



Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ»**

Ονοματεπώνυμο Φοιτήτριας: Χριστίνα Παπαδούλη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ Έλενα Δραγκιώτη., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής:

Δρ. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ. Ζωίτσα Κωνσταντή, Επίκουρος Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των
προϋποθέσεων απονομής του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2025

© Χριστίνα Παπαδούλη



Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Postgraduate Diploma Thesis

"RESEARCH INTO COLON CANCER ANXIETY AND FEAR"

Student's name: Christina Papadouli

Supervising Professor:

Dr. Elena Dragkioti., Associate Professor, Department of Nursing, University of Ioannina

Members of the Three-Member Committee:

Dr. Mary Gouva, Professor, Department of Nursing, University of Ioannina

Dr. Zoitsa Konstanti, Assistant Professor, Department of Nursing, University of Ioannina

Postgraduate Diploma Thesis submitted to fulfill the requirements for the award of the Postgraduate Diploma of Specialization of the Postgraduate Studies Program in Adult Nursing Care of the University of Ioannina

Ioannina, 2025

© Christina Papadouli

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου παγκοσμίως, με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, ιδίως όταν δεν εντοπίζεται εγκαίρως. Παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών προληπτικών εξετάσεων, η συμμετοχή του πληθυσμού στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου παραμένει περιορισμένη. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, και ειδικότερα το άγχος και ο φόβος, ενδέχεται να επηρεάζουν την πρόθεση για συμμετοχή.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και φόβου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό και στη μελέτη της πιθανής συσχέτισής τους με την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικό έλεγχο.

Υλικό και μέθοδος: Διεξήχθη ποσοτική έρευνα με τη χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων (FOP-30, PASS-20, IUS-12) και ειδικής κλίμακας για την πρόθεση συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο, σε δείγμα 171 υγιών ενηλίκων. Συγκεκριμένα, αξιολογήθηκαν οι διαστάσεις του φόβου, της αποφυγής, της γνωσιακής ανησυχίας και των σωματικών αντιδράσεων, και εξετάστηκε η πιθανή συσχέτισή τους με την πρόθεση για συμμετοχή σε κολονοσκόπηση ή άλλες εξετάσεις πρόληψης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική, υπολογισμό συσχετίσεων (Pearson) και γραμμική παλινδρόμηση, με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$, στο πλαίσιο μεταθετικιστικής επιστημολογικής προσέγγισης.

Αποτελέσματα: Η υποκλίμακα «Φόβος Ιατρικού Πόνου» του Ερωτηματολόγιου Φόβου Πόνου (FOP-30) παρουσίασε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση συμμετοχής ($r = -0,19$, $p = 0,013$), υποδεικνύοντας ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα ιατρικού φόβου ήταν λιγότερο πρόθυμοι να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις. Αντιθέτως, οι υπόλοιπες διαστάσεις φόβου, άγχους και δυσανεξίας στην αβεβαιότητα δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις με την πρόθεση.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τον ιατρικό φόβο ως καθοριστικό ανασταλτικό παράγοντα συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο. Η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, η ενίσχυση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες πρόληψης, καθώς και η ανάπτυξη παρεμβάσεων για τη μείωση του φόβου απέναντι σε ιατρικές διαδικασίες,

κρίνονται αναγκαίες για την ενίσχυση της συμμετοχής στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος παχέος εντέρου, πρόληψη, φόβος, άγχος, πρόθεση, προληπτικός έλεγχος

Abstract

Introduction: Colorectal cancer is one of the most common types of cancer worldwide, with high mortality rates, especially when not detected early. Despite the availability of effective preventive screening methods, public participation in screening programs remains limited. Psychological factors, particularly anxiety and fear, may influence individuals' intention to participate.

Aim: This study aims to investigate the levels of anxiety and fear related to colorectal cancer in the general population and to examine their possible association with the intention to participate in preventive screening.

Materials and Methods: A quantitative study was conducted using standardized psychometric instruments (FOP-30, PASS-20, IUS-12) and a specific scale assessing the intention to undergo preventive screening, in a sample of 171 healthy adults. Dimensions such as fear, avoidance, cognitive anxiety, and somatic reactions were evaluated, and their potential correlation with the intention to undergo colonoscopy or other screening procedures was examined. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and linear regression analysis, with a significance level of $p < 0.05$, within a post-positivist epistemological framework.

Results: The "Fear of Medical Pain" subscale of the Fear of Pain Questionnaire III (FOP-30) demonstrated a statistically significant negative correlation with the intention to participate in screening ($r = -0.19$, $p = 0.013$), indicating that participants with higher levels of medical fear were less willing to undergo preventive examinations. In contrast, the remaining dimensions of fear, anxiety, and intolerance of uncertainty showed no statistically significant association with intention.

Conclusions: This study highlights medical fear as a key inhibitory factor in participation in colorectal cancer screening. Public awareness, improved access to preventive services, and the development of interventions to reduce fear toward medical procedures are essential for enhancing participation in colorectal cancer prevention.

Keywords: Colorectal cancer, prevention, fear, anxiety, intention, medical fear, screening

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη προς τους καθηγητές του τμήματος, οι οποίοι στάθηκαν αρωγοί στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην Κυρία Δρ. Έλενα Δραγκιώτη, επιβλέπουσα της εργασίας μου, για την πολύτιμη καθοδήγηση και τη διαρκή υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνάς μου. Η συμβολή της ήταν καθοριστική για την ολοκλήρωση αυτής της μελέτης.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις καθηγήτριες Δρ. Μαίρη Γκούβα και Δρ. Ζωίτσα Κωνσταντή, μέλη της τριμελούς επιτροπής, για τις γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, καθώς και για την επιστημονική κατάρτιση που μου παρείχαν, η οποία αποτέλεσε τη βάση για την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά την οικογένεια και τους φίλους μου για την ηθική και ψυχολογική στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής.

Τέλος, αφιερώνω αυτή τη διπλωματική εργασία στη μνήμη του πατέρα μου. Παρόλο που δεν είναι πια δίπλα μου, η καθοδήγησή του και η δύναμή του με συντροφεύουν σε κάθε μου βήμα.

Με εκτίμηση,

Χριστίνα Παπαδούλη

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract.....	5
Ευχαριστίες.....	7
Περιεχόμενα	8
Κατάλογος πινάκων.....	10
Κατάλογος εικόνων	11
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εισαγωγή.....	12
Κεφάλαιο 2 ^ο : Στόχος και σκοποί της εργασίας	14
2.1 Ερευνητική ερώτηση	14
2.2. Αιτιολόγηση/ Σκεπτικό της Εργασίας	17
2.3. Αναστοχασμός.....	18
Κεφάλαιο 3ο: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	19
3.1.Το υπόβαθρο του θέματος	19
3.2. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	21
3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	23
3.4. Το ερευνητικό κενό	27
Κεφάλαιο 4ο: Σχεδιασμός της Έρευνας	29
4.1. Επιστημολογία.....	29
4.2. Μεθοδολογία	32
4.3. Δειγματοληπτική Τεχνική.....	36
4.4. Κριτήρια Αποδοχής και Αποκλεισμού του Δείγματος.....	39
4.5. Περιγραφή του δείγματος.....	40
4.6. Περιγραφή του χώρου	42

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων.....	42
4.8. Ηθική της Έρευνας	47
4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	48
Κεφάλαιο 5ο: Αποτελέσματα της έρευνας	51
5.1. Παρουσίαση των Στατιστικών και Ανάλυση των Δεδομένων	51
5.1.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση.....	51
5.1.2 Ανάλυση Εσωτερικής Συνοχής (Cronbach'sAlpha)	82
5.1.3 Ανάλυση Συσχέτισης.....	83
5.1.4. Ανάλυση Παλινδρόμησης	97
5.2. Περίληψη των αποτελεσμάτων	101
Κεφάλαιο 6ο: Συζήτηση	105
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	105
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας	111
6.2.1 Δυνατά Σημεία της Έρευνας	111
6.2.2 Αδύνατα Σημεία και Περιορισμοί	112
6.2.3 Αντιμετώπιση των Περιορισμών	113
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας	113
Κεφάλαιο 7ο: Συμπεράσματα.....	117
Λίστα Παραπομπών.....	119
Παράρτημα	131
A. Ερευνητικό Πρωτόκολλο.....	131
B. Αποτελέσματα αναζήτησης PubMed.....	137
Γ. Έντυπο Συναίνεσης και Ερωτηματολόγιο.....	137

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1 Αποτελέσματα σύνθετης αναζήτησης.....	22
Πίνακας 2 Συγκριτικών Χαρακτηριστικών Ποσοτικών Μεθοδολογιών	34
Πίνακας 3 Είδη Ποσοτικής Δειγματοληψίας.....	37
Πίνακας 4 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	53
Πίνακας 5 Ηλικία.....	55
Πίνακας 6 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	57
Πίνακας 7 Στάσεις και εμπειρίες σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου	57
Πίνακας 8 Ήπιος Πόνος.....	59
Πίνακας 9 Έντονος Πόνος	61
Πίνακας 10 Ιατρικός Πόνος	64
Πίνακας 11 Ποσοτικοποίηση αποτελεσμάτων αναλογικά με τον πόνο	67
Πίνακας 12 Αποφυγή, Φοβική Σκέψη, Γνωσιακό Άγχος και Σωματικές Αντιδράσεις	69
Πίνακας 13 Ποσοτικοποίηση Δεικτών Άγχους και Φόβου	75
Πίνακας 14 Μη ανοχή στην αβεβαιότητα	76
Πίνακας 15 Κατανομή Τιμών Μη Ανοχής στην Αβεβαιότητα	79
Πίνακας 16 Στάσεις και Αντιλήψεις σχετικά με τον Προληπτικό Έλεγχο για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	80
Πίνακας 17 Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Ελέγχων	82
Πίνακας 18. Ανάλυση Αξιοπιστίας.....	83
Πίνακας 19 Συσχετίσεις (Pearson' s r) μεταξύ πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων και Διαστάσεων Φόβου Πόνου	83
Πίνακας 20 Πίνακας Συσχετίσεων μεταξύ Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων και Δεικτών Φόβου και Άγχους.....	89
Πίνακας 21 Παλινδρόμηση της Πρόθεσης για Προληπτικό Έλεγχο με Διαστάσεις Φόβου Πόνου ως Προγνωστικούς Παράγοντες.....	97
Πίνακας 22 Παλινδρόμηση της Πρόθεσης για Προληπτικό Έλεγχο με Δείκτες Άγχους και Φοβικών Αντιδράσεων ως Προγνωστικούς Παράγοντες.....	99

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1 Εμπειρική Κατανομή της ηλικίας.....	56
Εικόνα 2 Σχέση μεταξύ Φόβου Ήπιου Πόνου και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	85
Εικόνα 3 Σχέση μεταξύ Φόβου Έντονου Πόνου και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	86
Εικόνα 4 Σχέση μεταξύ Φόβου Ιατρικού Πόνου και Πρόθεσης Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	87
Εικόνα 5 Σχέση μεταξύ Συνολικού Φόβου Πόνου και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	88
Εικόνα 6 Σχέση μεταξύ Αποφυγής και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	91
Εικόνα 7 Σχέση μεταξύ Φοβικής Σκέψης και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	92
Εικόνα 8 Σχέση μεταξύ Γνωσιακού Άγχους και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	93
Εικόνα 9 Σχέση μεταξύ Σωματικών Αντιδράσεων και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	95
Εικόνα 10 Σχέση μεταξύ Συνολικού Άγχους και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.....	96

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές κακοήθειας παγκοσμίως και μία από τις βασικές αιτίες θανάτου από καρκίνο στον ανεπτυγμένο κόσμο. Παρά την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου, τα ποσοστά συμμετοχής του πληθυσμού σε προληπτικά προγράμματα παραμένουν χαμηλά, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, μεταξύ των οποίων ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος και ο φόβος που σχετίζονται με τη νόσο και τις διαγνωστικές διαδικασίες.

Η διερεύνηση του ρόλου αυτών των συναισθημάτων στην πρόθεση των ατόμων να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι κρίσιμη για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης. Παρόλο που η διεθνής βιβλιογραφία έχει εστιάσει στη σχέση μεταξύ ψυχολογικών μεταβλητών και προληπτικής συμπεριφοράς, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά κενά, ιδίως σε ό, τι αφορά τον γενικό, υγιή πληθυσμό.

Η παρούσα διπλωματική εργασία επικεντρώνεται στη μελέτη του άγχους και του φόβου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε υγιή άτομα του γενικού πληθυσμού, με στόχο την κατανόηση της σχέσης τους με την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικό έλεγχο. Μέσω της αξιοποίησης εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων και της εφαρμογής ποσοτικής μεθοδολογίας, επιχειρείται η ανάδειξη κρίσιμων παραγόντων που πιθανώς επιδρούν στις σχετικές αποφάσεις των πολιτών.

Το παρόν κεφάλαιο εισάγει το θεωρητικό και κοινωνικό πλαίσιο της μελέτης, αναδεικνύοντας τη σημασία της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου και την ψυχολογική της διάσταση. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ο στόχος και οι επιμέρους σκοποί της μελέτης, καθώς και το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα, ενώ παράλληλα τεκμηριώνεται η λογική πορεία της εργασίας μέσω αναστοχαστικής προσέγγισης. Στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται μια οργανωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, συνοδευόμενη από κριτική ανάλυση των πηγών και εντοπισμό του ερευνητικού κενού. Στη συνέχεια, αναλύονται η επιστημολογική θεμελίωση και η μεθοδολογική προσέγγιση της μελέτης, περιγράφονται η δειγματοληψία, το δείγμα και το πλαίσιο

διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και η διαδικασία συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, με έμφαση στις ηθικές διαστάσεις της έρευνας. Ακολουθεί η παρουσίαση των ερευνητικών ευρημάτων μέσω στατιστικής ανάλυσης. Στο κεφάλαιο της συζήτησης, αξιολογούνται η ερευνητική διαδικασία και τα αποτελέσματα, ενώ προτείνονται κατευθύνσεις για μελλοντικές παρεμβάσεις και μελέτες. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο, διατυπώνονται τα συμπεράσματα και η συνολική συμβολή της μελέτης.

Κεφάλαιο 2^ο: Στόχος και σκοποί της εργασίας

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Η Πρακτική που Βασίζεται σε Τεκμήρια είναι η ανάπτυξη και συλλογή των καλύτερων επιστημονικών στοιχείων για την υποστήριξη της λήψης τεκμηριωμένων κλινικών αποφάσεων (Santos, Pimenta and Nobre, 2007) Ουσιαστικά, οι ενδείξεις προκύπτουν από τις μελέτες που διεξάγονται στις επιστήμες της υγείας και αξιοποιούνται στην καθημερινή κλινική πρακτική, σε συνδυασμό με την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας και τις αξίες των ασθενών. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό οι επιστήμονες υγείας να στηρίζονται σε αξιόπιστες και έγκυρες μελέτες. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των μελετών διαφέρουν μεταξύ τους και αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την αξία ή το επίπεδο των επιστημονικών ενδείξεων που προσφέρει κάθε μελέτη (Γαλάνης, 2013).

Ο εντοπισμός των καλύτερων αποδεικτικών στοιχείων από την τεράστια πηγή πληροφοριών απαιτεί την κατασκευή και διατύπωση ενός κατάλληλου ερευνητικού ερωτήματος (Santos, Pimenta and Nobre, 2007). Αν και η διαμόρφωση της ερευνητικής ερώτησης μπορεί να φαίνεται απλή και προφανής, στην πράξη αποτελεί μια ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Συχνά αποδεικνύεται η πιο πολύπλοκη και καθοριστική παράμετρος για την εγκυρότητα μιας έρευνας, περισσότερο απ' ό, τι αρχικά εκτιμά ο ερευνητής. Χωρίς σαφή ερευνητική ερώτηση, δεν μπορούν να υπάρξουν σαφείς απαντήσεις και, κατά συνέπεια, αξιόπιστα αποτελέσματα. Επιπλέον, εάν η ερώτηση δεν είναι κατάλληλη για το θεωρητικό πλαίσιο και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται, τα αποτελέσματα θα είναι ακατάλληλα και, επομένως, μη έγκυρα, ανεξάρτητα από τη φύση τους (Μαντζούκας, 2007)

Ένα καλό ερευνητικό ερώτημα πρέπει να είναι δομημένο με τρόπο που να παρέχει επαρκείς πληροφορίες σχετικά με το αντικείμενο της μελέτης, τους συμμετέχοντες, το πλαίσιο, τη χρονική διάρκεια και τη μεθοδολογία της έρευνας. Η αξιολόγηση μιας ερευνητικής μελέτης ξεκινά με την ανάλυση της δομής του ερευνητικού ερωτήματος, προκειμένου να διαπιστωθεί αν προσφέρει σαφήνεια ως προς το τι διερευνήθηκε, το πλαίσιο της έρευνας, τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε και τη σημασία της μελέτης. Επισημαίνεται ότι ένα καλά διαμορφωμένο ερευνητικό ερώτημα ποιοτικής έρευνας πρέπει να απαντά στα θεμελιώδη ερωτήματα «ποιος, πότε, πού, πώς και

γιατί» της έρευνας ενώ της ποσοτικής έρευνας απαντά στο «πόσο» και στο «τι» (Mantzoukas, 2008).

Η επιτυχής αναζήτηση και εντοπισμός των κατάλληλων άρθρων σε διάφορες βάσεις δεδομένων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις λέξεις-κλειδιά ή τους όρους αναζήτησης που χρησιμοποιούν οι ερευνητές. Αρχικά, είναι απαραίτητο να διατυπωθεί με σαφήνεια το ερευνητικό ερώτημα που θα διερευνηθεί. Τα ερευνητικά ερωτήματα καθοδηγούν την πορεία μιας μελέτης, προσδιορίζοντας τον σκοπό και τα όριά της. Η σαφής διατύπωσή τους συμβάλλει στην επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας, στη συλλογή σχετικών δεδομένων και στην επίτευξη αξιόπιστων αποτελεσμάτων. (Libguides.com, 2024)

Οι κύριες τεχνικές διαμόρφωσης ερευνητικών ερωτημάτων που αναπτύχθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες είναι οι :

1. PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome): Χρησιμοποιείται κυρίως σε ποσοτικές μελέτες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων. Είναι κατάλληλη για κλινικές ερωτήσεις που αφορούν θεραπείες ή παρεμβάσεις. Το εργαλείο PICO, αρχικά χρησιμοποιούμενο στην επιδημιολογία, έχει εξελιχθεί σε βασικό μέσο για την τεκμηριωμένη πρακτική και τις συστηματικές ανασκοπήσεις, βοηθώντας στη διαμόρφωση ερευνητικών ερωτημάτων και στρατηγικών αναζήτησης. Αποτελεί το πιο διαδεδομένο μοντέλο για κλινικά ερωτήματα, καθώς εστιάζει στις ανάγκες του ασθενούς, διευκολύνει την ηλεκτρονική αναζήτηση και καθοδηγεί τον ερευνητή στον σαφή προσδιορισμό προβλημάτων, παρεμβάσεων και επιθυμητών αποτελεσμάτων. (Cooke, Smith and Booth, 2012; Eriksen and Frandsen, 2018; Libguides.com, 2024)
2. PEO (Population, Exposure, Outcome): Εφαρμόζεται σε ποιοτικές έρευνες που διερευνούν εμπειρίες ή αντιλήψεις. Εστιάζει στον πληθυσμό, στην έκθεση ή το φαινόμενο ενδιαφέροντος και στα αποτελέσματα. Η τεχνική PEO επιτρέπει στους ερευνητές να εξετάσουν βαθύτερα τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με συγκεκριμένα φαινόμενα (Butler, Hall and Cornnell, 2016; Libguides.com, 2024).

3. SPIDER (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type): Σχεδιάστηκε για την αναζήτηση ποιοτικών και μικτών μεθόδων έρευνας. Περιλαμβάνει το δείγμα, το φαινόμενο ενδιαφέροντος, τον σχεδιασμό της μελέτης, την αξιολόγηση και τον τύπο έρευνας. (Butler, Hall and Copnell, 2016; Libguides.com, 2024)

Στη παρούσα ερευνητική εργασία δεν υπάρχει κάποιο είδος παρέμβασης, γι αυτό η καταλληλότερη μέθοδος διατύπωσης του ερευνητικού ερωτήματός μου είναι η P (Population), E (Exposure), O (Outcome). Αυτή η τεχνική είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για μελέτες που εξετάζουν εμπειρίες, αντιλήψεις και συναισθήματα.

- P (Population - Πληθυσμός): Υγιή άτομα του γενικού πληθυσμού.
- E (Exposure - Έκθεση): Αντιλήψεις ή ανησυχίες σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.
- O (Outcome - Αποτέλεσμα): Επίπεδα φόβου και άγχους, καθώς και η πρόθεση για προληπτικές εξετάσεις.

Χρησιμοποιώντας την τεχνική PEO, θα διαμορφωθούν ερευνητικά ερωτήματα που θα επιτρέψουν την βαθύτερη κατανόηση των αντιλήψεων και των συναισθημάτων του πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση για προληπτικό έλεγχο.

Ο σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και φόβου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό, καθώς και η εξέταση των παραγόντων που επηρεάζουν αυτά τα συναισθήματα. Σημαντική είναι η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αυτά τα συναισθήματα σχετίζονται με την πρόθεση των ατόμων να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Στόχοι της εργασίας:

1. Καταγραφή επιπέδων άγχους και φόβου: Μέτρηση και αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και φόβου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό.

2. Ανάλυση παραγόντων που επηρεάζουν το άγχος και τον φόβο: Διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση) και άλλων παραγόντων (οικογενειακό ιστορικό, πληροφόρηση) στα επίπεδα άγχους και φόβου.
3. Συσχέτιση άγχους και φόβου με την πρόθεση για προληπτικές εξετάσεις: Εξέταση του πώς τα επίπεδα άγχους και φόβου επηρεάζουν την πρόθεση των ατόμων να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.
4. Προτάσεις για παρεμβάσεις: Ανάπτυξη προτάσεων για ενημερωτικές ή εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να μειώσουν το άγχος και τον φόβο, ενισχύοντας την πρόθεση για προληπτικές εξετάσεις.

Η επίτευξη αυτών των στόχων θα συμβάλει στην κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και θα βοηθήσει στη διαμόρφωση στρατηγικών για την αύξηση της συμμετοχής σε προληπτικά προγράμματα.

2.2. Αιτιολόγηση/ Σκεπτικό της Εργασίας

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι απαραίτητη για την κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση του γενικού πληθυσμού να συμμετάσχει σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω προληπτικών εξετάσεων μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα και να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, 2025). Ωστόσο, ο φόβος και το άγχος μπορεί να αποτρέψουν τα άτομα από το να υποβληθούν σε τέτοιες εξετάσεις. Η κατανόηση αυτών των συναισθημάτων και των παραγόντων που τα επηρεάζουν είναι κρίσιμη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, τη διαμόρφωση αποτελεσματικών στρατηγικών ενημέρωσης και παρέμβασης, με στόχο την έγκαιρη ψυχολογική υποστήριξη, την αύξηση της συμμετοχής σε προληπτικά προγράμματα που μπορούν να συμβάλουν θετικά στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας (Cossu et al., 2018; Yuba Raj Paudel et al., 2025)

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο φόβος και το άγχος μπορεί να λειτουργήσουν είτε ως κίνητρα είτε ως εμπόδια για τη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις. Για παράδειγμα, ο φόβος για το αποτέλεσμα της εξέτασης ή η ανησυχία για τη διαδικασία μπορεί να αποτρέψουν τα άτομα από το να υποβληθούν σε έλεγχο, ενώ η επίγνωση του κινδύνου μπορεί να τους ωθήσει να αναλάβουν δράση. (Cossu et al., 2018)

Επιπλέον, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό ιστορικό επηρεάζουν αυτά τα συναισθήματα μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η προσαρμογή των ενημερωτικών εκστρατειών στις ανάγκες και τις ανησυχίες συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητά τους. (Cossu et al., 2018; Yuba Raj Paudel et al., 2025)

2.3. Αναστοχασμός

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος προέκυψε από την αναγνώριση της σημασίας του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στη συμμετοχή τους σε τέτοια προγράμματα. Παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα του προληπτικού ελέγχου στη μείωση της θνησιμότητας και της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, η συμμετοχή του πληθυσμού παραμένει χαμηλή. Αναλογιζόμενοι τους λόγους αυτής της χαμηλής συμμετοχής, εστιάσαμε στον ρόλο που διαδραματίζουν ο φόβος και το άγχος. Η κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση των ατόμων να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις είναι κρίσιμη για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης. Αυτός ο αναστοχασμός μας οδήγησε στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, με στόχο να διερευνήσουμε πώς ο φόβος και το άγχος επηρεάζουν τη συμμετοχή σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό.

Κεφάλαιο 3ο: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

3.1. Το υπόβαθρο του θέματος

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, γνωστός και ως κολοορθικός καρκίνος όταν περιλαμβάνεται και το ορθό, είναι μια από τις συχνότερες μορφές καρκίνου παγκοσμίως και αφορά την κακοήγη ανάπτυξη κυττάρων στο εσωτερικό τοίχωμα του παχέος εντέρου. Συνήθως ξεκινά από καλοήθεις πολύποδες, οι οποίοι με την πάροδο του χρόνου και υπό την επίδραση γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να μετατραπούν σε καρκινικούς όγκους. (Sung et al., 2021) Στα αρχικά στάδια, ο καρκίνος αυτός είναι συχνά ασυμπτωματικός. Καθώς εξελίσσεται, μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, όπως διάρροια ή δυσκοιλιότητα, αίσθημα ατελούς κένωσης, αίμα στα κόπρανα που μπορεί να είναι είτε κόκκινο είτε μαύρο, κοιλιακό άλγος ή κράμπες, ανεξήγητη απώλεια βάρους και έντονη κόπωση. (CDC, 2024) Η διάγνωση βασίζεται στην κολονοσκόπηση, που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση του εντέρου και τη λήψη βιοψιών, καθώς και σε άλλες εξετάσεις όπως η ανάλυση κοπράνων για αίμα ή γενετικά δείκτες, η αξονική ή μαγνητική τομογραφία και η ιστολογική επιβεβαίωση με βιοψία. (CDC, 2024) Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου, χημειοθεραπεία για τη μείωση της υποτροπής ή τη θεραπεία μεταστάσεων, ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις που ο καρκίνος εντοπίζεται στο ορθό, καθώς και πιο σύγχρονες θεραπείες όπως η ανοσοθεραπεία και οι στοχευμένοι βιολογικοί παράγοντες. (Benson et al., 2021)

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις πλέον συχνές μορφές καρκίνου παγκοσμίως και συγκαταλέγεται στις κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο στην Ευρώπη. Το 2022, καταγράφηκαν στην Ευρώπη πάνω από 4,4 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου, με τον καρκίνο του παχέος εντέρου να κατέχει σημαντική θέση μεταξύ αυτών (Elmadani et al., 2025). Είναι συχνότερος σε άτομα άνω των 50 ετών, αλλά παρατηρείται αύξηση σε νεότερους (<50) τα τελευταία χρόνια. Η επίπτωσή του αυξάνεται με την ηλικία και είναι υψηλότερος σε χώρες με δυτικό τρόπο ζωής. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω προληπτικού ελέγχου μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα έως και 68% (Wolf et al., 2018).

Η πρόληψη βασίζεται στον τακτικό προσυμπτωματικό έλεγχο και στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να γίνει με διάφορες εξετάσεις, όπως τεστ κοπράνων, εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση και αξονική κολονογραφία. Τα τεστ κοπράνων περιλαμβάνουν το γουαϊακό τεστ (gFOBT), το οποίο ανιχνεύει αίμα στα κόπρανα με τη βοήθεια μιας χημικής ουσίας (γουαϊάκης) και γίνεται ετησίως. Το ανοσοχημικό τεστ κοπράνων (FIT) χρησιμοποιεί αντισώματα για να εντοπίσει αίμα και επίσης γίνεται μία φορά το χρόνο. Το τεστ FIT-DNA (ή DNA κοπράνων) συνδυάζει την ανίχνευση αίματος και μεταλλαγμένου DNA και πραγματοποιείται κάθε 3 χρόνια. Η σιγμοειδοσκόπηση εξετάζει το ορθό και το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου, συνιστάται κάθε 5 χρόνια ή κάθε 10 χρόνια αν συνδυάζεται με ετήσιο FIT., ενώ η κολονοσκόπηση εξετάζει όλο το έντερο και μπορεί να αφαιρέσει πολύποδες κατά τη διάρκεια της εξέτασης και συνιστάται ανά 10ετία σε άτομα μέσου κινδύνου. Η αξονική κολονογραφία χρησιμοποιεί ακτινογραφίες για να παράγει εικόνες του εντέρου και προτείνεται κάθε 5 χρόνια. Αν βρεθεί κάτι παθολογικό σε κάποιες από αυτές τις εξετάσεις, απαιτείται κολονοσκόπηση για επιβεβαίωση. (CDC, 2024)

Η κολονοσκόπηση θεωρείται η πιο αποτελεσματική προληπτική μέθοδος, καθώς επιτρέπει την ανίχνευση και αφαίρεση πολυπόδων προτού εξελιχθούν σε κακοήθεια. Επίσης, η ετήσια ή διετής ανάλυση κοπράνων μπορεί να εντοπίσει μη εμφανή αιμορραγία, σημάδι πρώιμου καρκίνου. Η Ομάδα Εργασίας των Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ (USPSTF) συνιστά προσυμπτωματικό έλεγχο για άτομα ηλικίας 45-75 ετών, με κολονοσκόπηση κάθε 10 έτη ή FIT ετησίως (Davidson et al., 2021; CDC, 2024) Αντίστοιχες συστάσεις έχει εκδώσει και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ογκολογίας (Van Cutsem et al., 2016). Τέλος, άτομα με οικογενειακό ιστορικό ή γενετική προδιάθεση (όπως στο σύνδρομο Lynch ή στην οικογενή αδενωματοώδη πολυποδίαση) καλό είναι να υποβάλλονται σε συστηματικό γενετικό έλεγχο και να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο σε μικρότερη ηλικία από το γενικό πληθυσμό και σε μικρότερα χρονικά διαστήματα (Biller and Schrag, 2021; CDC, 2024)

Η έγκαιρη διάγνωση μέσω προληπτικού ελέγχου, όπως η κολονοσκόπηση και οι εξετάσεις ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου (OECD, 2025). Παρόλα αυτά, τα ποσοστά συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο παραμένουν χαμηλά. Στην

Ελλάδα, μόλις το 28% των ατόμων ηλικίας 50-74 ετών έχει υποβληθεί σε σχετικό προληπτικό έλεγχο εντός των τελευταίων δύο ετών (OECD, 2025). Αντίστοιχα, σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται κάτω του 20% (Eurostat, 2024).

Αναλύοντας τους λόγους για τη χαμηλή συμμετοχή, προκύπτει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο. Ο φόβος για τον πόνο, το άγχος για την ίδια τη διαδικασία της εξέτασης, η αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα και η αίσθηση ντροπής έχουν καταγραφεί ως σημαντικοί φραγμοί (Bridou et al., 2013). Επιπλέον, σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από γαστρεντερολόγους, το 82% των ειδικών δήλωσε ότι οι ασθενείς τους εμφανίζουν άγχος και φόβο που τους αποτρέπει από τον έλεγχο, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της ψυχολογικής διάστασης (Guardant Health, Inc., 2025)

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση παραμένουν οι σημαντικότεροι παράγοντες για τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η ανάγκη για παρεμβάσεις που εστιάζουν στην ψυχολογική ενδυνάμωση του πληθυσμού και στη μείωση του φόβου και της αβεβαιότητας σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι πλέον επιτακτική. (Bridou et al., 2013) Η διερεύνηση των ψυχολογικών αυτών παραγόντων αποτελεί το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών δημόσιας υγείας και εκπαιδευτικών εκστρατειών που θα προάγουν τη συμμετοχή στον προληπτικό έλεγχο. (Leach et al., 2021; Anderson et al., 2022;)

Η παρούσα έρευνα εστιάζει ακριβώς σε αυτό το πεδίο: στη συσχέτιση του φόβου, του άγχους και της δυσανεξίας στην αβεβαιότητα με την πρόθεση διενέργειας προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου. Η διερεύνηση αυτών των μεταβλητών φιλοδοξεί να καλύψει ένα κενό της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, ενισχύοντας την κατανόηση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στη δημόσια υγεία.

3.2. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Για τη διεξαγωγή της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, χρησιμοποιήθηκε η επιστημονική βάση δεδομένων PubMed, μια από τις μεγαλύτερες και δωρεάν

βάσεις δεδομένων σχετικά με τις επιστήμες υγείας. (Galanis, 2013) Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Μάιος 2025 με σκοπό τον εντοπισμό μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων (όπως φόβος πόνου, άγχος και δυσανεξία στην αβεβαιότητα) και της πρόθεσης διενέργειας προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά και συνώνυμα.

Πρώτο βήμα αποτέλεσε ο εντοπισμός των βασικών όρων της ερώτησης PEO, οι οποίοι αποδίδουν με μεγαλύτερη ακρίβεια το υπό διερεύνηση θέμα, ενώ ακολούθησε η χρήση συνωνύμων ή παραλλαγών αυτών κατά την αναζήτηση, προκειμένου να επιτευχθεί πιο στοχευμένη και αποτελεσματική ανάκτηση των σχετικών βιβλιογραφικών πηγών (Galanis, 2013). Με τη βοήθεια των Boolean Operators, OR και AND, και το εργαλείο της σύνθετης αναζήτησης του PubMed (PubMed Advanced Search Builder), έγινε η συσχέτιση των λέξεων – κλειδιών. Με τον τελεστή OR αναζητήθηκαν στη βάση δεδομένων όλα τα άρθρα που περιέχουν οποιονδήποτε από τους όρους, ενώ με τον τελεστή AND προέκυψαν μόνο τα άρθρα που περιέχουν όλους τους όρους αναζήτησης. (Galanis, 2013)

Πίνακας 1 Αποτελέσματα σύνθετης αναζήτησης

	Όροι Αναζήτησης	Αποτελέσματα
1	Colorectal cancer OR colon cancer	370.590
2	Cancer fear OR Cancer anxiety OR Cancer worry	32.393
3	Anxiety OR Fear OR Pain	452.788
4	Preventing screening OR Colorectal cancer screening OR Colonoscopy OR FOBT	751.345
5	Screening behavior OR Screening intention	827.108
6	Health Beliefs OR Emotional Barriers	76.096
7	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6	41

Ξεχωριστές αναζητήσεις για κάθε πτυχή του θέματος διαπίστωσαν ότι υπήρχε μεγάλος αριθμός εργασιών που δημοσιεύτηκαν για κάθε θέμα, όταν οι αναζητήσεις συνδυάστηκαν, υπήρχαν λίγα αποτελέσματα, υποδεικνύοντας ένα κενό στη

βιβλιογραφία και υποδηλώνοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα. Εφαρμόστηκε φίλτρο γλώσσας και όριο ημερομηνίας 10 ετών στο σύνολο των αποτελεσμάτων προκειμένου να επικεντρωθεί στην πρόσφατη έρευνα, και βρέθηκε ένας συνολικός αριθμός 23 άρθρων. Τα κριτήρια ένταξης ήταν εμπειρικές μελέτες (ποσοτικές ή ποιοτικές), όπου συμμετείχαν υγιή άτομα και γινόταν εστίαση στον φόβο ή/και άγχος σχετικό με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και αναφορά σε πρόθεση προληπτικού ελέγχου ή παράγοντες που την επηρεάζουν. Μελέτες με ασθενείς που είχαν ήδη διαγνωσθεί με καρκίνο και άρθρα με εστίαση σε άλλες μορφές καρκίνου αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Η τελική επιλογή περιλαμβάνει 15 άρθρα τα οποία πληρούν πλήρως τα κριτήρια ένταξης και αποτελούν τη βάση για την κριτική ανάλυση βιβλιογραφίας που ακολουθεί στην επόμενη ενότητα.

3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Η παρούσα ενότητα επιχειρεί να αναλύσει κριτικά την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τα επίπεδα φόβου και άγχους για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό, τους παράγοντες που τα επηρεάζουν και τη σύνδεσή τους με τη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις.

Ένα κοινό μοτίβο που εντοπίζεται είναι ο ρόλος του φόβου ως ταυτόχρονα αποτρεπτικός αλλά και υποκινητικός παράγοντας. Στη μελέτη των Vrinten et al. (2015), ο φόβος για τον καρκίνο λειτούργησε τόσο ως εμπόδιο όσο και ως κίνητρο για συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι συγγραφείς επιβεβαίωσαν τη συχνότητα εμφάνισης ψυχολογικής δυσφορίας κατά τη διάρκεια ή μετά από εξετάσεις προληπτικού ελέγχου και συμπέραναν ότι η δυσφορία δεν είναι απλώς ένα επιφανόμενο, αλλά μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά σε μελλοντικές εξετάσεις (Vrinten et al., 2015). Αντίστοιχα, η συστηματική ανασκόπηση των Goodwin et al. (2023) αναδεικνύει την έννοια της προκαταβολικής ανησυχίας (anticipatory anxiety), που σχετίζεται με τον ενδεχόμενο πόνο, ντροπή ή δυσφορία κατά την εξέταση, και συχνά οδηγεί σε αποφυγή. Η προκαταβολική ανησυχία αναδείχθηκε ως κοινό εμπόδιο, ιδιαίτερα μεταξύ ατόμων που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με προληπτικό έλεγχο (Goodwin et al., 2023).

