



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με καρκίνο

Σπουδάστρια:

Τσιάρα Ανδρονίκη, Ψυχολόγος (Α.Μ. 28)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ευτυχίδου Ελένη, Ομότιμη Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2006



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ 

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ Τ.Ε.Ι ΑΘΗΝΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων της
οικογένειας που φροντίζει ασθενή με καρκίνο.**

Ανδρονίκη Τσιάρα
Ψυχολόγος

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Ευτυχίδου Ελένη

Ιωάννινα 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
SUMMARY	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	9
Α. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	9
Φάσεις της νόσου	11
<i>Χαρακτηριστικά της οξείας φάσης</i>	11
<i>Χαρακτηριστικά της χρόνιας φάσης</i>	12
<i>Χαρακτηριστικά της τελικής φάσης</i>	13
Επιπτώσεις από την φροντίδα ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.	14
Τα μέλη της οικογένειας	17
<i>Οι σύζυγοι των καρκινοπαθών</i>	17
<i>Γονείς των καρκινοπαθών</i>	17
<i>Παιδιά των καρκινοπαθών</i>	18
<i>Τα αδέρφια των καρκινοπαθών</i>	18
Η δυναμική της οικογένειας	19
<i>Οικογενειακά αναπτυξιακά στάδια</i>	19
<i>Η ιστορία της οικογένειας και η στάση ζωής της.</i>	20
<i>Η οργάνωση της οικογένειας</i>	21
<i>Η αντίδραση της οικογένειας στις συμπεριφορές του προσωπικού Υγείας</i>	21
Διατηρώντας την σταθερότητα	22
Β. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.	24
Έννοια του όρου «αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων».	24
Το αλληλεπιδραστικό μοντέλο των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping).	25
Ταξινόμηση- είδη στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	28
Διάκριση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	30
Παράγοντες που συνδέονται με τα είδη αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	32
Ερωτηματολόγιο των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	33
Σκοπός της Έρευνας	34
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	35

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	35
Δείγμα	35
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	37
Μέσα συλλογής δεδομένων	38
Στατιστική ανάλυση	39
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	41
<i>Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του φύλου.</i>	42
<i>Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της ηλικίας.</i>	44
<i>Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του μορφωτικού επιπέδου.</i>	47
<i>Συσχέτιση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και των φάσεων της νόσου.</i>	48
<i>Συχνότητα του καρκίνου και βαθμός ενημέρωσης των ασθενών.</i>	49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	52
Περιορισμοί της έρευνας	59
ΕΠΙΛΟΛΟΣ	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62
Ελληνική	62
Ξενόγλωσση	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	72
I. Κλίμακα μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων	73
II. Στρατηγικές εστιασμένες: «στην επίλυση του προβλήματος» και «στη ρύθμιση του συναισθήματος»	75

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διάγνωση του καρκίνου σε κάποιον ασθενή επηρεάζει με ποικίλους τρόπους όχι μόνο τον ίδιο, αλλά και τους οικείους του. Είναι λογικό, η φροντίδα ενός ασθενή με καρκίνο να δημιουργεί πολυάριθμες ανάγκες στα άτομα αυτά, προξενώντας τους διάφορα ψυχοκοινωνικού ή και άλλου τύπου προβλήματα. Στην πρώτη ενότητα της παρούσας εργασίας, γίνεται μια σύντομη καταγραφή των βασικότερων από τις ανάγκες αυτές στην οικογένεια. Επίσης, γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν τις αγχογόνες καταστάσεις. Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζεται η έρευνα, που στόχος της ήταν να διερευνηθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων των συγγενών που φροντίζουν ασθενή με καρκίνο.

Στην πιλοτική αυτή έρευνα συμμετείχαν 36 άτομα συγγενείς ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Τα άτομα αυτά απάντησαν στο ερωτηματολόγιο «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων» (Ways of coping) των Lazarus και Folkman σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα από τον Καραδήμα (1998). Στις απαντήσεις σχολιάζονται οι διαφορές των δύο φύλων, του μορφωτικού επιπέδου καθώς και η ηλικία ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων. Παρόλο αυτά τα στοιχεία και τα στατιστικά συμπεράσματα της έρευνας είναι ενδεικτικά.

Η μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων είναι ιδιαίτερης σημασίας για την καλύτερη κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η καλύτερη προσαρμογή των ατόμων που φροντίζουν ασθενή με καρκίνο θα έχει ως αποτέλεσμα την παροχή καλύτερης φροντίδας και την ουσιαστικότερη υποστήριξη του.

SUMMARY

The diagnosis of cancer in a patient, does not only affect himself, but also his relatives with various modes. The care of a cancer patient creates multiple needs to these persons and gives rise to various psychosocial problems. In the first chapter, of the present study, a brief record of the major needs as well as of the disturbance of familial equilibrium is recorded and a review of the literature concerning the ways of coping is presented. In the second chapter is presented our research. The purpose of this research was, to investigate the ways of coping, which adopt the relatives of a cancer patient.

In this pilot research, 36 relatives of cancer patient were enrolled. These persons responded at the «Ways of Coping» questionnaire (Lazarus and Folkmann, 1984) adopted in Greek by Karadimas (1998). The differences among the sex, the educational level and the age are discussed in respect of the factors-strategies.

The study revealed no statistical significant differences. Nevertheless, the results and the deductions of this study are indicative.

The investigation of the Ways of Coping is very important; in order to better understand the human behavior. The improved adaptation of the persons, which take care of cancer patients, will result to a better care and an essential support of their patient.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ορισμένα γεγονότα, όπως μια απειλητική για τη ζωή νόσος ή ο θάνατος συνιστούν μεγάλες αλλαγές της ζωής και τείνουν να προκαλούν έντονο άγχος. Η έκθεση του ατόμου σε καταστάσεις άγχους μπορεί να έχει αρνητικές επιδράσεις στην υγεία και στη γενικότερη ψυχολογική του κατάσταση.

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι οι συγγενείς που φροντίζουν ασθενή που πάσχει από καρκίνο βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο επικινδυνότητας, σε ποσοστό που αγγίζει το 40% με 70 %, όσον αφορά την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (περιστασιακά κατά την διάρκεια της φροντίδας), την εμφάνιση προβλημάτων υγείας (Haley, 2003) και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (Schulz και συν., 1999). Μια από τις σημαντικότερες επιπτώσεις σε άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, είναι η πρόκληση έντονου άγχους και ψυχολογικής πίεσης (Κοσμά και Αντωνίου, 2001).

Σύμφωνα με τις περισσότερες σύγχρονες προσεγγίσεις, δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι κάθε άτομο αντιδρά ή βιώνει τις στρεσογόνες καταστάσεις με ένα δικό του, ιδιαίτερο και πολλές φορές μοναδικό τρόπο. Οι τρόποι με τους οποίους αντιδρά κανείς στο άγχος/stress γίνεται μέσω διαδικασιών-στρατηγικών που παίρνουν διάφορες μορφές. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping), είναι ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου σε ότι αρνητικό ή δύσκολο του συμβαίνει ή έχει να αντιμετωπίσει.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων δεν πρέπει να ταυτίζονται με την έννοια της προσαρμογής (Lazarus & Folkman, 1984). Η τελευταία αναφέρεται σε κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στη μείωση του κινδύνου ή του άγχους, ακόμα και στα απλά αντανεκλαστικά. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων είναι προϊόντα της νοηματοδότησης των καταστάσεων.

Αν και η αντιμετώπιση του stress, τις τελευταίες δεκαετίες, έχει γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών λίγα γνωρίζουμε για το πως οι Έλληνες αντιμετωπίζουν τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

Η παρούσα εργασία απαρτίζεται από δύο μέρη: το **πρώτο** αναλύει την επιβάρυνση της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με καρκίνο, επίσης περιλαμβάνει θεωρητικές προσεγγίσεις στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Το **δεύτερο** μέρος παρουσιάζει μια πιλοτική έρευνα των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων

καταστάσεων που επιστρατεύουν τα άτομα της οικογένειας όταν ένα μέλος της νοσεί από καρκίνο.

Η διάγνωση μιας σοβαρής νόσου, όπως ο καρκίνος, επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Η φροντίδα του ανθρώπου που πάσχει από καρκίνο δημιουργεί πολυάριθμες νέες ανάγκες. Την ευθύνη για την κάλυψη τους επωμίζονται συνήθως τα μέλη της οικογένειας. Οι ανάγκες αυτές αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες για τους οικείους που φροντίζουν, προξενώντας διαφορετικού τύπου προβλήματα.. Οι απαιτήσεις της κατάστασης υπερβαίνουν συνήθως τις πηγές και τις δυνάμεις προσαρμογής του φροντιστή και έχουν ποικίλες επιπτώσεις στη ψυχολογική και σωματική του υγεία. Πολλά μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί για να δώσουν ένα εννοιολογικό πλαίσιο στην έρευνα που αφορά τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αντιμετωπίζουν το stress. Ένα από τα πρώτα μοντέλα που δημιουργήθηκαν με σκοπό να περιγράψουν και να εξηγήσουν τη διαδικασία μέσα από την οποία περνά το άτομο στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις είναι το αλληλεπιδραστικό μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει την ύπαρξη αλληλεπίδρασης ατόμου και στρεσογόνου κατάστασης, ιδιαίτερα στην εκτίμηση στο πως το άτομο εκτιμά το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Οι Lazarus και Folkman όρισαν το stress ως μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον, η οποία εκφράζεται με την εκτίμησή του, ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματά του και έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία.

Η εκτίμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων του συγγενικού προσώπου του ασθενή με καρκίνο έγινε με την χρήση του Ερωτηματολογίου «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων» των Lazarus και Folkman.

Στόχος της εργασίας είναι η πληρέστερη κατανόηση των τρόπων αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης από τις οικογένειες που βιώνουν την συγκεκριμένη κατάσταση ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους, με αντίκτυπο την καλύτερη παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο και την ουσιαστικότερη υποστήριξη του.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Α. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα ζωντανό σύστημα. Κάθε γεγονός ή εμπειρία που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συστήματος αυτού, έχει αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1997).

Η διάγνωση του καρκίνου και οι συνέπειες που απορρέουν από αυτή, επηρεάζουν όχι μόνο τον πάσχοντα, αλλά και ολόκληρη την οικογένεια καθώς και το ευρύτερο περιβάλλον του (Καρύμπαλης και συν., 2004). Οι συνέπειες της ασθένειας έχουν επιπτώσεις σε προσωπικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλάζοντας τη δυναμική της οικογένειας.

Ειδικά για την Ελλάδα, η οικογένεια (με κύριο εκπρόσωπο τον ή την σύζυγο του ασθενούς), καλείται να αναλάβει ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας και της διαχείρισης των προβλημάτων νοσηλείας και θεραπείας, πολλές φορές με ασάφεια ρόλων (Ρηγάτος, 1997). Τα άτομα αυτά παρέχουν μια σημαντική, συνεχή βοήθεια στους πάσχοντες, παράλληλη με αυτή των επαγγελματιών Υγείας.

Οι ασθενείς με καρκίνο, εμφανίζουν μια πληθώρα συγκεκριμένων αλλά διαφορετικών μεταξύ τους αναγκών, η ικανοποίηση των οποίων σχετίζεται άμεσα τόσο με την ποιότητα ζωής τους, όσο και με τη πορεία της νόσου (Παπαδάτου και συν., 1997).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η φροντίδα τους συχνά να είναι πολύ πιο δύσκολη και περίπλοκη από όσο μπορεί κανείς να φανταστεί (Πίνακας 1).

Πίνακας 1:

Σύνοψη των κυριότερων αναγκών που παρουσιάζουν οι ασθενείς με καρκίνο.

1. Σωματική ανάγκη (π.χ. σωματική υποστήριξη, βοήθεια σε σωματικές δραστηριότητες).
2. Ανάγκη για μεταφορά του ασθενούς στους χώρους διεξαγωγής εξετάσεων και χορήγησης θεραπευτικών σχημάτων (π.χ. χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία).
3. Ανάγκη για μέριμνα σχετικά με τη λήψη διαφόρων σκευασμάτων (π.χ. αντιεμετικά-αυξητικοί παράγοντες).
4. Ανάγκη παρατήρησης των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής (π.χ. πόνος).
5. Ανάγκη για ενημέρωση σχετικά με τη πορεία της νόσου και τη θεραπεία.
6. Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη

Τροποποιημένος πίνακας από την πηγή: Καρύμπαλης Β. και συν. (2004) Ογκολογική Ενημέρωση

Η εκάστοτε φυσική κατάσταση του ασθενή έχει ως αποτέλεσμα τα επίπεδα φροντίδας να ποικίλουν από τη μικρή βοήθεια σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, μέχρι και την υποστήριξη σε άτομα που ο καρκίνος έχει περιορίσει τη κινητικότητα τους ή τα έχει ακινητοποιήσει. Η ανάγκη των ασθενών για σωματική υποστήριξη γίνεται συνήθως πιο έντονη στα τελευταία στάδια της νόσου οι απαιτήσεις που προκύπτουν τότε είναι ιδιαίτερα υψηλές (Haley, 2003), και ο καταπονημένος σωματικά και πνευματικά ασθενής είναι δύσκολο να αυτοσυντηρηθεί (McMillan και Moody, 2003).

Πέρα από τις ανάγκες που εμφανίζονται από την φυσική αδυναμία του ασθενή με καρκίνο, υπάρχουν και άλλες όψεις της νόσου και της θεραπείας της που στην ελληνική πραγματικότητα, απαιτούν τη συμμετοχή των συγγενών που τον φροντίζουν εξ αιτίας της έλλειψης υποστηρικτικών δομών φροντίδας υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ανάγκη για τακτική μεταφορά του ασθενή στους χώρους διεξαγωγής εξετάσεων. Επίσης, η μέριμνα για χορήγηση θεραπευτικών σχημάτων, ως τμήμα της συνεχιζόμενης θεραπείας τους στο σπίτι, καθώς και η λήψη διαφόρων σκευασμάτων και η επίβλεψη τυχόν παρενεργειών που μπορεί να προκύψουν (Wingate και Lackey, 1989). Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο είναι ικανοί να φροντίζουν μόνοι τους τον εαυτό τους και να μεριμνούν για τη λήψη των φαρμάκων τους κατά το πρώτο διάστημα της θεραπείας. Η ικανότητα τους αυτή όμως μειώνεται σταδιακά, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις καρκίνου κατά τις οποίες επηρεάζεται το επίπεδο συνείδησης του ατόμου (Centeno και συν., 2004). Η ευθύνη που φέρουν λοιπόν, τα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή με καρκίνο είναι μεγάλη, ενώ γίνεται πιο σημαντική κατά τα τελευταία στάδια της νόσου. Πολλές φορές τα άτομα αυτά

επιφορτίζονται με την παρατήρηση των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής καθ' όλη την εξέλιξη της νόσου. Άλλα θέματα που αναδύονται κατά την έναρξη της θεραπείας, είναι όταν ο ασθενής αρνείται την κατάσταση του και δεν θέλει να αναγνωρίσει τα συμπτώματα της νόσου πάνω του (Ρηγάτος, 2000).

Φάσεις της νόσου

Η πορεία της νόσου μπορεί να διακριθεί σε τρεις φάσεις, στην οξεία, την χρόνια και την τελική που περιλαμβάνει το θάνατο και το θρήνο. Η κάθε φάση επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τον ασθενή και την οικογένεια του.

Χαρακτηριστικά της οξείας φάσης

Η οξεία φάση συνδέεται με την ανακοίνωση της διάγνωσης. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις (Ρηγάτος, 1997). Στη ζωή του αρρώστου συμβαίνουν ριζικές αλλαγές, που αναγκάζουν τον ίδιο και την οικογένεια του να επαναπροσδιορίσουν τις προτεραιότητες τους. Ο ίδιος ο ασθενής και η οικογένεια του καλούνται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις. Συχνά ο ασθενής αποποιείται την ευθύνη να πάρει μια απόφαση και μπορεί αυτό να έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τις ανάγκες της πραγματικότητας, δημιουργώντας μια πολύ ευαίσθητη κατάσταση για το ιατρικό προσωπικό και τους οικείους του.

Σε αυτή τη φάση παρατηρούνται συχνά διάφορες ψυχολογικές αντιδράσεις στην οικογένεια, όπως η άρνηση του γεγονότος, η αμφισβήτηση της διάγνωσης, η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς (που πηγάζει από την αίσθηση έλλειψης ελέγχου της κατάστασης), καθώς και η επίδειξη υπερπροστατευτικότητας στον ασθενή τους (Ρηγάτος, 2000).

Κάποια μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι πιο επιβαρημένα με ιδιαίτερα έντονο άγχος. Στην προσπάθεια τους μάλιστα, να μην εκδηλώσουν το άγχος τους για να μην επιβαρύνουν τον ασθενή, μπορεί να δώσουν την ψευδή εντύπωση ότι αδιαφορούν για το άρρωστο μέλος της οικογένειας.

Η οικογένεια μπορεί να αρνηθεί συνειδητά τη πραγματικότητα του ασθενή επειδή θέλει να διατηρήσει τις ελπίδες της μακριά από την πραγματικότητα της κατάστασης του. Στην προσπάθεια της να προστατέψει τα μέλη της αλλά και τον ασθενή, πολλές

οικογένειες δημιουργούν την «συνομοσία της σιωπής». Η απόκρυψη των πληροφοριών, που συνήθως στην Ελλάδα αποτελεί πάγια τακτική, μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη εμπιστοσύνης και διατάραξη των σχέσεων μεταξύ αρρώστου, οικογένειας και επαγγελματιών Υγείας. Σε έρευνα των Οικονόμου και συν. (2002), συμμετείχαν 100 ασθενείς με καρκίνο που έκαναν χημειοθεραπεία σε ογκολογικές κλινικές της Ελλάδας. Διαπιστώθηκε ότι μόλις το 37% από αυτούς είχαν ενημερωθεί πλήρως για την κατάσταση τους από την έναρξη της θεραπείας, ενώ η ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία τους ήταν αισθητή σε όλους.

Είναι λοιπόν αυτονόητο, τα μέλη της οικογένειας του ασθενή να φορτίζονται έντονα από τη νόσο του αγαπημένου τους προσώπου. Η φόρτιση αυτή προστίθεται στα ήδη υπάρχοντα προσωπικά και καθημερινά προβλήματα τους (Τζωρτζίνη, 1994). Στη ζωή των ατόμων αυτών εισάγονται νέα προβλήματα, που σχετίζονται με τη φροντίδα του ασθενή και την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση και συμπαράσταση. Αυτό έχει ως συνέπεια την παραμέληση της δουλειάς και της προσωπικής ζωής καθώς και οικονομικές επιβαρύνσεις, με αποτέλεσμα τη διατάραξη της οικογενειακής τους ζωής για μεγάλο συνήθως χρονικό διάστημα. Η νόσος εμφανίζεται ξαφνικά και απροειδοποίητα, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να μην είναι προετοιμασμένα να αναλάβουν τέτοιου είδους ευθύνες, ενώ αρκετά συχνά δεν τους παρέχεται και η απαιτούμενη βοήθεια από το Σύστημα Υγείας (Glajchen, 2004).

