



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ»

**«Η επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων
καταστάσεων στην κοινωνικοποίηση ατόμων με καρκίνο»**

ΦΟΥΣΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Διπλωματική εργασία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

**«Η επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων
καταστάσεων στην κοινωνικοποίηση ατόμων με καρκίνο»**

ΦΟΥΣΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Διπλωματική εργασία

Τριμελή εξεταστική Επιτροπή:

Επιβλέπων: Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε., Σχολή
Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Σχολή Επιστημών Αγωγής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Νικολάου Σουζάννα - Μαρία, Αναπληρώτρια καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Σχολή
Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Σε όσους πάλεψαν ή παλεύουν
ακόμα με τον καρκίνο

Ευχαριστίες

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Έπειτα από την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής, κρίνεται σημαντικό να δοθούν ευχαριστίες σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και σε όλους τους συμφοιτητές μου για τη συνεργασία και την υποστήριξή τους κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Ειδικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή Σπυρίδων-Γεώργιο Σούλη, αφού με την καθοδήγηση και την υποστήριξή του, συνέβαλε σημαντικά στη διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης. Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην καθηγήτρια Ελένη Μορφίδη, η οποία με τη βοήθειά της συνέβαλε στην ολοκλήρωση σημαντικού μέρους της έρευνας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια Σουζάννα-Μαρία Νικολάου για την πολύτιμη συμβολή της στην εργασία.

Επίσης, σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει στους Συλλόγους Καρκινοπαθών Λάρισας, Κοζάνης, Μακεδονίας-Θράκης και στο Σύλλογο «Επιστήθιοι Φίλοι Άρτας» για την πολύτιμη βοήθειά τους στη διανομή και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, συνεισφέροντας σημαντικά στην ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου, που με στήριξαν και με ενθάρρυναν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και που είναι πάντα στο πλευρό μου.

Περίληψη

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιείται διερεύνηση της επίδρασης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στην κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο. Ειδικότερα, επιχειρείται ο εντοπισμός των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιούν συχνότερα τα άτομα με καρκίνο, καθώς και ο τρόπος που αυτές οι στρατηγικές διαμορφώνουν την κοινωνικοποίησή τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 102 άτομα με διάφορους τύπους καρκίνου από διαφορετικές περιοχές της χώρας. Στην ομάδα σύγκρισης συμπεριλήφθηκαν 102 άτομα, τα οποία δεν είχαν καμία αναπηρία. Ως εργαλεία έρευνας αξιοποιήθηκαν η κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και το Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior (FIRO-B), τα οποία είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα στα ελληνικά δεδομένα. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 26.0. Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς τη συχνότητα χρήσης των διάφορων στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ των ατόμων με καρκίνο και των ατόμων χωρίς αναπηρία. Επίσης διαπιστώθηκε ότι διάφορα χαρακτηριστικά του καρκίνου επηρεάζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τα άτομα και τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης. Στη συνέχεια, επισημάνθηκε η επιρροή που ασκούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι τέσσερις από τις πέντε εξεταζόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να προβλέψουν την κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο.

Λέξεις-Κλειδιά: στρατηγικές αντιμετώπισης, αγχογόνες καταστάσεις, κοινωνικοποίηση, καρκίνος

«The effect of stress management strategies on the socialization of people with cancer»

Abstract

The present study investigates the effect of anxiety management strategies on the socialization of people with cancer. In particular, efforts are being made to identify strategies for coping with stressful situations that are most commonly used by people with cancer, as well as how these strategies shape their socialization. The sample consisted of 102 people with different types of cancer from different parts of the country. The control group included 102 people who had no disabilities. The scale of Strategies for Coping with Stressful Situations and the Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior, FIRO-B, which are translated and weighted in the Greek data, were used as research tools. Data processing was performed with the IBM SPSS statistical package 26.0. The statistical analysis of the data revealed differences in the frequency of use of different coping strategies between people with cancer and people without disabilities. It has also been found that various features of cancer affect the coping strategies used by individuals and the dimensions of socialization. The impact of coping strategies on the dimensions of socialization was then highlighted. In addition, it was observed that four of the five examined coping strategies can predict the socialization of people with cancer.

Keywords: coping strategies, stressful situations, socialization, cancer

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	4	
Περίληψη.....	5	
Abstract.....	7	
Εισαγωγή.....	10	
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ		
Εννοιολογική οριοθέτηση.....	13	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ		
1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του καρκίνου.....	14	
1.2 Αιτιολογία-Συμπτωματολογία του καρκίνου.....	16	
1.3 Επίδραση του καρκίνου στην ψυχική υγεία και στην κοινωνικοποίηση του ατόμου.....	18	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ		
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της κοινωνικοποίησης.....	22	
2.2 Δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.....	24	
2.3 Κοινωνικοποίηση και άγχος.....	26	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ		
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του άγχους.....	29	
3.2 Συμπτώματα του άγχους.....	30	
3.3 Το άγχος σε άτομα με καρκίνο.....	32	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ		
4.1 Θεωρητική προσέγγιση της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	36	
4.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	38	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....		43
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ		
6.1 Σκοπός της έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα.....	51	
6.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	52	

6.3 Περιγραφή δείγματος.....	52
6.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	53
6.5 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Επίδραση της ύπαρξης του καρκίνου στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	60
7.2 Επίδραση των χαρακτηριστικών της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	62
7.3 Συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) και της κοινωνικοποίησης.....	67
7.4 Επίδραση των χαρακτηριστικών της νόσου (χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης.....	69
7.5 Επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης.....	72
7.6 Πρόβλεψη της κοινωνικοποίησης από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Συζήτηση.....	80
8.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	85
Βιβλιογραφία.....	87
Παράρτημα Ι - Ερωτηματολόγιο της έρευνας.....	93
Παράρτημα ΙΙ - Περιγραφική Στατιστική.....	102

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια πάθηση με υψηλή συχνότητα εμφάνισης και οδηγεί σε αρκετές περιπτώσεις στο θάνατο (Quick et al., 2014). Οφείλεται σε μεταλλάξεις στο DNA του ανθρώπου, ενώ συχνά παρατηρούνται μεταστάσεις στον οργανισμό, επιδεινώνοντας την υγεία του ατόμου (National Cancer Institute, 2015). Προκαλείται από διάφορους παράγοντες είτε κληρονομικούς είτε παράγοντες, που σχετίζονται με το περιβάλλον του ατόμου και την ποιότητα ζωής του (Anand et al., 2008). Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, επιδρά στην ψυχική υγεία και στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου (Καραδήμας, 2005), δημιουργώντας εντάσεις και διαταράσσοντας την ψυχική ευημερία του. Όμως, όταν το άτομο δέχεται υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, τότε διευκολύνεται η προσαρμογή του στη νόσο. Η υποστήριξη από το περιβάλλον και η δόμηση υγιών σχέσεων με άλλους ανθρώπους μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική ευημερία και σε αποτελεσματικότερη επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν (Manne & Badr, 2008). Επιπλέον, τα άτομα με καρκίνο εμφανίζουν συχνά υψηλά επίπεδα άγχους, με αποτέλεσμα να καθυστερείται η ανάρρωσή τους και να μειώνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το άγχος μπορεί να συνυπάρχει με την κατάθλιψη και να εμποδίζει την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν από τη νόσο (Jadoon et al., 2010). Το άτομο με καρκίνο καλείται να διαχειριστεί το άγχος μέσω διάφορων στρατηγικών αντιμετώπισης, που το ίδιο επιλέγει ως τις πλέον κατάλληλες για κάθε περίπτωση. Οι στρατηγικές αυτές επηρεάζονται από την προσωπικότητα του ατόμου, από τους κοινωνικούς πόρους που διαθέτει αλλά και από τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε κατάστασης (Folkman & Moskowitz, 2000).

Στο πλαίσιο όλων των παραπάνω, επιχειρήθηκε η ανάδειξη των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες χρησιμοποιούν συχνότερα τα άτομα με καρκίνο, το είδος των κοινωνικών τους σχέσεων, καθώς και ο τρόπος που αυτές οι στρατηγικές διαμορφώνουν την κοινωνικοποίησή τους. Γι' αυτόν τον σκοπό, διεξήχθη η παρούσα έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο σε άτομα με διαφορετικούς τύπους καρκίνου (ομάδα Α') και σε άτομα χωρίς αναπηρία (ομάδα σύγκρισης). Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να αναδείξουν την ανάγκη για παροχή κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα με καρκίνο και τη διατήρηση μιας αισιόδοξης στάσης απέναντι στα προβλήματα που προκύπτουν από την ασθένεια.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από δύο μέρη και διαρθρώνεται σε οκτά κεφάλαια. Στο πρώτο μέρος, το θεωρητικό, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα προσδιορίζεται η έννοια του καρκίνου, αναφέρονται τα αίτια και η συμπτωματολογία των διάφορων τύπων καρκίνου, ενώ καταγράφονται οι επιπτώσεις του καρκίνου στην ψυχική υγεία και στην κοινωνικοποίηση του ατόμου. Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της κοινωνικοποίησης. Αναλυτικότερα, προσδιορίζεται ο όρος «κοινωνικοποίηση», καταγράφεται το είδος των διαπροσωπικών σχέσεων που δημιουργεί το άτομο και αναφέρεται η σύνδεση της κοινωνικοποίησης με το άγχος που βιώνει. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια «άγχος», παρουσιάζονται τα συμπτώματα του και ο επιπολασμός του σε άτομα με

καρκίνο. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των θεωρητικών προσεγγίσεων, που αφορούν την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων και παρατίθενται οι διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που απασχόλησαν την παρούσα έρευνα τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας δίνεται η ερευνητική προσέγγιση. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σκοπός της παρούσας έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Επιπλέον, καταγράφεται η μέθοδος συλλογής δεδομένων, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνας και η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας. Στο έβδομο κεφάλαιο εντοπίζονται οι απαντήσεις των ερευνητικών ερωτημάτων. Στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας, τα οποία συγκρίνονται με αντίστοιχες μελέτες, ενώ δίνονται πιθανά αίτια για κάθε πόρισμα. Επίσης, αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας και μελλοντικές προτάσεις για επέκταση της συγκεκριμένης έρευνας. Στο τέλος της εργασίας υπάρχει η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε και δύο παραρτήματα, που περιέχουν το ερωτηματολόγιο της έρευνας και τις απαντήσεις των ερωτώμενων σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά.

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ

Σε αυτό το σημείο, θα γίνει συνοπτικός προσδιορισμός των βασικών όρων που θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα εργασία και οι οποίοι αποτελούν τους κύριους άξονές της. Οι εν λόγω όροι θα αναλυθούν λεπτομερέστερα στα ακόλουθα κεφάλαια.

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια πάθηση, που οφείλεται σε μεταλλάξεις στο DNA του οργανισμού. Χαρακτηρίζεται από όγκους, οι οποίοι δημιουργούνται κατά τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων και διαταράσσουν τη λειτουργία του οργανισμού, οδηγώντας συχνά στο θάνατο (National Cancer Institute, 2015).

Η κοινωνικοποίηση αποτελεί ένα σύνολο διαδικασιών, κατά το οποίο το άτομο ενσωματώνεται σε ένα κοινωνικό σύνολο και αποκτά κοινωνικούς ρόλους. Η κοινωνικοποίηση πραγματοποιείται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και αφορά την εσωτερική των κοινωνικών προτύπων και της κουλτούρας της κοινωνίας από το άτομο (Grusec & Hastings, 2015).

Το άγχος αποτελεί τη συναισθηματική αντίδραση που προκαλείται στο άτομο, όταν αισθάνεται ότι απειλείται. Αφορά τις γνωστικές λειτουργίες του και βοηθά στην προσαρμογή του στις εκάστοτε συνθήκες. Συμβάλλει ακόμα στην επιβίωσή του, καθώς το άτομο με αυτόν τον τρόπο αποφεύγει τους κινδύνους που παρουσιάζονται (Crocq, 2015).

Αγχогόνα ονομάζεται η κατάσταση, κατά την οποία ένα ερέθισμα από το περιβάλλον προκαλεί άγχος στο άτομο. Η αγχογόνα κατάσταση σχετίζεται με παλαιότερα γεγονότα, τα οποία επαναλαμβάνονται και πυροδοτούν συναισθήματα άγχους στο άτομο. Το άτομο προσπαθεί να αξιολογήσει την κατάσταση, ώστε να προσαρμοστεί σε αυτή (Cervone & Pervin, 2013).

Η στρατηγική αντιμετώπισης αποτελεί μια διαδικασία, κατά την οποία το άτομο επιδιώκει να διαχειριστεί μια κατάσταση. Αφορά την τροποποίηση των γνωστικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς του ατόμου, με στόχο να αποβάλλει το άγχος και να προσαρμοστεί στις εκάστοτε συνθήκες (Lazarus, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του καρκίνου

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια πάθηση, η οποία εμφανίζεται συχνά στις ανεπτυγμένες χώρες και συνήθως οδηγεί στο θάνατο. Αποτελείται από διάφορους τύπους και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αισθητή αύξηση των ποσοστών των ατόμων που νοσούν με κάποιο τύπο καρκίνου. Αναφέρεται ότι ευθύνεται για το 13% των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ θεωρείται η δεύτερη αιτία που προκαλεί θάνατο μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Καραπούλιος κ. συν., 2013). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, οι συχνότερες αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα, του προστάτη και ο καρκίνος του παχέος εντέρου (National Cancer Institute, 2018, <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>).

Το Εθνικό Ινστιτούτο του Καρκίνου (2015, <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>) δίνει τον παρακάτω ορισμό:

«Η λέξη καρκίνος χρησιμοποιείται, για να περιγράψει ένα σύνολο από συναφείς ασθένειες. Σε όλους τους τύπους καρκίνου κάποια από τα σωματικά κύτταρα αρχίζουν να διαιρούνται συνεχώς και να διεισδύουν σε παρακείμενους ιστούς. Ο καρκίνος μπορεί να δημιουργηθεί σχεδόν παντού στο σώμα, το οποίο αποτελείται από τρισεκατομμύρια κύτταρα».

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2019 παρατηρήθηκε ότι ο καρκίνος του προστάτη, του παχέος εντέρου και του ορθού και το μελάνωμα του δέρματος είναι οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου στους άνδρες, ενώ ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου και του ορθού είναι οι συχνότεροι μεταξύ των γυναικών (Miller et al., 2019).