Από ποσοτική σκοπιά, η μελέτη των Wangmar et al. (2018) σε εθνικό δείγμα στη Σουηδία επιβεβαιώνει ότι αυξημένα επίπεδα άγχους σχετίζονται με μειωμένη πιθανότητα συμμετοχής. Το άγχος ήταν πιο έντονο μεταξύ των γυναικών, ατόμων που ζούσαν μόνα, και εκείνων με χαμηλή υγειονομική παιδεία. Η υγειονομική παιδεία αναδεικνύεται ως σημαντικός ενδιάμεσος μηχανισμός, αφού μπορεί να μετριάσει τις αρνητικές επιδράσεις του άγχους, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη στη διαδικασία προληπτικού ελέγχου (Wangmar et al., 2018) Οι Anderson et al. (2022) υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική δυσφορία συσχετίζεται αρνητικά με τη συμμόρφωση στον προληπτικό έλεγχο και επηρεάζει όχι μόνο το αν θα εξεταστεί κάποιος, αλλά και αξιολογεί την προσωπική του ευαλωτότητα. Άρα, η συναισθηματική κατάσταση λειτουργεί ως γνωστικό φίλτρο στην απόφαση για προληπτικό έλεγχο. (Anderson et al., 2022) Αντίστοιχα, οι Maheri et al. (2022), βασισμένοι στο μοντέλο της Θεωρίας της Προγραμματισμένης Συμπεριφοράς, τεκμηριώνουν τον ρόλο του συναισθηματικού στοιχείου στην πρόθεση για εξέταση. (Maheri, Rezapour and Didarloo, 2022)

Η ανάλυση των Christy et al. (2018) προσθέτει ότι ο φόβος για το αποτέλεσμα μπορεί να λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος ή με περιορισμένη πρόσβαση στην πληροφόρηση. Η έρευνα επίσης, παρέχει σημαντικά ποσοτικά δεδομένα για τις προθέσεις και τις συμπεριφορές γύρω από τον προληπτικό έλεγχο, τονίζοντας το χάσμα μεταξύ πρόθεσης και δράσης, και αναδεικνύοντας την ανάγκη στοχευμένων παρεμβάσεων για τη μετατροπή της πρόθεσης σε συμπεριφορά. (Christy et al., 2018) Παρόμοιες παρατηρήσεις γίνονται και από τους Cossu et al. (2018), που εξετάζουν την ψυχολογική, κοινωνική και πολιτισμική διάσταση της λήψης απόφασης. (Cossu et al., 2018)

Από πλευράς παρεμβάσεων, η μελέτη των Sheng et al. (2021) παρουσιάζει σημαντικό εύρημα: η παρακολούθηση εκπαιδευτικών βίντεο σχετικά με την κολονοσκόπηση μείωσε τα επίπεδα άγχους και αύξησε τη συμμόρφωση και την ικανοποίηση των συμμετεχόντων. Αυτό υποδεικνύει την πιθανή αξία ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τη μείωση του άγχους. (Sheng et al., 2021)

Στη μελέτη των Travis et al. (2020), πραγματοποιείται συστηματική ανασκόπηση εστιασμένη σε ομάδες χαμηλής συμμετοχής, αναδεικνύοντας τον φόβο της διάγνωσης και την αίσθηση αμηχανίας κατά την εξέταση ως βασικά εμπόδια. (Travis et al.,

2020) Παρόμοια ευρήματα εντοπίζονται και από τους Hall et al. (2016), οι οποίοι καταγράφουν την πολυπλοκότητα στη διαδικασία λήψης απόφασης για τη συμμετοχή: ο φόβος, η αίσθηση χαμηλού κινδύνου και οι καθημερινές υποχρεώσεις λειτουργούν ανταγωνιστικά στην πρόληψη. (Hall et al., 2016)

Η μελέτη των Oh et al. (2019) αποκαλύπτει τη σημασία των πολιτισμικών και γλωσσικών φραγμών στον πληθυσμό Κορεατών Αμερικανών. Η ποιοτική μεθοδολογία αποκάλυψε βαθύτερα στρώματα φόβου, προκαταλήψεων και παρανοήσεων γύρω από τον καρκίνο και τις προληπτικές πρακτικές. Ο φόβος του καρκίνου και η αδυναμία πρόσβασης σε μεταφρασμένο ή κατάλληλα στοχευμένο υλικό οδηγούν σε μειωμένα ποσοστά ελέγχου. Επιπρόσθετα, η υπερπληροφόρηση γύρω από τη διαδικασία, τις πιθανές επιπλοκές και τα στάδια εξέτασης, προκαλούσε φόβο. Αντίθετα, σαφής, συνοπτική και καθησυχαστική πληροφόρηση, που επικεντρώνεται στην πρόληψη, σχετιζόταν με μεγαλύτερη πρόθεση συμμετοχής. (Oh, Park and Jacobsen, 2019) Αυτά τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με την έρευνα των Al-Azri et al. (2017), όπου παρατηρείται σημαντική καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας στον πληθυσμό του Ομάν, λόγω άγνοιας και φόβου για τις επιπτώσεις της διάγνωσης. (Al-Azri et al., 2019)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη του Senore et al. (2017), που ανέλυσε την εμπειρία συμμετεχόντων σε δύο εναλλακτικά προγράμματα ελέγχου (εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση και αξονική κολονογραφία). Οι αντιδράσεις των συμμετεχόντων συχνά περιλάμβαναν άγχος πριν την εξέταση, αλλά και αίσθημα ανακούφισης μετά. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η εμπειρία μπορεί να μετασχηματίσει τη στάση απέναντι στον προληπτικό έλεγχο. (Senore et al., 2018)

Στη μελέτη των Hamer-Kiwacz et al. (2025), που αποτελεί συστηματική ανασκόπηση, εντοπίζονται οργανωτικά και ψυχολογικά εμπόδια για τη χρήση του τεστ κοπράνων (FIT). Η έλλειψη γνώσης, η ντροπή και ο φόβος επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση συμμετοχής, ενώ η σαφής καθοδήγηση ενισχύει τη συμμόρφωση. Αν και δεν εστιάζει αμιγώς στον φόβο, αναγνωρίζει τη διστακτικότητα λόγω άγνοιας και αμφιβολιών, παράγοντες που συχνά συνδέονται με άγχος. (Hamer-Kiwacz et al., 2024)

Η σημασία της σωστής πληροφόρησης αναδεικνύεται και από τη μελέτη των Maheri et al. (2022), οι οποίοι, μέσω του θεωρητικού πλαισίου της Θεωρίας της

Προγραμματισμένης Συμπεριφοράς, έδειξαν ότι η αντίληψη ελέγχου και οι συναισθηματικές πεποιθήσεις (όπως ο φόβος ή η ανησυχία) είναι καίριοι προβλεπτικοί παράγοντες για την πρόθεση συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο. Οι ψυχολογικές μεταβλητές φαίνεται να διαμεσολαβούν μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της συμπεριφοράς υγείας. (Maheri, Rezapour and Didarlo, 2022)

Συμπληρωματικά, οι Cossu et al. (2018) παρουσιάζουν τον ρόλο του κοινωνικού πλαισίου και της υποστήριξης από επαγγελματίες υγείας ως μέσα ενίσχυσης της εμπιστοσύνης και μείωσης του άγχους. Ο διάλογος με τον γιατρό και η εξήγηση της διαδικασίας φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στο άγχος. (Cossu et al., 2018)

Το άρθρο των Travis et al. (2022) εμβαθύνει στις απόψεις τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας για την κολονοσκόπηση. Η μελέτη ανέδειξε το άγχος ως βασικό εμπόδιο για την προσέλευση στην κολονοσκόπηση, με τους συμμετέχοντες να εκφράζουν ανησυχία για πόνο, ντροπή ή και ταυτοποίηση με τη λέξη «καρκίνος». Επίσης, οι ασθενείς περιγράφουν φόβο επιπλοκών, ενώ οι επαγγελματίες εστιάζουν στην ανάγκη καθοδήγησης και επικοινωνίας. Το χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων δείχνει ότι η ψυχολογική προσέγγιση των ασθενών αποτελεί ζητούμενο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. (Travis et al., 2022)

Το ζήτημα του καρκινοφοβικού τύπου προσωπικότητας προσεγγίζεται από τους Christy et al. (2018), που καταγράφουν υψηλά επίπεδα ανησυχίας για τον καρκίνο, ακόμα και σε άτομα που συμμετείχαν σε παρεμβατικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησης. Η ανησυχία αυτή, ενώ συχνά συνοδεύεται από αυξημένο κίνητρο, μπορεί να λειτουργήσει και ως αποτρεπτικός παράγοντας αν δεν υποστηριχθεί καταλλήλως. (Christy et al., 2018)

Σημαντικά είναι και τα ευρήματα των Hall et al. (2016), που μέσω ποιοτικής μεθόδου αναδεικνύουν την ύπαρξη ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων. Πολλοί συμμετέχοντες τοποθετούν τη φροντίδα της υγείας σε χαμηλότερη θέση σε σχέση με οικονομικά ή οικογενειακά ζητήματα, ακόμη κι όταν υπάρχει φόβος για σοβαρή διάγνωση. Αυτό υποδεικνύει την ανάγκη σύνθετης προσέγγισης στην αλλαγή συμπεριφοράς. (Hall et al., 2016)

Η ανασκόπηση αναδεικνύει ότι ο φόβος και το άγχος σχετίζονται με τον προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου με πολύπλευρους τρόπους: μπορούν να λειτουργήσουν είτε κινητοποιητικά είτε ανασταλτικά, ανάλογα με τα συνοδευτικά ψυχολογικά, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

Οι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και το οικογενειακό ιστορικό φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ένταση και την κατεύθυνση του φόβου. Άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση ή με συγγενείς που έχουν νοσήσει από καρκίνο εμφανίζουν συχνά ενημερωμένο φόβο που οδηγεί σε δράση, ενώ άλλοι βιώνουν παραλυτικό άγχος που συνοδεύεται από αποφυγή.

Ο ρόλος της πληροφόρησης και της επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας αναδεικνύεται ως καθοριστικός για τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων. Οι μελέτες συμφωνούν ότι η ενεργητική και εξατομικευμένη προσέγγιση από τους παρόχους φροντίδας μειώνει τον φόβο και αυξάνει την πρόθεση συμμετοχής.

Τέλος, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του άγχους μέσω εκπαίδευσης, όπως εκπαιδευτικά βίντεο ή ενημερωτικά υλικά, φαίνεται να έχουν θετικά αποτελέσματα. Η παρούσα ανασκόπηση υποδεικνύει την ανάγκη για περισσότερη έρευνα σε διαφορετικά κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια, καθώς και για σχεδιασμό παρεμβάσεων που να συνδυάζουν ψυχολογική υποστήριξη με κατάλληλη ενημέρωση.

3.4. Το ερευνητικό κενό

Η παρούσα κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε ότι, παρόλο που η σχέση μεταξύ του φόβου, του άγχους και της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει απασχολήσει ερευνητικά την τελευταία δεκαετία, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά κενά τα οποία καθιστούν απαραίτητη την περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος. Ένα από τα βασικότερα κενά αφορά την έλλειψη μελετών που να επικεντρώνονται στον γενικό, υγιή πληθυσμό. Οι περισσότερες υπάρχουσες έρευνες εξετάζουν ειδικούς πληθυσμούς, όπως εθνοτικές μειονότητες, μετανάστες ή ήδη διαγνωσμένους ασθενείς, περιορίζοντας έτσι την ικανότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε ευρύτερες πληθυσμιακές ομάδες.

Επιπλέον, ενώ το άγχος και ο φόβος αναγνωρίζονται ευρέως ως παράγοντες που αποτρέπουν τη συμμετοχή στον προληπτικό έλεγχο, λίγες μελέτες εστιάζουν συστηματικά στον τρόπο με τον οποίο οι ψυχολογικές αυτές παράμετροι επηρεάζουν την πρόθεση των ατόμων να υποβληθούν σε σχετικές εξετάσεις. Η βιβλιογραφία δίνει έμφαση στην αναφορά των εμποδίων, αλλά σπανίως επιχειρεί μια εμπειρική διερεύνηση του βαθμού στον οποίο ο φόβος, το άγχος και η αβεβαιότητα συνδέονται με τη λήψη αποφάσεων στον προληπτικό έλεγχο, ιδιαίτερα για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Επιπρόσθετα, στις ποσοτικές μελέτες που εντοπίστηκαν, παρατηρείται έλλειψη κοινής χρήσης εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων που να μετρούν με ακρίβεια τον φόβο του πόνου, το άγχος που σχετίζεται με τον πόνο ή την δυσανεξία στην αβεβαιότητα. Τέτοια εργαλεία, όπως το Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FOP-30), η Κλίμακα Συμπτωμάτων Άγχους που Σχετίζεται με τον Πόνο (PASS-20) ή η Κλίμακα Δυσανοχής στην Αβεβαιότητα (IUS-12), δεν έχουν αξιοποιηθεί συνδυαστικά στο συγκεκριμένο πλαίσιο.

Τέλος, η πλειοψηφία των ερευνών ακολουθεί ποιοτικά ή περιγραφικά σχέδια, περιορίζοντας τις δυνατότητες εντοπισμού σχέσεων μεταξύ μεταβλητών όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό και οι ψυχολογικές παραμέτρους που σχετίζονται με τον φόβο και την πρόθεση για προληπτικό έλεγχο. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη διεξαγωγή ερευνών με συστηματικό ποσοτικό σχεδιασμό, ώστε να αναδειχθούν πιθανές αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης.

Συνοψίζοντας, η παρούσα ερευνητική εργασία φιλοδοξεί να συμβάλει στην κάλυψη των παραπάνω ελλείψεων, εστιάζοντας στον υγιή πληθυσμό και διερευνώντας, μέσω αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων, τον τρόπο με τον οποίο ο φόβος, το άγχος και η δυσανεξία στην αβεβαιότητα επηρεάζουν την πρόθεση συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Κεφάλαιο 4ο: Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1. Επιστημολογία

Η φιλοσοφία της έρευνας αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο σε κάθε τύπο έρευνας, είτε αφορά τις κοινωνικές είτε τις φυσικές επιστήμες, προσφέρει τα θεμέλια της θεωρητικής σκέψης, λειτουργεί ως μέθοδος κατανόησης, τρόπος θέασης του κόσμου και μέσο αυτογνωσίας και περιλαμβάνει τις έννοιες της επιστημολογίας και της οντολογίας, οι οποίες καθοδηγούν τον ερευνητή στην επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας και των μεθόδων που θα εφαρμόσει στη μελέτη του (Aliyu et al., 2015; Moon and Blackman, 2017). Όλα αυτά συμβάλλουν στην κατανόηση της πραγματικότητας και καθοδηγούν τον σχεδιασμό, την εκτέλεση, την ανάλυση και την ερμηνεία της έρευνας και των αποτελεσμάτων της. (Moon and Blackman, 2017)

Η οντολογία είναι ένας κλάδος της φιλοσοφίας που ασχολείται με την μελέτη της φύσης της πραγματικότητας και της ύπαρξης. Ουσιαστικά, η οντολογία εξετάζει το «τι υπάρχει» και «τι είδους πραγματικότητα υπάρχει». Από την άλλη πλευρά, η επιστημολογία ασχολείται με το πώς γνωρίζουμε αυτά που υπάρχουν, δηλαδή με τη φύση της γνώσης και τα μέσα με τα οποία αποκτούμε και επικυρώνουμε τη γνώση μας για τον κόσμο. Εξετάζει ερωτήματα όπως: «Πώς μπορούμε να είμαστε βέβαιοι για αυτά που γνωρίζουμε;», «Ποιες είναι οι πηγές της γνώσης;», και «Πώς μπορούμε να δικαιολογήσουμε τις γνώμες μας». Έτσι, η οντολογία και η επιστημολογία είναι αλληλένδετες αλλά διαφορετικές: η μια ασχολείται με το «τι υπάρχει», και η άλλη με το «πώς γνωρίζουμε αυτό που υπάρχει». (Sol and Heng, 2022)

Οι διαφορετικές φιλοσοφικές θέσεις που αφορούν την οντολογία και την επιστημολογία έχουν ουσιώδη επιρροή στην επιλογή των ερευνητικών μεθόδων και ερωτημάτων. Συγκεκριμένα, η οντολογία, που αφορά την φύση της πραγματικότητας και του τι μπορεί να γνωρίζεται, και η επιστημολογία, που ασχολείται με τον τρόπο που αποκτούμε γνώση, καθορίζουν κατά πόσο η έρευνα επικεντρώνεται σε ποσοτικά ή ποιοτικά δεδομένα. Οι ποσοτικές προσεγγίσεις βασίζονται στη φιλοσοφία του θετικισμού, η οποία πιστεύει ότι η αλήθεια είναι αντικειμενική και μπορεί να ανακαλυφθεί μέσω επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και πειραμάτων. Αυτές οι προσεγγίσεις αποβλέπουν στη διαλεύκανση αιτιακών σχέσεων, με παραδοχές ότι μπορούν να μετρηθούν, να γενικευθούν και να αποδειχθούν επιστημονικά αξιόπιστες.

Τα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν την ικανότητα να συλλέγουν αριθμητικά δεδομένα που είναι εύκολα στην ανάλυση και τη δυνατότητα ευρείας εφαρμογής. Ωστόσο, έχουν περιορισμούς, όπως η δυσκολία στην αποτύπωση πολύπλοκων κοινωνικών φαινομένων και η πιθανή απώλεια περιεχομένου. (Berryman, 2019) Αντιθέτως, οι ποιοτικές προσεγγίσεις εστιάζουν στην κατανόηση του νοήματος, των εμπειριών και των κοινωνικών κατασκευών. Βασίζονται στη φιλοσοφία του ερμητισμού και του κατασκευασισμού, και θεωρούν πως η πραγματικότητα είναι πολυδιάστατη και κοινωνικά κατασκευασμένη. Τα πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης είναι η δυνατότητα να αποκτήσουν βαθύτερη κατανόηση των ανθρώπινων εμπειριών και των φαινομένων σε ένα φυσικό πλαίσιο. Ωστόσο, είναι πιο χρονοβόρες και οι γενικεύσεις είναι περιορισμένες. (Berryman, 2019)

Η επιστημολογία προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουμε την έρευνα και ποιες μεθόδους θεωρούμε κατάλληλες για την απόκτηση γνώσης. Διακρίνεται σε διάφορες προσεγγίσεις, όπως η θετικιστική, η μετα- ή νεοθετικιστική, η σχετικιστική/ερμηνευτική και η κριτική/συμμετοχική επιστημολογία. (Μαντζούκας, 2007; Bleiker et al., 2019)

Η **θετικιστική** προσέγγιση βλέπει τη γνώση ως αντικειμενική και μετρήσιμη. Υποστηρίζει ότι η πραγματικότητα είναι ανεξάρτητη από το άτομο και πως η επιστήμη πρέπει να χρησιμοποιεί παρατηρήσεις, πειράματα και ποσοτικά δεδομένα για να επαληθεύσει τις θεωρίες της. Η γνώση εδώ βασίζεται σε αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία και πειραματισμό. (Sol and Heng, 2022)

Η **μετα- ή νεοθετικιστική** προσέγγιση διατηρεί αρκετές αρχές του θετικισμού, όπως η αναζήτηση αντικειμενικότητας και η χρήση ποσοτικών μεθόδων, αλλά αναγνωρίζει πως η πλήρης ουδετερότητα του ερευνητή είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Ο ερευνητής και το αντικείμενο της μελέτης θεωρούνται δύο ανεξάρτητες οντότητες. Θεωρεί ότι η πραγματικότητα μπορεί να μελετηθεί επιστημονικά, αλλά αποδέχεται ότι η γνώση είναι πιθανολογική και όχι απόλυτη. Περιλαμβάνει συνήθως μεικτές μεθόδους και δίνει έμφαση στην αξιοπιστία και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, καθώς περιλαμβάνει ποσοτικές έρευνες και τη χρήση ερωτηματολογίων για την ανάλυση των δεδομένων μέσω κλιμάκων και πινάκων (Μαντζούκας, 2007).

Η **σχετικιστική/ερμηνευτική** επιστημολογία τονίζει ότι η πραγματικότητα είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και υποκειμενική. Οι ερευνητές εστιάζουν στην

κατανόηση των νοημάτων, των εμπειριών και των ερμηνειών των ανθρώπων και συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία παραγωγής γνώσης. Η έρευνα εστιάζει στη βάθους κατανόηση και στη νοηματοδότηση των φαινομένων. Χρησιμοποιούνται κυρίως ποιοτικές μέθοδοι, όπως συνεντεύξεις και παρατηρήσεις, και η γνώση θεωρείται υποκειμενική και ερμηνευτική. (Μαντζούκας, 2007; Sol and Heng, 2022)

Τέλος, η **κριτική/συμμετοχική** επιστημολογία δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη φιλοσοφική θέση σχετικά με την πραγματικότητα ή τη γνώση. Αντίθετα, εστιάζει στο τι λειτουργεί στην πράξη και επιδιώκει την ευελιξία, συνδυάζοντας διαφορετικές μεθόδους (ποσοτικές και ποιοτικές) ανάλογα με το ερευνητικό θέμα. Θεωρεί ότι η γνώση δεν είναι ουδέτερη αλλά συνδέεται με κοινωνικές, πολιτικές και πολιτισμικές δυνάμεις. Επιδιώκει την κοινωνική αλλαγή και ενδυνάμωση των συμμετεχόντων, δίνοντας φωνή σε περιθωριοποιημένες ομάδες. Η έρευνα πραγματοποιείται σε συνεργασία με τους συμμετέχοντες και όχι απλώς "πάνω" σε αυτούς. Δίνει έμφαση στη κριτική ανάλυση της εξουσίας και των ανισοτήτων. Η γνώση θεωρείται εργαλείο για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων και όχι απόλυτη αλήθεια. (Sol and Heng, 2022)

Στην ερευνητική διαδικασία, η θεωρητική βάση, οι ερωτήσεις και οι στόχοι της έρευνας αντιστοιχούν στις μεθόδους και στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Οι επιλογές σχετικά με την φιλοσοφική θεμελίωση οδηγούν και διαπερνούν τις αποφάσεις για τη μεθοδολογία και τη πρακτική εφαρμογή και όλες οι πτυχές, όπως η συλλογή δεδομένων, η ανάλυση και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, είναι συμβατές μεταξύ τους. Με άλλα λόγια, οι επιλογές που γίνονται σε κάθε βήμα της ερευνητικής διαδικασίας δεν είναι αποσπασματικές ή αντίθετες μεταξύ τους, αλλά λειτουργούν ως μέρος μιας ενιαίας, συνεκτικής και εσωτερικά λογικής δομής. Αυτό βοηθά στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνας, καθώς δείχνει ότι όλες οι πλευρές της δουλειάς έχουν μια κοινή, συνεπή θεμελίωση. (Carter and Little, 2007)

Στην παρούσα έρευνα ακολουθείται η επιστημολογία του Μετα - Νέοθετικισμού. Η μεταθετικιστική προσέγγιση αναγνωρίζει ότι, ενώ υπάρχει μια αντικειμενική πραγματικότητα, η κατανόησή μας για αυτήν είναι πάντα μερική και επηρεάζεται από τις προκαταλήψεις και τις εμπειρίες μας. Αυτό την καθιστά κατάλληλη για τη μελέτη ψυχολογικών φαινομένων, όπως ο φόβος και το άγχος, τα οποία είναι υποκειμενικά και επηρεάζονται από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Στο πλαίσιο της

μεταθετικιστικής επιστημολογίας, χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές μέθοδοι, όπως ερωτηματολόγια και στατιστικές αναλύσεις, για την εξέταση της σχέσης μεταξύ του φόβου, του άγχους και της πρόθεσης συμμετοχής σε προληπτικό έλεγχο. Η υιοθέτηση της μεταθετικιστικής επιστημολογίας επιτρέπει τον συνδυασμό της αναζήτησης γενικεύσιμων ευρημάτων με την αναγνώριση της πολυπλοκότητας και της υποκειμενικότητας των ανθρώπινων εμπειριών, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη μελέτη του θέματος.

4.2. Μεθοδολογία

Ο φιλοσοφικός προσανατολισμός ενός ερευνητή επηρεάζει καθοριστικά τη διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτημάτων, καθώς διαμορφώνει την αντίληψή του για την πραγματικότητα και, κατά συνέπεια, καθορίζει αν η έρευνα θα επικεντρώνεται σε υποκειμενικές εμπειρίες και κοινωνικές κατασκευές ή στη μέτρηση και την ανίχνευση αιτιακών σχέσεων, επηρεάζοντας άμεσα τη συνολική κατεύθυνση και το πλαίσιο της μελέτης. (Berryman, 2019) Η μεθοδολογία είναι μια θεωρία για το πώς πρέπει να προχωρήσει η έρευνα και ο ερευνητής, καλείται να επιλέξει ανάμεσα σε ποσοτική, ποιοτική ή μικτή ερευνητική προσέγγιση, ανάλογα με τη φύση του ερευνητικού ερωτήματος που διερευνά. (Hyer, 2024) Η εσωτερική συνοχή ανάμεσα στο θεωρητικό πλαίσιο, τη μεθοδολογία και τις επιμέρους μεθόδους είναι ζωτικής σημασίας, καθώς διασφαλίζει ότι η έρευνα είναι ορθολογικά δομημένη, αξιόπιστη και ευανάγνωστη, ενισχύοντας συνολικά την ποιότητά της. (Carter and Little, 2007)

Οι ποσοτικές προσεγγίσεις στηρίζονται στη θετικιστική φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία η αντικειμενική αλήθεια μπορεί να ανακαλυφθεί μέσω επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και πειραμάτων. Επιδιώκουν την κατανόηση αιτιακών σχέσεων, με την παραδοχή ότι τα φαινόμενα μπορούν να μετρηθούν, να γενικευθούν και να τεκμηριωθούν με επιστημονική αξιοπιστία και εγκυρότητα, καθώς και εντοπίζουν σχέσεις ανάμεσα σε μεταβλητές, συνήθως συγκρίνοντας ομάδες ή αποκρίσεις, και τα διερευνούν με ποσοτικές μεθόδους όπως τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και ερωτηματολόγια κλειστού τύπου. Παρέχουν τη δυνατότητα συλλογής αριθμητικών δεδομένων που διευκολύνουν την ανάλυση και την ευρύτερη εφαρμογή, αλλά υστερούν στην αποτύπωση πολύπλοκων κοινωνικών φαινομένων, συχνά

παραλείποντας το νοηματικό τους πλαίσιο. (Berryman, 2019; Enas A. A., Islam and Tahani R. K., 2021) Επίσης, τονίζεται ότι η ποσοτική έρευνα είναι κατάλληλη για την περιγραφή τάσεων και την αναγνώριση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών και ότι απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, επιλογή κατάλληλων δειγμάτων και ανάλυση για την διασφάλιση αξιοπιστων και γενικεύσιμων αποτελεσμάτων. (Hyer, 2024)

Αντίθετα, οι ποιοτικές προσεγγίσεις – εθνογραφία, θεμελιωμένη θεωρία, κ.α. - εστιάζουν στην ερμηνεία εμπειριών, νοημάτων και κοινωνικών κατασκευών, βασιζόμενες στον ερμηνευτισμό και τον κοινωνικό κατασκευαστισμό. Θεωρούν ότι η πραγματικότητα είναι πολυεπίπεδη και διαμορφώνεται κοινωνικά. Παρέχουν εις βάθος κατανόηση ανθρώπινων εμπειριών και κινήτρων μέσα στο φυσικό τους πλαίσιο, αλλά απαιτούν περισσότερο χρόνο και δεν προσφέρονται εύκολα για γενικεύσεις ή αντικειμενική μέτρηση. Η έρευνα βασίζεται σε ανοιχτές ερωτήσεις και ανάλυση κειμένων· εντοπίζει θέματα και μοτίβα, ενώ τεκμηριώνεται με έννοιες όπως αξιοπιστία, εγκυρότητα και επιβεβαιωσιμότητα. Οι ποιοτικοί ερευνητές αναγνωρίζουν ρητά τη θεωρητική τους τοποθέτηση και τη σχέση τους με τους συμμετέχοντες, υιοθετώντας μια πιο συμμετοχική και ενσυνείδητη στάση απέναντι στη διαδικασία παραγωγής γνώσης. (Berryman, 2019; Enas A. A., Islam and Tahani R. K., 2021)

Η ποσοτική έρευνα κατατάσσεται, ανάλογα με τη μεθοδολογική της προσέγγιση, σε τέσσερις κύριες κατηγορίες: περιγραφική, μελέτη συσχέτισης, αιτιακή- συγκριτική και πειραματική: (Duckett, 2021; McCombes, 2021; Slater and Hasson, 2024; SurveyMonkey, 2025)

1. **Περιγραφική έρευνα (Descriptive research):** Ασχολείται με την καταγραφή και περιγραφή του τρέχοντος καθεστώτος ενός φαινομένου. Χρησιμοποιείται για να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως "τι", "πού", "πότε" και "πώς", χωρίς να διερευνά το "γιατί". Συχνές μέθοδοι περιλαμβάνουν ερωτηματολόγια, παρατηρήσεις και μελέτες περίπτωσης.
2. **Συσχετιστική έρευνα (Correlational research):** Εξετάζει τη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών για να διαπιστώσει εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Δεν καθορίζει αιτιακές σχέσεις, αλλά μπορεί να υποδείξει πιθανές συνδέσεις που αξίζουν περαιτέρω διερεύνηση, χωρίς την παρέμβαση του ερευνητή.

3. **Αιτιακή-συγκριτική έρευνα (Causal-comparative research):** Επιδιώκει να εντοπίσει αιτιακές σχέσεις μεταξύ μεταβλητών, συγκρίνοντας δύο ή περισσότερες ομάδες που διαφέρουν ως προς έναν παράγοντα. Δεν περιλαμβάνει τυχαιοποίηση, γεγονός που περιορίζει την ικανότητα εξαγωγής οριστικών συμπερασμάτων.
4. **Πειραματική έρευνα (Experimental research):** Χαρακτηρίζεται από την τυχαιοποίηση των συμμετεχόντων και τον πλήρη έλεγχο των μεταβλητών για να εξεταστεί η αιτιακή σχέση μεταξύ τους. Αποτελεί την πιο ισχυρή μέθοδο για τον καθορισμό αιτιότητας, αλλά απαιτεί αυστηρό σχεδιασμό και έλεγχο.

Πίνακας 2 Συγκριτικών Χαρακτηριστικών Ποσοτικών Μεθοδολογιών

Τύπος Έρευνας	Σκοπός / Εστίαση	Μέθοδοι / Χαρακτηριστικά	Περιορισμοί
Περιγραφική Έρευνα	Καταγραφή και περιγραφή φαινομένων	Ερωτηματολόγια, παρατηρήσεις, μελέτες περίπτωσης	Δεν διερευνά τα αίτια
Συσχετιστική Έρευνα	Εξέταση σχέσης μεταξύ μεταβλητών	Ανάλυση στατιστικών συσχετίσεων, Ευκολότερη υλοποίηση, μεγάλη κάλυψη, κατάλληλη για πρόωμη διερεύνηση	Δεν αποδεικνύει αιτιακές σχέσεις, κίνδυνος παρερμηνείας
Αιτιακή-Συγκριτική Έρευνα	Σύγκριση ομάδων για εντοπισμό αιτιακών σχέσεων	Σύγκριση ομάδων χωρίς τυχαιοποίηση, Πιο ρεαλιστική εφαρμογή σε πραγματικά πλαίσια, λιγότερο κόστος	Περιορισμένη ικανότητα εξαγωγής οριστικών συμπερασμάτων, Λιγότερη εσωτερική εγκυρότητα, αυξημένος κίνδυνος μεροληψίας
Πειραματική Έρευνα	Εξέταση αιτιακών	Τυχαιοποίηση, αυστηρός	Απαιτεί αυστηρό σχεδιασμό,

σχέσεων με έλεγχο και τυχαιοποίηση	έλεγχος μεταβλητών, Υψηλή εσωτερική εγκυρότητα, δυνατότητα γενίκευσης	μπορεί να είναι δαπανηρή, όχι πάντα ηθικά εφικτό
--	---	---

Πηγή: Duckett, 2021; McCombes, 2021; Slater and Hasson, 2024; SurveyMonkey, 2025

Η ποσοτική μεθοδολογία για την παρούσα έρευνα αποτελεί την πλέον κατάλληλη επιλογή διότι βασίζεται στην ανάγκη για αντικειμενική και μετρήσιμη αξιολόγηση του φόβου και του άγχους που σχετίζονται με τον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. (Wangmar et al., 2018; Kim et al., 2022) Η καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση είναι η συγχρονική μελέτη (*cross-sectional study*). Αυτή η μέθοδος επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, με στόχο την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του φόβου, του άγχους και της πρόθεσης συμμετοχής σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, διευκολύνοντας τη στατιστική ανάλυση και την εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων. (Chad-Friedman et al., 2017) Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την κατανόηση της έκτασης και της έντασης των συναισθημάτων αυτών στον γενικό πληθυσμό, καθώς και για την ταυτοποίηση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις. (Vrinten et al., 2015; Wangmar et al., 2018)

Η συγχρονική μεθοδολογική προσέγγιση, μέσω της χρήσης αξιόπιστων και έγκυρων σταθμισμένων εργαλείων, όπως ερωτηματολόγια και κλίμακες αξιολόγησης, καθίσταται κατάλληλη για τη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά υγείας, όπως η πρόθεση για προληπτικό έλεγχο καρκίνου του παχέος εντέρου (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015). Ιδιαίτερα, ο σχεδιασμός συγχρονικής μελέτης προσφέρει μια αποτελεσματική και οικονομική προσέγγιση, καθώς επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα από μεγάλο δείγμα πληθυσμού, μειώνοντας τον κίνδυνο απώλειας συμμετεχόντων και διευκολύνοντας τη διαχείριση της έρευνας (Levin, 2006; Wang & Cheng, 2020) Παρά τους περιορισμούς της, προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων και την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Ο αποκλεισμός άλλων μεθοδολογικών επιλογών βασίζεται σε θεωρητικά και πρακτικά κριτήρια που σχετίζονται με τους στόχους και τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας. Οι μακροχρόνιες μελέτες, παρότι προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για την εξέλιξη των μεταβλητών με την πάροδο του χρόνου, απαιτούν σημαντικούς πόρους και μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που τις καθιστά λιγότερο εφαρμόσιμες όταν υπάρχουν χρονικοί και οικονομικοί περιορισμοί (Caruana et al., 2015). Από την άλλη πλευρά, οι πειραματικές μελέτες συνεπάγονται ενεργές παρεμβάσεις, οι οποίες, στην περίπτωση ψυχολογικών μεταβλητών όπως ο φόβος ή το άγχος, ενδέχεται να δημιουργήσουν ηθικά διλήμματα και πρακτικές δυσκολίες, ιδίως σε μη κλινικά πλαίσια (Gravetter & Forzano, 2018). Τέλος, η μελέτη περιπτώσεων-μαρτύρων είναι πιο κατάλληλη για τη διερεύνηση σπάνιων ασθενειών ή καταστάσεων, και επομένως δεν ευθυγραμμίζεται με τον στόχο της παρούσας μελέτης που επικεντρώνεται στην εκτίμηση της επικράτησης και των συσχετίσεων σε ευρύτερο πληθυσμιακό επίπεδο (Song & Chung, 2010).

4.3. Δειγματοληπτική Τεχνική

Στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας, η επιλογή της κατάλληλης δειγματοληπτικής τεχνικής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εγκυρότητα, αξιοπιστία και δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Οι δειγματοληπτικές μέθοδοι διακρίνονται σε πιθανολογικές (probability sampling) και μη πιθανολογικές (non-probability sampling). Οι πιθανολογικές τεχνικές, όπως η απλή τυχαία, η συστηματική, η στρωματοποιημένη και η δειγματοληψία κατά συστάδες, προσφέρουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό, καθώς κάθε μέλος του πληθυσμού έχει γνωστή και ίση πιθανότητα επιλογής (Creswell & Creswell, 2018; Wang and Cheng, 2020)

Αντίθετα, οι μη πιθανολογικές τεχνικές, όπως η δειγματοληψία ευκολίας, η σκοπούμενη (purposive), η χιονοστιβάδας και η ποσοστιαία, χρησιμοποιούνται όταν η πρόσβαση στον συνολικό πληθυσμό είναι περιορισμένη ή όταν απαιτείται η εστίαση σε ειδικές υποομάδες. Αν και δεν επιτρέπουν αυστηρή γενίκευση, θεωρούνται χρήσιμες και συχνά απαραίτητες σε εφαρμοσμένες κοινωνικές και ψυχολογικές έρευνες. (Wang and Cheng, 2020)

Πίνακας 3 Είδη Ποσοτικής Δειγματοληψίας

Τεχνική Δειγματοληψίας	Περιγραφή	Πλεονεκτήματα	Περιορισμοί
Απλή Τυχαία Δειγματοληψία	Κάθε μέλος του πληθυσμού έχει ίση πιθανότητα επιλογής.	Υψηλή αντικειμενικότητα, εύκολη ανάλυση.	Απαιτεί πλήρη κατάλογο πληθυσμού, μπορεί να είναι δαπανηρή.
Στρωματοποιημένη Δειγματοληψία	Ο πληθυσμός διαιρείται σε στρώματα και γίνεται τυχαία επιλογή από κάθε στρώμα.	Εξασφαλίζει εκπροσώπηση υποομάδων, αυξάνει την ακρίβεια.	Απαιτεί γνώση των στρωμάτων, πιο πολύπλοκη διαδικασία.
Συστηματική Δειγματοληψία	Επιλογή κάθε νιοστού ατόμου από μια λίστα μετά από τυχαίο σημείο εκκίνησης.	Απλή εφαρμογή, κατάλληλη για μεγάλους πληθυσμούς.	Κίνδυνος μεροληψίας αν υπάρχει περιοδικότητα στη λίστα.
Δειγματοληψία κατά Συστάδες	Ο πληθυσμός διαιρείται σε συστάδες και επιλέγονται τυχαία ολόκληρες συστάδες.	Μειώνει το κόστος και τον χρόνο, και τον χρόνο, χρήσιμη για γεωγραφικά διασκορπισμένους πληθυσμούς.	Υψηλότερο σφάλμα δειγματοληψίας αν οι συστάδες δεν είναι ομοιογενείς.
Δειγματοληψία Ευκολίας	Επιλογή ατόμων που είναι εύκολα προσβάσιμα στον ερευνητή.	Γρήγορη και οικονομική, κατάλληλη για προκαταρκτικές μελέτες.	Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας, περιορισμένη γενικευσιμότητα.
Δειγματοληψία Ποσόστωση κατά	Ο πληθυσμός διαιρείται σε κατηγορίες και επιλέγεται δείγμα με βάση προκαθορισμένες ποσοστώσεις.	Εξασφαλίζει εκπροσώπηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών.	Δεν είναι τυχαία, κίνδυνος μεροληψίας.
Δειγματοληψία Σκοπιμότητας	Επιλογή ατόμων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που θεωρούνται αντιπροσωπευτικά	Εστιασμένη σε συγκεκριμένες ομάδες, χρήσιμη για ειδικές περιπτώσεις.	Υποκειμενική επιλογή, περιορισμένη γενικευσιμότητα.

Δειγματοληψία Χιονοστιβάδας	Οι συμμετέχοντες προτείνουν άλλους συμμετέχοντες.	Χρήσιμη δύσκολα προσβάσιμους πληθυσμούς.	για Κίνδυνος μεροληψίας, μη αντιπροσωπευτικό δείγμα.
--------------------------------	--	---	---

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα (Wang and Cheng, 2020; McCombes, 2023) στην παρούσα μελέτη, η οποία εξετάζει τον φόβο και το άγχος που σχετίζονται με τον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Η έλλειψη πρόσβασης σε πλήρη κατάλογο του πληθυσμού-στόχου και οι περιορισμένοι πόροι καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή πιθανοκρατικών μεθόδων δειγματοληψίας. Επιπλέον, η δειγματοληψία ευκολίας επιτρέπει τη γρήγορη συγκέντρωση πληροφοριών, διευκολύνοντας την έγκαιρη ανάλυση και εξαγωγή συμπερασμάτων. (Wang and Cheng, 2020; Stewart, 2025) Η επιλογή της τεχνικής της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) στην παρούσα μελέτη δεν έγινε αυθαίρετα, αλλά βασίστηκε σε ουσιαστικά κριτήρια, αφού συνεκτιμήθηκαν οι εναλλακτικές δειγματοληπτικές τεχνικές και οι περιορισμοί που συνδέονται με την εφαρμογή τους στο συγκεκριμένο ερευνητικό πλαίσιο. Παρότι η δειγματοληψία ευκολίας παρουσιάζει σαφή μειονεκτήματα, κυρίως ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων και τον αυξημένο κίνδυνο μεροληψίας (Etikan, Musa & Alkassim, 2016), αποτελεί μία ρεαλιστική και λειτουργικά κατάλληλη επιλογή για ερευνητικές προσπάθειες με περιορισμένο χρόνο, πόρους και πρόσβαση στον γενικό πληθυσμό, όπως είναι μια μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία.