Χαρακτηριστικά της χρόνιας φάσης

Η χρόνια φάση χαρακτηρίζεται από μακροχρόνιες θεραπείες, μεγάλα διαστήματα παραμονής στο νοσοκομείο, η επιστροφή στο σπίτι. Κατά την διάρκεια της καινούργιας κατάστασης, κάθε μέλος της οικογένειας θα πρέπει να βρει ισορροπίες ανάμεσα στις ανάγκες του ασθενή και στις ανάγκες των άλλων και στις δικές του και να εστιάσει στη συνέχιση της καθημερινότητας. Η προσπάθεια της οικογένειας, να ικανοποιήσει τις αντικρουόμενες προσωπικές ανάγκες, είναι ένα συχνό και δύσκολο πρόβλημα.

Με το πέρασμα του χρόνου, αυξάνονται τα ψυχολογικά συμπτώματα. Το οικείο περιβάλλον και οι φίλοι μειώνουν την παροχή υποστήριξης στην οικογένεια, η οποία βρίσκεται περισσότερο απομονωμένη, ενώ χρειάζεται ακόμα βοήθεια. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η οικογένεια παραμένει ακόμα προσανατολισμένη προς την ασθένεια και αναβάλλει όλες τις μεγάλες αποφάσεις. Ότι άρχισε σαν μια απάντηση στο stress μπορεί να γίνει στη διαδρομή μια συνήθεια.

Χαρακτηριστικά της τελικής φάσης

Η οικογένεια μπορεί να οδηγηθεί σε μια σταδιακή απομάκρυνση από τον ασθενή, προκειμένου να αντιμετωπίσει το άγχος του επερχόμενου θανάτου. Στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια διεργασία θρήνου και προετοιμάζονται ψυχολογικά για τον επικείμενο θάνατο του. Τα μέλη της οικογένειας συχνά δυσκολεύονται να συνειδητοποιήσουν τη μεγάλη αλλαγή που προκαλεί η απώλεια. Τα στάδια του πένθους, σηματοδοτούν μια εξελικτική πορεία, που δεν είναι ούτε απλή ούτε δεδομένη, και ονομάζεται «εγγραφή της απώλειας» (Bacqué, 2004).

Η συνειδητοποίηση της Απώλειας

Αυτή είναι αδύνατο να συντελεστεί αμέσως. Τα πρώτα λόγια, μετά την ανακοίνωση, εκφράζουν αμφισβήτηση και άρνηση. Η συνειδητοποίηση της απώλειας φορτίζει κάθε ψυχική λειτουργία. Αυτή η παθητική φάση αδυναμίας και άρνησης μπορεί να διαρκέσει ώρες ή σπανιότερα μέρες.

Η άρνηση.

Ο τρόπος αυτός της απόρριψης της πραγματικότητας παραμένει για το άτομο, το μόνο μέσο που διαθέτει για να εκφράσει κάπως την οδύνη του και συνήθως συνοδεύεται από ερωτήματα όπως π.χ. «γιατί να συμβεί σε μας». Αυτή η κατάσταση παραμένει επί της ουσίας αρκετά χαοτική και το σπουδαιότερο είναι εξαιρετικά εξουθενωτική. Το άτομο που πενθεί πρόκειται σύντομα να βυθιστεί στην κατάθλιψη. Μόλις κυλήσουν τα πρώτα δάκρυα, η διεργασία του πένθους είναι έτοιμη να ξεκινήσει.

Οι εκδηλώσεις του πένθους.

Το κλάμα συνήθως βοηθά στην ανακούφιση από το πόνο κατά το πένθος. Ωστόσο πολιτισμικοί συνήθως λόγοι δεν επιτρέπουν σε όλους να κλαίνει και να εκφράζουν ανοικτά το πένθος τους. Μόνο η επιστροφή σε μια λιγότερο κοινωνικά «ώριμη» συμπεριφορά επιτρέπει την ύφεση. Αυτή η περίοδος μπορεί να συνοδεύεται και με διάφορα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η αποδοχή

Η διεργασία είναι δύσκολη και έγκειται στο να «αποσυναρμολογηθούν» τα κοινά βιώματα με το νεκρό με τη βοήθεια της σκέψης και του πόνου. Σιγά-σιγά ο πενθών πρέπει να αποδεχθεί την φυσική απουσία του νεκρού.

Επιπτώσεις από την φροντίδα ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.

Οι επιπτώσεις που βαραίνουν τα άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς με καρκίνο ποικίλουν και αφορούν τη ψυχολογική και σωματική τους υγεία (Πίνακας 2).

Τα μέλη της οικογενείας αναφέρουν, ότι οι υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει είναι συνήθως μεγαλύτερες από αυτές που μπορούν να αντεπεξέλθουν και συνήθως βρίσκονται απροετοίμαστοι. Το γεγονός αυτό τους δημιουργεί υψηλά επίπεδα άγχους και ψυχολογική πίεση, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της φροντίδας που προσφέρουν (Κοσμά και συν., 2001).

Πίνακας 2:

Κύριες επιπτώσεις της φροντίδας ασθενών με καρκίνο στους συγγενείς τους.

1. Έντονο άγχος και ψυχολογική πίεση.
2. Ψυχολογική κατάπτωση που οδηγεί συχνά σε κατάθλιψη.
3. Εμφάνιση σωματικών προβλημάτων στα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή (π.χ. εξαιτίας της αδιαφορίας για προσωπικές τους ανάγκες).
4. Κοινωνικές επιπτώσεις.
5. Οικονομικές επιπτώσεις (που προκαλούνται από τη σταθερή αύξηση των εξόδων και την ταυτόχρονη μείωση των εσόδων).
6. Ελάχιστες θετικές επιπτώσεις (που περιλαμβάνουν τη τόνωση της αυτοεκτίμησης και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης τους).

Πηγή: Καρύμπαλης Β. και συν. (2004) Ογκολογική Ενημέρωση

Σε μια πρόσφατη έρευνα (Aranda και συν. , 2004), οι κύριοι λόγοι, που τα άτομα που φροντίζουν ασθενή με καρκίνο παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, είναι κυρίως η έκβαση της θεραπείας, η ύπαρξη των παρενεργειών από τη θεραπεία και η ανησυχία τους για τον πιθανό εθισμό των ασθενών από την αναλγητική αγωγή. Παράλληλα, οι συγγενείς των ασθενών αυτών προβληματίζονται με τη σκέψη ότι δεν κάνουν το καλύτερο δυνατό για να βοηθήσουν τον ασθενή και αγωνιούν για τον επερχόμενο θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου. Επίσης υπάρχει και μια έντονη ανησυχία για τη δική τους κατάσταση και τη ζωή τους μετά από αυτόν (Wennman-Larsen, και συν., 2002).

Το άγχος που παρουσιάζουν τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο είναι ανάλογο με το βαθμό που ο ασθενής βασίζεται στα άτομα αυτά (McMillan, 1996). Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που βοηθούν ασθενείς συμβάλλοντας στην ικανοποίηση πιο προσωπικών αναγκών, όπως το λουτρό, το ντύσιμο και τη λήψη τροφής, φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους σε σύγκριση, με εκείνα

που βοηθούν ασθενείς με μικρότερες προσωπικές ανάγκες, όπως το μαγείρεμα και η φροντίδα του σπιτιού (Haley, 2003).

Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αύξηση του πόνου και της δυσφορίας των ασθενών προκαλεί αύξηση του άγχους και της ψυχολογικής πίεσης των ατόμων που τους φροντίζουν, ενώ παράλληλα διαπιστώνουν την αδυναμία τους να δώσουν λύση στα προβλήματα που προκαλεί η νόσος (Harding, 2003). Η ψυχολογική κατάπτωση είναι ιδιαίτερα έντονη σε άτομα που φροντίζουν ασθενείς με συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας για τις γυναίκες και ο καρκίνος των όρχεων για τους άνδρες (Tuinman και συν., 2004).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι το άγχος των συγγενών εντείνεται καθώς ο ασθενής βαίνει προς τα τελευταία στάδια της νόσου. Η κατάσταση αυτή επιδρά αρνητικά στα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης σε συχνότητα μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό (Grunfeld και συν., 2004). Πολλές φορές, ο θάνατος του ασθενή δεν οδηγεί σε ανακούφιση, αλλά σε μια περισσότερη επώδυνη κατάσταση. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένοι συγγενείς έχουν σοβαρά προβλήματα αποδοχής της απώλειας για αρκετό χρόνο μετά το θάνατο του ασθενή. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως «επιπεπλεγμένο πένθος» και περιλαμβάνει καταθλιπτικά στοιχεία, δυσκολία προσαρμογής στο χρόνο, αισθήματα αναξιότητας με λειτουργική έκπτωση και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Η πορεία της κατάστασης αυτής εξαρτάται από την ηλικία του ατόμου, την ύπαρξη μακροχρόνιων προβλημάτων προσωπικότητας, την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης και την έλλειψη κοινωνικών στηριγμάτων (Μάνος, 1988).

Η φροντίδα ασθενών με καρκίνο είναι δυνατό να δημιουργήσει και σωματικά προβλήματα υγείας στα άτομα που τους φροντίζουν. Η αφοσίωση τους στη φροντίδα των ασθενών, τους αναγκάζει να αδιαφορούν για τις δικές τους προσωπικές ανάγκες. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι μεγάλης ηλικίας, ενώ αρκετά συχνά πάσχουν και τα ίδια από κάποιο χρόνιο νόσημα. Έρευνες έχουν καταγράψει υψηλότερο ποσοστό θανάτου σε άτομα που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο, συγκριτικά με μάρτυρες ίδιας ηλικίας και φύλου που δεν πράττουν κάτι ανάλογο (Schultz και Beach, 1999).

Η ανάγκη για παροχή 24ωρης υποστήριξης, προκαλεί στα μέλη της οικογένειας διαταραχές στο καθημερινό πρόγραμμα, δημιουργώντας προβλήματα στη κοινωνική ζωή και στον εργασιακό τομέα, όπως έχει διαπιστωθεί και από μια πληθώρα ερευνών.

Οι φτωχές οικογένειες και οι μειονότητες επηρεάζονται πιο έντονα από τέτοιου είδους δυσλειτουργίες (Lederberg, 1998).

Μεγάλο ποσοστό των συγγενών που εργάζονται και φρόντιζαν ασθενή με καρκίνο, δηλώνουν ότι ήταν αδύνατο να εργάζονται με πλήρες ωράριο, καθώς και ότι έχαναν πολλές ώρες από την εργασία τους για να προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία στάδια της νόσου (Grunfeld και συν., 2004). Η μείωση των εσόδων (λόγω αδυναμίας για εργασία με πλήρες ωράριο), σε συνδυασμό με τα έξοδα της φροντίδας του ασθενή με καρκίνο στο σπίτι, δημιουργεί οικονομικό πρόβλημα στα άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς αυτούς. Επιπλέον, τα άτομα που φροντίζουν τέτοιους ασθενείς οφείλουν να καλύψουν και τα έξοδα που προκύπτουν για την μεταφορά του ασθενή στα ιατρικά κέντρα ή για άλλες πλευρές της φροντίδας του, έξοδα που συνήθως δεν καλύπτονται πλήρως από τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα (Grunfeld και συν., 2004).

Η συνολική απώλεια της κοινωνικής ζωής των ατόμων που φροντίζουν ασθενή με καρκίνο δεν είναι μετρήσιμη. Οι οικογένειες αυτό-απομονώνονται στη διάρκεια αυτής της περιόδου. Είναι συναισθηματικά φορτισμένες για να κοινωνικοποιηθούν και δεν μπορούν να κάνουν μακροπρόθεσμα σχέδια.. Αποφεύγουν τους φίλους εξαιτίας της κατάθλιψης, της ντροπής και της εγκατάλειψης που νοιώθουν, ενώ έχει παρατηρηθεί και εγκατάλειψη από φίλους. Μπορεί επίσης να αγνοούν την ύπαρξη φορέων κοινωνικής βοήθειας στους οποίους πιθανώς θα μπορούσαν να απευθυνθούν. Τα παιδιά επίσης μπορεί να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο.

Η φροντίδα των ασθενών με καρκίνο, πέρα από τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει για τα άτομα που τους φροντίζουν, μπορεί να έχει και θετική επίδραση, επειδή τονώνει την αυτοεκτίμηση τους και τους βοηθά να ωριμάσουν ψυχικά (Ρηγάτος, 2000). Παράλληλα, η ενεργός συμμετοχή στη φροντίδα ενός τέτοιου ασθενή πολλές φορές προσδίδει νέο νόημα στη ζωή των ατόμων αυτών. Τους δίνεται η ικανοποίηση και ενισχύεται η αυτοπεποίθησή τους, επειδή κατάφεραν να αντεπεξέλθουν σε μια τόσο δύσκολη κατάσταση και να παράσχουν τη δέουσα βοήθεια. Οι θετικές επιπτώσεις που είναι δυνατόν να έχει η φροντίδα ενός ασθενή με καρκίνο έχουν καταγραφεί πρόσφατα από ένα πλήθος ερευνητών (Haley, 2003) .

Τα μέλη της οικογένειας

Οι σύζυγοι των καρκινοπαθών

Πρόσφατες μελέτες συμφωνούν, ότι οι σύζυγοι φορτίζονται συναισθηματικά περισσότερο σε σχέση με τον ασθενή και συχνά χειροτερεύουν με την πάροδο του χρόνου, ανεξάρτητα από την κατάσταση του ασθενή. Στα σταθερά ζευγάρια, οι ασθενείς υποτιμούν το stress των συζύγων τους στο πόνο τους και οι σύζυγοι υποτιμούν την αξία της υποστήριξης των ασθενών. Οι άνδρες σύζυγοι που φροντίζουν έχουν περισσότερο άγχος σε σχέση με τις γυναίκες, αλλά οι άνδρες ασθενείς είναι λιγότερο αγχωμένοι σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς.

Έχει βρεθεί ότι οι σύζυγοι μαστεκτομηθέντων γυναικών, ενώ είναι συναισθηματικά συνδεδεμένοι με το πρόβλημα το κρύβουν και το ελαχιστοποιούν με αποτέλεσμα εκ πρώτης όψεως να φαίνονται αδιάφοροι. Οι γυναίκες όμως το ερμηνεύουν σαν απόρριψη ή και ψυχρότητα γεγονός που οδηγεί σε απόσταση στη σχέση τους (Lederberg, 1998).

Γονείς των καρκινοπαθών

Η οδύνη του γονιού για τον καρκίνο ενός παιδιού, δεν συγκρίνεται με κανένα άλλο πόνο αγαπημένου προσώπου. Τα παιδιά έχουν την συναίσθηση της οδύνης που προκαλεί η επικείμενη ασθένεια τους και τα βαριά άρρωστα παιδιά είναι πιθανό να νιώσουν ένοχα για την ταλαιπωρία που περνούν οι γονείς τους.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτει από την παραμονή των γονιών στο νοσοκομείο είναι ο ανταγωνισμός που μερικές φορές αναπτύσσεται ανάμεσα στο προσωπικό Υγείας και στους γονείς. Κάθε γονιός επιθυμεί να έχει τον έλεγχο όσων συμβαίνουν στο παιδί του. Η υπερπροστασία της μητέρας στο παιδί της, πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα να διεκδικεί ένα ρόλο παντοδυναμίας πάνω στο παιδί. Το παιδί μπορεί να γίνει αντικείμενο ανταγωνισμού μεταξύ γονιών και προσωπικού, με αποτέλεσμα η προσαρμογή στη νέα κατάσταση να γίνεται ακόμη πιο δύσκολη.

Ο γονικός θρήνος είναι ιδιαίτερα έντονος, περίπλοκος και διαρκής. Οι αντιδράσεις του γονιού, στο πλαίσιο του προπαρασκευαστικού θρήνου, εντοπίζονται σε επίπεδο συναισθηματικό, σωματικό, γνωστικό και συμπεριφορικό. Η διαδικασία της «ομαλής» εξέλιξης του προπαρασκευαστικού πένθους περιλαμβάνει διεργασίες

αποδοχής, θρήνου, συμφιλίωσης, αποσύνδεσης, και απόδοσης τιμής στη μνήμη του εκλιπόντα. Η πορεία και η ποιότητα των διεργασιών του προπαρασκευαστικού πένθους, θα επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη του πένθους των γονιών μετά το θάνατο του παιδιού τους (Bacqué, 2004).

Παιδιά των καρκινοπαθών

Γενικά ο θάνατος ενός γονιού, όταν το παιδί βρίσκεται στην παιδική ηλικία προμηγνύει δύσκολη ανάπτυξη του παιδιού. Σχετικές έρευνες συνδέουν το ψυχολογικό τραύμα που υφίστανται τα παιδιά που χάνουν τους γονείς τους με ψυχολογικές διαταραχές και προβληματικές συμπεριφορές (Salkind, 1999).

Όλα τα παιδιά εκφράζουν ενοχή για πιθανό ρόλο τους. Θλίψη και συμπόνια για τον γονιό, φόβο για τον εαυτό τους και θυμό ή δυσφορία γιατί έμειναν μόνο τους ή παραμερίστηκαν. Το τελευταίο μπορεί να έχει πραγματική βάση όταν τα νεαρά παιδιά απομακρύνονται από την οικογένεια. Τα γεγονότα αντικαθίστανται από φαντασίες, οι οποίες είναι πολύ περισσότερο οδυνηρές από την σκληρή πραγματικότητα. Είναι πολύ σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται και τα παιδιά στην επικοινωνία της οικογένειας και στο σύστημα εκείνο το οποίο στηρίζει το πρόβλημα. Παιδιά τα οποία πληροφορήθηκαν, όλα τα σχετικά με την αρρώστια των γονιών τους, όταν αυτοί κατέληξαν, έδειξαν λιγότερο θυμό και άγχος από ό,τι παιδιά στα οποία δεν έγινε κάποια ενημέρωση.

Ένας από τους παράγοντες που συμβάλει στα έφηβα παιδιά των καρκινοπαθών, να νοιώσουν έντονη αγωνία είναι η ανικανότητα των γονιών να συζητήσουν το πρόβλημα. Μελέτες με έφηβες θυγατέρες, των οποίων οι μητέρες υπέστησαν μαστεκτομή, αναφέρουν ότι τα κορίτσια αυτά ενώ, δεν εμφανίζουν προβληματικές συμπεριφορές, εκδηλώνουν ψυχοσωματικά προβλήματα (Lederberg, 1998).

Τα ενήλικα παιδιά μπορεί να είναι μπερδεμένα, σχετικά με τη σχέση παιδιού-γονέα και με το ρόλο τους. Αναλαμβάνοντας το ρόλο-φροντιστή, κάποιοι είναι υπερπροστατευτικοί προς τους ασθενείς γονείς, ενώ κάποιοι άλλοι υπερβάλουν, απαιτώντας συνεχή γονική φροντίδα ακόμα και αν ο γονιός είναι βαριά ασθενής.

Τα αδέρφια των καρκινοπαθών

Στα υπάρχοντα προβλήματα λόγω της ασθένειας, στη σχέση ανάμεσα στα αδέρφια, μπορεί να προϋπήρχαν και άλλα προβλήματα όπως μια σοβαρή αντιζηλία. Το γεγονός αυτό, είναι πολλές φορές πολύ οδυνηρό και ειδικά όταν οι ασθενείς δεν επιζούν. Τα

αδέλφια βιώνουν την όλη κατάσταση με έντονα συναισθήματα, το ίδιο ή περισσότερο έντονα σε σχέση με τους γονείς.

Σε ειδικές μετρήσεις όπως είναι η αυτοεκτίμηση, η κοινωνική απομόνωση και ο φόβος αντιμετώπισης από τα μέλη της οικογένειας, μια μελέτη κατέγραψε καλύτερα αποτελέσματα στις οικογένειες με μεγαλύτερο αριθμό παιδιών.