Όσον αφορά στον τρόπο ανάπτυξης του καρκίνου, αυτός προκαλείται από μεταλλάξεις του DNA του ατόμου και συγκεκριμένα οφείλεται σε δύο είδη γονιδίων, τα ογκογονίδια και τα ογκοκατασταλτικά γονίδια. Στα ογκογονίδια οφείλεται ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων, ενώ τα ογκοκατασταλτικά γονίδια τον αναστέλλουν, οδηγώντας στον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο. Τα φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά είτε εξαιτίας της μείωσης των ογκοκατασταλτικών γονιδίων είτε εξαιτίας της αύξησης των ογκογονιδίων. Επιπλέον, οι μηχανισμοί επιδιόρθωσης του DNA υπολειτουργούν ή εκλείπουν (Knudson, 2001). Για παράδειγμα, η ανάπτυξη του καρκίνου μπορεί να προκληθεί σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% από διαταραχές στην πρωτεΐνη p53, η οποία εκφράζεται από ένα είδος ογκοκατασταλτικού γονιδίου, που θεωρείται ότι ρυθμίζει τον κυτταρικό κύκλο (Quick et al., 2014).

Αρχικά, εμφανίζονται λίγα καρκινικά κύτταρα, τα οποία συνεχίζουν να πολλαπλασιάζονται, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται η εσωτερική δομή των ιστών του οργανισμού. Τα καρκινικά κύτταρα δημιουργούν συμπαγείς όγκους, οι οποίοι έχουν παρόμοια λειτουργία με τα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Οι όγκοι αναπτύσσονται,

εξελίσσονται και μεταβάλλονται, όπως τα κανονικά όργανα, όμως προκαλούν βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό (Egeblad, Nakasone & Werb, 2010).

Τα νεοπλάσματα (όγκοι) μπορεί να είναι καλοήγη ή κακοήγη, ανάλογα με το αν βλάπτουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι καλοήγητες όγκοι δεν μπορούν να κάνουν μετάσταση, να μεταφερθούν δηλαδή σε άλλο όργανο ή ιστό, όμως ενδέχεται να πιέζουν κάποιο άλλο όργανο. Μόνο σε αυτή την περίπτωση πραγματοποιείται χειρουργική αφαίρεση του νεοπλάσματος. Οι κακοήγητες όγκοι ωστόσο συνήθως κάνουν μετάσταση σε άλλους ιστούς ή όργανα, τα οποία καταστρέφουν σταδιακά, οδηγώντας το άτομο στο θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, κάποια κύτταρα του όγκου μεταφέρονται σε άλλα σημεία του σώματος, δημιουργώντας νέους όγκους. Οι κακοήγητες όγκοι μπορεί να εμφανιστούν και μετά από χειρουργική αφαίρεση (National Cancer Institute, 2015).

Οι καλοήγητες όγκοι έχουν αργό ρυθμό ανάπτυξης και καθορισμένα όρια (περιβάλλονται από κάψα). Μένουν στο σημείο, στο οποίο αρχικά εμφανίζονται και δεν αλλάζουν τη λειτουργία των ιστών ή των οργάνων παρά τη μικρή πίεση που ασκούν στον φυσιολογικό ιστό. Αντιθέτως, οι κακοήγητες νεοπλασίες αναπτύσσονται ταχύτατα και καταστρέφουν τους φυσιολογικούς ιστούς του οργανισμού. Επιπλέον, δεν περιβάλλονται από κάψα, με αποτέλεσμα να μην έχουν σαφή όρια (Reid, Roberts & Macduff, 2016).

Οι νεοπλασίες επεκτείνονται στον οργανισμό με τοπική επέκταση και διήθηση, με λεμφογενή ή με αιματογενή επέκταση και με επέκταση μέσω κοιλοτήτων. Στην περίπτωση της τοπικής επέκτασης, ο όγκος διηθεί τους παρακείμενους ιστούς, καθώς τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται, πιέζοντάς τους και μεταβάλλοντας τη λειτουργία τους. Όμως, υπάρχει η δυνατότητα τα καρκινικά κύτταρα να εισέλθουν στα αιμοφόρα ή στα λεμφικά αγγεία του οργανισμού και να μεταφερθούν σε άλλα όργανα ή σε λεμφαδένες κοντά στον αρχικό (πρωτοπαθή) όγκο. Επιπλέον, οι όγκοι μπορεί να επεκταθούν και σε άλλα σημεία της κοιλότητας, στην οποία βρίσκονται (Quick et al., 2014).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο του Καρκίνου (National Cancer Institute, 2015), υπάρχουν περισσότεροι από 100 τύποι καρκίνου, οι οποίοι προσβάλλουν όργανα ή ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού. Κάθε τύπος λαμβάνει το όνομα του ιστού ή του οργάνου, στο οποίο εμφανίζεται ο πρωτοπαθής όγκος. Ωστόσο, αυτοί οι τύποι μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Καρκίνωμα (επιθηλιακών κυττάρων)
- Σάρκωμα (οστών, μυών, λίπους, αγγείων αίματος, λεμφαγγείων, συνδέσμων, τενόντων)
- Λευχαιμίες (αιμοποιητικών ιστών μυελού των οστών)
- Λέμφωμα (λεμφοκυττάρων B ή T του ανοσοποιητικού συστήματος, Hodgkin και Non-Hodgkin)
- Πολλαπλό μυέλωμα (πλασματοκυττάρων)
- Μελάνωμα (μελανοκυττάρων του δέρματος και του ματιού)
- Καρκίνος του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού
- Καρκίνος των γενετικών κυττάρων
- Νευροενδοκρινικός καρκίνος

1.2 Αιτιολογία-Συμπτωματολογία του καρκίνου

Η ερευνητική κοινότητα έχει στρέψει εδώ και πολλά χρόνια το ενδιαφέρον της προς τον εντοπισμό των αιτιών, που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο. Μέσω συστηματικών μελετών στους διαφορετικούς τύπους καρκίνου προέκυψαν ορισμένες κατηγορίες, στις οποίες οφείλονται οι κακοήθεις όγκοι. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι είτε κληρονομικοί είτε μη κληρονομικοί, να οφείλονται δηλαδή στο περιβάλλον και στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Anand et al., 2008).

Οι γενετικοί παράγοντες εντοπίστηκαν ως πιθανή αιτιολογία για την εμφάνιση καρκίνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Οι κληρονομούμενες γενετικές μεταλλάξεις ευθύνονται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 75% για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και καρκίνου των ωοθηκών (Roukos, 2009). Περισσότερες από 200 γενετικές μεταλλάξεις συνδέονται με την ανάπτυξη καρκίνου, ορισμένες από τις οποίες έχουν πάνω από 90% πιθανότητα να οδηγήσουν σε καρκίνο (κληρονομικό ρετινοβλάστωμα, οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου, σύνδρομο Li-Fraumeni) (Damjanov, 2009).

Ωστόσο, εκτός από τους κληρονομικούς παράγοντες, η ύπαρξη κακοηθών όγκων στον οργανισμό μπορεί να δικαιολογηθεί και από ποικίλους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι και το κάπνισμα, στο οποίο οφείλεται το 25% των θανάτων σε άτομα με καρκίνο, κυρίως του πνεύμονα (Damjanov, 2009). Επιπλέον, το αλκοόλ σχετίζεται με τον καρκίνο του ήπατος και του πεπτικού σωλήνα (Schütze et al., 2011). Ο συνδυασμός καπνίσματος και αλκοόλ προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, του ανώτερου γαστρεντερικού, της ουροδόχου κύστεως και του τραχήλου, ενώ η έκθεση σε χημικές ουσίες, όπως ο αμίαντος, το χλωριούχο βινύλιο και η σκόνη των ξύλων, οδηγεί σε ορισμένες περιπτώσεις σε καρκίνο (Damjanov, 2009). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι και η χρήση ορισμένων φαρμάκων (αλκυλιούντες παράγοντες, διαιθυλοστυλβεστρόλη) ευθύνεται για την εμφάνιση καρκίνου (Damjanov, 2009).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους ερευνητές, μολυσματικοί παράγοντες ενδέχεται να προσβάλλουν τον οργανισμό και να προκαλέσουν καρκίνο. Το ελικοβακτήριο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*), η ηπατίτιδα Β και C και ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV είναι υπεύθυνα για διάφορους τύπους καρκίνου, όπως ο καρκίνος του στομάχου, του ήπατος και του τραχήλου της μήτρας αντίστοιχα (De Martel et al., 2012). Ο ρετροϊός HTLV-I και ο ιός Epstein Barr επίσης συμβάλλουν στην εμφάνιση νεοπλασιών.

Ένας ακόμα παράγοντας, που ενοχοποιείται για την εμφάνιση καρκίνου, είναι η διατροφή. Για παράδειγμα, τα πλούσια σε λιπαρά τρόφιμα έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού, ενώ η αφλατοξίνη B1, που βρίσκεται σε διάφορες τροφές, μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του ήπατος (Damjanov).

Κακοήθεις όγκοι ενδέχεται ακόμα να προκληθούν από φυσικούς παράγοντες, όπως η ακτινοβολία. Η έκθεση των επιζώντων από εκρήξεις ατομικών βομβών στην ακτινοβολία αυτών και η έκθεση των ατόμων που κάνουν ακτινοθεραπεία έχουν

συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου. Επιπλέον, η υπερέκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του δέρματος ή μελάνωμα, ενώ η φυσική ακτινοβολία ραδιενεργών στοιχείων δικαιολογεί σε μικρό ποσοστό την εμφάνιση καρκίνου (Damjanov).

Οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν ποικίλα συμπτώματα, τα οποία συνήθως είναι επίμονα και τους ενεργοποιούν, ώστε να κάνουν τις απαραίτητες εξετάσεις. Κάθε τύπος καρκίνου έχει διαφορετικά συμπτώματα, ορισμένα από τα οποία αναλύονται παρακάτω.

Στην έρευνα των Joaquim et al. (2012) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με καρκίνο εμφάνιζαν ποικίλα συμπτώματα όπως πόνο, δύσπνοια, κόπωση, ναυτία, ανορεξία, βήχα, δυσκοιλιότητα και διάρροια. Τα ποσοστά διέφεραν ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου. Επιπλέον, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση ανάμεσα στα συμπτώματα που δήλωσαν οι ίδιοι και σε εκείνα που δήλωσαν οι γιατροί που τους παρακολουθούσαν.

Το National Cancer Institute (2019, <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/symptoms>) αναφέρει τα παρακάτω χαρακτηριστικά, τα οποία καλύπτουν μεγάλο φάσμα των πιθανών συμπτωμάτων, που μπορεί να εντοπιστούν σε έναν καρκινοπαθή.

- Ναυτία και έμετος
- Κόπωση που είναι σοβαρή και διαρκεί
- Πυρετός ή νυχτερινές εφιδρώσεις
- Αύξηση βάρους ή απώλεια βάρους
- Οίδημα ή μάζες οπουδήποτε στο σώμα
- Αλλαγές στην όρεξη για φαγητό
- Πόνος στην κοιλιά
- Αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου
- Πόνος μετά το φαγητό (καούρα ή δυσπεψία)
- Αίμα στα κόπρανα
- Ίκτερος
- Αίμα στα ούρα
- Πόνος κατά την ούρηση
- Επίμονος βήχας ή βραχνάδα
- Προβλήματα κατάποσης
- Λευκές ή ερυθρές κηλίδες στη γλώσσα ή στο στόμα
- Αιμορραγία, πόνος ή μούδιασμα στο χέιλος ή στο στόμα
- Βλάβη στο δέρμα που αιμορραγεί
- Μια πληγή που δε θεραπεύεται
- Αιμορραγία ή μώλωπες
- Δέρμα με φαγούρα, κόκκινο, χαραγμένο ή φουσκωμένο
- Αλλαγή στο σχήμα ή στο χρώμα σε μια υπάρχουσα ελιά
- Μάζα ή σκληρή αίσθηση στο στήθος ή κάτω από το χέρι
- Αλλαγή του σχήματος της θηλής
- Πονοκέφαλοι

- Επιληπτικές κρίσεις
- Αλλαγές στην όραση
- Ακουστικές αλλαγές

1.3 Επίδραση του καρκίνου στην ψυχική υγεία και στην κοινωνικοποίηση του ατόμου

Οι διάφοροι τύποι καρκίνου, εκτός από τις επιπτώσεις τους στον οργανισμό του ατόμου που αναφέρθηκαν προηγουμένως, επηρεάζουν και την ψυχική του ευημερία και τις κοινωνικές του σχέσεις. Μετά από τη διάγνωση της νόσου, το άτομο με καρκίνο και τα άτομα από το οικογενειακό του περιβάλλον αντιμετωπίζουν δυσκολίες, όσον αφορά στον έλεγχο και στη διαχείριση της κατάστασης. Όλες οι προσπάθειες των άμεσα εμπλεκόμενων στρέφονται προς την επιβίωση του καρκινοπαθή και την προσαρμογή του στη νέα κατάσταση. Το άτομο με καρκίνο πρέπει να εντάξει τη νόσο στην καθημερινότητα του και να μεταβάλλει τις συνήθειες του, προσαρμόζοντάς τις στις δυνατότητές του και στις απαιτήσεις της θεραπείας (Καραδήμας, 2005).

Το άτομο με καρκίνο μπορεί να αισθανθεί φόβο, απογοήτευση, αβεβαιότητα, απελπισία ή ανακούφιση ανάλογα με την πορεία της νόσου. Τα συναισθήματα αυτά συνδέονται με την πιθανότητα επιβίωσης του ατόμου και με την πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου. Ο ασθενής φοβάται το ενδεχόμενο ενός επικείμενου και επώδυνου θανάτου, ενώ απογοητεύεται στη σκέψη ότι μπορεί να εμφανισθεί ξανά η νόσος και ότι θα πρέπει να επαναλάβει τη θεραπεία. Αντιθέτως, κατακλύζεται από συναισθήματα ανακούφισης και χαράς στις περιπτώσεις που επιτυγχάνεται η ίαση, καθώς το άτομο μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του όπως πριν (Fleishman, 2011).

Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι τα άτομα με καρκίνο τείνουν να αρνούνται να δεχθούν την κατάσταση και να καταπιέζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Δίνουν την αίσθηση της ηρεμίας, ενώ στην ουσία βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και φόβου, τα οποία δυσχεραίνουν την ψυχική τους υγεία και εμποδίζουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων, που απορρέουν από την ασθένεια (Gilbertson et al., 2011).

