**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

# ΘΕΜΑ:

## «Σύγκριση ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με νεοπλασία, πρόσφατα και παλιότερα, ως προς την προσαρμογή στην ασθένεια και την κοινωνική υποστήριξη»

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Της Στρούζα Αικατερίνης**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Καραδήμας Ευάγγελος**

**Ρέθυμνο, 2016**

# ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νεοπλασία αποτελεί μια νόσο, η οποία τείνει να εκδηλώνεται όλο και συχνότερα με την πάροδο των χρόνων. Έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη πολυάριθμων ατόμων που έχουν νοσήσει και είτε έχουν ξεπεράσει τον καρκίνο, είτε δεν κατόρθωσαν να επιζήσουν της συγκεκριμένης ασθένειας. Οι τρόποι με τους οποίους οι καρκινοπαθείς ασθενείς θα μπορούσαν να προσαρμοσθούν καλύτερα στις δυσκολίες της ίδιας της νόσου, αλλά και της συχνά μακροχρόνιας και επίπονης θεραπείας της, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον. Η παρούσα έρευνα εστιάζεται στη διερεύνηση των τρόπων αυτών. Ιδιαίτερα έμφαση δίνεται στην ψυχολογική καταπόνηση που βιώνουν τα άτομα και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν. Επιπροσθέτως, η συγκεκριμένη μελέτη εστιάζεται και στους παλιούς ασθενείς που έχουν επιβιώσει της νεοπλασίας, οι οποίοι έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, με την ευρεία χρήση νέων θεραπευτικών και φαρμακευτικών μεθόδων.

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την πολύτιμη βοήθεια τους το Σύλλογο Άλμα Ζωής και τις ψυχολόγους που εργάζονται στα πλαίσια του, τις κυρίες Χριστιάνα Μήτση και Φρόσω Τζιντζηροπούλου, καθώς και του Συλλόγου Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Αθηνών (Κ.Ε.Φ.Ι.), χάρη στους οποίους επιτεύχθηκε η χορήγηση ερωτηματολογίων σε άτομα που είχαν νοσήσει από νεοπλασία στο παρελθόν. Οφείλω, επίσης, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Αντικαρκινικού-Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «ο Άγιος Σάββας», καθώς και την προϊσταμένη κυρία Αναστασία Δρόσου, οι οποίοι επέτρεψαν την προσέγγιση και διανομή των εργαλείων, σε ασθενείς τους, που νοσούσαν από νεοπλασία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** ..... **6**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ** ..... **7**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ** ..... **11**

2.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις της νεοπλασίας και η σχέση της με ποικίλους παράγοντες ..... 11

2.1.1. Επιπτώσεις της νεοπλασίας στην ψυχική υγεία του ατόμου ..... 11

2.1.2. Παράγοντες που συσχετίζονται με την ψυχολογική καταπόνηση και οι επιπτώσεις της νεοπλασίας στους παλιούς ασθενείς ..... 14

2.2. Προσαρμογή στη νεοπλασία και παράγοντες που την επηρεάζουν ..... 16

2.2.1. Στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης του ..... 16

2.2.2. Αντιλήψεις για τη νεοπλασία ..... 20

2.2.3. Προσαρμογή στη νεοπλασία και κοινωνικό περιβάλλον ..... 22

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ** ..... **24**

3.1. Θεωρητικά και ερευνητικά πλαίσια κοινωνικής υποστήριξης ..... 24

3.2. Κοινωνική υποστήριξη και νεοπλασία ..... 28

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ** ..... **33**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ** ..... **35**

5.1. Συμμετέχοντες ..... 35

5.2. Εργαλεία ..... 36

5.2.1. Ψυχολογική καταπόνηση ..... 36

5.2.2. Κοινωνική υποστήριξη ..... 36

5.2.3. Προσαρμογή στη νόσο ..... 37

5.2.4. Δημογραφικά στοιχεία ..... 37

5.3. Διαδικασία ..... 38

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** ..... **40**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ..... 45**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... 52**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ..... 62**

Α. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ..... 62

Β. MOS Social Support Index ..... 64

Γ. Mental Adjustment to Cancer (MAC) ..... 65

Δ. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικού Περιεχομένου ..... 67

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να ερευνήσει την προσαρμογή των ατόμων που έχουν νοσήσει από νεοπλασία, πρόσφατα και παλιότερα, ως προς την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν και την ψυχολογική καταπόνηση που βίωναν. Τέθηκαν τρεις ερευνητικές υποθέσεις. Η πρώτη αφορούσε το αν τα άτομα που νοσούσαν και λάμβαναν θεραπεία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας είχαν χειρότερη προσαρμογή στη νεοπλασία από τους παλιούς ασθενείς. Στη δεύτερη διερευνήθηκε κατά πόσο η υψηλή ψυχολογική καταπόνηση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζονται με την αρνητική προσαρμογή του ατόμου στη νόσο, τόσο για άτομα που νοσούσαν παροντικά, όσο και για παλιούς ασθενείς. Η τρίτη διερεύνησε το αν η νεότερη ηλικία των συμμετεχόντων συσχετιζόταν με χειρότερη προσαρμογή στη νόσο, μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση και περισσότερη κοινωνική υποστήριξη. Το δείγμα αποτελούνταν από 25 άτομα που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και 25 παλιούς ασθενείς. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια που μετρούσαν την προσαρμογή στη νόσο, την ψυχολογική καταπόνηση, την κοινωνική υποστήριξη, καθώς και δημογραφικά στοιχεία. Τα ευρήματα που προέκυψαν επιβεβαίωσαν πως τα άτομα που νοσούν παροντικά, είχαν χειρότερη προσαρμογή στη νόσο από τους παλιούς ασθενείς. Βρέθηκε, επίσης, θετική συσχέτιση της αρνητικής προσαρμογής με την ψυχολογική καταπόνηση για όλες τις ομάδες του δείγματος, ενώ αρνητική, με την κοινωνική υποστήριξη, μόνο για τους παλιούς ασθενείς. Τα ευρήματα δεν επιβεβαίωσαν την τρίτη υπόθεση, καθώς μεγαλύτερη ηλικία συσχετιζόταν με χειρότερη προσαρμογή και εκδήλωση ψυχολογικής καταπόνησης. Στην παρούσα έρευνα επισημάνθηκε ο ρόλος της ψυχολογικής καταπόνησης στην προσαρμογή στη νόσο, τόσο για παροντικούς, όσο και για παλιούς ασθενείς, καθώς και η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης, κυρίως για τους παλιούς ασθενείς.

**Λέξεις – Κλειδιά:** νεοπλασία, παλιοί ασθενείς, προσαρμογή, ψυχολογική καταπόνηση, κοινωνική υποστήριξη

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

# ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ

Η νεοπλασία αποτελεί μία πάθηση, κατά την οποία μη φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται και να εξαπλώνονται ανεξέλεγκτα, σχηματίζοντας συνήθως έναν ιστό, ο οποίος ονομάζεται νεόπλασμα, ή απλούστερα, όγκος (Sarafino, 2006. Straub, 2002). Ο καρκίνος, όπως αλλιώς ονομάζεται η συγκεκριμένη νόσος, αποτελεί την πιο κοινή αιτία θανάτου, μετά τις καρδιοπάθειες, στις Ηνωμένες Πολιτείες, καθώς διαγιγνώσκεται σε εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο (Sanderson, 2004. Siegel, Miller & Jemal, 2016. Straub, 2002). Ο τρόπος με τον οποίο η συγκεκριμένη νόσος ενδέχεται να οδηγήσει τελικά στο θάνατο είναι είτε άμεσος είτε έμμεσος. Άμεσα, ο καρκίνος εξαπλώνεται σταδιακά σε ζωτικά όργανα, όπως ο εγκέφαλος, το συκώτι ή οι πνεύμονες, παρεμποδίζοντας τη λειτουργία τους. Έμμεσα, η ασθένεια τελικά αποδυναμώνει και εξαντλεί το άτομο, πολλές φορές καθιστώντας το ανοσοποιητικό του σύστημα ανίκανο να αντιμετωπίσει τυχόν μολύνσεις (Sarafino, 2006).

Υπάρχουν περισσότερα από διακόσια είδη καρκίνου και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε πέντε ευρύτερες κατηγορίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα καρκινώματα, που επιτίθενται στα επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία καλύπτουν το δέρμα και άλλα όργανα του σώματος. Το 85% όλων των ειδών νεοπλασίας υπάγονται σε αυτή την κατηγορία (Sanderson, 2004. Sarafino, 2006. Straub, 2002). Άλλες κατηγορίες καρκίνου είναι τα μελανώματα, που αφορούν και αυτά νεοπλασίες σε κύτταρα του δέρματος, με κύριο παράδειγμα τον καρκίνο του δέρματος, καθώς και τα λεμφώματα, που αφορούν νεοπλασίες του λεμφατικού συστήματος. Τέλος, τα σαρκώματα αποτελούν κακοήθη κύτταρα που σχηματίζονται στους μύες, τα κόκκαλα και το συνδετικό ιστό, ενώ οι λευχαιμίες αφορούν καρκίνους που επιτίθενται στο αίμα και το μυελό των οστών (Sanderson, 2004. Sarafino, 2006. Straub, 2002).

Οι πιο συχνοί τύποι νεοπλασίας που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό είναι ο καρκίνος του δέρματος, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του προστάτη και ο καρκίνος της μήτρας (Sanderson, 2004. Siegel και συν., 2016). Σύμφωνα με τους Ferlay και συν. (2013), το πιο συνηθισμένο μέρος όπου εμφανιζόταν το πρώτο κρούσμα νεοπλασίας στους

Ευρωπαίους άνδρες το 2012 ήταν ο προστάτης, στο 22.8% του πληθυσμού, με αμέσως επόμενο σημείο τον πνεύμονα, στο 15.9%, στο παχύ έντερο, στο 13.2% και στην ουροδόχο κύστη, στο 6.5%. Για το γυναικείο πληθυσμό των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών, τα αντίστοιχα μέρη αφορούσαν το μαστό, στο 28.8% του συνόλου, το παχύ έντερο, στο 12.7%, τον πνεύμονα, στο 7.4% και τη μήτρα, στο 6.1% (Ferlay και συν., 2013).

Σύμφωνα με τους Siegel και συν. (2016), τα πρότυπα συχνότητας εμφάνισης νεοπλασίας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τα οποία αλλάζουν με την πάροδο των χρόνων, απεικονίζουν τις τάσεις των ατόμων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου, σε βελτιώσεις στην πρόληψη, αλλά και τον έλεγχο του καρκίνου, καθώς και σε αλλαγές στις ιατρικές πρακτικές. Όμως, παρά το γεγονός ότι έχουν ανακαλυφθεί νέοι τρόποι πρόληψης και θεραπείας πολλών μορφών καρκίνου, εντούτοις τα κρούσματα της νόσου δεν έχουν μειωθεί σημαντικά (Straub, 2002). Αυτό συμβαίνει γιατί η διαδικασία δημιουργίας κακοηθειών είναι αποτέλεσμα πολλών και διαφορετικών παραγόντων. Παράλληλα, και η πρόγνωση της πορείας της νόσου, αφού διαγνωσθεί, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, το στάδιο στο οποίο βρίσκεται, καθώς και σε ποιο σημείο του σώματος εντοπίστηκε (Sarafino, 2006).

Αφού διαγνωσθεί ένας τύπος νεοπλασίας, συνήθως ακολουθεί η υποβολή του ατόμου σε θεραπεία. Ο κύριος στόχος στην αντιμετώπιση των νεοπλασιών είναι να θεραπευτεί το άτομο πλήρως από τη νόσο, εντοπίζοντας και καταστρέφοντας όλα τα καρκινικά κύτταρα. Όταν ο όγκος δε βρίσκεται σε πολύ προχωρημένο στάδιο, οι παρεμβάσεις σε αυτόν μπορεί να είναι τριών ειδών, χειρουργείο, ακτινοβολία και χημειοθεραπεία, είτε μεμονωμένες είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους (Sarafino, 2006). Η θεραπεία που θα κριθεί καταλληλότερη σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων, όπως το μέγεθος και η τοποθεσία που βρίσκεται το νεόπλασμα, καθώς και αν ο όγκος έχει κάνει μετάσταση, δηλαδή αν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί και σε άλλες περιοχές του σώματος (Sarafino, 2006).

Συνηθέστερα, και όταν αυτό καθίσταται εφικτό, χρησιμοποιείται η μέθοδος της χειρουργικής επέμβασης για την άμεση αφαίρεση του όγκου, ειδικά εάν η νεοπλασία έχει περιοριστεί σε συγκεκριμένο σημείο και δεν έχει εξαπλωθεί (Sarafino, 2006). Ορισμένες φορές, σύμφωνα με τον Sarafino (2006), ο χειρούργος ενδέχεται να κρίνει απαραίτητη την αφαίρεση εκτεταμένου μέρους οργανικού ιστού που βρίσκεται γύρω από την περιοχή της νεοπλασίας, ακόμα κι αν φαίνεται άθικτος, προκειμένου να εξαλειφθεί οποιαδήποτε πιθανότητα μετάστασης.

Το δεύτερο είδος θεραπείας αφορά στην ακτινοβολία, η οποία αφορά την πρόκληση ζημιάς στα κύτταρα μιας συγκεκριμένης περιοχής. Επισημαίνεται, μάλιστα, από τον Sarafino (2006), πως ο συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης δεν επηρεάζει μόνο τα κακοήθη καρκινικά κύτταρα, αλλά και τα υγιή. Ο τρόπος, όμως, με τον οποίο συμβάλλει στη θεραπεία της νεοπλασίας έγκειται στο γεγονός ότι τα καρκινικά κύτταρα είναι λιγότερο ικανά από τα κανονικά οργανικά κύτταρα να επιδιορθώσουν αυτή τη ζημιά (Sarafino, 2006). Η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (American Medical Association, AMA) επισημαίνει την ύπαρξη δύο μορφών ακτινοβολίας, τη θεραπεία με εξωτερική δέσμη φωτός, όπου γίνεται εκπομπή ακτινοβολίας για μερικά λεπτά ή ακόμα και δευτερόλεπτα, και τη θεραπεία εσωτερικής ακτινοβολίας, κατά την οποία μια ραδιενεργός ουσίας τοποθετείται στην περιοχή όπου βρίσκεται η νεοπλασία, μέσω χειρουργικής επέμβασης ή ένεσης (Sarafino, 2006).

Η τρίτη μορφή θεραπείας του καρκίνου, η χημειοθεραπεία, προϋποθέτει τη χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή είτε με ένεση είτε μέσω της στοματικής κοιλότητας, τα οποία κυκλοφορούν στον οργανισμό και καταστρέφουν τα κύτταρα που διαιρούνται πολύ γρήγορα (Sarafino, 2006). Παρά τη συμβολή της χημειοθεραπείας στη θεραπεία της νεοπλασίας, ωστόσο πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο να καταστρέφονται και κάποια φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της ακτινοβολίας, τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων του καρκίνου και της θεραπείας τους (Sarafino, 2006).

Τόσο στη θεραπεία μέσω ακτινοβολίας, όσο και στη χημειοθεραπεία, εκδηλώνονται συνήθως σημαντικές παρενέργειες, γεγονός που μπορεί να καταστήσει τη διαδικασία πολύ δυσάρεστη, πολύπλοκη και απαιτητική για το άτομο. Αυτό συμβαίνει διότι, όπως προαναφέρθηκε, κατά τη διάρκεια των δύο αυτών διαδικασιών καταστρέφονται, εκτός από τα κακοήθη καρκινικά κύτταρα και ορισμένα φυσιολογικά κύτταρα. Όπως τονίζεται από την Αμερικανική Χημική Ένωση (ACS) και την Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (AMA), τα φυσιολογικά αυτά κύτταρα θα ήταν ικανά να ενισχύσουν την άμυνα του οργανισμού, έτσι ώστε να αποφευχθεί η εκδήλωση παρενεργειών (Sarafino, 2006). Ο Sarafino (2006) αναφέρει πως στις παρενέργειες που εκδηλώνονται συμπεριλαμβάνεται η τρωτότητα του οργανισμού σε μολύνσεις, η πτώση των τριχών της κεφαλής, η ναυτία, η τάση προς έμετο, η καταστροφή εσωτερικών οργάνων του σώματος, η έλλειψη όρεξης για φαγητό, καθώς επίσης και η μειωμένη λειτουργία του μυελού των οστών.

Πέραν των παρενεργειών της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, έχει συχνά παρατηρηθεί, επίσης, εκδηλώνουν σε μεγάλο βαθμό ένα γενικότερο αίσθημα κόπωσης, ενώ, όπως αναφέρεται από τους de Jong και συν., το φαινόμενο αυτό ενδέχεται να αυξάνεται κατά τη διάρκεια λήψης θεραπείας (So και συν., 2009). Παράλληλα, περισσότερο από το 50% των ασθενών που νοσούσαν από καρκίνο του μαστού ανέφεραν πως αισθάνονταν πόνο (So και συν., 2009). Επιπροσθέτως, οι καρκινοπαθείς ασθενείς συχνά αναφέρουν πως βιώνουν συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, με τα ποσοστά εκδήλωσης τους να κυμαίνονται από 33% έως 54% (So και συν., 2009).