Άλλες δειγματοληπτικές μέθοδοι κρίθηκαν μη εφαρμόσιμες λόγω πρακτικών περιορισμών. Οι πιθανοκρατικές τεχνικές, όπως η απλή τυχαία, η συστηματική, η στρωματοποιημένη και η δειγματοληψία κατά συστάδες, απαιτούν πλήρη καταλόγους του πληθυσμού και σημαντικούς πόρους για την εφαρμογή τους, γεγονός που δεν ήταν εφικτό στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας. (Creswell & Creswell, 2022) Επιπλέον, οι μη πιθανοκρατικές μέθοδοι, όπως η δειγματοληψία σκοπιμότητας και η χιονοστιβάδας, ενέχουν κινδύνους μεροληψίας και περιορισμένης γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων. (McCombes, 2023) Λαμβάνοντας υπόψη τους χρονικούς και οικονομικούς περιορισμούς, καθώς και την ανάγκη για άμεση πρόσβαση σε συμμετέχοντες, η δειγματοληψία ευκολίας κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη επιλογή, παρά τους αναγνωρισμένους περιορισμούς της. (Stewart, 2025)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η δειγματοληψία ευκολίας θεωρήθηκε η πλέον κατάλληλη και εφαρμόσιμη επιλογή. Παρόλο που δεν εξασφαλίζει αντιπροσωπευτικότητα, μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά σε διερευνητικές μελέτες, όπως η παρούσα, οι οποίες αποσκοπούν στην αρχική αποτύπωση συσχετίσεων και στην εξαγωγή υποθέσεων για μελλοντική έρευνα με αυστηρότερη μεθοδολογική σχεδίαση (Saunders, Lewis and Thornhill, 2019).

Η επιλογή της δειγματοληψίας ευκολίας προέκυψε ως αποτέλεσμα ρεαλιστικής εκτίμησης των περιορισμών του ερευνητικού πλαισίου. Στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, οι διαθέσιμοι άνθρωποι, χρονικοί και οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι. Η τεχνική αυτή επιτρέπει την άμεση και εύκολη πρόσβαση σε συμμετέχοντες, διευκολύνοντας τη συλλογή επαρκούς αριθμού δεδομένων εντός του προβλεπόμενου χρονοδιαγράμματος.

Παρόλο που η δειγματοληψία ευκολίας ενέχει περιορισμούς ως προς τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων και τον κίνδυνο συστηματικής μεροληψίας (sampling bias), μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλη για διερευνητικές μελέτες (exploratory research), όπου ο στόχος είναι η προκαταρκτική κατανόηση σχέσεων ή τάσεων και όχι η εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων για το σύνολο του πληθυσμού (Etikan et al., 2016; Saunders, Lewis, and Thornhill, 2019). Έτσι, η χρήση της συγκεκριμένης τεχνικής θεωρείται μεθοδολογικά επαρκής, αρκεί να συνοδεύεται από κατάλληλη αναγνώριση των ορίων της και διάθεση για μελλοντική, πιο αυστηρή δειγματοληψία.

4.4. Κριτήρια Αποδοχής και Αποκλεισμού του Δείγματος

Τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία στον σχεδιασμό μιας ερευνητικής μελέτης, καθώς καθορίζουν ποιοι συμμετέχοντες είναι κατάλληλοι για ένταξη στο δείγμα. Τα κριτήρια αποδοχής προσδιορίζουν τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτουν οι συμμετέχοντες, όπως δημογραφικά στοιχεία (π.χ., ηλικία, φύλο), κλινικές καταστάσεις ή γεωγραφική τοποθεσία, ώστε να διασφαλιστεί η ομοιογένεια του δείγματος και η εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης. (Nikolopoulou, 2022) Αντίθετα, τα κριτήρια αποκλεισμού εντοπίζουν χαρακτηριστικά που, αν και οι συμμετέχοντες πληρούν τα κριτήρια αποδοχής, μπορεί

να επηρεάσουν αρνητικά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων ή να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των συμμετεχόντων, όπως η ύπαρξη συννοσηρότητας ή η αδυναμία παροχής ενσυνείδητης συγκατάθεσης . Ο σαφής καθορισμός αυτών των κριτηρίων είναι απαραίτητος για την επίτευξη αξιόπιστων και γενικεύσιμων αποτελεσμάτων, καθώς και για την προστασία των συμμετεχόντων και την ηθική ακεραιότητα της έρευνας. (Patino and Ferreira, 2018)

Στην παρούσα ποσοτική μελέτη, καθορίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού για την επιλογή των συμμετεχόντων, με σκοπό τη διασφάλιση της ομοιογένειας του δείγματος και την ενίσχυση της εσωτερικής εγκυρότητας της έρευνας.

Κριτήρια Αποδοχής:

- Ηλικία 30-70 ετών χωρίς προηγούμενη διάγνωση καρκίνου.
- Ικανότητα κατανόησης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στα ελληνικά.
- Συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα.

Κριτήρια Αποκλεισμού:

- Άτομα που, αν και πληρούν τα παραπάνω κριτήρια, παρουσιάζουν γνωστικές ή ψυχολογικές διαταραχές που ενδέχεται να επηρεάσουν την αξιοπιστία των απαντήσεών τους.

Ο σαφής καθορισμός των κριτηρίων αποδοχής και αποκλεισμού είναι κρίσιμος για την επίτευξη αξιόπιστων και γενικεύσιμων αποτελεσμάτων στην ποσοτική έρευνα .

4.5. Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας έρευνας απαρτίζεται από 171 ενήλικες συμμετέχοντες, οι οποίοι επιλέχθηκαν μέσω της μεθόδου της δειγματοληψίας ευκολίας, λαμβάνοντας υπόψη λειτουργικούς περιορισμούς και τη φύση του πληθυσμού-στόχου. Η ανωνυμία και ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής διασφαλίστηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων.

Σε όρους φύλου, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (76,61%), γεγονός που συνάδει με τη διαπιστωμένη μεγαλύτερη ανταπόκριση του γυναικείου πληθυσμού σε έρευνες που σχετίζονται με θέματα υγείας και πρόληψης (Becker, 2022). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 46,98 έτη, με τυπική απόκλιση 9,43 και ηλικιακό εύρος από 30 έως 69 έτη, τοποθετώντας το δείγμα εντός της μέσης και ώριμης ενήλικης φάσης, όπου η πρόληψη ασθενειών αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 58,48% ήταν έγγαμοι/ες, το 30,41% άγαμοι/ες, και ένα μικρό ποσοστό είτε διαζευγμένοι (9,94%) είτε χήροι/ες (1,17%). Η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι έχει αδέρφια (95,32%), ενώ το 63,74% έχει και παιδιά, γεγονός που υποδηλώνει έντονη ενσωμάτωση σε οικογενειακά πλαίσια. Τα στοιχεία αυτά είναι κρίσιμα, καθώς η οικογενειακή δομή και οι ρόλοι φροντίδας έχουν συνδεθεί με την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης σε ζητήματα πρόληψης και υγείας (Umberson, 1992).

Το μορφωτικό προφίλ του δείγματος κρίνεται ιδιαίτερα υψηλό: το 29,82% διαθέτει μεταπτυχιακές/διδακτορικές σπουδές και το 28,65% πτυχίο ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ ένα ακόμα 22,22% έχει ολοκληρώσει το λύκειο. Η εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων παρουσιάζει ένα σαφώς ενεργό δείγμα, με το 81,87% να εργάζεται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης. Οι υπόλοιποι είναι είτε συνταξιούχοι (10,53%) είτε μερικώς απασχολούμενοι ή άνεργοι.

Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα, το 43,27% εντάσσεται στο εύρος των 701–1200€, ενώ το 39,77% δηλώνει εισόδημα μεταξύ 1201–2000€, καταδεικνύοντας ένα τυπικό μεσαίο οικονομικό υπόβαθρο. Η κατηγορία των υψηλότερων εισοδημάτων (άνω των 2000€) αντιστοιχεί μόνο στο 7,02%. Το μικρό ποσοστό συμμετεχόντων που επέλεξε να μην δηλώσει το εισόδημά του (4,09%) παραμένει εντός αποδεκτών ορίων για έρευνες αυτοαναφοράς.

Συνοψίζοντας, το δείγμα χαρακτηρίζεται από κοινωνική και επαγγελματική σταθερότητα, υψηλό μορφωτικό επίπεδο, μέση ηλικία και σημαντική ενσωμάτωση σε οικογενειακές δομές, στοιχεία που επιτρέπουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων υπό το πρίσμα μιας σχετικά υγειονομικά συνειδητοποιημένης και κοινωνικά ενεργής πληθυσμιακής ομάδας.

4.6. Περιγραφή του χώρου

Η έρευνα διεξήχθη σε ψηφιακό περιβάλλον, μέσω της ηλεκτρονικής διανομής ερωτηματολογίων σε διαδικτυακές πλατφόρμες και μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο εξ αποστάσεως, από τον προσωπικό τους χώρο και χρόνο, με απόλυτη ελευθερία και χωρίς παρεμβολή τρίτων.

Η επιλογή του διαδικτύου ως χώρου διεξαγωγής βασίστηκε στην ανάγκη για προσβασιμότητα, εξοικονόμηση χρόνου και πόρων, καθώς και στη διατήρηση της ανωνυμίας. Επιπλέον, η χρήση ψηφιακής φόρμας αύξησε την αποδοτικότητα της συλλογής δεδομένων και μείωσε τον κίνδυνο απόρριψης λόγω δισταγμού απέναντι σε ευαίσθητα ερωτήματα. Ειδικότερα για θέματα που αγγίζουν ψυχολογικές στάσεις και αντιλήψεις σχετικές με τον πόνο και τον καρκίνο, η ηλεκτρονική μορφή διευκολύνει την έκφραση χωρίς κοινωνικές αναστολές.

Η απουσία φυσικού, ενιαίου χώρου διεξαγωγής αντικαθίσταται από τη δημιουργία ενός «ψηφιακού χώρου αλληλεπίδρασης» μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων, κάτι που είναι σύμφωνο με σύγχρονες προσεγγίσεις στην κοινωνική έρευνα που αναγνωρίζουν τη δυναμική των διαδικτυακών περιβαλλόντων (Evans and Mathur, 2005).

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά μέσω διαδικτυακής διανομής αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Η συγκεκριμένη μέθοδος επελέγη αφενός λόγω της ευκολίας διαχείρισης μεγάλου αριθμού συμμετεχόντων, αφετέρου διότι εξυπηρετεί τη διατήρηση της ανωνυμίας και την αποφυγή της επιρροής του ερευνητή επί των απαντήσεων (Bryman, 2016).

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές που στοχεύουν στην περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Συγκεκριμένα, συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με:

- Ηλικία (σε έτη)
- Φύλο (Γυναίκα, Άνδρας, Άλλο, Προτιμώ να μην απαντήσω)

- Οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, Άλλο)
- Ύπαρξη αδελφών και παιδιών
- Τόπος διαμονής (Χωριό/Κωμόπολη, Πόλη <150.000 κατοίκων, Πόλη >150.000 κατοίκων)
- Εκπαιδευτικό επίπεδο (από αποφοίτους Δημοτικού έως Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές)
- Εργασιακή κατάσταση (Πλήρης ή Μερική απασχόληση, Άνεργος/η, Συνταξιούχος, Άλλο)
- Επίπεδο μηνιαίου εισοδήματος
- Ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Επιπλέον συμπεριελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τον καρκίνο του παχέος εντέρου όπως αν οι συμμετέχοντες έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε εξέταση προληπτικού ελέγχου και σε ποια, αν υπήρξε κάποιο προηγούμενο ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια, καθώς και από πού λαμβάνουν τις πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και της πρόληψης του.

Τα δεδομένα αυτά κρίθηκαν σημαντικά για την περιγραφή του δείγματος και για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και των κύριων μεταβλητών της μελέτης, όπως ο φόβος και το άγχος σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Στη συνέχεια, για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα σύνθετο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε τέσσερα αυτοαναφερόμενα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν παράγοντες που ενδέχεται να σχετίζονται με το άγχος και τον φόβο σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, καθώς και την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικούς ελέγχους.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

1. **Fear of Pain Questionnaire-III (FOP-30):**

Το Fear of Pain Questionnaire-III (FPQ-III), γνωστό και ως Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FOP-30), είναι ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο 30 στοιχείων που αναπτύχθηκε από τους McNeil και Rainwater (1998) για τη μέτρηση του φόβου ενός ατόμου απέναντι στον πόνο (McNeil and Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 30 περιγραφές καταστάσεων που ενδέχεται να προκαλέσουν πόνο. Οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν σε κλίμακα Likert 5 βαθμίδων πόσο φόβο νιώθουν για τον πόνο που συνδέεται με κάθε κατάσταση, όπου 1 = “καθόλου” και 5 = “ακραία” φόβος. Συνολικά παράγεται μια συνολική βαθμολογία φόβου πόνου από 30 έως 150, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερο φόβο. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες (διαστάσεις), καθεμία εκ των οποίων αντανακλά έναν τύπο επώδυνων εμπειριών (McNeil and Rainwater, 1998):

- Φόβος ήπιου/μικρού πόνου: αφορά καθημερινές μικροτραυματικές εμπειρίες ή ήπια επώδυνα ερεθίσματα. Παρότι ο πόνος είναι μικρής έντασης, το εργαλείο αξιολογεί κατά πόσο ακόμη και αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν φόβο.
- Φόβος σοβαρού πόνου: αφορά έντονες και δυνητικά σοβαρές σωματικές βλάβες ή τραύματα. Ερωτήματα σε αυτή την υποκλίμακα αξιολογούν το φόβο για έντονους, δυνητικά εξουθενωτικούς πόνους (π.χ. σοβαρά ατυχήματα, μεγάλοι τραυματισμοί).
- Φόβος ιατρικού πόνου: αφορά πόνους που σχετίζονται με ιατρικές διαδικασίες ή παρεμβάσεις. Στην υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονται επίσης καταστάσεις όπως η αιμοληψία, ιατρικές εξετάσεις ή μικροεπεμβάσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο.

Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 ερωτήσεις και αποδίδει μια επιμέρους βαθμολογία φόβου. Οι τρεις υποκλίμακες προέκυψαν εμπειρικά μέσω παραγοντικής ανάλυσης και αντιπροσωπεύουν διακριτούς τύπους φοβιών σχετικών με τον πόνο. Συνεπώς, το FOP-30 επιτρέπει τόσο μια συνολική εκτίμηση του φόβου του πόνου, όσο και μια ανάλυση ανά κατηγορία πόνου (ήπιος, σοβαρός, ιατρικός), δίνοντας πληρέστερη εικόνα του προφίλ φόβων ενός ατόμου (McNeil and Rainwater, 1998).

Η αρχική στάθμιση του ερωτηματολογίου από τους McNeil & Rainwater (1998) έδειξε ότι το εργαλείο έχει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες και αναφέρονται υψηλοί δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's α) τόσο για το συνολικό σκορ όσο και για κάθε υποκλίμακα, με τιμές που κυμαίνονται περίπου από 0,72 έως 0,94 (McNeil and Rainwater, 1998).

2. Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20):

Το Pain Anxiety Symptoms Scale – PASS («Κλίμακα Συμπτωμάτων Άγχους που Σχετίζεται με τον Πόνο») αναπτύχθηκε αρχικά για να μετρήσει τον φόβο και το άγχος απέναντι στον πόνο, έννοιες που σύμφωνα με το μοντέλο φόβου-αποφυγής παίζουν καθοριστικό ρόλο στη χρόνια οδυνηρή εμπειρία. Το PASS-20 είναι η σύντομη έκδοση 20 ερωτήσεων του αρχικού PASS (το οποίο περιλάμβανε περισσότερα στοιχεία). Όπως και το πρωτότυπο, το PASS-20 αξιολογεί τις φοβικές και αγχώδεις αντιδράσεις ειδικά απέναντι στον πόνο. Αποτελεί αυτό αναφερόμενο ερωτηματολόγιο όπου οι συμμετέχοντες βαθμολογούν σε κλίμακα Likert 6 βαθμών (0 = “ποτέ” έως 5 = “πάντοτε”) πόσο συχνά βιώνουν κάθε σύμπτωμα ή σκέψη σχετική με τον πόνο. Οι 20 ερωτήσεις καλύπτουν τέσσερις επιμέρους διαστάσεις του άγχους για τον πόνο, οι οποίες αντιστοιχούν σε ισάριθμες υποκλίμακες: (McCracken, Zayfert and Gross, 1992; McCracken and Dhingra, 2002)

- Γνωσιακό Άγχος: δυσκολία συγκέντρωσης ή «αγωνιστικές» σκέψεις λόγω του πόνου (π.χ. “δυσκολεύομαι να σκεφτώ καθαρά όταν πονάω”).
- Φοβική σκέψη: φοβικές σκέψεις για τις συνέπειες ή την επικινδυνότητα του πόνου (π.χ. καταστροφοποίηση του πόνου).
- Συμπεριφορές Διαφυγής/Αποφυγής: συμπεριφορικές αντιδράσεις με κύριο στόχο τη μείωση ή αποφυγή του πόνου (π.χ. αποφυγή δραστηριοτήτων που μπορεί να προκαλέσουν πόνο).
- Σωματικές αντιδράσεις: σωματικές αντιδράσεις άγχους ως απόκριση στον πόνο (π.χ. ταχυκαρδία, εφίδρωση ή ένταση όταν εμφανίζεται πόνος).

Κάθε ερώτημα βαθμολογείται 0–5, επομένως η συνολική βαθμολογία του PASS-20 κυμαίνεται από 0 έως 100 – με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν εντονότερο άγχος σχετιζόμενο με τον πόνο (McCracken and Dhingra, 2002). Το PASS-20 διατηρεί

πολύ ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες παρά τη μείωση των ερωτήσεων, και παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha > 0.80$ τόσο συνολικά όσο και στις υποκλίμακες) και ισχυρή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (McCracken and Dhingra, 2002).

3. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12):

Η έννοια της «δυσανεξίας στην αβεβαιότητα» (Intolerance of Uncertainty, IU) αναφέρεται στην τάση ενός ατόμου να αντιμετωπίζει την αβεβαιότητα και τις διφορούμενες καταστάσεις ως ανυπόφορες, προκαλώντας έντονη δυσφορία (Buhr and Dugas, 2002). Η Κλίμακα Δυσανοχής στην Αβεβαιότητα (IUS-12) αποτελείται από 12 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τη δυσκολία του ατόμου να αποδεχθεί και να λειτουργήσει σε αβέβαιες καταστάσεις. Χρησιμοποιείται κλίμακα Likert 5 σημείων (1 = Καθόλου έως 5 = Πάρα πολύ). Θεωρητικά, η κλίμακα διακρίνεται σε δύο βασικές διαστάσεις: (Hale et al., 2015)

- Προσδοκώμενη ανησυχία για το μέλλον. Αξιολογεί τις προσδοκίες και το άγχος για μελλοντικά αβέβαια γεγονότα, δηλαδή την έντονη επιθυμία του ατόμου για προβλεψιμότητα, την ανάγκη να γνωρίζει εκ των προτέρων τι θα συμβεί και την ενεργητική αναζήτηση πληροφοριών ώστε να μειωθεί η αβεβαιότητα και
- Αναστολή δράσης λόγω αβεβαιότητας. Αξιολογεί την αποφυγή και «παράλυση» μπροστά στην αβεβαιότητα, δηλαδή την τάση του ατόμου να βιώνει γνωστική και συμπεριφορική οριακή αδράνεια όταν αντιμετωπίζει αβέβαιες καταστάσεις.

Οι δύο παραπάνω διαστάσεις μπορούν να βαθμολογηθούν είτε χωριστά είτε αθροιστικά σε μια συνολική βαθμολογία δυσανεξίας στην αβεβαιότητα, ανάλογα με τις ανάγκες της εκάστοτε έρευνας. Οι αρχικοί μελετητές της IUS-12 σημείωσαν ότι η συνολική βαθμολογία αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη, δεδομένης της υψηλής συσχέτισης των δύο υποκλιμάκων (Hale et al., 2015).

4. Ερωτηματολόγιο Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Ελέγχων για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Το συγκεκριμένο εργαλείο δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της μελέτης με βάση θεωρητικά μοντέλα υγειονομικής συμπεριφοράς, όπως το Health Belief Model και τη Θεωρία Προγραμματισμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) και αποτελείται από 7 προτάσεις, οι οποίες διερευνούν την πρόθεση του ατόμου να συμμετάσχει σε προληπτικούς ελέγχους (π.χ. κολονοσκόπηση), τις αντιλήψεις του σχετικά με τη χρησιμότητα και την ευκολία των εξετάσεων, καθώς και την κοινωνική επιρροή. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert 5 σημείων (1 = Καθόλου έως 5 = Απόλυτα).

Η επιλογή αυτών των εργαλείων βασίστηκε σε τέσσερα κριτήρια: ψυχομετρική εγκυρότητα, θεματική εξειδίκευση, ευκολία στη χορήγηση και συμβατότητα με τον ελληνικό πληθυσμό. Απορρίφθηκαν πιο χρονοβόρες μέθοδοι, όπως συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, λόγω των περιορισμένων πόρων και της ανάγκης για μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων. Επίσης, οι βιολογικές μετρήσεις (π.χ. καρδιακή συχνότητα, κορτιζόλη) αποκλείστηκαν λόγω τεχνικών και οικονομικών δυσκολιών.

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων διήρκεσε το διάστημα του Απριλίου 2025 και ολοκληρώθηκε με την εξασφάλιση του απαιτούμενου αριθμού συμμετεχόντων, ο οποίος κρίθηκε επαρκής για την εφαρμογή των στατιστικών αναλύσεων που ακολουθούν στα επόμενα κεφάλαια.

4.8. Ηθική της Έρευνας

Κατά τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας, λαμβάνονται υπόψη θεμελιώδη ηθικά ζητήματα που διασφαλίζουν την προστασία των συμμετεχόντων και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Πρωτίστως, η ερευνητική διαδικασία οφείλει να χαρακτηρίζεται από επιστημονική εγκυρότητα και κοινωνική αξία, ώστε να δικαιολογείται η επένδυση πόρων και η συμμετοχή των εθελοντών. Παράλληλα, είναι αναγκαίο να διασφαλίζεται ότι οι κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες είναι ελάχιστοι και ότι τα πιθανά οφέλη υπερτερούν του κόστους, σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας (National Commission, 1979). Η αρχή της αυτονομίας απαιτεί πλήρη και κατανοητή ενημέρωση των συμμετεχόντων, ενώ η συγκατάθεσή τους πρέπει να είναι ελεύθερη και απαλλαγμένη από οποιονδήποτε εξαναγκασμό. Εξίσου κρίσιμο είναι να διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα και η προστασία των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του GDPR (European Parliament, 2016). Η δίκαιη επιλογή του δείγματος αποτελεί επίσης ηθική

υποχρέωση, ώστε να αποφεύγεται η εκμετάλλευση ευάλωτων ομάδων, όπως ανηλίκων ή ατόμων με ψυχικές διαταραχές (CIOMS, 2016). Η έρευνα πρέπει να αποτρέπει οποιαδήποτε μορφή σωματικής, ψυχικής ή συναισθηματικής βλάβης και να διασφαλίζει ότι οι συμμετέχοντες έχουν πρόσβαση σε υποστήριξη, εφόσον χρειαστεί. Συνεπώς, αυτά τα ηθικά ζητήματα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την υπεύθυνη και δίκαιη διεξαγωγή της έρευνας με ανθρώπινα υποκείμενα. (Artal and Rubenfeld, 2017)

Κατά τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην τήρηση των ηθικών αρχών που διέπουν την επιστημονική έρευνα με ανθρώπους συμμετέχοντες, όπως στον σεβασμό της αυτονομίας των συμμετεχόντων, στην ευεργετικότητα, στη δικαιοσύνη και στην προστασία της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων.

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό, τη διαδικασία, τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους της έρευνας και παρείχαν ενυπόγραφη συγκατάθεση πριν από τη συμμετοχή τους. Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική, με το δικαίωμα αποχώρησης ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν διατηρήθηκαν ανώνυμα και εμπιστευτικά, με σκοπό την προστασία της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων.

Το πρωτόκολλο της μελέτης υποβλήθηκε και εγκρίθηκε από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής του τμήματος Ιατρικής και Νοσηλευτικής που συνδιοργανώνουν το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», διασφαλίζοντας ότι πληροί τα καθορισμένα ηθικά πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές για την προστασία των συμμετεχόντων. Σε παράρτημα στο τέλος της εργασίας υπάρχει το ερωτηματολόγιο με τη φόρμα ενήμερης συγκατάθεσης.

4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης βασίστηκε σε ένα συνδυασμό περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής, με σκοπό την πληρέστερη κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των ερευνητικών μεταβλητών και την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων σχετικά με την πρόθεση των ατόμων να συμμετάσχουν σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Αρχικά, εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος, όπως δημογραφικά στοιχεία, επιμέρους ψυχολογικές μεταβλητές (φόβος πόνου, άγχος, δυσανεξία στην αβεβαιότητα) και δηλωμένες στάσεις απέναντι στον προληπτικό έλεγχο. Οι μεταβλητές αυτές αποδόθηκαν με μέτρα κεντρικής τάσης (μέση τιμή, διάμεσος), διασποράς (τυπική απόκλιση, εύρος), καθώς και με τη χρήση συχνοτήτων και ποσοστών για τις κατηγορικές μεταβλητές. Η προσέγγιση αυτή είναι θεμελιώδης, καθώς παρέχει το απαραίτητο πλαίσιο για την ερμηνεία των πιο σύνθετων στατιστικών αναλύσεων που ακολουθούν (Field, 2018).

Σε δεύτερο επίπεδο, εφαρμόστηκαν παραμετρικές τεχνικές επαγωγικής στατιστικής. Αρχικά διεξήχθησαν συσχετιστικές αναλύσεις Pearson, προκειμένου να διερευνηθούν οι γραμμικές σχέσεις μεταξύ της πρόθεσης διενέργειας προληπτικού ελέγχου και των ανεξάρτητων μεταβλητών (φόβος ήπιου, έντονου και ιατρικού πόνου, δυσανεξία στην αβεβαιότητα, άξονες άγχους από την PASS-20). Η επιλογή της συσχέτισης Pearson βασίζεται στην υπόθεση κανονικότητας και στην επιδίωξη ερμηνείας της κατεύθυνσης και ισχύος της συσχέτισης μεταξύ συνεχών μεταβλητών (Pallant, 2020).

Τέλος, υιοθετήθηκαν πολλαπλά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση διενέργειας προληπτικού ελέγχου. Τα μοντέλα αυτά χρησιμοποιήθηκαν για να εντοπιστούν οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες, λαμβάνοντας υπόψη ταυτόχρονα την επίδραση πολλαπλών ανεξάρτητων μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκαν σταδιακά μοντέλα μεμονωμένων δεικτών (π.χ. φόβος ιατρικού πόνου) και μοντέλα ελέγχου (π.χ. συνολικό άγχος ή μη ανοχή στην αβεβαιότητα), ώστε να αξιολογηθεί η συνεισφορά κάθε μεταβλητής στον συνολικό διακυμάνσιμο της εξαρτημένης μεταβλητής. Τα μοντέλα ενισχύθηκαν με robust standard errors, για ενίσχυση της αξιοπιστίας των εκτιμήσεων, ακόμη και στην παρουσία μικρών αποκλίσεων από την κανονικότητα.

Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε μέσω των προγραμμάτων SPSS 25 και STATA 14, που προσφέρουν ακρίβεια, ευελιξία και ευρύ φάσμα αναλυτικών εργαλείων κατάλληλων για ψυχολογική και κοινωνική έρευνα. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις στηρίχθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$, ενώ όπου κρίθηκε απαραίτητο εφαρμόστηκαν διορθώσεις πολλαπλών συγκρίσεων.

Η επιλογή της παραπάνω μεθοδολογικής προσέγγισης ανταποκρίνεται στον στόχο της μελέτης, ο οποίος δεν περιορίζεται μόνο στην περιγραφή των φαινομένων, αλλά

στοχεύει στη διερεύνηση πιθανών σχέσεων αιτιακού χαρακτήρα και στη στατιστική ενίσχυση των υποθέσεων εργασίας που έχουν τεθεί εξ αρχής.

Κεφάλαιο 5ο: Αποτελέσματα της έρευνας

Το πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης είναι αφιερωμένο στην παρουσίαση και ερμηνεία των εμπειρικών αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων. Περιλαμβάνει δύο βασικές ενότητες: αρχικά, την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των εμπειριών και των ψυχολογικών διαστάσεων των συμμετεχόντων (ενότητα 5.1.1), την Ανάλυση Εσωτερικής Συνοχής (Cronbach's Alpha) (ενότητα 5.1.2) και στη συνέχεια, τη διερεύνηση των μεταξύ τους σχέσεων μέσω επαγωγικών στατιστικών τεχνικών, όπως οι συσχετίσεις, η ανάλυση διακύμανσης και τα μοντέλα παλινδρόμησης (ενότητα 5.1.3 και 5.1.4).

Η ενότητα 5.1.1 εστιάζει στην αποτύπωση του κοινωνικό- δημογραφικού προφίλ του δείγματος, των στάσεων απέναντι στον προληπτικό έλεγχο, καθώς και στην καταγραφή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται ο πόνος – είτε ως καθημερινή ενόχληση, είτε ως έντονη εμπειρία, είτε ως ιατρική παρέμβαση. Παράλληλα, αποτυπώνονται κρίσιμες ψυχολογικές μεταβλητές, όπως ο φόβος του πόνου, το γνωσιακό άγχος, οι αποφυγές, οι σωματικές αντιδράσεις και η μη ανοχή στην αβεβαιότητα.

Η ενότητα 5.1.3 και 5.1.4, στηριζόμενη στα δεδομένα της προηγούμενης, εξετάζει κατά πόσο και πώς οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται με την πρόθεση των συμμετεχόντων να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο, με στόχο τη στατιστική τεκμηρίωση των θεωρητικών υποθέσεων της μελέτης. Μέσα από πίνακες συσχέτισης και παλινδρόμησης, επιχειρείται η αναγνώριση των σημαντικότερων προβλεπτικών μεταβλητών για τη συμπεριφορά πρόληψης, προσφέροντας μια εμπεριστατωμένη και πολυδιάστατη κατανόηση του φαινομένου.

5.1. Παρουσίαση των Στατιστικών και Ανάλυση των Δεδομένων

5.1.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικά ευρήματα της ποσοτικής έρευνας, με επίκεντρο την περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών και ψυχολογικών

χαρακτηριστικών του δείγματος καθώς και των στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στον πόνο και τον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων στηρίζεται σε στατιστικούς πίνακες και γραφήματα, τα οποία διασαφηνίζουν τις τάσεις και τα μοτίβα που αναδεικνύονται από τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

Η ανάλυση ξεκινά με την καταγραφή των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων (όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, εργασιακή κατάσταση και εισόδημα), προκειμένου να σκιαγραφηθεί το προφίλ του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται η μελέτη. Η πληροφορία αυτή θεωρείται καθοριστική, καθώς λειτουργεί ως βάση ερμηνείας για τις μεταγενέστερες αναλύσεις συσχέτισης και παλινδρόμησης.

Ακολούθως, εξετάζονται συγκεκριμένες εμπειρίες και στάσεις των συμμετεχόντων σε σχέση με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής τους ιστορίας με προληπτικές εξετάσεις, της ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού και των βασικών πηγών ενημέρωσης. Οι μεταβλητές αυτές εντάσσονται στο θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, καθώς συνδέονται με την πρόθεση για πρόληψη και τον τρόπο με τον οποίο οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως ο φόβος και η αβεβαιότητα, επηρεάζουν την αντίληψη κινδύνου και τη λήψη αποφάσεων υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διερεύνηση της υποκειμενικής εμπειρίας του πόνου, διαχωρισμένης σε τρεις κατηγορίες: ήπιο, έντονο και ιατρικό πόνο. Μέσω των εργαλείων: Ερωτηματολόγιο Φόβου Πόνου – Fear of Pain Questionnaire III (FPQ-III) και την Κλίμακα Συμπτωμάτων Άγχους που Σχετίζεται με τον Πόνο - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20), καταγράφονται όχι μόνο τα επίπεδα ανοχής και αντίδρασης στον πόνο, αλλά και οι γνωσιακές, συναισθηματικές και σωματικές εκδηλώσεις που τον συνοδεύουν. Η ενότητα αυτή εμπλουτίζεται με στατιστικές περιγραφές και ποσοτικοποιήσεις των μεταβλητών που αφορούν τη φοβική σκέψη, την αποφυγή, το άγχος και τις σωματικές αντιδράσεις, προσφέροντας μια σφαιρική εικόνα της ψυχολογικής στάσης των συμμετεχόντων.

Παράλληλα, εξετάζεται και ο δείκτης μη ανοχής στην αβεβαιότητα, μέσω της ομώνυμης κλίμακας, καθώς η αβεβαιότητα αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στη λήψη αποφάσεων για την υγεία. Το μέγεθος και η ένταση της δυσφορίας απέναντι στο

απρόβλεπτο εκτιμώνται συστηματικά και συσχετίζονται με την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικούς ελέγχους.

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι όχι μόνο να παρουσιάσει τα δεδομένα αλλά και να τα ερμηνεύσει μέσα από την ψυχολογική και κοινωνική τους διάσταση, διαμορφώνοντας το απαραίτητο υπόβαθρο για τις επόμενες ενότητες που θα εξετάσουν τις σχέσεις αιτιότητας και επιρροής μεταξύ των κρίσιμων μεταβλητών της μελέτης.

Πίνακας 4 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Κατηγορία	Freq.	Percent	Cum. %
Φύλο	Ανδρας	40	23,39	23,39
	Γυναίκα	131	76,61	100
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	52	30,41	30,41
	Έγγαμος/η	100	58,48	88,89
	Διαζευγμένος/η	17	9,94	98,83
	Χήρος/α	2	1,17	100
Έχετε αδέρφια;	Όχι	8	4,68	4,68
	Ναι	163	95,32	100
Έχετε παιδιά;	Όχι	62	36,26	36,26
	Ναι	109	63,74	100
Τόπος Διαμονής	Πόλη <150.000 κατοίκων	79	46,2	46,2
	Πόλη >150.000 κατοίκων	55	32,16	78,36
	Χωριό / Κωμόπολη	37	21,64	100
	Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	49	28,65	28,65
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Γυμνάσιο	3	1,75	30,41
	Δημοτικό	4	2,34	32,75
	ΙΕΚ / Τεχνική εκπαίδευση	24	14,04	46,78
	Λύκειο	38	22,22	69,01

	Μέση τεχνική επαγγελματική σχολή	1	0,58	69,59
	Μεταπτυχιακές / Διδακτορικές Σπουδές	51	29,82	99,42
	Σχολή πολεμικού Ναυτικού	1	0,58	100
	Άνεργος/η	8	4,68	4,68
	Εποχική υπάλληλος	1	0,58	5,26
Εργασιακό καθεστώς	Μερική απασχόληση	4	2,34	7,6
	Πλήρης απασχόληση	140	81,87	89,47
	Συνταξιούχος	18	10,53	100
	1201€-2000€	68	39,77	39,77
	2001€ και άνω	12	7,02	46,78
Μηνιαίο Εισόδημα	701€-1200€	74	43,27	90,06
	Κάτω από 700€	10	5,85	95,91
	Προτιμώ να μην απαντήσω	7	4,09	100

Ο Πίνακας 4 αποτυπώνει τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, προσφέροντας μία ολοκληρωμένη εικόνα για τη σύνθεση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η ανάλυση των μεταβλητών αποκαλύπτει σημαντικά στοιχεία που βοηθούν στην κατανόηση του κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού υποβάθρου του πληθυσμού που μελετάται. Αναφορικά με το φύλο, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (76,61%), με τους άνδρες να αντιπροσωπεύουν το 23,39% του δείγματος. Στην οικογενειακή κατάσταση, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι έγγαμοι (58,48%), ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό των άγαμων (30,41%). Οι διαζευγμένοι και οι χήροι αποτελούν μειοψηφία, με 9,94% και 1,17% αντίστοιχα. Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων (95,32%) δήλωσε ότι έχει αδέρφια, ενώ ποσοστό 63,74% έχει παιδιά, ενισχύοντας περαιτέρω την εικόνα ενός πληθυσμού που ζει εντός δομημένων οικογενειακών πλαισίων. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να αποδειχθούν κρίσιμες, αν μελετώνται συμπεριφορές ή απόψεις που σχετίζονται με την οικογένεια.

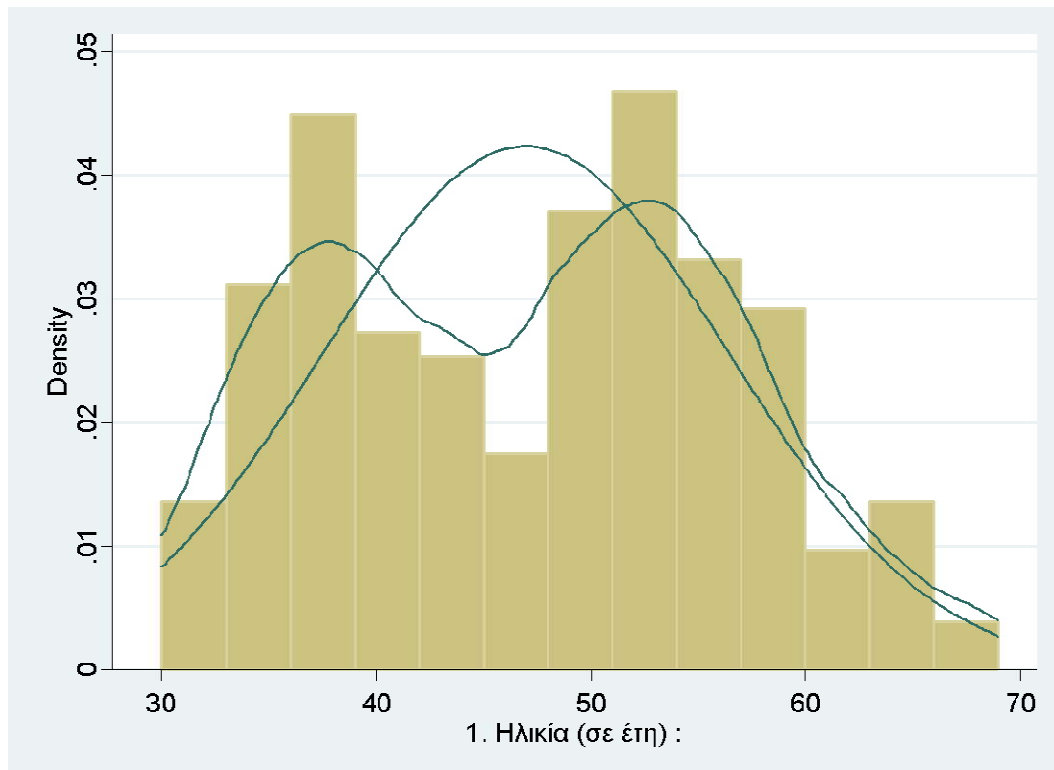
Σχετικά με τον τόπο διαμονής, το 46,2% των συμμετεχόντων κατοικεί σε πόλεις κάτω των 150.000 κατοίκων, το 32,16% σε πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, και

το υπόλοιπο 21,64% σε χωριά ή κωμοπόλεις. Η γεωγραφική διασπορά του δείγματος προσδίδει αντιπροσωπευτικότητα και επιτρέπει τη διερεύνηση πιθανών διαφορών βάσει του αστικού ή αγροτικού περιβάλλοντος. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος είναι υψηλό: πάνω από το 58% διαθέτει ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση ή μεταπτυχιακές/διδακτορικές σπουδές. Η εργασιακή κατάσταση δείχνει επίσης ένα σαφώς ενεργό δείγμα, καθώς το 81,87% εργάζεται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης. Οι άνεργοι (4,68%), οι μερικώς απασχολούμενοι (2,34%) και οι συνταξιούχοι (10,53%) είναι λιγότεροι. Τέλος, όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στην κατηγορία 701€-1200€ (43,27%) και 1201€-2000€ (39,77%), ενώ μόνο το 7,02% δηλώνει εισόδημα άνω των 2001€. Ένα μικρό ποσοστό (4,09%) επέλεξε να μην αποκαλύψει το εισόδημά του. Τα οικονομικά δεδομένα φανερώνουν ένα μεσαίο κυρίως οικονομικό προφίλ, με περιορισμένη παρουσία υψηλών εισοδημάτων.

