποστήριξη λειτουργεί ως αντιστάθμισμα στην αβεβαιότητα.

- **Η πίστη και η πνευματικότητα**

Η πνευματικότητα αναδεικνύεται ως σημαντικός μηχανισμός διαχείρισης για αρκετούς συμμετέχοντες.

«Διαβάζω την παράκληση της Παναγίας κάθε βράδυ.» (Σ5)

«Η πίστη μου στο Θεό, η συνομιλία μου με τους γέροντες.» (Σ7)

«Λέω, Θεέ μου δώσ' μου κουράγιο και δύναμη.» (Σ10)

«Η πίστη μου στο Θεό.» (Σ8)

Η πίστη φαίνεται να προσφέρει αίσθηση ελπίδας, παρηγοριάς και αποδοχής, λειτουργώντας ως εσωτερικό στήριγμα απέναντι στον φόβο.

- **Αυτορρύθμιση και εσωτερική δύναμη**

Ορισμένοι συμμετέχοντες βασίζονται κυρίως στον εαυτό τους.

«Από μόνη μου.» (Σ3)

«Δεν έχω άγχος.» (Σ11)

Η στάση αυτή μπορεί να συνδέεται με ανθεκτικότητα, προηγούμενες εμπειρίες ζωής ή με μηχανισμούς αποστασιοποίησης από το άγχος.

- **Απασχόληση και ενεργή καθημερινότητα**

Η διατήρηση απασχόλησης και δραστηριότητας φαίνεται να λειτουργεί ως σημαντική στρατηγική εκτροπής της σκέψης.

«Απασχολώ το μυαλό με δουλειές.» (Σ6)

«Η δουλειά μου, να πετύχω τα όνειρά μου.» (Σ8)

«Η τηλεόραση, οι δουλειές.» (Σ12)

Η ενεργή εμπλοκή σε δραστηριότητες φαίνεται να μειώνει τον χρόνο ενασχόλησης με ανησυχητικές σκέψεις, ενισχύοντας το αίσθημα ελέγχου.

- **Κοινωνική επαφή και συναισθηματική έκφραση**

Η ανάγκη για επικοινωνία και μοίρασμα συναισθημάτων εμφανίζεται επίσης έντονα.

«Καλώ φίλες στο σπίτι και μιλάμε.» (Σ5)

«Να πηγαίνω για καφέ με τις παρέες μου.» (Σ13)

«Να μιλήσω με έναν άνθρωπο και να του εκφράσω τα συναισθήματά μου.» (Σ14)

Η έκφραση των συναισθημάτων φαίνεται να λειτουργεί αποφορτιστικά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει αποδοχή και ενεργητική ακρόαση.

Τέλος, καταγράφεται και μια διαφορετική διάσταση αντιμετώπισης, που συνδέεται με την οικονομική ασφάλεια.

«Το οικονομικό. Με τα χρήματα τα ξεπερνάω όλα.» (Σ2)

Η δήλωση αυτή υποδηλώνει ότι η αίσθηση ελέγχου σε πρακτικό επίπεδο μπορεί να μειώνει το άγχος που συνδέεται με τη θεραπεία και την επιβίωση.

Συνολικά, οι μηχανισμοί διαχείρισης των ανησυχιών φαίνεται να εδράζονται σε ένα δίκτυο σχέσεων, πίστης, προσωπικής ανθεκτικότητας και καθημερινής απασχόλησης. Η αντιμετώπιση της νόσου δεν αποτελεί αμιγώς ατομική διαδικασία, αλλά συντελείται μέσα από διαπροσωπικές σχέσεις, αξιακά συστήματα και πρακτικές στρατηγικές που επιτρέπουν στο άτομο να διατηρεί λειτουργικότητα και νόημα.

Θέμα 9 – Η σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και η αίσθηση ασφάλειας

Η συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας αναδεικνύεται ως καθοριστικός παράγοντας στη συνολική εμπειρία της νόσου. Για τη μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων, η σχέση αυτή βιώνεται θετικά και συνδέεται άμεσα με αίσθηση ασφάλειας, εμπιστοσύνης και συναισθηματικής στήριξης.

Πολλοί περιγράφουν τους επαγγελματίες υγείας με όρους οικειότητας και φροντίδας:

«Είναι μαζί μου καλύτερα κι από αδέρφια.» (Σ2)

«Δεν έχω παράπονο, είναι σαν οικογένειά μου.» (Σ10)

«Από την πρώτη στιγμή ήταν όλοι δίπλα μου.» (Σ8)

«Ο γιατρός μου είναι κοντά μου.» (Σ14)

Η χρήση εκφράσεων που παραπέμπουν σε οικογενειακού τύπου δεσμούς υποδηλώνει ότι η θεραπευτική σχέση υπερβαίνει το στενά ιατρικό πλαίσιο και αποκτά προσωπικό χαρακτήρα. Η αίσθηση ότι «είναι δίπλα μας» φαίνεται να μειώνει το άγχος και να ενισχύει το αίσθημα προστασίας.

Αντίστοιχα, αρκετοί συμμετέχοντες τονίζουν την επαγγελματική επάρκεια και τη σωστή συμπεριφορά του προσωπικού:

«Όλοι μας φέρονται άψογα.» (Σ3)

«Έχω πολύ καλές σχέσεις. Συνεργαζόμαστε πολύ καλά.» (Σ13)

«Από το 2019 που έρχομαι είμαι υπερευχαριστημένη.» (Σ12)

Η σταθερότητα στη συνεργασία και η καλή επικοινωνία φαίνεται να λειτουργούν ενισχυτικά για την ψυχική ηρεμία των ασθενών.

Παράλληλα, καταγράφεται και προβληματισμός σχετικά με τις δομικές ελλείψεις του συστήματος.

«Πολύ καλή, μόνο που στεναχωριέμαι που είναι λίγο το προσωπικό.» (Σ11)

Η αναφορά αυτή αναδεικνύει ότι, ακόμη και όταν η πρόθεση και η ποιότητα φροντίδας είναι θετικές, οι περιορισμοί του συστήματος μπορούν να προκαλούν ανησυχία.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η μοναδική έντονα αρνητική εμπειρία που καταγράφηκε:

«Είναι μια κακή εμπειρία. Είχα μια απαράδεκτη συμπεριφορά από γιατρό, θεωρώ ότι το πρόβλημα ήταν θέμα χρημάτων.» (Σ5)

Η εμπειρία αυτή φαίνεται να επηρεάζει την εμπιστοσύνη και να δημιουργεί αίσθηση αδικίας, στοιχείο που ενδέχεται να αυξάνει το άγχος αντί να το μειώνει.

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει και η στάση συμμετέχοντος που επιλέγει να μη μοιράζεται πλήρως το πρόβλημά του:

«Δεν τους λέω το πρόβλημα γιατί δεν θα στεναχωρηθούν και πολύ.» (Σ1)

Η δήλωση αυτή μπορεί να υποδηλώνει είτε έλλειμμα εμπιστοσύνης είτε μια τάση αυτοπροστασίας μέσω συναισθηματικής αποστασιοποίησης.