Παρά το γεγονός ότι λόγω της μεγάλης προόδου που έχει σημειωθεί στους τομείς της έγκαιρης ανίχνευσης, της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, ωστόσο για μεγάλο αριθμό νοσούντων αποτελεί μια μακροχρόνια διαδικασία παρακολούθησης, η οποία ορισμένες φορές μπορεί να διαρκέσει έως και πέντε χρόνια, και, ορισμένες φορές, θεραπείας (McCorkle και συν., 2011. Sarafino, 2006). Για το λόγο αυτό, συχνά, η νόσος της νεοπλασίας συμπεριλαμβάνεται στις χρόνιες ασθένειες. Σύμφωνα με τον Sarafino (2006), χρόνια ονομάζεται η ασθένεια που είναι μακροχρόνια και συνήθως αρκετά σοβαρή. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, όπως ο καρκίνος, είναι πολύ δύσκολη, καθώς αλλάζει ολόκληρη η ζωή του ασθενούς, και απαιτείται κοινωνική υποστήριξη τόσο από την οικογένεια όσο και από ιατρούς και ειδικούς επαγγελματίες (Kennedy, 2007).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

# ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ

## 2.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις της νεοπλασίας και η σχέση της με ποικίλους παράγοντες

### 2.1.1. Επιπτώσεις της νεοπλασίας στην ψυχική υγεία του ατόμου

Η διάγνωση ενός ατόμου με κάποιας μορφής νεοπλασία αποτελεί ένα τραυματικό και στρεσογόνο γεγονός, όπως ακριβώς συμβαίνει και με την πλειοψηφία των χρόνιων ασθενειών, το οποίο έχει σημαντική επίπτωση τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην οικογένεια του (Kurtz, Kurtz, Given & Given, 1995). Πολλές φορές, η αδυναμία των ατόμων να ανταποκριθούν στο στρες που βιώνουν, λόγω της διάγνωσης, αλλά και της ίδιας της ασθένειας, οδηγεί σε ανάπτυξη συναισθημάτων φόβου και αβεβαιότητας, τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, στρες, καθώς και άλλων μορφών ψυχολογικής καταπόνησης (Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001. Marks Murray, Evans & Willing, 2000. Ryan και συν., 2005). Έχει διαπιστωθεί πως ένα ποσοστό μεταξύ του 13% και 53% των ατόμων που έχουν νοσήσει από καρκίνο, έχουν παράλληλα εκδηλώσει σε μεγάλο βαθμό συναισθήματα στρες, θυμού, θλίψης και κατάθλιψης (Mehnert και συν., 2001), αλλά και συμπτώματα ψυχολογικών διαταραχών (Ryan και συν., 2005).

Υπολογίζεται πως περίπου το 40 με 50% των καρκινοπαθών ασθενών εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το 25% του συνολικού δείγματος πολυάριθμων ερευνών πληρούσε κριτήρια κλινικής κατάθλιψης (Hann και συν., 2002. Hann, Winter & Jacobsen, 1999). Οι αρνητικές επιπτώσεις των συμπτωμάτων κατάθλιψης στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, μπορούν να πάρουν πολλές μορφές, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της ποιότητας ζωής τους, μικρότερο επίπεδο λειτουργικότητας, διάσπαση των κοινωνικών τους σχέσεων, χειρότερη ιατρική έκβαση, καθώς και πιθανά μικρότερο ποσοστό επιβίωσης (Hann και συν., 2002. Hann και συν., 1999). Η ποιότητα ζωής του ατόμου αφορά τόσο την ευχαρίστηση που λαμβάνει από τις κοινωνικές σχέσεις του, όσο και την ίδια την κοινωνική του ζωή (Barrera & Ainlay, 1983), καθώς και συγκεκριμένα συμπτώματα και την γενική κατάσταση της υγείας του (Queenan Feldman-Stewart, Brundage & Groome, 2010).

Έχει υποτεθεί πως η ψυχολογική καταπόνηση και ιδιαίτερα τα συναισθήματα κατάθλιψης ενός ασθενούς που πάσχει από νεοπλασία, σχετίζονται άμεσα με τη σωματική καταπόνηση που υφίσταται από τα ίδια τα συμπτώματα της νόσου (Kurtz και συν., 1995). Σημαντικό ρόλο, επίσης, φάνηκε να παίζει και η ηλικία των συμμετεχόντων, καθώς οι νεότεροι ασθενείς ανέφεραν σημαντικά χειρότερη συμπτωματολογία κατάθλιψης, ενώ τα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα έχει διαπιστωθεί πως βιώνουν λιγότερες συναισθηματικές διαταραχές, έπειτα από μία διάγνωση νεοπλασίας, και αναφέρουν μεγαλύτερη γενική προσαρμογή (Hann και συν., 2002). Τα άτομα που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νεοπλασίας και δεν επιδέχονται περαιτέρω θεραπείας, επίσης, εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης (Tang και συν., 2016). Η επικράτηση, μάλιστα, οξέων συμπτωμάτων φαίνεται πως αυξάνεται όσο περισσότερο αυξάνονται και οι πιθανότητες του ατόμου να αντιμετωπίσει το θάνατο (Tang και συν., 2016).

Πέρα όμως από την κατάθλιψη, σημαντική συσχέτιση έχει, επίσης, προκύψει μεταξύ των σοβαρών σωματικών ασθενειών και του στρες. Οποιαδήποτε αλλαγή λαμβάνει χώρα στη ζωή ενός ατόμου, είτε θετική είτε αρνητική, επηρεάζει τη φυσιολογική ομοιόσταση του ατόμου και αυξάνει την τρωτότητα του σε ψυχολογική καταπόνηση, και ιδιαίτερα σε ανάπτυξη συναισθημάτων στρες (Bloom, 1982). Το οξύ και χρόνιο στρες καταστέλλει σε μεγάλο βαθμό το ανοσοποιητικό σύστημα με αποτέλεσμα ο οργανισμός να γίνεται πιο ευάλωτος σε διάφορες ασθένειες (Mortimer Sephton, Kimerling, Butler, Bernstein, & Spiegel, 2005).

Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν την ψυχολογική ισορροπία των ατόμων οδηγώντας σε αύξηση του στρες και σε ενδεχόμενη δημιουργία αρνητικών καταστάσεων που παρεμποδίζουν την θεραπεία των ατόμων και την αύξηση της ποιότητας ζωής τους (Palesh και συν., 2007). Σημαντικά συναισθήματα στρες θεωρείται πως δημιουργεί τόσο η διάγνωση της νεοπλασίας, όσο η ενδεχόμενη υποβολή σε χειρουργική επέμβαση και η μακροχρόνια και συνήθως επίπονη διαδικασία αποκατάστασης και θεραπείας (Bloom, 1982). Υπολογίζεται πως το 10 με 36% των καρκινοπαθών ασθενών, αναμένεται να εκδηλώσει συναισθήματα στρες (Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland & Koch, 2010).

Παράλληλα, όμως, επισημαίνεται πως η συσχέτιση μεταξύ των υψηλών επιπέδων άγχους και της νεοπλασίας είναι αμφίδρομη, γεγονός που σημαίνει πως τόσο η ύπαρξη της νεοπλασίας ενδέχεται να επηρεάζει την ανάπτυξη συναισθημάτων άγχους, αλλά και τα ίδια τα συναισθήματα στρες μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση και την

πορεία της νόσου. Πολυάριθμες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, προκειμένου να αποδειχθεί πως το στρες αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου, τόσο για την ογκογένεση, όσο και για την ταχύτητα με την οποία εξαπλώνεται η ασθένεια, καθώς και τη μειωμένη ανταπόκριση του ατόμου στη θεραπεία της (Baum & Andersen, 2001).

Δεν είναι πλήρως ξεκάθαρο αν το στρες παίζει σημαντικότερο ρόλο στην εμφάνιση ή στην ανάπτυξη διαφόρων ειδών νεοπλασίας, καθώς η ανάπτυξη ορισμένου τύπου καρκίνου, σε σημείο που να ανιχνεύεται ιατρικά, μπορεί να διαρκέσει ακόμα και πέντε χρόνια (Marks και συν., 2000). Σε μεγάλο αριθμό μελετών έχει βρεθεί ότι γυναίκες που τα προηγούμενα πέντε χρόνια της ζωής τους είχαν βιώσει έντονο στρες, ήταν πολύ περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού (Marks και συν., 2000. Wang και συν., 2013), ενώ άτομα που είχαν νοσήσει από νεοπλασία είχαν συχνότερες αρνητικές εμπειρίες, προτού διαγνωστούν, καθώς και συχνότερο φαινόμενο αποχωρισμού ή απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου (Sanderson, 2004). Παράλληλα, οι Ciaramella και Poli (2001) διαπίστωσαν ότι το υψηλό στρες επιδείνωνε την κατάσταση των γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση κατά 28% και της μείζονος κατάθλιψης.

Συχνό φαινόμενο για τους ασθενείς που έχουν νοσήσει από ορισμένης μορφής νεοπλασίας, αποτελεί και η εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Post-traumatic stress disorder, PTSD), δηλαδή η συνεχής αναβίωσης ενός τραυματικού και στρεσογόνου γεγονότος μέσα από σκέψεις, όνειρα, ψευδαισθήσεις, καθώς επίσης και συμπτωμάτων αυξημένης διέγερσης, ευερεθιστότητας και εκρήξεων θυμού (Schiraldi, 2009). Η κλινική εικόνα της συγκεκριμένης διαταραχής συνιστάται επίσης, από συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, αμνησία σε ό,τι αφορά το τραυματικό γεγονός, απώλεια ενδιαφέροντος, δυσκολίες στον ύπνο, αυτοκαταστροφική ή παρορμητική συμπεριφορά, η οποία διαρκεί για ένα διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα (Schiraldi, 2009. Scott & Stradling, 1992).

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες διαγιγνώσκεται σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό σε πληθυσμούς καρκινοπαθών ατόμων, αυξάνοντας παράλληλα και τις πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά επεισόδια, σε ποσοστό που φτάνει το 15% (Kaasa, Malt, Hagen, Wist, Moum & Kvikstad, 1993. Mehnert και συν., 2010. Palgi και συν., 2011). Ένα ποσοστό ασθενών που πάσχουν από κάποιας μορφής νεοπλασία, το οποίο ενδέχεται να φτάσει έως και 48%, είναι πιθανό να εκδηλώσουν κάποια στιγμή συμπτώματα της διαταραχής (Mehnert και συν., 2010).

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς ασθενείς που εκδήλωναν οξύ στρες έπειτα από τη διάγνωση τους, στη μετέπειτα πορεία της νόσου τους ήταν σημαντικά πιθανότερο να εμφάνιζαν διαταραχή μετατραυματικού στρες, σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν εκδηλώσει τόσο έντονο στρες (Kangas, Henry & Bryant, 2005). Η εκδήλωση της διαταραχής ήταν μεγαλύτερη για τα άτομα που είχαν ελλιπή κοινωνική υποστήριξη (Palgi και συν., 2011). Μεγάλος κίνδυνος ενέχεται, επίσης, όταν γίνεται μετάσταση του καρκίνου ή ακόμα και όταν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία (Baum & Andersen, 2001).

### 2.1.2. Παράγοντες που συσχετίζονται με την ψυχολογική καταπόνηση και οι επιπτώσεις της νεοπλασίας στους παλιούς ασθενείς

Οι προγνωστικοί παράγοντες που ενδέχεται να καταστούν σημαντικοί για την πιθανή διάγνωση των καρκινοπαθών ατόμων με ψυχολογική καταπόνηση, αφορούν στην παρουσία σωματικών ή λειτουργικών βλαβών εξαιτίας της νόσου, στη μικρότερη ηλικία διαγνώσεως, στην πιθανότητα να γίνει μετάσταση του καρκίνου, καθώς και στην αυξημένο πόνο (Gao, Bennett, Stark, Murray & Higginson, 2010. Mehnert και συν., 2010). Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η έλλειψη οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης καθώς και η άρνηση ή η αποφυγή ως τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας από τον νοσούντα (Mehnert και συν., 2010).

Πολύ συχνά έχει ερευνηθεί η συσχέτιση της κατάθλιψης και του στρες με την κόπωση και τον πόνο, που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της ασθένειας από την οποία νοσούν τα άτομα, αλλά και της θεραπείας της και οι οποίοι έχουν άμεσες και έμμεσες επιρροές στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (So και συν., 2009). Οι ασθενείς που βιώνουν περισσότερο έντονο πόνο τείνουν να νιώθουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση (Kaasa και συν., 1993). Γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και που αισθάνονται έντονη κόπωση από τις θεραπείες, αναφέρουν περισσότερο πόνο και μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (Reuter και συν., 2006). Τα συμπτώματα κατάθλιψης των καρκινοπαθών ασθενών μπορούν να οδηγήσουν σε περισσότερο πόνο και λιγότερη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και να επηρεάσουν τόσο τη σοβαρότητα, όσο και τον αριθμό των παρενεργειών της θεραπείας της νόσου, καθώς και να οδηγήσουν στην αύξηση των αισθημάτων στρες και κόπωσης (Ryan και συν., 2005).

Έχει διαπιστωθεί σημαντική συσχέτιση της ψυχολογικής καταπόνησης με την ηλικία, με τους νεότερους, ηλικιακά, ασθενείς να αναφέρουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση, σε σύγκριση με τους γηραιότερους (Zabora και συν., 2001). Παράλληλα, όμως, αύξηση των επιπέδων ψυχολογικής καταπόνησης σημειώθηκε και στην περίπτωση των ατόμων που ήταν μεγαλύτεροι των 80 ετών, το οποίο εύρημα ίσως οφειλόταν στην ύπαρξη επιπρόσθετων στρεσογόνων παραγόντων στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, όπως η περίπτωση της χηρείας, και η μείωση του εισοδήματος (Zabora και συν., 2001).

Η ευεξία του καρκινοπαθούς ατόμου εξαρτάται και από τις πληροφορίες που ανταλλάσσει με το θεράποντα ιατρό του (Paschali, Hadjulis, Papadimitriou & Karademas, 2015). Όταν ο ιατρός του ατόμου συζητάει μαζί του σχετικά με θέματα που αφορούν τις αναπαραστάσεις της ασθένειας και της θεραπείας, ο ασθενής είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξει μεγαλύτερη κατανόηση της νόσου του, να προσαρμοστεί ομαλότερα στη νέα κατάσταση, καθώς και να βελτιωθεί η υγεία του (Paschali και συν., 2015). Παράλληλα, θα μπορούσαν να συμβάλει σημαντικά στην έγκαιρη αναγνώριση ενδεχόμενων συμπτωμάτων ψυχολογικής καταπόνησης του ατόμου, προκειμένου να του παραχθεί η κατάλληλα φροντίδα, ανιχνεύοντας τυχόν ενδείξεις (Gao και συν., 2010).

Η πιθανότητα κάποιο άτομο να εκδηλώσει συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, διαταραχής μετατραυματικού στρες ή άλλων ψυχολογικών διαταραχών, δεν παύει να υφίσταται με την επιτυχημένη ολοκλήρωση της θεραπείας για την νεοπλασία. Αντιθέτως, τα άτομα που έχουν επιζήσει από κάποια μορφή νεοπλασίας, θεωρούν τη νόσο ως μια κατάσταση που εξακολουθεί να επηρεάζει τη ζωή τους ακόμα και μετά το πέρας της (Karademas, Karvelis & Argyropoulou, 2007b). Έχει διαπιστωθεί πως συμπτώματα μετατραυματικού στρες μπορούν να εκδηλωθούν ακόμα και 20 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση (Karademas, Argyropoulou & Karvelis, 2007a).

Οι παλιοί ασθενείς, οι survivors όπως συνήθως καλούνται, συχνά βιώνουν αυξημένο φόβο και ανησυχία για μια ακόμη ενδεχόμενη διάγνωση νεοπλασίας (Baum &Andersen, 2001. Nezu και συν., 1999), ενώ, παράλληλα, ενδέχεται να αντιμετωπίζουν πολυάριθμες πηγές στρες, όπως λειτουργικούς περιορισμούς, πόνο και δυσφορία, διαπροσωπικά προβλήματα (Karademas και συν., 2007b). Συχνά, επίσης, αναφέρουν προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας, βασικών βιολογικών αναγκών, καθώς και μεγαλύτερες επιδράσεις των παρενεργειών της χημειοθεραπείας (Thong, Mols, Lemmens, Creemers, Slooter & van de Poll-Franse, 2011). Επιπροσθέτως,

παρατηρείται μείωση της αυτοεκτίμηση τους, αίσθημα κόπωσης και αλλαγή του σωματικού τους βάρους (Baum & Andersen, 2001).

Θεωρείται πως η επιβίωση του ατόμου μετά από ορισμένη μορφή νεοπλασίας, καθώς και η πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου, σχετίζεται με αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, με δυσμενείς στρατηγικές αντιμετώπισης, με την αισιοδοξία του ατόμου, καθώς και με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει (Price και συν., 2016). Παράλληλα διαπιστώνονται σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογική τους κατάσταση, όπως αύξηση του στρες και της κατάθλιψης, καθώς και γενικότερη μεταβολή στον τρόπο ζωής τους, αλλά και συμπεριφοράς ως προς τους οικείους τους (Nezu και συν., 1999). Οι Karademas και συν. (2007b) διαπίστωσαν πως μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση σχετιζόταν με περισσότερο στρες και λιγότερη αισιοδοξία, ενώ αντίθετα, μεγαλύτερο διάστημα από επέμβαση μαστεκτομής σχετιζόταν με λιγότερο στρες και περισσότερη αισιοδοξία. Παράλληλα, έχει βρεθεί πως περισσότερη αισιοδοξία σχετικά με την κατάσταση, συσχετίζεται με λιγότερο στρες και μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης (Karademas και συν., 2007a). Αρνητική συσχέτιση έχει προκύψει μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της κατάθλιψης, ενώ θετική μεταξύ του στρες και της κατάθλιψης (Karademas και συν., 2007a).

Αρκετές μελέτες έχουν αναφερθεί και σε ορισμένες θετικές αλλαγές που συντελούνται στη ζωή των συγκεκριμένων ατόμων. Συνήθως αφορούν μεταβολές των αντιλήψεων του εαυτού, των κοινωνικών σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους, καθώς και των προτεραιοτήτων που θέτουν στη ζωή τους, καθώς και της εκτίμησης για τη ζωή (Schroevers, Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010). Θεωρείται πως οι θετικές αυτές μεταβολές στις αντιλήψεις του ατόμου αποτελούν το αποτέλεσμα της επιτυχούς αντιμετώπισης τραυματικών γεγονότων που βίωσε και όχι τις ίδιες τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποίησε, προκειμένου να τις αποκτήσει (Schroevers και συν., 2010).

## 2.2. Προσαρμογή στη νεοπλασία και παράγοντες που την επηρεάζουν

### 2.2.1. Στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης του

Όταν ένα άτομο διαγνωσθεί με κάποια χρόνια ασθένεια, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη νεοπλασία, στην αρχή νιώθει άρνηση και προσπαθεί να αγνοήσει το

γεγονός ότι πρόκειται για την δική του υγεία, ενώ στη συνέχεια έρχεται σε αντιπαράθεση με τον ίδιο του τον εαυτό και αισθάνεται στενοχώρια για την κατάσταση στην οποία έχει βρεθεί. Επιπροσθέτως, είναι απόλυτα δικαιολογημένο το γεγονός ότι οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με καρκίνο αρχίζουν να αναπτύσσουν άγχος και φόβο απέναντι στην ασθένεια τους. Όπως αναφέρει ο Sarafino (2006), όταν το άτομο συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης βιώνει συναισθήματα έντονου στρες.