Η δυναμική της οικογένειας

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε διάφορα μοντέλα της οικογενειακής δυναμικής που είναι σημαντικά και είναι ανεξάρτητα από θεωρητικές κατευθύνσεις.

Οικογενειακά αναπτυξιακά στάδια

Οι οικογένειες, όπως και τα άτομα, πορεύονται δια μέσου ενός κύκλου ζωής, περνώντας από στάδια τα οποία παρουσιάζουν διαφορετικούς σκοπούς ή στόχους.

1. *Η πάρα πολύ νεαρή οικογένεια:* Το νιόπαντρο ζευγάρι ξεκινά την δημιουργία ενός καινούργιου συστήματος, ενώ ακόμα το απασχολούν θέματα, τα οποία σχετίζονται με την ανεξαρτητοποίηση από τις οικογένειες τους. Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να καταστρέψει την ένωση του ζευγαριού, ωθώντας τα άτομα πίσω στην εξάρτηση από τους γονείς τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, συχνές προστριβές και μια τάση του ασθενή να αποβάλει ή να μην συμπεριλαμβάνει τον ή την σύζυγο. Προβλήματα επίσης μπορεί να δημιουργηθούν, όταν η πατρική οικογένεια θέλει να αναλάβει πρωτοβουλίες που έχουν σχέση με την λήψη αποφάσεων, οι οποίες νομικά ανήκουν στον ή στην σύζυγο.
2. *Η νέα οικογένεια:* Οι οικογένειες οι οποίες έχουν μικρά παιδιά, εξισορροπούν ανάμεσα στα καθήκοντα της επιμέλειας των παιδιών και στις ανάγκες του γάμου, ενώ παράλληλα εδραιώνουν μια οικονομική βάση. Τις απασχολούν οι σχέσεις με τις οικογένειες από τις οποίες προέρχονται και συγχρόνως προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα νέο περίγυρο με δικούς τους φίλους. Ο καρκίνος, σε οποιοδήποτε μέλος, εξαντλεί την διαθέσιμη ενέργεια και διακόπτει την ισορροπία των σχέσεων. Σε ένα ασταθή γάμο, π.χ. μια μητέρα αναζητώντας συμβουλές για το stress που μπορεί να προκάλεσε ο καρκίνος, αυξάνει την απόσταση της σχέσης με το σύζυγο της και την εξάρτηση της από το παιδί. Μπορεί επίσης να

θρυμματίσει τα όρια εκείνα ανάμεσα στον οικογενειακό πυρήνα και στον οικογενειακό περίγυρο, ενώ μπορεί παραδόξως να αυξήσει την συνολική απομόνωση της οικογένειας.

3. *Η οικογένεια με παιδιά εφήβους και νεαρούς ενήλικες:* Ο κύριος στόχος αυτού του οικογενειακού μοντέλου είναι η σταδιακή λύση του οικογενειακού δεσμού, ο οποίος παραμένει ακόμα σταθερός. Είναι μια εύθραυστη και ευαίσθητη περίοδος, δεδομένου του γεγονότος ότι, αναμένεται ένταση και αναταραχή από πολύ ισχυρούς συναισθηματικούς παράγοντες. Η νεαρότερη γενιά θα πρέπει να μετακινηθεί προς μια καινούργια σχέση με τον γονιό, ενώ θα πρέπει συγχρόνως να σταθεροποιήσει την ταυτότητα και τους στόχους της. Ο καρκίνος αντίθετα διακόπτει αυτές τις διαδικασίες. Ο καρκίνος σε ένα παιδί μπορεί να σταματήσει την φυσιολογική ανάπτυξη του πολύ απότομα, όπως επίσης και των αδελφών του, ωθώντας σε παλινδρόμηση και δημιουργώντας σοβαρές συγκρούσεις αυτονομίας και εξάρτησης. Ο καρκίνος σε ένα γονέα μπορεί να δημιουργήσει ερωτήματα στους εφήβους, τα οποία ερωτήματα επιβραδύνουν ή σταματούν την διαδικασία της αποδέσμευσης και αυτονομίας από τους γονείς. Η διαδικασία αυτή γίνεται ακόμη πιο προβληματική, όταν οι γονείς αντιδρούν με υπερβολικό τρόπο και με διάφορες άλλες παράξενες συμπεριφορές.
4. *Η γηραιότερη οικογένεια:* Οι ηλικιωμένοι γονείς θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τους στόχους τους και τις έγνοιες τους στην κατεύθυνση των αναγκών της ηλικίας τους, ενθαρρύνοντας τον ρόλο του «ενήλικα» στα παιδιά τους. Συχνά τα νεαρότερα και ενήλικα μέλη της οικογένειας μπορεί να μην είναι διαθέσιμα να φροντίσουν τους γονείς τους, δημιουργώντας ένταση και προβλήματα στην μεταξύ τους σχέση. Ακόμα και σε υγιείς οικογένειες, τα ενήλικα παιδιά συνηθισμένα στην εικόνα που έχουν για τους γονείς τους και στην υποστήριξη που τους παρέχουν, είναι συχνά συναισθηματικά απροετοίμαστα να δεχτούν τους γονείς τους σε αδύναμη θέση. Ο θυμός ή η ενοχή που δημιουργείται από την ένταση της σχέσης, είναι ένα αποτέλεσμα που δεν μπορεί να αποφευχθεί.

Η ιστορία της οικογένειας και η στάση ζωής της.

Κάθε οικογένεια έχει την δική της ιστορία και ένα μεγάλο κομμάτι της ιστορίας που σχετίζεται με την ασθένεια, την απώλεια, τη διαχείριση του πόνου και την εξάρτηση, μας δίνει πληροφορίες για την «φιλοσοφία» της οικογένειας και ερμηνεύει τις συμπεριφορές της γύρω από θέματα ασθένειας. Το γεγονός αυτό μπορεί να

ερμηνεύσει μερικές φορές, την συμπεριφορά των γονέων και της οικογένειας η οποία μπορεί να φαίνεται με μια πρώτη ματιά, «παράξενη». Η ιστορία της οικογένειας μπορεί μερικές φορές να δημιουργήσει ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις από τη στιγμή που τα πιστεύω των επιμέρους μελών της οικογένειας σχετίζονται με τις οικογένειες από τις οποίες προέρχονται και δεν συσχετίζονται με την παρούσα οικογένεια στην οποία ανήκουν.

Η οργάνωση της οικογένειας

Όλες οι οικογένειες, ακόμα και αυτές οι οποίες φαινομενικά είναι χαοτικές, έχουν μια πολύπλοκη δομή. Είναι ένα σύστημα το οποίο σχηματίζεται από λειτουργικά υποσυστήματα, όπως είναι οι σύζυγοι ή τα αδέρφια οι οποίοι διατηρούν δυναμικά όρια και τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους διάμεσου των ιεραρχικών γραμμών. Σε μια τέτοια σταθερή οργάνωση, η οποία προωθεί την ασφάλεια και τη συνεκτικότητα των μελών της οικογένειας, καταβάλλεται από τα μέλη της μεγάλη προσπάθεια για την διατήρησή της. Ο καρκίνος όμως αποτελεί ένα μείζονα αποσταθεροποιητικό παράγοντα. Πολλές οικογένειες αρνούνται να παραδεχτούν τη διάγνωση του καρκίνου και την επίδραση που μπορεί να έχει αυτή και προσκολλούνται πάρα πολύ δυνατά στην προηγούμενη τους δομή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία μη λειτουργικών, ακόμα και καταστροφικών συμπεριφορών στα μέλη τους. Κάποια μέλη της οικογένειας επηρεάζονται αρνητικά, αφήνοντας κάποια άλλα μέλη αποδιοργανωμένα και αποπροσανατολισμένα. Ακόμα και πιο ευέλικτες οικογένειες όταν βιώνουν stress, αλλάζουν τα πρότυπα της συμπεριφοράς τους στην κατεύθυνση του κυριαρχικού στυλ. Με αυτό τον τρόπο δείχνουν πάρα πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στα οικογενειακά πρότυπα γιατί αυτός είναι ο ευκολότερος αν και όχι πάντα ο καλύτερος τρόπος για να δείξουν το άγχος τους.

Η αντίδραση της οικογένειας στις συμπεριφορές του προσωπικού Υγείας

Όταν η οικογένεια δεν μένει ικανοποιημένη από τις Υπηρεσίες Υγείας ή όταν το άγχος που βιώνει είναι πάρα πολύ μεγάλο, τότε η συναισθηματική αυτή ένταση μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στον ασθενή. Ακόμα και αν αυτός είναι πολύ καλά ενεργοποιημένος, υπάρχει η πιθανότητα να πειστεί να σταματήσει την θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή, επειδή το προσωπικό δεν καταλαβαίνει τον τρόπο και την οδύνη που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας και την αρνητική επιρροή της στον ασθενή, τους θεωρεί ανεύθυνους. Θα πρέπει επίσης να προστεθεί ότι, μερικές οικογένειες

πραγματικά έχουν αυτή τη ταμπέλα του «απαράδεκτου» και άλλες δημιουργούν ένα κλίμα που έχει ένα πολύ κακό αποτέλεσμα στην θεραπεία του ασθενή.

Διατηρώντας την σταθερότητα

Μέσα σε όλα αυτά λοιπόν, η οικογένεια παρά την συναισθηματική επιβάρυνση, θα πρέπει να διατηρήσει ισορροπίες σε πολλά επίπεδα.

Παραδόξως, η διατήρηση της ισορροπίας προϋποθέτει την δυνατότητα για αλλαγή, που στην πράξη μεταφράζεται, ως μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα. Η αλλαγή μπορεί να είναι η μόνη πραγματικότητα, εφόσον ο καρκίνος παρουσιάζει συνεχώς νέες απαιτήσεις π.χ. οι ανάγκες στη περίοδο της διάγνωσης διαφέρουν από εκείνες της θεραπείας.

Από την οπτική γωνία της λειτουργικότητας της οικογένειας, μπορεί να υπάρξει πρόβλημα, όταν διατηρούνται τα υπάρχοντα πρότυπα της συμπεριφοράς των μελών. Το φαινόμενο εξελίσσεται φυσιολογικά, όταν η οικογένεια επιδειξεί ικανότητα να αλλάξει και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Έτσι η οικογένεια ενώ μπορεί να φαίνεται αρκετά παράξενη στο προσωπικό ενός νοσοκομείου, μπορεί να είναι δομικά υγιής, εάν αλλάζει για να καλύψει τις ανάγκες της συγκεκριμένης κατάστασης και των μελών της. Είναι σημαντικό τα μέλη της οικογένειας να αναλαμβάνουν και συγχρόνως να εναλλάσσουν ρόλους έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η ισορροπία μεταξύ τους. Για παράδειγμα, μέσα στην οικογένεια, θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα επίλυσης περίπλοκων και σε πολλές περιπτώσεις αντικρουόμενων καταστάσεων, υποστήριξης τόσο της αλλαγής όσο και της σταθερότητας, προσδιορισμός και ενίσχυση των δυνατών σημείων και επεξεργασία των συμπτωμάτων με επικοδομητικό τρόπο. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να είναι ακλόνητα ως προς τις επιλογές τους, να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται διαμάχες και δυσλειτουργίες και να κάνουν αποφασιστικές επιλογές ανάμεσα σε αντικρουόμενες ανάγκες, χωρίς να είναι απορροφημένοι με αυτές και χωρίς να νοιώθουν ενοχές γι αυτές.

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι, προσωπικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικότερο ρόλο στο να είναι καλά η οικογένεια, από ότι παράγοντες ασθένειας, ακόμη και σε απαιτητικές διαδικασίες αντιμετώπισης της νόσου, όπως π.χ. μεταμόσχευση μυελού (Ledeborg, 1998).

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η πλαισίωση της οικογένειας από το κοινωνικό της περιβάλλον και η υποστήριξη που μπορεί να έχει από αυτό, αλλά και από τους επαγγελματίες Υγείας. Απαραίτητη θεωρείται η έκφραση συναισθημάτων (θετικών και αρνητικών), φόβων, ελπίδων και η ενίσχυση της επικοινωνίας της με το άρρωστο μέλος της. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά στην ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων που στηρίζουν ασθενείς με καρκίνο. Έτσι μειώνονται οι αρνητικές επιπτώσεις από τη νόσο.

B. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.

Πολλά μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί για να δώσουν εννοιολογικό πλαίσιο στην έρευνα που αφορά στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αντιμετωπίζουν το stress. Τα κυριότερα από αυτά είναι τα μοντέλα ερεθίσματος- αντίδρασης (Compas, 1987), τα αλληλεπιδραστικά (Folkman, 1984) και το διαζωνικό μοντέλο (Hobfoll και συν., 1994). Είχε διαπιστωθεί ότι η επιτυχής αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και διατήρηση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Ήδη, από το 1966, ο Lazarus είχε συνδέσει τις επιτυχείς ή ανεπιτυχείς προσπάθειες αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων με την υγεία. Μαζί με την Folkman υποστήριξαν ότι, όταν το άτομο χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές στρατηγικές και δεν κατορθώνει να αντιμετωπίσει την πηγή του προβλήματος, τότε προκαλείται ακόμα μεγαλύτερο άγχος που διογκώνεται συνεχώς. Αποτέλεσμα είναι να καταλήξει το άτομο σε μια κατάσταση «αδυναμίας», που περιλαμβάνει συμπτώματα χρόνιου άγχους, κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης.

Έννοια του όρου «αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων».

Στη διεθνή βιβλιογραφία η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων αποδίδεται με τον αγγλόφωνο όρο «coping». Για λόγους καλύτερης επικοινωνίας, ο ίδιος όρος χρησιμοποιείται διεθνώς καθώς είναι μονολεκτικός, περιεκτικός και αντιπροσωπεύει ένα σύνολο ποικίλων ενεργειών και συμπεριφορών.

Κεντρικός άξονας όλων των ορισμών της «αντιμετώπισης του άγχους/ stress» που έχουν κατά καιρούς προταθεί είναι η «πάλη» με εξωτερικές και εσωτερικές αντιξοότητες, συγκρούσεις και έντονα συναισθήματα. Κατά τους Lazarus και Folkman (1984), η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων είναι «η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί/ ρυθμίσει απαιτήσεις (εσωτερικές ή εξωτερικές) που το ίδιο θεωρεί ότι θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του». Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, ο ορισμός αυτός έχει πολλά πλεονεκτήματα:

1^{ον} περιγράφει τον όρο διαδικασία ως μια δυναμική επεξεργασία και όχι ως σταθερό χαρακτηριστικό ή στυλ συμπεριφοράς.

2^{ον} αναφέρεται σε προσπάθειες του ατόμου να χειριστεί ή να ρυθμίσει (και όχι να ελέγξει) αρνητικά ερεθίσματα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να συμπεριλάβει

επανακαθορισμό, ανοχή ακόμη και αποδοχή ενός αρνητικού γεγονότος, αν αυτό πρόκειται να οδηγήσει σε αποτελεσματική προσαρμογή.

3^{ον} θεωρεί ότι η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων είναι η κινητοποίηση του οργανισμού, η σκόπιμη προσπάθεια του ατόμου να αντιδράσει σε μια εσωτερική ή εξωτερική αντιξοότητα.

Ακριβώς επειδή η αντιμετώπιση του άγχους προϋποθέτει σκόπιμη προσπάθεια, δεν μπορεί να είναι συνώνυμη με αντανακλαστικές ή αυτοματοποιημένες αντιδράσεις του ατόμου, διότι οι τελευταίες είναι έξω από την βούλησή του (Compas, 1987).

Για παρεμφερείς λόγους, η σκόπιμη αντιμετώπιση του άγχους δεν πρέπει να συγχέεται με τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι λειτουργούν στο υποσυνείδητο, που το άτομο χρησιμοποιεί για να πετύχει το ίδιο αποτέλεσμα (μείωση άγχους). Η έννοια της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων διαφέρει και από την έννοια «προσαρμογή», δεδομένου ότι η δεύτερη είναι γενικότερη/ ευρύτερη και περιλαμβάνει ποικίλους και όχι μόνο σκόπιμους τρόπους αντιμετώπισης μιας δυσκολίας (Lazarus και Folkman, 1984).

Το αλληλεπιδραστικό μοντέλο των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping).

Οι Lazarus και Folkman (1984) παρουσίασαν τον ευρύτερα αποδεκτό ορισμό της αντιμετώπισης, ο οποίος αναφέρεται στην αλλαγή των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών για τη διαχείριση του ψυχολογικού stress.

Η θεωρία των Lazarus και Folkman για το stress και την αντιμετώπιση του τονίζει ότι η έννοια της αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου παράγοντα είναι μια διεργασία. Σύμφωνα με τη θεωρία, σημαντικό ρόλο παίζουν οι διεργασίες που προηγούνται της αντιμετώπισης. Αυτές καθορίζουν τη σημασία ενός γεγονότος για το άτομο, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι σε αυτό. Στην πρώτη διεργασία διακρίνονται δύο τύποι γνωστικής εκτίμησης: η πρωτογενής και η δευτερογενής. Η πρώτη αναφέρεται στην εκτίμηση της κατάστασης κατά την οποία το άτομο αξιολογεί τη σημασία που έχει ένας στρεσογόνος παράγοντας για την ευημερία του, δηλ. αν πρόκειται για μια απώλεια, μια απειλή ή μια πρόκληση. Η δευτερογενής εκτίμηση, αναφέρεται στην αξιολόγηση των αποθεμάτων του, τις διαθέσιμες πηγές του, καθώς και τις επιλογές και τους εναλλακτικούς τρόπους για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Στην πρωτογενή εκτίμηση, ένα γεγονός χαρακτηρίζεται ως «απώλεια» όταν εκτιμάται ότι έχει προκαλέσει μια καταστροφή, ως «απειλή» όταν εκτιμάται ότι υπάρχει κίνδυνος επικείμενης καταστροφής και ως «πρόκληση» όταν εκτιμάται ότι υπάρχει πιθανότητα να ξεπεραστεί οριστικά το γεγονός και το άτομο να έχει κέρδος από αυτό (Folkman, 1984). Στη γνωστική διαδικασία της πρωτογενούς εκτίμησης, σημαντικό ρόλο παίζουν οι αντιλήψεις του για τον έλεγχο της κατάστασης, οι κρίσεις του για το τι είναι σημαντικό για το ίδιο το άτομο, και οι παράγοντες που έχουν σχέση με την κατάσταση.

Κατά τη δευτερογενή εκτίμηση γίνεται η αξιολόγηση των αποθεμάτων του ατόμου για την αντιμετώπιση και των επιλογών που έχει για να αντιδράσει. Εδώ εγείρεται το ερώτημα: «Τι μπορώ να κάνω για αυτό που μου συμβαίνει;».