Σε αρκετές περιπτώσεις, στα άτομα με καρκίνο παρατηρούνται ενοχές, οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε διάφορες αιτίες. Αρχικά, το άτομο μπορεί να κατηγορεί τον εαυτό του για την εμφάνιση του καρκίνου, θεωρώντας ότι οι συνήθειές του την προκάλεσαν. Όταν το άτομο κατορθώσει να θεραπευθεί από τον καρκίνο, ενδέχεται να νιώσει ενοχές, διότι άλλα άτομα δεν μπόρεσαν να θεραπευθούν. Το άτομο με καρκίνο μπορεί ακόμα να αισθάνεται ένοχο για την υποστήριξη και τη βοήθεια που λαμβάνει από τα άτομα του περιβάλλοντός του, θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο τους επιβαρύνει (Miaskowski et al., 2007).

Ο θυμός είναι ένα συναίσθημα, που υπάρχει έντονα μετά από τη διάγνωση του καρκίνου. Το άτομο εκνευρίζεται, διότι ο καρκίνος επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής του, μειώνοντας αισθητά την απόδοση και τη λειτουργικότητά του, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες (Miaskowski et al., 2007).

Επιπλέον, τα άτομα με καρκίνο διακατέχονται συνήθως από υψηλά επίπεδα άγχους, το οποίο αποτελεί αντίδραση του οργανισμού απέναντι στην απειλή που νιώθουν. Όσο εξελίσσεται η πορεία της νόσου και ειδικότερα σε περιπτώσεις που παρουσιάζονται μεταστάσεις και εντείνεται η ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας, τόσο αυξάνεται το άγχος των ατόμων με καρκίνο. Ωστόσο, το έντονο άγχος επιδρά στην πορεία της νόσου, καθώς παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις ναυτία, εμετός, εντονότερος πόνος και διαταραχές του ύπνου (Baqutayan, 2012).

Απόρροια του έντονου άγχους, το οποίο παρουσιάζεται σε άτομα με καρκίνο, είναι και η δυσκολία στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων και η μη ρεαλιστική αντιμετώπιση των καταστάσεων, με αποτέλεσμα να μειώνεται η απόδοσή τους και να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν. Ακόμα, πολλοί ασθενείς βρίσκονται σε πνευματική αναζήτηση, προσπαθώντας να δώσουν νόημα στην ύπαρξή τους και στην εμφάνιση της νόσου (Baqutayan, 2012).

Οι αλλαγές που προκαλεί ο καρκίνος στο σώμα του ατόμου δημιουργούν άγχος στο άτομο αναφορικά με την εικόνα που έχουν οι άλλοι για εκείνο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το άτομο με καρκίνο να μην αποδέχεται τον εαυτό του και να αποκτά αρνητική αυτοεικόνα (Miaskowski et al., 2007). Το άτομο βιώνει έντονα το αίσθημα της ντροπής και τείνει να απομονώνεται (Boquiren et al., 2013). Επιπλέον, μειώνεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου με καρκίνο, το οποίο δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και επιδιώκει να διατηρήσει τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες που είχε πριν από τη διάγνωση (Boquiren et al., 2013).

Το άγχος σε άτομα με καρκίνο παρατηρείται ότι συνυπάρχει με την κατάθλιψη ειδικότερα κατά τη διάγνωση και τα χρονικά διαστήματα που πραγματοποιείται η χημειοθεραπεία. Εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρούνται, όταν γίνονται ορατές οι επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στον οργανισμό του ατόμου. Έχει παρατηρηθεί ακόμα ότι τα άτομα που ζουν μόνα τους αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό άγχος και κατάθλιψη (Baqutayan, 2012).

Από την άλλη μεριά, όταν τελειώσει η θεραπεία του ατόμου, τότε τα παραπάνω αρνητικά συναισθήματα συνυπάρχουν με ορισμένα θετικά. Η διάθεση και η αυτοπεποίθηση του ατόμου με καρκίνο βελτιώνονται και αλλάζει η στάση του απέναντι στη ζωή, καθώς της προσδίδεται περισσότερο νόημα (Miaskowski et al., 2007).

Ο καρκίνος επίσης επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με καρκίνο με τα άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος, δημιουργώντας εντάσεις και ασκώντας έντονη ψυχολογική πίεση. Τόσο τα άτομα με καρκίνο όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, όσον αφορά στην πορεία της νόσου και την πιθανότητα επανεμφάνισής της. Ωστόσο, συνήθως δεν εκφράζουν τα συναισθήματα τους, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά το άγχος και να μειώνεται η ποιότητα της επικοινωνίας τους. Όταν δεν επιτυγχάνεται σε ικανοποιητικό βαθμό η επικοινωνία μεταξύ του ατόμου με καρκίνο και της οικογένειάς του, τότε δεν κατορθώνει ο ασθενής να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες (Manne et al., 2010). Για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο, είναι αναγκαίο οι άμεσα εμπλεκόμενοι να συζητούν τα συναισθήματα τους, τα οποία αφορούν την αλλαγή των σχεδίων τους, τις άμεσες επιπτώσεις της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου, το

άγχος για πιθανή επανεμφάνιση της νόσου και το άγχος του επικείμενου θανάτου (Manne & Badr, 2008).

Παρατηρείται ακόμα απώλεια ελέγχου, που συνδέεται με τις αλλαγές στην καθημερινή ζωή του ατόμου με καρκίνο, καθώς αναγκάζεται να παραγκωνίζει όλες τις υπόλοιπες υποχρεώσεις και τις επιθυμίες του, ώστε να μπορέσει να επικεντρωθεί στην επίτευξη της θεραπείας του καρκίνου (Καραδήμας, 2005). Καθώς μειώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου εξαιτίας των επιπτώσεων της νόσου στον οργανισμό, αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Μειώνεται η απόδοσή του όσον αφορά στον επαγγελματικό τομέα, στη φροντίδα των παιδιών και στις δουλειές του νοικοκυριού, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία επηρεάζει τη σεξουαλική ζωή του ατόμου με καρκίνο (Manne & Badr, 2008).

Επιπλέον, οι περισσότεροι οικονομικοί πόροι της οικογένειας του ατόμου με καρκίνο διατίθενται για τη θεραπεία του και μειώνεται ο αριθμός των κοινωνικών δραστηριοτήτων, στις οποίες συμμετέχει το άτομο, καθώς επηρεάζεται σημαντικά η λειτουργικότητά του (Mcillmurrat, 2001). Επίσης, ο ασθενής τείνει να αποφεύγει ανθρώπους και δραστηριότητες που του θυμίζουν τον καρκίνο και αρνείται τις προηγούμενες συνήθειές του. Όμως, με αυτόν τον τρόπο, δεν κατορθώνει να διαχειριστεί επιτυχώς τα αρνητικά συναισθήματα και να προσαρμοστεί στη νόσο (Miaskowski et al., 2007). Τα παραπάνω ασκούν επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με καρκίνο (Mcillmurrat, 2001).

Το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου με καρκίνο μπορεί ακόμα να του ασκήσει πίεση, ώστε να επιστρέψει όσο πιο γρήγορα γίνεται στις προηγούμενες συνήθειές του και γενικότερα στον τρόπο ζωής που είχε πριν από τη διάγνωση. Το άτομο με καρκίνο ενδεχομένως να αισθανθεί ότι οι άνθρωποι γύρω του δεν κατανοούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να προκληθούν συγκρούσεις (Miaskowski et al., 2007). Είναι σημαντικό το κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο ανήκει το άτομο με καρκίνο, να συμβάλλει καθοριστικά στην προσαρμογή του ατόμου στη νόσο και να το υποστηρίξει κατάλληλα, ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί το άγχος που παρατηρείται μετά από τη διάγνωση της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται, όταν τα άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος ωθούν το άτομο να εκφράζει τα συναισθήματά του, να αντιμετωπίζει τη συναισθηματική ένταση και να βρίσκει νόημα στην υπάρχουσα κατάσταση. Ωστόσο, αν το κοινωνικό περιβάλλον δεν ενθαρρύνει και δεν υποστηρίζει το άτομο με καρκίνο, τότε δημιουργούνται προβλήματα στην ψυχική του υγεία (Manne & Badr, 2008).

Επιπροσθέτως, το άτομο με καρκίνο ενδέχεται να εκδηλώσει αντιδραστική συμπεριφορά απέναντι στα άτομα του περιβάλλοντός του και να είναι κακόκεφο. Μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα έλλειψη αυτοπεποίθησης. Τα προαναφερθέντα οδηγούν σε συγκρούσεις με τα άτομα του κοινωνικού συνόλου και σε απομόνωση του ατόμου με καρκίνο (Miaskowski et al., 2007).

Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι τα άτομα με καρκίνο συνήθως δεν προσφέρουν τόση ψυχολογική υποστήριξη όση λαμβάνουν από τα άτομα του περιβάλλοντός τους, με αποτέλεσμα όσοι ανήκουν στον κοινωνικό τους περίγυρο να αισθάνονται παραμελημένοι και να μην ικανοποιούνται από τη σχέση τους με τους καρκινοπαθείς.

Αυτό οδηγεί σε εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων με καρκίνο (Manne & Badr, 2008).

Από την άλλη μεριά, όταν το ζευγάρι είναι ικανοποιημένο από τη σχέση του, τότε η διάγνωση του καρκίνου το κινητοποιεί, ώστε να βελτιώσει ακόμα περισσότερο την ποιότητα της σχέσης του. Σε αυτή την περίπτωση, το άτομο με καρκίνο δέχεται αρκετή υποστήριξη από τον/τη σύντροφο του και η νόσος εκλαμβάνεται ως πρόκληση για αναθεώρηση και βελτίωση της σχέσης και όχι ως απειλή (Manne & Badr, 2008).

Από τα προαναφερόμενα, συμπεραίνουμε ότι ο καρκίνος είναι μια χρόνια πάθηση που πλήττει μεγάλο μέρος του πληθυσμού και εμφανίζει ποικίλα συμπτώματα ανάλογα με τον τύπο (Καραπούλιος κ. συν., 2013). Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, επιδρά στην ψυχική υγεία και στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Τα άτομα με καρκίνο διακατέχονται από υψηλά επίπεδα άγχους, που εμποδίζουν την προσαρμογή τους στη νόσο (Καραδήμας, 2005). Επιπροσθέτως, δημιουργούνται εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με τα άτομα του στενού του περιβάλλοντος και μειώνεται η ποιότητα της επικοινωνίας σε αυτές (Manne et al., 2010). Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της κοινωνικοποίησης, καταγράφεται η διαδικασία δημιουργίας των διαπροσωπικών σχέσεων και αναφέρεται η σύνδεση της κοινωνικοποίησης με το άγχος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της κοινωνικοποίησης

Η κοινωνικοποίηση αποτελεί ένα σύνολο διαδικασιών, το οποίο αφορά τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και τις αλλαγές που προκύπτουν από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων. Είναι μια συνεχής διαδικασία, που συνδέεται με όλες τις καταστάσεις της κοινωνικής ζωής (García, Aluja & del Barrio, 2006) και διαρκεί εφ' όρους ζωής, καθώς τα πρότυπα που το άτομο ακολουθεί αλλάζουν (Grusec & Hastings, 2015).

Η κοινωνικοποίηση αφορά και τη μετάδοση της κουλτούρας από γενιά σε γενιά, συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών ρόλων που συνδέονται με διάφορα επαγγέλματα. Η κουλτούρα που μεταδίδεται ωστόσο δεν παραμένει αναλλοίωτη στον χρόνο, αλλά αλλάζει, επηρεαζόμενη από τις συνθήκες της εκάστοτε περιόδου. Αφού λοιπόν η κοινωνία υφίσταται πολλές μεταβολές με το πέρασμα των χρόνων, η διαδικασία της κοινωνικοποίησης πρέπει να προετοιμάζει το άτομο, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί σε αυτές (Grusec & Hastings, 2015).

Μέσω της κοινωνικοποίησης το άτομο αλληλεπιδρά με το κοινωνικό σύνολο και ενστερνίζεται τις στάσεις, τους κανόνες, τις αξίες του και γενικότερα την κουλτούρα του. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται μέλος του. Η κοινωνική επιρροή θεωρείται ως μια διαδικασία, που εμπεριέχεται στην κοινωνικοποίηση και οδηγεί στην αφομοίωση των χαρακτηριστικών της κοινωνίας από το άτομο (Χίαου, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική επιρροή αποτελεί «άμεσες και ηθελημένες προσπάθειες να αλλάξουμε τις πεποιθήσεις μας, τις στάσεις μας και τη συμπεριφορά μας» (Atkinson et al., 2004, σ. 582). Ο παραπάνω όρος επομένως περιλαμβάνει την τροποποίηση των απόψεων και της συμπεριφοράς του ατόμου, ώστε να συνάδουν με τις προσαγές του κοινωνικού συνόλου και να θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτές. Όσον αφορά στην κοινωνική επιρροή, το άτομο μπορεί να αντιδράσει στις αλλαγές που προκαλούνται με συμμόρφωση, με εσωτερίκευση ή με αντίσταση (Atkinson et al., 2004).

Η συμμόρφωση αναφέρεται στην αλλαγή της άποψης ή της συμπεριφοράς του ατόμου, όταν αυτή διαφέρει από την πλειοψηφία του κοινωνικού συνόλου, στο οποίο ανήκει. Παρόλου που το άτομο θεωρεί ότι αυτό που πιστεύει ή πράττει είναι το σωστό, εντούτοις πιέζει τον εαυτό του να ταυτίσει τη γνώμη του με εκείνη των υπόλοιπων. Η συμμόρφωση δε σχετίζεται με την ορθότητα των απόψεων ή με τα χαρακτηριστικά των ατόμων, που περιέχονται στο κοινωνικό σύνολο. Αφορά την επιθυμία του ατόμου να γίνει δεκτό από τους άλλους, ακολουθώντας το παράδειγμα τους (Atkinson et al., 2004).

Η εσωτερίκευση αποτελεί συνέχεια της διαδικασίας της συμμόρφωσης. Το άτομο δεν αλλάζει προσωρινά την συμπεριφορά του, αλλά διατηρεί αυτή την αλλαγή ανεξαρτήτως της κοινωνικής επιρροής. Το άτομο ενστερνίζεται τις στάσεις, τις απόψεις

και τις συμπεριφορές του κοινωνικού συνόλου, όταν αυτές παρουσιάζονται μέσω πειθούς ή πίεσης (Atkinson et al., 2004).