Ακόμα, όμως, και αν ξεπεραστούν οι αρχικά στρεσογόνοι παράγοντες που προκύπτουν από τη διάγνωση μιας τέτοιας νόσου, ποικίλες πηγές στρες δεν παύουν να υφίστανται. Αυτές ενδέχεται να αφορούν τη θεραπεία, αλλά και τυχόν απειλές για τη ζωή του ατόμου, οι οποίες θα πρέπει με τη σειρά τους να ξεπεραστούν, προκειμένου να αποφευχθεί περαιτέρω ψυχική καταπόνηση του ατόμου (Baum & Andersen, 2001). Πολλές έρευνες έχουν επιχειρήσει να αποδείξουν πως το χρόνιο στρες επηρεάζει σημαντικά τη διαδικασία ανάκαμψης από συνακόλουθες πηγές έντονου στρες, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Baum και Andersen (2001).

Η διαδικασία που ακολουθεί το άτομο προκειμένου να προσαρμοσθεί στην ασθένεια και να αντιμετωπίσει το στρες σχετίζεται με την προσπάθεια του να ανταπεξέλθει στα ποικίλα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του (Sarafino, 2006). Η διαδικασία αντιμετώπισης του στρες, η οποία ονομάζεται και stress coping, έχει αποδειχθεί πως είναι εξαιρετικά σημαντική διότι καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα ανταπεξέλθει στους στρεσογόνους παραγόντες που βιώνει (Steckler, Kalin & Reul, 2005). Επισημαίνεται πως η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια δεν αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο από όλα τα άτομα. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν το πως θα ανταποκριθεί το κάθε άτομο, με κύρια παραδείγματα την ηλικία, το φύλο, τη φύση της ασθένειας, καθώς και την υποστήριξη που θα λάβει. Σύμφωνα με τον Sarafino (2006), βασικό ρόλο στην ποικιλομορφία των αντιδράσεων που μπορεί να παρατηρηθούν, παίζει, επίσης, η ηλικία. Ένας μικρότερος ηλικιακά άνθρωπος ενδέχεται να αντιδράσει με θυμό, στενοχώρια και σημαντικά περισσότερο στρες (Sarafino, 2006).

Ο Sarafino (2006) αναφέρει ενδεικτικά την θεωρία της κρίσης του Moos, αλλά και των Moos και Schaefer. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, τρεις είναι οι κύριες κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση μιας ασθένειας από τον πάσχοντα. Ο πρώτος παράγοντας σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και περισσότερο συγκεκριμένα εάν η νόσος είναι απειλητική για τη ζωή του ατόμου, εάν

του προκαλεί πόνο ή αν το επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό. Οι προσωπικοί παράγοντες και το ιστορικό του ατόμου αποτελούν την δεύτερη κατηγορία, με χαρακτηριστικά παραδείγματα το φύλο, την ηλικία, τη θρησκεία, τη συναισθηματική και γνωστική ωριμότητα, οικονομικούς παράγοντες καθώς και την αυτοεκτίμηση του. Τέλος, η τρίτη κατηγορία παραγόντων περιλαμβάνει το οικογενειακό και το νοσοκομειακό περιβάλλον και το βαθμό συναισθηματικής υποστήριξης που μπορούν να παρέχουν (Sarafino, 2006).

Σύμφωνα με τον Straub (2002), ο Lazarus έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον τρόπο που τα άτομα αντιμετωπίζουν διάφορα στρεσογόνα γεγονότα και διέκρινε την αντιμετώπιση των προβλημάτων που βασίζονται στο συναίσθημα (emotion- focused coping) και εκείνη που βασίζεται στο ίδιο το πρόβλημα (problem- focused coping). Ο τρόπος αντιμετώπισης που σχετίζεται με το συναίσθημα αφορά κυρίως τις προσπάθειες μείωσης των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων του ατόμου στο στρες, μέσω διαφόρων μεθόδων (Αυδή & Ρούσση, 2010). Στη συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές και γνωσιακές στρατηγικές, οι οποίες θα διευκολύνουν τον τρόπο που οι άνθρωποι διαχειρίζονται το στρες (Straub, 2002). Συνήθως, στρέφονται σε αυτήν την τακτική όταν δεν μπορούν να κάνουν κάτι άλλο για να αντιμετωπίσουν το έντονο στρες. Σύμφωνα με τον Straub (2002), υφίστανται τρεις κατηγορίες τέτοιας συμπεριφοράς: η άρνηση , η αποφυγή και η θετική επανεκτίμηση της κατάστασης. Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες κατηγορίες, το άτομο αποστασιοποιείται από το πρόβλημα, δεν προσπαθεί να το αντιμετωπίσει και αποφεύγει να το σκέφτεται ή, αντιθέτως, το δέχεται ως πρόκληση για να βοηθήσει τον εαυτό του να ανταπεξέρχεται και σε επόμενες τυχόν στρεσογόνες καταστάσεις αντίστοιχα (Straub, 2002).

Αντιθέτως, η αντιμετώπιση με βάση το πρόβλημα, προϋποθέτει την άμεση έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα, γι’ αυτό και εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο από τα άτομα που πιστεύουν πως έχουν τη δυνατότητα να το ξεπεράσουν και τον έλεγχο της κατάστασης (Sarafino, 2006). Ωστόσο, υπάρχουν και εδώ διάφοροι τύποι συμπεριφοράς που ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία. Πρώτον η προληπτική αντιμετώπιση (proactive coping), σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι διακρίνουν τυχόν στρεσογόνες καταστάσεις και προσπαθούν να προλάβουν την εμφάνιση του στρες ή να μειώσουν τις επιπτώσεις τους στον οργανισμό τους. Δεύτερον η αγωνιστική αντιμετώπιση (combative coping), η οποία αναπτύσσεται όταν γίνεται προσπάθεια να

δραπετεύσει το άτομο από το στρεσογόνο γεγονός, χωρίς όμως να μπορεί να το αποφύγει (Straub, 2002).

Όπως γίνεται αντιληπτό, το συναίσθημα είναι ένας βασικός παράγοντας για να κατανοήσει το άτομο τα γεγονότα γύρω του. Έτσι, σύμφωνα με τους Folkman & Lazarus (1988), η προσαρμογή στα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα βρίσκεται σε άμεση σχέση με το συναίσθημα. Το άγχος για παράδειγμα που πηγάζει από τα διάφορα συναισθήματα του κάθε ατόμου είναι σε θέση να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις που δεν θα βοηθήσουν σε καμία περίπτωση τη διαδικασία προσαρμογής στις δύσκολες καταστάσεις που θα κληθεί να αντιμετωπίσει (Folkman & Lazarus, 1988). Το άγχος με την σειρά του μπορεί να δημιουργήσει και καταθλιπτικά επεισόδια τα οποία αδρανούν το άτομο και το κάνουν πιο ευάλωτο. Επομένως είναι απαραίτητο να υπάρξει εστίαση στο πρόβλημα για να μειωθεί το στρες που βιώνει και κατ'επέκταση να μειωθεί η συναισθηματική του δυσφορία. Σε αυτή την προσαρμογή συντελούν βέβαια και τα άτομα του κοινωνικού περίγυρου με την υποστήριξη και τη σιγουριά που μπορούν να παρέχουν στο άτομο (Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981).

Σύμφωνα με πολυάριθμες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, οι πιθανότητες το άτομο να προσαρμοστεί στη νόσο χωρίς να εκδηλώσει ψυχολογικά συμπτώματα, αυξάνονται όταν εξωτερικεύει τα συναισθήματά του (Straub, 2002). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί και το αντίστροφο φαινόμενο, πως γυναίκες δηλαδή που έπασχαν από καρκίνο του μαστού και απέφευγαν να επικοινωνήσουν για τη νεοπλασία, είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011). Οι πάσχοντες από νεοπλασία εκδηλώνουν συνήθως υψηλά επίπεδα στρες και φόβου για τον πόνο και για το θάνατο. Έτσι, όταν τους δίνεται η ευκαιρία να τα εκφράσουν και να μιλήσουν γι' αυτά η ψυχολογική τους κατάσταση βελτιώνεται σε σχέση με εκείνους που αποφεύγουν να μιλήσουν για το πρόβλημα τους και αποστασιοποιούνται (Straub, 2002). Σημαντικό ρόλο για ορισμένους ασθενείς παίζουν οι ομαδικές θεραπευτικές συνεδρίες. Αυτές μπορεί να αφορούν είτε προγράμματα θεραπείας για τη διαχείριση του άγχους που συνοδεύει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και τους βοηθάει στην καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή τους (Heinrich & Schag, 1985), είτε ομαδικές συνεδρίες με άλλα καρκινοπαθή άτομα (Antoni και συν., 2006). Οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν σε τέτοιου είδους προγράμματα ανέφεραν αποτελεσματικότερη διαχείριση του στρες που βίωναν μέσα στους επόμενους μήνες (Antoni και συν., 2006; Heinrich & Schag, 1985).

### 2.2.2. Αντιλήψεις για τη νεοπλασία

Έναν εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα προσαρμογής του ατόμου στην ασθένεια, αποτελούν οι αντιλήψεις του σχετικά με αυτή (Karademas, 2014) Θεωρείται πως οι κύριες πηγές πληροφοριών που θα χρησιμοποιηθούν από τον νοσούντα προκειμένου να διαμορφωθούν οι αντιλήψεις του, είναι τα σωματικά συμπτώματα που ενδεχομένως έχει, η προηγούμενη εμπειρία του με τη συγκεκριμένη ασθένεια, καθώς και η πληροφόρηση που θα λάβει σχετικά με αυτή από το κοινωνικό του περιβάλλον (Karademas, 2014). Το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου ενδέχεται να αποτελείται τόσο από τα μέλη της οικογενείας του, όσο και από επαγγελματίες υγείας (Karademas, 2014).

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται κάποιος την ασθένεια του ποικίλει. Τα ευρήματα πολυάριθμων ερευνών έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους με θετικό τρόπο και πιστεύουν ότι μπορούν να την ξεπεράσουν, έχουν υψηλές πιθανότητες να ολοκληρώσουν τη θεραπεία επιτυχώς και να επιβιώσουν, σε σχέση με εκείνους που την αντιμετωπίζουν αρνητικά και θεωρούν πως είναι αδύναμοι για να την ξεπεράσουν (Straub, 2002). Σύμφωνα με τους Karademas και συν. (2016), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου θεωρούνται σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την υγεία και τη συμπεριφορά υγείας του. Επιπροσθέτως, και οι Friedman, Nelson, Baer, Lane, Smith και Dworkin (1992) επισήμαναν πως σημαντικό ρόλο στον τρόπο που ένα άτομο αντιμετωπίζει μια σοβαρή και χρόνια ασθένεια από την οποία νοσεί, κατέχει η προσωπικότητα του. Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που επιδρούν τόσο στην υγεία του, όσο και στην προσαρμογή του σε μια ασθένεια, είναι η αισιοδοξία (Karademas και συν., 2016).

Ο Lazarus (1993), τόνισε ότι η διαδικασία αντιμετώπισης ενός προβλήματος δεν μένει πάντοτε σταθερή και μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με τις περιστάσεις ή την προσωπικότητα του ατόμου και επομένως να υπάρξουν αλλαγές και στο συναίσθημά του. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε, επίσης, στη γνωστική εκτίμηση, δηλαδή στον τρόπο που οι άνθρωποι αξιολογούν διάφορες καταστάσεις (Kennedy, 2007). Η επαναξιολόγηση αυτών των σκέψεων οδηγεί στην καλύτερη προσαρμοστική συμπεριφορά των ανθρώπων και είναι ένας λόγος που διαφέρουν στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα διάφορα γεγονότα στη ζωή τους, καθώς ορισμένα άτομα αντιδρούν

με αισιοδοξία ενώ άλλα με θυμό, άγχος, φόβο ή άρνηση για την ανίατη ασθένεια (Lazarus, 1985).

Έμφαση δίνεται από τους Giannousi, Karademas και Dimitraki (2016), στην έννοια της αυτορρύθμισης και των κύριων πτυχών της, στην προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια. Στις περισσότερες έρευνες χρησιμοποιείται το Μοντέλο Αυτορρύθμισης Κοινής Λογικής, σύμφωνα με το οποίο οι ασθενείς κατασκευάζουν παράλληλες γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, ώστε να την κατανοήσουν και να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά (Giannousi και συν., 2016). Όπως αναφέρεται σε πολυάριθμες μελέτες σχετικά με τη νεοπλασία, αρκετές αναπαραστάσεις της συγκεκριμένης νόσου σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετεί ο ασθενής, την ποιότητα ζωής του και την ψυχολογική του προσαρμογή (Giannousi και συν., 2016). Μια περισσότερο θετική αναπαράσταση της νεοπλασίας συσχετιζόταν με λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα, ενώ αντιθέτως, ένας πιο έντονος συναισθηματικός αντίκτυπος της βρέθηκε να σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα (Giannousi και συν., 2016). Παράλληλα, φάνηκε να παίζει ρόλο και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετώπιζε την ασθένεια ο σύντροφος του καρκινοπαθούς ασθενούς (Giannousi και συν., 2016. Karademas και συν., 2016).

Η έκφανση της προσωπικότητας του ατόμου που παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του ασθενούς ως προς τα στρεσογόνα ερεθίσματα, είναι η αίσθηση του προσωπικού ελέγχου. Ο Sarafino (2006) επισημαίνει την ύπαρξη δύο τύπων αίσθησης ελέγχου, του εσωτερικού και του εξωτερικού κέντρου ελέγχου. Τα άτομα που θεωρούν ότι μπορούν να ελέγξουν τα ίδια τις επιτυχημένες καθώς και τις αποτυχημένες προσπάθειες τους, έχουν εσωτερικό κέντρο ελέγχου. Αντιθέτως, τα άτομα εκείνα που πιστεύουν πως η ζωή τους ελέγχεται από δυνάμεις που βρίσκονται εξωτερικά από τους ίδιους, έχουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Έχει επισημανθεί από πολλούς ερευνητές πως τα άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου έχουν αυξημένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, θεωρώντας πως δυνητικά μπορούν να ολοκληρώσουν επιτυχώς οποιαδήποτε δραστηριότητα με την οποία θα καταπιαστούν (Sarafino, 2006). Τα άτομα αυτά βιώνουν μικρότερα επίπεδα στρες σε περίπτωση που νοσήσουν από κάποια ασθένεια, καθώς αναλαμβάνουν ενεργό δράση για να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τα δυσμενή συμπτώματα της (Sarafino, 2006).

Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ευεξίας των ατόμων που νοσούν από νεοπλασία θεωρούνται, όπως προαναφέρθηκε, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που θα χρησιμοποιήσει (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011). Καθώς τα άτομα

αντιμετωπίζουν με διαφορετικούς γνωστικούς και συμπεριφοριστικούς τρόπους τις απαιτήσεις του κάθε στρεσογόνου παράγοντα, έτσι προκύπτουν διαφορετικά είδη στρατηγικών αντιμετώπισης, τα οποία, με τη σειρά τους, οδηγούν σε ποικίλα επίπεδα προσαρμογής (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011).

### 2.2.3. Προσαρμογή στη νεοπλασία και κοινωνικό περιβάλλον

Σύμφωνα με την Bloom (1982), ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας σχετικά με το ποια στρατηγική αντιμετώπισης θα χρησιμοποιήσει το άτομο, είναι η κοινωνική υποστήριξη. Η ερευνήτρια επισήμανε πως η κοινωνική υποστήριξη έχει έμμεσα αποτελέσματα και στους τρεις παράγοντες που θα καθορίσουν την προσαρμογή του ατόμου, δηλαδή την αυτοαντίληψη του, την αίσθηση ελέγχου του, καθώς και την ψυχολογική καταπόνηση που ενδέχεται να βιώνει (Bloom, 1982). Στην έρευνα που διεξήγαγε, διαπίστωσε πως γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού και λάμβαναν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον τους, χρησιμοποιούσαν λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Ως αποτέλεσμα, βρέθηκε πως είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, ένιωθαν πως είχαν περισσότερο έλεγχο, ενώ παράλληλα εκδήλωναν λιγότερη ψυχολογική καταπόνηση (Bloom, 1982).

Η υποστήριξη καλό θα είναι να ξεκινάει από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση του ατόμου, και να παρέχεται στον ασθενή, τόσο από επαγγελματίες, όσο και από το προσωπικό του περιβάλλον. Πολυάριθμες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη ενδέχεται να μειώσει το στρες που βιώνει το άτομο (Sarafino, 2006). Πέρα, όμως, από την παροχή κοινωνικής υποστήριξης, και η παρέμβαση των ιατρών θεωρείται πως μπορεί να συσχετιστεί με καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά και παράλληλη σημαντική μείωση του άγχους και διευκόλυνση της διαδικασίας προσαρμογής του ατόμου (Antoni και συν., 2006).

Όπως αναφέρεται από τον Sarafino (2006), ο θεράπων ιατρός μπορεί να συμβάλει, επίσης, σε μεγάλο βαθμό στην ομαλή προσαρμογή του ατόμου, συζητώντας κατευθείαν με τον ασθενή του και κάποιο μέλος της οικογενείας του σχετικά με τη διάγνωση. Θεωρείται ότι σημαντικό ρόλο στη προσαρμοστική διαδικασία του ασθενούς με καρκίνο διαδραματίζει και η γνώση για την ασθένεια που καλείται να αντιμετωπίσει, καθώς ενδέχεται να ωθήσει στη μείωση του προσλαμβανόμενου στρες (Sarafino, 2006). Στη συνέχεια, δίνοντας πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση, καθώς και τις επιλογές των ατόμων αναφορικά με την κατάλληλη θεραπευτική

προσέγγιση Επίσης, συνιστάται να δίνονται κάποιες συμβουλές που σχετίζονται με το θέμα της σωματικής άσκησης καθώς και της δίαιτας που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής (Sarafino, 2006). Σύμφωνα με τους Paschali και συν., (2015), οι πληροφορίες που ανταλλάσσονται μεταξύ του ασθενή και του θεράποντα ιατρού του, μπορούν να αποδειχθούν εξαιρετικής σημασίας για την ευεξία του ατόμου. Θεωρείται, μάλιστα, πως τη μεγαλύτερη σημασία έχει ο όγκος των πληροφοριών που θα ανταλλαχθούν, σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της (Paschali και συν., 2015).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο
# ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

## 3.1. Θεωρητικά και ερευνητικά πλαίσια κοινωνικής υποστήριξης

Όπως σημειώθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ιδιαίτερη σημασία, τόσο για τη μείωση του στρες, όσο και για τη συναισθηματική αποκατάσταση του ατόμου, έχει η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από το περιβάλλον του. Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και η συσχέτιση της με την υγεία και την ασθένεια, δεν αποτελεί φαινόμενο των τελευταίων δεκαετιών. Αντιθέτως, σύμφωνα με τους Kaplan και Cassel (1977), η μεγάλη σημασία της είχε επισημανθεί ήδη από τον Αριστοτέλη, ενώ αναφορές γίνονταν και κατά τη χρονική περίοδο του Μεσαίωνα. Παρά το γεγονός, όμως, ότι και τους ακόλουθους αιώνες ήταν γνωστός ο σημαντικός ρόλος του συγκεκριμένου παράγοντα, ωστόσο η συστηματική, εμπειρική έρευνα της συσχέτισης μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας ξεκίνησε κατά τη δεκαετία του 1970 (Hobfoll, 2001. Kaplan & Cassel, 1977). Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης αναγνωρίζεται με την πάροδο των χρόνων ως ένας πολύ σημαντικός ψυχολογικός και διαπροσωπικός παράγοντας της υγείας και ευεξίας του ατόμου (Antonucci, 2001).