Τα αποθέματα αντιμετώπισης περιγράφονται ως μεσολαβητική μεταβλητή που μειώνει τις επιπτώσεις των στρεσογόνων γεγονότων ή διευκολύνει την αντιμετώπιση τους. Τα αποθέματα του ατόμου αξιολογούνται πάντα με βάση τις απαιτήσεις του. Έτσι μπορούμε να διακρίνουμε σε γενικές γραμμές τις εξής κατηγορίες αποθεμάτων: «Κοινωνικά αποθέματα», όπως κοινωνικό δίκτυο και κοινωνικά συστήματα υποστήριξης, όπου το άτομο μπορεί να έχει πληροφορίες, υλική βοήθεια και συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης, αποθέματα μπορεί να θεωρηθούν και οι διαπροσωπικές σχέσεις που περιλαμβάνουν τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, τα θετικά καθημερινά γεγονότα ή η ικανότητα συλλογής ενέργειας και καλής θέλησης από τις αλληλεπιδράσεις με το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον. Σύμφωνα με τις Roussi και Vassilaki (2001), η δευτερογενής εκτίμηση μπορεί να γίνει προβληματική όταν αγνοούνται οι κοινωνικοί παράγοντες. Ως «ψυχολογικά αποθέματα» θεωρούνται: η πίστη που αντλείται από την ελπίδα, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, η αυτό-εκτίμηση και τα «υλικά αποθέματα» όπως χρήματα, εργαλεία ή εξοπλισμός.

Τα αποθέματα μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας, προϋπάρχουσα υγεία, αξίες, αίσθηση ελέγχου και ειδικές δεξιότητες.

Σημαντικό κομμάτι της δευτερογενούς εκτίμησης είναι οι αξιολογήσεις για τον έλεγχο της κατάστασης που λαμβάνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά της κατάστασης.

Η δεύτερη διεργασία, δηλαδή η αντιμετώπιση της κατάστασης (coping), αφορά τις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να αποκτήσει έλεγχο, να ενεργήσει προς τη λύση του προβλήματος και να μειώσει ή να ανεχθεί τις εσωτερικές

και εξωτερικές απαιτήσεις που δημιουργούνται από τη στρεσογόνο συναλλαγή (Folkman και Lazarus,1980).

Ως «αντιμετώπιση» ορίζεται η προσπάθεια επίλυσης, ανοχής και/ ή μείωσης των εξωτερικών και εσωτερικών πιέσεων που ασκεί η κατάσταση. Είναι μια δυναμική διεργασία κατά την οποία η αναθεώρηση της εκτίμησης οδηγεί σε αλλαγές στην αντιμετώπιση και αντίστροφα.

Στον ορισμό αυτό υπάρχουν τρία χαρακτηριστικά στοιχεία που εκφράζουν και τον γενικότερο προσανατολισμό της θεωρίας. Πρώτον, η αντιμετώπιση θεωρείται διεργασία και υπό αυτή την έννοια εστιάζεται στο τι πραγματικά το άτομο σκέφτεται και κάνει σε ένα συγκεκριμένο στρεσογόνο γεγονός και στο πως αυτό αλλάζει καθώς το συμβάν εξελίσσεται στο χρόνο. Δεύτερον, η αντιμετώπιση έχει άμεση σχέση με το πλαίσιο στο οποίο διαδραματίζεται, δηλ. επηρεάζεται από τις εκτιμήσεις του ατόμου για τις πραγματικές απαιτήσεις του γεγονότος και τα αποθέματα που έχει το ίδιο για να τις χειριστεί. Έτσι, συγκεκριμένες ατομικές μεταβλητές (π.χ. προδιάθεση για ένα συγκεκριμένο στυλ αντιμετώπισης) και μεταβλητές της κατάστασης (π.χ. ελεγχιμότητα της κατάστασης) επηρεάζουν από κοινού τις προσπάθειες για αντιμετώπιση. Τρίτον, δεν υπάρχουν εκ των προτέρων υποθέσεις για την σωστή ή την λάθος αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση καθορίζεται ανεξάρτητα από τα αποτελέσματά της, δηλαδή χωρίς να ενδιαφερόμαστε για την επιτυχία ή όχι των προσπαθειών του ατόμου. Αυτό είναι απαραίτητο για να μπορεί η έννοια της αντιμετώπισης να χρησιμοποιηθεί για να προβλέψει αποτελέσματα. Διαφορετικά, αν η αντιμετώπιση ορίζεται σε σχέση με τα αποτελέσματα της ή αξιολογείται εκ των προτέρων, τείνει να είναι μια ταυτολογία κατά την οποία η διεργασία της αντιμετώπισης συγχέεται με τα αποτελέσματα τα οποία καλείται να ερμηνεύσει ή να προβλέψει (Folkman και Lazarus,1980).

Παράλληλα δίνεται έμφαση στη σχέση ατόμου και περιβάλλοντος. Η αλληλεπίδραση αυτή ορίζεται ως σχέση δυναμική που σημαίνει ότι αλλάζει μέσα στο χρόνο και ως σχέση διπλής κατεύθυνσης, που σημαίνει ότι το άτομο μπορεί να επηρεάζει αλλά και να επηρεάζεται από την κατάσταση. Το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η αντιμετώπιση είναι σημαντική μεταβλητή (Coyne και Smith, 1991).

Πολλοί παράγοντες συμμετέχουν στη διαδικασία της αντιμετώπισης, όπως τα γεγονότα που εμπλέκονται, η προσωπικότητα, τα εφόδια που έχει το άτομο και κυρίως το νόημα που δίνει το άτομο σε αυτά που συμβαίνουν. Επειδή τα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αλλάζουν δύσκολα, η αντιμετώπιση είναι ευκολότερη για μερικά άτομα ενώ όχι για άλλα. Αυτά που μπορεί να αλλάξουν είναι οι τρόποι σκέψης και συμπεριφοράς. Η αισιοδοξία είναι μια διάσταση της προσωπικότητας που συμβάλλει στον τρόπο αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Η επίκτητη αισιοδοξία (Shatte, και συν., 1999), παρέχει ελπίδες ότι αυτές οι πλευρές της προσωπικότητας είναι δυνατόν να τροποποιηθούν και κατά συνέπεια η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει μια πιο εύκολη διεργασία.

Σύμφωνα με τους Scheier και Carver (1985) η αισιοδοξία αντιπροσωπεύει μια γενικευμένη τάση για αναμονή θετικών αποτελεσμάτων στη ζωή. Η προσδοκία αυτή παρακινεί σε περαιτέρω προσπάθεια, επιμονή και υπομονή. Έτσι τα αισιόδοξα άτομα οδηγούνται σε μεγαλύτερη επίτευξη των στόχων τους σε σύγκριση με τα απαισιόδοξα άτομα.

Η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης φαίνεται να εξαρτάται περισσότερο από την πληθώρα επιλογών παρά από το είδος της. Η ατομική εκτίμηση, η αντίληψη ή η σημασία του στρεσογόνου γεγονότος προσεγγίζονται όλο και περισσότερο ως απαραίτητες μεταβλητές στις αντιδράσεις στο stress (Lazarus και Folkman, 1984).

Ταξινόμηση- είδη στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Η διερεύνηση του και τη θεωρητική του προσέγγιση ενός ψυχολογικού φαινομένου μπορεί να βοηθά στην ταξινόμηση του. Αυτό ισχύει και στην περίπτωση του άγχους και των τρόπων αντιμετώπισης του όπως χαρακτηριστικά προκύπτει από την έρευνα των Lazarus και Folkman.

Στη συνέχεια παρατίθενται δύο θεωρήσεις οι οποίες επεκτείνουν το μοντέλο των Lazarus και Folkman και του προσθέτουν μια σαφή εξελικτική διάσταση.

α. Η πρώτη θεώρηση (Boekaerts, 1996), παρουσιάζει την όλη διαδικασία «άγχος-αντιμετώπιση του» ως μια σειρά στοιχείων τα οποία διαδέχονται το ένα το άλλο και αλληλεπιδρούν από τη στιγμή της εμφάνισης ενός αγχογόνου ερεθίσματος μέχρι την αντιμετώπιση του. Τέτοια στοιχεία είναι: 1) το αρνητικό γεγονός καθαυτό, 2) οι δεξιότητες αντιμετώπισης, 3) οι σκοποί της αντιμετώπισης, 4) η εκτίμηση της κατάστασης, 5) η πρόθεση για αντιμετώπιση και 6) οι συγκεκριμένες στρατηγικές που υιοθετούνται. Στα στοιχεία αυτά προστίθενται δύο ακόμη παράμετροι της όλης διαδικασίας, που είναι και ξεχωριστά χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου: η τροποποίηση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και η αξιολόγηση των σκοπών της αντιμετώπισης. Τα δύο αυτά στοιχεία αποτελούν

συνέχεια των συγκεκριμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση ενός αγχογόνου ερεθίσματος. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικός και ο ρόλος της μνήμης εργασίας, η οποία συνδέεται (επηρεάζει και επηρεάζεται) από τα πρώτα τέσσερα στοιχεία..

β. Η δεύτερη εναλλακτική θεώρηση της διαδικασίας «άγχος-αντιμετώπιση» διευρύνει το θεωρητικό μοντέλο των Lazarus και Folkman για να περιλάβει και τον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου (Berg και συν., 1998). Σύμφωνα με αυτή την θεώρηση, η αντιμετώπιση ενός αγχογόνου ερεθίσματος δεν είναι ατομική υπόθεση, αλλά υπόθεση μιας κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει το άτομο. Οι «άλλοι» δεν υποστηρίζουν απλώς τις αποφάσεις/ δραστηριότητες ενός μεμονωμένου ατόμου, αλλά εμπλέκονται σε μια συλλογική προσπάθεια αντιμετώπισης του άγχους. Η εξελικτική φύση του μοντέλου αυτού έγκειται στη συνεχή αλλαγή των σχέσεων ατόμου-ομάδας στα επάλληλα εξελικτικά στάδια.

Με βάση τις παραπάνω θεωρήσεις του φαινομένου «άγχος-αντιμετώπιση» έχουν προταθεί πολλές διαστάσεις της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Οι Lazarus και Folkman, χρησιμοποιώντας ως κριτήριο ταξινόμησης την κατεύθυνση των ενεργειών του ατόμου, έχουν προτείνει τη διάκριση ανάμεσα σε στρατηγικές που είναι «εστιασμένες στο πρόβλημα» και εκείνες που είναι «εστιασμένες στο συναίσθημα». Οι πρώτες αναφέρονται σε προσπάθειες κατευθυνόμενες προς την επίλυση του αγχογόνου προβλήματος. Οι δεύτερες στη ρύθμιση του παραγόμενου, εξαιτίας του προβλήματος, συναισθήματος. Άλλοι ερευνητές διαχωρίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε αντίστοιχες ομάδες, που αναφέρονται κατ' ουσία σε παρόμοιες διαδικασίες, δίδοντας τους όμως άλλα ονόματα. Έτσι οι Billings και Moos (1981), διακρίνουν μεταξύ «ενεργητικών» στρατηγικών και στρατηγικών «αποφυγής». Οι Herman και McHale (1993), αναφέρονται σε στρατηγικές «προσέγγισης» και σε στρατηγικές «αποφυγής». Σε κάθε περίπτωση, όμως, η πρώτη ομάδα αναφέρεται σε στρατηγικές που στοχεύουν στο πρόβλημα (π.χ. αναζήτηση βοήθειας ή πληροφοριών, εφαρμογή τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, κ.ά.), ενώ η δεύτερη ομάδα αφορά σε στρατηγικές που ρυθμίζουν το συναίσθημα: αντί, δηλ., να καταβληθεί προσπάθεια αλλαγής των εξωτερικών συνθηκών, μεταβάλλεται το συναίσθημα και η αντίληψη του ατόμου (π.χ., αποφυγή του ερεθίσματος, γνωστική επαναξιολόγηση, απομόνωση, κ.ά.).

Με κριτήριο τους στόχους του ατόμου, οι Weisz και συν. (1994) ταξινομούν τις στρατηγικές σε πρωτογενούς και δευτερογενούς ελέγχου. Ένα άλλο κριτήριο

ταξινόμησης που έχει χρησιμοποιηθεί είναι η μέθοδος αντιμετώπισης. Έτσι οι μέθοδοι έχουν ταξινομηθεί σε γνωστικές και σε συμπεριφορικές στρατηγικές (Ebata και Moos, 1991). Όσο αφορά τη λειτουργία/ αποτελεσματικότητα οι McCrae και Costa (1986), τις διακρίνουν σε «νευρωτικές» και σε «ώριμες» στρατηγικές.

Τέλος οι Westman και Shirom (1995), πρότειναν μια ενδιαφέρουσα ταξινόμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι συγγραφείς διέκριναν δύο διαστάσεις στην αντιμετώπιση του άγχους: α) το περιεχόμενο της στρατηγικής και β) τον περίγυρο. Με βάση το περιεχόμενο γίνεται η διάκριση σε άμεσες και ενεργητικές στρατηγικές (σε αντίθεση με τις έμμεσες και παθητικές) και στρατηγικές που είναι επαρκείς (σε σχέση με τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις). Με βάση το περίγυρο και τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις, οι ίδιοι συγγραφείς θεωρούν σημαντική την ποικιλία των διαθέσιμων στρατηγικών και την ευελιξία (τη δυνατότητα δηλαδή του ατόμου να τροποποιεί τις στρατηγικές του, ανάλογα με το είδος του αγχογόνου ερεθίσματος).

Διάκριση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Σύμφωνα με τη θεωρία των Folkman και Lazarus η διεργασία της αντιμετώπισης έχει δύο βασικές λειτουργίες: α) το χειρισμό και επίλυση του προβλήματος που προκαλεί τη δυσφορία και β) τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στην «επίλυση του προβλήματος» έχει σαν στόχο να βοηθήσει το άτομο να ελέγξει την προβληματική του σχέση με το περιβάλλον. Αυτό πραγματοποιείται μέσω των προσπαθειών για την επίλυση του προβλήματος, της λήψης αποφάσεων ή και της ενεργούς δράσης (π.χ. αναζήτηση βοήθειας ή πληροφοριών, εφαρμογή τεχνικών επίλυσης προβλημάτων κ.ά.). Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στη «ρύθμιση του συναισθήματος» χρησιμοποιείται για να ελέγξει τα συναισθήματα σε σχέση με τη στρεσογόνο κατάσταση, κάτι που επιτυγχάνεται είτε αλλάζοντας το νόημα που έχει η κατάσταση για το άτομο, είτε θέτοντας νέους στόχους, εγκαταλείποντας τους παλιότερους. Το άτομο δεν καταβάλλει προσπάθεια να αλλάξει τις εξωτερικές συνθήκες αλλά μεταβάλλεται το συναίσθημα και η αντίληψη του (π.χ. αποφυγή του ερεθίσματος, γνωστική επαναξιολόγηση, απομόνωση κ.ά.).

Παρόλο που οι λειτουργίες της αντιμετώπισης είναι ποιοτικά διαφορετικές και οι δύο κατευθύνονται τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στο περιβάλλον του (π.χ. ακόμη και όταν ρυθμίζουμε τα συναισθήματα μας, μπορούμε να αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας και να επηρεάσουμε έτσι έμμεσα το περιβάλλον μας). Οι Scheier και οι συν., (1986),

έδειξαν ότι στις περισσότερες στρεσογόνες καταστάσεις τα άτομα χρησιμοποιούν και τους δύο τύπους αντιμετώπισης σε αναλογία ή οποία καθορίζεται από το πώς εκτιμάται το γεγονός (π.χ. σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των πιθανοτήτων για έλεγχο της κατάστασης). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Folkman και Lazarus (1980), βρέθηκε ότι οι προσπάθειες για το χειρισμό του προβλήματος αυξάνονται σε καταστάσεις που εκτιμώνται ότι πιθανώς θα αλλάξουν, ενώ οι προσπάθειες για τη ρύθμιση των συναισθημάτων αυξάνονται σε καταστάσεις που εκτιμώνται ως μη επιδεχόμενες αλλαγής.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε δεδομένα που υποδηλώνουν πως συχνά μια σοβαρή ασθένεια υποκινεί εσωτερικές διεργασίες οι οποίες οδηγούν στην νοηματοδότηση της εμπειρίας. Οι Rothbaum και συν. (1982) πρότειναν ότι, όταν αντιμετωπίζει κανείς καταστάσεις που δεν επιδέχονται αλλαγή, τότε είναι πιο προσαρμοστικό να εναρμονιστεί με την κατάσταση και να αναζητήσει άλλες μορφές ελέγχου, όπως για παράδειγμα, έλεγχο μέσω μιας συμμαχίας με ισχυρούς άλλους ή μέσω μιας προσπάθειας να δώσει ένα νέο νόημα στην εμπειρία. Αντίθετα, η άμεση προσπάθεια να αλλάξουμε κάτι που δεν επιδέχεται αλλαγή πιθανόν να οδηγήσει στη ματαίωση και στην απογοήτευση (Folkman, 1984, Rothbaum 1982).

Σύμφωνα με τον Stanton (1994), οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» συχνά θεωρούνται ταυτόσημες με την άρνηση, την αποφυγή και την παραίτηση και σχετίζονται με την ψυχική δυσφορία, αν χρησιμοποιηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επίσης, αρκετά από τα εργαλεία που υποτίθεται ότι εκτιμούν στρατηγικές οι οποίες αποσκοπούν «στη ρύθμιση των συναισθημάτων», στην πραγματικότητα εκτιμούν ψυχική δυσφορία. Σε πρόσφατες έρευνες χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία στα οποία ο ορισμός των στρατηγικών αυτών διευρύνεται, έχοντας με την αφαίρεση δηλώσεων που συγχέονται με την ψυχική δυσφορία. Στις έρευνες αυτές έχει βρεθεί ότι η χρήση στρατηγικών, που αποσκοπούν «στη ρύθμιση του συναισθήματος» σε καταστάσεις των οποίων η έκβαση είναι μη ελεγχόμενη, σχετίζεται όχι μόνο με την ψυχική υγεία αλλά και με την καλύτερη σωματική υγεία. (Pennebaker και συν, 1999). Επίσης, έρευνες δείχνουν ότι σε τέτοιες συνθήκες οι στρατηγικές που αποσκοπούν «στη ρύθμιση του συναισθήματος» είναι πιο προσαρμοστικές από ότι οι στρατηγικές που αποσκοπούν «στην επίλυση του προβλήματος».

Βέβαια, η διάκριση των στρατηγικών ανάλογα με το αν εστιάζονται στο συναίσθημα ή στο πρόβλημα είναι σχηματική. Στρατηγικές εστιασμένες «στη ρύθμιση του

συναισθήματος» μπορούν να προάγουν την επίλυση ενός προβλήματος επειδή δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες ηρεμίας που απαιτούνται. Επίσης, είναι πιθανό στρατηγικές «εστιασμένες στο πρόβλημα» να χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση του συναισθήματος. Εξάλλου, άσχετα από το είδος του προβλήματος που το άτομο αντιμετωπίζει, οι έρευνες έχουν δείξει ότι χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και τα δύο είδη στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Folkman και Lazarus, 1980).

Σε μια σοβαρή ασθένεια με πολλαπλές απαιτήσεις, οι οποίες μεταβάλλονται συνεχώς, χρειάζεται ένας ευέλικτος τρόπος εκτίμησης της κατάστασης και ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών, το οποίο θα περιέχει στρατηγικές «επίλυσης του προβλήματος» αλλά και «ρύθμισης του συναισθήματος».

Παράγοντες που συνδέονται με τα είδη αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Μετά από έρευνα των δύο τελευταίων δεκαετιών έχουν προκύψει συγκεκριμένα ευρήματα σχετικά με τους παράγοντες που συνδέονται με τη διαφορετική χρήση των ποικίλων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Χαρακτηριστικά του ερεθίσματος / περιβάλλοντος: Το αγχογόνο ερέθισμα καθεαυτό φαίνεται να συνδέεται με το είδος της προτεινόμενης στρατηγικής για την αντιμετώπιση του. Ένα χαρακτηριστικό είναι η ελεγχιμότητα (κατά πόσο δηλαδή ένα ερέθισμα γίνεται αντιληπτό ως εύκολο ή δύσκολο να ελεγχθεί).