Η αντίσταση από την άλλη μεριά, αφορά την αντίδραση του οργανισμού στην τροποποίηση των απόψεων και της συμπεριφοράς του, όταν το άτομο πιέζεται να συμμορφωθεί με καταστάσεις, με τις οποίες δε συμφωνεί. Η αντίσταση συνήθως εμφανίζεται, όταν υπάρχουν και άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, που διαφωνούν με την επιβολή διάφορων πεποιθήσεων. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να εκφράσει πιο άνετα τις επιθυμίες του και να αντισταθεί στην αλλαγή, κάτι το οποίο πιθανόν να μη συμβεί αν μόνο εκείνο διαφωνεί με τη μεταβολή των απόψεων και της συμπεριφοράς του, την οποία προσπαθεί να επιβάλλει το κοινωνικό σύνολο (Atkinson et al., 2004).

Ο Freud (Cervone & Pervin, 2013, σ. 124) αναφέρει ότι μέσω της κοινωνικοποίησης το άτομο αναγκάζεται να χαλιναγωγήσει τις έμφυτες σεξουαλικές και επιθετικές του ορμές, τις οποίες προσπαθεί να ικανοποιήσει. Αυτές οι ορμές δεν είναι αποδεκτές από το κοινωνικό σύνολο, επομένως το άτομο συμμορφώνεται με βάση τα κοινωνικά πρότυπα. Με αυτόν τον τρόπο, διατηρείται η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας, καθώς μειώνονται οι επιθετικές συμπεριφορές.

Ο Adler (Cervone & Pervin, 2013, σ. 197) προσδίδει μια διαφορετική οπτική στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης του ατόμου. Το άτομο πραγματοποιεί συνειδητές προσπάθειες, ώστε να αντικαταστήσει και να αναπληρώσει τις αδυναμίες του και να μπορέσει να ενταχθεί αποτελεσματικά στην κοινωνία. Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο κινητοποιείται και γίνεται δυνατό, ενώ συνεργάζεται επιτυχώς με τα υπόλοιπα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Στις ακραίες περιπτώσεις, το άτομο επιδιώκει να κυριαρχεί και να ελέγχει τους ανθρώπους γύρω του.

Παλαιότερα, θεωρούνταν ότι η κοινωνικοποίηση δεν αποτελεί μια αλληλεπιδραστική διαδικασία, αλλά ότι κατευθύνεται αποκλειστικά προς το άτομο, το οποίο δεν ασκεί κάποια επίδραση σε αυτή, αλλά αποδέχεται τα αποτελέσματά της και συμμορφώνεται με τους κοινωνικούς κανόνες. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη λειτουργιστική και τη δομολειτουργιστική θεωρία, το παιδί αποτελεί παθητικό δέκτη των κοινωνικών προτύπων, τα οποία προσπαθούν να του μεταδώσουν οι γονείς, ώστε να μπορέσει να ολοκληρώσει τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης και να αποκτήσει ενεργό ρόλο στην κοινωνία κατά την ενήλικη ζωή. Μόνο τότε το άτομο μπορεί να ενσωματωθεί αποτελεσματικά στο κοινωνικό σύνολο. Η εν λόγω θεωρία τονίζει ότι η διαδικασία της κοινωνικοποίησης κατευθύνεται αποκλειστικά προς το άτομο, το οποίο δεν ασκεί κάποια επίδραση σε αυτή, αλλά αποδέχεται τα αποτελέσματά της και συμμορφώνεται με τους κοινωνικούς κανόνες (Γκλέζου, 2017).

Ωστόσο, στη σημερινή εποχή επικρατεί η άποψη ότι το άτομο βρίσκεται στο επίκεντρο της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης, όμως δεν αποτελεί απλώς δέκτη των στάσεων, των αντιλήψεων, της συμπεριφοράς και γενικότερα της κουλτούρας του κοινωνικού συνόλου. Αντιθέτως, κατέχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία και μπορεί να επηρεάσει το περιεχόμενό της. Κάθε μέλος μιας κοινωνίας καλείται να συμμορφωθεί με τους κοινωνικούς κανόνες, όμως μέσω της αλληλεπίδρασης με τα υπόλοιπα μέλη μπορεί να διαμορφώσει με διαφορετικό τρόπο τα αποτελέσματα της κοινωνικοποιητικής διαδικασίας (Atkinson et al., 2004).

Ιδιαίτερα στις σύγχρονες κοινωνίες, επιχειρείται η διαμόρφωση ενός ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, απαλλαγμένου από τα πλαίσια των κρατικών συνόρων, στο οποίο να εντάσσονται όλοι οι άνθρωποι. Τα υπάρχοντα κοινωνικά πρότυπα επηρεάζονται από τις κοινωνικές και τις οικονομικές συνθήκες που επικρατούν, οι οποίες προσθέτουν και άλλες παραμέτρους στην αλληλεπίδραση του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου. Επομένως, απαιτείται η συνεχής αλληλεπίδραση και αλληλοβοήθεια μεταξύ των πολιτών σε όλους τους τομείς της ζωής, ώστε να ενταχθούν ομαλά στο κοινωνικό σύνολο και να επιτευχθεί η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας. Η διαδικασία της κοινωνικοποίησης στη σύγχρονη κοινωνία επιτάσσει ακόμα τον καθορισμό ορισμένων βασικών αξιών και κανόνων, τους οποίους θα ακολουθούν τα άτομα, προσαρμοσμένους όχι σε συγκεκριμένες ομάδες αλλά στο σύνολο των πολιτών (Νικολάου, 2004).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το άτομο κατά την διαδικασία της κοινωνικοποίησης αποκτά κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες βοηθούν στον έλεγχο της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων του και αποτελούν σημαντικά εφόδια κατά την επικοινωνία του με άλλα άτομα. Μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης τα άτομα αποκτούν αυτοέλεγχο, ενώ βελτιώνεται και η αυτοεικόνα τους. Επομένως, η κοινωνικοποίηση προσφέρει οφέλη και στο ίδιο το άτομο (Fykaris & Nikolaou, 2017).

2.2 Δημιουργία κοινωνικών σχέσεων

Μέσω της αλληλεπίδρασης με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας το άτομο δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις, στις οποίες αποκτά ορισμένους κοινωνικούς ρόλους, που ακολουθούν τα υπάρχοντα κοινωνικά πρότυπα. Το άτομο έχει την έμφυτη ανάγκη για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, καθώς χωρίς αυτές βρίσκεται στην απομόνωση, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ψυχική του υγεία και να μην μπορούν να καλυφθούν οι βασικές του ανάγκες. Οι κοινωνικές σχέσεις που δημιουργούνται επηρεάζουν τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την κοινωνία, στην οποία αυτό εντάσσεται (Καφέτσιος, 2005).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις αφορούν συχνές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων, οι οποίες βασίζονται στην οικειότητα, στην αλληλοκατανόηση και στον σεβασμό (Μπίκος, 2008 οπ. αναφ. στο Υ.Π.Ε.Π.Θ., 2008) και δημιουργούνται, όπως προαναφέρθηκε, με στόχο την ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ανθρώπων. Οι βασικές ανάγκες που καλύπτει το άτομο μέσω της κοινωνικοποίησης είναι η στοργή, η κοινωνικότητα και ο έλεγχος. Με γνώμονα τον βαθμό ικανοποίησης των παραπάνω αναγκών μπορούμε να κατανοήσουμε την αιτία για τη δημιουργία, τη διατήρηση και τη διακοπή των διαπροσωπικών σχέσεων (Verderber & Verderber, 2006). Ακολούθως, καταγράφονται αναλυτικότερα οι βασικές ανάγκες, τις οποίες προσπαθεί να καλύψει κάθε άτομο μέσω της κοινωνικοποίησης.

Η στοργή δηλώνει την ανάγκη του ανθρώπου να εκφράζει και να λαμβάνει αγάπη με διάφορους τρόπους. Τα εσωστρεφή άτομα δεν επιδιώκουν τη δημιουργία σχέσεων, στις οποίες να εκφράζονται η αγάπη και η στοργή. Αντιθέτως, τα εξωστρεφή

άτομα εκφράζουν με κάθε τρόπο την αγάπη προς τους ανθρώπους γύρω τους. Οι υγιείς σχέσεις δημιουργούνται, όταν οι άνθρωποι δηλώνουν τακτικά την αγάπη τους στις διαπροσωπικές σχέσεις τους, ενώ ταυτόχρονα δέχονται και τη στοργή των άλλων (Verderber & Verderber, 2006). Συγκεκριμένα, η έκφραση της αγάπης είναι βασική για τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης, καθώς βελτιώνει την ποιότητα των σχέσεων που αποκτά το άτομο, ενώ συμβάλλει στη βελτίωση των ψυχικής του υγείας. Σε περιπτώσεις που το άτομο δε λαμβάνει αγάπη από τους ανθρώπους γύρω του, ενδέχεται να προκληθεί άγχος και διακοπή της κοινωνικής σχέσης (Floyd, 2000).

Η κοινωνικότητα ορίζεται ως η ανάγκη του ατόμου να κάνει παρέα με άλλα άτομα, να αναζητά συντροφιά. Τα άτομα που είναι αρκετά κοινωνικά θέλουν συνεχώς να βρίσκονται με άλλους ανθρώπους και δεν μπορούν τη μοναξιά, ενώ οι άνθρωποι με χαμηλά επίπεδα κοινωνικότητας τείνουν να απομονώνονται. Μεταξύ αυτών των άκρων παρατηρούνται όσοι επιδιώκουν συνήθως να κάνουν παρέα με άλλους, όμως μερικές φορές απομονώνονται (Verderber & Verderber, 2006). Η κοινωνικότητα συνδέεται και με την έννοια της συλλογικότητας, η οποία παρατηρείται σε μια κοινωνία. Το άτομο μέσω της κοινωνικότητας έρχεται σε επαφή με τον πολιτισμό της κοινωνίας και εντάσσεται στο κοινωνικό σύνολο (Ροζάκου, 2008).

Επίσης, η βασική ανάγκη του ανθρώπου για έλεγχο κατά τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων εκφράζει την τάση του να επιδρά στις καταστάσεις με βάση τις δικές του επιθυμίες και να καθορίζει την πορεία μιας σχέσης. Ορισμένα άτομα δεν επιθυμούν να ελέγχουν τις καταστάσεις και δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για όσα συμβαίνουν. Αντιθέτως, άλλα άτομα θέλουν να έχουν συνεχώς τον έλεγχο και την ευθύνη για την πορεία της διαπροσωπικής σχέσης, ενώ αρνούνται να δεχτούν ότι δεν μπορούν να καθορίσουν το αποτέλεσμα ενός γεγονότος (Verderber & Verderber, 2006).

Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι οι αιτίες για την ανάπτυξη μιας κοινωνικής σχέσης είναι η γοητεία, η ομοιότητα, η εγγύτητα και η ενίσχυση. Η γοητεία προσδιορίζει τον βαθμό έλξης, ο οποίος υπάρχει ανάμεσα σε δύο άτομα, είτε αυτός αναφέρεται στα εξωτερικά τους χαρακτηριστικά είτε σχετίζεται με στοιχεία της προσωπικότητάς τους (Devito, 2004). Η διαπροσωπική έλξη που συνδέεται με τα εξωτερικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες ενδέχεται να βασίζονται σε λανθασμένες υποθέσεις για την προσωπικότητα του ατόμου (Μπίκος, 2008 οπ. αναφ. στο Υ.Π.Ε.Π.Θ., 2008). Η ομοιότητα περιγράφει την έλξη, που προκύπτει από κοινά στοιχεία που έχουν δύο άτομα, όπως η εθνικότητα και οι στάσεις. Η εγγύτητα σχετίζεται με την έλξη που προκύπτει, όταν δύο άτομα βρίσκονται κοντά το ένα στο άλλο, όσον αφορά στον τόπο εργασίας ή στον τόπο διαμονής. Ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης μιας σχέσης, η εγγύτητα παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε κοινές δραστηριότητες. Επίσης, η ενίσχυση μπορεί να αποτελέσει αιτία για τη δημιουργία μιας διαπροσωπικής σχέσης, καθώς το άτομο επιδιώκει να ανταμείβεται ή να ενισχύεται μέσα από την αλληλεπίδρασή του με άλλους ανθρώπους. Τα άτομα επιθυμούν την επιβράβευση από μια σχέση, επομένως έλκονται από ανθρώπους που τους την προσφέρουν, αλλά και από εκείνους που δέχονται τη δική τους επιβράβευση (Devito, 2004).

Η παραπάνω προσέγγιση των κοινωνικών σχέσεων μοιάζει με οικονομική συναλλαγή, καθώς το άτομο αναμένει να αποκτήσει μια επιβράβευση με το λιγότερο δυνατό κόστος. Όταν το άτομο κατορθώνει να δημιουργήσει μια τέτοια σχέση, τότε μένει ικανοποιημένο από το αποτέλεσμα της και τη διατηρεί. Αντιθέτως, αν το κόστος που προκύπτει από μια διαπροσωπική σχέση είναι μεγάλο και η επιβράβευση του ατόμου μικρή, τότε αυτές οι συνθήκες δεν ικανοποιούν το άτομο, το οποίο πιθανόν να διακόψει την υπάρχουσα σχέση (Devito, 2004).

Κατά τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων επιδιώκεται η ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο το άτομο βιώνει αισθήματα άγχους, όταν δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και στις προσαγές της κοινωνίας (Cervone & Pervin, 2013) και όταν δεν γίνεται εξ ολοκλήρου αποδεκτό από τα υπόλοιπα μέλη της (Μητρούση κ. συν., 2013).

2.3 Κοινωνικοποίηση και άγχος

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η κοινωνικοποίηση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία, κατά την οποία το άτομο ενστερνίζεται την κουλτούρα του κοινωνικού συνόλου στο οποίο ανήκει, ακολουθεί τα κοινωνικά πρότυπα και αποκτά ρόλους, μέσω της αλληλεπίδρασής του με άλλους ανθρώπους (Xiaoou, 2012). Η κοινωνικοποίηση πραγματοποιείται, καθώς το άτομο επιδιώκει να καλύψει ορισμένες βασικές ανάγκες με τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων (Verderber & Verderber, 2006).