Συνολικά, η σχέση με τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να λειτουργεί, στις περισσότερες περιπτώσεις, ως παράγοντας ενίσχυσης της ασφάλειας και μείωσης του

άγχους. Η αίσθηση διαθεσιμότητας, σεβασμού και συνεργασίας συμβάλλει θετικά στη διαχείριση της νόσου. Ωστόσο, μεμονωμένες αρνητικές εμπειρίες ή δομικοί περιορισμοί μπορούν να επηρεάσουν την εμπιστοσύνη και να επιβαρύνουν συναισθηματικά τους ασθενείς. Η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης αναδεικνύεται, επομένως, ως κρίσιμο στοιχείο στη συνολική εμπειρία της ασθένειας.

Θέμα 10 - Προσωπική ανάπτυξη και αναζήτηση νοήματος μέσα από την εμπειρία της νόσου

Η εμπειρία της νόσου δεν περιορίζεται μόνο σε σωματικές και συναισθηματικές μεταβολές, αλλά φαίνεται να λειτουργεί και ως πεδίο αναστοχασμού και αυτογνωσίας. Οι συμμετέχοντες, μέσα από τη δοκιμασία της ασθένειας, επαναξιολογούν τον εαυτό τους, τις αντοχές τους και τις προτεραιότητές τους.

- **Ανακάλυψη εσωτερικής δύναμης**

Ένα από τα κυρίαρχα μοτίβα που αναδύονται είναι η αναγνώριση ψυχικής ανθεκτικότητας.

«Έχω ψυχικές δυνάμεις.» (Σ3)

«Δεν περίμενα να έχω τόση δύναμη.» (Σ10)

«Είδα δυνάμεις που δεν ήξερα ότι τις έχω.» (Σ12)

«Πόση δύναμη είχα.» (Σ8)

«Ήμουν και είμαι δυνατός.» (Σ11)

Η εμπειρία της νόσου φαίνεται να λειτουργήσει ως αποκαλυπτική διαδικασία, μέσα από την οποία οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν εσωτερικά αποθέματα που δεν είχαν προηγουμένως συνειδητοποιήσει. Η δυσκολία μετατρέπεται σε δοκιμασία αντοχής, η οποία ενισχύει την αυτοεικόνα.

- **Συνειδητοποίηση της ευαλωτότητας**

Παράλληλα, αρκετοί συμμετέχοντες περιγράφουν μια βαθιά μετατόπιση στην αντίληψη της ανθρώπινης αρωτότητας.

«Πριν νόμιζα ότι είμαι άρωτη, τώρα κατάλαβα ότι δεν ισχύει αυτό.» (Σ4)

«Πόσο ευάλωτοι είμαστε σαν οντότητα.» (Σ14)

Η νόσος φαίνεται να καταρρίπτει την αίσθηση ελέγχου και αθανασίας, οδηγώντας σε υπαρξιακή επίγνωση των ορίων του ανθρώπινου σώματος και της ζωής.

- **Επαναπροσδιορισμός προτεραιοτήτων και φροντίδα εαυτού**

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα αφορά την αναθεώρηση του τρόπου ζωής και των προτεραιοτήτων.

«Πρέπει να φροντίζω περισσότερο τον εαυτό μου.» (Σ6)

«Να αφιερώνω χρόνο στον εαυτό μου και να περνάω καλά.» (Σ7)

«Δούλεψα πάρα πολύ όλα τα χρόνια και τώρα λέω δεν ξαναδουλεύω.» (Σ13)

Η ασθένεια φαίνεται να λειτουργεί ως αφορμή επαναξιολόγησης της υπερκόπωσης και της αδιάκοπης παραγωγικότητας, στρέφοντας την προσοχή στη φροντίδα και στην ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, καταγράφεται αυξημένη επίγνωση της απροβλεψιμότητας της ζωής.

«Ότι πρέπει να περιμένεις και το απρόοπτο.» (Σ9)

«Έμαθα πως όλα να τα περιμένεις.» (Σ12)

Η εμπειρία αυτή φαίνεται να ενισχύει την ψυχραιμία και τη ρεαλιστική στάση απέναντι στο μέλλον.

- **Αποδοχή ή απουσία μεταβολής**

Ωστόσο, δεν βιώνουν όλοι οι συμμετέχοντες την εμπειρία ως εμπειρία βαθιάς προσωπικής αλλαγής.

«Δεν επηρεάστηκα καθόλου.» (Σ2)

Επίσης, η αυτοκριτική διάσταση εμφανίζεται σε μία αφήγηση:

«Κάναμε τα λάθη μας και τώρα τα πληρώνουμε.» (Σ1)

Η δήλωση αυτή ενδέχεται να αντανακλά αναδρομική ενοχοποίηση ή προσπάθεια νοσηματοδότησης της ασθένειας μέσα από προσωπικές επιλογές.

Συνολικά, η εμπειρία της νόσου φαίνεται να λειτουργεί για πολλούς συμμετέχοντες ως καταλύτης προσωπικής αναθεώρησης και εσωτερικής ενδυνάμωσης. Παρά την οδύνη και την αβεβαιότητα, αναδύεται μια διαδικασία επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας, όπου η ευαλωτότητα συνυπάρχει με την ανθεκτικότητα. Η αναζήτηση νοήματος δεν είναι ομοιόμορφη για όλους, ωστόσο για αρκετούς μετατρέπεται σε σημαντική πτυχή της εμπειρίας.

Θέμα 11 - Μεταβολή στην αντίληψη της ζωής, των προτεραιοτήτων και του μέλλοντος

Η εμπειρία της νόσου φαίνεται να επιδρά, σε διαφορετικό βαθμό για κάθε συμμετέχοντα, στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη ζωή, τις προτεραιότητες και το μέλλον. Οι αφηγήσεις αναδεικνύουν τόσο βαθιές προσωπικές αλλαγές όσο και περιπτώσεις διατήρησης μιας σταθερής στάσης ζωής.

- **Αναθεώρηση προτεραιοτήτων και επαναξιολόγηση της υγείας**

Για αρκετούς συμμετέχοντες, η νόσος αποτέλεσε αφορμή επαναπροσδιορισμού των αξιών τους.

«Η υγεία είναι πιο σημαντική από όλα.» (Σ6)

«Πάνω απ' όλα είναι η υγεία.» (Σ9)

«Τώρα δουλεύω τόσο όσο για απασχόληση, όχι για να βγάλω χρήματα.» (Σ7)

«Θα προσέχω τον εαυτό μου από δω και πέρα.» (Σ13)

Η εργασία και η οικονομική επιτυχία φαίνεται να υποχωρούν ως πρωταρχικές επιδιώξεις, δίνοντας τη θέση τους στη φροντίδα της υγείας και στην ποιότητα ζωής.

Παράλληλα, αναδύεται έντονα η σημασία της παρουσίας και της αγάπης.

«Κοιτάω να είμαι ακόμα πιο παρόν στη ζωή και να προσφέρω αγάπη.» (Σ8)

«Τους ανθρώπους που με περιβάλλουν, αυτό σκέφτομαι.» (Σ14)

Η νόσος λειτουργεί ως υπενθύμιση της αξίας των σχέσεων και της συναισθηματικής σύνδεσης.

- **Περιορισμός της προοπτικής του μέλλοντος**

Σε αρκετές αφηγήσεις παρατηρείται μετατόπιση από τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό προς το παρόν.