Οι Kaplan και Cassel (1977) επισημαίνουν πως η κοινωνική υποστήριξη παρέχεται σε ένα άτομο μέσω του κοινωνικού του περιβάλλοντος και πρόκειται για μια συνεχή και διαδραστική διαδικασία. Ο όρος κοινωνική υποστήριξη δεν αναφέρεται μόνο στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου, αλλά και στη στήριξη που το ίδιο αντιλαμβάνεται να λαμβάνει από αυτό (Eysenck, 2000). Όπως επισημαίνεται από τον Eysenck (2000), η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, σε αντίθεση με το κοινωνικό δίκτυο αυτό καθαυτό, είναι εκείνη που σχετίζεται θετικά με την υγεία και ευεξία του ατόμου. Πολυάριθμες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη ενδέχεται να μειώσει το στρες που βιώνει το άτομο. Χαρακτηριστικά, έχει διαπιστωθεί πως οι εργάτες με υψηλότερη στήριξη από το περιβάλλον τους, εκδήλωναν μειωμένη αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Sarafino, 2006).

Η κοινωνική υποστήριξη έχει οριστεί από πολυάριθμους ερευνητές ως η διαπροσωπική ανταλλαγή υποστήριξης, με ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται σε τρία επιμέρους στοιχεία της, τη βοήθεια, την επιρροή και την επιβεβαίωση (Antonucci, 2001). Σύμφωνα με τον Antonucci (2001), η βοήθεια αναφέρεται στην πρακτική, απτή υποστήριξη, η επιρροή στη συναισθηματική, ενώ η επιβεβαίωση συνιστά τη συμφωνία

ή την αναγνώριση των ομοιοτήτων ή της καταλληλότητας των αξιών και των απόψεων ενός ατόμου. Σύμφωνα με τον Hobfoll (2001), η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να πάρει τη μορφή συμβουλών, υλικής υποστήριξης, αρωγής στην εκτέλεση κάποιου έργου, καθώς και συναισθηματικής υποστήριξης, κυρίως κατά τη διάρκεια στρεσογόνων χρονικών περιόδων. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ερευνητή, η συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να καταστεί το πιο ενεργό συστατικό στη διαδικασία της λήψης υποστήριξης (Hobfoll, 2001).

Ποικίλοι ερευνητικοί όροι έχουν προταθεί, επίσης, από διαφορετικούς ερευνητές, προκειμένου να καταστεί ακόμα πιο ξεκάθαρος ο διαχωρισμός της κοινωνικής υποστήριξης από άλλες πτυχές της κοινωνικής ζωής του ατόμου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν το κοινωνικό δίκτυο, η κοινωνική ενσωμάτωση, καθώς επίσης και η αξιολογική υποστήριξη (Antonucci, 2001. Gottlieb & Bergen, 2009. Hobfoll, 2001). Οι Gottlieb και Bergen (2009) επισημαίνουν πως η κοινωνική υποστήριξη και δύο από τους όρους που προαναφέρθηκαν, το κοινωνικό δίκτυο και η κοινωνική ενσωμάτωση, αποτελούν την κοινωνική σφαίρα και πρόκειται για τρεις διαφορετικές έννοιες, οι οποίες όμως συχνά συγχέονται λόγω της αμοιβαίας επιρροής μεταξύ τους. Σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές, το κοινωνικό δίκτυο αφορά μια μονάδα κοινωνικής δομής που περιλαμβάνει τόσο τους δεσμούς ενός ατόμου, όσου και τους δεσμούς μεταξύ αυτών (Gottlieb & Bergen, 2009). Παράλληλα, η κοινωνική ενσωμάτωση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το άτομο συμμετέχει σε ιδιωτικές και δημόσιες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Gottlieb & Bergen, 2009).

Σημαντικό ρόλο, επίσης, φαίνεται να παίζει η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, δηλαδή η υποστήριξη που το άτομο θεωρεί πως λαμβάνει. Η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη θεωρείται πως αποτελείται από την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα ποικίλων τύπων υποστήριξης από τα άτομα που απαρτίζουν το κοινωνικό του δίκτυο (Gottlieb & Bergen, 2009). Όπως επισημαίνεται από τον Antonucci (2001), καθώς οι άνθρωποι αποτελούν κυρίως ψυχολογικά όντα, το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται την αντικειμενική αποδοχή υποστήριξης με διαφορετικό τρόπο.

Όπως προαναφέρθηκε, η άποψη ότι οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να λειτουργήσουν θετικά για την υγεία του ατόμου υπήρχε πολλά χρόνια πριν ξεκινήσει η συστηματική έρευνα στο συγκεκριμένο τομέα, τόσο στον κλάδο της ιατρικής όσο και της ψυχιατρικής (Hobfoll, 2001). Το γεγονός εάν ένα πρόσωπο είναι σε θέση να λαμβάνει, αλλά και να παρέχει κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να συσχετιστεί σε

σημαντικό βαθμό με τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας του (Hobfoll, 2001. Kaplan και Cassel, 1977).

Οι ψυχολόγοι υγείας που ασχολούνται με το θέμα της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας του ατόμου συχνά θέτουν ένα βασικό ερώτημα, το οποίο αφορά το αν μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών εντοπίζεται μόνο συσχέτιση ή και σχέση αιτιότητας. Σύμφωνα με τη Sanderson (2004), μια πιθανότητα αιτιολογικής σχέσης μεταξύ αυτών των δύο φαινομένων αποτελεί το ότι άτομα που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ασθένεια, πιθανώς εξαιτίας της, αδυνατούν να συμμετάσχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, οπότε καθίσταται ακόμα πιο δύσκολη, γι'αυτά τα άτομα, η δημιουργία ή συντήρηση διαπροσωπικών σχέσεων. Αναφέρεται, επίσης, η σημαντική πιθανότητα να υφίσταται και μια τρίτη μεταβλητή, η οποία επηρεάζει τη σχέση μεταξύ τους (Sanderson, 2004).

Πλέον, ύστερα από μεγάλο αριθμό ερευνών που το αποδεικνύουν, θεωρείται πως υφίσταται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής επαφής και της υγείας και ευεξίας (Brown, Nesse, Vinokur & Smith, 2003), καθώς και της μακροζωίας (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum & Ehlert, 2003). Παράλληλα, έχει βρεθεί πως η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη είναι περισσότερο υπεύθυνη για τη θετική επίδραση στην υγεία, παρά η πραγματική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο (Gottlieb & Bergen, 2009), ενώ ταυτόχρονα μπορεί να καταστεί περισσότερο ωφέλιμη κατά τη διάρκεια στρεσογόνων χρονικών περιόδων (Hobfoll, 2001). Ο Hobfoll (2001) αναφέρει πως η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται πως έχει σημαντικές επιδράσεις στο καρδιαγγειακό, ενδοκρινολογικό και ανοσοποιητικό σύστημα, με άμεσα οφέλη στη μείωση της καρδιαγγειακής δραστηριότητας και την καλυτέρευση της απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Παράλληλα, εκτός από αυξημένη σωματική και φυσιολογική ευεξία, τα άτομα με ισχυρή κοινωνική υποστήριξη, εκδήλωναν και υψηλή συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία (Sanderson, 2004). Έχουν διατυπωθεί πολυάριθμες υποθέσεις προκειμένου να επιχειρηθεί η αιτιολόγηση του συγκεκριμένου φαινομένου. Ορισμένες υποστηρίζουν ότι η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο το προστατεύει ώστε να μην αναπτύξει ισχυρό στρες σε κάποιο ερέθισμα, ενώ άλλες θεωρούν ότι βελτιώνει την υγεία γενικότερα, χωρίς να σχετίζεται με κάποιο τρόπο το στρες (Sanderson, 2004. Sarafino, 2006).

Σε περισσότερο φυσιολογικό επίπεδο, θεωρείται πως η κοινωνική υποστήριξη έχει άμεσα οφέλη, καθώς ευνοεί τη φυσιολογική προσαρμοστική απόκριση ορμονών

που σχετίζονται με το στρες (Heinrichs και συν., 2003. Hobfoll, 2001). Αναφέρεται πως έχει βρεθεί ότι τα άτομα που λάμβαναν υποστήριξη σε μεγαλύτερο βαθμό, είχαν περισσότερο θετική αντίδραση σε στρεσογόνους παράγοντες (Hobfoll, 2001). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σε μία έρευνα με άνεργες γυναίκες, οι οποίες παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα στρες, βρέθηκε ότι το ανοσοποιητικό σύστημα εκείνων που λάμβαναν κοινωνική υποστήριξη βρισκόταν σε σημαντικά καλύτερη κατάσταση, σε σύγκριση με όσων δε λάμβαναν (Eysenck, 2000).

Πολυάριθμοι ερευνητές έχουν καταλήξει μέσω των μελετών τους και στο αντίστροφο συμπέρασμα, το οποίο αφορά στην έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και τις επιπτώσεις της στην υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι η έλλειψη κοινωνικής επαφής σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα σωματικών, ψυχοσωματικών και ψυχιατρικών διαταραχών (Heinrichs και συν., 2003). Περαιτέρω έρευνες δείχνουν ότι η απουσία κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα στρες ιδιαίτερα σε άτομα που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ασθένεια (Marks και συν., 2000).

Η κοινωνική υποστήριξη, όπως προαναφέρθηκε, έχει βρεθεί, πως παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία του ατόμου. Έχει διαπιστωθεί πως η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην ψυχική υγεία του ατόμου και μέσω των θετικών συναισθημάτων που δημιουργούνται μέσω των δεσμών με άλλα άτομα, αλλά και επειδή κινητοποιείται η παροχή βοήθειας στις χρονικές περιόδους που κρίνεται αναγκαίο (Hobfoll, 2001). Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης έχουν συσχετιστεί με θετικές εκβάσεις στην κατάθλιψη, καθώς και στη σχιζοφρένεια (Heinrichs και συν., 2003).

Παρά την πληθώρα ερευνών που επισημαίνουν τη θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία του ατόμου, ωστόσο ορισμένοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει και την πιθανότητα ύπαρξης μιας πιο αρνητικής της επιρροής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η λήψη κοινωνικής υποστήριξης ενδέχεται να αποβεί επιβλαβής για το άτομο (Brown και συν., 2003). Περισσότερο συγκεκριμένα, ο Hobfoll (2001) αναφέρει πως ακόμα και θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, παραθέτοντας το παράδειγμα ατόμων που περνούν μια κρίσιμη χρονική περίοδο μαζί.

Μεγάλος αριθμός μελετών έχει διεξαχθεί αναφορικά και με τη συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης, με τα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η κοινωνική υποστήριξη έχει βρεθεί να σχετίζεται με μικρότερη τόσο νοσηρότητα, όσο και θνησιμότητα σε ένα εύρος ασθενειών, στις οποίες συγκαταλέγονται οι καρδιακές

παθήσεις, ο καρκίνος, καθώς και το κοινό κρυολόγημα (Hobfoll, 2001). Τα άτομα που διατηρούσαν συνεχείς κοινωνικούς δεσμούς και σχέσεις με επίσημες ή ανεπίσημες ομάδες, είχαν τα μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας (Hobfoll, 2001).

Παράλληλα, τα άτομα που νοσούν από κάποια ασθένεια, αλλά παράλληλα είναι αποδέκτες κοινωνικής υποστήριξης, παρατηρείται πως έχουν λιγότερο σοβαρά συμπτώματα, όπως λιγότερο πόνο και σωματική ανικανότητα, καθώς και σημαντικά ταχύτερη ανάρρωση (Hobfoll, 2001). Σύμφωνα και με τους Marks και συν. (2000), έχουν διεξαχθεί έρευνες που αποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι αναρρώνουν γρηγορότερα από μία σοβαρή επέμβαση όταν λαμβάνουν κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με αυτούς που δε λαμβάνουν.

### 3.2. Κοινωνική υποστήριξη και νεοπλασία

Όπως περιεγράφηκε προηγουμένως, η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί μια περίπλοκη δομή, η οποία θεωρείται πως έχει άμεσα οφέλη στην ευεξία και στη συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου σε πολλές ασθένειες. Πολυάριθμες έρευνες έχουν, επίσης, διεξαχθεί, προκειμένου να ερευνηθεί εκτενέστερα η συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικών αντιδράσεων στη νόσο της νεοπλασίας (Katz, Irish, Devins, Rodin & Gullane, 2003. Nausheen, Gidron, Peveler & Moss-Morris, 2009). Η κοινωνική υποστήριξη ή η εμπλοκή σε κοινωνικές δραστηριότητες έχει διαπιστωθεί πως παίζει σημαντικό ρόλο τόσο για τη σωματική, όσο και για την ψυχική υγεία στα άτομα που βρίσκονται υπό θεραπεία για διάφορους τύπους νεοπλασίας (Nausheen και συν., 2009. Skeels, Unruh, Powell & Pratt, 2010).

Πολυάριθμες έρευνες με πληθυσμούς καρκινοπαθών ατόμων έχουν επισημάνει τη συσχέτιση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με τη χαμηλή πιθανότητα το άτομο να νοσήσει, καθώς και με τη μεγάλη ταχύτητα της ανάρρωσης και ανάκαμψης του, καθιστώντας το περισσότερο ικανό να ανεχθεί τόσο τις ιατρικές, όσο και τις ψυχολογικές παρενέργειες της όλης διαδικασίας (Jeong, Shin, Kim, Yang & Park, 2016. Sanderson, 2004. Sarafino, 2006). Έχει προκύψει, επίσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση της λήψης κοινωνικής υποστήριξης και της γενικής κατάστασης υγείας ανδρών που έπασχαν από καρκίνο του προστάτη (Queenan και συν., 2010).

Η υψηλή κοινωνική στήριξη που λαμβάνει το άτομο σχετίζεται, επίσης, με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, και μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης ακόμα και σε περιπτώσεις ατόμων που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση (Sanderson, 2004).

Μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας παρατηρούνται, επίσης, σε ασθενείς που είναι παντρεμένοι, (Gomez και συν. (2016), ενώ, παράλληλα, άγαμοι, διαζευγμένοι ή χωρισμένοι και χήροι ασθενείς τείνουν να σημειώνουν μεγαλύτερα (Martinez και συν., 2016). Επιπλέον, οι παντρεμένοι ασθενείς έχει βρεθεί πως διαγιγνώσκονται όταν ακόμα η νεοπλασία βρίσκεται στα πρώτα στάδια της νόσου, καθώς και πως λαμβάνουν περισσότερο οριστική θεραπεία (Martinez και συν., 2016). Ο κύριος παράγοντας της συσχέτισης μεταξύ της συζυγικής κατάστασης και της θνησιμότητας ως αποτέλεσμα νεοπλασίας, θεωρείται πως είναι η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι παντρεμένοι ασθενείς (Gomez και συν., 2016. Martinez και συν., 2016).

Στην έρευνα των So και συν. (2009) βρέθηκε πως η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται άμεσα, αλλά και έμμεσα με την ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσούν από κάποια μορφή νεοπλασίας, καθώς και με τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα τους (So και συν., 2009). Σύμφωνα με τα ευρήματα πολυάριθμων ερευνών, μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη επιβίωση και καλύτερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Kroenke και συν., 2013), καθώς περισσότερο θετική πορεία της νόσου (Nausheen και συν., 2009).

Τα άτομα που αποτελούν το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου, και τα οποία παρέχουν την κοινωνική υποστήριξη, θεωρείται, επίσης, πως μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία του ατόμου, καθώς και τη θεραπεία του ασθενούς ατόμου, μέσω της πληροφοριακής, της συναισθηματικής, της πρακτικής, αλλά και άλλων μορφών κοινωνικής υποστήριξης (Kroenke και συν., 2016). Περισσότερο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί πως οι γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού επηρεάζονται σημαντικά από τις κοινωνικές τους σχέσεις, και κυρίως από το σύζυγο, την οικογένεια και τους φίλους, σε σημαντικούς τομείς που αφορούν την πορεία της νόσου τους (Kroenke και συν., 2016). Χαρακτηριστικά, έχει φανεί να επηρεάζεται η απόφαση τους για το αν θα υποστούν μαστεκτομή ή ογκεκτομή, αν θα ακολουθήσουν χημειοθεραπεία ή και άλλων ειδών θεραπείες για τη νεοπλασία από την οποία νοσούν (Kroenke και συν., 2016).

Σύμφωνα και με τους Marks και συν. (2000), γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία όταν συμμετέχουν σε ομάδες συναισθηματικής υποστήριξης. Οι Kroenke και συν. (2013) ανέφεραν στην έρευνα τους πως παρεμβάσεις, οι οποίες επικεντρώνονται στη λήψη κοινωνικής υποστήριξης έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί τόσο για ασθενείς που πάσχουν

από καρκίνο του μαστού, όσο και για γυναίκες που έχουν επιβιώσει της συγκεκριμένη νόσου.

Οι de Leeuw, de Graff, Ros, Hordijk, Blijham & Winnubst (2000) επισημαίνουν, επίσης, πως η σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την ποιότητα ζωής του ατόμου συσχετίζεται και με τον αριθμό παραπόνων που εκφράζει σχετικά με τη φυσική του κατάσταση. Η σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα εμφανής στους ασθενείς που πάσχουν από κάποια μορφή νεοπλασίας, οι οποίοι, όμως, εκφράζουν σχετικά λίγα παράπονα (de Leeuw και συν., 2000. Katz και συν., 2003). Αντιθέτως, οι ασθενείς που ανέφεραν πως λάμβαναν τα μικρότερα ποσοστά κοινωνικής υποστήριξης, ανέφεραν, επίσης, περισσότερα συμπτώματα και λιγότερο θετική συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους (Queenan και συν., 2010).