Συνολικά, ο πίνακας καταδεικνύει ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από γυναίκες, με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, πλήρως απασχολούμενες, οικογενειακά ενταγμένες και μεσαίου εισοδηματικού επιπέδου, γεγονός που προσφέρει ένα συνεκτικό δημογραφικό υπόβαθρο για τις αναλύσεις που ακολουθούν.

Πίνακας 5 Ηλικία

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
1. Ηλικία (σε έτη)	171	46.982	9.429	30	69



Εικόνα 1 Εμπειρική Κατανομή της ηλικίας

Ο Πίνακας 5 αποτυπώνει συνοπτικά τα στατιστικά στοιχεία της ηλικίας των συμμετεχόντων ($N = 171$). Η μέση ηλικία φτάνει τα 47 έτη, με τυπική απόκλιση περίπου 9,4 έτη, γεγονός που δηλώνει σχετική συγκέντρωση των τιμών γύρω από τον μέσο όρο. Το ηλικιακό εύρος είναι ευδιάκριτο, με τον νεότερο συμμετέχοντα στα 30 και τον γηραιότερο στα 69, υποδηλώνοντας μια ώριμη και ενεργή κοινωνικά ομάδα.

Η εικόνα 1, που απεικονίζει την εμπειρική κατανομή της ηλικίας, ενισχύει αυτή την εικόνα. Η κατανομή φαίνεται να είναι συμμετρική, με σαφή συσσώρευση γύρω από τα 45-50 έτη, δείχνοντας ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από άτομα μεσαίας ηλικίας, πιθανόν σε φάση επαγγελματικής σταθερότητας και οικογενειακής ολοκλήρωσης.

Η ηλικιακή αυτή σύνθεση προσδίδει βάρος και αξιοπιστία στην έρευνα, καθώς οι συμμετέχοντες έχουν πιθανότατα εμπειρία ζωής, ώριμες απόψεις και υψηλό βαθμό κοινωνικής εμπλοκής. Τα ευρήματα που προκύπτουν στη συνέχεια πρέπει να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα αυτής της ηλικιακής δυναμικής.

Πίνακας 6 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Μεταβλητή	Κατηγορία	Freq.	Percent	Cum.%
Ιδιωτική ασφάλεια υγείας	Όχι	152	88,89	88,89
	Ναι	19	11,11	100

Από τα δεδομένα του Πίνακα 6 προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (88,89%) δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ μόλις το 11,11% δήλωσε ότι έχει. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει χαμηλή διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης στον πληθυσμό του δείγματος, γεγονός που ενδέχεται να σχετίζεται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ή με την εμπιστοσύνη προς το δημόσιο σύστημα υγείας. Η συγκεκριμένη μεταβλητή μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την ερμηνεία της πρόσβασης σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας ή της συμπεριφοράς υγείας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7 Στάσεις και εμπειρίες σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Μεταβλητή	Κατηγορία	Freq.	Percent	Cum.%
Υποβληθήκατε σε εξέταση;	Όχι	109	63,74	63,74
	Ναι	62	36,26	100
Είδος εξέτασης	Αιματολογικές εξετάσεις (π.χ. FOBT)	3	4,69	4,69
	Κολονοσκόπηση	60	93,75	98,44
	Υπέρηχο	1	1,56	100
Ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια	Όχι	131	76,61	76,61
	Δεν γνωρίζω	9	5,26	81,87
	Ναι	31	18,13	100
	Αδερφός	1	3,23	3,23
	Γιαγιά	5	16,13	19,35
	Δεν θυμάμαι	1	3,23	22,58
	Εξάδελφος	1	3,23	25,81
Συγγενής με καρκίνο	Θεία	3	9,68	35,48
	Μητέρα	5	16,13	51,61
	Παππούς	4	12,9	64,52
	Πατέρας	10	32,26	96,77
	Σύζυγος	1	3,23	100
	Podcasts	1	0,58	0,58
	Διαδίκτυο/ΜΚΔ	59	34,5	35,09
Πηγή ενημέρωσης	Ιατρικό προσωπικό	80	46,78	81,87
	Λίγο-πολύ απ' όλα	1	0,58	82,46
	Οικογένεια και φίλοι	23	13,45	95,91

Πληροφορίες από βιβλία	1	0,58	96,49
Τηλεόραση/Ραδιόφωνο	6	3,51	100

Ο Πίνακας 7 αποτυπώνει κρίσιμα δεδομένα σχετικά με τις στάσεις, εμπειρίες και πηγές ενημέρωσης των συμμετεχόντων γύρω από τον καρκίνο του παχέος εντέρου, φέρνοντας στο φως τόσο τα ποσοστά πρόληψης όσο και τη γενικότερη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού. Αρχικά, μόλις το 36,26% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει υποβληθεί σε κάποια εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ η πλειοψηφία (63,74%) δεν έχει εξεταστεί. Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, καθώς αναδεικνύει ένα έλλειμμα προληπτικής ιατρικής σε ένα δείγμα που, όπως φάνηκε και από την ηλικιακή κατανομή, περιλαμβάνει κυρίως άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών, δηλαδή μια ηλικιακή ομάδα στην οποία οι σχετικές εξετάσεις κρίνονται απαραίτητες. Από όσους εξετάστηκαν, το 93,75% υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση, γεγονός που δείχνει ότι όταν λαμβάνει χώρα προληπτικός έλεγχος, προτιμάται η πιο αξιόπιστη και πλήρης διαγνωστική μέθοδος. Οι αιματολογικές εξετάσεις (π.χ. FOBT) και ο υπέρηχος είχαν πολύ περιορισμένη χρήση, με ποσοστά κάτω του 5%, κάτι που μπορεί να οφείλεται είτε στη μη διαθεσιμότητα αυτών των εναλλακτικών είτε στην άγνοια των συμμετεχόντων για την ύπαρξή τους. Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, το 18,13% ανέφερε ότι υπάρχει σχετικό ιστορικό στην οικογένεια, ενώ το 76,61% απάντησε αρνητικά και ένα μικρό ποσοστό (5,26%) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. Η παρουσία ιστορικού στην οικογένεια, αν και μειοψηφική, είναι αρκετά σημαντική ώστε να ενισχύει την ανάγκη για στοχευμένο προληπτικό έλεγχο. Από τους συγγενείς που εμφανίζονται να έχουν νοσήσει, οι πατέρες (32,26%) και οι μητέρες (16,13%) καταγράφονται συχνότερα, υποδεικνύοντας πρώτου βαθμού συγγένεια, που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Η πηγή ενημέρωσης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου αναδεικνύει ως κύριο διάυλο το ιατρικό προσωπικό (46,78%), κάτι που είναι εξαιρετικά θετικό, καθώς παραπέμπει σε έγκυρη και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση. Ακολουθεί το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (34,5%), γεγονός που αναδεικνύει την ψηφιακή τάση στην αναζήτηση πληροφοριών, με όλες τις θετικές και αρνητικές προεκτάσεις που αυτό συνεπάγεται (διασπορά ψευδών ή μη αξιόπιστων πηγών). Οι οικογενειακές και φιλικές επαφές (13,45%) φαίνεται επίσης να διαδραματίζουν έναν μη αμελητέο ρόλο στη διαμόρφωση γνώμης, ενώ τα υπόλοιπα μέσα (τηλεόραση, βιβλία, podcasts) εμφανίζουν οριακή επιρροή.

Συνολικά, ο πίνακας αποτυπώνει μια εικόνα μέτριας προληπτικής δράσης, με σαφή περιθώρια βελτίωσης τόσο ως προς την προσέλευση στον προληπτικό έλεγχο όσο και στην ποικιλία και εγκυρότητα των πηγών ενημέρωσης. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην ευαισθητοποίηση ατόμων με ή χωρίς οικογενειακό ιστορικό, ιδίως σε ηλικίες όπου ο κίνδυνος αυξάνεται, και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς την επιστημονική καθοδήγηση.

Πίνακας 8 Ήπιος Πόνος

Ερώτηση	Κατηγορία	Freq.	Percent	Cum.%
Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	1	98	57,31	57,31
	2	51	29,82	87,13
	3	18	10,53	97,66
	4	3	1,75	99,41
	5	1	0,58	99,99
Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	1	92	53,8	53,8
	2	52	30,41	84,21
	3	21	12,28	96,49
	4	4	2,34	98,83
	5	2	1,17	100
Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου	1	53	30,99	30,99
	2	57	33,33	64,32
	3	43	25,15	89,47
	4	16	9,36	98,83
	5	2	1,17	100
Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	1	90	52,63	52,63
	2	58	33,92	86,55
	3	14	8,19	94,74
	4	7	4,09	98,83
	5	2	1,17	100

Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	1	94	54,97	54,97
	2	51	29,82	84,79
	3	19	11,11	95,9
	4	3	1,75	97,65
	5	4	2,34	99,99
Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ξυραφάκι	1	75	43,86	43,86
	2	63	36,84	80,7
	3	23	13,45	94,15
	4	8	4,68	98,83
	5	2	1,17	100
Να καταπιώ καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	1	75	43,86	43,86
	2	63	36,84	80,7
	3	31	18,13	98,83
	4	2	1,17	100
Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια	1	126	73,68	73,68
	2	35	20,47	94,15
	3	9	5,26	99,41
	4	1	0,58	99,99
Να πάθω μια μυϊκή κρίση	1	84	49,12	49,12
	2	49	28,65	77,77
	3	29	16,96	94,73
	4	9	5,26	99,99
Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτι	1	74	43.27	43.27
	2	60	35.09	78.36
	3	28	16.37	94.74
	4	7	4.09	98.83
	5	2	1.17	100.00

Ο Πίνακας 8 εξετάζει την υποκειμενική αντίληψη ήπιου πόνου μέσα από συχνές, καθημερινές εμπειρίες σωματικής δυσφορίας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν την ένταση πόνου από το 1 (καθόλου επώδυνο) έως το 5 (έντονα επώδυνο) για διάφορες καταστάσεις, και τα αποτελέσματα δείχνουν καθαρά πρότυπα στην αντίληψη ερεθισμάτων χαμηλής έντασης. Σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επέλεξε την πιο ήπια βαθμίδα πόνου (βαθμός 1), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν τις συγκεκριμένες εμπειρίες ως ενοχλητικές αλλά όχι ιδιαίτερα επώδυνες. Συγκεκριμένα, καταστάσεις όπως «Το να μπει σαπουνάδα στα μάτια» καταγράφει το υψηλότερο ποσοστό στην κατηγορία 1 (73,68%), δείχνοντας ότι αν και ενοχλητική, θεωρείται πολύ ήπια ως εμπειρία πόνου. Η κοπή από σελίδα χαρτιού (54,97%), το δάγκωμα της γλώσσας (57,31%) και η καψίματα από σπύρτο (52,63%) επίσης αξιολογούνται κατά πλειοψηφία ως ήπια δυσάρεστες εμπειρίες. Ακόμη και πιο «αιφνίδιες» ή πιο εντοπισμένες ενοχλήσεις όπως το χτύπημα του αγκώνα (30,99% στο 1) και η μυϊκή κράμπα (49,12%) κατατάσσονται κυρίως στις χαμηλές βαθμίδες έντασης. Σε γενικές γραμμές, το μοντέλο απαντήσεων συγκλίνει προς τα κάτω άκρα της κλίμακας, με το 1 και το 2 να συγκεντρώνουν σταθερά πάνω από το 80% των απαντήσεων για κάθε εμπειρία. Οι κατηγορίες 4 και 5 εμφανίζονται σπανιότατα (συνήθως κάτω από 5%), δείχνοντας πως τέτοιου είδους ήπια τραύματα δεν βιώνονται ως σοβαρός πόνος από τους περισσότερους. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, καθώς προσφέρει ένα σημείο αναφοράς για το πώς οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται και αξιολογούν ερεθίσματα ήσσονος έντασης. Μπορεί επίσης να λειτουργήσει συγκριτικά με πίνακες που αξιολογούν μέτριο ή έντονο πόνο, ώστε να φανεί εάν η ανοχή ή ευαισθησία στον πόνο μεταβάλλεται ανάλογα με τη φύση και το πλαίσιο του ερεθίσματος. Συνοψίζοντας, ο Πίνακας 8 καταδεικνύει μια γενικευμένη ανοχή ή εξοικείωση με ήπιες καθημερινές ενοχλήσεις, οι οποίες φαίνεται να μην προκαλούν ουσιαστικές στρες ή δυσφορία στους περισσότερους συμμετέχοντες.

Πίνακας 9 Έντονος Πόνος

Ερώτηση	Κατηγορία	Freq.	Percent	Cum.%
	1	8	4,68	4,68
Να πάθω τροχαίο ατύχημα	2	25	14,62	19,3
	3	41	23,98	43,28

	4	45	26,32	69,6
	5	52	30,41	100,01
	1	26	15,2	15,2
	2	51	29,82	45,02
Να σπάσω το χέρι μου	3	49	28,65	73,67
	4	33	19,3	92,97
	5	12	7,02	99,99
	1	23	13,45	13,45
	2	31	18,13	31,58
Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	3	47	27,49	59,07
	4	38	22,22	81,29
	5	32	18,71	100
	1	20	11,7	11,7
	2	36	21,05	32,75
Να σπάσω το πόδι μου	3	50	29,24	61,99
	4	42	24,56	86,55
	5	23	13,45	100
	1	24	14,04	14,04
	2	30	17,54	31,58
Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα	3	54	31,58	63,16
	4	43	25,15	88,31
	5	20	11,7	100,01
	1	20	11,7	11,7
	2	35	20,47	32,17
Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	3	40	23,39	55,56
	4	40	23,39	78,95
	5	36	21,05	100
	1	21	12,28	12,28
Να σπάσω το λαιμό μου	2	7	4,09	16,37

	3	39	22,81	39,18
	4	37	21,64	60,82
	5	67	39,18	100
	1	38	22,22	22,22
	2	34	19,88	42,1
Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	3	53	30,99	73,09
	4	31	18,13	91,22
	5	15	8,77	99,99
	1	3	1,75	1,75
	2	17	9,94	11,69
Να αρρωστήσω από ανίατη ασθένεια	3	34	19,88	31,57
	4	36	21,05	52,62
	5	81	47,37	99,99
	1	28	16,37	16,37
	2	63	36,84	53,21
Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω δηλητηρίασης	3	45	26,32	79,53
	4	25	14,62	94,15
	5	10	5,85	100

Ο Πίνακας 9 αποτυπώνει την αντίληψη έντονου πόνου μέσα από σοβαρές, δυνητικά τραυματικές ή απειλητικές για τη ζωή εμπειρίες. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν την ένταση του πόνου σε υποθετικά σενάρια, χρησιμοποιώντας πενταβάθμια κλίμακα (1 = καθόλου επώδυνο έως 5 = εξαιρετικά επώδυνο). Τα αποτελέσματα προσφέρουν μια σαφή εικόνα της ψυχολογικής και φυσικής έντασης που συνδέεται με σωματικά και ψυχικά επώδυνες εμπειρίες. Η εμπειρία που καταγράφει τον υψηλότερο βαθμό έντασης πόνου είναι η ανίατη ασθένεια, με το 47,37% να επιλέγει τη μέγιστη τιμή (5), ενώ συνολικά πάνω από το 89% αξιολόγησε το σενάριο στις κατηγορίες 3-5. Το εύρημα αυτό καταδεικνύει πως ο χρόνιος, ανίατος πόνος –σωματικός και ψυχικός– γίνεται αντιληπτός ως η πιο επώδυνη εμπειρία, υπερβαίνοντας ακόμη και ατυχήματα ή σοβαρούς τραυματισμούς. Παρόμοια, υψηλά

ποσοστά στην κορυφαία κατηγορία πόνου (5) παρατηρούνται στο σενάριο "να σπάσω το λαιμό μου" (39,18%) και "να πάθω τροχαίο ατύχημα" (30,41%). Οι περιπτώσεις αυτές συνδέονται με σοβαρό τραυματισμό ή απειλή για τη ζωή, κάτι που εξηγεί την έντονη ψυχοσωματική απόκριση. Η αντίληψη έντονου πόνου είναι επίσης συχνή σε καταστάσεις όπως σπασίμο ποδιού ή χεριού, με τις απαντήσεις να συγκεντρώνονται κυρίως στις μεσαίες προς υψηλές βαθμίδες. Για παράδειγμα, στο σενάριο "να σπάσω το πόδι μου", το 29,24% τοποθετείται στην κατηγορία 3, και το 24,56% στην κατηγορία 4, επιβεβαιώνοντας την αναγνώριση της σωματικής βλάβης ως σημαντική πηγή πόνου, χωρίς ωστόσο να την εξισώνει με καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. Αντίθετα, πιο «ακαριαίες» εμπειρίες όπως το να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι ή να μαγκώσει το χέρι μου σε πόρτα, αξιολογούνται πιο ισομερώς σε μεσαίες κατηγορίες (3 και 4), με λιγότερους να επιλέγουν το 5. Αυτή η τάση φανερώνει ότι οι οξείες, βραχύχρονες εμπειρίες πόνου θεωρούνται επώδυνες, αλλά όχι ακραίες, καθώς η ένταση αντισταθμίζεται από τη μικρή διάρκειά τους. Αξιοσημείωτο είναι και το σενάριο "συνεχείς εμετοί λόγω δηλητηρίασης", όπου το 36,84% απαντά 2 και το 26,32% απαντά 3, δείχνοντας ότι η δυσφορία είναι σημαντική αλλά όχι αφόρητη, ενώ σπάνια αξιολογείται ως εξαιρετικά επώδυνη. Συνολικά, τα αποτελέσματα καταγράφουν μια συνεπή και διαβαθμισμένη αντίληψη του πόνου, ανάλογα με τη σοβαρότητα, τη διάρκεια και την απειλή που ενέχει κάθε εμπειρία. Ενώ οι σωματικοί τραυματισμοί (όπως σπασίματα ή εγκαύματα) θεωρούνται σοβαροί αλλά αντιμετωπίσιμοι, οι καταστάσεις μακράς διάρκειας ή υψηλού κινδύνου (ανίατη ασθένεια, τροχαίο) προκαλούν τη μεγαλύτερη ψυχοσωματική επιβάρυνση, καταλαμβάνοντας σταθερά τις υψηλότερες βαθμίδες στην αντίληψη έντονου πόνου.

Πίνακας 10 Ιατρικός Πόνος

Ερώτηση	Κατηγορία	Freq.	Percent	Cum.%
Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	1	139	81,29	81,29
	2	21	12,28	93,57
	3	7	4,09	97,66
	4	3	1,75	99,41
	5	1	0,58	99,99

	1	133	77,78	77,78
	2	27	15,79	93,57
Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	3	9	5,26	98,83
	4	2	1,17	100
	1	117	68,42	68,42
	2	36	21,05	89,47
Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς	3	16	9,36	98,83
	4	2	1,17	100
	1	94	54,97	54,97
	2	57	33,33	88,3
Να καρφωθεί αγκάθι στο πέλμα μου	3	15	8,77	97,07
	4	4	2,34	99,41
	5	1	0,58	99,99
	1	39	22,81	22,81
	2	45	26,32	49,13
Να μου αφαιρέσει οφθαλμίατρος ξένο σώμα	3	41	23,98	73,11
	4	29	16,96	90,07
	5	17	9,94	100,01
	1	57	33,33	33,33
	2	53	30,99	64,32
Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	3	38	22,22	86,54
	4	15	8,77	95,31
	5	8	4,68	99,99
	1	23	13,45	13,45
	2	58	33,92	47,37
Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	3	50	29,24	76,61
	4	33	19,3	95,91
	5	7	4,09	100
Να αφαιρέσουν κρεατοελιά με αιχμηρό	1	41	23,98	23,98

εργαλείο	2	62	36,26	60,24
	3	45	26,32	86,56
	4	15	8,77	95,33
	5	8	4,68	100,01
	1	42	24,56	24,56
Να μου βγάλουν ένα δόντι	2	57	33,33	57,89
	3	45	26,32	84,21
	4	19	11,11	95,32
	5	8	4,68	100
	1	59	34,5	34,5
Να μου τροχίσουν ένα δόντι	2	56	32,75	67,25
	3	34	19,88	87,13
	4	15	8,77	95,9
	5	7	4,09	99,99

Ο Πίνακας 10 αποτυπώνει την υποκειμενική αντίληψη πόνου σε ιατρικές πράξεις και παρεμβάσεις, οι οποίες κυμαίνονται από πολύ συχνές και ανώδυνες (όπως η αιμοληψία) έως πιο επεμβατικές ή αγχωτικές (π.χ. ράμματα, εξαγωγή δοντιού, ενέσεις στο στόμα). Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε σε πενταβάθμια κλίμακα, με το 1 να αντιστοιχεί σε ελάχιστο πόνο και το 5 σε έντονο πόνο.

Οι λιγότερο επώδυνες εμπειρίες, σύμφωνα με το δείγμα, είναι:

- Η αιμοληψία με βελόνα (81,29% στην κατηγορία 1),
- Η ένεση στο μπράτσο (77,78%) και
- Η ένεση στους γλουτούς (68,42%).

Αυτά τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εμφανίζουν υψηλή ανοχή ή εξοικείωση με βασικές ιατρικές διαδικασίες ρουτίνας, γεγονός πιθανώς συνδεδεμένο με την ηλικιακή και μορφωτική τους σύνθεση, καθώς και την επαφή τους με το υγειονομικό σύστημα.

Στον αντίποδα, υψηλότερες τιμές πόνου εμφανίζονται σε πιο επεμβατικές ή "τρομακτικές" ιατρικές πράξεις:

- Η απομάκρυνση ξένου σώματος από το μάτι αξιολογείται υψηλά, με το 23,98% να δηλώνει ένταση πόνου 3 και το 9,94% να φτάνει στο 5. Η συγκέντρωση των απαντήσεων σε όλο το εύρος δείχνει διαφορετικά επίπεδα ευαισθησίας ανά άτομο.
- Η ένεση στο στόμα (μόλις 33,33% στο 1) και τα ράμματα στα χείλη (μόνο 13,45% στο 1) προκαλούν αυξημένη δυσανεξία στον πόνο, καθώς συνδυάζουν ευαίσθητες περιοχές με πιθανή αίσθηση απώλειας ελέγχου.
- Η εξαγωγή δοντιού και το τρόχισμα δοντιού συγκεντρώνουν επίσης μέτρια έως υψηλά επίπεδα πόνου, επιβεβαιώνοντας την έντονη φόρτιση που προκαλούν οι οδοντιατρικές επεμβάσεις, ακόμα κι όταν αυτές εκτελούνται με τοπική αναισθησία.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η περίπτωση του καρφώματος αγκαθιού στο πέλμα, που αν και δεν αποτελεί ιατρική πράξη με στενή έννοια, αξιολογείται σε υψηλό βαθμό ως οδυνηρή εμπειρία, με 33,33% στην κατηγορία 2 και 8,77% στην κατηγορία 3. Αυτό επιβεβαιώνει ότι αιφνίδιος, οξύς και τοπικός πόνος γίνεται έντονα αισθητός ακόμη κι αν δεν περιλαμβάνει ιατρική παρέμβαση.

Συνολικά, ο πίνακας φανερώνει ότι ο ιατρικός πόνος δεν βιώνεται ενιαία, αλλά εξαρτάται από το σημείο του σώματος, τον τύπο της παρέμβασης και την ψυχολογική φόρτιση που τη συνοδεύει. Παρά τη γενική ανθεκτικότητα σε απλές ιατρικές πράξεις, οι επεμβάσεις σε ευαίσθητα σημεία, καθώς και η επαφή με εργαλεία που προκαλούν αιχμηρό, εντοπισμένο ερέθισμα (βελόνες, τροχός, αιχμηρά εργαλεία), ενισχύουν την υποκειμενική ένταση πόνου, στοιχείο κρίσιμο για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων με λιγότερη δυσφορία και αυξημένη συμμόρφωση των ασθενών.

Πίνακας 11 Ποσοτικοποίηση αποτελεσμάτων αναλογικά με τον πόνο

Μεταβλητή	Παρατηρήσεις	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Φόβος Ήπιου Πόνου	171	17.304	5.892	10	39

Φόβος Έντονου Πόνου	171	31.842	9.02	11	48
Φόβος Ιατρικού Πόνου	171	20.006	6.439	10	44
Συνολικός Φόβος Πόνου	171	69.152	18.442	32	131

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τη στατιστική ποσοτικοποίηση του φόβου πόνου σε τρεις διαστάσεις: ήπιος πόνος, έντονος πόνος, ιατρικός πόνος, καθώς και τη συνολική μεταβλητή φόβου πόνου, όπως αποτυπώθηκαν στις απαντήσεις 171 συμμετεχόντων.

Η μεταβλητή «Φόβος Ήπιου Πόνου» εμφανίζει μέση τιμή 17,30 με τυπική απόκλιση 5,89, και κυμαίνεται από 10 έως 39. Τα επίπεδα φόβου που σχετίζονται με ήπιες σωματικές ενοχλήσεις είναι σε γενικές γραμμές μέτρια. Ωστόσο, οι ανώτερες τιμές υποδεικνύουν την παρουσία ενός ποσοστού ατόμων με αυξημένη ευαισθησία ακόμη και σε καθημερινές δυσάρεστες αισθήσεις.

Η μεταβλητή «Φόβος Έντονου Πόνου» καταγράφει τη μεγαλύτερη μέση τιμή (31,84) και τυπική απόκλιση 9,02, με εύρος 11 έως 48. Το αποτέλεσμα αυτό είναι εύλογο, καθώς περιλαμβάνει σενάρια που συνδέονται με τραυματισμούς, ατυχήματα και σοβαρές παθήσεις, τα οποία προκαλούν έντονη ανησυχία λόγω της πιθανής σωματικής βλάβης ή μακροχρόνιας δυσφορίας.

Αντίθετα, η μεταβλητή «Φόβος Ιατρικού Πόνου» συγκεντρώνει υψηλότερη μέση τιμή (20,01), και μεγαλύτερη διασπορά (τυπική απόκλιση 6,44), με εύρος τιμών από 10 έως 44. Η διαφοροποίηση αυτή ενισχύει την υπόθεση ότι οι ιατρικές παρεμβάσεις, ακόμη και ρουτίνας, προκαλούν σε ένα μέρος του πληθυσμού έντονη συναισθηματική επιβάρυνση. Πιθανοί παράγοντες είναι το άγχος, προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες ή γενικευμένος φόβος απώλειας ελέγχου.

Τέλος, η μεταβλητή «Συνολικός Φόβος Πόνου» συγκεντρώνει μέσο όρο 69,15 και υψηλή διακύμανση (18,44), με τιμές από 32 έως 131. Η υψηλή μέγιστη τιμή καταδεικνύει την παρουσία ατόμων με πολύ αυξημένα επίπεδα φόβου, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους απέναντι σε ιατρικές πράξεις ή καταστάσεις που εμπεριέχουν ενδεχόμενο πόνου. Η ευρεία κατανομή τιμών υποδεικνύει σημαντική ετερογένεια στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι ο φόβος πόνου είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο, επηρεαζόμενο

από ατομικά χαρακτηριστικά, προσωπικές εμπειρίες και το είδος του απειλούμενου ερεθίσματος.

Πίνακας 12 Αποφυγή, Φοβική Σκέψη, Γνωσιακό Άγχος και Σωματικές Αντιδράσεις

Ερώτηση	Κατηγορία Απάντησης	Freq.	Percent	Cum.%
Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	34	19,88	19,88
	1	70	40,94	60,82
	2	43	25,15	85,96
	3	17	9,94	95,91
	4	6	3,51	99,42
	5	1	0,58	100
Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	28	16,37	16,37
	1	71	41,52	57,89
	2	45	26,32	84,21
	3	17	9,94	94,15
	4	10	5,85	100
Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	33	19,3	19,3
	1	60	35,09	54,39
	2	42	24,56	78,95
	3	26	15,2	94,15
	4	9	5,26	99,42
	5	1	0,58	100
Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	66	38,6	38,6
	1	59	34,5	73,1
	2	27	15,79	88,89
	3	16	9,36	98,25

	4	3	1,75	100
Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	32	18,71	18,71
	1	65	38,01	56,73
	2	45	26,32	83,04
	3	18	10,53	93,57
	4	10	5,85	99,42
	5	1	0,58	100
Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	39	22,81	22,81
	1	70	40,94	63,74
	2	39	22,81	86,55
	3	14	8,19	94,74
	4	8	4,68	99,42
	5	1	0,58	100
Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	43	25,15	25,15
	1	64	37,43	62,57
	2	41	23,98	86,55
	3	17	9,94	96,49
	4	5	2,92	99,42
	5	1	0,58	100
Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	25	14,62	14,62
	1	60	35,09	49,71
	2	50	29,24	78,95
	3	20	11,7	90,64
	4	15	8,77	99,42
	5	1	0,58	100
Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	48	28,07	28,07

	1	71	41,52	69,59
	2	36	21,05	90,64
	3	11	6,43	97,08
	4	4	2,34	99,42
	5	1	0,58	100
Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	21	12,28	12,28
	1	51	29,82	42,11
	2	56	32,75	74,85
	3	25	14,62	89,47
	4	17	9,94	99,42
	5	1	0,58	100
Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	19	11,11	11,11
	1	55	32,16	43,27
	2	47	27,49	70,76
	3	33	19,3	90,06
	4	16	9,36	99,42
	5	1	0,58	100
Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	18	10,53	10,53
	1	66	38,6	49,12
	2	52	30,41	79,53
	3	19	11,11	90,64
	4	15	8,77	99,42
	5	1	0,58	100
Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	34	19,88	19,88
	1	60	35,09	54,97
	2	45	26,32	81,29
	3	20	11,7	92,98

	4	11	6,43	99,42
	5	1	0,58	100
Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	36	21,05	21,05
	1	67	39,18	60,23
	2	43	25,15	85,38
	3	19	11,11	96,49
	4	6	3,51	100
Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	67	39,18	39,18
	1	60	35,09	74,27
	2	30	17,54	91,81
	3	9	5,26	97,08
	4	5	2,92	100
Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	59	34,5	34,5
	1	61	35,67	70,18
	2	32	18,71	88,89
	3	12	7,02	95,91
	4	6	3,51	99,42
	5	1	0,58	100
Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	18	10,53	10,53
	1	63	36,84	47,37
	2	49	28,65	76,02
	3	26	15,2	91,23
	4	15	8,77	100
Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	33	19,3	19,3
	1	61	35,67	54,97
	2	51	29,82	84,8

	3	18	10,53	95,32
	4	7	4,09	99,42
	5	1	0,58	100
Ανησυχώ όταν πονάω	0	29	16,96	16,96
	1	58	33,92	50,88
	2	54	31,58	82,46
	3	21	12,28	94,74
	4	8	4,68	99,42
	5	1	0,58	100
Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	25	14,62	14,62
	1	44	25,73	40,35
	2	52	30,41	70,76
	3	32	18,71	89,47
	4	17	9,94	99,42
	5	1	0,58	100

Ο πίνακας αυτός εξετάζει γνωστικές, συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις απέναντι στον πόνο, καταγράφοντας τις συχνότητες απαντήσεων σε μια σειρά δηλώσεων που αποτυπώνουν φοβικές σκέψεις, αποφυγή, άγχος και σωματικά συμπτώματα. Οι τιμές κυμαίνονται από 0 (καθόλου συμφωνία) έως 5 (μέγιστη συμφωνία), επιτρέποντας την αποτύπωση της έντασης της αντίδρασης σε κάθε πρόταση.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων τείνει να απαντά στις χαμηλότερες βαθμίδες (0-2) για τις περισσότερες μεταβλητές, γεγονός που υποδηλώνει μέτρια έως ελεγχόμενη ψυχολογική αντίδραση στον πόνο. Παρά ταύτα, ένα σημαντικό ποσοστό εμφανίζει έντονες αντιδράσεις σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Ένα από τα πιο ενδεικτικά ευρήματα είναι ότι πολλοί συμμετέχοντες συνδέουν τον πόνο με καταστροφικές σκέψεις. Για παράδειγμα, το 40,94% συμφωνεί (επίπεδο 1)

με τη δήλωση «Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ», ενώ το 25,15% απαντά στο επίπεδο 2, δείχνοντας έναν υπαρκτό γνωσιακό φόβο μονιμότητας ή μη διαχειρισιμότητας του πόνου. Αντίστοιχα, σχεδόν το 42% συμφωνεί ότι όταν πονάει φοβάται ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί, επιβεβαιώνοντας την καταστροφολογική διάσταση της αντίληψης πόνου για πολλούς.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στην αποφυγή ή παθητική αντίδραση, με το 35,09% να δηλώνει ότι πάει στο κρεβάτι με την εμφάνιση δυνατού πόνου, ενώ το 40,94% συμφωνεί ότι διακόπτει κάθε δραστηριότητα μόλις νιώσει τον πόνο να ξεκινά. Επίσης, περίπου οι μισοί (49,71%) αναφέρουν ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή αμέσως με την εμφάνιση του πόνου, ένδειξη προσπάθειας άμεσης διακοπής του πόνου χωρίς ανοχή ή αναμονή.

Στον άξονα του γνωσιακού άγχους και απώλειας ελέγχου, σχεδόν το 56,73% δυσκολεύεται να σκεφτεί λογικά όταν πονά, ενώ ένα εντυπωσιακό 70,76% αποδέχεται ότι αποφεύγει σημαντικές δραστηριότητες λόγω πόνου. Το 36,84% δηλώνει ότι δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και το 35,67% αναφέρει δυσκολία στη χαλάρωση του σώματος μετά από περιόδους πόνου, γεγονός που αναδεικνύει το διαρκές γνωσιακό και σωματικό φορτίο που επάγεται από τον πόνο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι σωματικές αντιδράσεις: το 37,43% αναγνωρίζει αυξημένους καρδιακούς παλμούς όταν πονά, το 39,18% δηλώνει ναυτία και το 38,6% αναφέρει ότι αισθάνεται αδυναμία ή ζάλη. Αυτές οι αποκρίσεις αποκαλύπτουν πως για ένα σημαντικό τμήμα του δείγματος, ο πόνος δεν βιώνεται μόνο ως νοητική ή συναισθηματική εμπειρία, αλλά ως μια πλήρης φυσιολογική απορρύθμιση.

Τέλος, η δήλωση «Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος» βρίσκει σύμφωνο ή σχετικά σύμφωνο το 70,18% των συμμετεχόντων (επίπεδα 1 και 2), υποδεικνύοντας συναισθήματα αδυναμίας και φόβου απώλειας λειτουργικότητας.

Συνολικά, ο πίνακας φανερώνει πως ο πόνος –ανεξαρτήτως της αιτίας– ενεργοποιεί ένα σύνθετο δίκτυο αντιδράσεων, που εκτείνονται από αυτόματες σωματικές αποκρίσεις έως βαθιές φοβικές και καταστροφολογικές σκέψεις. Αυτές οι αντιδράσεις ενδέχεται να επηρεάζουν τη γενικότερη συμπεριφορά και τις στάσεις απέναντι στην

υγεία, και αναδεικνύουν την ανάγκη για πολυδιάστατη προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Πίνακας 13 Ποσοτικοποίηση Δεικτών Άγχους και Φόβου

Κατηγορία	Παρατηρήσεις (Obs)	Μέση Τιμή (Mean)	Τυπική Απόκλιση (Std. Dev.)	Ελάχιστο (Min)	Μέγιστο (Max)
Αποφυγή	171	8.24	4.61	0	25
Φοβική Σκέψη	171	6.63	4.39	0	23
Γνωσιακό Άγχος	171	7.98	4.55	0	21
Σωματικές Αντιδράσεις	171	6.46	4.26	0	20

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τις μέσες τιμές και την τυπική απόκλιση για τέσσερις επιμέρους διαστάσεις του άγχους και του φόβου που σχετίζονται με τη συμπεριφορά υγείας. Η υψηλότερη μέση τιμή εντοπίζεται στην κατηγορία της Αποφυγής ($M=8,24$, $SD=4,61$), γεγονός που υποδηλώνει αυξημένη τάση αποφυγής καταστάσεων που σχετίζονται με προληπτικό έλεγχο ή πιθανή διάγνωση. Παρόμοια υψηλή μέση τιμή καταγράφεται και στο Γνωσιακό Άγχος ($M=7,98$, $SD=4,55$), το οποίο αντανακλά την έντονη ενασχόληση με σκέψεις ανησυχίας και φόβου σχετικά με την υγεία.

Η Φοβική Σκέψη ($M=6,63$, $SD=4,39$) καταλαμβάνει ενδιάμεση θέση, υποδεικνύοντας την ύπαρξη εσωτερικών αναπαραστάσεων απειλής, ενώ η κατηγορία των Σωματικών Αντιδράσεων ($M=6,46$, $SD=4,26$) δείχνει σωματοποίηση του άγχους (π.χ. ταχυκαρδία, ιδρώτας, δύσπνοια), αν και σε συγκριτικά χαμηλότερα επίπεδα.

Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση εκδηλώνεται περισσότερο σε γνωσιακό και συμπεριφορικό επίπεδο, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για παρεμβάσεις που στοχεύουν τόσο στην ψυχοεκπαίδευση όσο και στην ενίσχυση στρατηγικών αντιμετώπισης του φόβου σε πληθυσμούς πρόληψης.

Πίνακας 14 Μη ανοχή στην αβεβαιότητα

Ερώτηση	Κατηγορία Απάντησης	Freq.	Percent	Cum.%
Τα απρόβλεπτα γεγονότα με αναστατώνουν πάρα πολύ	1	16	9,36	9,36
	2	54	31,58	40,94
	3	57	33,33	74,27
	4	24	14,04	88,3
	5	20	11,7	100
Με απογοητεύει να μην έχω όλες τις πληροφορίες που χρειάζομαι	1	10	5,85	5,85
	2	57	33,33	39,18
	3	43	25,15	64,33
	4	43	25,15	89,47
	5	18	10,53	100
Η αβεβαιότητα με εμποδίζει να ζήσω μια γεμάτη ζωή	1	42	24,56	24,56
	2	37	21,64	46,2
	3	50	29,24	75,44
	4	29	16,96	92,4
	5	13	7,6	100
Πιστεύω ότι πρέπει πάντα να σκέφτομαι το μέλλον για να αποφύγω τις εκπλήξεις	1	37	21,64	21,64
	2	43	25,15	46,78
	3	51	29,82	76,61
	4	29	16,96	93,57
	5	11	6,43	100
Ένα μικρό απρόβλεπτο γεγονός μπορεί να καταστρέψει τα πάντα, ακόμη και με	1	41	23,98	23,98
	2	59	34,5	58,48
	3	40	23,39	81,87

	4	19	11,11	92,98
	5	12	7,02	100
Όταν έρχεται η ώρα να δράσω, η αβεβαιότητα με παραλύει	1	65	38,01	38,01
	2	54	31,58	69,59
	3	34	19,88	89,47
	4	13	7,6	97,08
	5	5	2,92	100
Όταν είμαι αβέβαιος/η, δεν μπορώ να λειτουργήσω πολύ καλά	1	40	23,39	23,39
	2	69	40,35	63,74
	3	37	21,64	85,38
	4	20	11,7	97,08
	5	5	2,92	100
Θέλω πάντα να γνωρίζω τι μου επιφυλάσσει το μέλλον	1	45	26,32	26,32
	2	49	28,65	54,97
	3	41	23,98	78,95
	4	27	15,79	94,74
	5	9	5,26	100
Δεν αντέχω τις εκπλήξεις	1	48	28,07	28,07
	2	51	29,82	57,89
	3	48	28,07	85,96
	4	20	11,7	97,66
	5	4	2,34	100
Η παραμικρή αμφιβολία μπορεί να με εμποδίσει να δράσω.	1	52	30,41	30,41
	2	61	35,67	66,08
	3	37	21,64	87,72
	4	18	10,53	98,25
	5	3	1,75	100

Θα έπρεπε να είμαι ικανός/ή να οργανώνω τα πάντα εκ των προτέρων	1	42	24,56	24,56
	2	42	24,56	49,12
	3	57	33,33	82,46
	4	18	10,53	92,98
	5	12	7,02	100
Πρέπει να αποφεύγω όλες τις αβέβαιες καταστάσεις	1	45	26,32	26,32
	2	53	30,99	57,31
	3	40	23,39	80,7
	4	24	14,04	94,74
	5	9	5,26	100

Ο πίνακας 14 εξετάζει τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, μια ψυχολογική διάσταση που σχετίζεται με την αγωνία, την ανάγκη για έλεγχο και την ανασφάλεια απέναντι στο άγνωστο. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε 12 ερωτήσεις χρησιμοποιώντας πενταβάθμια κλίμακα (1 = πολύ λίγο έως 5 = πάρα πολύ), και τα αποτελέσματα δείχνουν σταθερή παρουσία μετρίως έως υψηλών επιπέδων δυσφορίας απέναντι στην αβεβαιότητα.