«Το μέλλον δεν το σκέφτομαι.» (Σ9)

«Δε σκέφτομαι το μέλλον.» (Σ12)

«Τώρα υπάρχει ο φόβος ότι δεν θα μπορέσω να τα υλοποιήσω.» (Σ4)

Η αβεβαιότητα της πορείας της νόσου φαίνεται να περιορίζει τη δυνατότητα μακροχρόνιου προγραμματισμού, δημιουργώντας είτε συγκέντρωση στο «εδώ και τώρα» είτε ανησυχία για την πραγμάτωση στόχων.

- **Ανάπτυξη ενσυναίσθησης και υπαρξιακή εμβάθυνση**

Ιδιαίτερη σημασία έχει η αφήγηση συμμετέχουσας που περιγράφει βαθιά αλλαγή στον τρόπο θέασης της ζωής μέσα από την εμπειρία άλλων ασθενών.

«Δίνω αξία σε ανθρώπους που πονάνε... όταν είδα μικρά παιδιά να κάνουν χημειοθεραπεία... είπα ας φύγω στα 45 μου χρόνια και να δώσω μια ζωή σε ένα παιδί.» (Σ10)

Η εμπειρία αυτή φαίνεται να ενισχύει την ενσυναίσθηση και να οδηγεί σε μια υπαρξιακή αναπλαισίωση της ζωής και του θανάτου, όπου το ατομικό συμφέρον υποχωρεί μπροστά στη συλλογική οδύνη.

Επιπλέον, καταγράφεται η επίγνωση της παροδικότητας της ζωής:

«Η ζωή δεν είναι για πάντα, αλλάζουν τα πράγματα.» (Σ5)

Η δήλωση αυτή υποδηλώνει αποδοχή της μεταβλητότητας και της θνητότητας ως στοιχείων της ανθρώπινης ύπαρξης.

- **Μη ουσιαστική μεταβολή**

Παρά τις παραπάνω αλλαγές, ορισμένοι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν έχει μεταβληθεί ουσιαστικά ο τρόπος σκέψης τους.

«Όχι, δεν έχει αλλάξει.» (Σ2)

«Όχι, δεν έχει αλλάξει κάτι.» (Σ11)

«Δεν έχουν αλλάξει οι προτεραιότητές μου.» (Σ12)

Η στάση αυτή ενδέχεται να υποδηλώνει σταθερότητα προσωπικότητας, αμυντικούς μηχανισμούς ή διαφορετικό τρόπο νοηματοδότησης της εμπειρίας.

Συνολικά, η νόσος φαίνεται να λειτουργεί για πολλούς συμμετέχοντες ως καταλύτης επαναξιολόγησης της ζωής, με έμφαση στην υγεία, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην παρούσα στιγμή. Παράλληλα, η αβεβαιότητα του μέλλοντος οδηγεί είτε σε συγκέντρωση στο «τώρα» είτε σε περιορισμό μακροπρόθεσμων σχεδίων. Ωστόσο, η εμπειρία δεν έχει ομοιόμορφο μετασχηματιστικό χαρακτήρα, καθώς ορισμένοι διατηρούν αμετάβλητη τη στάση τους. Η ποικιλομορφία αυτή αναδεικνύει τον βαθιά προσωπικό τρόπο με τον οποίο κάθε άτομο επεξεργάζεται και ενσωματώνει την εμπειρία της νόσου.

Θέμα 12 - Κλείσιμο συνεντεύξεων: Μηνύματα ζωής και προσωπικές τοποθετήσεις

Η τελευταία ερώτηση έδωσε τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εκφράσουν ελεύθερα σκέψεις και συναισθήματα που θεωρούν σημαντικά. Οι απαντήσεις τους αποκτούν χαρακτήρα προσωπικού μηνύματος, συχνά με αποδέκτη την κοινωνία, άλλους ασθενείς ή ακόμη και τον ίδιο τον εαυτό τους.

• Μήνυμα πρόληψης και ευθύνης

Αρκετοί συμμετέχοντες τόνισαν την ανάγκη πρόληψης και φροντίδας της υγείας, απευθύνοντας σύσταση προς τον γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα προς τους νέους.

«Να προσέχει ο κόσμος για να μη φτάσει εδώ που φτάσαμε εμείς.» (Σ1)

«Να προσέχει ο κόσμος.» (Σ2)

Η νόσος μετατρέπεται εδώ σε εμπειρία διδασκαλίας, όπου ο προσωπικός πόνος αποκτά κοινωνική διάσταση.

• Ψυχραιμία, αντοχή και αγώνας

Ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο αφορά τη σημασία της ψυχραιμίας και της εσωτερικής δύναμης.

«Είναι πάρα πολύ σημαντικό να κρατήσεις την ψυχραιμία σου.» (Σ5)

«Να μην το βάζουμε κάτω.» (Σ7)

«Όποιος μπορεί και έχει ψυχραιμία να αγωνιστεί.» (Σ12)

«Να έχουν κουράγιο όλες οι γυναίκες... το άγχος σε τρώει.» (Σ13)

Οι δηλώσεις αυτές αναδεικνύουν την ψυχική στάση ως κρίσιμο παράγοντα αντιμετώπισης. Η διατήρηση ψυχραιμίας και η αποφυγή της παραίτησης παρουσιάζονται ως απαραίτητες προϋποθέσεις για τη συνέχιση της ζωής.

- **Πίστη, συμφιλίωση και αποδοχή**

Για ορισμένους συμμετέχοντες, η εμπειρία της νόσου συνδέεται με μια φιλοσοφική ή πνευματική στάση αποδοχής.

«Ό,τι είναι να γίνει θα γίνει.» (Σ4)

«Να έχουμε πίστη και να προχωράμε.» (Σ8)

Ιδιαίτερα συγκινητική είναι η αφήγηση συμμετέχουσας που βίωσε εγκατάλειψη από τον σύζυγό της:

«Το πέρασα όλο μόνη μου... να μην τα παρατάμε... να συμφιλιωθούμε με αυτό που μας έρχεται, να γίνουμε φίλοι για να μπορέσουμε να προχωρήσουμε.» (Σ10)

Η συμφιλίωση με την ασθένεια φαίνεται να συνιστά μια ενεργή και δυναμική διαδικασία αποδοχής, κατά την οποία η εμπειρία του πόνου μετατρέπεται σε πηγή εσωτερικής ενδυνάμωσης.

- **Αποδοχή της ζωής και των απωλειών**

Τέλος, καταγράφονται και δηλώσεις που αναδεικνύουν μια βαθύτερη αποδοχή της ζωής με τις απώλειές της.

«Δεν έχω παράπονο από τη ζωή. Μόνο ο χαμός της κόρης μου μου στοίχισε.» (Σ11)

Η αναφορά αυτή υποδηλώνει ότι η εμπειρία της νόσου εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο βιωμάτων και πόνου, όπου η ασθένεια δεν αποτελεί το μοναδικό τραυματικό γεγονός.