Όπως προαναφέρθηκε, η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια, η οποία διακρίνεται σε διαφορετικούς τύπους υποστήριξης, έτσι και η επιρροή της δε θα είναι η ίδια καθ'όλη τη χρονική διάρκεια της νόσου ενός ατόμου (de Leeuw και συν., 2000). Έχει υποστηριχθεί πως, κατά τη χρονική περίοδο που ακολουθεί μετά τη διάγνωση και κατά την αρχική θεραπεία, ο πιο ευεργετικός τύπος κοινωνικής υποστήριξης για τον ασθενή είναι η πληροφοριακή υποστήριξη, η οποία συνήθως λαμβάνεται από επαγγελματίες (de Leeuw και συν., 2000). Αντιθέτως, μετά την πάροδο ορισμένου χρονικού διαστήματος, περισσότερη σημασία αποκτά η συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνει ο καρκινοπαθής ασθενής, η οποία συνήθως προέρχεται από το σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους του (de Leeuw και συν., 2000).

Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί η συσχέτιση των συγκεκριμένων τύπων κοινωνικής υποστήριξης με διαφορετικές μορφές ποιότητας ζωής. Περισσότερο αναλυτικά, η συναισθηματική και η πληροφοριακή υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κοινωνικής και συναισθηματικής ευεξίας, ενώ η απτή υποστήριξη φάνηκε να έχει μεγαλύτερη σχέση με τη σωματική ευεξία, και ιδιαιτέρως στις γυναίκες που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο του καρκίνου (Kroenke και συν., 2013). Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως η συναισθηματική και η πληροφοριακή υποστήριξη, παρόλο που σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την ψυχολογική ευεξία του ατόμου, ωστόσο δε φαίνεται να έχουν μεγάλη σχέση με τη σωματική υγεία, αλλά και την επιβίωση των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Για τα άτομα αυτά, τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σοβαρή και χρόνια ασθένεια, η απτή υποστήριξη, με

χαρακτηριστικό παράδειγμα τη βοήθεια με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού, μπορεί να αποδειχθεί πολύ πιο ωφέλιμη (Kroenke και συν., 2013).

Τα ευρήματα που έχουν προκύψει από πολυάριθμες έρευνες έχουν καταστήσει φανερή τη συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία, ιδιαίτερα όταν λαμβάνεται από στενές σχέσεις με το σύζυγο ή την οικογένεια, μπορεί να ωφελήσει σε μεγάλο βαθμό την ψυχοκοινωνική προσαρμογή της γυναίκας στη συγκεκριμένη νόσο (Sammarco & Konecny, 2010). Οι Katz και συν. (2003), στην έρευνα τους, η οποία αφορούσε άτομα που είχαν νοσήσει από νεοπλασία στο κεφάλι και στο λαιμό, διαπίστωσαν πως η κοινωνική υποστήριξη συσχετιζόταν θετικά με τη μετρίαση της ψυχοκοινωνικής επίπτωσης που προκύπτει από παραμόρφωση του ατόμου, εξαιτίας της νόσου. Βρέθηκε, επίσης, πως η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών στον καρκίνο συσχετιζόταν κυρίως με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τα μέλη της οικογενείας τους, ενώ αντιθέτως, των ανδρών συσχετιζόταν με την υποστήριξη που λάμβαναν από ειδικούς επαγγελματίες (Katz και συν., 2003).

Πέρα από τον ευεργετικό χαρακτήρα της κοινωνικής υποστήριξης στην πρόοδο της νεοπλασίας, έχει, επίσης, διαπιστωθεί μέσω ερευνητικών μελετών και το αντίστροφο φαινόμενο, δηλαδή η αρνητική επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης, ειδικά σε άτομα που πάσχουν από κάποιου είδους καρκίνο. Τα ευρήματα της έρευνας των Jeong και συν. (2016), έδειξαν πως η έλλειψη επικοινωνίας σχετικά με τη νεοπλασία μεταξύ των ασθενών και των μελών της οικογένειας τους συσχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Έχει διαπιστωθεί πως τα άτομα που ήταν απομονωμένα κοινωνικά ήταν περισσότερο πιθανό να εμπλέκονται σε δραστηριότητες, οι οποίες δεν ευνοούσαν την υγεία τους, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η ευκαιριακή και άμετρη κατανάλωση φαγητού και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (Nausheen και συν., 2009), αλλά και λιγότερο εντατική θεραπεία για τη νεοπλασία (Kroenke και συν., 2016). Παρόλο που οι γυναίκες που δεν είχαν εκτεταμένο κοινωνικό δίκτυο, είχαν, επίσης, χειρότερο τρόπο ζωής, ωστόσο αυτό δεν φάνηκε να σχετίζεται με τη λήψη θεραπείας για τη νεοπλασία (Kroenke και συν., 2016).

Τα ευρήματα όλων των ερευνών που προαναφέρθηκαν επισημαίνουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της καλύτερης ποιότητας ζωής και ανταπόκρισης του ατόμου στην νεοπλασία. Η κατεύθυνση, όμως, της συσχέτισης αυτής παραμένει άγνωστη (Queenan και συν., 2010), καθώς δεν είναι απολύτως ξεκάθαρο αν τα οφέλη της κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα

ζωής του ατόμου, ή αν αυτό επιτυγχάνεται μέσω ενός διαμεσολαβητικού μηχανισμού, ο οποίος καθορίζει σε ποιο ποσοστό θα επιδράσουν όλες οι μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης, στην ποιότητα ζωής (Katz και συν., 2003). Οι Queenan και συν. (2010) αναφέρουν πως τα άτομα που δεν έρχονται αντιμέτωπα με τα αρνητικά επακόλουθα της θεραπείας για τη νεοπλασία, ενδέχεται να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο σε θέση να συμμετάσχουν ενεργά στα κοινωνικά τους δίκτυα. Παράλληλα, επισημαίνεται πως ενδέχεται να ισχύει και το αντίστροφο, (Queenan και συν., 2010). Ορισμένοι ερευνητές, έχουν προτείνει πως η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι κυκλική, δηλαδή πως ο ένας παράγοντας ενισχύει ή υπονομεύει τον άλλο, με την πάροδο του χρόνου (Queenan και συν., 2010).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο
# Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

Η παρούσα έρευνα έθεσε δύο στόχους. Ο πρώτος αφορούσε στη σύγκριση μεταξύ ασθενών που νοσούσαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της και εκείνων που είχαν νοσήσει στο παρελθόν, ως προς την ψυχολογική καταπόνηση που αισθάνονταν, και τον τρόπο με τον οποίο σχετιζόταν με την προσαρμογή τους στη συγκεκριμένη νόσο. Η ψυχολογική καταπόνηση που βίωναν τα άτομα μετρήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), το οποίο αφορά τη μέτρηση δύο παραμέτρων, των αισθημάτων κατάθλιψης και των αισθημάτων άγχους του ατόμου. Η ψυχολογική καταπόνηση των συμμετεχόντων, στην παρούσα έρευνα, επομένως, αναφέρεται στα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης που εκδηλώνουν. Ο δεύτερος στόχος αφορούσε στη σύγκριση των ατόμων ως προς την κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν και τη συσχέτιση της με την προσαρμογή τους στην νεοπλασία.

Στη συγκεκριμένη μελέτη τέθηκαν τρεις ερευνητικές υποθέσεις. Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, τα ευρήματα της έρευνας αναμένεται να δείξουν πως τα άτομα που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της, είχαν χειρότερη προσαρμογή σε σύγκριση με εκείνα που είχαν νοσήσει στο παρελθόν. Αναμένεται πως, καθώς δεν καλούνται να αντιμετωπίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες της διάγνωσης και της θεραπείας της νεοπλασίας, αλλά και λόγω του γεγονότος ότι έχουν ξεπεράσει τον άμεσο κίνδυνο της νόσου, οι παλιοί ασθενείς έχουν προσαρμοσθεί περισσότερο στη νόσο. Επιπλέον, ενδέχεται να έχει μεσολαβήσει και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προσαρμογής, σε σύγκριση με τα άτομα που νοσούν στον παρόν.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση αφορά στην ψυχολογική καταπόνηση και την κοινωνική υποστήριξη, και τη συσχέτιση τους με την προσαρμογή στην νεοπλασία. Θεωρείται πως τα άτομα που εκδηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, καθώς και εκείνα που δε λαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον, θα έχουν και χειρότερη προσαρμογή στη νεοπλασία. Παράλληλα, αναμένεται πως τα άτομα που ασθενούν στο παρόν χρονικό διάστημα θα βιώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση και θα λαμβάνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, σε σύγκριση με τους παλιούς ασθενείς.

Η τρίτη και τελευταία υπόθεση αφορούσε στην ηλικία των συμμετεχόντων και τη συσχέτιση της με τις μεταβλητές της παρούσας έρευνας. Στα πλαίσια της παρούσας

έρευνας θα μελετηθεί η σχέση της ηλικίας των συμμετεχόντων με τη θετική και αρνητική προσαρμογή τους στη νόσο, την ψυχολογική καταπόνηση που βίωναν, καθώς και την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν. Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν στην εισαγωγή, αναμένεται πως τα νεότερα άτομα θα παρουσιάζουν λιγότερη προσαρμογή στη νόσο και μεγαλύτερη εκδήλωση ψυχολογικής καταπόνησης, ενώ, επίσης, ενδέχεται να λαμβάνουν και περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, σε σύγκριση με τους γηραιότερους συμμετέχοντες.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο
# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

## 5.1. Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 55 άτομα, εκ των οποίων το ένα διέκοψε τη διαδικασία λόγω κοπώσεως. Επομένως, στην ανάλυση που διεξήχθη, χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από 54 συμμετέχοντες. Το δείγμα αποτελούνταν από 4 άνδρες και 50 γυναίκες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 39 έως 77 ετών (Μ.Ο. = 55,33). Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος, το 55,6% των συμμετεχόντων είχε ολοκληρώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 42,6% τριτοβάθμια, ενώ ένα άτομο είχε ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, σε ποσοστό 64,8%, το 11,1% ήταν άγαμοι, το 9,3% αποτελούνταν από διαζευγμένους, το 7,4% από χήρους, το 5,6% βρισκόταν σε διάσταση με το σύζυγο, ενώ μόλις το 1,9% συγκατοικούσε με σύντροφο. Το 77,8% του δείγματος, δηλαδή 42 συμμετέχοντες, δήλωσαν πως είχαν αποκτήσει παιδιά.

Αναφορικά με τη νόσο της νεοπλασίας, το δείγμα αποτελούνταν από 27 άτομα που είχαν νοσήσει στο παρελθόν και 27 άτομα που νοσούσαν κατά το χρονικό διάστημα που έλαβε χώρα η έρευνα. Το 50% του συνολικού αριθμού του δείγματος είχε νοσήσει από καρκίνο του μαστού, το 16,7% από νεοπλασίες του πεπτικού συστήματος, το 7,4% από γυναικολογικού τύπου, το 5,6% από καρκίνους του στόματος, το 3,7% από νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος, το 1,9% από λευχαιμία, ενώ το υπόλοιπο 14,8% είχε νοσήσει από πολλαπλούς τύπους καρκίνου. Από τα 54 άτομα που συμμετείχαν, τα 24 βρίσκονταν υπό θεραπεία κατά τη διεξαγωγή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Το 78,3% των ατόμων αυτών ακολουθούσαν τη συγκεκριμένη θεραπεία από ένα μήνα έως ένα χρόνο, ενώ το υπόλοιπο 21,7% για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τριάντα επτά εκ των 54 συμμετεχόντων είχαν ακολουθήσει στο παρελθόν θεραπεία για νεοπλασία. Η διάρκεια της θεραπείας ήταν από τρεις μήνες έως ένα χρόνο για το 50% εξ αυτών, και από 15 μήνες έως έξι χρόνια για το υπόλοιπο 50%. Το 72,2% του συνόλου των συμμετεχόντων είχε νοσηλευτεί εξαιτίας της συγκεκριμένης νόσου, ενώ το 81,5% είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Ο χρόνος νοσηλείας ποίκιλλε από μία ημέρα έως μία εβδομάδα για το 55,3%

των ατόμων, από 10 ημέρες έως ένα μήνα για το 21% και από 32 ημέρες έως πέντε μήνες για το υπόλοιπο 23,6%.

## 5.2. Εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα εργαλεία, τα οποία είχαν τη μορφή ερωτηματολογίων. Τα εργαλεία ήταν, κατά σειρά παρουσίασης, το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), το MOS Social Index, το Mental Adjustment to Cancer (MAC) και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικού περιεχομένου.

### 5.2.1. Ψυχολογική καταπόνηση

Το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αξιολογηθεί η ψυχολογική καταπόνηση των συμμετεχόντων, η οποία αφορούσε στα συναισθήματα στρες και κατάθλιψης τα οποία παρουσίαζαν. Σύμφωνα με τους Zigmond και Snaith (1983), αλλά και τους Mystakidou, Tsilika, Pappa, Katsouda, Galanos & Vlahos (2004) για την ελληνική έκδοση του εργαλείου, η μέτρηση τόσο του στρες, όσο και της κατάθλιψης γίνεται μέσω επτά ερωτήσεων για το κάθε σύμπτωμα. Στην παρούσα έρευνα οι ερωτήσεις αξιολογήθηκαν όλες μαζί, προκειμένου να προκύψει μια συνολική βαθμολογία ψυχολογικής καταπόνησης (Cronbach's α = .61). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δίνονταν μέσω μιας κλίμακας τύπου Likert με τέσσερα σημεία συχνότητας, όπου υψηλότερες βαθμολογίες υποδείκνυαν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση (Zigmond & Snaith, 1983; Mystakidou και συν., 2004).

### 5.2.2. Κοινωνική υποστήριξη

Προκειμένου να μετρηθεί το ποσοστό κοινωνική υποστήριξης που λάμβαναν οι συμμετέχοντες, χρησιμοποιήθηκε το MOS Social Support Index, ένα πολυδιάστατο, αυτοχορηγούμενο εργαλείο, το οποίο αποτελείται από 19 ερωτήσεις. Σύμφωνα με τους Sherbourne και Stewart (1991) τα αποτελέσματα της ανάλυσης της πολυδιάστατης κλίμακας προκύπτουν από ένα συνολικό δείκτη, ο οποίος βασίζεται σε 19 ερωτήσεις και 4 λειτουργικές υπο-κλίμακες υποστήριξης. Οι τέσσερις υπο-κλίμακες

αποτελούνται από 8 ερωτήσεις αναφορικά με τη συναισθηματική/πληροφοριακή υποστήριξη, 4 ερωτήσεις για την απτή υποστήριξη, 3 σχετικά με τη στοργική υποστήριξη και 3 για τη θετική κοινωνική αλληλεπίδραση (Sherbourne & Stewart, 1991). Στην παρούσα έρευνα προέκυψε ένας συνολικός δείκτης, ο οποίος αφορούσε στη γενική κοινωνική υποστήριξη, που γίνεται αντιληπτή από το άτομο (Cronbach's α = .70).

### 5.2.3. Προσαρμογή στη νόσο

Η γενική προσαρμογή στη νεοπλασία αξιολογήθηκε μέσω του Mental Adjustment to Cancer (MAC), το οποίο προτάθηκε από τους Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess και Robertson (1988). Περισσότερο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα έγινε χρήση της σύντομης έκδοσης της αυθεντικής ελληνικής προσαρμογής της κλίμακας, η οποία δημοσιεύθηκε από τους Mystakidou και συν. (2005). Λόγω του γεγονότος ότι η συγκεκριμένη προσαρμογή της κλίμακας έχει αρκετούς ψυχομετρικούς περιορισμούς, χρησιμοποιήθηκε η παραγοντική δομή της κλίμακας η οποία προτάθηκε από τους Watson και Homewood (2008). Σύμφωνα με αυτή την ανάλυση, υπάρχουν δύο γενικές υπο-κλίμακες του συγκεκριμένου εργαλείου, η θετική και η αρνητική προσαρμογή στον καρκίνο. Η θετική προσαρμογή αποτελείται από 11 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν κυρίως στην αποφασιστικότητα του ατόμου να ασχολείται με την ασθένεια του, διατηρώντας παράλληλα μια θετική στάση απέναντι στην κατάσταση (Cronbach's α = .70). Αντιθέτως, η αρνητική προσαρμογή αποτελείται από 14 ερωτήσεις και αφορά την αποφυγή ή την άρνηση και την ανήσυχη ενασχόληση με τη νόσο, καθώς επίσης και τα αισθήματα αβοηθησίας και απελπισίας (Cronbach's α = .75) (Watson & Homewood, 2008). Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας κλήθηκαν να χρησιμοποιήσουν μια κλίμακα τύπου Likert με τέσσερα σημεία, προκειμένου να καταγράψουν τις απαντήσεις τους, όπου υψηλότερες βαθμολογίες υποδείκνυαν μεγαλύτερο επίπεδο σε κάθε είδος προσαρμογής.

### 5.2.4. Δημογραφικά στοιχεία

Το τελευταίο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες ήταν δημογραφικού περιεχομένου και δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια αποκλειστικά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν

αφορούσαν σε αποκλειστικά δημογραφικές πληροφορίες, με χαρακτηριστικά παραδείγματα το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την οικογενειακή κατάσταση, καθώς και σε στοιχεία της νεοπλασίας από την οποία είχε νοσήσει ο συμμετέχων. Βασικές ερωτήσεις που αφορούσαν τη συγκεκριμένη νόσο περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων, το είδος του καρκίνου, το έτος διάγνωσης, το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης ή και νοσηλείας εξαιτίας της ασθένειας, και το διάστημα λήψης θεραπείας.