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό του ερεθίσματος είναι η ασάφεια.. Όταν η όλη κατάσταση είναι ασαφής (π.χ. ακαθόριστες συνθήκες απειλής ή κινδύνου), το άτομο τείνει να υιοθετεί στρατηγικές αντιμετώπισης με βάση την εμπειρία του, τις πεποιθήσεις του ή την προσωπικότητα του (Folkman και Lazarus 1984).

Προσωπικότητα. Όπως δείχνουν πολλές έρευνες, τόσο η προσωπικότητα του ατόμου ως σύνολο, όσο και επιμέρους χαρακτηριστικά της, επηρεάζουν το είδος της στρατηγικής που θα χρησιμοποιηθεί. Τέτοια επιμέρους χαρακτηριστικά είναι η αίσθηση αντοχής (Kobasa, 1986), η συμπεριφορά τύπου A (Glass, 1977), ο ενδοπροσωπικός / εξωπροσωπικός έλεγχος (που επηρεάζει την αντίληψη αν ένα γεγονός είναι ελέγξιμο ή όχι) (Carver και συν., 1989), η αυτοεκτίμηση (Brodzinsky και συν., 1992), η δημοτικότητα (Fabes και συν., 1992) και οι διαστάσεις της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια και η δεκτικότητα σε εμπειρίες (Costa και συν., 1996).

Φύλο. Ο παράγοντας αυτός είναι από τους συχνότερα εξεταζόμενους στις σχετικές έρευνες. Ευκρινέστερη φαίνεται να είναι η διαφορά του φύλου στις παθητικές ή και εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές. Τα δύο αυτά είδη στρατηγικής χρησιμοποιούνται συχνότερα από το γυναικείο πληθυσμό.

Ερωτηματολόγιο των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Οι Folkman και Lazarus (1980) δημιούργησαν για ενήλικες το πρώτο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Το «The Ways of Coping Scale» (W.O.C.), περιείχε 68 προτάσεις που περιέγραφαν γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές. Τα υποκείμενα δήλωναν ποιες από τις στρατηγικές αυτές χρησιμοποιούσαν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων. Η κλίμακα αναθεωρήθηκε με γλωσσικές βελτιώσεις, τροποποιήσεις, προσθήκες και αφαιρέσεις προτάσεων και με τη χρήση της κλίμακας τύπου Likert (με τέσσερις διαβαθμίσεις) για τις απαντήσεις (Lazarus και Folkman, 1984). Η ανάλυση των δεδομένων καθόρισε οκτώ παράγοντες: α) Άμεση αντιμετώπιση (π.χ. «στάθηκα στα πόδια μου και αγωνίστηκα για αυτό που ήθελα»). β) Αποστασιοποίηση (π.χ. «συνέχισα σαν να μην είχε συμβεί τίποτα»). γ) Αυτοέλεγχος (π.χ. προσπάθησα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου»). δ) Αναζήτηση κοινωνικής στήριξης (π.χ. «μίλησα με κάποιον για να μάθω περισσότερα για την κατάσταση»). ε) Αποδοχή υπευθυνότητας (π.χ. «έκανα κριτική στον εαυτό μου»). στ) Απόδραση/ Αποφυγή (π.χ. «ήλπιζα ότι θα συνέβαινε ένα θαύμα»). ζ) Σχεδιασμός- Επίλυση προβλήματος (π.χ. «έκανα σχέδιο και το εφάρμοσα»). η) Θετική επανεκτίμηση (π.χ. «άλλαξα ως άτομο με καλό τρόπο») (Folkman και συν., 1986). Οι οκτώ αυτοί παράγοντες ανήκουν εννοιολογικά στις δύο διαστάσεις αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων: στις στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα και σε εκείνες που εστιάζονται στο συναίσθημα.

Η κλίμακα Ways of Coping, σε συνδυασμό με τη θεωρητική προσέγγιση των Lazarus και Folkman για το stress και την αντιμετώπιση του, έχει ασκήσει σημαντική επίδραση στην κατοπινή σχετική έρευνα και έχει χρησιμοποιηθεί αυτούσια ή με τροποποιήσεις σε μεγάλο αριθμό μελετών τόσο με ενήλικους όσο και με παιδιά και εφήβους.

Σκοπός της Έρευνας

Η παρούσα εργασία έχει σαν στόχο την διερεύνηση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων που χρησιμοποιούν τα άτομα σε καταστάσεις που αξιολογούνται ως δυσάρεστες και αγχογόνες. Το κύριο ενδιαφέρον της έρευνας αφορά τους τρόπους που ενεργοποιεί και χρησιμοποιεί ο συγγενής για να μπορέσει να αντεπεξέλθει στην στρεσογόνο κατάσταση που βιώνει φροντίζοντας τον ασθενή.

Για το σκοπό αυτό συμμετείχαν μέλη της οικογένειας που ένα άτομο της νοσεί από καρκίνο. Έτσι υπήρξε η δυνατότητα να διερευνηθούν υποθέσεις σε ένα πληθυσμό που βιώνει στην πραγματικότητα, μια σοβαρή απειλή.

Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου θα αναδείξει τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιεί ο συγκεκριμένος πληθυσμός.

Στα πλαίσια της προσαρμογής αυτής παρουσιάζονται η επίδραση του φύλου, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Επίσης συγκεντρώθηκαν στοιχεία για τη χρονική φάση της νόσου, για τον βαθμό ενημερότητας των ασθενών, και αν υπήρχε «ανοιχτή» επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, αναμένεται οι άνδρες να δηλώνουν μεγαλύτερη χρήση των στρατηγικών που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα. Τέλος, όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο, δεν αναμένονται σημαντικές διαφορές. Η χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εξαρτάται περισσότερο από την αλληλεπίδραση των ιδιαίτερων συνθηκών του περιβάλλοντος με τη γενικότερη δομή του ανθρώπινου παράγοντα (Lazarus, 1991).

Η πληρέστερη κατανόηση του τρόπου αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης που οι συγγενείς βιώνουν, έχει ως κύριο στόχο την καλύτερη παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο και την ουσιαστικότερη υποστήριξη του.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 36 άτομα από τα οποία οι 27 (75%) ήταν γυναίκες και οι 9 (25%) ήταν άνδρες. Όλοι ήταν συγγενείς ασθενών με καρκίνο. Οι ασθενείς είτε νοσηλεύονταν στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο» της Θεσσαλονίκης είτε υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία ή σε χημειοθεραπεία στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας. Η ηλικία των ατόμων ήταν από 24 έως 72 ετών και η κατανομή της ηλικίας παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

Ως προς τον βαθμό συγγένειας, οι 8 (22,2%) ήταν σύζυγοι των ασθενών, οι 15 (15%) ήταν παιδιά των ασθενών, και οι 8 (22,2%) ήταν αδέρφια των ασθενών. Το υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος, δηλαδή το 13,9% (5 άτομα) είχαν κάποιου άλλου είδους ή βαθμό συγγένειας με τον ασθενή (μητέρα, νύφη, κουνιάδα κ.ά.).

Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συγγενών, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν μας δείχνουν ότι σε μεγάλο ποσοστό, ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (38,9% και 44,4% αντίστοιχα). Το υπόλοιπο ποσοστό 16,7% ήταν επιπέδου πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ως προς την επαγγελματική απασχόληση: οι 7 (19,4%) δήλωσαν οικιακά, οι 9 (25%) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, οι 6 (16,7%) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι 7 (19,4%) ήταν επιχειρηματίες και τέλος οι 7 (19,4%) ήταν σε σύνταξη.

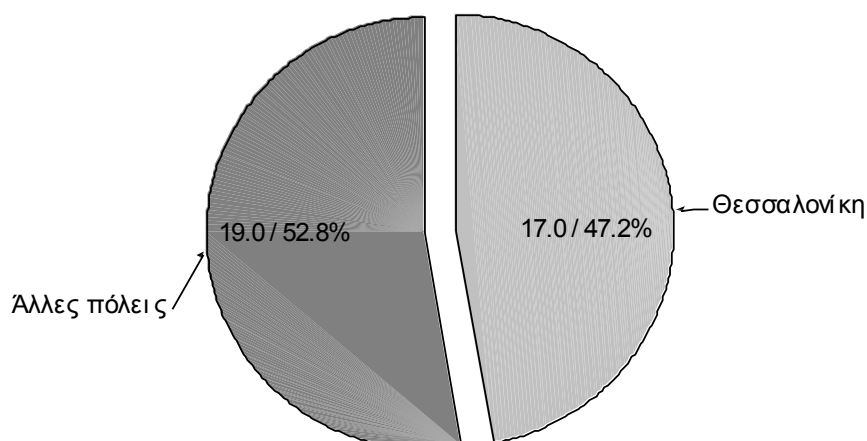
Σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συγγενών, στην πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι 86,1% (31 άτομα) και 13,9% ήταν άγαμοι (5 άτομα). Το 11,1% και 8,3% είχε από ένα και τρία παιδιά αντίστοιχα. Η πλειοψηφία του δείγματος το 58,3% είχαν από δύο παιδιά και ένα ποσοστό 22,2% δεν έχει καθόλου παιδιά.

Οι 17 (47,2%) από τους συγγενείς διέμεναν στην Θεσσαλονίκη και οι υπόλοιποι 19 (52,8%) σε άλλες πόλεις της Ελλάδος (Πίνακας 1).

Πίνακας 1:**Δημογραφικά στοιχεία.**

		n (%)	
Φύλο:	Άνδρας	9 (25,0)	
	Γυναίκα	27 (75,0)	
Ηλικία, χρόνια:	24-40	9(25,0)	
	40-50	15 (41,7)	
	50-60	7 (19,4)	
	>60	5 (13,9)	
Βαθμός συγγένειας:	Σύζυγοι	8 (22,2)	
	Παιδιά	15 (41,7)	
	Αδέλφια	8 (22,2)	
	Άλλο	5 (13,9)	
Εκπαίδευση:	Πρωτοβάθμια	6 (16,7)	
	Δευτεροβάθμια	14 (38,9)	
	Τριτοβάθμια	16 (44,4)	
Επαγγελματική απασχόληση:	Οικιακά	7 (19,4)	
	Δημόσιοι υπάλληλοι	9 (25,0)	
	Ιδιωτικοί υπάλληλοι	6 (16,7)	
	Επιχειρηματίες	7 (19,4)	
	Συνταξιούχοι	7 (19,4)	
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμοι	31 (86,1)	
	Άγαμοι	5 (13,9)	
Παιδιά:	Κανένα	8 (22,2)	
	1	4 (11,1)	
	2	21 (58,3)	
	3	3 (8,3)	

Εικόνα 1: Τόπος διαμονής.



Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων», σταθμισμένο από τον Καραδήμα (1998), αποτελείται από 38 ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της συνάντησης στα πλαίσια της ψυχολογικής υποστήριξης, με το συγγενικό πρόσωπο του ασθενή στο γραφείο της Ψυχιατρικής Υπηρεσίας στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο» της Θεσσαλονίκης ή μετά από συνάντηση με τον ασθενή τους. Οι συγγενείς που ήρθαν μετά από δική τους πρωτοβουλία συμμετείχαν πιο ευχαρίστα-πρόθυμα στην έρευνα σε σύγκριση με αυτούς που υπήρχε παραπομπή από τον θεράποντα ιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Μια ολοκληρωμένη συνάντηση κρατούσε κατά μέσο όρο 45 λεπτά και η συνολική διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν περίπου τρεις μήνες από τις 29/6/06 έως τις 5/9/06.

Γινόταν ενημέρωση από το ερευνητή για τους στόχους της έρευνας, διαβεβαιώνονταν για το απόρρητο της συνέντευξης και ότι θα τηρείται η ανωνυμία τους. Τονίζονταν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική καθώς και ότι είχαν τη δυνατότητα να μην απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο, αν το επιθυμούσαν χωρίς καμία άλλη υποχρέωση. Η συμμετοχή ή άρνηση από την διαδικασία της έρευνας δεν θα επηρέαζε με κανένα τρόπο τις υπηρεσίες που θα παρείχαν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ή η ψυχολόγος στον ασθενή τους και δεν θα παραβιαζόταν το ιατρικό απόρρητο των ασθενών. Στο τέλος τους ευχαριστούσε για τη συμμετοχή τους και τους τονίζονταν ότι η ψυχολόγος

θα ήταν στη διάθεση τους, αν προέκυπτε κάποιο θέμα ή απορία που θα ήθελαν να συζητήσουν.

Η έρευνα διεξήχθη ύστερα από την άδεια της Επιστημονικής Επιτροπής του Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο».

Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων» (Ways of Coping) των Lazarous και Follkman (1984) έτσι όπως προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Καραδήμα (1998).

Αποτελείται από οκτώ παράγοντες: α) Θετική επαναξιολόγηση, με επτά θέματα (π.χ. «προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων»), β) Επίλυση προβλήματος με τέσσερα θέματα (π.χ. έβρισκα μία -δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα»), γ) Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, με έξι θέματα (π.χ. «μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα»), δ) Ευχολογία, με πέντε θέματα (π.χ. «ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένοιωθα»), ε) Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας, με τρία θέματα (π.χ. «εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στον Θεό»), στ) Παθητική αποδοχή, με πέντε θέματα (π.χ. «προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο»), ζ) Συναισθηματική αποφυγή, με τέσσερα θέματα (π.χ. «προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματα μου για τον εαυτό μου» και η) Διεκδικητική επίλυση προβλήματος, με τέσσερα θέματα (π.χ. «τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο»).

Οι παράγοντες που προκύπτουν διακρίνονται σε δύο διαστάσεις: α) «εστιασμένες στο πρόβλημα» (επίλυση προβλήματος, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας, συναισθηματική αποφυγή και διεκδικητική επίλυση προβλήματος), και β) «εστιασμένες στο συναίσθημα» (θετική επαναξιολόγηση, ευχολογία/ ονειροπόληση και τέλος η παθητική αποδοχή).

Η κλίμακα «Τρόποι Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων» μπορεί να συμπληρωθεί με βάση το πώς το άτομο αντιμετωπίζει συνήθως τις στρεσογόνες καταστάσεις. Στην παρούσα έρευνα ζητήθηκε από τα άτομα να αναφέρουν στο πως ενεργούν για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης που βιώνουν φροντίζοντας τον ασθενή τους. Η κλίμακα βαθμολόγησης ήταν τύπου Likert, 4βάθμια, όπου το 0 σημαίνει «ποτέ», το 1 «σπάνια», το 2 «μερικές φορές» και το 3 «πάντα». Κατά την χορήγηση του ερωτηματολογίου της συγκεκριμένης έρευνας έγινε ακριβής προσδιορισμός των προβλημάτων που περιστρέφονται γύρω από τη

φροντίδα όπως συστήνεται από τους Stone και συν. (1991), αλλά μόνο στη συγκεκριμένη στιγμή της συνέντευξης.

Ο δείκτης αξιοπιστίας για τους οκτώ παράγοντες στην παρούσα έρευνα κυμάνθηκε μεταξύ 0,54 και 0,63 με αρνητική τιμή στον παράγοντα «διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» με -0,02 (Cronbach α) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2:

Οι παράγοντες όπως προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων και τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά τους.

Παράγοντας	Αριθμός ερωτήσεων	Εσωτερική αξιοπιστία *
Θετική επαναξιολόγηση	7	
Επίλυση προβλήματος	4	0,63
Κοινωνική υποστήριξη	6	0,58
Ευχολογία	5	
Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας	3	0,54
Παθητική αποδοχή	5	
Συναισθηματική αποφυγή	4	0,57
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	4	-0,02

*Cronbach α

Το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο παράρτημα.

Στατιστική ανάλυση

Οι ποσοτικές μεταβλητές συνοψίστηκαν χρησιμοποιώντας μέσους όρους με τυπικές αποκλίσεις. Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά. Ο δείκτης αξιοπιστίας για τους οκτώ παράγοντες εκτιμήθηκε με το συντελεστή κατά Cronbach α . Η σύγκριση μέσων όρων για τις δύο ομάδες έγινε με τη δοκιμασία κατά Student's t (Student's t-test) και η σύγκριση μέσων όρων για τις περισσότερες ομάδες έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson (Pearson's r) εφαρμόστηκε για τη σχέση μεταξύ των οκτώ παραγόντων. Τέλος, η δοκιμασία κατά Student's t για εξαρτημένα δείγματα (Paired Student's t-test) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των διαφορετικών στρατηγικών (στρατηγικές που αποσκοπούν στην «επίλυση του προβλήματος» και στρατηγικές που αποσκοπούν στη «ρύθμιση του συναισθήματος») μέσα σε κάθε ομάδα. Σ' όλες τις στατιστικές

αναλύσεις το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ως 0,05 και αμφίπλευρο. Οι στατιστικές αναλύσεις εφαρμόστηκαν με το στατιστικό πακέτο *SPSS 13.0*.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέχθηκαν -με βάση το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης- οι οκτώ παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με τις δύο διαστάσεις τους εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» και στην «επίλυση του προβλήματος». Ως εξαρτημένες μεταβλητές επιλέχθηκαν οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο). Επίσης ελέγχθηκε η χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης σε σχέση με τον χρόνο ασθένειας του πάσχοντα.

Στον Πίνακα 3 παρατίθενται οι ενδοσυνάφειες μεταξύ των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Γενικά παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων.

Πίνακας 3:

Ενδοσυνάφειες μεταξύ των παραγόντων, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson.

Παράγοντες στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	1	2	3	4	5	6	7	8
Επίλυση προβλήματος (1)		0.544*	0.314	0.075	0.492*	0.402*	0.280	0.245
Θετική επαναξιολόγηση (2)			0.190	0.254	0.290	0.361*	0.147	-0.049
Κοινωνική υποστήριξη (3)				0.101	0.503*	-0.122	0.184	0.305
Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας (4)					0.091	0.065	-0.090	0.199
Ευχολογία/ Ονειροπόληση (5)						0.045	0.410*	0.218
Συναισθηματική αποφυγή (6)							0.462*	0.408*
Παθητική αποδοχή (7)								0.257
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος (8)								

* $p < 0.05$

Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του φύλου.

Ως προς το φύλο δεν παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Οι άνδρες - σε αντίθεση με την βιβλιογραφία- τείνουν να χρησιμοποιούν εξίσου στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» ($p=0,501$) όσο και οι γυναίκες σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στην «επίλυση του προβλήματος» ($p=0,370$), με μια ελάχιστη υπεροχή στις γυναίκες. Ο Μ.Ο. των γυναικών στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» ήταν 2,22 έναντι των ανδρών 2,08. Επίσης φάνηκε πως οι άνδρες και οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν σημαντικά περισσότερο τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» από ότι τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στην «επίλυση του προβλήματος» ($p=0,007$ και $p<0,001$, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα της σχέσης μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις και του φύλου παρατίθενται στον πίνακα 4.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των οκτώ παραγόντων του Ερωτηματολογίου «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων» ως προς το φύλο. Παρατηρούμε ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες καταφεύγουν πιο συχνά στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στον παράγοντα «Ευχολογία/ Ονειροπόληση» ($p=0,327$), ο Μ.Ο στους άνδρες έδειξε 2,1 και στις γυναίκες 2,3. Επίσης οι γυναίκες με Μ.Ο. 2,08 αναζητούσαν συχνότερα τις στρατηγικές στον παράγοντα «Κοινωνική υποστήριξη» ($p=0,127$), από ότι οι άνδρες με Μ.Ο. 1,70 καθώς και τον παράγοντα «Θετική επαναξιολόγηση» ($p=0,125$), με Μ.Ο. 2,1 στους άνδρες και Μ.Ο. 2,4 στις γυναίκες. Όσο αφορά τον παράγοντα «Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» ($p=0,288$), ο Μ.Ο. των γυναικών (1,13) ήταν μεγαλύτερος του Μ.Ο. των ανδρών (0,92). Παρατηρούμε επίσης ότι οι Μ.Ο. των ανδρών (1,97) και των γυναικών (1,92) είχαν ελάχιστη διαφορά στον παράγοντα «παθητική αποδοχή» ($p=0,814$).