Όταν το άτομο αλληλεπιδρά συνεχώς με το κοινωνικό σύνολο, δημιουργεί την δική του προσωπικότητα και αποκτά την έννοια του εαυτού, καθώς διαμορφώνει τις δικές του στάσεις και τη δική του άποψη. Κατά τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων το άτομο επιδιώκει την αποδοχή και την αναγνώρισή του παρά τις αδυναμίες του, ώστε να νιώθει ότι έχει αξία. Η αναγνώριση του εαυτού, που συμβαίνει στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης, βοηθά στην ψυχική ευημερία του ατόμου. Ειδικά, όταν το άτομο δεν έχει θετική εικόνα για τον εαυτό του, τότε εμφανίζονται προβλήματα στην ψυχική του υγεία (Cervone & Pervin, 2013).

Επομένως, η αυτοεκτίμηση του ατόμου προκύπτει από τη θετική εικόνα του κοινωνικού συνόλου για εκείνο. Σε μερικές περιπτώσεις οι άνθρωποι αγωνίζονται να αποκτήσουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους. Αν δεν το κατορθώσουν, μειώνουν τον εαυτό τους και αποφεύγουν καταστάσεις, στις οποίες πιστεύουν πως δε θα επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα (Cervone & Pervin, 2013).

Το άτομο διακατέχεται από άγχος, καθώς επιδιώκει εναγωνίως τη θετική αναγνώριση από τους άλλους, παραγκωνίζοντας πολλές φορές τις δικές του επιθυμίες. Συνήθως το άτομο δεν αποκτά τη θετική αναγνώριση χωρίς περιορισμούς. Πρέπει να προσαρμοστεί σε ορισμένες συνθήκες, που προστάζει το κοινωνικό περιβάλλον. Οι όροι που τίθενται αναγκάζουν το άτομο να αμφιταλαντευτεί ανάμεσα στις δικές του επιθυμίες και στους περιορισμούς που του θέτουν, ώστε να αποκτήσει τον σεβασμό και την αποδοχή. Το άτομο ενδέχεται να μην αποδεχτεί τον εαυτό του στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των υπόλοιπων και να μην πραγματοποιηθεί η αυτοπραγμάτωση. Ωστόσο, αν οι όροι που θέτει το περιβάλλον δεν περιορίζουν

σημαντικά το άτομο, τότε εκείνο αποκτά θετική εικόνα για τον εαυτό του (Μητρούση κ. συν., 2013).

Επιπροσθέτως, οι Cervone και Pervin (2013, σ. 267) αναφέρουν την Πελατοκεντρική Θεωρία του Carl Rogers, σύμφωνα με την οποία:

«Η βαθιά ψυχολογική δυσφορία δεν οφείλεται απλώς σε αντικειμενικά γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο. Προέρχεται από μια εσωτερική αίσθηση προσωπικής ανεπάρκειας από την αίσθηση ότι δεν είμαστε αυτό που θα θέλαμε να είμαστε ή από μια ασυμφωνία ανάμεσα στον πραγματικό και στον ιδανικό εαυτό μας».

Το άτομο βιώνει αισθήματα άγχους, όταν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον πραγματικό του εαυτό και σε αυτό που επιβάλλεται να είναι, σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα. Όταν ο άνθρωπος λαμβάνει ερεθίσματα από το περιβάλλον που διαφέρουν από τον εαυτό του, τότε νιώθει ότι απειλείται, με αποτέλεσμα να απορρίπτει ή να τροποποιεί το ερέθισμα. Αυτή η ασυμφωνία ανάμεσα στον εαυτό και στο άτομο διαταράσσει την ψυχική υγεία του ατόμου και του δημιουργεί άγχος. Το άτομο προσπαθεί να προστατεύσει τον εαυτό του από την απειλή, με αποτέλεσμα να απορρίπτει τα ερεθίσματα από το περιβάλλον, ωστόσο σε αυτή την περίπτωση δεν ακολουθεί τα κοινωνικά πρότυπα και δεν αποδέχεται τον εαυτό του, εμποδίζοντας έτσι την αυτοπραγμάτωσή του. Για να μειωθούν τα επίπεδα άγχους που βιώνει το άτομο και να αποδεχτεί τον εαυτό του, θα πρέπει να του παρασχεθεί από το κοινωνικό πλαίσιο θετική αναγνώριση χωρίς προϋποθέσεις, ώστε να αποκτήσει και πάλι την ψυχική του ευημερία (Cervone & Pervin, 2013).

Από την άλλη μεριά, μικρή ποσότητα άγχους φαίνεται ότι κινητοποιεί τους ανθρώπους, ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους και να κοινωνικοποιηθούν περισσότερο. Μέσω της κοινωνικοποίησης το άτομο ανταλλάσσει ιδέες, βρίσκει πιθανές λύσεις στα προβλήματα και αποκτά πόρους, που θα το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει μια αγχογόνα κατάσταση. Επιπλέον, το άτομο αντιλαμβάνεται καλύτερα την πραγματικότητα, όταν συζητά με τους άλλους τα γεγονότα και αντιλαμβάνεται τη δική τους οπτική. Το άτομο ενθαρρύνεται ακόμα να ακολουθεί τα κοινωνικά πρότυπα, όταν τείνει να παρεκκλίνει από αυτά (Dickinson & Eva, 2006).

Όταν τα επίπεδα του άγχους είναι χαμηλά, ο άνθρωπος στρέφεται προς τα άτομα του περιβάλλοντός του, ώστε να αναζητήσει λύσεις στα προβλήματα και να ανακουφιστεί από τη συναισθηματική ένταση. Η ανατροφοδότηση και η βοήθεια που του παρέχονται μέσω της κοινωνικοποίησης είναι σημαντικές για την ψυχική του υγεία (Dickinson & Eva, 2006).

Ωστόσο, αν το άτομο παρουσιάζει έντονο άγχος, που οδηγεί σε αγχώδεις διαταραχές, τότε τείνει να περιορίζει τις κοινωνικές του σχέσεις και να αποξενώνεται. Με αυτή τη μέθοδο, το άτομο στοχεύει στη μείωση του άγχους, το οποίο θεωρεί ότι επιτείνεται, όταν συναναστρέφεται με άλλους. Αντιθέτως, τα επίπεδα του άγχους του αυξάνονται και διαταράσσεται η ψυχική του υγεία, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος (Dickinson & Eva, 2006).

Ανακεφαλαιώνοντας, η κοινωνικοποίηση είναι ένα πολύπλοκο σύνολο διαδικασιών, μέσω του οποίου το άτομο ενστερνίζεται τα κοινωνικά πρότυπα και αποκτά κοινωνικούς ρόλους (Grusec & Hastings, 2015). Το άτομο δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις, για να καλύψει τις ανάγκες του για στοργή, κοινωνικότητα και έλεγχο (Verderber & Verderber, 2006) και διατηρεί όσες του προσφέρουν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης των παραπάνω αναγκών (Devito, 2004). Επίσης, ο άνθρωπος

κατά την κοινωνικοποίησή του διακατέχεται από υψηλά επίπεδα άγχους, όταν δε λαμβάνει θετική αναγνώριση από τα άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος και προσπαθεί απεγνωσμένα να την αποκτήσει (Cervone & Pervin, 2013). Ωστόσο, η κοινωνικοποίηση μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του άγχους, διότι το άτομο κινητοποιείται να προσπαθήσει περισσότερο και να επιτύχει τους στόχους του, ενώ του παρέχονται πιθανές λύσεις και οι απαιτούμενοι πόροι, για να αντιμετωπιστούν οι αγχογόνες καταστάσεις (Dickinson & Eva, 2006). Είναι σημαντικό το άτομο να διαχειρίζεται το άγχος του, ώστε να μη διαταράσσονται οι κοινωνικές του σχέσεις. Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύεται περαιτέρω η έννοια του άγχους και τα συμπτώματά του, ενώ καταγράφεται και ο επιπολασμός του σε άτομα με καρκίνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του άγχους

Το άγχος (anxiety) αποτελεί πλέον μέρος της καθημερινότητας των ανθρώπων, καθώς πολύ συχνά βιώνουν αισθήματα ανησυχίας και απειλής, τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογία τους. Σύμφωνα με τον Crocq (2015, σ. 319):

«Το άγχος (anxiety) ορίζεται ως η πρόβλεψη της μελλοντικής απειλής. Διακρίνεται από το φόβο, τη συναισθηματική αντίδραση στην πραγματική ή αντιληπτή επικείμενη απειλή. Περαιτέρω, ο όρος άγχος προσθέτει μια επιπλέον απόχρωση αναφερόμενη στις γνωστικές πτυχές της ανησυχητικής προσδοκίας. Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα. Από μια εξελικτική σκοπιά, είναι προσαρμοστική δεδομένου ότι προάγει την επιβίωση, υποκινώντας τα άτομα να απομακρυνθούν από επικίνδυνες θέσεις».

Προέρχεται από το ρήμα άγχω, το οποίο σημαίνει πιέζω σφικτά. Ακολουθεί τον άνθρωπο σε μεγάλο τμήμα της ζωής του και κινητοποιεί τις άμυνές του, ώστε να αντιμετωπίσει ή να αποφύγει την επικείμενη απειλή (Αλεβίζος, 2008). Το άγχος μεταβάλλει την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και του προκαλεί συναισθηματική ένταση χωρίς να καταλαβαίνει την πηγή της. Συνδέεται με παλαιότερες εμπειρίες του ατόμου και δημιουργείται, όταν μια αρνητική εμπειρία επαναλαμβάνεται, δημιουργώντας φόβο για τις ενδεχόμενες συνέπειες. Αποτελεί μια συνεχή αλληλεπίδραση ανάμεσα στη χαλιναγώγηση των φυσικών ενστίκτων και στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων (Cervone & Pervin, 2013).

Επιπλέον, ο Kelly (Cervone & Pervin, 2013, σ. 542-543) θεωρούσε ότι το άγχος παρουσιάζεται, όταν δεν μπορούμε να κατανοήσουμε και να ερμηνεύσουμε ένα γεγονός ή μια κατάσταση, με αποτέλεσμα να υπάρχει γνωστικό κενό. Στο άτομο προκαλείται ανησυχία και συναισθηματική ένταση, καθώς δε γνωρίζει τα πιθανά αποτελέσματα του γεγονότος ή της κατάστασης και δεν μπορεί να οργανώσει κατάλληλα τις αντιδράσεις του.

Όταν το άτομο βιώνει άγχος, επηρεάζονται οι γνωστικές του λειτουργίες και προσπαθεί να αξιολογήσει την αγχογόνα κατάσταση, ώστε να αντιληφθεί αν υπάρχει απειλή. Ακολούθως, προσπαθεί με τους πόρους που διαθέτει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που προκύπτει και να αποβάλλει τη συναισθηματική ένταση (Cervone & Pervin, 2013).

Το άγχος προκαλείται από διάφορους παράγοντες, που συνδέονται με την ψυχική κατάσταση του ατόμου, τη σχέση με τον εαυτό του και με τους άλλους, τις αξίες του, την οπτική του, τη στάση του απέναντι στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος αλλά και με άλλους βιολογικούς παράγοντες. Μέσω της εκδήλωσής του βελτιώνεται η σωματική και η ψυχική κατάσταση του ατόμου (Barlow, 2000).

Ποικίλα γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν άγχος σε έναν άνθρωπο ανάλογα με τις προσωπικές του αντιλήψεις. Ο βαθμός, στον οποίο κάποιο γεγονός επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου και αποτελεί για εκείνο αγχογόνο ερέθισμα, εξαρτάται

από τη δυνατότητα ελέγχου, τη δυνατότητα πρόβλεψης και την πρόκληση των ορίων του ατόμου (Atkinson et al., 2004).

Η δυνατότητα ελέγχου είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διατήρηση της ψυχικής ευημερίας του οργανισμού. Σε περιπτώσεις που το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ελέγξει μια κατάσταση, δεν μπορεί ούτε να δράσει, ώστε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το εκάστοτε πρόβλημα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να δημιουργείται άγχος, καθώς το άτομο νιώθει ανίκανο να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εκάστοτε κατάστασης (Atkinson et al., 2004).

Επιπλέον, η δυνατότητα πρόβλεψης μιας κατάστασης μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα του άγχους. Αν το άτομο μπορεί να προβλέψει μια κατάσταση, τότε είναι πιο εύκολο για εκείνο να σχεδιάσει ενέργειες και να αποκτήσει τους απαιτούμενους πόρους, με στόχο να επιλύσει με τον βέλτιστο τρόπο τα προβλήματα που θα προκύψουν. Επομένως, μπορεί το άτομο να βιώσει και πάλι άγχος, ωστόσο τα επίπεδά του θα είναι χαμηλότερα. Σε περιπτώσεις που δε γνωρίζει την επικείμενη απειλή και δεν έχει τη δυνατότητα σχεδιασμού ενός τρόπου αντιμετώπισης, τα επίπεδα του άγχους θα είναι αρκετά υψηλότερα (Atkinson et al., 2004).

Η πρόκληση των ορίων του ατόμου μπορεί επίσης να προκαλέσει άγχος. Όταν το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις μιας κατάστασης, σκεπτόμενος τις ικανότητές του και τους πόρους που διαθέτει, όταν δηλαδή νιώθει ότι η αντιμετώπιση ενός ερεθίσματος υπερβαίνει τα προσωπικά του όρια, τότε προκύπτουν υψηλά επίπεδα άγχους. Η πρόκληση των ορίων του ατόμου δεν του δίνει τη δυνατότητα να κινητοποιηθεί, με στόχο να αντιμετωπίσει το αγχογόνο ερέθισμα (Atkinson et al., 2004).

Τα επίπεδα του άγχους και η στάση του ατόμου απέναντι στο αγχογόνο γεγονός φαίνεται πως επηρεάζουν την ψυχική του κατάσταση. Όταν τα επίπεδα του άγχους είναι υψηλά και το άτομο θεωρεί ότι δεν έχει τον έλεγχο της κατάστασης, τότε είναι πιθανότερο να προκληθούν αγχώδεις διαταραχές. Επομένως, το άτομο πρέπει να κατέχει ενεργό ρόλο στη διαχείριση των συναισθημάτων του (Cervone & Pervin, 2013).