### 5.3. Διαδικασία

Το δείγμα από το οποίο προέκυψαν τα δεδομένα της παρούσας έρευνας ήταν ιδιαίτερο, καθώς επρόκειτο για άτομα που έχουν νοσήσει πρόσφατα ή παλιότερα από ορισμένη μορφή νεοπλασίας. Η διάκριση όσον αφορά τη χρονική περίοδο όπου νοσούσαν τα άτομα αποτέλεσε και τον τρόπο με τον οποίο χωρίστηκαν οι δύο ερευνητικές ομάδες της μελέτης. Λόγω του γεγονότος αυτού, η προσέλκυση των συμμετεχόντων ήταν δυνατό να επιτευχθεί μόνο μέσω δομών οι οποίες έρχονται σε επαφή με αυτές τις δύο διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Τέτοιου είδους δομές, μεταξύ άλλων, είναι σύλλογοι καρκινοπαθών ατόμων, καθώς και νοσοκομεία εξειδικευμένα ή μη στις νεοπλασίες. Στην παρούσα εργασία, οι δομές που προσεγγίσθηκαν και οι ψυχολόγοι με τους οποίους υπήρξε επαφή συμφώνησαν να βοηθήσουν στη διεξαγωγή της μελέτης, ήταν ο σύλλογος Άλμα Ζωής, ο Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών (Κ.Ε.Φ.Ι.) Αθηνών, για άτομα τα οποία έχουν νοσήσει στο παρελθόν και δεν ακολουθούν θεραπεία στο παρόν. Αναφορικά με τα άτομα τα οποία νοσούν και βρίσκονται υπό θεραπεία την παρούσα χρονική περίοδο, προσεγγίσθηκε το Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Άγιος Σάββας», του οποίου το επιστημονικό συμβούλιο επέτρεψε τη χορήγηση των προαναφερθέντων εργαλείων σε ασθενείς.

Η προσέλκυση και χορήγηση των ερωτηματολογίων στα μέλη των συλλόγων έγινε μέσω ανακοινώσεων και αποστολής μαζικών ηλεκτρονικών μηνυμάτων από τις ψυχολόγους του κάθε ξεχωριστού συλλόγου, με επισύναψη ενός κειμένου από την ερευνήτρια, το οποίο αναλάμβανε να καθοδηγήσει τα άτομα. Αντιθέτως, στο Νοσοκομείο «ο Άγιος Σάββας» διεξήχθη προσωπική διανομή των εργαλείων από την ίδια την ερευνήτρια. Οι οδηγίες τις οποίες έλαβαν οι συμμετέχοντες πριν την έναρξη της συμπλήρωσης, αφορούσαν στο δικαίωμα τους να διακόψουν τη διαδικασία οποιαδήποτε χρονική στιγμή επιθυμούν, καθώς και στη βεβαίωση διασφάλισης της

ανωνυμίας τους, αλλά και της χρήσης των στοιχείων που θα συμπλήρωναν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, χορηγήθηκαν με συγκεκριμένη σειρά, με πρώτο να παρουσιάζεται το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), δεύτερο το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης, τρίτο το Mental Adjustment for Cancer – Short Edition (MAC) και τελευταίο το ερωτηματολόγιο δημογραφικού περιεχομένου. Οι συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα μέσω των συλλόγων είχαν την ευκαιρία να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια στον προσωπικό τους χώρο, σε αντίθεση με τους ασθενείς του Νοσοκομείου «ο Άγιος Σάββας», οι οποίοι κλήθηκαν να δώσουν τις απαντήσεις τους στο χώρο του νοσοκομείου, όπου έκαναν θεραπεία. Ο χρόνος που απαιτούνταν για τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου ήταν περίπου 20 λεπτά της ώρας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο
# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, δεν έδειξαν συσχέτιση μεταξύ θετικής και αρνητικής προσαρμογής των ατόμων στη νόσο, μεταξύ θετικής προσαρμογής και κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και ανάμεσα στην ψυχολογική καταπόνηση και την κοινωνική υποστήριξη. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της αρνητικής προσαρμογής στη νεοπλασία και της ψυχολογικής καταπόνησης (Pearson r = .65, $p < .01$, ενώ αντιθέτως, αρνητική βρέθηκε για τη θετική προσαρμογή και την ψυχολογική καταπόνηση (r = -.32, $p < .05$)., αλλά και για την αρνητική προσαρμογή και κοινωνική υποστήριξη (r = -.48, $p < .01$).

Πίνακας 1

*Δείκτες Συσχέτισης ανάμεσα στις Μεταβλητές της Έρευνας (N = 54)*

| Μεταβλητές | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Θετική Προσαρμογή | - | | | |
| 2. Αρνητική Προσαρμογή | -.11 | | | |
| 3. Ψυχολογική Καταπόνηση | -.48** | .65** | | |
| 4. Κοινωνική Υποστήριξη | .16 | -.32* | -.24 | - |

** $p < .01$. * $p < .05$

Στη συνέχεια παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας, έπειτα από κατηγοριοποίηση του δείγματος σε επιμέρους ομάδες, με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Αναφορικά με το πρώτο δημογραφικό στοιχείο, την ηλικία των συμμετεχόντων, δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά όταν συσχετίσθηκε με την κοινωνική υποστήριξη, ενώ προέκυψε θετική συσχέτιση τόσο με την αρνητική προσαρμογή (r = .43, $p < .01$), όσο και με την ψυχολογική καταπόνηση (r = .40, $p < .01$). Σε αντίθεση, αρνητική συσχέτιση προέκυψε με τη θετική προσαρμογή στη νόσο (r = -.30, $p < .05$).

Το δείγμα χωρίστηκε σε επιμέρους ομάδες, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε στοιχεία της νεοπλασίας από την οποία είχαν νοσήσει τα άτομα, προκειμένου να επιτευχθεί η σύγκριση μεταξύ τους, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα άτομα που νοσούσαν κατά τη συμπλήρωση της έρευνας και τους παλιούς ασθενείς. Θετική

συσχέτιση μεταξύ της αρνητικής προσαρμογής και της ψυχολογικής καταπόνησης προέκυψε για τα άτομα που νοσούσαν τόσο τη χρονική περίοδο που διεξήχθη η έρευνα (r = .77, *p* < .01), όσο και παλιότερα (r = .47, *p* < .05), όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2

*Επίδραση του αν το άτομο ασθενούσε ή όχι κατά τη διεξαγωγή της έρευνας στις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών*

| Μεταβλητές για άτομα που νοσούσαν | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Θετική Προσαρμογή | - | | | |
| 2. Αρνητική Προσαρμογή | .01 | | | |
| 3. Ψυχολογική Καταπόνηση | -.46* | .77** | | |
| 4. Κοινωνική Υποστήριξη | .06 | -.23 | -.17 | - |
| **Μεταβλητές για άτομα που δε νοσούσαν** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. Θετική Προσαρμογή | - | | | |
| 2. Αρνητική Προσαρμογή | -.30 | | | |
| 3. Ψυχολογική Καταπόνηση | -.52** | .47* | | |
| 4. Κοινωνική Υποστήριξη | .31 | -.51** | -.34 | - |

** *p* < .01. * *p* < .05

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 3, θετική συσχέτιση βρέθηκε, επίσης, μεταξύ της αρνητικής προσαρμογής και της ψυχολογικής καταπόνησης για τα άτομα που ακολουθούσαν θεραπεία κατά τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (r = .73, *p* < .01), καθώς και για εκείνα που δεν ακολουθούσαν κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (r = .58, *p* < .01).

Παράλληλα, στις προαναφερθείσες μεταβλητές προέκυψε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της θετικής προσαρμογής και της ψυχολογικής καταπόνησης. Περισσότερο συγκεκριμένα, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της θετικής προσαρμογής και της ψυχολογικής καταπόνησης στα άτομα που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν r = -.46, p < .05, ενώ για τα άτομα τα οποία δε νοσούσαν εκείνη τη χρονική περίοδο ήταν r = -.52, p < .01 (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 3

*Επίδραση του αν το άτομο λάμβανε θεραπεία ή όχι κατά τη διεξαγωγή της έρευνας στις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών*

| Μεταβλητές για άτομα που λάμβαναν θεραπεία | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Θετική Προσαρμογή | - | | | |
| 2. Αρνητική Προσαρμογή | -.05 | | | |
| 3. Ψυχολογική Καταπόνηση | -.53** | .73** | | |
| 4. Κοινωνική Υποστήριξη | .11 | -.22 | -.17 | - |
| **Μεταβλητές για άτομα που δε λάμβαναν θεραπεία** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. Θετική Προσαρμογή | - | | | |
| 2. Αρνητική Προσαρμογή | -.09 | | | |
| 3. Ψυχολογική Καταπόνηση | -.43* | .58** | | |
| 4. Κοινωνική Υποστήριξη | .23 | -.46* | -.31 | - |

** $p < .01$. * $p < .05$

Αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικής προσαρμογής και ψυχολογικής καταπόνησης βρέθηκε, επίσης, στην ομάδα των ατόμων που βρίσκονταν υπό θεραπεία κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας ($r = -.53$, $p < .01$), αλλά και στα άτομα που δεν ακολουθούσαν κάποια θεραπεία εκείνο το χρονικό διάστημα ($r = -.43$, $p < .05$) (βλ. Πίνακα 3).

Επιπροσθέτως, προέκυψε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αρνητικής προσαρμογής στη νόσο και της κοινωνικής υποστήριξης σε δύο από τις προαναφερθείσες ομάδες ατόμων, τα άτομα που δε νοσούσαν ($r = -.51$, $p < .01$) και εκείνα που δε βρίσκονταν υπό θεραπεία κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ($r = -.46$, $p < .05$) (βλ. Πίνακα 2 και 3). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ θετικής προσαρμογής και κοινωνικής στήριξης, για καμία από τις τέσσερις ομάδες.

Προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο η κάθε μία από τις προαναφερθείσες υποομάδες του δείγματος επηρεάζουν τη διακύμανση των εξαρτημένων μεταβλητών της μελέτης, διεξήχθη ανάλυση ANOVA ως προς ένα παράγοντα κάθε φορά. Στο σημείο αυτό σημειώνεται ξανά, πως εξαρτημένες μεταβλητές της παρούσας έρευνας αποτελούν η θετική προσαρμογή στη νόσο, όπως προέκυψε από το εργαλείο MAC, η αρνητική προσαρμογή στη νόσο από την ίδια κλίμακα, η ψυχολογική καταπόνηση από το ερωτηματολόγιο HADS και η κοινωνική υποστήριξη από το αντίστοιχο εργαλείο.

Πίνακας 4

*Επίδραση του αν το άτομο ασθενούσε ή όχι κατά τη διάρκεια της έρευνας ως προς την κάθε μία μεταβλητή*

| | | Μ.Ο. | Τ.Α. | F | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Θετική Προσαρμογή | | | | .08 | ns |
| | Νοσούσαν | 32,66 | 5,34 | | |
| | Δε νοσούσαν | 33,74 | 3,16 | | |
| Αρνητική Προσαρμογή | | | | 11.84 | .001 |
| | Νοσούσαν | 32,59 | 7,78 | | |
| | Δε νοσούσαν | 26,74 | 4,17 | | |
| Ψυχολογική Καταπόνηση | | | | .20 | ns |
| | Νοσούσαν | 13,18 | 5,26 | | |
| | Δε νοσούσαν | 12,62 | 3,49 | | |
| Κοινωνική Υποστήριξη | | | | .50 | ns |
| | Νοσούσαν | 75,48 | 11,55 | | |
| | Δε νοσούσαν | 77,81 | 12,46 | | |

ns = μη στατιστικά σημαντικά ευρήματα

Πίνακας 5

*Επίδραση λήψης θεραπείας κατά τη διάρκεια της έρευνας ως προς την κάθε μία μεταβλητή*

| | | Μ.Ο. | Τ.Α. | F | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Θετική Προσαρμογή | | | | 1.89 | ns |
| | Λάμβαναν | 32,29 | 5,53 | | |
| | Δε λάμβαναν | 33,93 | 3,10 | | |
| Αρνητική Προσαρμογή | | | | 4.41 | .040 |
| | Λάμβαναν | 31,79 | 7,85 | | |
| | Δε λάμβαναν | 27,96 | 5,50 | | |
| Ψυχολογική Καταπόνηση | | | | .00 | ns |
| | Λάμβαναν | 12,91 | 5,11 | | |
| | Δε λάμβαναν | 12,90 | 3,90 | | |
| Κοινωνική Υποστήριξη | | | | .08 | ns |
| | Λάμβαναν | 76,12 | 11,90 | | |
| | Δε λάμβαναν | 77,06 | 12,19 | | |

ns = μη στατιστικά σημαντικά ευρήματα

Η πρώτη ανάλυση που διεξήχθη αφορούσε στο γεγονός αν τα άτομα νοσούσαν κατά τη χρονική περίοδο που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ή όχι. Η μόνη

στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε για τη μεταβλητή της αρνητικής προσαρμογής με $F = 11.84$, $p < .01$, μεταξύ των ατόμων που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και εκείνων που δε νοσούσαν. Οι Μέσοι Όροι και οι Τυπικές Αποκλίσεις για κάθε μία από τις μεταβλητές παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

Η λήψη θεραπείας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την αρνητική προσαρμογή στη νόσο με $F = 4.416$, $p < .05$, ανάμεσα στα άτομα που λάμβαναν αγωγή για τη νόσο κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και σε εκείνα που δε λάμβαναν. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης ANOVA για τις συγκεκριμένες ομάδες του δείγματος.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο
# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα στόχευε στην εξέταση τριών ερευνητικών υποθέσεων. Η πρώτη αφορούσε την προσαρμογή των ατόμων στη νόσο της νεοπλασίας, σύμφωνα με την οποία αναμενόταν τα άτομα που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και εκείνα που ακολουθούσαν θεραπευτική αγωγή κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, να είχαν περισσότερο αρνητική προσαρμογή, σε σύγκριση με τους παλιούς ασθενείς. Η δεύτερη υπόθεση στόχευε στην εύρεση συσχέτισης μεταξύ της ψυχολογικής καταπόνησης που βίωνε το άτομο και της κοινωνικής υποστήριξης που λάμβανε, με την προσαρμογή του στη νόσο. Αναμενόταν πως μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση και λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, θα σχετιζόταν με χειρότερη προσαρμογή. Παράλληλα, αναμενόταν πως τα άτομα που νοσούσαν κατά τη συμπλήρωση των εργαλείων θα βίωναν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση, αλλά θα λάμβαναν και περισσότερη κοινωνική υποστήριξη. Η τρίτη υπόθεση αφορούσε τη συσχέτιση της ηλικίας των συμμετεχόντων με την προσαρμογή τους στη νόσο, τα αισθήματα ψυχολογικής καταπόνησης που βίωναν, καθώς και την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν, όπου αναμενόταν πως η νεότερη ηλικία θα συσχετιζόταν με περισσότερο αρνητική προσαρμογή, μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση και υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη.

Αναφορικά με την πρώτη ερευνητική υπόθεση, από την ανάλυση ANOVA που διεξήχθη για τα δεδομένα προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και εκείνων που δε νοσούσαν, μόνο σχετικά με τη μεταβλητή της αρνητικής προσαρμογής στη νόσο. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, από τις συγκρίσεις των μέσων όρων και των τυπικών αποκλίσεων των δύο ομάδων, πως τα άτομα που νοσούσαν κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία χειρότερης προσαρμογής στη νεοπλασία, από τους παλιούς ασθενείς. Παρόμοιο εύρημα προέκυψε και για δύο ακόμα διαφορετικές ομάδες του δείγματος, τα άτομα που ακολουθούσαν θεραπεία για τη νεοπλασία στο παρόν, και εκείνους που είχαν ακολουθήσει στο παρελθόν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις συγκεκριμένες μετρήσεις, φαίνεται να επαληθεύεται η πρώτη ερευνητική υπόθεση. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με προγενέστερη έρευνα των Grassi και Rosti (1996), στην οποία υπολογίσθηκε το ποσοστό της προσαρμογής των ατόμων στη νεοπλασία κατά τη

διάγνωση τους, καθώς και έξι χρόνια αργότερα, όπου φάνηκε πως είχε σημειωθεί στατιστικά σημαντική βελτίωση στην προσαρμογή των παλιών ασθενών. Επιπροσθέτως, έχει διαπιστωθεί πως μετά το πέρας 20 χρόνων από την αρχική λήψη θεραπείας των παλιών ασθενών, ο αντίκτυπος της νεοπλασίας στην προσαρμογή τους ήταν ελάχιστος (Kornblith και συν., 2003).

Τα συγκεκριμένα ευρήματα μπορούν να ερμηνευθούν ως εξής. Οι παλιοί ασθενείς αναμένεται πως έχουν ξεπεράσει τον άμεσο κίνδυνο της νεοπλασίας και δε λαμβάνουν, συνήθως, θεραπεία. Επομένως, είναι λιγότεροι οι στρεσογόνοι παράγοντες που καλούνται να αντιμετωπίσουν ως αποτέλεσμα της νόσου, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν πρόσφατα διαγνωσθεί. Παράλληλα, επισημαίνεται και η ενδεχόμενη ύπαρξη ορισμένων ρυθμιστικών παραγόντων που θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει σε μεγαλύτερο βαθμό τη διαδικασία προσαρμογής των ατόμων, με χαρακτηριστικά παραδείγματα τα συναισθήματα ψυχολογικής καταπόνησης, καθώς και την κοινωνική υποστήριξη που έχουν λάβει τα άτομα..

Όσον αφορά τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση, όπως αναμενόταν, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της αρνητικής προσαρμογής και της ψυχολογικής καταπόνησης, καθώς και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της θετικής προσαρμογής και της ψυχολογικής καταπόνησης, τόσο των ατόμων που ασθενούσαν τη χρονική περίοδο που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, όσο και των παλιών ασθενών. Τα ίδια ευρήματα προέκυψαν και όταν έγινε συσχέτιση των μεταβλητών με την ομάδα των ατόμων που λάμβαναν θεραπεία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και εκείνων που δε λάμβαναν. Παράλληλα, διαπιστώθηκε και το αντίστροφο φαινόμενο, δηλαδή πως όσο καλύτερη προσαρμογή στη νεοπλασία σημειώνεται, τόσο λιγότερα είναι και τα αισθήματα ψυχολογικής καταπόνησης που εκδηλώνονται. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν πως όσο περισσότερα αισθήματα ψυχολογικής καταπόνησης βιώνει το άτομο, ανεξαρτήτως του γεγονότος αν νοσεί ή λαμβάνει θεραπεία παροντικά ή αν είναι παλιός ασθενής, τόσο χειρότερη προσαρμογή έχει στη νόσο.