Στην πλειονότητα των ερωτήσεων, οι περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώνονται στις μεσαίες τιμές (2 και 3), με ποσοστά συχνά άνω του 50%-60% στις δύο πρώτες κατηγορίες. Για παράδειγμα, στη δήλωση «Τα απρόβλεπτα γεγονότα με αναστατώνουν πάρα πολύ», το 31,58% επέλεξε 2 και το 33,33% επέλεξε 3, με σωρευτικό ποσοστό 74,91%, ενώ παρόμοια κατανομή παρατηρείται και στις δηλώσεις που σχετίζονται με τη δυσφορία από την έλλειψη πληροφοριών, την επιθυμία για πρόβλεψη του μέλλοντος ή την ανάγκη για απόλυτο προγραμματισμό.

Σε πιο έντονες δηλώσεις, όπως «Όταν έρχεται η ώρα να δράσω, η αβεβαιότητα με παραλύει» ή «Η παραμικρή αμφιβολία μπορεί να με εμποδίσει να δράσω», καταγράφεται σημαντικό ποσοστό υψηλής συμφωνίας, με ποσοστά άνω του 30% στην κατηγορία 1 και 35% στην κατηγορία 2, επιβεβαιώνοντας ότι η αβεβαιότητα επηρεάζει ενεργά τη λήψη απόφασης και τη δράση. Επιπλέον, σχεδόν το 60% των

συμμετεχόντων φαίνεται να δυσκολεύεται να λειτουργήσει όταν δεν γνωρίζει τι θα συμβεί, υποδηλώνοντας υψηλό άγχος απέναντι στη μη προβλεψιμότητα.

Ο συνολικός δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας (Cronbach's alpha = 0,9395) επιβεβαιώνει την εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων, υποδεικνύοντας ότι όλα τα στοιχεία της κλίμακας μετρούν έναν ενιαίο ψυχολογικό παράγοντα: τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα. Η μέση ενδοαντικειμενική συσχέτιση είναι 0,728, κάτι που αποδεικνύει πως οι δηλώσεις σχετίζονται μεταξύ τους σε υψηλό βαθμό, αλλά χωρίς να επαναλαμβάνονται ακριβώς.

Συμπερασματικά, ο πίνακας αναδεικνύει ότι ένα σημαντικό μέρος του δείγματος βιώνει άγχος και τάση αποφυγής όταν βρίσκεται μπροστά σε αβέβαιες συνθήκες. Αυτή η γνωσιακή στάση μπορεί να επηρεάζει τόσο τις καθημερινές επιλογές όσο και την ανταπόκριση σε καταστάσεις πόνου, ασθένειας ή ιατρικής αβεβαιότητας, και ενδέχεται να διαπλέκεται με τα ευρήματα προηγούμενων πινάκων (π.χ. φοβική σκέψη, γνωσιακό άγχος απέναντι στον πόνο). Η ανάγκη για έλεγχο, πληροφορία και προγνωσιμότητα είναι εμφανής, στοιχείο που μπορεί να αποβεί καθοριστικό στην ερμηνεία συμπεριφορών υγείας, λήψης αποφάσεων ή τήρησης προληπτικών ιατρικών πρακτικών.

Πίνακας 15 Κατανομή Τιμών Μη Ανοχής στην Αβεβαιότητα

Μεταβλητή	Παρατηρήσεις	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Μη Ανοχή στην Αβεβαιότητα	171	29.75	10.57	12	60

Η μεταβλητή «Μη Ανοχή στην Αβεβαιότητα» παρουσιάζει μια μέση τιμή της τάξης των 29,75 (SD = 10,57) σε κλίμακα που κυμαίνεται από 12 έως 60, υποδεικνύοντας μέτρια έως υψηλά επίπεδα δυσκολίας διαχείρισης της αβεβαιότητας στους συμμετέχοντες. Η ανοχή στην αβεβαιότητα έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με προγνωστικούς δείκτες άγχους, αναβλητικότητας και αποφυγής ιατρικών εξετάσεων (Carleton, Norton and Asmundson, 2007). Οι τιμές αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν σημαντικά την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικές πρακτικές, καθώς η αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα μιας εξέτασης μπορεί να ενισχύει τον φόβο και να λειτουργεί αποτρεπτικά.

Πίνακας 16 Στάσεις και Αντιλήψεις σχετικά με τον Προληπτικό Έλεγχο για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Ερώτηση	Κατηγορία Απάντησης	Freq.	Percent	Cum.%
Σκοπεύω να υποβληθώ σε προληπτικό έλεγχο (π.χ. κολονοσκόπηση) τον επόμενο χρόνο	1	64	37,43	37,43
	2	29	16,96	54,39
	3	31	18,13	72,51
	4	23	13,45	85,96
	5	24	14,04	100
Νιώθω ότι είναι απαραίτητο να πραγματοποιώ τακτικούς προληπτικούς ελέγχους	1	19	11,11	11,11
	2	49	28,65	39,77
	3	38	22,22	61,99
	4	29	16,96	78,95
	5	36	21,05	100
Πιστεύω ότι οι προληπτικοί έλεγχοι για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι σημαντικοί	1	1	0,58	0,58
	2	14	8,19	8,77
	3	19	11,11	19,88
	4	40	23,39	43,27
	5	97	56,73	100
Η οικογένεια ή οι φίλοι μου με ενθαρρύνουν να κάνω προληπτικούς ελέγχους	1	28	16,37	16,37
	2	16	9,36	25,73
	3	43	25,15	50,88
	4	40	23,39	74,27
	5	44	25,73	100

Ανησυχώ ότι μπορεί να έχω καρκίνο του παχέος εντέρου χωρίς να το γνωρίζω	1	70	40,94	40,94
	2	42	24,56	65,5
	3	34	19,88	85,38
	4	10	5,85	91,23
	5	15	8,77	100
Πιστεύω ότι είναι εύκολο να πραγματοποιήσω έναν προληπτικό έλεγχο (π.χ. κολονοσκόπηση)	1	24	14,04	14,04
	2	34	19,88	33,92
	3	39	22,81	56,73
	4	29	16,96	73,68
	5	45	26,32	100
Είμαι διατεθειμένος/η να ξεπεράσω οποιαδήποτε δυσφορία προκειμένου να πραγματοποιήσω έναν προληπτικό έλεγχο	1	12	7,02	7,02
	2	20	11,7	18,71
	3	44	25,73	44,44
	4	29	16,96	61,4
	5	66	38,6	100

Η ανάλυση των απαντήσεων δείχνει γενικά θετικές στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η σημασία της πρόληψης αναγνωρίζεται έντονα: το 56,73% αξιολογεί τους προληπτικούς ελέγχους ως πολύ σημαντικούς (βαθμός 5). Παράλληλα, το 38,6% δηλώνει πρόθυμο να ξεπεράσει οποιαδήποτε δυσφορία για να εξεταστεί, ενώ πάνω από το 60% σκοπεύει να υποβληθεί σε έλεγχο μέσα στον επόμενο χρόνο.

Παρά την ανησυχία για κρυφή νόσο (40,94% συμφωνεί έντονα), οι συμμετέχοντες φαίνεται να κινητοποιούνται θετικά, επηρεαζόμενοι και από το κοινωνικό τους περιβάλλον (49,12% ενθαρρύνονται από οικογένεια/φίλους). Συνολικά, η αβεβαιότητα δεν λειτουργεί ανασταλτικά, αλλά φαίνεται να τροφοδοτεί την πρόθεση

πρόληψης, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με επίγνωση κινδύνου και κοινωνική ενίσχυση.

Πίνακας 17 Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Ελέγχων

Μεταβλητή	Παρατηρήσεις	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Ελέγχων	171	22.91	5.24	10	34

Ο πίνακας εξετάζει τη σύνδεση ανάμεσα στη μη ανοχή στην αβεβαιότητα και την πρόθεση για προληπτικό έλεγχο (όπως η κολονοσκόπηση). Τα αποτελέσματα δείχνουν γενικά θετική στάση απέναντι στην πρόληψη, με τη μέση τιμή πρόθεσης να φτάνει το 22,91/35, ενώ η αξιοπιστία της κλίμακας είναι υψηλή ($\alpha = 0,82$). Η σχετική διασπορά (τυπική απόκλιση 5,24) δείχνει ποικιλία στην πρόθεση, πιθανώς επηρεαζόμενη από ψυχοκοινωνικούς ή πρακτικούς παράγοντες.

5.1.2 Ανάλυση Εσωτερικής Συνοχής (Cronbach's Alpha)

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης, όπως προέκυψαν μέσω του δείκτη Cronbach's Alpha. Η αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με χρήση του δείκτη Cronbach's Alpha, με στόχο να εξεταστεί η αξιοπιστία των κλιμάκων μέτρησης. Οι τιμές που προέκυψαν ήταν ιδιαίτερα υψηλές, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη στην ερευνητική αξιοποίηση των δεδομένων. Συγκεκριμένα, η σύνθετη κλίμακα «Συνολικός Φόβος Πόνου» παρουσίασε πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή ($\alpha = 0.9369$), γεγονός που φανερώνει ότι τα 30 επιμέρους ερωτήματα που τη συγκροτούν μετρούν με συνέπεια την ίδια υποκείμενη ψυχολογική έννοια. Η κλίμακα «Συνολικό Άγχος για τον Πόνο» εμφάνισε ακόμη υψηλότερη συνοχή ($\alpha = 0.9583$), γεγονός που επιβεβαιώνει τη σαφή και ενιαία στόχευση των 20 συστατικών της ερωτήσεων. Παρομοίως, η κλίμακα «Μη Ανοχή στην Αβεβαιότητα» είχε υψηλό δείκτη αξιοπιστίας ($\alpha = 0.9395$), με τα 12 ερωτήματα να επιτυγχάνουν συνεκτική αποτύπωση της δυσκολίας του ατόμου να διαχειριστεί την απουσία προβλεψιμότητας. Η πρόθεση για προληπτικό έλεγχο, όπως αποτυπώνεται στην κατηγορία «Πρόθεση

Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων», κατέγραψε επίσης ικανοποιητικό επίπεδο εσωτερικής συνοχής ($\alpha = 0.8156$), αποδεκτό για ερευνητική χρήση.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε ξεχωριστή ανάλυση και για τις επιμέρους υποκλίμακες που συγκροτούν τις παραπάνω σύνθετες μεταβλητές. Οι κατηγορίες «Φόβος Ήπιου Πόνου», «Φόβος Έντονου Πόνου», «Φόβος Ιατρικού Πόνου», «Αποφυγή», «Φοβική Σκέψη», «Γνωσιακό Άγχος», «Σωματικές Αντιδράσεις», «Μη Ανοχή στην Αβεβαιότητα» και «Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων» παρουσίασαν όλες δείκτες Cronbach's Alpha μεγαλύτερους από 0.80. Οι τιμές αυτές επιβεβαιώνουν την εσωτερική συνοχή των ερωτημάτων κάθε κατηγορίας, υποδηλώνοντας ότι οι μετρήσεις είναι αξιόπιστες και ομοιογενείς. Η συστηματική αυτή συνέπεια στις απαντήσεις καταδεικνύει ότι τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι κατάλληλα διαμορφωμένα για να αποτυπώσουν με ακρίβεια τις ψυχολογικές και συμπεριφορικές μεταβλητές που εξετάζονται, υποστηρίζοντας έτσι την εγκυρότητα των ευρημάτων.

Πίνακας 18. Ανάλυση Αξιοπιστίας

Κατηγορία	Cronbach's Alpha	Number of Items
Συνολικός Φόβος Πόνου	0.9369	30
Συνολικό Άγχος για τον Πόνο	0.9583	20
Μη Ανοχή στην Αβεβαιότητα	0.9395	12
Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων	0.8156	7

5.1.3 Ανάλυση Συσχέτισης

Πίνακας 19 Συσχετίσεις (Pearson' s r) μεταξύ πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων και Διαστάσεων Φόβου Πόνου

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων	1.000				

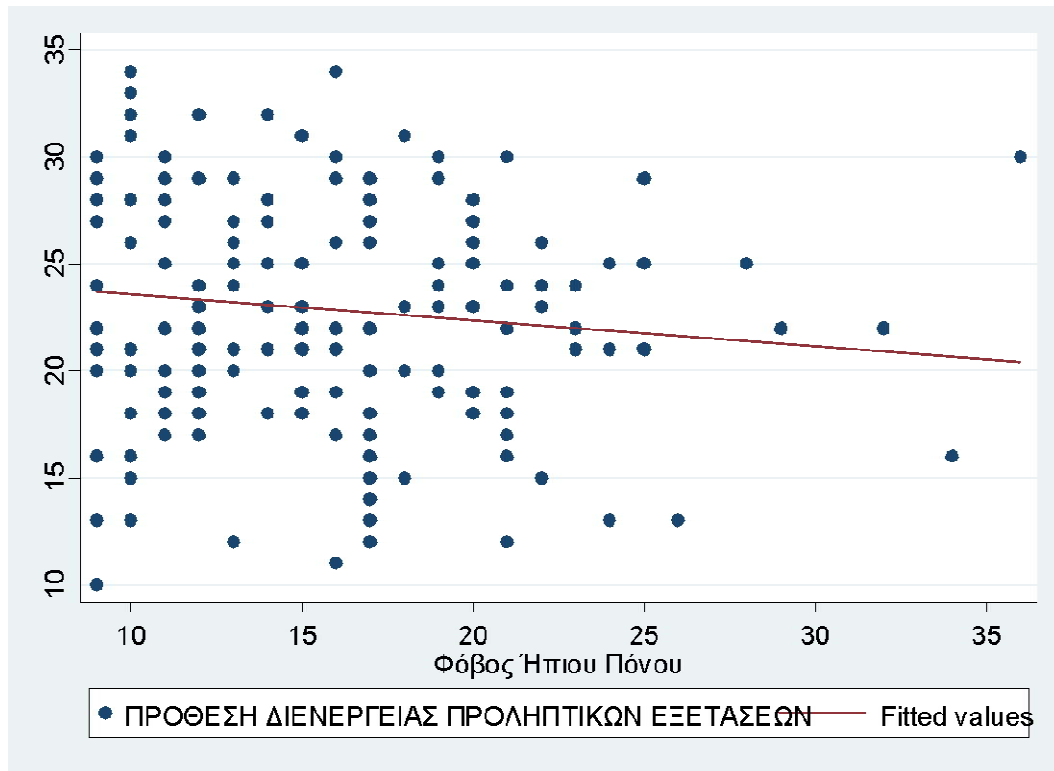
(2) Φόβος Ήπιου Πόνου	-0.113	1.000			
	(0.142)				
(3) Φόβος Έντονου Πόνου	0.007	0.546	1.000		
	(0.932)	(0.000)			
(4) Φόβος Ιατρικού Πόνου	-0.190	0.754	0.579	1.000	
	(0.013)	(0.000)	(0.000)		
(5) Συνολικός Φόβος Πόνου	-0.099	0.850	0.866	0.873	1.000
	(0.197)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	
Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει τους συσχετισμούς μεταξύ της πρόθεσης διενέργειας προληπτικών εξετάσεων και διαφόρων μορφών φόβου που σχετίζονται με τον πόνο. Οι τιμές που περιλαμβάνονται είναι οι συντελεστές συσχέτισης Pearson, ενώ στις παρενθέσεις δίνονται οι αντίστοιχες τιμές p (πιθανότητες στατιστικής σημαντικότητας).

Η μεταβλητή «Πρόθεση Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων» (στήλη 1) εμφανίζει αρνητική αλλά μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον «Φόβο Ήπιου Πόνου» ($r = -0.113$, $p = 0.142$) και τον «Συνολικό Φόβο Πόνου» ($r = -0.099$, $p = 0.197$), γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτοί οι παράγοντες δεν ασκούν σημαντική επίδραση στην πρόθεση των ατόμων να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις. Ωστόσο, ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση με τον «Φόβο Ιατρικού Πόνου», η οποία είναι αρνητική και στατιστικά σημαντική ($r = -0.19$, $p = 0.013$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος που συνδέεται με τον πόνο κατά ιατρικές πράξεις, τόσο λιγότερο πιθανό είναι ένα άτομο να έχει πρόθεση να προβεί σε προληπτικές εξετάσεις.

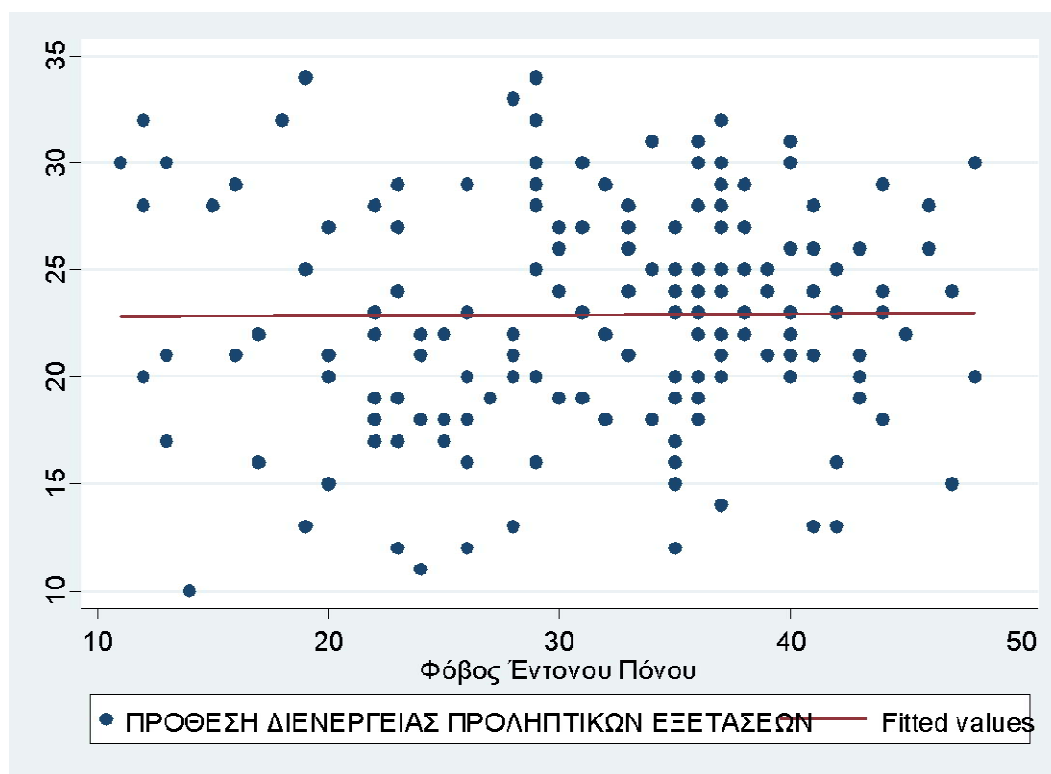
Παρατηρείται επίσης ότι οι διαφορετικές κατηγορίες φόβου πόνου σχετίζονται έντονα μεταξύ τους. Ο «Φόβος Ήπιου Πόνου» και ο «Φόβος Έντονου Πόνου» παρουσιάζουν μεσαία θετική συσχέτιση ($r = 0.546$, $p < 0.001$), ενώ ο «Φόβος Ιατρικού Πόνου» σχετίζεται ισχυρά τόσο με τον φόβο ήπιου ($r = 0.75$, $p < 0.001$) όσο και έντονου πόνου ($r = 0.579$, $p < 0.001$). Ο «Συνολικός Φόβος Πόνου» εμφανίζει ιδιαίτερα

υψηλές συσχετίσεις με όλες τις επιμέρους διαστάσεις, όπως αναμενόταν, καθώς πρόκειται για συνθετικό δείκτη που ενσωματώνει τις επιμέρους διαστάσεις φόβου πόνου ($r = 0.85-0.873$, $p < 0.001$).



Εικόνα 2 Σχέση μεταξύ Φόβου Ήπιου Πόνου και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Συνολικά, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ενώ οι περισσότεροι τύποι φόβου πόνου σχετίζονται μεταξύ τους, μόνο ο φόβος που σχετίζεται με ιατρικές παρεμβάσεις φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά και σημαντικά την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικές εξετάσεις. Το εύρημα αυτό ενισχύει τη σημασία της ψυχολογικής διάστασης της υγειονομικής συμπεριφοράς και αναδεικνύει την ανάγκη για παρεμβάσεις που θα μειώνουν τον φόβο του ιατρικού πόνου, ώστε να ενισχυθεί η συμμετοχή του πληθυσμού σε δράσεις πρόληψης.



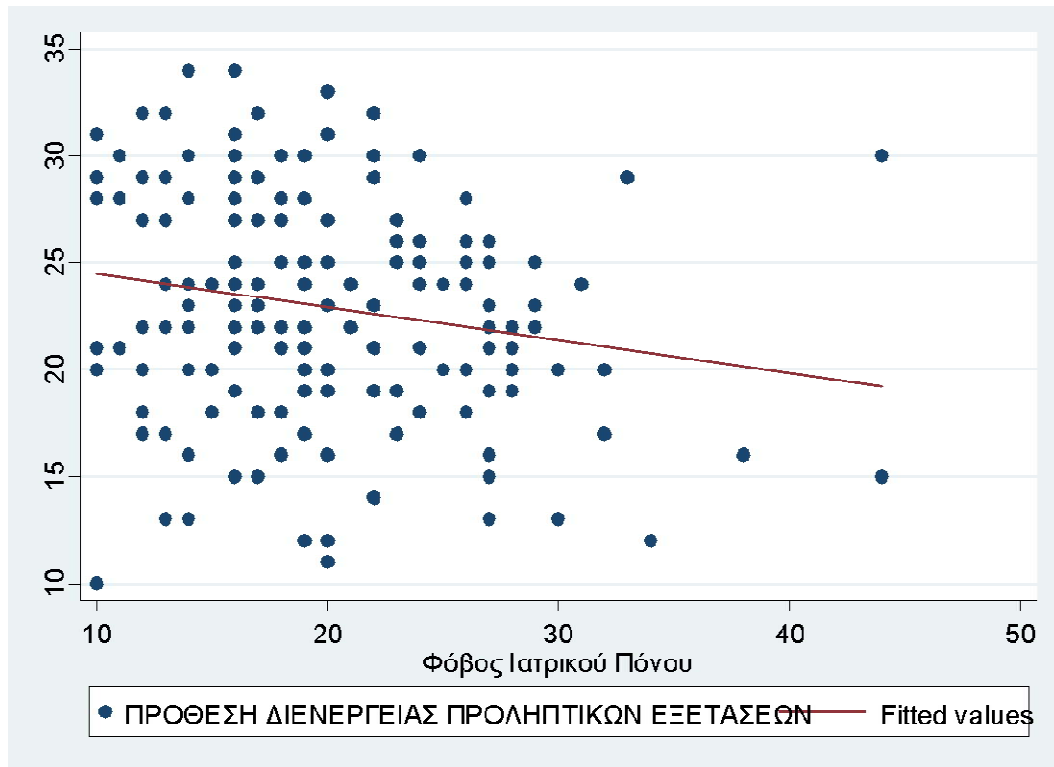
Εικόνα 3 Σχέση μεταξύ Φόβου Έντονου Πόνου και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Η Εικόνα 3 απεικονίζει το διάγραμμα διασποράς μεταξύ του «Φόβου Έντονου Πόνου» (άξονας x) και της «Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων» (άξονας y), συνοδευόμενο από τη γραμμή παλινδρόμησης (fitted values).

Η γραφική απεικόνιση επιβεβαιώνει τα ευρήματα του Πίνακα 19, καθώς καταδεικνύει την απουσία συστηματικής σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Η κατανομή των σημείων είναι διάσπαρτη χωρίς ξεκάθαρο πρότυπο, ενώ η γραμμή παλινδρόμησης εμφανίζεται σχεδόν οριζόντια, γεγονός που υποδηλώνει μηδενική ή αμελητέα κλίση. Αυτό ενισχύεται και από τον πολύ χαμηλό συντελεστή συσχέτισης ($r = 0.007$, $p = 0.932$), ο οποίος δεν είναι στατιστικά σημαντικός.

Η απουσία γραμμικής σχέσης μεταξύ της έντασης του φόβου έντονου πόνου και της πρόθεσης για προληπτικές εξετάσεις δείχνει ότι ο συγκεκριμένος τύπος φόβου, αν και ενδέχεται να είναι ψυχολογικά σημαντικός για τα άτομα, δεν επηρεάζει ουσιαστικά τη συμπεριφορά πρόληψης στην παρούσα μελέτη. Συνεπώς, η επίδραση του φόβου

πόνου στις προληπτικές συμπεριφορές ενδέχεται να εξαρτάται περισσότερο από το πλαίσιο και το είδος του πόνου (π.χ. ιατρικός πόνος), παρά από την ένταση καθ αυτή.



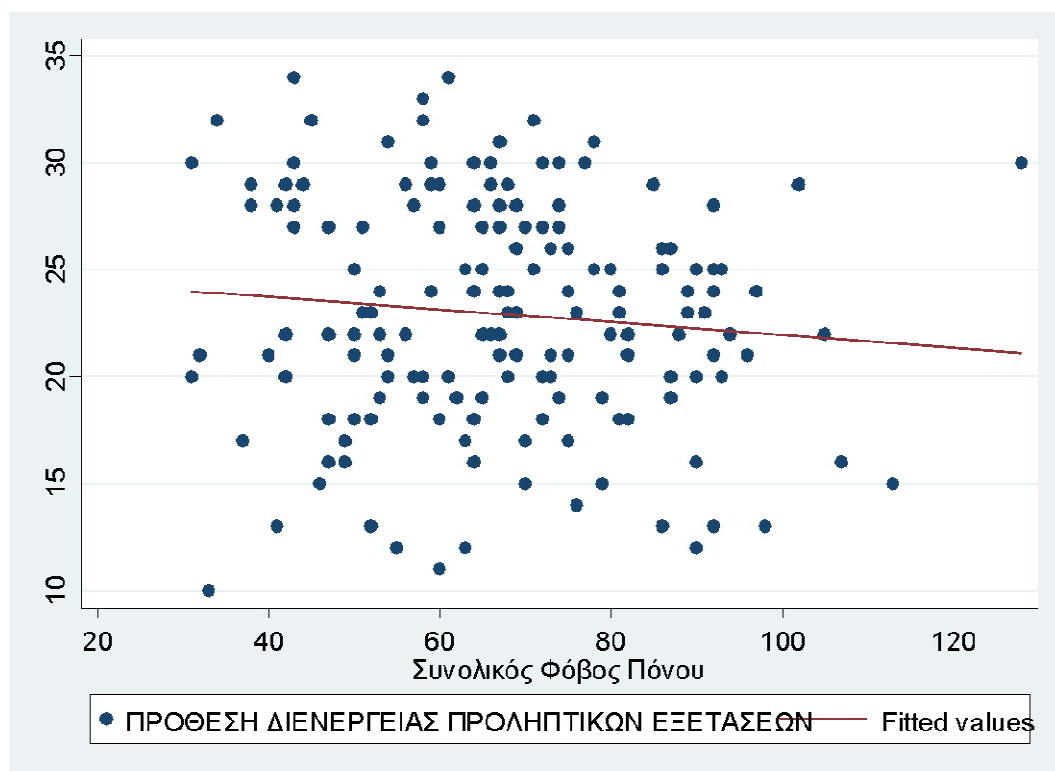
Εικόνα 4 Σχέση μεταξύ Φόβου Ιατρικού Πόνου και Πρόθεσης Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Η Εικόνα 4 απεικονίζει τη σχέση μεταξύ του «Φόβου Ιατρικού Πόνου» και της «Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων». Σε αντίθεση με την προηγούμενη εικόνα (Εικόνα 2), εδώ παρατηρείται μια πιο ξεκάθαρη αρνητική συσχέτιση, η οποία αποτυπώνεται και οπτικά μέσω της καθοδικής πορείας της γραμμής παλινδρόμησης.

Η κατανομή των σημείων δείχνει ότι όσο αυξάνεται ο φόβος που σχετίζεται με ιατρικές πράξεις (όπως ενέσεις, επεμβάσεις, εξετάσεις), η πρόθεση των συμμετεχόντων να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις μειώνεται. Αυτό ενισχύει την αριθμητική συσχέτιση που παρατηρήθηκε στον Πίνακα 13 ($r = -0.19$, $p = 0.013$), η οποία είναι στατιστικά σημαντική.

Η συγκεκριμένη γραφική απεικόνιση αναδεικνύει τον ρόλο του «ιατρικού πόνου» ως έναν ιδιαίτερο ψυχολογικό παράγοντα που δρα αποτρεπτικά στη λήψη προληπτικών

μέτρων υγείας. Το εύρημα είναι κρίσιμο για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης, καθώς υποδεικνύει ότι η αρνητική στάση απέναντι στην πρόληψη δεν σχετίζεται τόσο με γενικευμένο φόβο πόνου, αλλά ειδικά με τον φόβο που προκαλείται από ιατρικές διαδικασίες. Ως εκ τούτου, παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του συγκεκριμένου φόβου (π.χ. με ενημέρωση, ψυχολογική υποστήριξη ή ήπιες τεχνικές εξέτασης) θα μπορούσαν να ενισχύσουν την πρόθεση των ατόμων να συμμετάσχουν σε προληπτικά προγράμματα.



Εικόνα 5 Σχέση μεταξύ Συνολικού Φόβου Πόνου και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Η Εικόνα 5 απεικονίζει τη γραφική σχέση μεταξύ του Συνολικού Φόβου Πόνου και της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων, βασισμένη σε ατομικά δεδομένα. Ο οριζόντιος άξονας αντιπροσωπεύει το συνολικό σκορ φόβου πόνου (αθροιστικά από τις επιμέρους διαστάσεις), ενώ ο κάθετος την πρόθεση για προληπτικές εξετάσεις.

Η κατανομή των σημείων είναι ευρέως διασπαρμένη, αλλά η καθοδική κλίση της γραμμής παλινδρόμησης υποδηλώνει μια ήπια αρνητική συσχέτιση. Αυτό

ευθυγραμμίζεται με τα αριθμητικά ευρήματα του Πίνακα 19, όπου καταγράφεται μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($r = -0.101$, $p = 0.187$). Δηλαδή, αν και υπάρχει μια τάση μείωσης της πρόθεσης προληπτικής εξέτασης όσο αυξάνεται ο συνολικός φόβος πόνου, η σχέση αυτή δεν είναι αρκετά ισχυρή για να θεωρηθεί στατιστικά τεκμηριωμένη.

Η εικόνα αυτή επιβεβαιώνει τη γενική εικόνα της ανάλυσης: ο συνολικός φόβος πόνου δεν επηρεάζει άμεσα και ουσιαστικά την πρόθεση για πρόληψη, εκτός εάν περιλαμβάνει συγκεκριμένες διαστάσεις όπως ο φόβος ιατρικού πόνου. Η γραφική παρουσίαση ενισχύει την άποψη ότι για την κατανόηση των ψυχολογικών εμποδίων στην πρόληψη, η αναλυτική αποδόμηση των επιμέρους μορφών φόβου είναι πιο αποδοτική από τη χρήση ενός συνολικού δείκτη.

Πίνακας 20 Πίνακας Συσχετίσεων μεταξύ Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων και Δεικτών Φόβου και Άγχους

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) Πρόθεση Διενέργειας	1.0					
(2) Αποφυγή	0.0394 (0.6093)	1.0				
(3) Φοβική Σκέψη	-0.0019 (0.9801)	0.7765 (0.000)	1.0			
(4) Γνωσιακό Άγχος	-0.0433 (0.5742)	0.8326 (0.000)	0.8308 (0.000)	1.0		
(5) Σωματικές Αντιδράσεις	0.0102 (0.8942)	0.8014 (0.000)	0.8007 (0.0)	0.8383 (0.0)	1.0	
(6) Συνολικό Άγχος	0.0012 (0.9876)	0.9215 (0.000)	0.9179 (0.000)	0.9448 (0.000)	0.9252 (0.000)	1.0

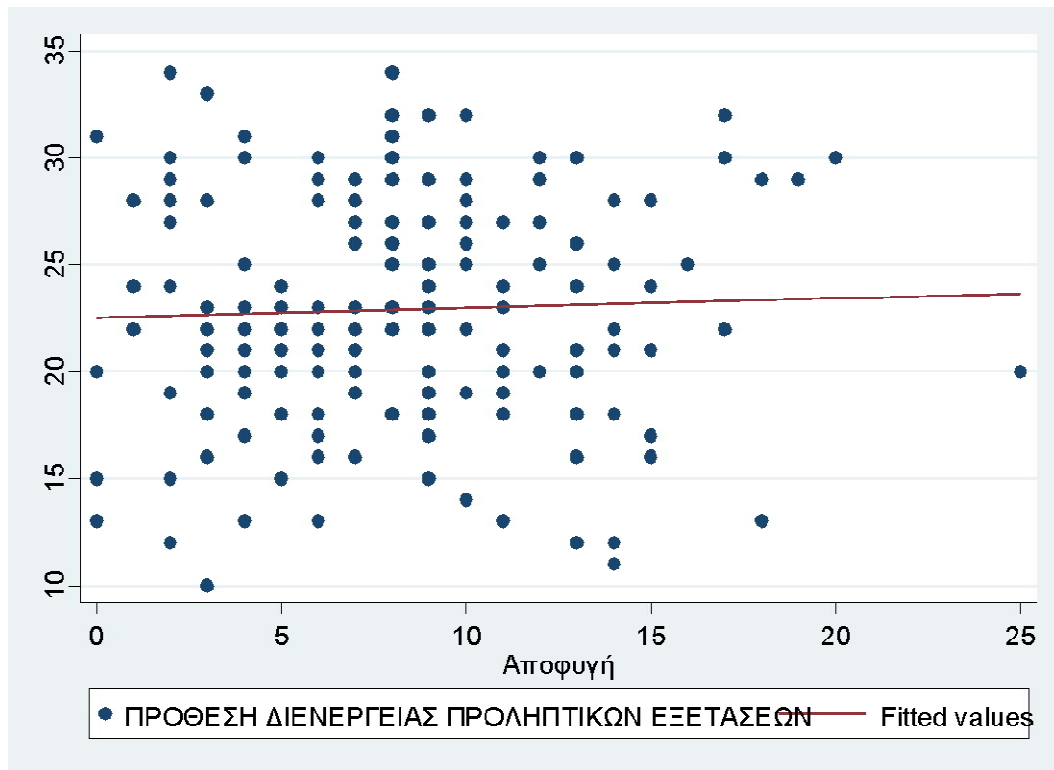
Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τους συντελεστές συσχέτισης Pearson και τις αντίστοιχες τιμές p (σε παρένθεση) μεταξύ της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων και των επιμέρους υποκλιμάκων άγχους και φοβίας, καθώς και του συνολικού δείκτη άγχους.

Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι καμία από τις υποκλίμακες δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πρόθεση διενέργειας προληπτικών εξετάσεων. Συγκεκριμένα, οι τιμές των συσχετίσεων είναι πολύ κοντά στο μηδέν και όλες οι τιμές p είναι σημαντικά υψηλότερες από το επίπεδο αποκοπής για στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$). Ενδεικτικά, η μεταβλητή «Φοβική Σκέψη» εμφανίζει ουσιαστικά μηδενική συσχέτιση ($r = -0.0019$, $p = 0.9801$), ενώ και ο «Συνολικός Δείκτης Άγχους» δεν δείχνει απολύτως καμία συσχέτιση με την πρόθεση ($r = 0.0012$, $p = 0.9876$).

Αντιθέτως, μεταξύ των ίδιων των υποκλιμάκων άγχους παρατηρούνται ισχυρές και στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις ($p < 0.001$ σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις), γεγονός που επιβεβαιώνει ότι συνιστούν διαφορετικές διαστάσεις του ίδιου ψυχολογικού φαινομένου. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ του «Γνωσιακού Άγχους» και των υπολοίπων διαστάσεων, όπως με τις «Σωματικές Αντιδράσεις» ($r = 0.8383$) και τη «Φοβική Σκέψη» ($r = 0.8308$).

Η απουσία συσχέτισης με την πρόθεση για προληπτική εξέταση υποδηλώνει ότι το γενικό άγχος και οι φόβοι που δεν σχετίζονται άμεσα με τον ιατρικό πόνο ή την πράξη της εξέτασης καθαυτής δεν αποτελούν βασικούς καθοριστικούς παράγοντες για τη σχετική συμπεριφορά. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα από τον Πίνακα 18 και τις σχετικές εικόνες, σύμφωνα με τα οποία μόνο ο φόβος ιατρικού πόνου αναδείχθηκε ως σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας.

Συνοψίζοντας, ο Πίνακας 20 επιβεβαιώνει την ανάγκη εστίασης σε στοχευμένα είδη φόβου (π.χ. ιατρικός πόνος) και όχι σε γενικότερες ψυχολογικές καταστάσεις (όπως άγχος ή αποφυγή), όταν διερευνώνται οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικές εξετάσεις.



Εικόνα 6 Σχέση μεταξύ Αποφυγής και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

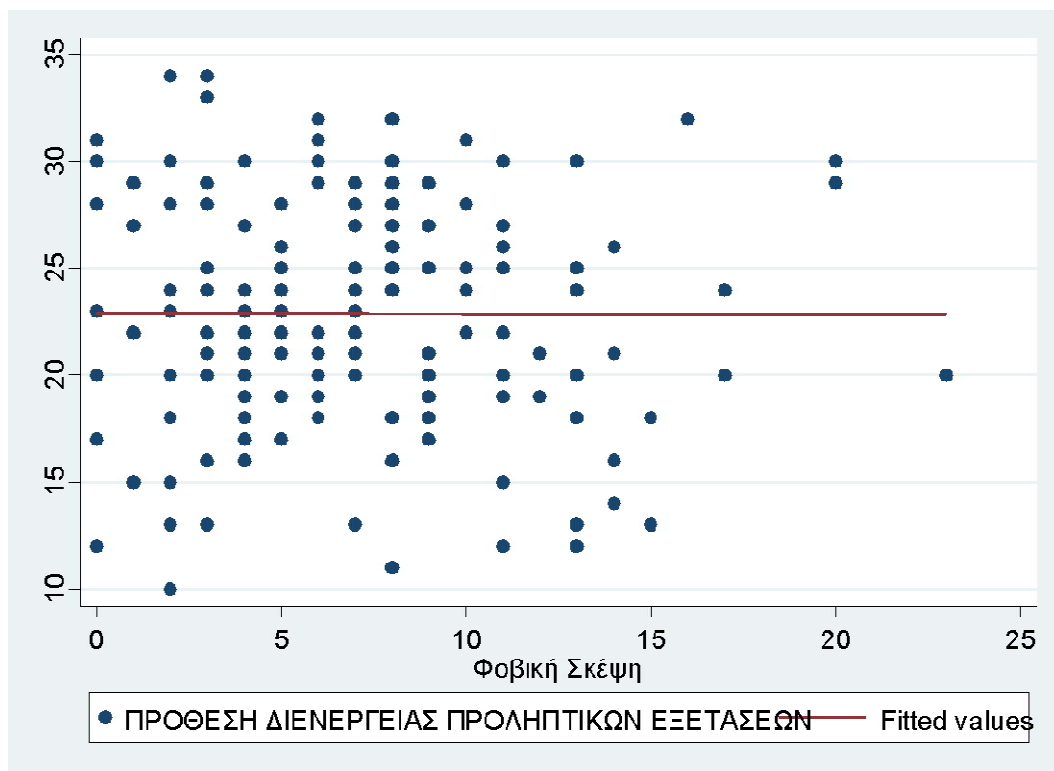
Η Εικόνα 6 απεικονίζει τη γραφική σχέση μεταξύ της μεταβλητής Αποφυγή και της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων, βασισμένη σε επιμέρους δεδομένα συμμετεχόντων.