Πίνακας 4:

Σχέση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις «συναίσθημα» και «πρόβλημα» και του φύλου.

Φύλο	Στρατηγικές εστιασμένες στο:	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p-value ^a
Άνδρες N=9	Συναίσθημα	2,08	0,56	0,007
	Πρόβλημα	1,64	0,54	
Γυναίκες N=27	Συναίσθημα	2,22	0,29	0,001
	Πρόβλημα	1,83	0,36	

Πρόβλημα $p=0,370$, Συναίσθημα $p=0,501$ (Δοκιμασία κατά Student's t για ανεξάρτητα δείγματα)

^a Δοκιμασία κατά Student's t για εξαρτημένα δείγματα.

Πίνακας 5:

Σχέση μεταξύ των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του φύλου.

Παράγοντες στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	Φύλο	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	p-value ^a
Επίλυση προβλήματος	Άνδρες	9	1,80	0,84	0,28	0,450
	Γυναίκες	27	2,01	0,67	0,13	
Θετική επαναξιολόγηση	Άνδρες	9	2,09	0,59	0,19	0,125
	Γυναίκες	27	2,35	0,35	0,69	
Κοινωνική υποστήριξη	Άνδρες	9	1,70	0,75	0,25	0,127
	Γυναίκες	27	2,08	0,57	0,11	
Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας	Άνδρες	9	1,96	1,03	,34	0,564
	Γυναίκες	27	2,17	0,93	,18	
Ευχολογία/ ονειροπόληση	Άνδρες	9	2,17	0,62	,20	0,327
	Γυναίκες	27	2,37	0,48	0,93	
Συναισθηματική αποφυγή	Άνδρες	9	1,83	0,72	,24	0,723
	Γυναίκες	27	1,73	0,68	,13	
Παθητική αποδοχή	Άνδρες	9	1,97	0,71	,23	0,814
	Γυναίκες	27	1,92	0,51	,09	
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Άνδρες	9	0,92	0,53	,18	0,288
	Γυναίκες	27	1,13	0,51	,10	

^a Δοκιμασία κατά Student's t για ανεξάρτητα δείγματα

Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της ηλικίας.

Η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων ($p=0,103$). Επίσης η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στην επίλυση του προβλήματος» δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων ($p=0,609$). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες παρατηρούμε ότι η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» ήταν σημαντικά πιο εμφανής από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στην επίλυση του προβλήματος» ($p<0,05$). Η ηλικιακή ομάδα των 50-60, ήταν η μόνη ομάδα στην οποία δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, παρόλο που η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» ήταν πιο συχνή με Μ.Ο. 1,89 και τυπική απόκλιση 0,46, σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων «εστιασμένες στο πρόβλημα» με Μ.Ο. 1,60 και τυπική απόκλιση 0,55 ($p=0,150$). Επίσης παρατηρούμε ότι ο Μ.Ο. στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» της ηλικιακής ομάδας των 40 έως 50 είναι μεγαλύτερος (Μ.Ο. 2,30) σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (Μ.Ο. των 24-40 ετών με 2,22, και των >60 ετών με 2,17 αντίστοιχα), αλλά αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,103$). Τα αποτελέσματα της σχέσης μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» και στην «επίλυση του προβλήματος» και της ηλικίας παρατίθενται στον Πίνακα 6:

Πίνακας 6:

Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις «συναίσθημα» και «πρόβλημα» και της ηλικίας.

Ηλικία	Στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο:	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p-value ^a
24-40 N=9	Συναίσθημα	2,23	,30	0,008
	Πρόβλημα	1,76	,35	
40-50 N=15	Συναίσθημα	2,30	,28	<0,001
	Πρόβλημα	1,87	,37	
50-60 N=7	Συναίσθημα	1,89	,47	0,150
	Πρόβλημα	1,61	,56	
>60 N=5	Συναίσθημα	2,17	,45	0,018
	Πρόβλημα	1,81	,45	

Συναίσθημα $p=0,103$, Πρόβλημα $p=0,609$ (Ανάλυση διακύμανσης ANOVA)

^a Δοκιμασία κατά Student's t για εξαρτημένα δείγματα.

Για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της ηλικίας χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Στον παράγοντα της «Ευχολογίας» φάνηκε πως η ηλικιακή ομάδα των 50 έως 60 είχε σημαντικά χαμηλότερο M.O. από τις άλλες ηλικιακές ομάδες ($p=0,025$). Επίσης, στον παράγοντα κοινωνική υποστήριξη υπήρχε μια τάση, η οποία έδειχνε πάλι πως η ηλικιακή ομάδα των 50 έως 60 είχε χαμηλότερο M.O. από ότι οι άλλες ηλικιακές ομάδες ($p=0,074$). Στους άλλους παράγοντες εκτός από τον παράγοντα «Επίλυση του προβλήματος», η ίδια ηλικιακή ομάδα είχε χαμηλότερο M.O. αλλά δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά με τις άλλες ηλικιακές ομάδες ($p>0,05$). Στον τελευταίο παράγοντα παρατηρείται ότι όλες οι ηλικιακές ομάδες είχαν χαμηλό M.O. ενώ, χαμηλότερο M.O. στον παράγοντα «Επίλυση του προβλήματος» είχε η ηλικιακή ομάδα των 24 έως 40 με 1,72.

Τα αποτελέσματα της σχέσης των οκτώ παραγόντων και της ηλικίας παρατίθενται στον Πίνακα.7.

Πίνακας 7:

Σχέση μεταξύ των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της ηλικίας.

Παράγοντες στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	Ηλικία	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p-value ^a
Επίλυση προβλήματος	24-40	9	1.72	0.67	0.666
	40-50	14	2.07	0,63	
	50-60	7	2.11	0.76	
	>60	5	1.90	1.04	
Θετική επαναξιολόγηση	24-40	9	2.29	0,35	0.927
	40-50	15	2.34	0.42	
	50-60	7	2.24	0.31	
	>60	5	2.20	0.79	
Κοινωνική υποστήριξη	24-40	9	2.26	0.37	0.074
	40-50	15	2.11	0.63	
	50-60	7	1.50	0.80	
	>60	5	1.80	0.52	
Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας	24-40	9	1.85	0.90	0.741
	40-50	15	2.30	0.96	
	50-60	7	2.05	1.22	
	>60	5	2.20	0.77	
Ευχολογία/ονειροπόληση	24-40	9	2.29	0.58	0.025
	40-50	15	2.56	0.36	
	50-60	7	1.86	0.55	
	>60	5	2.36	0.46	
Συναισθηματική αποφυγή	24-40	9	2.11	0.45	0.264
	40-50	15	2.00	0.61	
	50-60	7	1.57	0.64	
	>60	5	1.96	0.38	
Παθητική αποδοχή	24-40	9	1.75	0.71	0.698
	40-50	15	1.71	0.83	
	50-60	7	1.64	0.50	
	>60	5	2.10	0.38	
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	24-40	9	1.19	0.63	0.294
	40-50	15	1.17	0.44	
	50-60	7	0.75	0.56	
	>60	5	1.05	0.33	

^a Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA)

Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του μορφωτικού επιπέδου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι όλα σχεδόν τα άτομα επέλεξαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» σημαντικά πιο συχνά από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στην «επίλυση του προβλήματος» και στα τρία μορφωτικά επίπεδα ($p=0,038$, $p=0,001$ και $p=0,001$, αντίστοιχα). Η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» και «στην επίλυση του προβλήματος» δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών μορφωτικών επιπέδων ($p=0,654$ και $p=0,469$, αντίστοιχα). Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των τριών ομάδων ως προς την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις τους παρατίθενται στον παρακάτω Πίνακα 8.

Πίνακας 8:

Σχέση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις «συναίσθημα» και «πρόβλημα» και του μορφωτικού επιπέδου.

Μόρφωση	Στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες ως προς:	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p -value ^a
Πρωτοβάθμια N=6	Συναίσθημα	2,31	0,33	0,038
	Πρόβλημα	1,97	0,24	
Δευτεροβάθμια N=14	Συναίσθημα	2,16	0,36	0,001
	Πρόβλημα	1,77	0,41	
Τριτοβάθμια N-16	Συναίσθημα	2,16	0,40	0,001
	Πρόβλημα	1,72	0,46	

Συναίσθημα: $p=0,654$, Πρόβλημα: $p=0,469$ (Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA))

^a Δοκιμασία κατά Student's t για εξαρτημένα δείγματα.

Στην συσχέτιση των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του μορφωτικού επιπέδου δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0,05$) (Πίνακας 9). Με μόνη διαφορά στον παράγοντα «Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» υπήρξε μια τάση ($p=0,073$), η οποία έδειχνε ότι τον επέλεγαν πιο συχνά τα άτομα με πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση από ότι τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Ο.: 1,25 vs. 0,86). Παρατηρούμε επίσης ότι

όλες οι ομάδες του μορφωτικού επίπεδου στον παράγοντα «Ευχολογία/ ονειροπόληση» είχαν μεγαλύτερο Μ.Ο. από τους άλλους παράγοντες.

Πίνακας 9:

Σχέση μεταξύ των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της ηλικίας.

Παράγοντες στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.	Μορφωτικό επίπεδο	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p-value ^a
Επίλυση προβλήματος	Πρωτοβάθμια	5	2.30	0.57	0.109
	Δευτεροβάθμια	14	1.67	0.77	
	Τριτοβάθμια	16	2.13	0.65	
Θετική επαναξιολόγηση	Πρωτοβάθμια	6	2.38	0.48	0.396
	Δευτεροβάθμια	14	2.16	0.50	
	Τριτοβάθμια	16	2.37	0.35	
Κοινωνική υποστήριξη	Πρωτοβάθμια	6	2.17	0.59	0.734
	Δευτεροβάθμια	14	1.92	0.64	
	Τριτοβάθμια	16	1.98	0.68	
Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας	Πρωτοβάθμια	6	2.25	0.53	0.585
	Δευτεροβάθμια	14	2.29	0.87	
	Τριτοβάθμια	16	1.94	1.14	
Ευχολογία/ ονειροπόληση	Πρωτοβάθμια	6	2.57	0.34	0.457
	Δευτεροβάθμια	14	2.31	0.54	
	Τριτοβάθμια	16	2.25	0.56	
Συναίσθηματική αποφυγή	Πρωτοβάθμια	6	2.00	0.54	0.708
	Δευτεροβάθμια	14	2.01	0.47	
	Τριτοβάθμια	16	1.85	0.66	
Παθητική αποδοχή	Πρωτοβάθμια	6	1.98	0.71	0.688
	Δευτεροβάθμια	14	1.73	0.76	
	Τριτοβάθμια	16	1.70	0.63	
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Πρωτοβάθμια	6	1.25	0.35	0.073
	Δευτεροβάθμια	14	1.25	0.51	
	Τριτοβάθμια	16	0.86	0.51	

^a Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA)

Συσχέτιση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και των φάσεων της νόσου.

Για τους συμμετέχοντες συγγενείς η φάση της νόσου του ασθενή τους δεν ήταν η ίδια. Οι 20 (55,6 %) περιπτώσεις των ασθενών της έρευνας ήταν στην οξεία φάση δηλαδή γνώριζαν το πρόβλημα υγείας περίπου ένα χρόνο, οι 3 (8,3%) ήταν στην φάση της διάγνωσης και οι 13 (36,1%) ήταν στην χρόνια φάση.

Στην ομάδα των ατόμων που βρίσκονταν στην φάση της διάγνωσης, ο Μ.Ο. των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που ήταν «εστιασμένες στο συναίσθημα» ήταν μεγαλύτερος (2,1) από τον αντίστοιχο Μ.Ο. των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που ήταν «εστιασμένες στο πρόβλημα» (1,6). Δεν υπήρξε όμως σημαντική στατιστική διαφορά ίσως επειδή το δείγμα ήταν

μικρό (n=3). Στις δύο άλλες περιπτώσεις υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε ότι αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποίησαν οι συγγενείς. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που είναι «εστιασμένες στο συναίσθημα» (Μ.Ο. 2,3 στην οξεία φάση και Μ.Ο. 2,1 στην χρόνια φάση) υπερέιχαν σε σχέση με αυτές που είναι «εστιασμένες στο πρόβλημα» με Μ.Ο. 1,8 στην οξεία φάση και Μ.Ο. 1,7 στην χρόνια φάση ($p < 0,001$ και $p = 0,010$, αντίστοιχα). Η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος» και στην «επίλυση του προβλήματος» δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών φάσεων της νόσου ($p = 0,364$ και $p = 0,500$, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα με τους Μ.Ο., την τυπική απόκλιση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε σχέση με την φάση της ηλικίας παρατίθενται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10:

Σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της φάσης της νόσου.

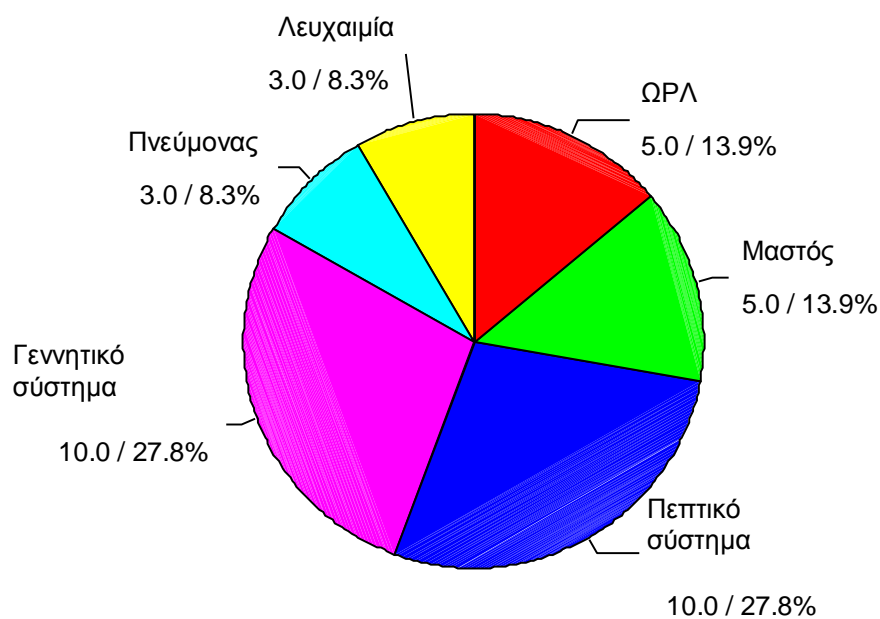
Φάση νόσου	Διάσταση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p –value
Διάγνωση N=3, 8.3%	Συναίσθημα	2.07	.62	0.150
	Πρόβλημα	1.55	.44	
Οξεία φάση N=20, 55.6%	Συναίσθημα	2.26	.28	0.001
	Πρόβλημα	1.83	.38	
Χρόνια φάση N=13, 36.1%	Συναίσθημα	2.08	.42	0.010
	Πρόβλημα	1.74	.45	

(εστιασμένες στο συναίσθημα $p = 0,364$ και εστιασμένες στο πρόβλημα $p = 0,500$).

Συχνότητα του καρκίνου και βαθμός ενημέρωσης των ασθενών.

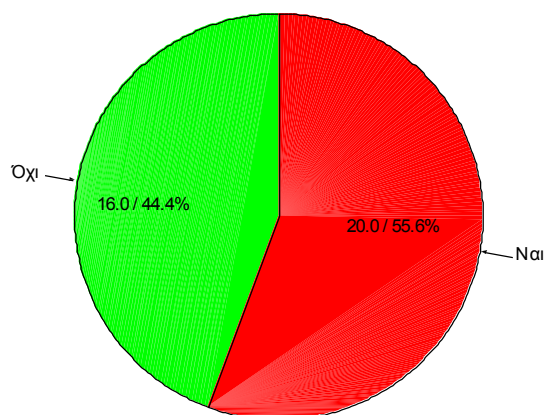
Διαφορετικό επίσης ήταν και το πρόβλημα υγείας του ασθενή. Το 13,9% των ασθενών είχαν καρκίνο που αφορούσε τα ώτα, τη ρίνα και το λάρυγγα, το 13,9% είχαν καρκίνο μαστού, το 27,8% είχαν καρκίνο του πεπτικού συστήματος, το 27,8% είχαν καρκίνο του γεννητικού συστήματος, το 8,3% είχαν καρκίνο του πνεύμονα και το 8,3% έπασχε από λευχαιμία.

Εικόνα 2: Εντόπιση του καρκίνου



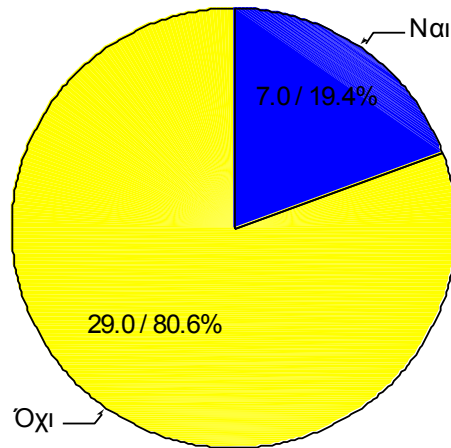
Το 55,6% των ασθενών γνώριζε για την κατάσταση του σύμφωνα με την άποψη του οικείου του. Σε πολλές περιπτώσεις δεν υπήρξε διάλογος με τον ασθενή, έτσι δεν γνωρίζουμε μέχρι πιο βαθμό ή τι ακριβώς γνώριζε. Το υπόλοιπο 16% των ασθενών δεν γνώριζε για την κατάσταση του. Από τις 36 περιπτώσεις οι 22 (61%) δήλωσαν ότι είχαν ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ τους, (ασθενής και ο συγγενής του) ενώ οι 14 (38,8%) περιπτώσεις, όχι.

Εικόνα 3: Βαθμός ενημερότητας.



Οι 7 από τους συγγενείς είχαν και οι ίδιοι προβλήματα υγείας, ενώ οι υπόλοιποι 29 δεν ανέφεραν κάτι τέτοιο.

Εικόνα 4: Προβλήματα υγείας των συγγενών.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρακάτω ακολουθεί ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας, σε σχέση με τις υποθέσεις, και το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίχτηκε. Αναφέρονται επίσης, οι περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει κατά πόσο τα μέλη της οικογένειας χρησιμοποιούν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και κατά πόσο υπάρχουν διαφορές του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου και της ηλικίας ως προς τη χρήση αυτών των στρατηγικών. Αυτές οι στρατηγικές ομαδοποιήθηκαν σε οκτώ παράγοντες και διακρίθηκαν στις δύο διαστάσεις που εστιάζουν: «στην επίλυση του προβλήματος» και «στην ρύθμιση του συναισθήματος». Επίσης έγινε προσπάθεια να συσχετιστεί η φάση της νόσου των ασθενών και η ενημερότητα τους με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνου κατάστασης που επέλεξαν οι συγγενείς τους.