3.2 Συμπτώματα του άγχους

Το άγχος εμφανίζεται με ποικίλα συμπτώματα στον ανθρώπινο οργανισμό, τα οποία αποτελούν τόσο ψυχολογικές όσο και σωματικές εκδηλώσεις, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής του ατόμου. Ορισμένα από αυτά είναι η αύξηση του καρδιακού παλμού, η αδυναμία, ο φόβος της απώλειας ελέγχου, η μυϊκή ένταση, η δύσπνοια, η εφίδρωση και οι γαστρεντερικές μεταβολές (Stark et. al., 2016). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Atkinson et al. (2004, σ. 295), οι σωματικές επιπτώσεις του έντονου άγχους μπορεί να είναι «το έλκος, η υπέρταση και η καρδιοπάθεια. Μπορεί επίσης να βλάψει το ανοσοποιητικό σύστημα, μειώνοντας την ικανότητα του σώματος να καταπολεμήσει τους ιούς που το προσβάλλουν και τα βακτήρια».

Αν το άτομο βιώνει χρόνιο άγχος, τότε ενδέχεται να παρουσιαστεί απάθεια και κατάθλιψη, καθώς αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε όσα συμβαίνουν γύρω του. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο αδρανεί και αποδέχεται ως έχει την αγχογόνα κατάσταση χωρίς να προσπαθεί να την αλλάξει (Atkinson et al., 2004). Ακόμα, μπορεί να παρουσιαστούν αγχώδεις διαταραχές, όπως η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, η Διαταραχή Πανικού, οι Φοβίες, η Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους και η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την ανησυχία και το έντονο άγχος, που διαρκούν περισσότερο από μία ημέρα σε περίοδο έξι μηνών τουλάχιστον, συμβαίνουν σε αρκετές περιστάσεις ή δραστηριότητες και το άτομο αδυνατεί να ηρεμήσει. Παρατηρείται κινητική ανησυχία, εύκολη κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, μυϊκή ένταση και διαταραχές του ύπνου. Το άτομο πρέπει να έχει τουλάχιστον τρία από τα παραπάνω συμπτώματα (APA, 2013).

Η Διαταραχή Πανικού χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες, απροσδόκητες προσβολές πανικού, που αποτελούν ξαφνική, έντονη ανησυχία ή φόβο, αισθήματα επικείμενου θανάτου και απώλειας ελέγχου, συνοδευόμενα από επιτάχυνση των καρδιακών παλμών, ναυτία, πόνο στο στήθος, αισθήματα πνιγμού και ασφυξίας, ζάλη, εφίδρωση, ρίγη ή εξάψεις και παραισθήσεις. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι η αποπροσωποποίηση, δηλαδή η αίσθηση ότι βρίσκεται κανείς έξω από το σώμα του, η αποπραγματοποίηση, δηλαδή η αίσθηση ότι ο κόσμος δεν είναι πραγματικός και ο φόβος ότι το άτομο θα χάσει τον έλεγχο, θα τρελαθεί ή ακόμη και θα πεθάνει. Επιπροσθέτως, η διαταραχή πανικού μπορεί να συνοδεύεται από αγοραφοβία. Η αγοραφοβία χαρακτηρίζεται από καταστάσεις, κατά τις οποίες το άτομο δυσκολεύεται να διαφύγει εάν εμφανίσει συμπτώματα πανικού ή αισθάνεται ντροπή αν προσπαθήσει να φύγει. Το άτομο φοβάται συνήθως τους δημόσιους χώρους. Για να δοθεί η διάγνωση διαταραχής πανικού, πρέπει κανείς να βιώνει επαναλαμβανόμενες, απροσδόκητες προσβολές πανικού. Πρέπει επίσης να ανησυχεί για τις προσβολές ή να αλλάζει τη συμπεριφορά του εξαιτίας των προσβολών για ένα μήνα τουλάχιστον (APA, 2013).

Όσον αφορά στη φοβία, το άτομο διακατέχεται από φόβο ή άγχος σχετικά με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση, το οποίο αποφεύγει. Τα συναισθήματα αυτά προκαλούνται αμέσως και είναι δυσανάλογα με τον πραγματικό κίνδυνο. Ο φόβος είναι επίμονος και διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες. Προκαλείται έντονο άγχος, προβλήματα στον κοινωνικό, στον επαγγελματικό ή σε άλλους τομείς της ζωής (APA, 2013).

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους σχετίζεται με μια τραυματική εμπειρία του ατόμου και εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος, επαναλαμβανόμενα όνειρα και αντιδράσεις του ατόμου σχετικά με αυτό, ενώ παρατηρείται έντονο άγχος κατά την έκθεση σε ερεθίσματα που το επαναφέρουν στη μνήμη. Το άτομο τείνει να αποφεύγει σκέψεις, συναισθήματα ή καταστάσεις που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός. Επιπλέον, το άτομο μπορεί να μη θυμάται τμήματα του γεγονότος ή να τροποποιεί τα αίτια ή τις επιπτώσεις του. Προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμός και φόβος, μειώνεται το ενδιαφέρον του ατόμου ή η συμμετοχή του σε δραστηριότητες και απομονώνεται. Το άτομο ακόμα έχει

αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, προβλήματα συγκέντρωσης και διαταραχές του ύπνου. Όλα τα παραπάνω συμβαίνουν για τουλάχιστον ένα μήνα (APA, 2013).

Μια ακόμα αγχώδης διαταραχή, που εμφανίζεται συχνά, είναι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, κατά την οποία παρατηρούνται εμμονές, καταναγκασμοί ή και τα δύο. Οι εμμονές αποτελούν επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, που σχετίζονται με προηγούμενα γεγονότα και προκαλούν έντονο άγχος. Το άτομο προσπαθεί να αποβάλλει τις σκέψεις ή να τις αντικαταστήσει με άλλες σκέψεις ή ενέργειες. Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, τις οποίες κάνει το άτομο ως αντίδραση σε μια εμμονή ή σε κανόνες και έχουν ως σκοπό την πρόληψη ή τη μείωση του άγχους ή την αποτροπή κάποιου φόβου ή κατάστασης. Δε σχετίζονται όμως με την πραγματικότητα. Οι εμμονές ή οι καταναγκασμοί έχουν διάρκεια μεγαλύτερη από μια ώρα την ημέρα και βλάπτουν διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου (APA, 2013).

3.3 Το άγχος σε άτομα με καρκίνο

Ο καρκίνος είναι μια χρόνια πάθηση, η οποία επηρεάζει αισθητά τόσο τη σωματική όσο και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, δημιουργώντας άγχος. Η διάγνωση του καρκίνου συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα άγχους, που συνδέονται με τα επώδυνα συμπτώματα της νόσου, την επίπονη διαδικασία της θεραπείας και τον φόβο του ενδεχόμενου θανάτου (Jadoon et al., 2010). Μελέτες καταδεικνύουν ότι το ένα τρίτο των καρκινοπαθών εμφανίζουν κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (Singer, Das-Munshi & Brahler, 2010). Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω, πολλοί ερευνητές αναζητούν την επίδραση του άγχους στην πορεία της νόσου και στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Καραπούλιο κ. συν. (2013, σ. 429):

«Ο καρκίνος επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή. Σωματικά, επέρχεται η σταδιακή εξασθένιση λόγω της κακοήθειας, αλλά και των παρενεργειών της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς είναι η σκέψη ότι θα προσέλθουν για νέο σχήμα χημειοθεραπείας, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην οικογένεια ή στον σύντροφο, οι επιπτώσεις στη δουλειά, το σχολείο ή σε ασχολίες στο σπίτι, το άγχος ή η υπερένταση, ο φόβος, η κατάθλιψη, η κατάπτωση».

Τα άτομα με καρκίνο βιώνουν έντονο άγχος, με αποτέλεσμα πολλές φορές να μη συμμορφώνονται με τη θεραπεία και να αποφεύγουν τα αγχογόνα ερεθίσματα που σχετίζονται με τη νόσο. Επίσης, δυσκολεύονται να διαχειριστούν τη νόσο και τα προβλήματα που απορρέουν από αυτή, ενώ μειώνεται η αλληλεπίδρασή τους με τα άτομα του περιβάλλοντός τους (Wagner et al., 2009).

Οι Mehnert et al. (2014) ερευνήσαν τις ψυχικές διαταραχές σε άτομα με καρκίνο στη Γερμανία και διαπίστωσαν ότι συχνότερα εμφανίζονταν οι αγχώδεις διαταραχές. Τα άτομα με καρκίνο του μαστού και του εγκεφάλου παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικών διαταραχών.

Το άγχος σε ασθενείς με καρκίνο συχνά συνυπάρχει με καταθλιπτικές τάσεις, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η κατάσταση του ατόμου, να καθυστερεί η ανάρρωσή του και να μειώνεται η ποιότητα των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης θεραπείας. Ωστόσο, δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν αυτά τα συμπτώματα, γεγονός που επηρεάζει την ψυχική κατάσταση του ατόμου και την πορεία της νόσου (Jadoon et al., 2010).

Με βάση τα παραπάνω, πραγματοποιήθηκε μελέτη σε εξωτερικά ιατρεία του Πακιστάν, με στόχο να αναδειχθεί η συχνότητα ύπαρξης άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο. Το δείγμα αποτέλεσαν 150 άτομα με καρκίνο και 268 άτομα χωρίς καρκίνο, που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η έρευνα κατέδειξε ότι το 66% των καρκινοπαθών παρουσίασε άγχος και κατάθλιψη σε αντίθεση με το 40,7% της ομάδας ελέγχου. Όσον αφορά στα άτομα με καρκίνο που ήταν μέχρι και σαράντα ετών, φάνηκε από τα ευρήματα ότι η ηλικία τους επηρέασε την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Καρκινοπαθείς με γαστρεντερικές κακοήθειες, όγκους στο στήθος και στο μαστό είχαν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Jadoon et al., 2010).

Επιπλέον, οι Καραπούλιος κ. συν. (2013) διεξήγαγαν μια έρευνα στο νοσοκομείο μιας επαρχιακής ελληνικής πόλης σε 128 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, με σκοπό να εντοπίσουν τον επιπολασμό του άγχους και της κατάθλιψης. Οι συμμετέχοντες είχαν λάβει για τουλάχιστον τρεις μήνες χημειοθεραπεία. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν διαγνωστεί ένα χρόνο πριν, ενώ το 23% των ατόμων του δείγματος έκανε χρήση αντικαταθλιπτικών. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι αρκετά υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους εμφάνισε το 18% και το 10% του δείγματος αντίστοιχα. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης, ωστόσο όσον αφορά στα επίπεδα του άγχους, δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα. Τα παραπάνω ευρήματα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, καθώς όπως αναφέρουν οι ερευνητές, τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης του γενικού πληθυσμού συνήθως είναι κάτω από το 10%.

Επιπροσθέτως, οι Thapa, Rawal και Bista (2010) ερεύνησαν την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης σε άτομα με καρκίνο. Το δείγμα αποτέλεσαν 50 καρκινοπαθείς και 50 μη καρκινοπαθείς (ομάδα ελέγχου), ενώ αποκλείστηκαν όσοι βρίσκονταν στα τελικά στάδια και όσοι είχαν και άλλες ασθένειες. Το 28% των καρκινοπαθών εμφάνισε κατάθλιψη, ενώ το 40% αυτών παρουσίασε συμπτώματα άγχους.

Μια αξιοσημείωτη μελέτη είναι και αυτή των Linden et al. (2012), που ερεύνησαν τη συναισθηματική δυσφορία σε άτομα με καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα, αναζήτησαν τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης σε 10.153 άτομα, τα οποία είχαν μόλις διαγνωστεί με κακοήθειες όγκους. Από τα πορίσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι στο 19,0% των ατόμων με καρκίνο παρατηρήθηκαν κλινικά επίπεδα άγχους και στο 22,6% εντοπίστηκαν άλλα υποκλινικά συμπτώματα άγχους. Επίσης, το 12,9% των καρκινοπαθών παρουσίασε κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης και το 16,5% δήλωσε ότι έχει υποκλινικά συμπτώματα της. Τα άτομα με καρκίνο του πνεύμονα, γυναικολογικό και αιματολογικό καρκίνο φάνηκε πως είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Οι γυναίκες παρουσίασαν διαφοροποίηση σε σχέση με τους άνδρες. Σε ορισμένους τύπους καρκίνου τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης ήταν τριπλάσια συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Όσον αφορά στη σχέση της ηλικίας

και της συναισθηματικής δυσφορίας, ορισμένοι τύποι καρκίνου ήταν αντιστρόφως ανάλογοι της ηλικίας. Ωστόσο, τα άτομα κάτω των πενήντα ετών και οι γυναίκες ανέφεραν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% συμπτώματα άγχους.

Επιπροσθέτως, οι Mitchell et al. (2013) πραγματοποίησαν μια μετα-ανάλυση, χρησιμοποιώντας διάφορες έρευνες σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης σε ασθενείς, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με καρκίνο τουλάχιστον δύο χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι επιπτώσεις της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο σε σύγκριση με τους συζύγους τους και με υγιή άτομα. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 43 έρευνες. Σε αυτές το ποσοστό της κατάθλιψης σε άτομα με καρκίνο ήταν 11,6% και 10% στον υγιή πληθυσμό, ενώ τα ποσοστά του άγχους ήταν 17,9% σε καρκινοπαθείς και 13,9% στον υγιή πληθυσμό. Δεν παρατηρήθηκε όμως σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των καρκινοπαθών και των συζύγων τους. Φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας ότι το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν πρόβλημα τόσο για τα άτομα με καρκίνο όσο και για τους συζύγους τους.

Τα άτομα με καρκίνο ενδέχεται ακόμα να βιώσουν μετά από τη διάγνωσή τους άγχους του θανάτου, το οποίο διακρίνεται από το άγχος, την κατάθλιψη και τις σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται. Ωστόσο, συνδέεται στενά με αυτές, διότι οδηγεί σε συναισθηματική ένταση και επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου και την εξέλιξη της νόσου. Υπάρχουν όμως περιορισμένες έρευνες, οι οποίες μελετούν τη σχέση του άγχους του θανάτου με τον καρκίνο (Gonen et al., 2012).