Συνολικά, οι τοποθετήσεις στο κλείσιμο των συνεντεύξεων αποκαλύπτουν ότι η εμπειρία της νόσου αποκτά συχνά χαρακτήρα προσωπικής μαρτυρίας και μηνύματος ζωής. Οι συμμετέχοντες δεν περιορίζονται στην περιγραφή των δυσκολιών, αλλά επιχειρούν να μεταδώσουν νόημα, συμβουλή και ελπίδα. Το στοιχείο αυτό ενισχύει την εικόνα της ανθεκτικότητας και της ενεργητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια, ακόμη και μέσα σε συνθήκες αβεβαιότητας.

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται η ερμηνεία των ευρημάτων της μελέτης και η σύνδεσή τους με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και η ανάδειξη των κλινικών και κοινωνικών τους προεκτάσεων.

5.1 Ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Τα ευρήματα της παρούσας ποιοτικής μελέτης ανέδειξαν τη σύνθετη και πολυδιάστατη εμπειρία της νόσου, όπως αυτή βιώθηκε από τους συμμετέχοντες. Η ασθένεια δεν αναδείχθηκε μόνο ως βιολογικό γεγονός, αλλά ως ένα βαθιά υπαρξιακό και ψυχοκοινωνικό συμβάν που επηρέασε την ταυτότητα, τις σχέσεις, τις προτεραιότητες και τον τρόπο θέασης της ζωής.

Ένα από τα κυρίαρχα στοιχεία που αναδείχθηκαν ήταν ο έντονος φόβος, ιδιαίτερα ο φόβος της υποτροπής και της αβεβαιότητας για το μέλλον. Ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται στη στιγμή της διάγνωσης, αλλά φαίνεται να λειτουργεί ως διαρκής συνοδός της εμπειρίας της νόσου. Η παρουσία του υποδηλώνει ότι η ασθένεια βιώνεται ως υπαρξιακή απειλή, η οποία διαταράσσει το αίσθημα ελέγχου και ασφάλειας. Η διατάραξη αυτή της κανονικότητας μπορεί να ιδωθεί και ως ρήξη στη συνέχεια της προσωπικής ιστορίας του ατόμου, στοιχείο που θα αναλυθεί περαιτέρω στη σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Παράλληλα, αναδείχθηκε έντονα η ανάγκη διατήρησης ψυχραιμίας και εσωτερικής δύναμης. Πολλοί συμμετέχοντες περιέγραψαν τη σημασία του «να μην το βάζεις κάτω», υπογραμμίζοντας την ψυχική ανθεκτικότητα ως βασικό μηχανισμό αντιμετώπισης. Η διατήρηση θετικής στάσης και η προσπάθεια εσωτερικής ισορροπίας φαίνεται να λειτουργούν ως στρατηγικές προσαρμογής που ενισχύουν την ψυχική σταθερότητα.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε επίσης στη σημασία της πίστης και της αποδοχής. Για ορισμένους συμμετέχοντες, η πίστη λειτούργησε ως πηγή ελπίδας και νοήματος, ενώ η αποδοχή της κατάστασης παρουσιάστηκε ως απαραίτητο στάδιο ψυχικής

προσαρμογής. Η στάση «ό,τι είναι να γίνει θα γίνει» φαίνεται να εκφράζει έναν τρόπο συμφιλίωσης με την αβεβαιότητα, μειώνοντας την εσωτερική σύγκρουση και το άγχος. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα αφορά την αναθεώρηση των προτεραιοτήτων ζωής. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μετά την εμφάνιση της ασθένειας άλλαξε ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται την καθημερινότητα, τις σχέσεις και την αξία της υγείας. Η εμπειρία της νόσου οδήγησε σε επαναξιολόγηση των σημαντικών στοιχείων της ζωής, με έμφαση στην ουσία των ανθρώπινων σχέσεων και στην προσωπική φροντίδα.

Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη ή η απουσία αυτής φάνηκε να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η εγκατάλειψη από σύντροφο ή η μοναχική διαχείριση της ασθένειας επιβάρυνε ψυχολογικά ορισμένους συμμετέχοντες, αναδεικνύοντας τη σημασία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Τέλος, από τις αφηγήσεις αναδύεται και το στοιχείο της εσωτερικής μεταμόρφωσης. Παρά τις δυσκολίες, πολλοί συμμετέχοντες εξέφρασαν στάσεις δύναμης, κουράγιου και επιμονής, αναγνωρίζοντας μια εσωτερική εξέλιξη που προέκυψε μέσα από την εμπειρία της δοκιμασίας. Συνολικά, η εμπειρία της νόσου φαίνεται να αποτελεί μια διαδικασία συνεχούς διαπραγμάτευσης ανάμεσα στον φόβο και την ελπίδα, στην αβεβαιότητα και την αποδοχή, στην απώλεια και την εσωτερική ενδυνάμωση.

5.2 Σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία

5.2.1 Φόβος, υπαρξιακή απειλή και «βιογραφικό ρήγμα»

Ο έντονος φόβος που ανέφεραν οι συμμετέχοντες, και ιδιαίτερα ο φόβος της υποτροπής, επιβεβαιώνει ευρήματα διεθνών ερευνών που αναδεικνύουν τον φόβο επανεμφάνισης της νόσου ως ένα από τα πιο επίμονα και ψυχολογικά επιβαρυντικά στοιχεία μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία (Simard et al., 2013). Όπως καταδεικνύεται στη συστηματική ανασκόπηση των Simard και συνεργατών (2013), ο φόβος υποτροπής δεν υποχωρεί απαραίτητα με την ολοκλήρωση της θεραπείας, αλλά συχνά παραμένει ως διαρκής πηγή άγχους.

Σε κοινωνιολογικό επίπεδο, η εμπειρία αυτή μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της έννοιας του «βιογραφικού ρήματος», όπως διατυπώθηκε από τον Michael

Bury (1982). Σύμφωνα με τον Bury (1982), η χρόνια ασθένεια δεν προσβάλλει μόνο το σώμα, αλλά διαρρηγνύει τη συνέχεια της προσωπικής ιστορίας του ατόμου, ανατρέποντας τα μελλοντικά σχέδια και επηρεάζοντας την ταυτότητά του. Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων, όπου η διάγνωση περιγράφεται ως «σημείο καμπής», συνάδουν με αυτή τη θεωρητική προσέγγιση.

5.2.2 Στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης

Η αντίληψη της νόσου ως απειλής μπορεί επίσης να ερμηνευθεί μέσα από το μοντέλο του στρες και της γνωστικής αξιολόγησης των Lazarus και Folkman (1984). Σύμφωνα με τη θεωρία των Stress, Appraisal and Coping, το άτομο αξιολογεί το γεγονός (διάγνωση) ως απειλητικό και ενεργοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι στάσεις μαχητικότητας, διατήρησης ψυχραιμίας και θετικής αναπλαισίωσης που αναφέρθηκαν στη μελέτη μπορούν να ιδωθούν ως μορφές προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Lazarus and Folkman, 1984).

5.2.3 Κοινωνική υποστήριξη

Η σημασία της οικογένειας και του υποστηρικτικού δικτύου επιβεβαιώνει τη θεωρία της κοινωνικής υποστήριξης των Cohen και Wills (1985), σύμφωνα με την οποία η κοινωνική στήριξη λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις αρνητικές επιπτώσεις του στρες. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν αυτή τη θέση, καθώς η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος συνδέθηκε με μεγαλύτερη ανθεκτικότητα, ενώ η απουσία του με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση.