Δεν προέκυψαν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ύπαρξη σημαντικής σχέσης μεταξύ των μεταβλητών μετά από μια σειρά στατιστικών αναλύσεων. Τα στοιχεία και τα συμπεράσματα της έρευνας είναι ενδεικτικά.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός πολύπλοκου και ως επί το πλείστον μη ελεγχόμενου προβλήματος υγείας, όπως είναι ο καρκίνος και οι δύο ομάδες στρατηγικών αντιμετώπισης είναι χρήσιμες και πιθανόν απαραίτητες. Πολλές φορές χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα στρατηγικές και από τις δύο κατηγορίες, με αποτέλεσμα η μια να ενισχύει την αποτελεσματικότητα της άλλης. Για παράδειγμα η θετική επαναξιολόγηση μπορεί να μετατρέψει μια στρεσογόνο κατάσταση από απειλή σε πρόκληση, ενεργοποιώντας το άτομο προς την κατεύθυνση της λήψης μέτρων για την επίλυση του προβλήματος. Η ταυτόχρονη χρήση της θετικής επαναξιολόγησης και της λήψης μέτρων έχει παρατηρηθεί σε αρκετές έρευνες (Mattlin, και συν. 1990).

Τα αποτελέσματα σχετικά με τις στρατηγικές «συναισθηματικής αποφυγής» και «παθητική αποδοχής» είναι περισσότερο ακριβή, καθώς φαίνεται να σχετίζονται σταθερά μεταξύ τους, δημιουργώντας ψυχική δυσφορία στους συγγενείς και μια σειρά προβλημάτων με ποικίλα χαρακτηριστικά.

Πολλές οικογένειες αρνούνται να παραδεχτούν την διάγνωση του καρκίνου και την επίδραση που μπορεί να έχει, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μη λειτουργικές, ακόμα και καταστροφικές συμπεριφορές στα μέλη τους.

Έχει βρεθεί ότι η στρατηγική αποφυγής ισοδυναμεί με μια ενεργητική προσπάθεια απεμπλοκής από τη στρεσογόνο κατάσταση για κάποιο χρονικό διάστημα. Η διάσπαση της προσοχής με άλλες δραστηριότητες που εμπίπτει στις στρατηγικές αποφυγής μπορεί να σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (π.χ. ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή γυναίκες με καρκίνο του μαστού) (Berguis & Stanton, 2002, Epping-Jordan και συν. 1999).

Ένα άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με μια απειλητική για τη ζωή του κατάσταση, μπορεί να ζητήσει την κοινωνική υποστήριξη. Στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, οι γυναίκες επιλέγουν πιο συχνά (Μ.Ο. 2,08) αυτή την υποστήριξη. Η κοινωνική υποστήριξη που μπορεί να έχει κάποιος συγγενής, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα προστασίας απέναντι στο στρες που βιώνει (Kahn και συν. 2003). Άλλες εναλλακτικές συμπεριφορές στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, που μπορεί ένα άτομο να υιοθετήσει, είναι η χρήση ηρεμιστικών, οινοπνευματωδών ποτών ή η απασχόληση με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του από το ψυχοπιεστικό γεγονός. Άλλοτε πάλι το άτομο χρησιμοποιεί γνωστικές μεθόδους που αποβλέπουν στην τροποποίηση της αντίληψης του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Μπορεί π.χ. να αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης, ή μπορεί να εκλογικεύει την κατάσταση του θεωρώντας ότι υπάρχουν και «χειρότερα πράγματα στη ζωή από την κατάσταση που αντιμετωπίζει», ή επανεκτιμώντας θετικά την κατάσταση με την σκέψη ότι «ανακαλύπτει ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή». Τα παραπάνω είναι χαρακτηριστικές αντιδράσεις που συναντάμε συχνά στα μέλη της οικογένειας που βιώνουν την αγχογόνο κατάσταση.

Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στην επίλυση του προβλήματος», «στη ρύθμιση του συναισθήματος» και το φύλο.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην συσχέτιση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του φύλου. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν πιο συχνά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος». Διαφορές ως προς το φύλο στον τρόπο αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων έχουν αναφερθεί σε αρκετές έρευνες (Folkman και Lazarus, 1980. Billings και Moos, 1981) αν και όχι συστηματικά (Cronkite και Moos, 1983, Stone και Neale, 1984).

Το εύρημα της μη σημαντικής διαφοροποίησης των στρατηγικών εστιασμένων «στην επίλυση του προβλήματος» και «στην ρύθμιση του συναισθήματος» στη βάση του φύλου μπορεί να οφείλεται στην ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης ασθένειας και να δικαιολογηθεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν «στη ρύθμιση του συναισθήματος», όταν νοιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτε για να τροποποιήσει τη στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδραση του σε αυτήν.

Πολλοί θεωρητικοί έχουν υποστηρίξει – και αρκετές έρευνες έχουν δείξει- ότι οι προσπάθειες «επίλυσης του προβλήματος» αποτελούν μια αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων, ενώ η «ρύθμιση των συναισθημάτων» σχετίζεται με την καλή προσαρμογή. Για παράδειγμα, μελέτες με άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου I και II, που είναι και οι δύο ελεγχόμενες χρόνιες ασθένειες, έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές που αποσκοπούν «στην επίλυση του προβλήματος» σχετίζονται με χαμηλή ψυχική δυσφορία και καλύτερους δείκτες σωματικής υγείας (Feldman, 2003). Θετική σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές που αποσκοπούν «στην επίλυση του προβλήματος» και στην προσαρμογή έχει βρεθεί και στην ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλά μόνο όταν οι προσπάθειες επίλυσης εστιάζονται στα συμπτώματα της ασθένειας και όχι όταν εστιάζονται στην πορεία της ασθένειας, η οποία είναι μη ελεγχόμενη (Affleck, 1987). Σε μη ελεγχόμενες καταστάσεις, «η επίλυση του προβλήματος» έχει βρεθεί ότι δε σχετίζεται με την ψυχική δυσφορία (Berghuis, 2002), ή ότι σχετίζεται θετικά (Terry, 1998). Μελέτες που έχουν βρει αρνητική σχέση ανάμεσα στην ψυχική δυσφορία και στην προσπάθεια επίλυσης μη ελεγχόμενων καταστάσεων, συχνά εντάσσουν τις στρατηγικές «επίλυσης του προβλήματος» σε γνωστικές διεργασίες. Αυτές αποσκοπούν περισσότερο «στη ρύθμιση των συναισθημάτων» των σχετικών με το πρόβλημα, παρά στην προσπάθεια αλλαγής του προβλήματος αυτού καθεαυτό (Epping-Jordan, 1999). Συμπερασματικά, η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών που αποσκοπούν «στην επίλυση του προβλήματος» είναι εν μέρει συνάρτηση της ελεγχιμότητας του προβλήματος.

Στο δυτικό κόσμο, αφενός μεν οι επιτυχίες της επιστήμης, αφετέρου δε η πίστη ότι το άτομο διαμορφώνει το περιβάλλον του, ενθαρρύνουν την αδιαφοροποίητη εκτίμηση των καταστάσεων ως ελεγχόμενων (Hobfoll, 1998). Η ματαιώση που βιώνει κανείς όταν ανακαλύπτει ότι αυτό δεν ισχύει, είναι πολύ πιο πιθανό να οδηγήσει σε μια αίσθηση «μη βοήθειας» (Janoff, 1982). Αντίθετα, όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι

η έκβαση του προβλήματος είναι μη ελεγχόμενη προσπαθεί μέσω εσωτερικών διεργασιών και των σχέσεων του με τους άλλους να αποκαταστήσει την αίσθηση ελέγχου και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα, με πολλές πιθανότητες επιτυχίας.

Οι Rothbaum και συν. (1982), πρότειναν ότι, όταν κάποιος αντιμετωπίζει καταστάσεις που δεν επιδέχονται αλλαγή, τότε είναι πιο προσαρμοστικό να εναρμονιστεί με την κατάσταση και να αναζητήσει άλλες μορφές ελέγχου, όπως για παράδειγμα, έλεγχο μέσω μιας συμμαχίας με ισχυρούς άλλους ή μέσω μιας προσπάθειας να δώσει ένα νέο νόημα στην εμπειρία. Σύμφωνα με τον Haley (2003), η ενεργός συμμετοχή στη φροντίδα ενός ασθενή, έχει θετικές επιπτώσεις στους «φροντιστές». Αντίθετα, η άμεση προσπάθεια να αλλάξουμε κάτι που δεν επιδέχεται αλλαγή πιθανόν να οδηγήσει στη ματαίωση και στην απογοήτευση (Folkman, 1984. Rothbaum, 1982)

Αποτελέσματα ερευνών, ιδιαίτερα από το χώρο της Ψυχολογίας της Υγείας, υποδεικνύουν ότι οι στρατηγικές που εστιάζονται «στη ρύθμιση των συναισθημάτων» είναι πιο αποτελεσματικές από ότι οι στρατηγικές που εστιάζονται «στην επίλυση του προβλήματος» (Carver και συν., 1993). Επιπλέον τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη θέση ότι η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων είναι μια διεργασία και επομένως η αποτελεσματικότητα μιας στρατηγικής δεν είναι μόνο συνάρτηση της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής στην εξέλιξη της στρεσογόνου κατάστασης, όπως για παράδειγμα μιας ασθένειας (Epping-Jordan, 1999).

Σύμφωνα με τον Stanton (1994), οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» συχνά θεωρούνται ταυτόσημες με την άρνηση, την αποφυγή και την παραίτηση και σχετίζονται με την ψυχική δυσφορία, αν χρησιμοποιηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επίσης, αρκετά από τα εργαλεία που υποτίθεται ότι εκτιμούν στρατηγικές οι οποίες αποσκοπούν «στη ρύθμιση των συναισθημάτων», στην πραγματικότητα εκτιμούν ψυχική δυσφορία.

Σε πρόσφατες έρευνες χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία στα οποία ο ορισμός των στρατηγικών αυτών διευρύνεται, έχοντας αφαιρεθεί δηλώσεις που συγχέονται με την ψυχική δυσφορία. Στις έρευνες αυτές έχει βρεθεί ότι η χρήση στρατηγικών που αποσκοπούν «στη ρύθμιση του συναισθήματος» με καταστάσεις των οποίων η έκβαση είναι μη ελεγχόμενη σχετίζεται όχι μόνο με την καλή ψυχική υγεία αλλά και με την καλύτερη σωματική υγεία. (Pennebaker και συν., 1999). Επίσης, έρευνες δείχνουν ότι σε τέτοιες συνθήκες οι στρατηγικές που αποσκοπούν «στη ρύθμιση του

συναισθήματος» είναι πιο προσαρμοστικές από ότι οι στρατηγικές που αποσκοπούν «στην επίλυση του προβλήματος». Η καλύτερη προσαρμοστικότητα είναι αποτέλεσμα της ικανότητας να αλλάζουν τα μέλη της οικογένειας, έτσι ώστε να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η ισορροπία στην οικογένεια. Η αλλαγή είναι η μόνη πραγματικότητα, εφόσον ο καρκίνος εμφανίζει συνεχώς νέες ανάγκες. Χρειάζεται ένα ευέλικτο τρόπο εκτίμησης της κατάστασης και ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών το οποίο θα περιέχει στρατηγικές «επίλυσης του προβλήματος» αλλά και «ρύθμισης του συναισθήματος».

Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και η ηλικία

Όσο αφορά την επίδραση της ηλικίας στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, σε όλες οι ηλικιακές ομάδες ήταν σημαντικά πιο επιλεκτικές σε στρατηγικές εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» και λιγότερο «στην επίλυση του προβλήματος».

Όλες οι ηλικιακές ομάδες δηλώνουν συχνότερη χρήση στην «θετική επαναξιολόγηση» (Μ.Ο.2,28) από την «θετική επίλυση του προβλήματος» (Μ.Ο. 1,7) σε.

Η ηλικιακή ομάδα των 50 έως 60 δηλώνει ότι χρησιμοποιεί λιγότερο την «κοινωνική υποστήριξη», την «δικδικητική επίλυση του προβλήματος», την «παθητική αποδοχή», καθώς και στην «ευχολογία» από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Ήταν η μόνη ηλικιακή ομάδα που δεν εμφάνισε σημαντική στατιστική διαφορά από τις υπόλοιπες ομάδες.

Στην «συναισθηματική αποφυγή» την συχνότερη χρήση δήλωσε η ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών.

Όσο αφορά τη συγκεκριμένη σύνδεση ηλικίας και στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τα δεδομένα ως ένα βαθμό είναι αντιφατικά, σε σχέση με άλλες εργασίες όπως π.χ. των Lazarus και Folkman (1988) και Καραδήμα, (1998). Σύμφωνα με τον Καραδήμα (1998), προκειμένου να υπάρξει ένα πλαίσιο ερμηνείας της σχέσης μεταξύ της ηλικίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, η διεξαγωγή της έρευνας θα πρέπει να λάβει υπόψη δύο επιπλέον παράγοντες: το είδος των αγχογόνων καταστάσεων που τα άτομα αντιμετωπίζουν κατά την πάροδο της ηλικίας. Οι μεγαλύτεροι π.χ. σε ηλικία αντιμετωπίζουν λιγότερα, μάλλον προβλήματα επαγγελματικής σταδιοδρομίας, αλλά περισσότερα προβλήματα υγείας. Επίσης η πρόοδος της ηλικίας είναι πιθανό να συμβαδίζει με

αλλαγή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Και οι δύο παράγοντες διαδραματίζουν σοβαρό ρόλο στην επιλογή και χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Θα πρέπει να τους εξετάσουμε πριν καταλήξουμε σε συμπεράσματα όσο αφορά τη σχέση μεταξύ στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και ηλικίας.

Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και μορφωτικό επίπεδο.

Σε όλα τα μορφωτικά επίπεδα όλα σχεδόν τα άτομα επέλεξαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση των συναισθημάτων» σημαντικά πιο συχνά σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στην επίλυση του προβλήματος».

Στην συσχέτιση των παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του μορφωτικού επιπέδου δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι μόνες διαφορές υπήρξαν στον παράγοντα «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας»: τα άτομα που έχουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερο M.O. (2,25 και 2,29 αντίστοιχα) σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν τελειώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση, οι οποίοι εμφάνισαν τον μικρότερο M.O.(1,94). Επίσης στον παράγοντα «Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος», τα άτομα που έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση επέλεξαν τις στρατηγικές αυτές πιο σπάνια από ότι τα άτομα με πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Οι Diener και συν. (1999) και (2000) ανασκοπώντας σχετικά ευρήματα προηγούμενων ερευνών τα ερμηνεύουν είτε ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης της μόρφωσης και της επαγγελματικής αποκατάστασης ή εισοδήματος είτε ως αποτέλεσμα του ότι η υψηλή μόρφωση επιτρέπει στα άτομα να επιτύχουν κάποιους στόχους τους και τους καθιστά ικανότερους να προσαρμοστούν στις αλλαγές. Η μόρφωση είναι ένα από τα στοιχεία εκείνα που παίζουν κάποιο ρόλο στην αλληλεπίδραση ατόμου- περιβάλλοντος. Δεν την επηρεάζει όμως άμεσα καθώς συμπλέκεται με ένα αριθμό ποικίλων παραγόντων (Bandura 1977, Lazarus, 1991).

Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και φάση της νόσου.

Σε όλες τις φάσεις της νόσου οι συγγενείς επέλεξαν πιο συχνά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος», με σημαντική στατιστική διαφορά στις ομάδες της οξείας και της

χρόνιας φάσης. Αντίθετα στην ομάδα της φάσης της διάγνωσης δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά, ίσως λόγω του μικρού δείγματος (8,3%).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η μέτρηση των προδιαθεσικών τρόπων αντιμετώπισης δεν προβλέπει με ακρίβεια τους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα (Schwartz, 1999). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων δε δρουν μεμονωμένα και ίσως είναι σημαντικό να εξετάζονται τα προφίλ στρατηγικών διαχρονικά, όπως έχει σε πρόσφατες μελέτες (Kaluzza, 2000). Επίσης η εξέταση της διαδικασίας αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, -απόρροια σοβαρών προβλημάτων υγείας- σε μια συγκεκριμένη στιγμή μπορεί να μας δώσει περιορισμένες πληροφορίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ρόλος των διαφόρων στρατηγικών αλλάζει ανάλογα με τις απαιτήσεις της ασθένειας όπως αυτή εξελίσσεται (Tennen, 2000).

Ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας θέτει το άτομο σε πολλαπλές και μεταβαλλόμενες απαιτήσεις. Η οξεία φάση (55.6%) χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις (Ρηγάτος, 2000). Παρατηρούνται διάφορες ψυχολογικές αντιδράσεις όπως άρνηση και εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς (λόγω της αίσθησης έλλειψης ελέγχου της κατάστασης). Στα αρχικά στάδια η λήψη μέτρων είναι σημαντική, καθώς το άτομο προσπαθεί να συγκεντρώσει πληροφορίες για το πρόβλημα προκειμένου να αποφασίσει τι πρέπει να γίνει. Στη χρόνια φάση η διατήρηση της ισορροπίας είναι συχνό και δύσκολο πρόβλημα. Υπάρχει δυσκολία της συνειδητοποίησης της μεγάλης αλλαγής που επιφέρει η νόσος. Αυτό το οποίο απαιτείται μακρόχρονα είναι η προσαρμογή στα νέα δεδομένα, δηλαδή η αποδοχή του προβλήματος και η προσπάθεια διατήρησης της ποιότητας ζωής, έστω και αν οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει σημαντικά (Schwartz, 2000). Όταν δεν υπάρχει η δυνατότητα για το άτομο να αλλάξει το περιβάλλον ή να το ελέγξει, έτσι ώστε να το διαμορφώσει σύμφωνα με τις ανάγκες του, τότε ίσως είναι πιο αποτελεσματικό να προσπαθήσει να ασκήσει έλεγχο μέσω της συμμόρφωσης του με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Σε διάφορες φάσεις της ασθένειας μπορεί να είναι χρήσιμες συγκεκριμένες στρατηγικές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ρόλος των διαφόρων στρατηγικών αλλάζει ανάλογα με τις απαιτήσεις της ασθένειας όπως εξελίσσεται (Tennen, 2000). Παράδειγμα, οι στρατηγικές που αποσκοπούν στη «ρύθμιση του συναισθήματος» μέσω της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος, όπως είναι η έκφραση των συναισθημάτων και η αποδοχή, σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας στη φάση της διάγνωσης (Berghuis και Stanton, 2002). Η έκφραση των

συναισθημάτων και η «ανοιχτή» επικοινωνία είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν μεταξύ των μελών της οικογένειας, σε όλη τη διάρκεια της νόσου, έτσι ώστε να έχουν την δυνατότητα να μπορούν να μοιραστούν και να επεξεργάζονται τα συναισθήματα τους. Στην επικοινωνία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και τα παιδιά για αποφυγή προβληματικών συνεπειών (θυμό, άγχος), η για την εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων σε έφηβες. (Lederberg 1998). Στην παρούσα έρευνα η αναφορά των συγγενών σχετικά με την έλλειψη της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, ήταν στο 61,1%. Διατηρώντας τα πλαίσια επικοινωνίας όπως της «υποψιαζόμενης επίγνωσης» ή της «αμοιβαίας προσποίησης» δεν τους δίνεται η ευκαιρία να επεξεργαστούν και να μοιραστούν τα συναισθήματα τους. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η επικοινωνία των μελών της οικογένειας εξαρτάται από το πλαίσιο επίγνωσης (ποιος ξέρει τι και σε ποιο βαθμό). Οι ασθενείς της έρευνας γνώριζαν την κατάσταση τους σε ποσοστό 55.6% (χωρίς όμως να είναι διευκρινισμένο σε ποιο βαθμό και τι ακριβώς).