Η έμφαση στη συσχέτιση μεταξύ της προσαρμογής των ατόμων στη νόσο και των συναισθημάτων ψυχολογικής καταπόνησης, και ιδιαίτερα στρες και άγχους, που εκδήλωναν έχει δοθεί και σε προγενέστερες έρευνες (Folkman & Lazarus, 1988). Έχει επισημανθεί, επίσης, και στο παρελθόνπως η εκδήλωση συναισθημάτων ψυχολογικής καταπόνησης δεν αφορά μόνο τα άτομα που νοσούν κατά το παρόν χρονικό διάστημα από νεοπλασία, αλλά αντιθέτως, και τους παλιούς ασθενείς (Baum & Andersen, 2001. Karademas και συν., 2007b. Nezu και συν., 1999).

Στα πλαίσια της δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης προέκυψε, επίσης, στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της αρνητικής προσαρμογής των ατόμων στη νεοπλασία, μόνο όμως για τις ομάδες των ατόμων που δε νοσούσαν και δε λάμβαναν θεραπεία κατά τη διεξαγωγή της. Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως για τους παλιούς ασθενείς και για εκείνους που δεν ακολουθούσαν θεραπεία κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όσο περισσότερη κοινωνική υποστήριξη λάμβαναν, τόσο λιγότερη αρνητική προσαρμογή είχαν. Το εύρημα πως η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται με την προσαρμογή του ατόμου στη νόσο της νεοπλασίας φαίνεται πως έχει βρεθεί και σε πολυάριθμες προγενέστερες έρευνες (Bloom, 1982. Coyne και συν., 1981. Grassi & Rosti, 1996. Katz και συν., 2003. Sammarco & Konecny, 2010).

Θα μπορούσε να υποτεθεί πως για τους ασθενείς που νοσούν παροντικά από νεοπλασία και για τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για τη νόσο, η κοινωνική υποστήριξη δε φαίνεται να σχετίζεται τόσο με το επίπεδο προσαρμογής τους στη νόσο. Παρόμοιο εύρημα έχει προκύψει και στην έρευνα των Price και συν. (2016), ενώ στη μελέτη των Holzner και συν. (2001) επισημάνθηκε πως άτομα που είχαν λάβει θεραπεία για τη νεοπλασία πριν, τουλάχιστον, πέντε χρόνια, φάνηκε να εξακολουθούν να έχουν σημαντική ανάγκη λήψης κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον τους.

Στα πλαίσια της δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης επιχειρήθηκε να διαπιστωθεί κατά πόσο τα άτομα που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας βίωναν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση, καθώς και αν λάμβαναν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, σε σχέση με τους παλιούς ασθενείς. Από τις συγκρίσεις των μέσων όρων και των τυπικών αποκλίσεων των δύο ομάδων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων τους. Το γεγονός αυτό σημαίνει πως οι δύο πληθυσμιακές ομάδες σημείωσαν ίδια επίπεδα αισθημάτων ψυχολογικής καταπόνησης, καθώς και ότι δε διέφεραν σημαντικά ως προς τη λήψη κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον τους.

Αναφορικά με την τρίτη ερευνητική υπόθεση, βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με την αρνητική προσαρμογή του ατόμου στη νόσο, ενώ παράλληλα, προέκυψε και το αντίστροφο εύρημα, δηλαδή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της θετικής προσαρμογής. Αντίθετα με την υπόθεση που ειπώθηκε, φάνηκε πως όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο χειρότερη προσαρμογή στη νεοπλασία εκδήλωναν, καθώς και ότι όσο νεότεροι ήταν οι συμμετέχοντες, τόσο καλύτερη προσαρμογή έτειναν να έχουν. Τα ευρήματα αυτά

έρχονται σε αντίθεση με ορισμένες προγενέστερες έρευνες, στις οποίες είχε βρεθεί πως οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς, έτειναν να έχουν καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, σε σύγκριση με τους νεότερους (Hann και συν., 2002). Ορισμένες έρευνες, ωστόσο, έχουν επισημάνει πως όλες οι ηλικιακές ομάδες φαίνεται να έχουν αρνητική προσαρμογή στη νόσο, διαφορετικής φύσης, όμως, με τους νεότερους ασθενείς να έχουν χειρότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, ενώ στους γηραιότερους, σχετιζόταν με περισσότερα ιατρικά προβλήματα και σωματικές δυσκολίες (Vinokur, Threatt, Caplan & Zimmerman, 1989).

Θετική συσχέτιση διαπιστώθηκε και μεταξύ της ηλικίας και της ψυχολογικής καταπόνησης, γεγονός που σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία του ατόμου που είτε νοσεί παροντικά, είτε είχε νοσήσει στο παρελθόν, τόσο περισσότερη ψυχολογική καταπόνηση βίωνε. Το αποτέλεσμα αυτό, επίσης, αντιτίθεται σε προηγούμενα ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία τα νεότερα άτομα εκδήλωναν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ψυχολογικής καταπόνησης, ενώ οι περισσότερο ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν εκδηλώσει λιγότερες συναισθηματικές διαταραχές (Compas και συν., 1999. Hann και συν., 2002. Vinokur και συν., 1989. Zabora και συν., 2001). Περισσότερο συγκεκριμένα, οι Compas και συν. (1999), στην έρευνα τους, επισήμαναν πως υπήρξε αρνητική συσχέτιση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης με την ηλικία, όταν η μέτρηση λάμβανε χώρα σε κοντινό χρονικό διάστημα με τη διάγνωση του ατόμου, ενώ θεώρησαν πιθανή και την ύπαρξη ρυθμιστικών παραγόντων που επηρέαζαν τη συγκεκριμένη συσχέτιση. Παράλληλα, επισημαίνεται πως καμία συσχέτιση δεν προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και της κοινωνικής υποστήριξης που λάμβαναν τα άτομα.

Επισημαίνεται, πως όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που προαναφέρθηκαν, δεν υποδεικνύουν την ύπαρξη αιτιωδών σχέσεων. Στην παρούσα μελέτη δεν ερευνήθηκε κατά πόσο η ψυχολογική καταπόνηση και η κοινωνική υποστήριξη επιδρούν στην προσαρμογή του ατόμου, καθώς αφορά μια συναφειακή, συγχρονική έρευνα, στην οποία είναι δυνατό να διερευνηθούν μόνο συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, και όχι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ τους. Επιπροσθέτως, όπως έχει επισημανθεί και από τους Queenan και συν. (2010), φαίνεται να υφίσταται αλληλεπίδραση μεταξύ των μεταβλητών, με παράλληλα ενδεχόμενη ύπαρξη και ενός τρίτου παράγοντα που θα μπορούσε να δρα διαμεσολαβητικά ή ρυθμιστικά στις συσχετίσεις μεταξύ τους.

Έχει προταθεί από πολυάριθμους ερευνητές πως η ψυχολογική καταπόνηση που ενδέχεται να βιώνουν τα άτομα που πάσχουν από κάποιας μορφής νεοπλασία, θα μπορούσε σε μεγάλο βαθμό να μετριαστεί, μέσω διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, και ιδιαίτερα της εκπαίδευσης τεχνικών διαχείρισης του στρες. Οι Glaser και Kiecolt-Glaser (1994) χαρακτηριστικά επισήμαναν, πως αυτό είναι δυνατόν να επιτευχθεί, αρχικά μέσω της αναγνώρισης των προσωπικών πηγών στρες και του προσδιορισμού των φυσιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων του ατόμου του σε αυτές. Σε δεύτερο επίπεδο, το άτομο καλείται είτε να εξαλείψει είτε να μεταβάλει τους στρεσογόνους παράγοντες, να αλλάξει τις συμπεριφορές που τους αφορούν και να τους αντιλαμβάνεται με περισσότερο θετικό τρόπο. Προτείνεται, επίσης, να περιλαμβάνεται στην εκπαίδευση του καρκινοπαθούς ασθενούς η χρήση κάποιας μορφής χαλάρωσης, ώστε να μεταβληθεί η αρνητική σωματική του απόκριση στο στρεσογόνο ερέθισμα (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1994).

Περαιτέρω έρευνες θα μπορούσαν να διεξαχθούν προκειμένου να διαπιστωθεί η ενδεχόμενη ύπαρξη διαμεσολαβητικών ή ρυθμιστικών παραγόντων που θα επηρέαζαν τις συσχετίσεις που προέκυψαν στην παρούσα έρευνα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες, όπως προαναφέρθηκε, θεωρείται από πολλούς ερευνητές πως θα μπορούσαν να παίξουν αυτό το ρόλο. Επιπροσθέτως, οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν περισσότερο σε διαφορές μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων, ως προς δημογραφικά τους στοιχεία, με βασικό παράδειγμα την ηλικία, καθώς τα ευρήματα που έχουν προκύψει είναι αντικρουόμενα. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που προαναφέρθηκαν, ίσως διαδραματίζουν κάποιο ρόλο και στην περίπτωση της συσχέτισης της ηλικίας με την προσαρμογή του ατόμου στη νεοπλασία. Επιπροσθέτως, σημασία θα μπορούσε να δοθεί και στο ακαδημαϊκό επίπεδο των ατόμων. Η ύπαρξη ορισμένων συσχετίσεων της παρούσας έρευνας, οι οποίες ήταν στατιστικά σημαντικές μόνο για τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, προκαλεί ενδιαφέρον και θα μπορούσε να διερευνηθεί περαιτέρω.

Παράλληλα, καθώς στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της προσαρμογής στην ασθένεια, των παλιών ασθενών ή των ατόμων που δε λάμβαναν θεραπεία κατά τη διεξαγωγή της, έμφαση θα μπορούσε να δοθεί από άλλους ερευνητές και στη συγκεκριμένη μεταβλητή. Χρειάζεται ενδεχομένως περισσότερη διερεύνηση το γεγονός αν η κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να συσχετιστεί και με την προσαρμογή των ατόμων που

νοσούν παροντικά, σε μεγαλύτερο ερευνητικό δείγμα. Επιπλέον, η συσχέτιση της με την ψυχολογική καταπόνηση που βιώνει το άτομο θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σε μεγαλύτερο πληθυσμό ατόμων. Οι μελλοντικές έρευνες, θα μπορούσαν, επίσης, να προβούν σε συγκρίσεις σχετικά με την ύπαρξη της συγκεκριμένης συσχέτισης, μεταξύ ατόμων που νοσούν παροντικά και παλιών ασθενών.

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Ένας από αυτούς αφορά τον αριθμό του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε, το οποίο ήταν αρκετά μικρό. Λόγω του γεγονότος αυτού, μερικές, από τις επιμέρους ομάδες του δείγματος, δε συμπεριλήφθηκαν στις στατιστικές αναλύσεις, καθώς ο αριθμός των ατόμων που συμπεριλαμβάνονταν σε αυτές, δεν ήταν ικανοποιητικά μεγάλος. Καθώς η έρευνα αφορούσε ένα ευαίσθητο ιατρικό θέμα, αρκετά άτομα που προσεγγίσθηκαν δε δέχτηκαν να συμμετάσχουν ή διέκοψαν τη διαδικασία, προτού ολοκληρωθεί. Αυτός ήταν και ο λόγος για τον οποίο οι συμμετέχοντες αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες. Καθώς μεγάλος αριθμός ανδρών που προσεγγίσθηκαν δε δέχτηκε να συμμετέχει στην έρευνα, δεν ήταν εφικτό στην παρούσα έρευνα να διεξαχθούν συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων. Επομένως, περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητο να διεξαχθούν μελλοντικά, ώστε να καταστεί περισσότερο ξεκάθαρος ο ρόλος του φύλου στις συσχετίσεις που προέκυψαν.

Ένας ακόμη μεθοδολογικός περιορισμός αφορά τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Οι δύο πληθυσμιακές ομάδες του δείγματος αποτελούνταν από τους ασθενείς που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, και τους παλιούς ασθενείς. Επομένως, οι δύο ομάδες προσεγγίσθηκαν με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Η επαφή με τους παλιούς ασθενείς έγινε μέσω συλλόγων, οι οποίοι τους απέστειλαν τα ερωτηματολόγια στις προσωπικές ηλεκτρονικές διευθύνσεις τους. Ως αποτέλεσμα, οι παλιοί ασθενείς συμπλήρωσαν τα εργαλεία στον προσωπικό τους χώρο, σε χρόνο που επέλεξαν οι ίδιοι, καθώς και κάτω από τις συνθήκες που προτιμούσαν. Ο τρόπος συμπλήρωσης των εργαλείων από την ομάδα των ασθενών που νοσούσαν κατά τη διεξαγωγή της μελέτης, αντιθέτως, διέφερε σημαντικά. Τα άτομα προσεγγίσθηκαν στο νοσοκομείο, όπου ταυτόχρονα λάμβανε χώρα η λήψη της θεραπείας τους και καλούνταν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια στο περιορισμένο χρονικό διάστημα της επίσκεψης τους. Οι συνθήκες τόσο του νοσοκομείου, όσο και της κατάστασης στην οποία βρισκόταν το κάθε άτομο κατά τη λήψη θεραπείας του, δε θεωρείται πως ήταν οι κατάλληλες, αλλά ούτε αντίστοιχες με εκείνες υπό τις οποίες διεξήχθη η

συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους παλιούς ασθενείς. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν στη στάθμιση του συγκεκριμένου μεθοδολογικού περιορισμού, ενδεχομένως μέσω της πρόσκλησης των συμμετεχόντων σε συγκεκριμένο εργαστηριακό χώρο και συγκεκριμένες χρονικές περιόδους της ημέρας, προκειμένου να συμπληρωθούν τα εργαλεία.

Παρά τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν, η παρούσα έρευνα έδειξε πως τα άτομα που νοσούν ή και λαμβάνουν θεραπεία κατά το παρόν χρονικό διάστημα έχουν χειρότερη προσαρμογή στη νόσο, σε σύγκριση με τους παλιούς ασθενείς, ενώ παράλληλα, παράγοντες, όπως η ψυχολογική καταπόνηση που βιώνει το άτομο και η αυξημένη ηλικία του, φαίνεται να σχετίζονται με τη χειρότερη προσαρμογή τους. Επίσης, τονίζεται πως η συσχέτιση της χαμηλής προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με την αρνητική προσαρμογή, προέκυψε μόνο για τους παλιούς ασθενείς. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναμένεται πως θα έχουν ορισμένες θεωρητικές, ερευνητικές και κλινικές επιπτώσεις. Η κλινική επίπτωση των συγκεκριμένων ευρημάτων θα μπορούσε να έγκειται στο γεγονός ότι διαφορετικού είδους προσοχή θα δίνεται από επαγγελματίες υγείας, η οποία θα εστιάζει στην παρατήρηση συμπτωμάτων ψυχολογικής καταπόνησης για τα άτομα που νοσούν παροντικά, και απουσίας κοινωνικής υποστήριξης για τους παλιούς ασθενείς, ώστε να αποφευχθεί μια αρνητική προσαρμογή. Η πιθανή θεωρητική επίπτωση συνιστά την ενδεχόμενη ανάπτυξη καινούριων μεθόδων, οι οποίες θα βοηθούν τους ασθενείς που έχουν προσαρμοσθεί αρνητικά στη νεοπλασία, με διαφορετική έμφαση να δίνεται ανάλογα με το αν το άτομο ασθενεί τώρα ή αν πρόκειται για παλιό ασθενή. Τέλος, μια ερευνητική επίπτωση της παρούσας μελέτης θα αφορούσε τα αντικρουόμενα αποτελέσματα που προέκυψαν σε σχέση με ορισμένες προγενέστερες έρευνες, και τη μελλοντική διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών, προκειμένου να καταστούν σαφέστεροι οι λόγοι για τους οποίους αυτό προκύπτει.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R. και συν. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143-1152.

Antonucci, T. C. (2001). Psychology of Social Support. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences,* 14465-14469.

Αυδή, Ε. & Ρούσση, Π. (Επιμ.) (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Δαρδανός.

Barrera, M. Jr. & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of community psychology, 11*(2), 133-143.

Baum, A. & Andersen, B. L. (Επιμ.) (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science & Medicine, 16,* 1329-1338.

Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D. & Smith, D. M. (2003). Providing support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14*(4), 320-327.

Ciaramella, A. & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology, 10*(2), 156-165.

Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E. & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment, 54,* 195-203.

Coyne, J. C., Aldwin, C. & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *90*(5), 439.

de Leeuw, J. R. J., de Graeff, A., Ros, W. J. G., Hordijk, G. J., Blijham, G. H. & Winnubst, J. A. M. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psycho-Oncology, 9*, 20-28.

Donovan-Kicken, E. & Caughlin, J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology, 16*(4), 596-606.

Eysenck, M. W. (2000). *Psychology: A student's handbook*. UK: Psychology Publishers Ltd, Publishers.

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H. και συν. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer, 49*(6), 1374-1403.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, *26*(3), 309-317.

Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., Smith, F. E. & Dworkin, R. J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine, 15*(2), 127-141.

Gao, W., Bennett, M. I., Stark, D., Murray, S. & Higginson, I. J. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer, 46*(11), 2036-2044.

Giannousi, Z., Karademas, E. C. & Dimitraki, G. (2016). Illness representations and psychological adjustment of Greek couples dealing with a recently-diagnosed cancer: Dyadic, interaction and perception-dissimilarity effects. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(1), 85-93.

Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (επιμ.) (1994). *Handbook of human stress and immunity*. San Diego: Academic Press.

Gomez, S. L., Hurley, S., Canchola, A. J., Keegan, T. H. M., Cheng, I., Murphy, J. D. και συν. (2016). Effects of marital status and economic resources on survival after cancer: A population-based study. *Cancer, 122*, 1618-1625.

Gottlieb, B. H. & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures Benjamin. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(5), 511-520.

Grassi, L. & Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-tenn cancer survivors: A six-year follow-up study. *Psychosomatics, 37*(6), 523-532.

Hann, D., Winter, K. & Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research, 46*(0022-3999), 437-443.

Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T. και συν. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(5), 279-283.

Heinrich, R. L. & Schag, C. C. (1985). Stress and activity management: Group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(4), 439-454.

Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. &Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry, 54(*12), 1389-1398.

Hobfoll, S. (2001). Social support and stress. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences,* 14461-14465.

Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dünser, M. και συν. (2001). Quality of life in breast cancer patients--not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics, 42*(2), 117-123.

Jeong, A., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K. & Park, J. (2016). Avoidance of cancer communication, perceived social support, and anxiety and depression among patients with cancer. *Psycho-Oncology*. Ανακτήθηκε από http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26751124

Kaasa, S., Malt, U., Hagen, S. Wist, E., Moum, T. & Kvikstad, A. (1993). Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy and oncology: journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, 27*(3), 193-197.

Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 293-299.

Kaplan, B. & Cassel, J. (1977). Social support and health. *Medical care, 15*(5), 47-58.

Karademas, E. C. (2014). The psychological well-being of couples experiencing a chronic illness: A matter of personal and partner illness cognitions and the role of marital quality. *Journal of Health Psychology, 19*(11), 1347-1357.

Karademas, E. C., Argyropoulou, K. & Karvelis, S. (2007a). Psychological symptoms of breast cancer survivors: A comparison with matched healthy controls and the

association with cancer-related stress and coping. *Journal of Psychosocial Oncology, 25*, 59-74.

Karademas, E. C., Karvelis, S. & Argyropoulou, K. (2007b). Short Communication: Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health, 23*(3), 161-168.

Karademas, E. C., Ktistaki, G., Dimitraki, G., Papastefanakis, E., Mastorodemos, V., Repa, A. και συν. (2016). Patient and partner dispositional optimism as a long-term predictor of illness representations in autoimmune diseases. *Journal of Health Psychology,* 1-10.

Katz, M. R., Irish, J. C., Devins, G. M., Rodin, G. M. & Gullane, P. J. (2003). Psychosocial adjustment in head and neck cancer: The impact of disfigurement, gender and social support. *Head & Neck, 25*, 103-112.

Kennedy, P. (Επιμ.) (2007). *Psychological management of physical disabilities*. London: Routledge.

Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S. και συν. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer, 98*(4), 679-689.

Kroenke, C. H., Kwan, M. L., Neugut, A. I., Ergas, I. J., Wright, J. D., Caan, B. J. και συν. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment, 139*(2), 515-527.

Kroenke, C. H., Michael, Y. L., Shu, X., Poole, E. M., Kwan, M. L., Nechuta, S. και συν. (2016). Post-diagnosis social networks, and lifestyle and treatment factors in the After Breast Cancer Pooling Project. *Psycho-Oncology*. Ανακτήθηκε από http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26749519

Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W. & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression: A longitudinal view. *Social Science and Medicine, 40*(6), 837-846.

Lazarus, R. S. (1985). The psychology of stress and coping. *Issues in Mental Health Nursing, 7*(1-4), 399-418.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. In R. S. Lazarus, *Fifty Years of the Research and Theory of RS Lazarus: An Analysis of Historical and Perennial Issues* (pp. 366-388). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willing, C. (2000). *Health psychology: Theory, research and practice*. London: Sage.

Martinez, M. E., Anderson, K., Murphy, J. D., Hurley, S., Canchola, A. J., Keegan, T. H. M. και συν. (2016). Differences in marital status and mortality by race/ethnicity and nativity among California cancer patients. *Cancer,* 1570-1578.

McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K. και συν. (2011). Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 61*(1), 50-62.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care, 19*, 736–745.

Mortimer, J. S., Sephton, S. E., Kimerling, R., Butler, L., Bernstein, A. S. & Spiegel, D. (2005). Chronic stress, depression and immunity in spouses of metastatic breast cancer patients. *Clinical Psychologist, 9*(2), 59-63.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Pappa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer*, *12*, 821-825.

Mystakidou, K., Watson, M., Tsilika, E., Pappa, E., Primikiri, A., Katsouda, E. και συν. (2005). Psychometrics analyses of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale in a Greek palliative care unit. *Psycho-Oncology*, *14*, 16-24.

Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R. & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *67*(5), 403–415.

Nezu, C. M., Nezu, A. M., Friedman, S. H., Houts, P. S., Dellicarpini, L. A., Bildner, C. και συν. (1999). Cancer and psychological distress: Two investigations regarding the role of social problem-solving. *Journal of Psychosocial Oncology*, *16*(3-4), 27-40.

Palesh, O. G., Collie, K., Batiuchok, D., Tilston, J., Koopman, C., Perlis, M. L. και συν. (2007). A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biological psychology*, *75*(1), 37-44.

Palgi, Y., Shrira, A., Haber, Y., Wolf, J. J., Goldray, O., Shacham-Shmueli, E. και συν. (2011). Comorbidity of posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms among gastric cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*(5), 454-458.

Paschali, A. A., Hadjulis, M., Papadimitriou, A. & Karademas, E. C. (2015). Patient and physician reports of the information provided about illness and treatment: What matters for patients' adaptation to cancer during treatment? *Psycho-Oncology*, *24*, 901-909.

Price, M. A., Butow, P. N., Bell, M. L., DeFazio, A., Friedlander, M., Fardell, J. E. και συν. (2016). Helplessness/hopelessness, minimization and optimism predict survival in women with invasive ovarian cancer: A role for targeted support during initial treatment decision-making? *Supportive Care in Cancer, 24*, 2627-2634.

Queenan, J. A., Feldman -Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P. A. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care, 19*(2), 251–259.

Reuter, K., Classen, C. C., Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Kirshner, J. J., Rosenbluth, R. και συν. (2006). Association of coping style, pain, age and depression with fatigue in women with primary breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(9), 772-779.

Ryan, H., Schofiel, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J. και συν. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care, 14*(1), 7-15.

Sammarco, A. & Konecny, L. M. (2010). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian breast cancer survivors: A comparative study. *Oncology Nursing Forum, 37*(1), 93-99.

Sanderson, C. A. (2004). *Health psychology*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.

Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. United States of America: John Wiley & Sons, INC.

Schiraldi, G.R. (2009). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth* (2nd edit.). New York: McGraw-Hill.

Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R. & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53.

Scott, M.J. & Stradling, S.G. (1992). *Counselling for post-traumatic stress disorder*. London: SAGE Publications.

Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine, 32*(6), 705-714.

Siegel, R. L., Miller, K. D. & Jemal, A. (2016). Cancer Statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 66*(1), 7-30.

Skeels, M. M., Unruh, K. T., Powell, C. & Pratt, W. (2010). *Catalyzing social support for breast cancer patients.* In: Proceedings of ACM CHI 2010 Conference on Human Factors in Computing Systems, (CHI 2010), 173-182. DOI: http://dx.doi.org/10.1145/1753326.1753353

So, W. K. W., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Yeung, M. & Li, G. K. H. (2009). The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: A multicenter study. *Oncology Nursing Forum, 36*(4), E205-E214.

Steckler, T., Kalin, N.H. & Reul, J.M.H.M. (Επιμ.) (2005). *Handbook of stress and the brain*. Amsterdam; London: Elsevier.

Straub, R. O. (2002). *Health psychology*. New York: Worth Publishers.

Tang, S. T., Chen, J., Chou, W. Lin, K., Chang, W., Hsieh, C. & Wu, C. (2016). Prevalence of severe depressive symptoms increases as death approaches and is associated with disease burden, tangible social support, and high self-perceived burden to others. *Supportive Care in Cancer, 24*(1), 83-91.

Thong, M. S. Y., Mols, F., Lemmens, V. E. P. P., Cremers, G., Slooter, G. D. & van de Poll-Franse, L. V. (2011). Impact of chemotherapy on health status and symptom burden of colon cancer survivors: A population-based study. *European Journal of Cancer, 47*(12), 1798-1807.

Vinokur, A. D., Threatt, B. A., Caplan, R. D. & Zimmerman, B. L. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of a screening population. *Cancer, 63*(2), 394-405.

Wang, L., Liao, W., Tsai, C., Wang, L., Mao, I., Chen, C. και συν. (2013). The effects of perceived stress and life style leading to breast cancer. *Women & Health, 53*(1), 20-40. doi:http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2012.732680

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, C. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine, 18*, 203-209.

Watson, M. & Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: Psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology, 17*, 1146-1151.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*(1), 19-28.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (validity and reliability). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## A. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις υπογραμμίζοντας την καταλληλότερη για εσάς απάντηση.

1. Αισθάνομαι ένταση.
    0. Τον περισσότερο καιρό
    1. Πολλές φορές
    2. Από καιρού εις καιρόν, περιστασιακά
    3. Καθόλου

2. Τα πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν, εξακολουθούν να με ευχαριστούν.
    0. Σίγουρα τόσο όσο και παλαιότερα
    1. Όχι τόσο όσο παλαιότερα
    2. Μόνο λίγο
    3. Σχεδόν καθόλου

3. Έχω ένα άσχημο προαίσθημα, σα να πρόκειται να συμβεί κάτι κακό.
    0. Σίγουρα έχω ένα πολύ άσχημο προαίσθημα
    1. Ναι έχω, αλλά δεν είναι τόσο άσχημο
    2. Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί
    3. Καθόλου

4. Μπορώ να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων.
    0. Τόσο πολύ όσο πάντα μπορούσα
    1. Όχι τόσο πολύ τώρα όσο παλαιότερα
    2. Σίγουρα λιγότερο τώρα
    3. Καθόλου

5. Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου.
    0. Συνέχεια
    1. Συχνά
    2. Από καιρού εις καιρόν, αλλά όχι πολύ συχνά
    3. Μόνο περιστασιακά

6. Αισθάνομαι χαρούμενος.
    0. Καθόλου
    1. Σπάνια
    2. Μερικές φορές
    3. Τον περισσότερο καιρό

7. Μπορώ να κάτσω ήρεμα και να χαλαρώσω.
    0. Σίγουρα
    1. Συνήθως
    2. Σπάνια
    3. Καθόλου

8. Αισθάνομαι σα να επιβραδύνω (σα να κινούμαι αργά).
    0. Σχεδόν όλη την ώρα
    1. Πολύ συχνά
    2. Μερικές φορές
    3. Καθόλου

9. Με πιάνει ένα είδος φόβου, μια αγωνία.
    0. Καθόλου
    1. Περιστασιακά
    2. Αρκετά συχνά
    3. Πολύ συχνά

10. Δεν με ενδιαφέρει η εμφάνισή μου.
    0. Σίγουρα
    1. Δεν φροντίζω τόσο τον εαυτό μου όσο θα έπρεπε
    2. Μπορεί να μην φροντίζω πολύ τον εαυτό μου
    3. Φροντίζω τόσο τον εαυτό μου όσο πάντα

11. Είμαι ανήσυχος, σαν να πρέπει να βρίσκομαι σε διαρκή κίνηση.
    0. Πραγματικά πολύ
    1. Αρκετά
    2. Λίγο
    3. Καθόλου

12. Περιμένω να συμβούν ευχάριστα πράγματα.
    0. Τόσο όσο πάντα
    1. Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
    2. Σίγουρα λιγότερο από όσο συνήθιζα
    3. Σχεδόν καθόλου

13. Με πιάνει μια ξαφνική αίσθηση πανικού.
    0. Πραγματικά πολύ συχνά
    1. Αρκετά συχνά
    2. Σπάνια
    3. Καθόλου

14. Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο ή ένα πρόγραμμα στην τηλεόραση ή το ράδιο.
    0. Συχνά
    1. Μερικές φορές
    2. Λίγες φορές
    3. Πολύ σπάνια

## B. MOS Social Support Index

Παρακάτω υπάρχουν μερικές ερωτήσεις σχετικά με την διαθέσιμη από τους άλλους υποστήριξη:

1) Πόσους περίπου στενούς συγγενείς και στενούς φίλους έχετε (ανθρώπους με τους οποίους νιώθετε άνετα και στους οποίους μπορείτε να πείτε τι σας συμβαίνει);

Γράψτε δίπλα τον αριθμό: _____

Οι άνθρωποι αρκετές φορές στρέφονται στους άλλους για συντροφιά, βοήθεια ή άλλες μορφές υποστήριξης. Πόσο συχνά είναι διαθέσιμος κάθε ένας από τους παρακάτω τύπους υποστήριξης, αν τους χρειαστείτε;
Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα στην απάντηση που θέλετε να δώσετε.

| **Πόσο συχνά είναι διαθέσιμος….** | **Καθόλου** | **Λίγες φορές** | **Αρκετές φορές** | **Πολλές φορές** | **Πάντα** |
|---|---|---|---|---|---|
| 2) Κάποιος να σας βοηθήσει, αν πρέπει να παραμείνετε στο κρεβάτι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3) Κάποιος στον οποίο μπορείτε να βασιστείτε ότι θα σας ακούσει, όταν έχετε ανάγκη να μιλήσετε. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Κάποιος να σας δώσει μια καλή συμβουλή σε μια δύσκολη ώρα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) Κάποιος να σας πάει στο γιατρό, αν το χρειάζεστε. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Κάποιος να σας δείχνει φροντίδα και αγάπη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Κάποιος να περάσετε καλά μαζί του. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Κάποιος να σας δώσει πληροφορίες για να καταλάβετε κάτι καλύτερα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) Κάποιος να εμπιστευτείτε ή να μιλήσετε για τον εαυτό σας και τα προβλήματά σας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) Κάποιος να σας δείχνει στοργή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) Κάποιος που μπορείτε μαζί να χαλαρώσετε. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) Κάποιος να σας ετοιμάζει φαγητό, όταν δεν μπορείτε να το κάνετε μόνος σας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) Κάποιος που σίγουρα θέλετε τη συμβουλή του. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) Κάποιος που μπορείτε να κάνετε πράγματα μαζί για να σας βοηθήσει να «ξεχαστείτε». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) Κάποιος να σας βοηθήσει με τις καθημερινές δουλειές, όταν νιώθετε αδύναμος σωματικά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16) Κάποιος για να μοιραστείτε τους πιο ιδιωτικούς φόβους και ανησυχίες. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) Κάποιος που να μπορείτε να στραφείτε για συμβουλές γύρω από ένα προσωπικό ζήτημα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18) Κάποιος με τον οποίο μπορείτε να κάνετε μαζί κάτι ευχάριστο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) Κάποιος που καταλαβαίνει τα προβλήματά σας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) Κάποιος που σας αγαπάει και σας κάνει να νιώθετε επιθυμητός. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Γ. Mental Adjustment to Cancer (MAC)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Ακολουθεί μία σειρά φράσεων οι οποίες περιγράφουν την αντίδραση των ανθρώπων στο ότι έχουν καρκίνο. Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό στα δεξιά της κάθε φράσης, υποδεικνύοντας το πόσο ισχύει σε σας σήμερα. Για παράδειγμα, εάν κάποια φράση δεν ισχύει σε σας (καθόλου) τότε θα πρέπει να βάλετε σε κύκλο το 1 στην πρώτη στήλη.

| | Καθόλου δεν Ισχύει σε μένα | *Δεν* ισχύει σε μένα | Ισχύει σε μένα | Σίγουρα ισχύει σε μένα |
|---|---|---|---|---|
| 1. Πιστεύω ότι η θετική μου στάση θα ωφελήσει την υγεία μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Πιστεύω ακράδαντα ότι θα γίνω καλύτερα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Νοιώθω πως ότι και να κάνω δεν μπορεί να αλλάξει την κατάσταση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Έχω αφεθεί ολοκληρωτικά στους γιατρούς μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Νοιώθω ότι η ζωή μου είναι χωρίς ελπίδα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Κάνω πράγματα τα οποία πιστεύω πως θα βελτιώσουν την υγεία μου π.χ. γυμνάζομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Από τότε που διαγνώστηκε ο καρκίνος μου, τώρα συνειδητοποιώ πόσο πολύτιμη είναι η ζωή και προσπαθώ να την αξιοποιήσω όσο καλύτερα μπορώ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Έχω εναποθέσει τον εαυτό μου στα χέρια του Θεού. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Έχω σχέδια για το μέλλον μου, πχ. διακοπές, δουλειά, αγορά σπιτιού. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ανησυχώ μήπως επιστρέψει ή χειροτερέψει ο καρκίνος | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Είχα μία καλή ζωή και ότι μου απομένει είναι δώρο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Νομίζω ότι διανοητική μου κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την υγεία μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | Καθόλου Δεν Ισχύει σε μένα | Δεν ισχύει σε μένα | Ισχύει σε μένα | Σίγουρα Ισχύει σε μένα |
|---|---|---|---|---|
| 13. Προσπαθώ να συνεχίσω την ζωή μου, όπως έκανα πάντα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι αυτό συμβαίνει σε μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Υποφέρω από έντονο άγχος γι'αυτό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Δεν είμαι πολύ αισιόδοξος/η για το μέλλον. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Τώρα ζω την κάθε ημέρα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Οι άλλοι ανησυχούν περισσότερο από μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να ελέγξω αυτό που μου συμβαίνει. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Προσπαθώ να έχω μία θετική στάση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Είμαι συνεχώς απασχολημένος/η έτσι ώστε να μην έχω χρόνο να το σκέφτομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Βλέπω την ασθένειά μου σαν μία πρόκληση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Νοιώθω μοιρολατρικά γι'αυτό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Αισθάνομαι τελείως χαμένος για το τι να κάνω. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Νοιώθω πολύ θυμωμένος/η γι'αυτό που έχει συμβεί σε μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Δ. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικού Περιεχομένου

**Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " Χ " όπου χρειάζεται :**

1) Φύλο: Άνδρας ❑ Γυναίκα ❑

2) Ηλικία (σε έτη): .....

3) Από ποιο είδος νεοπλασίας έχετε νοσήσει; _____

4) Νοσείτε κατά την παρούσα χρονική περίοδο; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑.

5) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειας; _____

6) Έχετε νοσηλευτεί εξαιτίας της νεοπλασίας; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑.

7) Αν ΝΑΙ, πότε; _____

8) Για πόσο χρονικό διάστημα; _____

9) Έχετε χειρουργηθεί εξαιτίας της συγκεκριμένης νόσου; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑.

10) Αν ΝΑΙ, πότε; _____

11) Το παρόν χρονικό διάστημα ακολουθείτε θεραπεία για τη νεοπλασία; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑.

12) Αν ΝΑΙ, για πόσο χρονικό διάστημα; _____

13) Έχετε ακολουθήσει κάποια θεραπεία για τη νόσο στο παρελθόν; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑.

14) Αν ΝΑΙ, για πόσο χρονικό διάστημα; _____

15) Εκπαίδευση:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Πρωτοβάθμια: | Τάξεις δημοτικού ❑<br>Δημοτικό ❑ | Δευτεροβάθμια: | Τριτάξιο γυμνάσιο ❑<br>Λύκειο ❑<br>Ανάλογες σχολές ❑ | Τριτοβάθμια: | ΤΕΙ ❑<br>ΑΕΙ ❑<br>Μεταπτυχιακά ❑ |

16) Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος /η ❑ Έγγαμος /η ❑ Σε διάσταση ❑
Διαζευγμένος /η ❑ Χήρος /α ❑ Συγκατοίκηση ❑

17) Ύπαρξη τέκνων: ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑.

18) Αν ΝΑΙ, πόσα; _____