5.2.4 Πίστη, αποδοχή και θρησκευτικό coping

Η σημασία της πίστης και της αποδοχής ως μηχανισμών αντιμετώπισης εναρμονίζεται διαχρονικά με το θεωρητικό πλαίσιο του Kenneth Pargament (1997), ο οποίος αναδεικνύει τη θρησκευτικότητα ως κεντρικό πόρο νοσηματοδότησης σε καταστάσεις κρίσης. Σύμφωνα με τον Pargament, η θρησκευτική πίστη παρέχει ένα πλαίσιο ερμηνείας και συναισθηματική παρηγοριά, μετατρέποντας το στρες σε μια διαχειρίσιμη εμπειρία μέσω της αναφοράς σε μια υπερβατική δύναμη και της αίσθησης συμμετοχής σε ένα ευρύτερο νόημα.

Η διαχρονική αυτή θεωρία επιβεβαιώνεται από σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, τα οποία υπογραμμίζουν τον ρόλο του «θετικού θρησκευτικού coping». Συγκεκριμένα,

μελέτη σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο κατέδειξε ότι η θρησκευτική αντιμετώπιση σχετίζεται άμεσα με αυξημένη ψυχολογική ευεξία και θετικό συναισθηματικό τόνο (Kaliampros & Roussi, 2017). Παράλληλα, έρευνα σε ογκολογικούς ασθενείς έδειξε ότι το θετικό θρησκευτικό/πνευματικό coping συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης, ενώ το αρνητικό θρησκευτικό coping σχετίζεται με αυξημένο πνευματικό distress (Silva et al., 2020).

Στην παρούσα μελέτη, η στάση «ό,τι είναι να γίνει θα γίνει» και η αναφορά στη θεϊκή βούληση δεν εκλαμβάνονται ως παθητική παραίτηση, αλλά ως μια ενεργή μορφή αποδοχής και συμφιλίωσης με την αβεβαιότητα. Η στάση αυτή φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, μειώνοντας την εσωτερική σύγκρουση, διευκολύνοντας τη διαχείριση του φόβου και ενισχύοντας την ψυχική ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων, σε συμφωνία με τη σύγχρονη βιβλιογραφία για τον ρόλο της πνευματικότητας στην ψυχολογική προσαρμογή των ογκολογικών ασθενών.

5.2.5 Μετατραυματική ανάπτυξη

Η αναγνώριση εσωτερικής δύναμης και η αναθεώρηση των προτεραιοτήτων συνδέονται με την έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης, όπως διατυπώθηκε από τους Tedeschi και Calhoun (2004). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, τα άτομα μπορούν, μέσα από την εμπειρία σοβαρών κρίσεων, να αναπτύξουν βαθύτερη εκτίμηση της ζωής, ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων και αίσθηση προσωπικής δύναμης. Ωστόσο, η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν αποτελεί καθολικό φαινόμενο (Tedeschi and Calhoun, 2004), γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη διαπίστωση ότι ορισμένοι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν ουσιαστική μεταβολή στον τρόπο σκέψης τους.

5.2.6 Αναζήτηση νοήματος

Η υπαρξιακή αναπλαισίωση της εμπειρίας μπορεί να ιδωθεί και υπό το πρίσμα της λογοθεραπευτικής προσέγγισης του Viktor Frankl (2006), σύμφωνα με την οποία η αναζήτηση νοήματος αποτελεί βασικό κίνητρο του ανθρώπου, ακόμη και υπό συνθήκες έντονου πόνου. Οι αφηγήσεις αποδοχής και συμφιλίωσης που καταγράφηκαν συνάδουν με αυτή την υπαρξιακή θεώρηση.

5.2.7 Σταθερότητα στάσης και μη μετασχηματιστική εμπειρία

Παράλληλα, η διαπίστωση ότι ορισμένες συμμετέχουσες δεν ανέφεραν ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο σκέψης τους συμβαδίζει με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η μετατραυματική ανάπτυξη δεν αποτελεί καθολικό ή αναπόφευκτο αποτέλεσμα της κρίσης (Tedeschi and Calhoun, 2004). Η εμπειρία της ασθένειας δεν οδηγεί υποχρεωτικά σε μετασχηματισμό, αλλά επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, καθώς και από τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών πόρων.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρουσιάζουν σημαντική σύγκλιση με τη διεθνή επιστημονική γνώση. Επιβεβαιώνεται ότι η εμπειρία της σοβαρής νόσου συνιστά μια πολυδιάστατη διαδικασία που περιλαμβάνει φόβο, προσαρμογή, αναζήτηση νοήματος και σε ορισμένες περιπτώσεις προσωπική ανάπτυξη. Παράλληλα, τα ευρήματα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν ιδωθούν υπό το πρίσμα του ελληνικού πολιτισμικού πλαισίου, όπου η οικογένεια και η πίστη φαίνεται να λειτουργούν ως κεντρικοί άξονες ψυχοκοινωνικής στήριξης.

5.3 Κλινικές και κοινωνικές προεκτάσεις

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τη σύνθετη ψυχοκοινωνική διάσταση της εμπειρίας της ασθένειας και υπογραμμίζουν την ανάγκη ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα των ασθενών. Η εμπειρία του σοκ, της αβεβαιότητας και της διατάραξης της καθημερινότητας επιβεβαιώνει ότι η διάγνωση δεν αποτελεί μόνο ιατρικό γεγονός, αλλά βαθιά υπαρξιακή εμπειρία με επιπτώσεις στην προσωπική ταυτότητα, στοιχείο που έχει αναδειχθεί ήδη από τον Bury (1982).

Σε κλινικό επίπεδο, τα ευρήματα υποστηρίζουν τη σημασία της έγκαιρης ψυχολογικής υποστήριξης, ιδιαίτερα κατά τη φάση της διάγνωσης, όπου παρατηρείται έντονη συναισθηματική αποσταθεροποίηση. Η ενίσχυση των προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η ενεργητική στάση, η αναζήτηση κοινωνικής στήριξης και η νοσηματοδότηση της εμπειρίας, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην ψυχική ανθεκτικότητα.

Παράλληλα, η ανάδειξη της πίστης ως σημαντικού μηχανισμού διαχείρισης της κρίσης επισημαίνει την ανάγκη οι επαγγελματίες υγείας να λαμβάνουν υπόψη τη θρησκευτική

και πολιτισμική διάσταση της εμπειρίας των ασθενών. Όπως επισημαίνει ο Kenneth Pargament (1997), η θρησκευτικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως ουσιαστικός πόρος νοσηματοδότησης και ψυχικής στήριξης. Η αναγνώριση αυτής της διάστασης δεν συνεπάγεται προώθηση θρησκευτικών πεποιθήσεων, αλλά σεβασμό στο αξιακό σύστημα του ατόμου.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η έμφαση στον ρόλο της οικογένειας και της συλλογικότητας αναδεικνύει τη σημασία των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης στην ελληνική πραγματικότητα. Η οικογένεια φαίνεται να λειτουργεί ως βασικός πυλώνας συναισθηματικής και πρακτικής στήριξης, στοιχείο που διαφοροποιεί εν μέρει την εμπειρία της ασθένειας σε σύγκριση με περισσότερο ατομικιστικά πολιτισμικά πλαίσια. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις θα μπορούσαν να ενσωματώνουν και το οικογενειακό περιβάλλον στη διαδικασία φροντίδας.