Περιορισμοί της έρευνας

Στο σχεδιασμό της έρευνας αυτής επισημαίνονται κάποιοι περιορισμοί που είναι απαραίτητο να αναφερθούν. Η έρευνα είναι συναφειακή και δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς το αιτιώδες των σχέσεων. Έτσι δεν μπορεί να γενικευθούν τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, παρά μόνο στον αντίστοιχο πληθυσμό. Επίσης το δείγμα δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικό γιατί είναι μικρό. Κάποιες ερωτήσεις φαίνεται να είναι ασαφείς για το συγκεκριμένο πληθυσμό και δεν αναδεικνύουν με σαφήνεια τη διακύμανση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων όπως σε άλλες έρευνες.

Το γεγονός ότι δεν θεωρείται δόκιμο να ερωτάται περιστασιακά ένας συγγενής για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες καταστάσεις που προκύπτουν από προβλήματα υγείας δημιουργεί ήδη περιορισμούς. Μια διαφορετική προσέγγιση στη βάση της μόνιμης παρακολούθησης και παράλληλης καταγραφής των τρόπων αντιμετώπισης θα οδηγούσε σε πιο εμπειριστωμένα συμπεράσματα. Οι τρόποι αντιμετώπισης που υιοθετεί και οι συνέπειες της αντιμετώπισης θα πρέπει να αναφέρονται χρονικά πλησιέστερα στη στιγμή που αυτά συμβαίνουν. Έτσι επιτρέπουν την ακριβή περιγραφή της διαδικασίας της αντιμετώπισης του stress. Με

αυτό τον τρόπο αποφεύγονται λάθη που μπορεί να προκύψουν από την ανάκληση των γεγονότων.

Στο μέλλον, θα πρέπει να συγκεντρωθούν στοιχεία από ένα ευρύτερο πληθυσμό με την ταυτόχρονη διαχρονική μελέτη ενδοατομικών και περιβαλλοντικών μεταβλητών.

Επίσης, η μελέτη της επίδρασης ορισμένων γνωστικών μεταβλητών (προσδοκίες, στόχοι, γνωστικών σχημάτων) θα μπορούσε να αποδώσει σημαντικά ευρήματα.

ΕΠΙΛΟΛΟΣ

Η κατανόηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων θα δώσει την ευκαιρία για την ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης. Στόχος, η ενίσχυση των συγγενών που φροντίζουν ασθενή με καρκίνο για την επιτυχή προσαρμογή τους και για την αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης που βιώνουν. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η οικογένεια βιώνει stress, ψυχική καταπόνηση καθώς και διάφορες μεταβολές στις σχέσεις των μελών της. Τα προβλήματα αυτά δεν πηγάζουν μόνο από τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας του ασθενή, αλλά και από την παράβλεψη των προσωπικών αναγκών των μελών της, καθώς και από τα συναισθήματα που δημιουργεί σε αυτά η συγκεκριμένη κατάσταση. Είναι γεγονός ότι οι ανάγκες της οικογένειας παραβλέπονται σε μεγάλο βαθμό από το σύστημα υγείας, το οποίο δίνει προτεραιότητα κυρίως στις ανάγκες του ασθενή. Οι ισχυροί δεσμοί που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και η ανάληψη ρόλων φροντίδας αποτελεί σημαντική παροχή υπηρεσιών προς το σύστημα υγείας και χρειάζεται την υποστήριξη του. Δυστυχώς, οι υπάρχουσες δομές προσφέρουν μηδαμινή στήριξη στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να διογκώνονται οι αρνητικές συνέπειες για τα μέλη της και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν να μοιάζουν σε πολλές περιπτώσεις ανυπέρβλητες.

Συμπερασματικά, νομίζουμε ότι το πρόβλημα δεν είναι μόνο ο καρκίνος. Η εμφάνιση της νόσου έχει σαν συνέπεια την διαταραχή της καθημερινότητας και αφενός μεν διογκώνει ήδη προϋπάρχοντα προβλήματα, αφετέρου δημιουργεί ιδιαίτερα σημαντικά προβλήματα στη δομή της οικογένειας. Οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν το πρόβλημα, είναι «μέσα σε αυτό». Οι συγγενείς είναι αυτοί που κυρίως επιβαρύνονται με το πρόβλημα υγείας του ασθενή και με τα άλλα καθημερινά προβλήματα. Το

γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του συγγενή με αισθήματα ανεπαρκούς φροντίδας προς τον άνθρωπο τους.

Το γεγονός ότι άνδρες και γυναίκες επιλέγουν πιο συχνά τις στρατηγικές εστιασμένες «στη ρύθμιση του συναισθήματος» δεν είναι τυχαίο. Μολονότι, πολλές φορές η συμπεριφορά των συγγενών δεν είναι η ιδανική, σύμφωνα με τις απόψεις των Ειδικών Επαγγελματιών Υγείας, η υπάρχουσα ισορροπία, όπως δρομολογείται μέσα στην οικογένεια, είναι σημαντικό να ενισχύεται Η δυναμική και η δυνατότητα κάθε οικογένειας είναι διαφορετική. Αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό από τα μέλη της οικογένειας, έτσι ώστε να κινητοποιηθούν κατάλληλα ώστε κάθε μέλος της να μπορέσει να βρει το δικό του νόημα.

Στην Ελλάδα, η έρευνα για την επιβάρυνση της οικογένειας από την φροντίδα του ασθενή με καρκίνο καθώς και το πώς αντιμετωπίζεται η ψυχοπαιστική αυτή κατάσταση είναι περιορισμένη.

Ο ρόλος της ελληνικής οικογένειας στην παροχή φροντίδας, οι τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και οι επιπτώσεις της υιοθέτησης διαφορετικών στρατηγικών, μπορούν να αποτελέσουν ένα ευρύτατο πεδίο έρευνας για τους Λειτουργούς Υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Bacqué Marie-Frédérique (2004;) Πένθος και Υγεία. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.
2. Γεωργιάδης, Δ., και Μαγριπλής, Δ., (2005) Ιδιαιτερότητες στη ψυχοθεραπεία με οικογένειες που προσέρχονται για τα συμπτώματα των μικρών παιδιών τους, προσχολικής ηλικίας. 4^η Πανελλήνια Επιστημονική Συνάντηση Οικογενειακής και Συστημικής Ψυχοθεραπείας. Θεσσαλονίκη.
3. Γεωργόπουλος, Γ.Δ., (1993) Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια Αθήνα.
4. Γκοβίνα, Ο., και Πατηράκη, Ε., (2004) Η συμμετοχή της οικογένειας στη διαχείριση του πόνου ασθενών τελικού σταδίου. Ογκολογική Ενημέρωση, 6, 252-254.
5. Γκοβίνα, Ο. και Πατηράκη, Ε., (2006). Ανάγκες οικογένειας που φροντίζει ασθενή με καρκίνο προχωρημένου σταδίου. Εκδόσεις Ελληνική Ογκολογία. Υπό δημοσίευση.
6. Ιακωβίδης, Β., και Ιακωβίδης, Α. (2001) Αρχές Ψυχο-ογκολογίας. Εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη.
7. Ιεροδιακόνου, Χ.Σ., (2003) Ψυχιατρικές γνώσεις για εφαρμογή από κάθε γιατρό. Εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη.
8. Καραδήμας Ε. (1998) Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Ψυχολογία, 5(3): 260-273.
9. Καρύμπαλης, Β., Καλοπήτα, Κ., και συν., (2004) Ψυχοκοινωνικές Ανάγκες των Ατόμων που Στηρίζουν Ασθενείς με Καρκίνο: Μια Σύντομη Αναφορά. Ογκολογική Ενημέρωση, 6, 232-240.

10. Κοσμά, Κ., και Αντωνίου, Α.Σ. (2001) Οι επιδράσεις στην ψυχολογική κατάσταση των συγγενών ατόμων που πάσχουν από καρκίνο. Ογκολογική Ενημέρωση, 3, 66.
11. Κουτρούμπα-Ζαφειροπούλου, Α., και Καρανικόλα, Μ., (2004) Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας δίπλα στο γονιό που βιώνει τη διεργασία του προπαρασκευαστικού θρήνου και του προπαρασκευαστικού πένθους. 8^ο πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Αθήνα.
12. Μάνος, Ν., (1988) Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
13. Παπαδάτου, Δ., και Αναγνωστόπουλος, Φ. (1997) Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
14. Πάρπα, Ε., (2004) Ψυχολογική στήριξη χρονίων ασθενών και οικογένειας. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας της Υγείας. Αθήνα.
15. Ρηγάτος, Γ. (1997). Καρκίνος: το σοκ της διάγνωσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 14, 240-243.
16. Ρηγάτος, Γ., (2000) Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα.
17. Salkind, J.Neil, (1999) Θεωρίες της Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
18. Στεργιούλα, Μ., (2004) Ψυχολογική υποστήριξη σε νεαρό άτομο με καρκίνο. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας της Υγείας. Αθήνα.
19. Τζωρτζίνη, Ι. (1994). Οι ανάγκες της οικογένειας που υποστηρίζει ασθενή με καρκίνο. Ελληνική Ογκολογία, 30, 123-125.
20. π. Φάρος, Φ., (2001) Το πένθος. Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

1. Affleck, G., Tennen, H., Pfeffer, C. and Fifield, C. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
2. Aranda, S, Yates, P. Edwards, H. et al. (2004). Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *Eur. J. Cancer Care (Engl.)*, 13, 336-343.
3. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Co.
4. Berg, C.A., Meegan, S.P., Deviney, F.P. (1998). A social- contextual model of coping with ever day problems across the lifesplan. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 239-261.
5. Berghuis, J.P. and Stanton, A.L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433-438.
6. Billings, A.G., Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of live events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
7. Boekaerts M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications*. New York: Wiley.
8. Brodzinsky, D.M., Elias, M.J., Steiger, C., Simon,J., Gill, m., Hitt, J.C. (1992). Coping Scale for Children and Youth: Scale development and validation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 195-214.

9. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 264-283.
10. Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, Jr., F.L., and Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
11. Centeno, C., Sanz, A. and Bruera, E. (2004). Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Med.*, 18, 184-194.
12. Cohen, F. and Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. in G.C. Stone, f. Cohen & N.E. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
13. Compas, B. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
14. Costa, P.T., Somerfield, M.R., McCrae, R.R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In M. Zeidner, N.S. Endler (Eds). *Handbook of coping: Theory, research and applications*. New York: Wiley.
15. Coyne J.C., Smith, D.A.F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective of wives distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
16. Diener, E. Suh, E.M., Lucas, R.E. and Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
17. Diener, E. and Lucas, R.E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford.

18. Ebata, A.T., Moos, R.H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.
19. Epping-Jordan, P.J., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. and Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.
20. Fabes, R.A., Eisenberg, N. (1992). Young children coping with interpersonal anger. *Child Development*, 63, 116-128.
21. Feldman, P.J. and Steptoe, A. (2003). Psychosocial and socioeconomic factors associated with glycated hemoglobin in nondiabetic middle-aged men and women. *Health Psychology*, 22, 398-405.
22. Folkman, S. and Lazarus R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and social Behavior*, 21, 219-239.
23. Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
24. Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process; Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
25. Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R.J. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

26. Glajchen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J. Support. Oncol.* 2, 145-155.
27. Glass, D.C. (1977). *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
28. Grunfeld, E. Coyle, D., Whelan, T., et al. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patient's and their principal caregivers. *C.M.A.J.*, 170, 1795-1801.
29. Haley, W.E. (2003). Family caregivers of elderly patients with cancer: understanding and minimizing the burden of care. *J. Support. Oncol.* 1, 25-29.
30. Harding, R., Higginson, I.J. and Donalson, N. (2003). The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care. *Support Care Cancer*, 11, 638-643.
31. Herman, M.A., McHale S.M. (1993). Coping with parental negativity: links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Developmental Psychology*, 14, 1-14.
32. Hobfoll, S.E., Dunahoo, C., Beporath Y. and Monner J. (1994). Gender and coping: The Dual-Axis Model of coping. *American Journal of Community psychology*, 22, 49-82.
33. Iconomou, G., Viha, A., Koutras, A., et al. (2002) Information, needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliat. Med.*, 16, 315-321.
34. Jannof-Bulman, R. and Bickman, P. (1982). Expectation and what people learn from failure. In N.T. Feather (Ed.), *expectations and actions*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

35. Kahn, J.H., Hessling, R.M. and Roussell, D.W. (2003). Social support, health and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35, 5-17.
36. Kaluza, G. (2000). Ghanging unbalanced coping profiles – a prospective controlled intervention trial in worksite health promotion. *Psychology and Health*, 15, 423-433.
37. Kobasa S.C.D. (1986). How much stress can you survive? In M.G. Walraven & H.E. Fitzgerald (Eds), *Annual Editions: Human Development*, 86-87. Guilford, CT: Dushkin.
38. Lazarus R. S., Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
39. Lazarus R.S., (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
40. Lederberg, M., (1998). *The family of Cancer Patient στο Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* Lippincott Williams and Wilkins London.
41. Mattlin, J.A., Wethington, E. and Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
42. McCrae, R.R., Costa, P.T., (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
43. McMillan, S.C., Moody, L.E., (2003). Hospice patient and caregiver congruence in reporting patients' symptom intensity. *Cancer Nurs.* 26, 113-118.

44. McMillan, S.C. (1996). Quality of life of primary caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer Pract.* 4, 191-198.
45. Parsons, T., Bales R.F. (1955). *Family, socialization and interaction processes.* Glencoe, IL; Free Press.
46. Pennebaker, J.W. and Seagal, J.D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243-1254.
47. Rothbaum, F., Weisz, J.R. and Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
48. Roussi p., Vassilaki, E. (2001). The applicability of the Multixial Model of Coping to a Greek population. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 14, 1-21.
49. Shatte, A.J., Reivich, K., Gillham,J.E., Seligman M.E.P. (1999). Learned optimism in children. In C.R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works.* New York: oxford University Press.
50. Scheier, M.F. and Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
51. Scheier M.F., Weintraub J.K., Carver C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimist and pessimists. *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
52. Schultz, R. and Beach, S.R., (1999). Care giving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *J.A.M.A.*, 282, 2215-2219.

53. Schwartz, J.E., Neale, J., Marco, C., Shiffman, S.S. and Stone, A.A. (1999). Does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 360-369.
54. Schwartz, C.E. and Sprangers, M.A.G. (2000). *Adaptation to changing health*. Washington: American Psychological Association.
55. Stanton, A.L., Dannof-Burg, S., Cameron, C.L. and Ellis, A.P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.
56. Stone, A.A. and Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
57. Stone, A.A., Grenberg, M.A., Kennedy-Moore, E., and Newman, M. (1991). Self-report, situation specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-658.
58. Stone, A.A., Schwartz, J.E., Neale, J.M., Shiffman, S., Marco, C.A., Hickcox, M., Paty, J., Porter, L.S. and Cruise, L.J. (1998). A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1670-1680.
59. Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S. and Carney, M.A. (2000). A daily process approach to coping: Linking theory, research and practice. *American Psychologist*, 55, 626-636.
60. Terry, D.J. and Hynes, G.J. (1998). Adjustment to a low control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and social Psychology*, 74, 1078-1092.

61. Tuinman, M.A., Fleer, J., Hoekstra H.J. et al. (2004). Quality of life and stress response symptoms in long-term and recent spouses of testicular cancer survivors. *Eur. J. Cancer*, 40, 1696-1703.
62. Weisz, J.R., McCabe, M., Denning, M.D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a notion of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 324-332.
63. Wennman-Larsen, A. and Tishelman, C. (2002). Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scand. J. Caring Sci.*, 16, 240-247.
64. Westman, M., Shiron, A. (1995). Dimensions of coping behavior. A proposed conceptual framework. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 87-100.
65. Wingate, AL., and Lackey, NR. (1989). A description of the needs of non-institutionalised cancer patient and their primary care givers. *Cancer Nurs*, 12, 216-225.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Κλίμακα μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στεναχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πως τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στεναχώρια, αναστάτωση.

Στη συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό και που αναφέρατε αμέσως παραπάνω.

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το «ποτέ» θα βάλετε σε κύκλο το 0, για το «σπάνια» θα βάλετε σε κύκλο το 1, για το «μερικές φορές» θα βάλετε σε κύκλο το 2 και το «συντά» θα βάλετε σε κύκλο το 3.

1	Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα .	0	1	2	3
2	Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	0	1	2	3
3	Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	0	1	2	3
4	Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.	0	1	2	3
5	Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	0	1	2	3
6	Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.	0	1	2	3
7	Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.	0	1	2	3
8	Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.	0	1	2	3
9	Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα.	0	1	2	3
10	Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματα μου για τον εαυτό μου.	0	1	2	3
11	Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	0	1	2	3
12	Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.	0	1	2	3
13	Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.	0	1	2	3
14	Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.	0	1	2	3
15	Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.	0	1	2	3
16	Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.	0	1	2	3
17	Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	0	1	2	3
18	Άφηνα τα συναισθήματα μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.	0	1	2	3
19	Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος /η από πριν.	0	1	2	3
20	Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.	0	1	2	3
21	Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.	0	1	2	3
22	Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	0	1	2	3
23	Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3
24	Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.	0	1	2	3
25	Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.	0	1	2	3

26	Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.	0	1	2	3
27	Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.	0	1	2	3
28	Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα.	0	1	2	3
29	Ξεσπούσα στους άλλους.	0	1	2	3
30	Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	0	1	2	3
31	Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω.	0	1	2	3
32	Έβρισκα μία-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	0	1	2	3
33	Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι έχει συμβεί ή το πώς ένοιωθα.	0	1	2	3
34	Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	0	1	2	3
36	Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα	0	1	2	3
37	Προσευχόμουν	0	1	2	3
38	Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	0	1	2	3

II. Στρατηγικές εστιασμένες: «στην επίλυση του προβλήματος» και «στη ρύθμιση του συναισθήματος»

Στρατηγικές εστιασμένες στην «επίλυση του προβλήματος»

- 5 Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερο για την κατάσταση
- 6 Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.
- 7 Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.
- 9 Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα.
- 10 Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματα μου για τον εαυτό μου.
- 12 Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.
- 15 Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.
- 18 Άφηνα τα συναισθήματα μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.
- 20 Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.
- 21 Τολμούσα κάτι πολύ ρισκοκίνδυνο.
- 22 Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.
- 24 Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.
- 25 Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.
- 26 Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.
- 27 Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.
- 28 Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα.
- 29 Ξεσπούσα στους άλλους.
- 30 Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.
- 31 Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω.
- 32 Έβρισκα μία-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.
- 37 Προσευχόμουν.

Στρατηγικές εστιασμένες στη «ρύθμιση του συναισθήματος»

- 1 Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα .
- 2 Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.
- 3 Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.
- 4 Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.
- 8 Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.
- 11 Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.
- 13 Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.
- 14 Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.
- 16 Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.
- 17 Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.
- 19 Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος /η από πριν.

- 23 Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.
- 33 Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένοιωθα.
- 34 Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν.
- 35 Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.
- 36 Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.
- 38 Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν αν είναι τα πράγματα.