Οι Gonen et al. (2012) σύγκριναν το άγχος του θανάτου σε άτομα με καρκίνο με και χωρίς ψυχιατρική διάγνωση και επιδίωξαν να εντοπίσουν πιθανή σχέση μεταξύ του άγχους του θανάτου και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους, της δυσφορίας, του πόνου και της θρησκευτικότητας. Η έρευνα διεξήχθη σε νοσοκομείο της άγκυρας σε 70 καρκινοπαθείς. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φάνηκε ότι τα άτομα με άγχος του θανάτου είχαν υψηλότερα επίπεδα πόνου και ήταν πιο αρνητικοί στις απόψεις τους αναφορικά με το τι θα συμβεί μετά τον θάνατό τους. Ακόμα, στους ασθενείς με άγχος του θανάτου το προσδόκιμο ζωής θεωρούνταν μειωμένο σε ποσοστό 36% έναντι του 8% των ατόμων χωρίς άγχος του θανάτου. Οι αγχώδεις διαταραχές ήταν πιο συχνές σε άτομα με άγχος του θανάτου (9,1%) συγκριτικά με εκείνους χωρίς άγχος του θανάτου (5,6%). Τα πορίσματα της έρευνας κατέδειξαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ του άγχους του θανάτου και του άγχους, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των πεποιθήσεων για το τι θα συμβεί μετά τον θάνατο.

Αναλογιζόμενοι τα προαναφερθέντα, αντιλαμβανόμαστε ότι η ψυχική υγεία των ατόμων με καρκίνο παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της νόσου. Τα άτομα με καρκίνο εμφανίζουν συχνά υψηλά επίπεδα άγχους, με αποτέλεσμα να καθυστερείται η ανάρρωσή τους και να μειώνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το άγχος συνδέεται με τα συμπτώματα της νόσου, την επώδυνη και μακροχρόνια διαδικασία της θεραπείας, τον φόβο του θανάτου και τις επιπτώσεις της νόσου σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου (Jadoon et al., 2010; Καραπούλιος κ. συν., 2013). Το άγχος μπορεί να συνυπάρχει με την κατάθλιψη και να δυσχεραίνει τον τρόπο, με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο (Jadoon et al., 2010). Είναι σημαντικό επομένως ο καρκινοπαθής να επιλέγει την κατάλληλη στρατηγική, ώστε να

διαχειρίζεται το άγχος και να διατηρεί την ψυχική του υγεία. Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων που υπάρχουν και τις οποίες επιλέγει ένα άτομο, για να επιλύσει τις αγχογόνες καταστάσεις που του παρουσιάζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

4.1 Θεωρητική προσέγγιση της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Τα αγχώδη γεγονότα που προκύπτουν στη ζωή μας είναι πολλά και επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική μας υγεία. Το άτομο επιδιώκει να βρει τρόπους να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που το αγχώνουν και να μειώσει τη συναισθηματική ένταση που του προκαλούν τα αγχογόνα ερεθίσματα.

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984, σ. 141), η αντιμετώπιση του άγχους αποτελεί «διαρκώς μεταβαλλόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες στη διαχείριση συγκεκριμένων εσωτερικών ή/και εξωτερικών απαιτήσεων οι οποίες θεωρούνται ότι είναι επαχθείς ή ότι ξεπερνούν τους πόρους του ατόμου».

Η αντιμετώπιση του άγχους είναι μια πολύπλευρη διαδικασία, η οποία συνδέει τα συναισθήματα του ατόμου με τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος. Το άτομο προσπαθεί να κατευνάσει τα αρνητικά του συναισθήματα, επιδιώκοντας να ανταποκριθεί στα κοινωνικά πρότυπα. Αξιολογεί την εκάστοτε κατάσταση και αναζητά τον κατάλληλο τρόπο για την αντιμετώπιση του άγχους, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί σε αυτή. Άρα, η αντιμετώπιση του άγχους προκύπτει από την αλληλεπίδραση του εσωτερικού με τον εξωτερικό κόσμο. Εξαρτάται επομένως από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και από το κοινωνικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εκδηλώνεται (Lazarus, 2006).

Η αντιμετώπιση του άγχους περιλαμβάνει γνωστικές λειτουργίες, που βοηθούν το άτομο να δώσει λύση στο εκάστοτε πρόβλημα. Αυτές οι γνωστικές λειτουργίες αποτελούν τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού, με τους οποίους προσπαθεί να αντιμετωπίσει μια ενδεχόμενη απειλή. Το άτομο αλλοιώνει τα γεγονότα, ώστε να μην εκδηλωθούν αισθήματα άγχους. Η παραπάνω προσέγγιση είναι στραμμένη προς το ίδιο το αγχογόνο ερέθισμα, το οποίο τροποποιείται από το άτομο, για να αποκατασταθεί η ψυχική ευημερία του οργανισμού (Cervone & Pervin, 2013).

Η βασικότερη λειτουργία για την αντιμετώπιση του άγχους είναι η απώθηση, σύμφωνα με την οποία το άτομο απωθεί στο ασυνείδητο το αγχογόνο γεγονός, διότι θεωρείται αρκετά επικίνδυνο για την ψυχική υγεία του. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία απαιτεί αρκετή προσπάθεια, ώστε να καταφέρει το άτομο να μην υπάρχει στη συνείδησή του το ερέθισμα που του προκαλεί άγχος. Το άτομο νιώθει ότι δεν αγχώνεται, ενώ στην ουσία διακατέχεται από υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία δεν αντιλαμβάνεται, καθώς απωθεί το ερέθισμα και το αίσθημα του άγχους στο ασυνείδητο. Έρευνες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν συστηματικά αυτόν τον μηχανισμό άμυνας έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ορισμένα χρόνια νοσήματα (Cervone & Pervin, 2013).

Ένας μηχανισμός παρόμοιος με την απώθηση είναι η καταστολή, κατά την οποία το άτομο ελέγχει ένα ερέθισμα ή το αφήνει προσωρινά, ώστε να αποφύγει τα

αρνητικά συναισθήματα. Η καταστολή δεν είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του άγχους, καθώς το αγχογόνο ερέθισμα επανέρχεται στη μνήμη του ατόμου και επιδεινώνει την ψυχική του υγεία. Τα άτομα που χρησιμοποιούν την καταστολή σκέφτονται συχνότερα τις αγχογόνες καταστάσεις συγκριτικά με όσους δεν αποφεύγουν τα αρνητικά συναισθήματα. Το άτομο καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια, για να μη σκέφτεται κάποιο ερέθισμα, ενώ αν δρούσε, θα μπορούσε να δώσει λύση στο πρόβλημα (Atkinson et al., 2004).

Η άρνηση χρησιμοποιείται επίσης συχνά για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων. Το άτομο αρνείται ότι το αγχογόνο γεγονός υπάρχει και αποφεύγει την απειλή ή θεωρεί ότι δε θα υποστεί βλάβη από μια επερχόμενη απειλή. Η άρνηση μπορεί να παρατηρηθεί από μικρή ηλικία. Αυτός ο μηχανισμός άμυνας παραποιεί τα γεγονότα, με στόχο την ελάττωση του άγχους. Ωστόσο, ο τρόπος, με τον οποίο γίνεται η χρήση της άρνησης, επιδρά στην προσαρμοστικότητα του ατόμου. Η άρνηση σε λογικά πλαίσια μας βοηθά να διατηρήσουμε την ψυχική μας υγεία και να αποφύγουμε τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις του άγχους. Όμως, όταν πραγματοποιείται σε υπερβολικό βαθμό, δε βοηθά το άτομο να επεξεργαστεί τα γεγονότα και να ενεργήσει αποτελεσματικά (Cervone & Pervin, 2013).

Ένας ακόμα μηχανισμός άμυνας ενάντια σε δυσάρεστα ερεθίσματα είναι η προβολή, κατά την οποία το άτομο τείνει να αποδίδει στους άλλους διάφορα χαρακτηριστικά γνώρισματά της προσωπικότητάς του, που τα εκλαμβάνει ως αρνητικά. Ο άνθρωπος συνεχίζει να σκέφτεται τα αρνητικά στοιχεία του χαρακτήρα του, με αποτέλεσμα να αποδίδει σε άλλους ανθρώπους τις δικές του ιδιότητες, όταν προσπαθεί να εξηγήσει τη συμπεριφορά τους. Με αυτόν τον τρόπο, αποφεύγει τη συναισθηματική ένταση, η οποία προκαλείται από την αναγνώριση και την αποδοχή αυτών των γνωρισμάτων (Cervone & Pervin, 2013).

Η εκλογίκευση αναφέρεται ως ένας μηχανισμός άμυνας, ο οποίος δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να αιτιολογεί με βάση τη λογική τις πράξεις του. Το άτομο αποδίδει λογικά κίνητρα στις πράξεις του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μειώνεται το άγχος και η απογοήτευση, όταν δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ή να ελέγξει επιτυχώς μια κατάσταση ή να δικαιολογήσει πράξεις, που δεν είναι ηθικά ή κοινωνικά αποδεκτές (Atkinson et al., 2004).

Στην τροποποίηση των κινήτρων αναφέρεται και ο αντιδραστικός μηχανισμός. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο αντιμετωπίζει το άγχος που προκύπτει από κάποια ερεθίσματα, αποφεύγοντας τα πραγματικά κίνητρα των πράξεων του. Ο οργανισμός αντιδρά σε ορισμένες καταστάσεις, τις οποίες δε θέλει να αποδεχτεί, αποδίδοντας στις πράξεις του τα αντίθετα κίνητρα από τα πραγματικά. Το άτομο μειώνει το άγχος, θεωρώντας ότι πραγματοποιεί ηθικά και κοινωνικά αποδεκτές ενέργειες (Atkinson et al., 2004).

Επιπροσθέτως, η διανοητικοποίηση ως μηχανισμός άμυνας συμβάλλει στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής έντασης, που απορρέει από διάφορα αγχογόνα ερεθίσματα, μέσω της αποστασιοποίησης από αυτά. Ο άνθρωπος που αναγκάζεται να αντιμετωπίζει συχνά πολύ έντονες συναισθηματικά καταστάσεις, προκειμένου να αποβάλλει το άγχος και να διατηρήσει την ψυχική του ηρεμία, προσδίδει αφηρημένους, διανοητικούς όρους σε κάθε κατάσταση και αποφεύγει να εμπλέκει τα συναισθήματά

του με αυτές. Αυτή η αποστασιοποίηση πρέπει να γίνεται ως ένα βαθμό, ώστε να μπορεί το άτομο να διαχειριστεί τις αγχογόνες καταστάσεις χωρίς να αποκοπεί τελείως από τα συναισθήματά του (Atkinson et al., 2004).

Επίσης, σύμφωνα με τον Freud, η μετάθεση είναι ένας αποτελεσματικός μηχανισμός άμυνας για τη μείωση της συναισθηματικής έντασης. Μέσω της μετάθεσης το άτομο διοχετεύει τα συναισθήματά του σε άλλες δραστηριότητες και σε άλλη μορφή, ώστε να μην αποτελούν πλέον απειλή. Με αυτόν τον τρόπο, δεν επιλύεται άμεσα το πρόβλημα, αλλά μειώνεται το άγχος και γενικότερα τα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία εκφράζονται μέσα από άλλες δραστηριότητες (Atkinson et al., 2004).

Ορισμένες φορές επιλέγουμε την απομόνωση ως λειτουργία για την καταπολέμηση του άγχους. Κατά την απομόνωση το άτομο δε διαστρεβλώνει το αγχογόνο γεγονός, αλλά διαχωρίζει το γεγονός και τα συναισθήματα που προκαλεί, επιδιώκοντας να ασκήσει έλεγχο πάνω σε αυτά και να μην πυροδοτήσει την εμφάνισή τους (Cervone & Pervin, 2013).

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η αντιμετώπιση του άγχους αποτελεί μια συνεχή διαδικασία αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο αγχογόνο ερέθισμα και στον επιλεγμένο μηχανισμό άμυνας, που στοχεύει στην ανακούφιση του ατόμου από τη συναισθηματική ένταση και στη διατήρηση της ψυχικής του ευημερίας. Ακολουθούν ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα άτομο σε καταστάσεις άγχους.

4.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Το άτομο χρησιμοποιεί ορισμένες στρατηγικές, για να αντιμετωπίσει το άγχος, οι οποίες εξαρτώνται από την προσωπικότητά του και από τους διαθέσιμους πόρους. Επίσης, το ίδιο το αγχογόνο γεγονός αποτελεί παράγοντα, με βάση τον οποίο επιλέγουμε μια στρατηγική. Για παράδειγμα, η ικανότητα του ατόμου να μεταβάλλει τα χαρακτηριστικά μιας κατάστασης και να μειώσει το αίσθημα του άγχους, ασκεί επίδραση στη στρατηγική που εφαρμόζεται. Στόχος είναι η μείωση του άγχους και ο έλεγχος της κατάστασης (Folkman & Moskowitz, 2000).

Οι υπάρχουσες στρατηγικές αντιμετώπισης ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στην αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα και η δεύτερη σε εκείνη που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα. Το άτομο επιδιώκει με τις παραπάνω μεθόδους να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις, να αποκτήσει τον έλεγχο και να αποβάλλει το άγχος (Cervone & Pervin, 2013).

Κατά την εφαρμογή μιας στρατηγικής αντιμετώπισης που έχει ως επίκεντρο το πρόβλημα, το άτομο πραγματοποιεί κάποιες ενέργειες, ώστε να μπορέσει να δώσει λύση στην εκάστοτε κατάσταση. Ουσιαστικά αναγνωρίζει τα χαρακτηριστικά κάθε κατάστασης, σχεδιάζει ενέργειες και παίρνει αποφάσεις, οι οποίες σχετίζονται με τους πόρους που χρειάζεται, ώστε να αντιμετωπίσει μια αγχογόνα κατάσταση. Η αντιμετώπιση του άγχους είναι μια αλληλεπιδραστική διαδικασία, που περιέχει ένα

συγκεκριμένο ερέθισμα, συγκεκριμένους πόρους και στοχευμένες ενέργειες που πραγματοποιούνται από την πλευρά του ατόμου. Δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να ελέγχει την κατάσταση και να δρα προς όφελός του, ενώ δημιουργεί ένα αίσθημα ικανοποίησης και ευχαρίστησης, όταν επιτυγχάνονται οι στόχοι που έχουν τεθεί. Η στρατηγική που έχει ως επίκεντρο το πρόβλημα συνδέεται με τη θετική προσέγγιση των αγχογόνων καταστάσεων (Folkman & Moskowitz, 2000).

Από την άλλη μεριά, με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους με επίκεντρο το συναίσθημα, το άτομο επιδιώκει να αντιμετωπίσει και να ελέγξει μια αγχογόνα κατάσταση και να αποβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται. Η αντιμετώπιση με επίκεντρο το συναίσθημα μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους. Η σωματική άσκηση, η χρήση αλκοόλ και άλλων τοξικών ουσιών, η εκτόνωση του θυμού και η ψυχολογική στήριξη από φίλους και άτομα του περιβάλλοντος χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση του άγχους. Άλλες μέθοδοι είναι η προσωρινή εγκατάλειψη της αγχογόνας κατάστασης, η αλλαγή του νοήματός της και η απώθησή (Atkinson et al., 2004).