Τέλος, το γεγονός ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν αποτελεί καθολικό φαινόμενο, όπως επισημαίνουν και οι Tedeschi and Calhoun (2004), αναδεικνύει την ανάγκη για εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία αποφεύγει γενικεύσεις ή την επιβολή «θετικών» αφηγηματικών πλαισίων σε άτομα που εξακολουθούν να βιώνουν ψυχολογική δυσφορία.

5.4 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη, παρά τη συμβολή της στην κατανόηση της βιωμένης εμπειρίας της ασθένειας, παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων.

Πρώτον, το σχετικά μικρό και μη τυχαίο δείγμα περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό. Ωστόσο, η επιλογή ποιοτικής μεθοδολογίας είχε ως στόχο την εις βάθος κατανόηση της εμπειρίας και όχι τη στατιστική αντιπροσωπευτικότητα.

Δεύτερον, τα δεδομένα βασίζονται σε αυτοαναφορές, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικές ερμηνείες, κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή μεταγενέστερη αναπλαισίωση της εμπειρίας.

Τρίτον, η χρονική απόσταση από τη διάγνωση ενδέχεται να διαφοροποιεί τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν την εμπειρία τους. Η μετατραυματική ανάπτυξη, όπως περιγράφεται από τους Tedeschi and Calhoun (2004), αποτελεί διαδικασία που εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου, γεγονός που καθιστά τη χρονική διάσταση κρίσιμο παράγοντα.

Τέλος, η πολιτισμική ιδιαιτερότητα του ελληνικού πλαισίου, όπου η οικογένεια και η θρησκευτικότητα διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο, περιορίζει τη δυνατότητα μεταφοράς των ευρημάτων σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η μελέτη προσφέρει πολύτιμες ενδείξεις για την πολυδιάστατη φύση της εμπειρίας της ασθένειας και θέτει τις βάσεις για μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερα και διαφοροποιημένα δείγματα, καθώς και με συνδυασμό ποιοτικών και ποσοτικών προσεγγίσεων.

Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα – Προτάσεις

6.1 Συνοπτικά Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε την πολυδιάστατη εμπειρία της ασθένειας ως γεγονός που υπερβαίνει τη βιοϊατρική του διάσταση και επηρεάζει βαθιά την ταυτότητα, την καθημερινότητα και τον τρόπο νοηματοδότησης της ζωής των συμμετεχόντων. Η στιγμή της διάγνωσης βιώθηκε ως αιφνίδια ρήξη στη βιογραφική συνέχεια, επιβεβαιώνοντας την άποψη του Michael Bury (1982) περί «βιογραφικού ρήγματος».

Η προσαρμογή στην ασθένεια δεν υπήρξε γραμμική ούτε ομοιογενής. Οι συμμετέχοντες υιοθέτησαν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως ενεργητική στάση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αποδοχή και πίστη. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρήθηκαν στοιχεία μετατραυματικής ανάπτυξης, όπως επαναξιολόγηση προτεραιοτήτων και ενίσχυση διαπροσωπικών σχέσεων, σε συμφωνία με το θεωρητικό πλαίσιο των Richard Tedeschi και Lawrence Calhoun (2004). Ωστόσο, η ανάπτυξη αυτή δεν αποτέλεσε καθολικό φαινόμενο, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της ατομικής διαφοροποίησης.

Ιδιαίτερη σημασία αναδείχθηκε στον ρόλο της πίστης και της αποδοχής, οι οποίες λειτούργησαν ως μηχανισμοί ψυχικής ανθεκτικότητας και μείωσης της εσωτερικής έντασης. Η στάση «ό,τι είναι να γίνει θα γίνει» φαίνεται να συνέβαλε στη διαχείριση της αβεβαιότητας, στοιχείο που συνάδει με την έννοια του θρησκευτικού coping όπως περιγράφεται από τον Kenneth Pargament (1997).

Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η εμπειρία της ασθένειας αποτελεί δυναμική και πολυεπίπεδη διαδικασία, η οποία διαμορφώνεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

6.2 Προτάσεις για βελτίωση της φροντίδας ασθενών

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, καθώς και σε συνάρτηση με τη διεθνή βιβλιογραφία, διατυπώνονται οι ακόλουθες προτάσεις για τη βελτίωση της φροντίδας ασθενών με καρκίνο:

1. Ενσωμάτωση της ψυχολογικής υποστήριξης από το στάδιο της διάγνωσης.

Η στιγμή της διάγνωσης συνιστά ισχυρό ψυχολογικό σοκ και συχνά πυροδοτεί άγχος, καταθλιπτική συμπτωματολογία και έντονο φόβο υποτροπής (Pitman et al., 2018· Thewes et al., 2012). Η πρόωμη ψυχολογική παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά, ενισχύοντας τις προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και μειώνοντας τον κίνδυνο χρονιοποίησης της ψυχικής επιβάρυνσης. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει την ανάγκη ενσωμάτωσης υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας ήδη από τα αρχικά στάδια της θεραπευτικής πορείας (Foster & Fenlon, 2011a).

2. Ανάπτυξη ολιστικών μοντέλων φροντίδας.

Η εμπειρία του καρκίνου δεν περιορίζεται στη βιολογική διάσταση της νόσου, αλλά συνιστά μια συνολική βιογραφική διαταραχή (Bury, 1982), που επηρεάζει την ταυτότητα, τις σχέσεις και το σύστημα αξιών του ατόμου. Η υιοθέτηση ολιστικών μοντέλων φροντίδας, τα οποία λαμβάνουν υπόψη τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική διάσταση, εναρμονίζεται με τις σύγχρονες κατευθυντήριες αρχές της ογκολογικής φροντίδας (World Health Organization, 2022a). Η νοσηματοδότηση της εμπειρίας (Frankl, 2006) και η πιθανότητα μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 2004) αναδεικνύουν τη σημασία υποστηρικτικών παρεμβάσεων που υπερβαίνουν το στενά ιατρικό πλαίσιο.

3. Ενίσχυση της οικογενειακής συμμετοχής.

Η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο στρες της ασθένειας (Cohen & Wills, 1985), ενώ η εμπειρία του καρκίνου διαμορφώνεται μέσα σε ένα πλέγμα διαπροσωπικών σχέσεων (Sinding & Wiernikowski, 2008). Στο ελληνικό κοινωνικό πλαίσιο, όπου η οικογένεια κατέχει κεντρικό ρόλο, η ενίσχυση της συμμετοχής της – εφόσον το επιθυμεί ο ίδιος ο ασθενής – μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Τζανάκης κ.ά., 2023). Η συστηματική ενσωμάτωση της οικογένειας στη φροντίδα απαιτεί παράλληλα σεβασμό στην αυτονομία και στις επιλογές του ασθενούς.

4. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στις στρατηγικές coping και στις υπαρξιακές αναζητήσεις των ασθενών.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες αποτελούν κεντρικό μηχανισμό προσαρμογής (Lazarus & Folkman, 1984). Η κατανόηση των διαφορετικών μορφών coping συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών και πνευματικών μορφών είναι κρίσιμη για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας (Pargament, 1997). Έρευνες σε ελληνικό πληθυσμό ασθενών με καρκίνο υπογραμμίζουν τη σημασία των θρησκευτικών πεποιθήσεων στη διαχείριση της ασθένειας (Kaliampou & Roussi, 2017), ενώ έχει καταδειχθεί και η παρουσία πνευματικής δυσφορίας σε ογκολογικούς ασθενείς η οποία συνδέεται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση (Silva et al., 2020). Συνεπώς, η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να ενισχύσει την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται με ευαισθησία σε αυτές τις διαστάσεις.

5. Σεβασμός στη θρησκευτική και αξιακή ταυτότητα του ασθενούς.

Η θρησκευτική και πνευματική διάσταση αποτελεί για πολλούς ασθενείς βασική πηγή νοήματος και ψυχικής ανθεκτικότητας (Pargament, 1997). Η αναγνώριση και ο σεβασμός της πνευματικής διάστασης του ασθενούς, με ευαισθησία και χωρίς παρεμβατικότητα, μπορούν να ενισχύσουν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα. Σχετικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η υποστηρικτική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών μπορεί να συμβάλει στη μείωση της υπαρξιακής δυσφορίας (Kaliampou & Roussi, 2017· Silva et al., 2020).

6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε:

- Να περιλάβει μεγαλύτερο και πιο διαφοροποιημένο δείγμα, ώστε να διερευνηθούν πιθανές διαφοροποιήσεις ανάλογα με ηλικία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή χρονική απόσταση από τη διάγνωση.
- Να εξετάσει συγκριτικά διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, ώστε να αποτιμηθεί ο ρόλος της πολιτισμικής ταυτότητας στη νοσηματοδότηση της ασθένειας.
- Να συνδυάσει ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους, ενισχύοντας την εγκυρότητα και τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων.
- Να διερευνήσει διαχρονικά τη διαδικασία μετατραυματικής προσαρμογής, ώστε να αποτυπωθεί η εξέλιξη της εμπειρίας στο χρόνο.

Η εμπειρία της ασθένειας, όπως αναδείχθηκε στην παρούσα μελέτη, δεν αποτελεί μόνο ιατρικό γεγονός αλλά υπαρξιακή δοκιμασία που επαναπροσδιορίζει τα όρια, τις αξίες και τη σχέση του ατόμου με τον εαυτό και τους άλλους. Η κατανόηση αυτής της σύνθετης διεργασίας αποτελεί προϋπόθεση για μια περισσότερο ανθρώπινη και ολιστική φροντίδα, που θα σέβεται όχι μόνο το σώμα αλλά και την ιστορία ζωής του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Braun, V. and Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101.

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Soerjomataram, I. and Jemal, A. (2024) 'Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries', *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), pp. 229–263.

Bury, M. (1982) 'Chronic illness as biographical disruption', *Sociology of Health & Illness*, 4(2), pp. 167–182.

Cohen, S. and Wills, T.A. (1985) 'Stress, social support, and the buffering hypothesis', *Psychological Bulletin*, 98(2), pp. 310–357.

Fardell, J.E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A.B. and Butow, P. (2016) 'Conceptualising and measuring fear of cancer recurrence: a systematic review', *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(1), pp. 37–45.

Foster, C. and Fenlon, D. (2011a) 'Recovery and self-management support in cancer survivorship — multi-modal interventions and shared care models', *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(3), pp. 151–169.

Foster, C. and Fenlon, D. (2011b) 'Recovery and self-management support following primary cancer treatment', *British Journal of Cancer*, 105(S1), pp. S21–S28.

Frankl, V.E. (2006) *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press. (Original work published 1946).

Hubbard, G., Kidd, L. and Kearney, N. (2010) 'Disruption, attachment and the self: a theoretical framework for understanding the experience of surviving cancer', *Maternal and Child Health Journal*, 14(2), pp. 247–255.

Hyseni, F., Myderrizi, A. and Blanck, P. (2021) 'Diversity and inclusion in the legal profession: disclosure of cancer and other health conditions by lawyers with disabilities', *Journal of Cancer Survivorship*, 16(3), pp. 521–541.

Kaliampos, A. and Roussi, P. (2017) 'Religious beliefs, coping and psychological well-being among Greek cancer patients', *Journal of Health Psychology*, 22(6), pp. 754–764.

Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A. and Butow, P. (2016) 'Fear of cancer recurrence: a systematic review of interventions', *Journal of Cancer Survivorship*, 10(3), pp. 506–524.

Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. and Hatcher, M.B. (1997) 'Fear of cancer recurrence: a literature review and proposed cognitive formulation', *Journal of Psychosomatic Research*, 43(2), pp. 179–187.

OECD (2023a) *EU Country Cancer Profile: Greece 2023*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2023b) *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*. London: Macmillan Education.

Pargament, K.I. (1997) *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N. and Hodgkiss, A. (2018) 'Depression and anxiety in patients with cancer', *The BMJ*, 361, p. k1415.

Praktiske Grunde (2024) 'Biographical disruption, social inequality, and the role of capital in post-surgical recovery for pancreatic cancer patients', *Praktiske Grunde: Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 1, pp. 84–100.

Silva, G.C.N., Dos Reis, D.C., Miranda, T.P.S., Melo, R.N.R., Coutinho, M.A.P., Dos Santos Paschoal, G. and Lopes Chaves, É.C. (2020) 'Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer', *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (Suppl.5), e20190034.

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. and Ozakinci, G. (2013) 'Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies', *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), pp. 300–322.

Sinding, C. and Wiernikowski, J. (2008) 'Disruption foregone: older women's narratives of cancer', *Journal of Aging Studies*, 22(2), pp. 124–134.

Tedeschi, R.G. and Calhoun, L.G. (2004) 'Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence', *Psychological Inquiry*, 15(1), pp. 1–18.

Thewes, B., Butow, P., Bell, M.L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M. and Capp, A. (2012) 'Fear of cancer recurrence and the role of health care professionals', *Supportive Care in Cancer*, 20(11), pp. 2747–2756.

World Health Organization (2022a) *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2022b) *World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.

Zavras, D., Kyriopoulos, I. and Kyriopoulos, J. (2022) 'Economic crisis and access to cancer screening services in Greece', *Health Policy and Planning*, 37(4), pp. 431–440.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2023) *Στατιστική Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού και Αιτιών Θανάτου: Έτος 2022*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Ίσαρη, Φ. και Πούρκου, Μ. (2015) *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στην ψυχολογία και στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (ΣΕΑΒ).

Λοντούδη, Α. (2023) *Ψυχική υγεία και φόβος επανεμφάνισης καρκίνου (Mental Health and Fear of Cancer Recurrence)*. Διπλωματική εργασία. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας.

Παπαδάτου, Δ. (2014) *Στο τέλος της ζωής: Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών και οικογένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Τζανάκης, Μ., Μπρέκη, Μ. και Κατσικάρη, Κ. (2023) *Από το πάσχον στο αρωγό σώμα: Ο καρκίνος του μαστού ως κοινωνική εμπειρία – βιογραφική προσέγγιση*. Ηράκλειο: Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Τσοτάκος, Σ. (2023) *Εμπειρίες ασθενών με καρκίνο του προστάτη: Σώμα και εμπειρίες απειλούμενου εαυτού. Μια ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση*. Διπλωματική εργασία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή – Νοσηλευτική Σχολή.