Η κατανομή των σημείων είναι ευρέως διασπαρμένη, χωρίς να διαφαίνεται κάποια σαφής ή έντονη γραμμική τάση. Η γραμμή παλινδρόμησης παρουσιάζει ελαφρώς ανοδική κλίση, ωστόσο η κλίση αυτή είναι σχεδόν επίπεδη, γεγονός που υποδηλώνει πολύ ασθενή – και στην πράξη αμελητέα – συσχέτιση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 20, στον οποίο η μεταβλητή «Αποφυγή» εμφανίζει πολύ χαμηλή συσχέτιση με την πρόθεση ($r = 0.0394$, $p = 0.6093$), χωρίς στατιστική σημαντικότητα.

Η απουσία σημαντικής σχέσης σηματοδοτεί ότι η συμπεριφορά αποφυγής – η τάση δηλαδή ενός ατόμου να αποφεύγει ερεθίσματα ή καταστάσεις που του προκαλούν φόβο ή άγχος – δεν φαίνεται να επηρεάζει την πρόθεση του να συμμετέχει σε προληπτικούς ελέγχους υγείας. Η ψυχολογική αυτή διάσταση ενδέχεται να σχετίζεται περισσότερο με γενικές αγχώδεις συμπεριφορές και όχι με τη λήψη αποφάσεων για

προληπτική υγειονομική φροντίδα, εκτός αν συνοδεύεται από άλλες πιο συγκεκριμένες μορφές φόβου, όπως ο φόβος ιατρικού πόνου.

Επομένως, η εικόνα αυτή ενισχύει την κεντρική διαπίστωση ότι οι γενικές διαστάσεις άγχους και αποφυγής δεν συνιστούν αποφασιστικούς προβλεπτικούς παράγοντες της πρόθεσης για προληπτική συμπεριφορά και ότι απαιτείται εστίαση σε πιο ειδικές ψυχολογικές παραμέτρους για την ερμηνεία και ενίσχυση τέτοιων συμπεριφορών.



Εικόνα 7 Σχέση μεταξύ Φοβικής Σκέψης και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

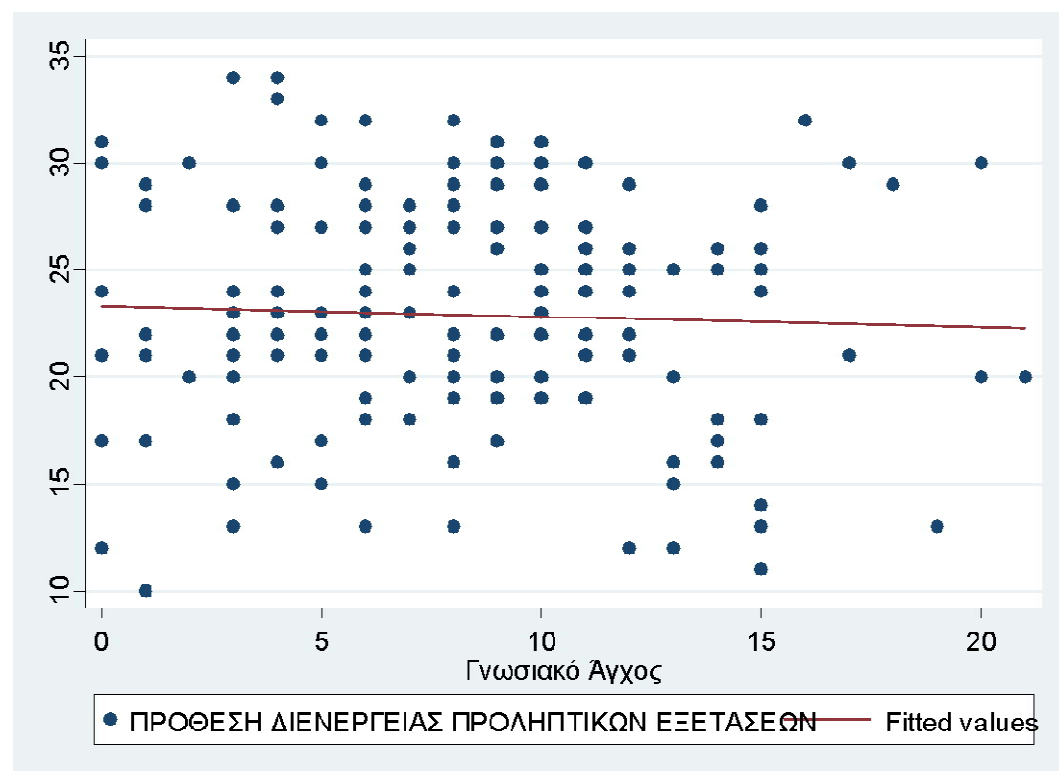
Η Εικόνα 7 απεικονίζει τη σχέση μεταξύ της Φοβικής Σκέψης και της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων. Η «Φοβική Σκέψη» εδώ αναφέρεται σε αρνητικά γνωσιακά σχήματα και σκέψεις που σχετίζονται με φοβικά ερεθίσματα ή σενάρια αποφυγής, ενώ η πρόθεση αφορά τη στάση του ατόμου απέναντι στη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις.

Το διάγραμμα διασποράς καταδεικνύει πλήρη απουσία γραμμικής σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Η γραμμή παλινδρόμησης είναι ουσιαστικά οριζόντια, και τα

σημεία είναι κατανομημένα χωρίς συγκεκριμένο πρότυπο ή τάση. Το εύρημα αυτό αντικατοπτρίζει με απόλυτη συνέπεια τον συντελεστή συσχέτισης που παρατηρήθηκε στον Πίνακα 20 ($r = -0.0019$, $p = 0.9801$), ο οποίος είναι πρακτικά μηδενικός και καθόλου στατιστικά σημαντικός.

Η απουσία οποιασδήποτε σχέσης δείχνει ότι τα αρνητικά νοητικά μοτίβα που σχετίζονται με φοβικά ερεθίσματα δεν ασκούν καμία επιρροή στην πρόθεση του ατόμου να υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις. Αυτό σημαίνει ότι, ακόμη κι αν ένα άτομο τείνει να σκέφτεται φοβικά, αυτό δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συμπεριφορά του σε σχέση με την υγεία και την πρόληψη.

Συνολικά, η εικόνα αυτή ενισχύει τη γενικότερη διαπίστωση της ανάλυσης: οι γενικές ψυχολογικές διαστάσεις άγχους και φόβου δεν προβλέπουν από μόνες τους τη συμπεριφορά πρόληψης, εκτός αν σχετίζονται ειδικά με τον ιατρικό ή επεμβατικό χαρακτήρα της πράξης. Για την ενίσχυση της συμμετοχής σε προληπτικά προγράμματα, είναι πιο αποτελεσματικό να εστιάσουμε σε συγκεκριμένους και στοχευμένους φόβους, παρά σε γενικές γνωσιακές ή συναισθηματικές τάσεις.



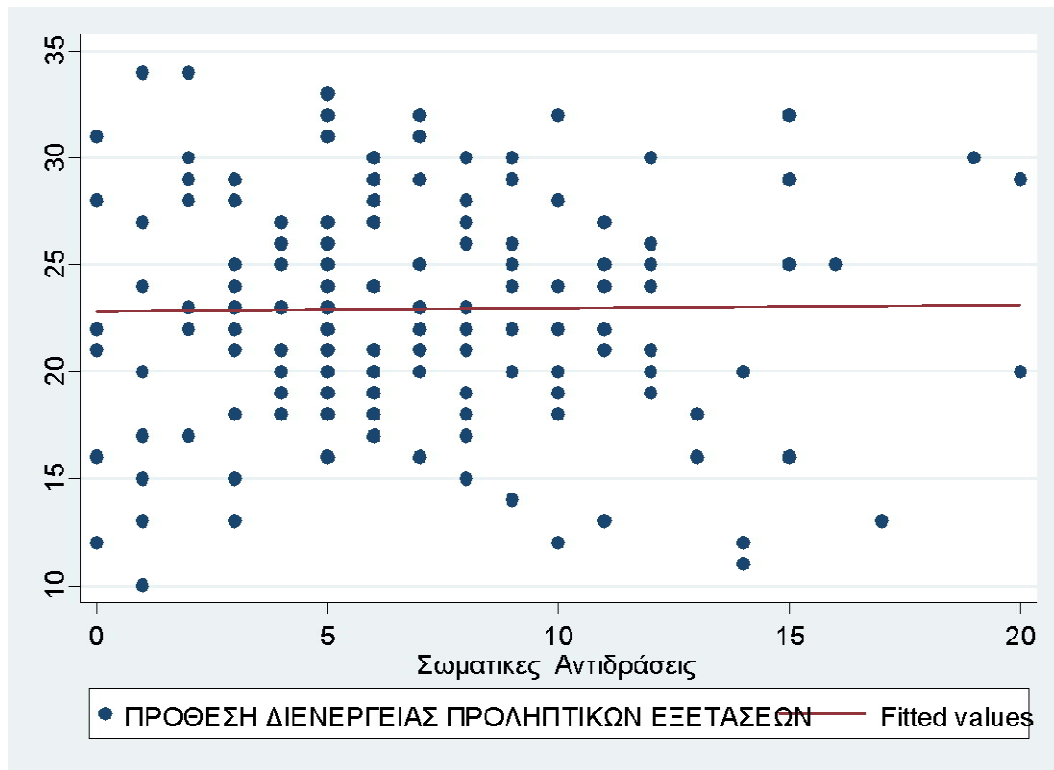
Εικόνα 8 Σχέση μεταξύ Γνωσιακού Άγχους και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Η Εικόνα 8 παρουσιάζει τη σχέση μεταξύ του Γνωσιακού Άγχους και της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων. Ο όρος «γνωσιακό άγχος» αναφέρεται σε ανησυχητικές σκέψεις και εσωτερικό διάλογο που συνοδεύει καταστάσεις άγχους, συχνά με επίκεντρο το αναμενόμενο αποτέλεσμα ή την αποτυχία αντιμετώπισης μιας κατάστασης.

Το διάγραμμα διασποράς καταδεικνύει την ύπαρξη μιας πολύ ήπιας αρνητικής σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών, όπως φαίνεται από την ελαφρώς καθοδική πορεία της γραμμής παλινδρόμησης. Ωστόσο, η κατανομή των σημείων είναι ευρέως διασκορπισμένη χωρίς σαφή πρότυπα συσχέτισης. Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης από τον Πίνακα 14 είναι $r = -0.0433$ με $p = 0.5742$, γεγονός που επιβεβαιώνει την έλλειψη στατιστικής σημαντικότητας.

Αυτό υποδηλώνει ότι το γνωσιακό άγχος, ως ψυχολογική κατάσταση, δεν φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την πρόθεση των ατόμων να συμμετάσχουν σε προληπτικούς ελέγχους. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να συνοδεύει άλλες διαστάσεις του άγχους, από μόνο του δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη υγειονομικών αποφάσεων πρόληψης.

Το εύρημα εναρμονίζεται με τα συμπεράσματα που αντλούνται από τις προηγούμενες εικόνες και πίνακες: οι γενικές μορφές άγχους δεν επηρεάζουν αποφασιστικά τη συμπεριφορά πρόληψης, σε αντίθεση με πιο συγκεκριμένες μορφές φόβου, όπως ο ιατρικός πόνος, που έχουν αποδειχθεί σημαντικές. Για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης, αυτό σημαίνει ότι η στόχευση πρέπει να γίνεται σε στοχευμένα γνωστικά εμπόδια που σχετίζονται με το περιεχόμενο της ιατρικής εμπειρίας, και όχι γενικά στο άγχος ή τις ανησυχίες.



Εικόνα 9 Σχέση μεταξύ Σωματικών Αντιδράσεων και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

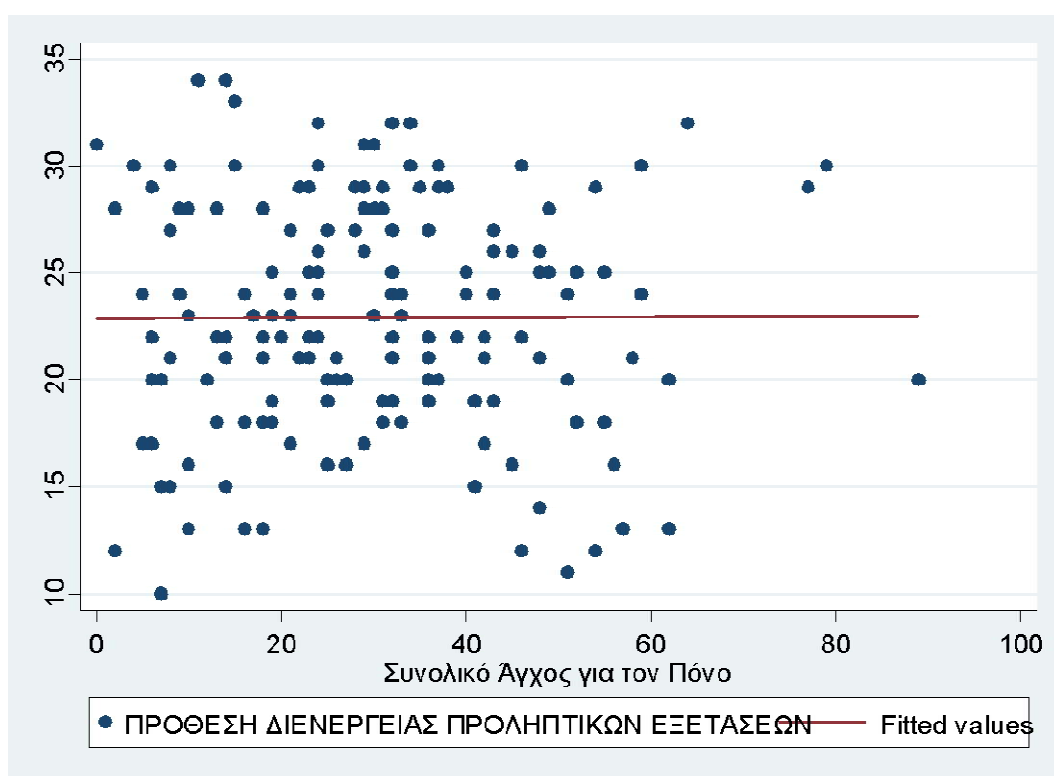
Η Εικόνα 9 απεικονίζει τη σχέση μεταξύ των Σωματικών Αντιδράσεων (ως υποκλίμακας άγχους/φοβίας) και της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων. Οι σωματικές αντιδράσεις αναφέρονται σε φυσιολογικά συμπτώματα άγχους, όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, σφίξιμο στο στομάχι κ.λπ., τα οποία εμφανίζονται σε καταστάσεις φόβου ή έντονης ανησυχίας.

Στο γράφημα παρατηρείται μια σχετικά διάσπαρτη κατανομή των σημείων, χωρίς ξεκάθαρη γραμμική τάση. Η γραμμή παλινδρόμησης εμφανίζει ελαφρώς ανοδική κλίση, όμως είναι σχεδόν επίπεδη, γεγονός που αντανακλά τη σχεδόν μηδενική και μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($r = 0.0102$, $p = 0.8942$, όπως φαίνεται στον Πίνακα 20).

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι οι φυσιολογικές σωματικές εκδηλώσεις του άγχους δεν συνδέονται με την πρόθεση ενός ατόμου να συμμετάσχει σε προληπτικές εξετάσεις. Παρότι οι σωματικές αντιδράσεις είναι ενδεικτικές της έντασης του άγχους, δεν φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα τη σχετική απόφαση, πιθανότατα διότι

ερμηνεύονται ως γενική δυσφορία και όχι ως παράγοντας κινδύνου ή απειλής σε σχέση με την υγειονομική συμπεριφορά.

Συμπερασματικά, η εικόνα αυτή εναρμονίζεται με τα υπόλοιπα γραφήματα των υποκλιμάκων άγχους (Εικόνες 6–8), αναδεικνύοντας ότι το γενικευμένο άγχος – είτε σε γνωσιακή, συναισθηματική ή σωματική μορφή – δεν επηρεάζει την πρόθεση για πρόληψη. Η ψυχολογική παρέμβαση που θα στοχεύσει στην ενίσχυση της πρόληψης, συνεπώς, οφείλει να εστιάσει σε συγκεκριμένους, περιεχομενικά σχετιζόμενους φόβους, όπως ο φόβος ιατρικού πόνου.



Εικόνα 10 Σχέση μεταξύ Συνολικού Άγχους και Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων για Καρκίνο του Παχέος Εντέρου

Η Εικόνα 10 παρουσιάζει τη γραφική απεικόνιση της σχέσης μεταξύ του Συνολικού Άγχους για τον Πόνο και της Πρόθεσης Διενέργειας Προληπτικών Εξετάσεων. Ο συνολικός δείκτης άγχους για τον πόνο αποτελεί συνδυαστικό μέτρο των επιμέρους διαστάσεων (αποφυγή, φοβική σκέψη, γνωσιακό άγχος, σωματικές αντιδράσεις), προσφέροντας μια γενική εικόνα της ψυχολογικής έντασης που βιώνει το άτομο απέναντι στον πόνο.

Η κατανομή των σημείων στο γράφημα είναι πλήρως διάσπαρτη, χωρίς εμφανή γραμμική τάση. Η γραμμή παλινδρόμησης είναι σχεδόν επίπεδη, γεγονός που αντανακλά τη σχεδόν μηδενική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Αυτό επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα του Πίνακα 20, όπου ο συντελεστής συσχέτισης είναι $r = 0.0012$ με $p = 0.9876$, δηλαδή εξαιρετικά χαμηλός και καθόλου στατιστικά σημαντικός.

Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι, συνολικά, το άγχος που σχετίζεται με τον πόνο δεν επηρεάζει την πρόθεση των συμμετεχόντων να προχωρήσουν σε προληπτικούς ελέγχους. Η έλλειψη αυτής της σχέσης έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς έρχεται σε αντίθεση με την παραδοχή ότι το άγχος για τον πόνο μπορεί να λειτουργεί ανασταλτικά για τη λήψη υγειονομικών αποφάσεων. Η ανάλυση υποδηλώνει πως μόνο ειδικές μορφές φόβου — όπως είδαμε με τον φόβο ιατρικού πόνου — έχουν ουσιαστική προβλεπτική αξία.

Συνοψίζοντας, η εικόνα αυτή έρχεται να ενισχύσει το γενικό συμπέρασμα της μελέτης: η γενικευμένη ψυχολογική δυσφορία δεν επαρκεί για να εξηγήσει ή να προβλέψει την προληπτική συμπεριφορά, παρά μόνο όταν συνδέεται άμεσα με το αντικείμενο του φόβου — δηλαδή την ιατρική πράξη καθαυτή. Αυτό έχει κρίσιμες εφαρμογές στην πράξη, καθώς προτείνει ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν σε συγκεκριμένα γνωστικά και συναισθηματικά εμπόδια, και όχι απλώς στη μείωση του γενικού άγχους.

5.1.4. Ανάλυση Παλινδρόμησης

Πίνακας 21 Παλινδρόμηση της Πρόθεσης για Προληπτικό Έλεγχο με Διαστάσεις Φόβου Πόνου ως Προγνωστικούς Παράγοντες

VARIABLES	(1) Model_1	(2) Model_2	(3) Model_3	(4) Model_4
Φόβος Ήπιου Πόνου	-0.1003			
	(0.0709)			

Φόβος Έντονου Πόνου		0.00381		
		(0.04879)		
Φόβος Ιατρικού Πόνου			-0.15476**	
			(0.06944)	
Συνολικός Φόβος Πόνου				-0.0282
				(0.0245)
Constant	24.6492***	22.79111***	26.00841***	24.8626***
	(1.32124)	(1.69435)	(1.47977)	(1.81912)
Observations	171	171	171	171
R-squared	0.0127	0.00004	0.03614	0.0098

Robust standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Η ανάλυση παλινδρόμησης που παρουσιάζεται στον Πίνακα 21 αποτελεί το επόμενο βήμα στην αξιολόγηση του ρόλου των διαφορετικών μορφών φόβου πόνου στην πρόθεση διενέργειας προληπτικών εξετάσεων. Σκοπός της ανάλυσης είναι να εξεταστεί κατά πόσο κάθε μορφή φόβου επηρεάζει την εξαρτημένη μεταβλητή, όταν λαμβάνεται υπόψη ξεχωριστά στο μοντέλο.

Στο πρώτο μοντέλο, εξετάζεται ο φόβος ήπιου πόνου, ο οποίος εμφανίζει αρνητικό συντελεστή ($\beta = -0.1003$) αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν σχετίζεται ουσιαστικά με τη διακύμανση της πρόθεσης για προληπτική εξέταση. Η εξηγητική δύναμη του μοντέλου είναι περιορισμένη, καθώς το R^2 ανέρχεται σε μόλις 0.01517. Στο δεύτερο μοντέλο περιλαμβάνεται ο φόβος έντονου πόνου, με έναν ουσιαστικά μηδενικό συντελεστή ($\beta = 0.00381$), χωρίς στατιστική σημασία και με σχεδόν μηδενική εξηγητική ικανότητα ($R^2 \approx 0$), γεγονός που υποδεικνύει πλήρη απουσία σχέσης μεταξύ της συγκεκριμένης μεταβλητής και της πρόθεσης.

Αντίθετα, το τρίτο μοντέλο αποκαλύπτει ότι ο φόβος ιατρικού πόνου έχει αρνητική και στατιστικά σημαντική επίδραση στην πρόθεση διενέργειας προληπτικών εξετάσεων. Ο συντελεστής παλινδρόμησης είναι -0.15476 με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$, ενώ το R^2 του μοντέλου φτάνει το 0.03614. Αν και το ποσοστό εξήγησης της μεταβλητότητας παραμένει μέτριο, το εύρημα έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αναδεικνύει μια ψυχολογική μεταβλητή που πράγματι λειτουργεί αποτρεπτικά ως προς τη συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους. Στο τέταρτο μοντέλο εξετάζεται ο συνολικός δείκτης φόβου πόνου, ο οποίος επίσης έχει αρνητικό πρόσημο ($\beta = -0.0282$), ωστόσο η συσχέτιση δεν είναι στατιστικά σημαντική, γεγονός που καταδεικνύει ότι η συνολική εικόνα του φόβου δεν είναι επαρκής για την πρόβλεψη της πρόθεσης.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης ενισχύουν την εικόνα που προέκυψε από τις συσχετίσεις και τα διαγράμματα διασποράς. Παρότι οι περισσότεροι τύποι φόβου δεν σχετίζονται σημαντικά με την πρόθεση, ο φόβος που σχετίζεται με ιατρικές πράξεις φαίνεται να έχει σαφή, αρνητική επίδραση. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τη σημασία των εξειδικευμένων ψυχολογικών παραμέτρων έναντι των γενικευμένων εκτιμήσεων, καθώς και την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις που να μειώνουν τον φόβο του ιατρικού πόνου, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή του πληθυσμού σε προληπτικές εξετάσεις.

Πίνακας 22 Παλινδρόμηση της Πρόθεσης για Προληπτικό Έλεγχο με Δείκτες Άγχους και Φοβικών Αντιδράσεων ως Προγνωστικούς Παράγοντες

VARIABLE S	(1) Model_1	(2) Model_2	(3) Model_3	(4) Model_4	(5) Model_5
Αποφυγή	0.04477 (0.09759)				
Φοβική Σκέψη		-0.00230 (0.10151)			
Γνωσιακό Άγχος			-0.04987		

				(0.10160)	
Σωματικές Αντιδράσεις				0.01262	
				(0.11170)	
Συνολικό Άγχος για τον Πόνο					0.00038
					(0.02826)
Constant	22.54335** *	22.92752** *	23.31010** *	22.83082** *	22.90117** *
	(0.91174)	(0.79005)	(0.90774)	(0.82119)	(0.92465)
Observations	171	171	171	171	171
R-squared	0.00155	0.00000	0.00187	0.00010	0.00000
Robust standard errors in parentheses					
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1					

Ο Πίνακας 22 παρουσιάζει τα αποτελέσματα πέντε μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης, στα οποία εξετάζεται η προβλεπτική ικανότητα των διαστάσεων άγχους και φοβίας ως προς την πρόθεση διενέργειας προληπτικών εξετάσεων. Κάθε μοντέλο περιλαμβάνει μία διαφορετική υποκλίμακα ως ανεξάρτητη μεταβλητή, με στόχο την απομόνωση της επίδρασης κάθε επιμέρους παράγοντα.

Στο πρώτο μοντέλο, η μεταβλητή «Αποφυγή» παρουσιάζει θετικό συντελεστή ($\beta = 0.04477$), ωστόσο η επίδραση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική, καθώς η τιμή p υπερβαίνει το όριο αποκοπής. Παράλληλα, το μοντέλο εξηγεί μόλις το 0,15% της μεταβλητότητας της πρόθεσης ($R^2 = 0.00155$), γεγονός που καθιστά την επίδραση της μεταβλητής πρακτικά αμελητέα.

Στο δεύτερο μοντέλο εξετάζεται η «Φοβική Σκέψη», η οποία συνδέεται με έναν πολύ χαμηλό και αρνητικό συντελεστή ($\beta = -0.00230$), επίσης μη στατιστικά σημαντικό. Η τιμή του R^2 είναι 0.00000, υποδεικνύοντας πλήρη απουσία εξηγητικής δύναμης. Αντίστοιχη εικόνα προκύπτει και από το τρίτο μοντέλο, όπου το «Γνωσιακό Άγχος»

εμφανίζει έναν ελαφρώς πιο αρνητικό συντελεστή ($\beta = -0.04987$), ο οποίος όμως παραμένει μη σημαντικός. Η τιμή του R^2 διατηρείται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (0.00187).

Στο τέταρτο μοντέλο εισάγεται η μεταβλητή «Σωματικές Αντιδράσεις», με θετικό συντελεστή ($\beta = 0.01262$), ο οποίος, ωστόσο, δεν αποκτά στατιστική σημαντικότητα και δεν προσδίδει εξηγητική αξία στο μοντέλο ($R^2 = 0.00010$). Τέλος, το πέμπτο μοντέλο εξετάζει τον «Συνολικό Δείκτη Άγχους για τον Πόνο». Ο συντελεστής είναι σχεδόν μηδενικός ($\beta = 0.00038$), χωρίς στατιστική σημασία, και με εξηγητική ικανότητα ουσιαστικά μηδενική ($R^2 = 0.00000$).

Συνολικά, τα ευρήματα της παλινδρόμησης επιβεβαιώνουν πλήρως τα συμπεράσματα που αναδείχθηκαν προηγουμένως μέσω των συσχετίσεων και των διαγραμμάτων διασποράς: κανένας από τους επιμέρους τύπους άγχους ή συνολικού άγχους για τον πόνο δεν αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της πρόθεσης διενέργειας προληπτικών εξετάσεων. Τα πολύ χαμηλά επίπεδα των συντελεστών παλινδρόμησης, σε συνδυασμό με την απουσία στατιστικής σημαντικότητας και τις σχεδόν μηδενικές τιμές του R^2 , υποδηλώνουν ότι οι εν λόγω ψυχολογικές παράμετροι δεν επηρεάζουν ουσιαστικά τη λήψη απόφασης για συμμετοχή σε προληπτικά προγράμματα.

Η συνολική εικόνα ενισχύει το βασικό συμπέρασμα της μελέτης ότι η γενικευμένη αγχώδης διάσταση δεν συνδέεται άμεσα με προληπτική συμπεριφορά. Αντιθέτως, οι παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας θα πρέπει να στοχεύουν σε συγκεκριμένες μορφές φόβου, και κυρίως στον φόβο που σχετίζεται με ιατρικές παρεμβάσεις, ο οποίος αναδείχθηκε ως ο μόνος στατιστικά σημαντικός παράγοντας.

5.2. Περίληψη των αποτελεσμάτων

Η παρούσα έρευνα εστίασε στην ψυχολογική διάσταση του φόβου και της αποφυγής του πόνου και στη σύνδεσή τους με την πρόθεση των ατόμων να συμμετάσχουν σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, με έμφαση στην κολονοσκόπηση. Η στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει περιγραφικά και επαγωγικά στοιχεία, με έμφαση σε συσχετίσεις και παλινδρομήσεις, ώστε να καταδειχθούν οι βασικές ψυχολογικές μεταβλητές που επηρεάζουν τις προληπτικές συμπεριφορές.

Ξεκινώντας από τη δημογραφική περιγραφή, το δείγμα αποτέλεσαν κυρίως γυναίκες (76,61%), μέσης ηλικίας 47 ετών, με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και ενεργή εργασιακή συμμετοχή. Οι περισσότεροι ζουν σε πόλεις μικρού έως μεσαίου μεγέθους και διαθέτουν μεσαία εισοδήματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά υποδηλώνουν ένα δείγμα με σχετική κοινωνική σταθερότητα και ενδεχομένως υψηλότερη ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας. Ωστόσο, μόλις το 36,26% είχε πραγματοποιήσει προληπτική εξέταση, με την κολονοσκόπηση να είναι η κατ' εξοχήν επιλεγόμενη μέθοδος από αυτούς. Το 63,74% των συμμετεχόντων δεν είχε προβεί σε κανέναν έλεγχο, παρά το ότι βρισκόταν σε ηλικιακή ομάδα αυξημένου κινδύνου, στοιχείο που μαρτυρά την ύπαρξη εμποδίων ή αναστολών προς τη συγκεκριμένη πρακτική.

Η ψυχολογική αποτύπωση του πόνου σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες (ήπιος, έντονος και ιατρικός πόνος) ανέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις στην υποκειμενική εμπειρία. Οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν γενικά τον ήπιο πόνο με ανοχή, κατατάσσοντας τον στις χαμηλότερες βαθμίδες έντασης. Αντίθετα, ο έντονος πόνος – ιδίως όταν σχετιζόταν με ανίατη ασθένεια ή τροχαίο ατύχημα– ενεργοποίησε συναισθήματα φόβου και απώλειας ελέγχου. Ο ιατρικός πόνος, παρότι σε πολλές περιπτώσεις θεωρήθηκε ανεκτός (π.χ. αιμοληψία), ανέδειξε αυξημένες ευαισθησίες σε επεμβατικές παρεμβάσεις (όπως ράμματα, ένεση στο στόμα ή εξαγωγή δοντιού). Η στατιστική αποτύπωση αυτών των δεδομένων με βάση το ερωτηματολόγιο «Φόβου του Πόνου» (FOP-30) υπογράμμισε τη διαφοροποίηση μεταξύ των επιμέρους πτυχών του φόβου πόνου και την ανάγκη ειδικής εστίασης στον ιατρικό φόβο.

Περαιτέρω ανάλυση μέσω της κλίμακας «Συμπτωμάτων Άγχους Σχετιζόμενου με τον Πόνο» (PASS-20) αποκάλυψε υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.9547$) και κατέδειξε την ύπαρξη συστηματικής γνωστικής και σωματικής αντίδρασης στον πόνο. Η έντονη καταγραφή φοβικών σκέψεων, σωματικών αποκρίσεων (π.χ. ναυτία, ταχυπαλμία) και αποφυγών ανέδειξε έναν μηχανισμό άμυνας απέναντι στην προσδοκία του πόνου, που φαίνεται να λειτουργεί ανασταλτικά σε διάφορες εκφάνσεις της καθημερινής ζωής. Η συναισθηματική φόρτιση, σε αρκετές περιπτώσεις, παρέπεμπε σε καταστροφολογική ερμηνεία του πόνου, ενισχύοντας την τάση αποφυγής, όχι μόνο ιατρικών πράξεων, αλλά και καθημερινών δραστηριοτήτων.

Αντίστοιχα, η δυσανεξία στην αβεβαιότητα –όπως καταγράφηκε από την κλίμακα «Ανοχής στην Αβεβαιότητα» (IUS-12)– φάνηκε να αποτελεί κρίσιμο ψυχολογικό

παράγοντα. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε έντονη ανάγκη για έλεγχο, αποστροφή προς τα απρόβλεπτα γεγονότα και ανικανότητα λειτουργίας σε συνθήκες αβεβαιότητας. Η μέση τιμή στην κλίμακα ήταν 29,75/60 με τυπική απόκλιση 10,57, γεγονός που αποτυπώνει μέτρια έως υψηλή ένταση του φαινομένου. Η συσχέτιση αυτής της μεταβλητής με την πρόθεση για προληπτικό έλεγχο είναι κρίσιμη, καθώς υποδηλώνει πως ο φόβος για το άγνωστο ενδέχεται να λειτουργεί είτε κινητοποιητικά (όταν συνοδεύεται από άγχος αποφυγής ασθένειας) είτε παραλυτικά (όταν οδηγεί σε αδράνεια λόγω φόβου για δυσμενή αποτελέσματα).

Από τα δεδομένα πρόθεσης προληπτικού ελέγχου, προκύπτει ότι το 37,43% των συμμετεχόντων σκοπεύει να προβεί σε εξέταση εντός του έτους, ενώ το 56,73% θεωρεί σημαντική την πρόληψη. Παράλληλα, το 38,6% δηλώνει πρόθυμο να υπομείνει δυσφορία για την εξέταση. Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν ένα θετικό πλαίσιο πρόθεσης, το οποίο ωστόσο δεν συνοδεύεται από ανάλογα υψηλά ποσοστά πραγματικής δράσης (δηλαδή υλοποιημένου ελέγχου), γεγονός που υποδεικνύει την ύπαρξη γνωσιακών και συναισθηματικών εμποδίων.

Οι συσχετιστικές αναλύσεις ανέδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του φόβου και της πρόθεσης πρόληψης. Ο φόβος ιατρικού πόνου συσχετίζεται αρνητικά με την πρόθεση για έλεγχο ($r = -0.19$, $p = 0.013$), γεγονός που φανερώνει ότι όσοι φοβούνται τον πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις είναι λιγότερο πιθανό να προχωρήσουν σε εξετάσεις. Ο φόβος έντονου πόνου και ο συνολικός φόβος πόνου δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την πρόθεση, υποδεικνύοντας ότι ο φόβος που σχετίζεται με επείγοντα ή τραυματικά σενάρια δεν επηρεάζει τόσο την προληπτική συμπεριφορά όσο ο φόβος απέναντι σε προβλέψιμες, καθημερινές ιατρικές πράξεις.

Η ανάλυση παλινδρόμησης επιβεβαίωσε ότι ο μοναδικός στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας είναι ο φόβος ιατρικού πόνου ($b = -0.154$, $p < 0.05$), ενισχύοντας την υπόθεση ότι το εμπόδιο προς την πρόληψη δεν είναι γενικός φόβος, αλλά ο ειδικός φόβος απέναντι στην εμπειρία της εξέτασης. Αντίστοιχα, κανένα από τα επιμέρους στοιχεία της κλίμακας Συμπτωμάτων Άγχους Σχετιζόμενου με τον Πόνο (PASS-20) (αποφυγή, γνωσιακό άγχος, φοβική σκέψη) δεν βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την πρόθεση, υποδεικνύοντας ότι οι γενικές ψυχοσωματικές αντιδράσεις στον πόνο δεν επαρκούν ως μοναδικές ερμηνευτικές μεταβλητές.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πρόθεση για εξέταση συσχετίζεται θετικά με την πρόθεση υπέρβασης δυσφορίας και με τη στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι κοινωνικές επιρροές, η αναγνώριση του κινδύνου και η πεποίθηση στην αναγκαιότητα της πρόληψης λειτουργούν ενισχυτικά, ακόμα και όταν υπάρχουν στοιχεία φόβου ή δυσφορίας.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα σκιαγραφούν ένα σύνθετο ψυχολογικό τοπίο, όπου ο φόβος πόνου, η δυσανεξία στην αβεβαιότητα και οι κοινωνικές επιρροές συνδιαμορφώνουν τη στάση απέναντι στην πρόληψη. Η ιατρική διάσταση του πόνου αποτελεί τον σημαντικότερο ανασταλτικό παράγοντα, ενώ η κοινωνική υποστήριξη και η αίσθηση αναγκαιότητας του ελέγχου λειτουργούν ως ενισχυτικοί μοχλοί δράσης. Η κατανόηση αυτών των ψυχολογικών παραγόντων είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και υποστήριξης, που θα μπορούσαν να αυξήσουν την προσέλευση στον προληπτικό έλεγχο και να ενισχύσουν την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Κεφάλαιο 6ο: Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Το δείγμα της έρευνας μας εμφάνισε υπεροχή των γυναικών (76,61%), δηλαδή συμμετείχαν περισσότερες γυναίκες από ό, τι άνδρες (23,39%). Αυτό ευθυγραμμίζεται εν μέρει με ορισμένες μελέτες όπου παρατηρήθηκε υψηλή συμμετοχή γυναικών. Για παράδειγμα, σε έρευνα για συναισθηματικούς παράγοντες του προσυμπτωματικού ελέγχου, το 76% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (Reynolds, Bissett and Consedine, 2018). Ακόμη, αποτελείται από άτομα ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης και με μεταπτυχιακές/ διδακτορικές σπουδές σε ποσοστό 28,65% και 29,82% αντίστοιχα. Πολλές μελέτες έχουν παρατηρήσει ότι οι συμμετέχοντες σε έρευνες ή προγράμματα προληπτικού ελέγχου έχουν, κατά μέσο όρο, υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τον γενικό πληθυσμό (Willemss and Bracke, 2018). Πρόκειται συνήθως για άτομα πιο ενημερωμένα – άρα συχνά πιο μορφωμένα – τα οποία αντιλαμβάνονται την αξία της πρόληψης. Το δείγμα παρουσίασε υψηλό ποσοστό πλήρους απασχόλησης (81,87%), κάτι που συμφωνεί με τη γενική τάση τα δείγματα προληπτικού ελέγχου να απαρτίζονται από οικονομικά ενεργούς και ασφαλισμένους πολίτες. Όπως περιγράφηκε, οι άνεργοι ή μη δυνάμενοι να εργαστούν συμμετέχουν λιγότερο συχνά σε προληπτικούς ελέγχους. (Fedewa et al., 2021) Συνεπώς, η αφθονία εργαζομένων στο δείγμα μας είναι ευθυγραμμισμένη με το ότι αυτοί έχουν λιγότερα εμπόδια (οικονομικά, πρόσβασης) και άρα κυριαρχούν μεταξύ των εθελοντών για προληπτικές μελέτες.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη μας αντιλαμβάνονταν την αναγκαιότητα του προληπτικού ελέγχου – συμφωνούσαν ότι ο έλεγχος είναι σημαντικός για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου. Αυτό είναι ενθαρρυντικό, διότι στο γενικό πληθυσμό έχει παρατηρηθεί η παρανόηση ότι ο έλεγχος χρειάζεται μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα. Σε ελληνική έρευνα, σχεδόν 45% των ανεξετασμένων ενηλίκων (50-75 ετών) δήλωσαν ως κύριο λόγο αποφυγής της κολονοσκόπησης το ότι δεν είχαν συμπτώματα, υποδηλώνοντας χαμηλή αντιληπτή ανάγκη για έλεγχο όταν αισθάνονται υγιείς (Mastrokostas et al., 2018). Παρόμοια μοτίβα υπάρχουν και διεθνώς: πολλοί ασθενείς αναβάλλουν τον έλεγχο επειδή νιώθουν υγιείς, κάτι που

αναδεικνύει την ανάγκη ενημέρωσης πως ο προληπτικός έλεγχος είναι απαραίτητος ακόμη και σε ασυμπτωματικά άτομα. (Mastrokostas et al., 2018)

Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων αξιολόγησε τον καρκίνο του παχέος εντέρου ως σοβαρή νόσο, όμως αυτό δεν μεταφράστηκε απαραίτητα σε πρόθεση δράσης. Στοιχεία από τη θεωρία του Health Belief Model (Rosenstock et al., 1988) υποδεικνύουν πως η αντίληψη της σοβαρότητας χρειάζεται να συνοδεύεται από αντιλαμβανόμενο όφελος και αυτοαποτελεσματικότητα ώστε να λειτουργήσει παρακινητικά. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η αντίληψη για σοβαρές επιπλοκές μπορεί να ενισχύσει την πρόθεση ελέγχου, ειδικά αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ή προσωπική εμπειρία με καρκίνο (Hall et al., 2016; Christy et al., 2018).