Ηλεκτρονικές Πηγές & Δημόσιες Αναφορές

Forbes Greece (2025) *Καρκίνος στην Ελλάδα: 95 θάνατοι κάθε ημέρα – Πάνω από 1,9 δισ. ευρώ το ετήσιο κόστος*. Διαθέσιμο στο: <https://www.forbesgreece.gr/story/3914106/karkinos-stin-ellada-95-thanatoi-kathe-imera-pano-apo-1-9-dis-euro-to-kostos> (Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2026).

Iatropedia (2025) *IC-Growth: Ένα έργο που στοχεύει στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο*. Διαθέσιμο στο: <https://www.iatropedia.gr/psychiki->

[ygeia/ic-growth-ena-ergo-pou-stochevei-sti-veltiosi-tis-psychokoinonikis-frontidas-asthenon-me-karkino/212911/](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/psychological-impact-of-cancer) (Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2026).

IARC (2024). *Greece: Source GLOBOCAN 2022*. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/300-greece-fact-sheet.pdf> (Πρόσβαση 29 Ιαν. 2026).

Παραρτήματα

Παράρτημα Α: Οδηγός Ημιδομημένης Συνέντευξης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ / ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Εισαγωγή

1. Πώς βιώσατε τη στιγμή της διάγνωσης;
2. Ποια ήταν τα πρώτα συναισθήματα ή σκέψεις που σας κυρίευσαν;

Ανησυχίες & φόβοι

3. Ποιοι είναι οι βασικοί φόβοι ή ανησυχίες που αντιμετωπίζετε σήμερα σχετικά με τη νόσο;
4. Υπάρχουν στιγμές που οι φόβοι αυτοί εκτείνονται; Ποιες;

Φόβος υποτροπής

5. Πώς βιώνετε τον φόβο της υποτροπής και πώς επηρεάζει την καθημερινότητά σας;

Επίδραση στην καθημερινή ζωή

6. Πώς έχουν επηρεάσει τα συναισθήματα αυτά την ποιότητα ζωής σας, τη ρουτίνα ή τις σχέσεις σας;
7. Υπάρχουν δραστηριότητες που έχετε περιορίσει, αποφύγει ή αντίθετα ενισχύσει;

Αντιμετώπιση

8. Τι σας βοηθά περισσότερο να διαχειρίζεστε τις ανησυχίες και το άγχος;

Σχέση με το σύστημα υγείας

9. Πως βιώνεται την συνεργασία σας με τους επαγγελματίες υγείας και πως επηρεάζει αυτό το άγχος ή την αίσθηση ασφάλειας;

Προσωπική ανάπτυξη & νόημα

10. Τι έχετε μάθει για τον εαυτό σας μέσα από αυτή την εμπειρία;
11. Έχει αλλάξει ο τρόπος που αντιλαμβάνεστε τη ζωή, τις προτεραιότητες ή το μέλλον;

Κλείσιμο

12. Υπάρχει κάτι ακόμα που θα θέλατε να μοιραστείτε σχετικά με την εμπειρία σας;

Παράρτημα Β: Έντυπο Ενημερωμένης Συγκατάθεσης

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Τίτλος Έρευνας:

«Το μονοπάτι του καρκίνου: Ανησυχίες και φόβοι ασθενών στην πορεία της νόσου»

Ερευνήτρια:

Γκοντοβά Αφροδίτη
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: gkontova.afroditi@yahoo.gr
Τηλέφωνο: 6956028084

1. Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει σε βάθος τις ανησυχίες, τους φόβους, το άγχος και τον φόβο υποτροπής που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο κατά την πορεία της νόσου, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά επηρεάζουν την καθημερινή ζωή, την ποιότητα ζωής και τη σχέση τους με το σύστημα υγείας.

2. Περιγραφή της Διαδικασίας

Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε:

- Θα πραγματοποιηθεί μία ατομική, ημι-δομημένη συνέντευξη διάρκειας περίπου 15–20 λεπτών.
- Η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί μόνο με τη δική σας άδεια, αποκλειστικά για σκοπούς ακριβούς απομαγνητοφώνησης.
- Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις· αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας εμπειρία.
- Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση δεν επιθυμείτε να απαντήσετε.

3. Εθελοντική Συμμετοχή

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική.
Μπορείτε να αποχωρήσετε ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια ή εξήγηση, ακόμη και πριν την ολοκλήρωση της συνέντευξης.

4. Πιθανοί Κίνδυνοι και Δυσφορία

Η συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με την εμπειρία του καρκίνου ενδέχεται να προκαλέσει συναισθηματική φόρτιση.

Εάν αισθανθείτε άβολα, μπορείτε:

- να ζητήσετε διάλειμμα
- να παραλείψετε ερωτήσεις
- να τερματίσετε τη συνέντευξη

Σε περίπτωση που προκύψει έντονη ψυχολογική δυσφορία, θα σας παρασχεθεί κατάλληλη παραπομπή σε επαγγελματία υγείας, εφόσον το επιθυμείτε.

5. Οφέλη Από τη Συμμετοχή

Η συμμετοχή σας δεν συνεπάγεται άμεσο προσωπικό όφελος, όμως τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να συμβάλουν:

- στη βελτίωση της κατανόησης των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών
- στη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης και φροντίδας υγείας
- στην ανάπτυξη πιο κατάλληλων τρόπων υποστήριξης

6. Απόρρητο και Εμπιστευτικότητα

- Όλα τα δεδομένα θα διατηρηθούν ανώνυμα.
- Το όνομά σας δεν θα εμφανιστεί σε καμία φάση της έρευνας ή δημοσίευσης.
- Θα χρησιμοποιηθούν ψευδώνυμα ή κωδικοί για την προστασία της ταυτότητάς σας.
- Τα ηχογραφημένα αρχεία και οι απομαγνητοφωνήσεις θα αποθηκευτούν με ασφάλεια και θα έχει πρόσβαση αποκλειστικά η ερευνήτρια της μελέτης.
- Τα δεδομένα θα διαγραφούν μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, σύμφωνα με τους κανονισμούς προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR).

7. Χρήση των Δεδομένων

Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς (π.χ. ακαδημαϊκή εργασία, επιστημονική δημοσίευση).

Δεν θα διατεθούν σε τρίτους.

8. Στοιχεία Επικοινωνίας

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση σχετικά με την παρούσα έρευνα ή τα δικαιώματά σας ως συμμετέχων/συμμετέχουσα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια:

Όνοματεπώνυμο: Γκοντοβά Αφροδίτη
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail): gkontova.afroditi@yahoo.gr

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις πληροφορίες που μου δόθηκαν σχετικά με τη συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα.

Είχα την ευκαιρία να θέσω ερωτήσεις και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις.

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποχωρήσω ανά πάσα στιγμή χωρίς συνέπειες.

Με την υπογραφή μου δηλώνω ότι συμφωνώ να συμμετάσχω στη μελέτη.

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντα: _____

Υπογραφή συμμετέχοντα: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

Υπογραφή ερευνήτριας: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____