Τα ευρήματα δείχνουν ότι μόνο το 36,26% των συμμετεχόντων είχε υποβληθεί σε προληπτική εξέταση για καρκίνο του παχέος εντέρου. Αυτό το ποσοστό είναι σχετικά χαμηλό συγκριτικά με διεθνή δεδομένα. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ περίπου το 67% των ενηλίκων 50-75 ετών ήταν ενήμεροι και είχαν κάνει κάποιον προληπτικό έλεγχο το 2018 (Shapiro *et al.*, 2021). Στην Ευρώπη παρατηρείται μεγάλη διακύμανση: σε χώρες με οργανωμένα εθνικά προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, η συμμετοχή υπερβαίνει το 50%, φτάνοντας π.χ. το 77,3% στη Φινλανδία και το 68,4% στην Ολλανδία (Eurostat, 2024). Αντιθέτως, χώρες χωρίς οργανωμένο πρόγραμμα, όπως η Ελλάδα, παρουσιάζουν χαμηλότερη συμμετοχή – μόνο περίπου 28% των ατόμων 50-74 ετών ανέφεραν έλεγχο την τελευταία διετία το 2019. (OECD, 2025) Τα ποσοστά της παρούσας μελέτης (~36%) ευθυγραμμίζονται με αυτά τα χαμηλά επίπεδα, υποδηλώνοντας περιορισμένη διεύθυνση του προληπτικού ελέγχου.

Μεταξύ όσων έκαναν κάποια εξέταση, το 93,75% επέλεξε την κολονοσκόπηση. Αυτό υποδηλώνει ότι η κολονοσκόπηση ήταν η κύρια μέθοδος προληπτικού ελέγχου σε αυτή την ομάδα. Η τάση αυτή αντικατοπτρίζει τα διεθνή δεδομένα, ιδιαίτερα σε χώρες όπου η κολονοσκόπηση θεωρείται “gold standard” εξέταση. Στις ΗΠΑ, η κολονοσκόπηση είναι μακράν η πιο διαδεδομένη μέθοδος προληπτικού ελέγχου: εκτιμάται ότι 61,1% των ενηλίκων είχαν κάνει κολονοσκόπηση τη τελευταία δεκαετία, ενώ πολύ μικρότερα ποσοστά είχαν επιλέξει τεστ κοπράνων (Shapiro *et al.*, 2021). Αυτό σημαίνει ότι πάνω από 90% όσων ελέγχονται στις ΗΠΑ, τελικά υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση – ένα ποσοστό συγκρίσιμο με το 93,75% της παρούσας μελέτης. Ωστόσο, η κυριαρχία της κολονοσκόπησης μπορεί να αντανakλά

και την έλλειψη οργανωμένου προγράμματος με εναλλακτικές μεθόδους. Σε οργανωμένους πληθυσμιακούς ελέγχους, χρησιμοποιούνται ευρέως μη επεμβατικά τεστ κοπράνων (FIT/FOBT) ως πρώτη γραμμή, γεγονός που μπορεί να αυξήσει την αρχική συμμετοχή, καθώς τα τεστ αυτά είναι απλούστερα. (Shapiro *et al.*, 2021) Το εύρημα ότι σχεδόν όλοι οι εξετασθέντες έκαναν κολονοσκόπηση, λοιπόν, ευθυγραμμίζεται με περιοχές όπου η κολονοσκόπηση είναι η κύρια ή μόνη μέθοδος ελέγχου, αλλά αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης και άλλων μεθόδων (π.χ. ετήσιο FIT) για να προσελκυστούν περισσότεροι πολίτες στον προληπτικό έλεγχο.

Το 18,13% των συμμετεχόντων ανέφερε οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου σε συγγενείς. Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού για καρκίνο του παχέος εντέρου είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου και επηρεάζει τις συστάσεις για έλεγχο. Περίπου 5-10% των ανθρώπων έχουν ένα πρώτου βαθμού συγγενή με καρκίνο παχέος εντέρου, και αυτό συνδέεται με τουλάχιστον διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου για τους ίδιους. (Kanter, Dhaliwal and Hawks, 2022) Ο κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω αν ο συγγενής εμφάνισε τον καρκίνο σε νεαρή ηλικία ή αν υπάρχουν πολλαπλοί πάσχοντες στην οικογένεια. Για τον λόγο αυτό, οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι αυστηρότερες για όσους έχουν οικογενειακό ιστορικό: συνιστούν να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο νωρίτερα και να ελέγχονται σε πιο συχνά διαστήματα (Kanter, Dhaliwal and Hawks, 2022) Στην πράξη, άτομα με οικογενειακό ιστορικό εμφανίζουν συχνά υψηλότερη συμμόρφωση στον έλεγχο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό – εν μέρει λόγω μεγαλύτερης ανησυχίας ή σύστασης ιατρών. Ωστόσο, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι υπάρχει σημαντικό περιθώριο βελτίωσης. Μια μετα-ανάλυση ανέφερε ότι μόνο ~40% των ατόμων με οικογενειακό ιστορικό υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση όταν αυτή ενδείκνυται (Jain *et al.*, 2023).

Σύμφωνα με τα ευρήματα, η κύρια πηγή ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τον προληπτικό έλεγχο ήταν το ιατρικό προσωπικό (46,78%), με δεύτερη το διαδίκτυο/Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (34,5%). Αυτή η ιεράρχηση αντικατοπτρίζει τάσεις που έχουν αναφερθεί και σε άλλες μελέτες. Οι λειτουργοί υγείας – γιατροί πρωτίστως – θεωρούνται ευρέως η πιο αξιόπιστη και επιδραστική πηγή πληροφόρησης για θέματα καρκίνου και προληπτικών εξετάσεων (Jo, Park and Jung, 2019). Σε ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, οι ασθενείς κατατάσσουν τους γιατρούς *πρώτους* ως πηγή ενημέρωσης, με το διαδίκτυο στη *δεύτερη* θέση. Τα παρόντα αποτελέσματα συμφωνούν: σχεδόν οι μισοί ενημερώνονται από επαγγελματίες

υγείας, όμως ένα σημαντικό ποσοστό $\sim 1/3$ βασίζεται στο διαδίκτυο και τα κοινωνικά δίκτυα. Η μεγάλη διείσδυση του διαδικτύου υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι αναζητούν συμπληρωματικές πληροφορίες online – είτε πριν είτε μετά την επίσκεψη στον γιατρό – για να κατανοήσουν καλύτερα τον προληπτικό έλεγχο ή να λύσουν απορίες. (Reifegerste et al., 2021) Παράλληλα, η εμπιστοσύνη προς τους γιατρούς παραμένει υψηλή και η σύσταση από ιατρό έχει αποδειχθεί καθοριστικός παράγοντας στο αν τελικά ένας ασθενής θα προβεί σε προληπτική εξέταση. Έρευνες δείχνουν ότι η έλλειψη σύστασης από γιατρό συγκαταλέγεται στις συχνότερες αιτίες που οι πολίτες δεν υποβάλλονται σε έλεγχο. (Hoffman et al., 2011) Από την άλλη, το 34,5% που ενημερώνεται κυρίως μέσω διαδικτύου και κοινωνικών δικτύων φανερώνει τη σύγχρονη πραγματικότητα: οι πολίτες αξιοποιούν σε μεγάλο βαθμό το διαδίκτυο για πληροφορίες υγείας. Αυτό μπορεί να είναι δίκικο μαχαίρι – το διαδίκτυο προσφέρει εύκολη πρόσβαση σε πληροφόρηση, αλλά η αξιοπιστία των πληροφοριών ποικίλλει.

Ο ρόλος των κοινωνικών επιρροών αναδείχθηκε και στη μελέτη μας – αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η ενθάρρυνση από την οικογένεια ή φίλους θα τους ωθούσε περισσότερο να υποβληθούν σε έλεγχο. Το 49,12% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ενθαρρύνεται από το περιβάλλον του να υποβληθεί σε εξετάσεις. Οι κοινωνικοί δεσμοί, ειδικά με πρόσωπα κύρους (σύζυγος, γονείς), φαίνεται να παίζουν ρόλο στη λήψη αποφάσεων υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης: σε μελέτες έχει φανεί ότι όσοι λαμβάνουν ενθάρρυνση από συγγενείς ή βλέπουν φίλους να εξετάζονται, είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν και οι ίδιοι σε έλεγχο (Madlensky et al., 2003). Επιπλέον, η ύπαρξη γενικότερης κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με καλύτερη συμμόρφωση: πρόσφατα δεδομένα από τις ΗΠΑ έδειξαν ότι άτομα με κοινωνική υποστήριξη είχαν υψηλότερη συμμετοχή σε έλεγχο ($\sim 69\%$ εξέταση) συγκριτικά με όσους αισθάνονταν κοινωνικά απομονωμένοι. (Tsai et al., 2024) Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται και από τους Oh, Park and Jacobsen (2019) στους Κορεάτες Αμερικανούς, όπου η κουλτούρα τους και οι οικογενειακές νόρμες είναι κρίσιμοι παράγοντες. (Oh, Park and Jacobsen, 2019) Τέλος, στην Ελλάδα, η απουσία σύστασης από γιατρό ή περίγυρο αναφέρθηκε από ένα μέρος των πολιτών ως λόγος μη-ελέγχου ($\sim 9\text{-}13\%$), γεγονός που υπογραμμίζει πόσο σημαντική είναι η παρότρυνση από το περιβάλλον για να ξεκινήσει κάποιος την εξέταση. (Mastrokostas et al., 2018)

Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (88,9%) δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ μόλις το 11,1% έχει. Η βιβλιογραφία καταδεικνύει πως η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, ιδιωτικής ή δημοσίου, σχετίζεται στενά με την αυξημένη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και την καλύτερη πρόσβαση στη φροντίδα (Peterson et al., 2018). Συγκεκριμένα, έρευνες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και άλλους φορείς συνδέουν την ασφαλιστική κάλυψη με υψηλότερα ποσοστά υιοθέτησης προληπτικών εξετάσεων και καλύτερα αποτελέσματα υγείας (Sommers, Baicker and Gawande, 2017). Ως εκ τούτου, η χαμηλή διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης στο δείγμα μπορεί να αιτιολογήσει περιορισμένη συμμετοχή σε προληπτικά μέτρα. Αν και η μεταβλητή δεν συσχετίστηκε άμεσα με την πρόθεση εξέτασης, η βιβλιογραφία τονίζει ότι η πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες αυξάνει την πιθανότητα συμμετοχής (Senore et al., 2017) και ότι τα άτομα με δημόσια κάλυψη συχνά βασίζονται σε συστάσεις από το δημόσιο σύστημα υγείας για να δράσουν.

Επιπρόσθετα, η παρούσα μελέτη εξετάζει τη συσχέτιση του φόβου και του άγχους με την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των περισσότερων παραμέτρων άγχους και φόβου με την πρόθεση, με μόνη εξαίρεση τον φόβο ιατρικού πόνου. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα του ψυχολογικού υποβάθρου που επηρεάζει τη συμπεριφορά πρόληψης και διαχωρίζει τις διάφορες διαστάσεις του φόβου.

Όπως αναμενόταν, τα υψηλά επίπεδα γνωσιακού άγχους, φοβικής σκέψης και σωματικών αντιδράσεων βρέθηκαν να συσχετίζονται μεταξύ τους, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη έντονου ψυχολογικού φορτίου γύρω από τον προληπτικό έλεγχο. Ωστόσο, η πρόθεση για διενέργεια εξέτασης δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με κανέναν από αυτούς τους δείκτες. Αυτό παραπέμπει στη θεωρία του "fear control" έναντι "danger control" της θεωρίας προστατευτικής παρακίνησης, σύμφωνα με την οποία το άτομο, όταν αντιλαμβάνεται έναν κίνδυνο αλλά δεν αισθάνεται ικανό να τον διαχειριστεί, οδηγείται σε αποφυγή. (Witte, 1992) Σε αντίθεση, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι ο φόβος, όταν συνδυάζεται με αποτελεσματική ενημέρωση και κοινωνική ενίσχυση, λειτουργεί υποκινητικά (Vrinten et al., 2015). Οι Goodwin et al. (2023) αναδεικνύουν την έννοια της προκαταβολικής ανησυχίας ως κομβικό εμπόδιο που οδηγεί σε αποφυγή, ενώ η απουσία εμπειρίας από προηγούμενες εξετάσεις

ενισχύει τη δυσανεξία στην αβεβαιότητα. (Goodwin et al., 2023) Συγκεκριμένα, η αρνητική επίδραση του φόβου ιατρικού πόνου στην πρόθεση συμμετοχής υποστηρίζεται από τη μελέτη των Goodwin et al. (2023), όπου η προκαταβολική ανησυχία για διαγνωστικές διαδικασίες φάνηκε να συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής. (Goodwin et al., 2023) Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από τη μελέτη των Hall et al. (2016), όπου η αποστροφή προς ιατρικές επεμβάσεις λόγω φόβου εμπόδισε τη συμμόρφωση με τον προτεινόμενο έλεγχο. (Hall et al., 2016) Από την άλλη πλευρά, η μελέτη των Travis et al. (2020) έδειξε ότι γενικά ο φόβος για καρκίνο δεν λειτουργεί πάντα ως αποτρεπτικός παράγοντας· μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να λειτουργεί ως κινητήριο μηχανισμός. (Travis et al., 2020)

Η μη στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις άλλες μεταβλητές άγχους (γνωσιακό, σωματικό, συνολικό) και την πρόθεση, έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Wangmar et al. (2018), όπου υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονταν με χαμηλότερη συμμετοχή στον έλεγχο. (Wangmar et al., 2018) Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται σε πολιτισμικές ή κοινωνικές μεταβλητές του ελληνικού πληθυσμού, αλλά και στη φύση της μελέτης, η οποία δεν έγινε εντός ενός οργανωμένου προσυμπτωματικού προγράμματος, όπως σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Αξιοσημείωτο είναι ότι, παρά την παρουσία υψηλών επιπέδων άγχους στους συμμετέχοντες, η πρόθεση για εξέταση παρέμεινε γενικά υψηλή. Το εύρημα αυτό έρχεται σε σύγκλιση με τη μελέτη των Vrinten et al. (2015), όπου ο φόβος λειτουργούσε διττά: ως εμπόδιο ή ως κινητοποίηση, ανάλογα με το πλαίσιο και τη διαχείρισή του από το άτομο. (Vrinten et al., 2015) Η ανάγκη για διαχωρισμό ανάμεσα στον «παραλυτικό» και τον «λειτουργικό» φόβο υπογραμμίζεται επίσης από τη μελέτη των Christy et al. (2018), που δείχνει ότι η ανησυχία για καρκίνο δεν είναι απόλυτα αρνητικός παράγοντας — μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερη πληροφόρηση και ενδυνάμωση. (Christy et al., 2018)

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν επίσης ότι ο φόβος για σωματική ενόχληση ή έντονο πόνο δεν σχετίζεται ουσιαστικά με την πρόθεση ελέγχου. Αυτό είναι σε συμφωνία με τη μελέτη των Sheng et al. (2021), όπου η χρήση βίντεο ενημέρωσης πριν την κολονοσκόπηση μείωσε το άγχος και αύξησε την προθυμία, χωρίς να επηρεάζεται σημαντικά από τον βαθμό φόβου πριν την ενημέρωση. (Sheng et al., 2021)

Η απουσία σημαντικής συσχέτισης μεταξύ γνωσιακού άγχους για τον πόνο (και γενικότερα των διαστάσεων του άγχους για τον πόνο) και πρόθεσης προληπτικού ελέγχου στην παρούσα μελέτη συμβαδίζει με ορισμένα βιβλιογραφικά ευρήματα αλλά αντίκειται σε άλλα. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι φόβοι για τον πόνο/δυσφορία κατά την εξέταση αποθαρρύνουν τους ασθενείς από το να προβούν σε προληπτικές εξετάσεις. (Yuba Raj Paudel et al., 2025) Από την άλλη πλευρά, πρόσφατες συνθετικές εργασίες υποδεικνύουν ότι οι γενικές αγχώδεις τάσεις ή σκέψεις μπορεί να μην επαρκούν από μόνες τους για να προβλέψουν την αποχή από τον έλεγχο (Goodwin et al., 2023). Η έμφαση φαίνεται να μετατοπίζεται στην ειδική φύση του φόβου: όταν το άγχος εστιάζεται ξεκάθαρα στην εκάστοτε ιατρική πράξη (π.χ. «φοβάμαι την κολονοσκόπηση γιατί θα πονέσω ή θα νιώσω ντροπή»), τότε είναι πιο πιθανό να λειτουργεί ανασταλτικά. (Trevisani, 2014) Αντίθετα, τα άτομα με υψηλό μεν άγχος για τον πόνο ως γενικό χαρακτηριστικό, αλλά χωρίς συγκεκριμένο φόβο για την εξέταση, ενδέχεται να μην διαφέρουν ουσιαστικά στην πρόθεσή τους για έλεγχο συγκριτικά με τα λιγότερο αγχώδη άτομα. Τα ευρήματά μας, ιδίως για το γνωσιακό άγχος, υποδηλώνουν ότι ίσως απαιτούνται πιο στοχευμένες μετρήσεις του φόβου (π.χ. ειδική κλίμακα φόβου για την κολονοσκόπηση) προκειμένου να ανιχνευτεί μια επίδραση στην πρόθεση. Επιπλέον, αναδεικνύουν τη σημασία άλλων παραγόντων όπως τα οφέλη της εξέτασης, η συμβουλή του ιατρού, και οι οργανωτικοί παράγοντες που πιθανόν υπερισχύουν του άγχους για τον πόνο στην απόφαση των ατόμων να συμμετέχουν σε προληπτικό έλεγχο. (Redwood et al., 2023)

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας αποκαλύπτει σημαντικά πλεονεκτήματα, αλλά και ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τη μελλοντική αξιοποίηση των ευρημάτων.

6.2.1 Δυνατά Σημεία της Έρευνας

Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα της μελέτης είναι η πρωτοτυπία του ερευνητικού ερωτήματος, καθώς επικεντρώνεται στις ψυχολογικές πτυχές του φόβου και του

άγχους ειδικά σε σχέση με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, θέμα που παραμένει λιγότερο εξερευνημένο στην ελληνική βιβλιογραφία.

Η χρήση δοκιμασμένων και σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης, για τη μέτρηση του άγχους και προσαρμοσμένες ερωτήσεις για την πρόθεση και τον φόβο πόνου, ενισχύει τη μεθοδολογική εγκυρότητα και αξιοπιστία των δεδομένων. Επιπλέον, η ανωνυμία και η αυτοσυμπλήρωση του ερωτηματολογίου βοήθησε στην ειλικρίνεια των απαντήσεων, καθώς μειώθηκε η κοινωνικά επιθυμητή απάντηση.

Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε τόσο περιγραφικές όσο και συσχετιστικές τεχνικές, ενώ η ενσωμάτωση ερμηνευτικών πλαισίων επέτρεψε τη βαθύτερη κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών.

Τέλος, η σύνδεση των ποσοτικών αποτελεσμάτων με την υπάρχουσα βιβλιογραφία συνέβαλε στην παραγωγή εμπειρισματομένων συμπερασμάτων και στην ενίσχυση της θεωρητικής εγκυρότητας.

6.2.2 Αδύνατα Σημεία και Περιορισμοί

Παρά τα ισχυρά σημεία, η μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Ο κυριότερος αφορά τη μεθοδολογία δειγματοληψίας, καθώς χρησιμοποιήθηκε βολική δειγματοληψία μέσω διαδικτύου. Το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού, καθώς περιλαμβάνει υψηλότερο ποσοστό μορφωμένων, γυναικών και εργαζομένων. Αυτό ενδέχεται να περιορίζει τη γενίκευση των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό.

Επιπλέον, η μελέτη βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενα δεδομένα, γεγονός που ενδέχεται να εισάγει μεροληψία από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή σφάλματα ανάκλησης. Παρά το ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, η ευαισθησία των θεμάτων (π.χ. άγχος, φόβος, πρόθεση για κολονοσκόπηση) ίσως επηρέασε την ακρίβεια των απαντήσεων.

Αξιοσημείωτος είναι επίσης ο περιορισμός του διατομεακού σχεδιασμού της μελέτης, ο οποίος επιτρέπει μόνο τη μελέτη συσχετίσεων και όχι αιτιακών σχέσεων. Για παράδειγμα, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν ο φόβος μειώνει την πρόθεση ή αν η

χαμηλή πρόθεση οδηγεί σε αυξημένο άγχος. Μελλοντικές προοπτικές ή πειραματικές μελέτες θα μπορούσαν να ρίξουν περισσότερο φως στην αιτιότητα.

Τέλος, οι μεταβλητές που αφορούν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη σχέση με τον γιατρό και τις προηγούμενες εμπειρίες υγειονομικής φροντίδας δεν εξετάστηκαν σε βάθος, ενώ θα μπορούσαν να προσφέρουν επιπρόσθετη κατανόηση για την πρόθεση συμμετοχής.

6.2.3 Αντιμετώπιση των Περιορισμών

Η παρούσα μελέτη αντιμετώπισε ορισμένους από αυτούς τους περιορισμούς με την πολύπλευρη ανάλυση των αποτελεσμάτων και τη συγκριτική προσέγγιση με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, το γεγονός ότι η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ευρύ και διαφοροποιημένο δείγμα από πολλές ηλικιακές και εκπαιδευτικές ομάδες, παρέχει ενδείξεις για την εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης.

Η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων με θεωρητικά μοντέλα, αλλά και η επισήμανση των αδυναμιών στο ίδιο το ερευνητικό κείμενο, ενισχύει την επιστημονική διαφάνεια και την κριτική θεώρηση των ευρημάτων. Παράλληλα, οι περιορισμοί μπορούν να λειτουργήσουν ως σημεία εκκίνησης για μελλοντική έρευνα, όπως η ανάπτυξη στοχευμένων εργαλείων μέτρησης, η εστίαση σε υπο-ομάδες (π.χ. ανασφάλιστοι, άτομα χαμηλής εκπαίδευσης), ή η υλοποίηση προοπτικών μελετών για τη μελέτη αιτιότητας.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα μελέτη εισφέρει νέα δεδομένα στον προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου παχέος εντέρου, αναδεικνύοντας κρίσιμους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή του πληθυσμού και τρόπους βελτίωσής της. Πρώτον, υπογραμμίζει την αξία των οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Διεθνώς έχει καταγραφεί ότι η εφαρμογή οργανωμένου, πληθυσμιακού ελέγχου μπορεί να εκτοξεύσει τη συμμετοχή σε υψηλά επίπεδα και να μειώσει σημαντικά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Δεύτερον, η μελέτη αναδεικνύει με σαφήνεια τον ανθρώπινο και ψυχοκοινωνικό παράγοντα —όπως ο φόβος, το άγχος

και η δυσανεξία στην αβεβαιότητα— στη διαμόρφωση της πρόθεσης συμμετοχής του γενικού πληθυσμού σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ενσωματώνοντας δεδομένα για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας αλλά και των αντιλήψεων/φόβων των ασθενών. Η ανάδειξη της σχέσης αυτών των μεταβλητών προσφέρει νέα γνώση στο πεδίο της πρόληψης, υποδεικνύοντας την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις που δεν περιορίζονται μόνο στην ενημέρωση, αλλά επεκτείνονται και στην ψυχολογική υποστήριξη και ενδυνάμωση.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προτείνονται τα εξής:

- Η αξία των προγραμμάτων πρόληψης είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς η έγκαιρη διάγνωση μέσω προσυμπτωματικού ελέγχου μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου (Wolf et al., 2018). Ωστόσο, τα ποσοστά συμμετοχής παραμένουν χαμηλά, κυρίως λόγω του φόβου για τη διαδικασία της εξέτασης, της αβεβαιότητας για τα αποτελέσματα και της έλλειψης κατάλληλης καθοδήγησης από επαγγελματίες υγείας (Vrinten et al., 2015; Goodwin et al., 2023). Η πολιτεία οφείλει να θεσμοθετήσει και να χρηματοδοτήσει οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, μαθαίνοντας από τη διεθνή εμπειρία. Επισημαίνεται το γεγονός ότι από το 2022-2023 εντάχθηκε στο Εθνικό Σχέδιο μια σχετική δράση (“Πρόγραμμα *Προλαμβάνω*”), με αξιοποίηση πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης. Ήδη το 2024 ξεκίνησε η αποστολή εκατομμυρίων μηνυμάτων SMS σε πολίτες 50-69 ετών, ενημερώνοντάς τους ότι δικαιούνται δωρεάν εξέταση με τεστ κοπράνων και, εφόσον αυτό είναι θετικό, δωρεάν διαγνωστική κολονοσκόπηση. (Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, 2025) Αυτή η πρωτοβουλία βρίσκεται σε απόλυτη ευθυγράμμιση με τις προτάσεις μας και τη διεθνή πρακτική, καθώς καταργεί το οικονομικό κόστος (διαθέτοντας δωρεάν τον έλεγχο) και ενεργοποιεί μηχανισμό προσέλκυσης (προσωπικές προσκλήσεις μέσω SMS). Για να εφαρμοστούν πλήρως τα ευρήματά μας, απαιτείται η συστηματική συνέχεια και αξιολόγηση αυτού του προγράμματος: να διασφαλιστεί ότι η συμμετοχή πράγματι αυξάνεται, ότι όσοι βρίσκονται θετικοί προχωρούν σε κολονοσκόπηση, και ότι τηρούνται τα ποιοτικά πρότυπα (μην προκύψουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής κ.λπ.). Επίσης, οι φορείς υγείας θα πρέπει να εξετάσουν την επέκταση του προγράμματος αν χρειαστεί – π.χ. ίσως σε

μικρότερες ηλικίες μελλοντικά, ανάλογα με τα επιδημιολογικά δεδομένα – και τη βιωσιμότητά του μετά το πέρας των έκτακτων χρηματοδοτήσεων. (Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, 2025)

- Ανάπτυξη ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων: Η δημιουργία ενημερωτικών εκστρατειών που θα περιλαμβάνουν απλές, κατανοητές και καθησυχαστικές πληροφορίες για τη διαδικασία της κολονοσκόπησης ή άλλων μεθόδων ελέγχου (όπως το FIT) μπορεί να μειώσει τον φόβο και την αβεβαιότητα. Μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και ένα σύντομο εκπαιδευτικό βίντεο μπορεί να μειώσει το άγχος και να αυξήσει την πρόθεση για συμμετοχή (Sheng et al., 2021).
- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση του “ιατρικού φόβου”: Οι γιατροί και οι νοσηλεύτές καλούνται να αποκτήσουν δεξιότητες στην επικοινωνία με ασθενείς που φοβούνται τον καρκίνο ή τις εξετάσεις. Η ενσυναίσθηση, η εξατομικευμένη πληροφόρηση και η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης έχει φανεί πως μειώνει τον φόβο και ενισχύει τη συμμόρφωση (Cossu et al., 2018; Anderson et al., 2022).
- Εκπαίδευση του κοινού. Σε επίπεδο κοινού, όπως αναφέρθηκε, απαιτούνται εκπαιδευτικές δράσεις που θα αλλάξουν την κουλτούρα του πληθυσμού απέναντι στην πρόληψη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ένταξη θεμάτων πρόληψης του καρκίνου σε σχολικά προγράμματα υγείας, τη συνεργασία με συλλόγους ασθενών για διοργάνωση ανοικτών ημερίδων, και τη δημιουργία αξιόπιστων διαδικτυακών πυλών ενημέρωσης (web portals) όπου ο πολίτης θα βρίσκει απαντήσεις σε συχνές ερωτήσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. (Vernon et al., 2024)
- Ενσωμάτωση της ψυχολογικής διάστασης στα προγράμματα δημόσιας υγείας: Τα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου θα πρέπει να περιλαμβάνουν μηχανισμούς αναγνώρισης και υποστήριξης των ατόμων με αυξημένα επίπεδα φόβου ή άγχους. Μπορούν να αξιοποιηθούν ψυχομετρικά εργαλεία για την πρόωπη ανίχνευση, και να παρέχεται υποστήριξη μέσω τηλεφωνικών γραμμών ή μικρών συμβουλευτικών παρεμβάσεων. (Tsipa et al., 2020)
- Χρήση σύγχρονων και λιγότερο επεμβατικών μεθόδων εξέτασης: Η προώθηση του FIT-DNA τεστ ή του ανοσοχημικού τεστ κοπράνων μπορεί να

βοηθήσει στην αύξηση της συμμετοχής, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που νιώθουν έντονο φόβο για την κολονοσκόπηση (Hall et al., 2016). Η εναλλακτική αυτή προσέγγιση μειώνει την αντίσταση και ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας.

Συνολικά, η έρευνα τονίζει την ανάγκη μετάβασης από μια απλή παροχή πληροφοριών σε μια ολιστική προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη τον συναισθηματικό και ψυχολογικό κόσμο του ατόμου. Η κατανόηση και αντιμετώπιση του ιατρικού φόβου αποτελεί κρίσιμο βήμα για την αύξηση της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο και, κατά συνέπεια, για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Με βάση αυτά, οι προτάσεις που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη αποτελούν έναν οδικό χάρτη για φορείς υγείας και επαγγελματίες, με στόχο έναν πληθυσμό καλύτερα ενημερωμένο, χωρίς φόβο και με μεγαλύτερη διάθεση να αξιοποιήσει τις διαθέσιμες προληπτικές εξετάσεις. Η πλήρης εφαρμογή τους, σε συνδυασμό με τη συνεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, θα συμβάλει ουσιαστικά στον έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου στη χώρα μας τα επόμενα χρόνια.

Κεφάλαιο 7ο: Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη επιδίωξε να διερευνήσει το επίπεδο φόβου και άγχους που συνδέεται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να εντοπίσει τους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και γνωστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση του γενικού πληθυσμού να υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναδεικνύουν τη σημασία της πολυπαραγοντικής φύσης της συμπεριφοράς πρόληψης. Πρώτον, επιβεβαιώνεται ότι η αντίληψη της σοβαρότητας της νόσου, αν και ευρέως παρούσα στο δείγμα, δεν αρκεί από μόνη της για να παρακινήσει τη συμμετοχή σε προληπτικό έλεγχο. Η θεωρία του Health Belief Model (Rosenstock et al., 1988) αλλά και οι μεταγενέστερες προσεγγίσεις, όπως το Protection Motivation Theory (Witte, 1992), επισημαίνουν πως απαιτείται συνδυασμός παραμέτρων – αντιλαμβανόμενο όφελος, αυτοαποτελεσματικότητα και χαμηλά εμπόδια – για να προκύψει πρόθεση για δράση. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η αντίληψη για τον ιατρικό πόνο μπορεί να λειτουργεί αποτρεπτικά, ιδιαίτερα όταν δεν συνοδεύεται από έγκαιρη και εξατομικευμένη πληροφόρηση. Δεύτερον, οι κοινωνικές επιρροές – είτε μέσω της οικογένειας, των φίλων ή του ιατρικού προσωπικού – φάνηκαν να ασκούν σημαντική επιρροή στην πρόθεση για προληπτική εξέταση. Η παρότρυνση από το περιβάλλον και η ιατρική σύσταση διαφαίνονται ως ισχυρά κίνητρα, κάτι που ενισχύει τη σημασία των κοινωνικογνωστικών μοντέλων που δίνουν έμφαση στους διαπροσωπικούς παράγοντες στη λήψη αποφάσεων υγείας (Ajzen, 1991; Madlensky et al., 2003). Επιπλέον, η ελλιπής συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις (μόνο 36,26% του δείγματος) καταδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης των εθνικών προσπαθειών για συστηματικό και προσβάσιμο έλεγχο. Η υπερίσχυση της κολονοσκόπησης ως μοναδική σχεδόν μέθοδος εξετάσεων μαρτυρά την έλλειψη ποικιλίας και επιλογών, γεγονός που μπορεί να αποθαρρύνει εκείνους που δυσφορούν με τη συγκεκριμένη διαδικασία. Η μελέτη ανέδειξε και το κρίσιμο ρόλο της ενημέρωσης και της υγειονομικής παιδείας. Το διαδίκτυο αποτελεί πλέον σημαντική πηγή πληροφόρησης, όμως η αξιοπιστία των πληροφοριών που διακινούνται δεν είναι πάντα εγγυημένη. Οι πολίτες έχουν ανάγκη από σαφείς, τεκμηριωμένες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους πληροφορίες, ώστε να μπορούν να διαμορφώσουν συνειδητές αποφάσεις σχετικά με την πρόληψη. Τέλος, αν και το άγχος και οι διάφορες μορφές φόβου (π.χ.

γνωσιακό, σωματικό) δεν βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την πρόθεση εξέτασης, η παρουσία υψηλού φόρτου δείχνει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου της ψυχολογικής κατάστασης σε τέτοιες συμπεριφορές υγείας. Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει ο συγκεκριμένος φόβος για την ιατρική πράξη (π.χ. κολονοσκόπηση), κάτι που επιβεβαιώνεται και από διεθνή βιβλιογραφία (Goodwin et al., 2023; Hall et al., 2016).

Συνοψίζοντας, η μελέτη αυτή έγκειται στην εστίαση στον υγιή πληθυσμό, στη χρήση αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων και προσθέτει νέα δεδομένα στο υπό μελέτη πεδίο, αναδεικνύοντας τη σημασία ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στη διαμόρφωση της πρόθεσης για προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου. Παρά τις εγγενείς αδυναμίες και τους περιορισμούς, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για στοχευμένες παρεμβάσεις και πολιτικές πρόληψης, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τα ιατρικά αλλά και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, καλύπτοντας παράλληλα σημαντικά ερευνητικά κενά της υφιστάμενης βιβλιογραφίας και ανοίγοντας νέες προοπτικές για μελλοντική έρευνα και εφαρμοσμένες παρεμβάσεις.

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp.179–211.
- Al-Azri, M., Al-Kindi, J., Al-Harthi, T., Al-Dahri, M., Panchatcharam, S.M. and Al-Maniri, A. (2019). Awareness of Stomach and Colorectal Cancer Risk Factors, Symptoms and Time Taken to Seek Medical Help among Public Attending Primary Care Setting in Muscat Governorate, Oman. *Journal of Cancer Education*, 34(3), pp.423–434.
- Aliyu, A.A., Singhry, I.M., Haruna, A. and Abubakar, M.M. (2015). Ontology, Epistemology and Axiology in Quantitative Research: elucidation of the research philosophical misconception. *Mediterranean Publications*, 2(1), pp.1–26.
- Anderson, L.E., Ireland, M.J., Myers, L., Avenell, C., Connaughton, T. and Goodwin, B.C. (2022). Psychological distress and bowel cancer screening participation. *Psycho-Oncology*, 32(2), pp.229–236.
- Artal, R. and Rubinfeld, S. (2017). Ethical Issues in Research. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [online] 43(43), pp.107–114. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693417300056> [Accessed 23 May 2025].
- Becker, R. (2022). Gender and Survey Participation: an Event History Analysis of the Gender Effects of Survey Participation in a Probability-based Multi-wave Panel Study with a Sequential Mixed-mode Design. *methods, data, Analyses*, 16(1), pp.3–32.
- Benson, A.B., Venook, A.P., Al-Hawary, M.M., Arain, M.A., Chen, Y.-J., Ciombor, K.K., Cohen, S., Cooper, H.S., Deming, D., Farkas, L., Garrido-Laguna, I., Grem, J.L., Gunn, A., Hecht, J.R., Hoffe, S., Hubbard, J., Hunt, S., Johung, K.L., Kirilcuk, N. and Krishnamurthi, S. (2021). Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 19(3), pp.329–359.

- Berryman, D.R. (2019). Ontology, Epistemology, Methodology, and Methods: Information for Librarian Researchers. *Medical Reference Services Quarterly*, 38(3), pp.271–279.
- Biller, L.H. and Schrag, D. (2021). Diagnosis and Treatment of Metastatic Colorectal Cancer. *JAMA*, 325(7), p.669.
- Bleiker, J., Morgan-Trimmer, S., Knapp, K. and Hopkins, S. (2019). Navigating the maze: Qualitative research methodologies and their philosophical foundations. *Radiography*, 25(2), pp.S4–S8.
- Bridou, M., Aguerre, C., Gimenes, G., Kubiszewski, V., Le Gall, A., Potard, C., Sorel, O. and Reveillere, C. (2013). Psychological barriers and facilitators of colorectal cancer screening: a French qualitative study. *Health Psychology Research*, 1(2), p.22.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Buhr, K. and Dugas, M.J. (2002). The Intolerance of Uncertainty scale: Psychometric Properties of the English Version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), pp.931–945.
- Butler, A., Hall, H. and Copnell, B. (2016). A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), pp.241–249.
- Carleton, R.N., Norton, M.A.P.J. and Asmundson, G.J.G. (2007). Fearing the unknown: a Short Version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), pp.105–117.
- Carter, S.M. and Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), pp.1316–1328.
- Caruana, E., Roman, M., Hernández-Sánchez, J. and Solli, P. (2015). Longitudinal Studies. *Journal of Thoracic Disease*, 7(11), pp.537–540.

CDC (2024). *Colorectal Cancer*. [online] Colorectal Cancer. Available at: <https://www.cdc.gov/colorectal-cancer/index.html> [Accessed 25 May 2025].

Chad-Friedman, E., Coleman, S., Traeger, L.N., Pirl, W.F., Goldman, R., Atlas, S.J. and Park, E.R. (2017). Psychological distress associated with cancer screening: A systematic review. *Cancer*, 123(20), pp.3882–3894.

Christy, S.M., Schmidt, A., Wang, H.-L., Sutton, S.K., Davis, S.N., Chavarria, E., Abdulla, R., Quinn, G.P., Vadaparampil, S.T., Schultz, I., Roetzheim, R., Shibata, D., Meade, C.D. and Gwede, C.K. (2018). Understanding Cancer Worry among Patients in a Community Clinic-based Colorectal Cancer Screening Intervention Study. *Nursing Research*, [online] 67(4), pp.275–285. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023767/> [Accessed 5 Jun. 2025].

CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences). (2016). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*.

Cooke, A., Smith, D. and Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), pp.1435–1443. doi:<https://doi.org/10.1177/1049732312452938>.

Cossu, G., Saba, L., Minerba, L. and Mascalchi, M. (2018). Colorectal Cancer Screening: The Role of Psychological, Social and Background Factors in Decision-making Process. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14(1), pp.63–69. doi:<https://doi.org/10.2174/1745017901814010063>.

Creswell, J.W. and Creswell, J.D. (2022). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 6th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Davidson, K.W., Barry, M.J., Mangione, C.M., Cabana, M., Caughey, A.B., Davis, E.M., Donahue, K.E., Doubeni, C.A., Krist, A.H., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Owens, D.K., Pbert, L., Silverstein, M., Stevermer, J., Tseng, C.-W. and Wong, J.B. (2021). Screening for colorectal cancer. *JAMA*, [online] 325(19), pp.1965–1977. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779985> [Accessed 25 May 2025].

Duckett, L.J. (2021). Quantitative Research Excellence: Study Design and Reliable and Valid Measurement of Variables. *Journal of Human Lactation*, 37(3), pp.456–463.

Elmadani, M., Mokaya, P.O., Ahmed, Evans Kasmai Kiptulon, Klara, S. and Mate Orsolya (2025). Cancer burden in Europe: a systematic analysis of the GLOBOCAN database (2022). *BMC Cancer*, [online] 25(1). Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11905646/> [Accessed 24 May 2025].

Enas A. A., A., Islam, A.I. and Tahani R. K., B. (2021). Understanding Quantitative and Qualitative Research methods: a Theoretical Perspective for Young Researchers. *International Journal of Research* , 8(2), pp.71–87.

Eriksen, M.B. and Frandsen, T.F. (2018). The Impact of Patient, Intervention, Comparison, Outcome (PICO) as a Search Strategy Tool on Literature Search Quality: a Systematic Review. *Journal of the Medical Library Association*, [online] 106(4), pp.420–431. doi:<https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345>.

Etikan, I., Musa, S.A. and Alkassim, R.S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), pp.1–4.

European Parliament (2016). *REGULATION (EU) 2016/679 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL*. [online] Europa.eu. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/eng> [Accessed 23 May 2025].

Eurostat (2024). *Cancer Screening Statistics*. [online] ec.europa.eu. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics [Accessed 24 May 2025].

Evans, J.R. and Mathur, A. (2005). The Value of Online Surveys. *Internet Research*, [online] 15(2), pp.195–219. Available at: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/10662240510590360/full/html?src=recsys> [Accessed 30 May 2025].

Fedewa, S.A., Yabroff, K.R., Bandi, P., Smith, R.A., Nargis, N., Zheng, Z., Drope, J. and Jemal, A. (2021). Unemployment and Cancer screening: Baseline Estimates to

Inform Health Care Delivery in the Context of COVID-19 Economic Distress. *Cancer*, 128(4), pp.737–745.

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Sage Publications limited.

Galanis, Petros. (2013). Fundamental principles of searching the literature via PubMed. *Hellenic Journal of Nursing*, 52. 25-34.

Γαλάνης, Π. (2013). Αναζητώντας τις επιστημονικές ενδείξεις στο διαδίκτυο. *Νοσηλευτική*, 52(1), pp.13–24.

Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (2025). *Εθνικό Πρόγραμμα για την Πρόληψη του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου*. [online] Colon.gov.gr. Available at: <https://colon.gov.gr/>.

Glanz, K., Rimer, B. and Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. John Wiley & Sons.

Goodwin, B.C., Anderson, L.E., Collins, K., Saira Sanjida, Riba, M., Singh, G.K., Campbell, K., Green, H., Ishaque, S., Kwok, A., Opozda, M., Pearn, A., Shaw, J., Sansom-Daly, U.M., Tsirgiotis, J.M., Janda, M. and Grech, L. (2023). Anticipatory anxiety and participation in cancer screening. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 32(12).

Gravetter, F. J. and Forzano, L. B. (2025). *Research Methods for the Behavioral Sciences 6th Edition*. Cengage Learning.

Guardant Health, Inc. (2025). *New Guardant Health/Harris Poll Survey Highlights Patient Fear and Anxiety as Major Barriers to Colorectal Cancer Screening, but Blood Test Option Offers Hope for Change*. [online] Guardanthealth.com. Available at: <https://investors.guardanthealth.com/press-releases/press-releases/2025/New-Guardant-HealthHarris-Poll-Survey-Highlights-Patient-Fear-and-Anxiety-as-Major-Barriers-to-Colorectal-Cancer-Screening-but-Blood-Test-Option-Offers-Hope-for-Change/default.aspx> [Accessed 24 May 2025].

Hale, W., Richmond, M., Bennett, J., Berzins, T., Fields, A., Weber, D., Beck, M. and Osman, A. (2015). Resolving Uncertainty about the Intolerance of Uncertainty Scale—

12: Application of Modern Psychometric Strategies. *Journal of Personality Assessment*, 98(2), pp.200–208.

Hall, N., Birt, L., Rees, C.J., Walter, F.M., Elliot, S., Ritchie, M., Weller, D. and Rubin, G. (2016). Concerns, Perceived Need and Competing priorities: a Qualitative Exploration of decision-making and non-participation in a population-based Flexible Sigmoidoscopy Screening Programme to Prevent Colorectal Cancer. *BMJ Open*, 6(11), p.e012304.

Hoffman, R.M., Rhyne, R.L., Helitzer, D.L., Stone, S.N., Sussman, A.L., Bruggeman, E.E., Viera, R. and Warner, T.D. (2011). Barriers to Colorectal Cancer screening: Physician and General Population perspectives, New Mexico, 2006. *Preventing Chronic Disease*, 8(2), p.A35.

Hyer, S. (2024). An introduction to quantitative and qualitative approaches for researchers. *South sudan medical journal*, 17(4), pp.202–206.

Jain, S., Artin Galoosian, Wilhalme, H., Meshkat, S. and May, F.P. (2023). Individuals with a Family History of Colorectal Cancer Warrant Tailored Interventions to Address Patient-Reported Barriers to Screening. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 14(5), pp.e00583–e00583.

Jo, H.S., Park, K. and Jung, S.M. (2019). A Scoping Review of Consumer Needs for Cancer Information. *Patient Education and Counseling*, 102(7), pp.1237–1250.

Kanter, C. de, Dhaliwal, S. and Hawks, M. (2022). Colorectal Cancer Screening: Updated Guidelines from the American College of Gastroenterology. *American Family Physician*, [online] 105(3), pp.327–329. Available at: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0300/p327.html> [Accessed 11 Jun. 2025].

Kim, A., Chung, K.C., Keir, C. and Patrick, D.L. (2022). Patient-reported outcomes associated with cancer screening: a systematic review. *BMC Cancer*, 22(1).

Leach, K.M., Granzow, M.E., Popalis, M.L., Stoltzfus, K.C. and Moss, J.L. (2021). Promoting Colorectal Cancer screening: a Scoping Review of Screening Interventions and Resources. *Preventive Medicine*, 147, p.106517.

Levin, K.A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), pp.24–25.

Libguides.com. (2024). *Guides: Systematic Reviews: Research Question*. [online] Available at: <https://musclibguides.com/systematicreviews/researchquestion#s-lg-box-23652304>.

Madlensky, L., Mary Jane Esplen, Gallinger, S., McLaughlin, J.R. and Goel, V. (2003). Relatives of Colorectal Cancer Patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), pp.187–194.

Maheri, M., Rezapour, B. and Didarlo, A. (2022). Predictors of Colorectal Cancer Screening Intention Based on the Integrated Theory of Planned Behavior among the average-risk Individuals. *BMC Public Health*, 22(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14191-9>.

Mantzoukas, S. (2008). Facilitating research students in formulating qualitative research questions. *Nurse Education Today*, 28(3), pp.371–377. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.06.012>.

Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), pp.88–98.

Mastrokostas, A., Gavana, M., Gkrizioti, M., Smyrnakis, E., Cholongitas, E., Benos, A. and Haidich, A.-B. (2018). Discrepancies and Misconceptions of Perceived Colorectal Cancer Screening Barriers between Primary Health Professionals and Unscreened population. a Comparative Study in Greece. *Journal of B.U.ON. : Official Journal of the Balkan Union of Oncology*, 23(7), pp.67–76.

McCombes, S. (2021). *What Is a Research Design | Types, Guide & Examples*. [online] Scribbr. Available at: <https://www.scribbr.com/methodology/research-design> [Accessed 20 May 2025].

McCombes, S. (2023). *Sampling Methods | Types, Techniques & Examples*. [online] Scribbr. Available at: <https://www.scribbr.com/methodology/sampling-methods/> [Accessed 21 May 2025].

McCracken, L.M. and Dhingra, L. (2002). A Short Version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): Preliminary Development and Validity. *Pain Research and Management*, 7(1), pp.45–50.

McCracken, L.M., Zayfert, C. and Gross, R.T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms scale: Development and Validation of a Scale to Measure Fear of Pain. *Pain*, 50(1), pp.67–73.

McNeil, D.W. and Rainwater, A.J. (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), pp.389–410.

Moon, K. and Blackman, D. (2017). *A guide to ontology, epistemology, and philosophical perspectives for interdisciplinary researchers*. [online] Integration and Implementation Insights. Available at: <https://i2insights.org/2017/05/02/philosophy-for-interdisciplinarity/> [Accessed 19 May 2025].

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report*.

Nikolopoulou, K. (2022). *Inclusion and Exclusion Criteria | Examples & Definition*. [online] Scribbr. Available at: <https://www.scribbr.com/methodology/inclusion-exclusion-criteria> [Accessed 21 May 2025].

OECD (2025). *Cancer Country Profile: Greece 2025*. [online] Oecd.org. Available at: https://www.oecd.org/el/publications/2025_1d5df158-el.html [Accessed 24 May 2025].

Oh, K.M., Park, B. and Jacobsen, K.H. (2019). A Qualitative Analysis of Barriers to Colorectal Cancer Screening among Korean Americans. *Journal of Cancer Education*, 36, pp.261–270.

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual*. 7th ed. London: Routledge. doi:<https://doi.org/10.4324/9781003117452>.

Patino, C. and Ferreira, J. (2018). Inclusion and Exclusion Criteria in Research studies: Definitions and Why They Matter. *Jornal Brasileiro De Pneumologia*, [online] 44(2).

Peterson, E.D., et al., 2018. *Health insurance and the use of preventive services. Health Policy Journal*, 12(3), pp.145–156.

Redwood, D., Toffolon, M., Flanagan, C., Kisiel, J., Judith Salmon Kaur, Jeffries, L., Manusake Zenku, Lent, J. and Bachtold, J. (2023). Provider- and System-Level Barriers and Facilitators to Colonoscopy and Multi-Target Stool DNA for Colorectal Cancer Screening in Rural/Remote Alaska Native Communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(22), pp.7030–7030.

Reifegerste, D., Rosset, M., Czerwinski, F., Baumann, E., Gaisser, A., Kludt, E. and Weg-Remers, S. (2021). Understanding the Pathway of Cancer Information Seeking: Cancer Information Services as a Supplement to Information from Other Sources. *Journal of Cancer Education*, 38.

Reynolds, L.M., Bissett, I.P. and Consedine, N.S. (2018). Emotional Predictors of Bowel screening: the avoidance-promoting Role of fear, embarrassment, and Disgust. *BMC Cancer*, 18(1).

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. and Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), pp.175–183.

Santos, C.M. da C., Pimenta, C.A. de M. and Nobre, M.R.C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), pp.508–511.

Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students*. 8th ed. Pearson.

Senore, C., Correale, L., Regge, D., Hassan, C., Iussich, G., Silvani, M., Arrigoni, A., Morra, L. and Segnan, N. (2018). Flexible Sigmoidoscopy and CT Colonography Screening: Patients' Experience with and Factors for Undergoing Screening—Insight from the Proteus Colon Trial. *Radiology*, 286(3), pp.873–883.

Shapiro, J.A., Soman, A.V., Berkowitz, Z., Fedewa, S.A., Sabatino, S.A., de Moor, J.S., Clarke, T.C., Doria-Rose, V.P., Breslau, E.S., Jemal, A. and Nadel, M.R. (2021). Screening for Colorectal Cancer in the United States: Correlates and Time Trends by Type of Test. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 30(8).

Sheng, L.-P., Han, C.-Q., Nie, C., Xu, T., Zhang, K., Li, X.-J., Xie, X.-R., Lin, R. and Ding, Z. (2021). Watching Videos of Colonoscopies and Receiving Interpretations Reduce Pain and Anxiety While Increasing the Satisfaction of Patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 66(2), pp.541–546.

Sienna Hamer-Kiwacz, Berntsson, H., Galloway, G., Tran, A., Tan, J.Y., Hind, D. and Kurien, M. (2024). Barriers and Facilitators to Faecal Immunochemical Testing in Symptomatic populations: a Rapid Systematic Scoping Review and Gap Analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(2).

Slater, P. and Hasson, F. (2024). Quantitative Research Designs, Hierarchy of Evidence and Validity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(1).

Sol, K. and Heng, K. (2022). Understanding epistemology and its key approaches in research. *Cambodian Journal of Educational Research*, [online] 2(2), pp.80–99. Available at: https://www.researchgate.net/publication/367310471_Understanding_epistemology_and_its_key_approaches_in_research [Accessed 18 May 2025].

Sommers, B.D., Gawande, A.A. and Baicker, K. (2017). Health Insurance Coverage and Health — What the Recent Evidence Tells Us. *New England Journal of Medicine*, 377(6), pp.586–593.

Song, J.W. and Chung, K.C. (2010). Observational Studies: Cohort and Case-Control Studies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(6), pp.2234–2242.

Stewart, L. (2025). *Convenience Sampling Method in Research*. [online] ATLAS.ti. Available at: <https://atlasti.com/research-hub/convenience-sampling> [Accessed 21 May 2025].

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. and Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, [online] 71(3), pp.209–249. Available at: <https://doi.org/10.3322/caac.21660> [Accessed 25 May 2025].

SurveyMonkey. (2025). *4 quantitative research methods: types & limitations*. [online] Available at: <https://www.surveymonkey.com/market-research/resources/quantitative-research-types> [Accessed 20 May 2025].

Travis, E., Ashley, L., Pownall, M. and O'Connor, D.B. (2020). Barriers to Flexible Sigmoidoscopy Colorectal Cancer Screening in Low Uptake Socio-demographic groups: a Systematic Review. *Psycho-Oncology*, 29(8), pp.1237–1247.

Travis, E., Kerrison, R.S., O'Connor, D.B. and Ashley, L. (2022). Barriers and Facilitators to Colonoscopy for Cancer detection: Patient and Practitioner Perspectives. *Psychology & Health*, 39(9), pp.1–21.

Trevisani, L. (2014). Colonoscopy, Pain and fears: Is It an Indissoluble trinomial? *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 6(6), p.227.

Tsai, M.-H., Lee, M., Coughlin, S.S., Eberth, J.M. and Rogers, C.R. (2024). Cancer History and Social Support Impact Colorectal Cancer Screening Utilization by Race/Ethnicity. *Cancer Prevention Research*, 17(10), pp.481–489.

Tsipi, A., O'Connor, D.B., Branley-Bell, D., Day, F., Hall, L.H., Sykes-Muskett, B., Wilding, S., Taylor, N. and Conner, M. (2020). Promoting Colorectal Cancer screening: a Systematic Review and meta-analysis of Randomised Controlled Trials of Interventions to Increase Uptake. *Health Psychology Review*, 15(3), pp.1–24.

Umberson, D. (1992). Gender, Marital Status and the Social Control of Health Behavior. *Social Science & Medicine*, 34(8), pp.907–917.

Van Cutsem, E., Cervantes, A., Adam, R., Sobrero, A., Van Krieken, J.H., Aderka, D., Aranda Aguilar, E., Bardelli, A., Benson, A., Bodoky, G., Ciardiello, F., D'Hoore, A., Diaz-Rubio, E., Douillard, J.-Y. ., Ducreux, M., Falcone, A., Grothey, A., Gruenberger, T., Haustermans, K. and Heinemann, V. (2016). ESMO Consensus Guidelines for the Management of Patients with Metastatic Colorectal Cancer. *Annals of Oncology*, [online] 27(8), pp.1386–1422. Available at: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)34754-4/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)34754-4/pdf) [Accessed 25 May 2025].

Vernon, M., Coughlin, S.S., Tingen, M., Jones, S. and Vahe Heboyan (2024). Cancer Health Awareness through Screening and education: a Community Approach to Healthy Equity. *Cancer Medicine*, 13(13).

Vrinten, C., Waller, J., von Wagner, C. and Wardle, J. (2015). Cancer Fear: Facilitator and Deterrent to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 24(2), pp.400–405.

Wang, X. and Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: Strengths, weaknesses, and Recommendations. *Chest*, 158(1), pp.65–71.

Wangmar, J., von Vogelsang, A.-C., Hultcrantz, R., Fritzell, K., Wengström, Y. and Jervaeus, A. (2018). Are anxiety levels associated with the decision to participate in a Swedish colorectal cancer screening programme? A nationwide cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(12), p.e025109.

Willems, B. and Bracke, P. (2018). Participants, Physicians or Programmes: Participants' Educational Level and Initiative in Cancer Screening. *Health Policy*, 122(4), pp.422–430.

Witte, K. (1992). Putting the Fear Back into Fear appeals: the Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs*, 59(4), pp.329–349.

Wolf, A.M.D., Fontham, E.T.H., Church, T.R., Flowers, C.R., Guerra, C.E., LaMonte, S.J., Etzioni, R., McKenna, M.T., Oeffinger, K.C., Shih, Y.-C.T., Walter, L.C., Andrews, K.S., Brawley, O.W., Brooks, D., Fedewa, S.A., Manassaram-Baptiste, D., Siegel, R.L., Wender, R.C. and Smith, R.A. (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 68(4), pp.250–281.

Yuba Raj Paudel, Mah, S., Adetola Aboyeji and Adhikari, K. (2025). Barriers and Facilitators to Colonoscopy Participation for Colorectal Cancer screening: a Rapid Review. *Journal of Public Health*.

Παράρτημα

Α. Ερευνητικό Πρωτόκολλο



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΠΑΠΑΔΟΥΛΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΖΩΙΤΣΑ

Ενδεικτικός Τίτλος :

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ»

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας:

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τον τρίτο πιο συχνό τύπο καρκίνου παγκοσμίως, αντιστοιχώντας περίπου στο 10% όλων των περιπτώσεων καρκίνου. Επιπλέον, αποτελεί την δεύτερη κύρια αιτία θανάτου που συνδέεται με τον καρκίνο παγκοσμίως.(WHO, 2023) Η ανάπτυξη της ασθένειας αυτής, στην οποία υπάρχει ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των κυττάρων , προκύπτει από αλλοιώσεις στο υγιές επιθήλιο του παχέος εντέρου ή του ορθού, συμπεριλαμβανομένης και της ανάπτυξης αδеноματωδών πολυπόδων που μπορεί να πολλαπλασιαστούν και να αυξηθούν σε μέγεθος, προκαλώντας τη συσσώρευση γενετικών και επιγενετικών μεταλλάξεων με την πάροδο του χρόνου. Δεν εξελίσσονται όλοι οι πολύποδες σε διηθητικό καρκίνο, ωστόσο οι πολύποδες με κακοήγη χαρακτηριστικά έχουν τη δυνατότητα να δώσουν μετάσταση.(CDC, 2023: Jayasingheetal, 2023) Παράγοντες όπως η ηλικία, το προσωπικό

και κληρονομικό ιστορικό και παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Στο αρχικό στάδιο της νόσου δεν παρουσιάζονται συμπτώματα, γι' αυτό είναι σημαντικό να γίνονται τακτικοί έλεγχοι για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, την έναρξη θεραπείας και της πρόληψης της εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης αλλά και τη θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου λόγω της έγκαιρης ανίχνευσης και αφαίρεσης των προκαρκινικών αναπτύξεων. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος γίνεται μη επεμβατικά με την εργαστηριακή ανάλυση ενός δείγματος κοπράνων είτε επεμβατικά με την μέθοδο της κολονοσκόπησης. (WHO, 2023: Jayasingheetal, 2023) Η επιλογή της μεθόδου βασίζεται σε κριτήρια όπως ο ατομικός κίνδυνος, η προσωπική προτίμηση, η πρόσβαση και το κόστος.

Η κολονοσκόπηση δεν εκτελείται μόνο ως προληπτικό τεστ αλλά και για τη διάγνωση και τη θεραπεία ενός ευρέος φάσματος γαστρεντερικών προβλημάτων.(Gäinäetal, 2022: Rollbuschetal, 2014) Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση συχνά βιώνουν ψυχολογική δυσφορία με τη μορφή άγχους και φόβου ενώ περιμένουν τη διαδικασία, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη συμμόρφωση των ασθενών και αυξημένες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις διαδικασίες. (LazarBarzegaretal, 2023). Το άγχος αποτελεί φυσιολογικό συναίσθημα στην ανθρώπινη εμπειρία, και δεν είναι έκπληξη που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν άγχος όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με τέτοιου είδους καταστάσεις. Ερευνητικές μελέτες υποδεικνύουν ότι περίπου το 20-30% του πληθυσμού βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους σχετικά με την υγεία κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής.(Shaferetal, 2018) Ο όρος "άγχος" χρησιμοποιείται ευρέως από τον παγκόσμιο πληθυσμό και αναφέρεται στις επιπτώσεις της αδυναμίας ενός ζωντανού οργανισμού να αντιδράσει αποτελεσματικά σε συναισθηματικές ή σωματικές απειλές, είτε αυτές είναι πραγματικές είτε φανταστικές. Μπορούμε να περιγράψουμε το άγχος ως οποιαδήποτε κατάσταση που θέτει σε κίνδυνο την ισορροπία ενός οργανισμού.(Huerta-Francoetal, 2013) Το άγχος για την υγεία μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους είτε να αυξήσουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, προσέχοντας πιθανά προβλήματα υγείας, είτε να μειώσουν τη χρήση αυτών των υπηρεσιών, φοβούμενοι μήπως εντοπίσουν ανησυχητικά προβλήματα υγείας.(Yangetal, 2018) Για παράδειγμα, η ανησυχία για τον πόνο ή την αμηχανία κατά τη διαδικασία ελέγχου μπορεί να αποτρέψει την υποβολή σε προληπτικούς ελέγχους, ενώ ένα γενικότερο άγχος σχετικά με τον καρκίνο μπορεί να ενθαρρύνει την υποβολή σε προληπτικούς ελέγχους. Επιπλέον, ασθενείς που βιώνουν

είτε ελάχιστο είτε έντονο άγχος για τον καρκίνο ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε προληπτικούς ελέγχους σε σύγκριση με αυτούς που βιώνουν «μέτριο» άγχος. (Yangetal, 2018) Οι παράγοντες που συντελούν σε αυξημένα επίπεδα άγχους περιλαμβάνουν την επεμβατική φύση της διαδικασίας, την ανάγκη προετοιμασίας του εντέρου πριν από την εξέταση, τον πιθανό πόνο κατά τη διάρκεια της επέμβασης, το αίσθημα αμηχανίας, και τον φόβο της ενδεχόμενης διάγνωσης καρκίνου. Η αυξημένη ανησυχία πριν από την διαδικασία κολονοσκόπησης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανεκτικότητα της διαδικασίας, την άνεση του ασθενούς, την επιτυχή ολοκλήρωσή της, την εμφάνιση πιθανών επιπλοκών και να αυξήσει τις απαιτήσεις για καταστολή και αναλγησία (Cevheroğlu&Büyükyılmaz , 2023: Meçoetal, 2023)

Η διαδικασία της κολονοσκόπησης συνδέεται με το άγχος και τον φόβο με τρόπο που είναι αλληλεξαρτώμενος.(Gäinäetal, 2022) Συνεπώς, είναι αναγκαία μια βελτιωμένη κατανόηση του είδους και του βαθμού άγχους που βιώνουν οι ασθενείς, προκειμένου να αναπτυχθούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην βελτίωση της συμμόρφωσής τους στους προληπτικούς ελέγχους.(Yangetal, 2018) Τέλος, η πρόσβαση στις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία και το πως χρησιμοποιούνται αυτές αποτελεί κρίσιμη παράμετρο για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και για την πρόληψη του καρκίνου και τις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου.(Cevheroğlu&Büyükyılmaz, 2023)

2. Σκοπός και Στόχοι :

Η παρούσα εργασία στοχεύει στη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και φόβου σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, καθώς και των παραγόντων που επηρεάζουν αυτά τα συναισθήματα στον γενικό πληθυσμό.

Ειδικότερα, στοχεύει να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια είναι τα επίπεδα άγχους και φόβου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό;
- Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι παράγοντες (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, ιστορικό οικογένειας, πληροφόρηση) επηρεάζουν αυτά τα επίπεδα;
- Πώς συνδέονται τα επίπεδα άγχους και φόβου με την πρόθεση για προληπτικές εξετάσεις;

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα ερευνητική μελέτη θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Φεβρουάριο του 2025 έως τον Σεπτέμβριο του 2025. Πρόκειται για ποσοτική συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), στην οποία θα συμμετάσχουν ενήλικες, εθελοντικά, με δειγματοληψία ευκολίας. Τα κριτήρια ένταξης είναι ενήλικες ηλικίας 30-70 ετών χωρίς προηγούμενη διάγνωση καρκίνου, και το εκτιμώμενο δείγμα ανέρχεται περίπου στα 100 άτομα.

Τα δεδομένα θα συλλεχθούν με ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς (δια ζώσης ή διαδικτυακά) και η στατιστική τους ανάλυση θα γίνει με τη χρήση του λογισμικού πακέτου «SPSS».

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακό ιστορικό).

Ερωτηματολόγιο φόβου του πόνου (Fear of Pain [FOP-30]; McNeil and Rainwater, 1998).

Κλίμακα Συμπτωμάτων Άγχους Σχετιζόμενου με τον Πόνο (Pain Anxiety Symptoms Scale [PASS20]; McCracken, et al; 1992).

Ερωτηματολόγιο Δυσανεξίας στην Αβεβαιότητα (Intolerance of Uncertainty Scale [IUS]; Buhr and Dugas, 2002).

Ερωτηματολόγιο πρόθεσης διενέργειας προληπτικού ελέγχου.

Ηθικά ζητήματα: Τα ερωτηματολόγια που θα χρησιμοποιηθούν, έπειτα από την έγκριση της επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Μεταπτυχιακού προγράμματος, θα είναι ανώνυμα και θα συμπληρώνονται εθελοντικά. Πριν την έναρξη της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων θα ενημερώνεται ο πολίτης και θα ζητείται η γραπτή συγκατάθεση του. Τα στοιχεία αυτά θα παραμείνουν αυστηρά προς χρήση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων. Το πρωτογενές υλικό που θα προκύψει θα παραμείνει σε χρήση του ερευνητή και του επιβλέποντος καθηγητή και δεν θα παραχωρηθεί για οποιοδήποτε σκοπό σε τρίτο πρόσωπο καθ' όλη τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της ερευνητικής μελέτης. Θα διασφαλιστεί η προστασία προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (GDPR).

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα:

Η μελέτη αναμένεται να προσδιορίσει τα επίπεδα άγχους και φόβου σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου στον πληθυσμό-στόχο, να αναδείξει την επίδραση των

δημογραφικών παραγόντων και της δυσανεξίας στην αβεβαιότητα στα συναισθήματα αυτά, καθώς και να αξιολογήσει τη σύνδεση ανάμεσα στο άγχος για τον καρκίνο και την πρόθεση συμμετοχής σε προληπτικούς ελέγχους. Τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη μείωση του άγχους και τη βελτίωση των ποσοστών πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου.

5. Χρονοδιάγραμμα :

Φεβρουάριος 2025 - Μάρτιος 2025: Βιβλιογραφική ανασκόπηση – Συγγραφή Γενικού Μέρους της Εργασίας.

Μάρτιος 2025 - Απρίλιος 2025 : Συλλογή ερωτηματολογίων

Μάιος 2025 : Στατιστική Επεξεργασία

Ιούνιος - Αύγουστος 2025 : Συγγραφή Επιστημονικής Εργασίας.

Σεπτέμβριος 2025 : Ολοκλήρωση της Διπλωματικής Εργασίας και Παρουσίαση της.

6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι η μελέτη δεν έλαβε χρηματοδότηση, οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος εθελοντικά και δεν υπάρχουν ανταγωνιστικά συμφέροντα.

7. Παραπομπές:

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931–945. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4).
- Cevheroğlu, S., & Büyükyılmaz, F. (2023). Anxiety and Health Literacy Levels of Patients Undergoing Colonoscopy. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 10.1097/SGA.0000000000000777. Advance online publication.
- Găină, M. A., Szalontay, A. S., Ștefănescu, G., Bălan, G. G., Ghiciuc, C. M., Boloș, A., Găină, A. M., & Ștefănescu, C. (2022). State-of-the-Art Review on Immersive Virtual Reality Interventions for Colonoscopy-Induced Anxiety and Pain. *Journal of clinical medicine*, 11(6), 1670.
- Huerta-Franco, M. R., Vargas-Luna, M., Tienda, P., Delgadillo-Holtfort, I., Balleza-Ordaz, M., & Flores-Hernandez, C. (2013). Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*, 4(4), 108–118.
- Jayasinghe, M., Prathiraja, O., Caldera, D., Jena, R., Coffie-Pierre, J. A., Silva, M. S., & Siddiqui, O. S. (2023). Colon Cancer Screening Methods: 2023 Update. *Cureus*, 15(4), e37509.
- Lazar Barzegar, S., Mohammadi, S., Shamsalinia, A., & Saberifar, M. (2023). The

Effects of White Noise on Preprocedural Anxiety and Vital Signs Among Older Adults Undergoing Colonoscopy. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, S1089-9472(23)00941-3. Advance online publication.

- Meço, B. C., Akyol, C., Yılmaz, A. A., Şahintürk, H., & Kuzu, M. A. (2023). Does Pre-procedural Anxiety Affect the Consumption of Sedatives During Colonoscopy?. *Turkish journal of anaesthesiology and reanimation*, 51(1), 49–54.
- McNeil, D. W., & Rainwater, A. J. (1998). Development of the fear of pain questionnaire-III. *Journal of behavioral medicine*, 21(4), 389-410.
- McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50(1), 67–73. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90113-P](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90113-P)
- Rollbusch, N., Mikocka-Walus, A. A., & Andrews, J. M. (2014). The experience of anxiety in colonoscopy outpatients: a mixed-method study. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 37(2), 166–175.
- Shafer, L. A., Walker, J. R., Waldman, C., Yang, C., Michaud, V., Bernstein, C. N., Hathout, L., Park, J., Sisler, J., Restall, G., Wittmeier, K., & Singh, H. (2018). Factors Associated with Anxiety About Colonoscopy: The Preparation, the Procedure, and the Anticipated Findings. *Digestive diseases and sciences*, 63(3), 610–618.
- Yang, C., Sriranjani, V., Abou-Setta, A. M., Poluha, W., Walker, J. R., & Singh, H. (2018). Anxiety Associated with Colonoscopy and Flexible Sigmoidoscopy: A Systematic Review. *The American journal of gastroenterology*, 113(12), 1810–1818.

INTEPNET

- CDC, 2023. Colorectal Cancer. [online] (23 February 2023) Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/what-is-colorectal-cancer.htm>[Accessed 14 January 2024]
- WHO, 2023. Colorectal Cancer. [online] (11 July 2023) Available at: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>>[Accessed 14 January 2024]

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέποντα

Ημερομηνία: 11/3/2025

Β. Αποτελέσματα αναζήτησης PubMed

The screenshot shows the PubMed search interface. The search bar contains the query: (((#1) AND (#2)) AND (#3)) AND (#4)) AND (#5)) AND (#6). The search results are displayed on page 1 of 5. The results list includes three articles:

- 1** [A Qualitative Analysis of Barriers to Colorectal Cancer Screening among Korean Americans.](#)
Cite: Oh KM, Park B, Jacobsen KH.
J Cancer Educ. 2021 Apr;36(2):261-270. doi: 10.1007/s13187-019-01621-3.
PMID: 31664665
- 2** [Barriers to flexible sigmoidoscopy colorectal cancer screening in low uptake socio-demographic groups: A systematic review.](#)
Cite: Travis E, Ashley L, Pownall M, O'Connor DB.
Psychooncology. 2020 Aug;29(8):1237-1247. doi: 10.1002/pon.5443. Epub 2020 Jul 7.
PMID: 32539187 [Free article.](#)
- 3** [Barriers and facilitators to colonoscopy for cancer detection: patient and practitioner perspectives.](#)
Cite: Travis E, Kerrison RS, O'Connor DB, Ashley L.
Psychol Health. 2024 Sep;39(9):1263-1283. doi: 10.1080/08870446.2022.2141241. Epub 2022 Nov 13.

Γ. Έντυπο Συναίνεσης και Ερωτηματολόγιο

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ»

Η μελέτη αυτή γίνεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ» για το Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ" του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την πρόθεση διενέργειας προληπτικών ελέγχων για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και, για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.
Υπεύθυνος επικοινωνίας : Παπαδούλη Χριστίνα, Νοσηλεύτρια ΠΕ
xristina.papadouli@gmail.com

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΈΤΗ) :

2. ΦΥΛΟ : ΓΥΝΑΙΚΑ _____ ☐

ΑΝΔΡΑΣ _____ ☐

ΑΛΛΟ _____ ☐

ΠΡΟΤΙΜΩ ΝΑ ΜΗΝ ΠΩ ☐

3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____ ☐

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____ ☐

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____ ☐

ΧΗΡΟΣ/Α _____ ☐

ΑΛΛΟ _____ ☐

4.ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐

5.ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐

6. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ : ΧΩΡΙΟ/ΚΟΜΩΠΟΛΗ _____ ☐

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____ ☐

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____ ☐

7.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΔΗΜΟΤΙΚΟ _____ ☐

ΓΥΜΝΑΣΙΟ _____ ☐

ΛΥΚΕΙΟ _____ ☐

ΙΕΚ/ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ _____ ☐

ΑΝΩΤΕΡΗ/ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΑΕΙ/ΤΕΙ) _____ ☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ _____ ☐

ΆΛΛΟ (παρακαλώ προσδιορίστε): _____ ☐

8. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΑΣ ΚΑΘΕΣΤΩΣ;

ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η (ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ) _____ ☐

ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η (ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ) _____ ☐

ΑΝΕΡΓΟΣ/Η _____ ☐

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ) _____ ☐

ΆΛΛΟ (παρακαλώ προσδιορίστε): _____

9.ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΣΑΣ (ΜΗΝΙΑΙΩΣ);

- ΚΑΤΩ ΑΠΟ 700€ _____ ☐
- 701€-1200€ _____ ☐
- 1201€-2000€ _____ ☐
- 2001€ και άνω _____ ☐
- ΠΡΟΤΙΜΩ ΝΑ ΜΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΩ _____ ☐
- 10.ΕΧΕΤΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ; ΝΑΙ** _____ ☐ **ΟΧΙ** _____ ☐

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

11.ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΠΟΤΕ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;

ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐

12.ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ;

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ _____ ☐

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (π.χ. FOBΤ) _____ ☐

ΆΛΛΗ (παρακαλώ προσδιορίστε): _____

13.ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;

ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ _____ ☐

14. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΣΥΓΓΕΝΗ: _____

15.ΑΠΟ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥΣ ΕΛΕΓΧΟΥΣ;

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ _____ ☐

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ/ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ _____ ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΙΛΟΙ _____ ☐

ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ/ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ _____ ☐

ΆΛΛΗ ΠΗΓΗ (παρακαλώ προσδιορίστε): _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (FEAR OF PAIN QUESTIONNAIRE III-FPQ)

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

τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4
9. Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4
12. Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	0	1	2	3	4
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4
14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4
23. Να καταπιώ ένα καντό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4

24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4
26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
30. Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	0	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ (PAIN ANXIETY SYMPTOMS SCALE-PASS)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Τα άτομα που βιώνουν πόνο δεν αντιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο σε αυτόν. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
2. Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
3. Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
4. Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
5. Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
7. Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
8. Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος	0	1	2	3	4

μου					
9. Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
10. Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
11. Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4
12. Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
13. Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
14. Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
15. Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
16. Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
17. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
18. Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
19. Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΥΣΑΝΕΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ (INTOLERANCE OF UNCERTAINTY SCALE - IUS)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω θα δείτε μια σειρά δηλώσεων που περιγράφουν πώς αντιδρούν πιθανά οι άνθρωποι σε αβέβαιες καταστάσεις της ζωής. Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα για να δείξετε σε ποιο βαθμό σας χαρακτηρίζει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε τον αριθμό (από το 1 έως το 5) που σας χαρακτηρίζει καλύτερα.

(1 = Καθόλου, 2 = Λίγο, 3 = Μέτρια, 4 = Πολύ, 5 = Πάρα πολύ)

	ΚΑΘΟΛΟ Υ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛ Υ
1. Τα απρόβλεπτα γεγονότα με αναστατώνουν πάρα πολύ	1	2	3	4	5
2. Με απογοητεύει να μην έχω όλες τις πληροφορίες που χρειάζομαι	1	2	3	4	5
3. Η αβεβαιότητα με εμποδίζει να ζήσω μια γεμάτη ζωή	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι πρέπει πάντα να σκέφτομαι το μέλλον για να αποφύγω τις εκπλήξεις	1	2	3	4	5
5. Ένα μικρό απρόβλεπτο γεγονός μπορεί να καταστρέψει τα πάντα, ακόμη και με τον καλύτερο προγραμματισμό	1	2	3	4	5
6. Όταν έρχεται η ώρα να δράσω, η αβεβαιότητα με παραλύει	1	2	3	4	5
7. Όταν είμαι αβέβαιος/η, δεν μπορώ να λειτουργήσω πολύ καλά	1	2	3	4	5
8. Θέλω πάντα να γνωρίζω τι μου επιφυλάσσει το μέλλον	1	2	3	4	5
9. Δεν αντέχω τις εκπλήξεις	1	2	3	4	5
10. Η παραμικρή αμφιβολία μπορεί να με εμποδίσει να δράσω.	1	2	3	4	5
11. Θα έπρεπε να είμαι ικανός/ή να οργανώνω τα πάντα εκ των προτέρων	1	2	3	4	5
12. Πρέπει να αποφεύγω όλες τις αβέβαιες καταστάσεις	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε να απαντήσετε με βάση το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις (1= Καθόλου έως 5= Απόλυτα)

	ΚΑΘ ΟΛΟ Υ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤ ΡΙΑ	ΠΑΡ Α ΠΟ ΛΥ	ΑΠΟ ΛΥΤΑ
1. Σκοπεύω να υποβληθώ σε προληπτικό έλεγχο (π.χ. κολονοσκόπηση) τον επόμενο χρόνο.	1	2	3	4	5
2. Νιώθω ότι είναι απαραίτητο να πραγματοποιώ τακτικούς προληπτικούς ελέγχους για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.	1	2	3	4	5
3. Πιστεύω ότι οι προληπτικοί έλεγχοι για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι χρήσιμοι.	1	2	3	4	5
4. Η οικογένεια ή οι φίλοι μου με ενθαρρύνουν να κάνω προληπτικούς ελέγχους.	1	2	3	4	5
5. Ανησυχώ ότι μπορεί να έχω καρκίνο του παχέος εντέρου χωρίς να το γνωρίζω.	1	2	3	4	5
6. Πιστεύω ότι είναι εύκολο να πραγματοποιήσω έναν προληπτικό έλεγχο (π.χ. κολονοσκόπηση).	1	2	3	4	5
7. Είμαι διατεθειμένος/η να ξεπεράσω οποιαδήποτε δυσφορία προκειμένου να πραγματοποιήσω έναν προληπτικό έλεγχο.	1	2	3	4	5

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!