Από τις παραπάνω μεθόδους, η σωματική άσκηση και η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του άγχους. Αντιθέτως, με τη χρήση αλκοόλ και άλλων βλαβερών ουσιών, την προσωρινή εγκατάλειψη της αγχογόνας κατάστασης, την αλλαγή του νοήματός της και την απώθηση το άτομο δεν επιτυγχάνει τη μείωση του άγχους. Η συναισθηματική ένταση συσσωρεύεται, καθώς το άτομο δεν καταφέρνει να την εκτονώσει, με αποτέλεσμα να βλάπτεται η ψυχική υγεία του (Atkinson et al., 2004). Παρακάτω αναλύονται λεπτομερέστερα οι διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, που ανήκουν στις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί ότι οι αγχογόνες καταστάσεις έχουν θετική επιρροή στο άτομο, όταν τις αντιμετωπίσει ως κίνητρο, για να ενεργοποιηθεί και να προσπαθήσει περισσότερο. Όταν το άτομο κατορθώσει να ελέγξει την κατάσταση, έχει θετικά συναισθήματα, όπως χαρά και ανακούφιση, ενώ αποκτά πολύτιμες εμπειρίες για τη μετέπειτα ζωή του. Η θετική προσέγγιση βοηθά το άτομο να προσαρμοστεί ευκολότερα σε κάθε περίπτωση (Folkman & Moskowitz, 2000).

Αρχικά, θεωρήθηκε ότι η θετική προσέγγιση μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην προσαρμογή του ατόμου που υφίσταται χρόνιο άγχος, διότι μειώνει την ικανότητα αντίδρασής του και την ικανότητα επεξεργασίας του αγχογόνου ερεθίσματος. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά. Έρευνες έχουν δείξει ότι η θετική προσέγγιση συμβάλλει στην ανακούφιση από τη συναισθηματική ένταση, δίνει τη δυνατότητα για εύρεση πρωτότυπων λύσεων σε κάθε πρόβλημα και αναπληρώνει τους πόρους που χρησιμοποιούνται (Folkman & Moskowitz, 2000).

Η θετική προσέγγιση του άγχους παίζει ακόμα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του ατόμου, καθώς το καθιστά πιο «ανθεκτικό» απέναντι στις αγχογόνες καταστάσεις. Επιπλέον, τα θετικά συναισθήματα, τα οποία προκύπτουν κατά την εφαρμογή της παραπάνω στρατηγικής, βοηθούν το άτομο να αποφύγει τυχόν καταθλιπτικά συμπτώματα, που θα βλάψουν την ψυχοσύνθεσή του (Folkman & Moskowitz, 2000).

Αντιθέτως, παρόλο που η αρνητική επίδραση του άγχους μπορεί να διατηρήσει το άτομο σε επαγρύπνηση και να επιστήσει περισσότερο την προσοχή του στους επικείμενους κινδύνους, εντούτοις η συναισθηματική ένταση οδηγεί σε κόπωση και εξάντληση των διαθέσιμων πόρων και σε αρκετές περιπτώσεις το άτομο δεν κατορθώνει να προσαρμοστεί στην εκάστοτε κατάσταση. Επιπλέον, διαταράσσεται η ψυχική υγεία του ατόμου και ενδέχεται να παρατηρηθούν καταθλιπτικά συμπτώματα σε άτομα με χρόνιο άγχος που εκδηλώνουν αρνητικά συναισθήματα (Folkman & Moskowitz, 2000).

Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων και αναφέρεται στην παροχή πόρων από τα άτομα του περιβάλλοντος, με στόχο τη χρήση τους κατά τη διαδικασία επίλυσης του εκάστοτε προβλήματος. Όσοι υποστηρίζονται από τα άτομα γύρω τους, κατορθώνουν να μειώσουν τα επίπεδα του άγχους και να διατηρήσουν την ψυχική τους υγεία σε αντίθεση με εκείνους που δε λαμβάνουν τις αντίστοιχες παροχές, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα διαχείρισης της συναισθηματικής έντασης. Η χρήση της παραπάνω στρατηγικής συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη μείωση του άγχους και στην επίτευξη της ευημερίας του ατόμου (Chu & Chao, 2011).

Η θρησκεία είναι σε πολλές περιπτώσεις διέξοδος για ανθρώπους που επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν το άγχος τους μέσω της πνευματικότητας. Η θρησκευτική αντιμετώπιση ανήκει στις στρατηγικές αντιμετώπισης που επικεντρώνονται στο συναίσθημα, αλλά σχετίζεται και με συμπεριφορές που πραγματοποιούνται κατά τη λατρεία μιας θρησκείας, όπως είναι η προσευχή. Το άτομο μέσω της θρησκείας αναζητά πιθανές λύσεις και επιδιώκει να δώσει νόημα σε μια κατάσταση που το αγχώνει, ώστε να ανακουφιστεί από τη συναισθηματική ένταση. Τα άτομα, τα οποία δέχονται υποστήριξη και συναισθηματική ανακούφιση μέσω της θρησκείας, επιλύουν ευκολότερα τις δυσκολίες και προσαρμόζονται καλύτερα στις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος. Αντίθετα, αν η θρησκευτική αντιμετώπιση προκαλεί ταλαιπωρία και αμφιβολία, τότε δε συμβάλλει στην αντιμετώπιση του άγχους. Η στρατηγική αυτή χρησιμοποιείται συχνά, όταν το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου ασχολείται ενεργά με τη θρησκεία ή όταν το άτομο αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, στις οποίες οι εναλλακτικές λύσεις δεν αποδίδουν (Karekla & Constantinou, 2010).

Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τη θρησκευτική αντιμετώπιση διαχειρίζονται ένα αγχογόνο ερέθισμα με διαφορετικούς τρόπους. Μπορεί να θεωρούν ότι η αντιμετώπιση μιας αγχογόνου κατάστασης είναι ευθύνη τόσο του ατόμου όσο και του Θεού, να πιστεύουν ότι μόνοι τους θα πρέπει να αναλάβουν δράση, ώστε να διορθώσουν μια κατάσταση ή να μην ενεργούν, καθώς νομίζουν ότι ο Θεός θα καθορίσει εξ ολοκλήρου το αποτέλεσμα. Όταν ο έλεγχος για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης στρέφεται αποκλειστικά στο Θεό ή στη συνεργασία του ατόμου με το Θεό, τότε το άτομο κατορθώνει να προσαρμοστεί ευκολότερα σε ένα γεγονός. Σε περιπτώσεις, στις οποίες το άτομο θεωρεί ότι είναι μόνο δική του ευθύνη η επίλυση μιας κατάστασης, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι είτε θετικά είτε αρνητικά (Karekla & Constantinou, 2010).

Σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα χρησιμοποιούν τη διεκδικητική επίλυση ως τρόπο αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων και αποκατάστασης της ψυχικής τους ευημερίας, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της εκδήλωσης των αναγκών, των συναισθημάτων και των επιθυμιών τους. Σύμφωνα με την παραπάνω μέθοδο, το άτομο εκφράζει τα συναισθήματα που είναι αποδεκτά με βάση τα κοινωνικά πρότυπα, ώστε να γίνουν αντιληπτά από τα άτομα του περιβάλλοντός του. Έτσι, αισθάνεται αυτοπεποίθηση και αποκτά την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας, βελτιώνοντας την ψυχική του υγεία και εξασφαλίζοντας καλύτερη προσαρμογή στις δύσκολες καταστάσεις. Η διεκδικητική επίλυση συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους κατά τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης και με υψηλά επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας. Οι άνθρωποι, οι οποίοι επιλύουν με τον προαναφερόμενο τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις, κινητοποιούνται, ώστε να προσπαθήσουν περισσότερο και να ξεπεράσουν τις προκλήσεις. Αξιολογούν προσεκτικά τα δεδομένα και σχεδιάζουν σταδιακά τις ενέργειες, που θα οδηγήσουν στη λύση του προβλήματος. Επομένως, η διεκδικητική επίλυση του προβλήματος μπορεί να συσχετιστεί με την αντιμετώπιση που έχει ως επίκεντρο το πρόβλημα (Parto, 2011).

Μια λιγότερο αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης είναι η αποφυγή, κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να αποφύγει τα αρνητικά συναισθήματα. Επιτυγχάνεται μέσω του εξαιρισμού των συναισθημάτων, της αποσυμφόρησης της συμπεριφοράς ή της ψυχικής απεμπλοκής. Το άτομο επιδιώκει να ξεχάσει τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται από το άγχος, δεν προσπαθεί να δώσει λύση στο πρόβλημα ή διοχετεύει το άγχος του σε άλλες δραστηριότητες, μέσα από τις οποίες θεωρεί ότι θα ξεχαστεί. Η αποφυγή ως στρατηγική αντιμετώπισης εμποδίζει την προσαρμογή του ατόμου στην εκάστοτε κατάσταση και δε μειώνει το άγχος, καθώς το άτομο μένει άπραγο και συνεχίζει να διαιωνίζει μια βλαβερή για εκείνο κατάσταση (Chu & Chao, 2011).

Εκτός από τις προηγούμενες μεθόδους, καταγράφονται και ορισμένες συμπεριφορικές στρατηγικές, με τις οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν οι επιβλαβείς συνέπειες του άγχους. Η σωματική άσκηση σε μεγάλη συχνότητα μπορεί να μειώσει τους καρδιακούς παλμούς και την αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα των οποίων αυξάνονται σημαντικά, όταν το άτομο βιώνει το αίσθημα του άγχους. Μέσω της σωματικής άσκησης βελτιώνεται η σωματική υγεία των ατόμων, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι βλαβερές επιπτώσεις των αγχογόνων γεγονότων στον ανθρώπινο οργανισμό. Έτσι, το άτομο γίνεται πιο «ανθεκτικό» σε περιόδους έντονου άγχους, διατηρώντας τον οργανισμό του σε καλή κατάσταση (Atkinson et al, 2004).

Επιπλέον, ο διαλογισμός μπορεί να μειώσει τα σωματικά συμπτώματα του άγχους και να βοηθήσει το άτομο να ηρεμήσει και να αποβάλλει τη συναισθηματική και τη σωματική ένταση. Κατά την διάρκεια του διαλογισμού μειώνεται η νοητική δραστηριότητα, συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση του έντονου άγχους. Ωστόσο, δεν αποτελεί ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδο, καθώς τα ίδια αποτελέσματα μπορεί να προκαλέσει και η ξεκούραση στον ανθρώπινο οργανισμό (Atkinson et al, 2004).

Στις συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους ανήκει και η εκπαίδευση χαλάρωσης, κατά την οποία το άτομο διδάσκεται τεχνικές, ώστε να διατηρεί τον καρδιακό του παλμό και την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα, τα

οποία αυξάνονται όταν αισθανόμαστε άγχος. Ο άνθρωπος μαθαίνει να χαλαρώνει τους μύες του και να αποβάλλει την ένταση. Η εν λόγω μέθοδος χρησιμοποιείται είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με τη βιοανατροφοδότηση για την αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων (Atkinson et al, 2004).

Η βιοανατροφοδότηση αξιοποιεί τον ιατρικό εξοπλισμό, για να εντοπίζει και να ελέγχει τα σωματικά συμπτώματα που προκαλεί το άγχος στον οργανισμό και διαρκεί τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες. Σε αυτό το χρονικό διάστημα το άτομο μαθαίνει να αντιλαμβάνεται πότε αρχίζει να αγχώνεται μέσω της σωματικής έντασης που προκαλείται στον οργανισμό και να χαλαρώνει τους μύες που εμπλέκονται. Επίσης, κατορθώνει σταδιακά να αντιλαμβάνεται το άγχος και να το αντιμετωπίζει χωρίς τη χρήση κάποιου ιατρικού μηχανήματος (Atkinson et al, 2004).

Μια επιπλέον μέθοδος για τη διαχείριση του άγχους είναι η γνωστική θεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται σε πολλές περιπτώσεις συνδυαστικά με τις συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Η γνωστική θεραπεία αναπτύχθηκε, με σκοπό να μπορεί το άτομο να αντιμετωπίζει το άγχος σε πραγματικές συνθήκες. Ο άνθρωπος μέσω της συγκεκριμένης προσέγγισης επιδιώκει να εντοπίσει τα αγχογόνα ερεθίσματα και να αναζητήσει καταλληλότερους τρόπους, προκειμένου να διαχειριστεί το άγχος. Παρακολουθεί τα σωματικά συμπτώματα που προκαλεί το άγχος στον οργανισμό του για κάποιο χρονικό διάστημα και προσπαθεί να κατανοήσει τις αιτίες που τα προκαλούν. Όταν βρεθούν οι αιτίες που δημιουργούν άγχος, εξετάζονται οι πιθανές εναλλακτικές τεχνικές, που θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του (Atkinson et al, 2004).

Αναλογιζόμενοι τα προαναφερόμενα, αντιλαμβανόμαστε ότι η αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, που περιλαμβάνει τόσο γνωστικές όσο και συμπεριφορικές αλλαγές. Τα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος, οι κοινωνικοί πόροι που διαθέτει το άτομο καθώς και η προσωπικότητά του επηρεάζουν τη στρατηγική αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιήσει, η οποία μπορεί να είναι εστιασμένη στο πρόβλημα είτε στο συναίσθημα (Folkman & Moskowitz, 2000). Επιπλέον, το κοινωνικό πλαίσιο, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται το άτομο, επιδρά στην επιλογή του τρόπου διαχείρισης του άγχους, καθώς το άτομο επιδιώκει να ακολουθήσει τα κοινωνικά πρότυπα και ταυτόχρονα να ανακουφιστεί από τη συναισθηματική ένταση, επιλύοντας με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο το εκάστοτε πρόβλημα (Lazarus, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός μελετών, οι οποίες ερευνούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους σε άτομα με καρκίνο και την αποτελεσματικότητά τους, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις μελετούν ταυτόχρονα τα επίπεδα του άγχους ή της κατάθλιψης, για να διαπιστώσουν κατά πόσο αυτές αποδίδουν. Στην πλειονότητα των μελετών το δείγμα που επιλέγεται αποτελείται κυρίως από γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ενώ ορισμένες έρευνες μελετούν και ανθρώπους με άλλους τύπους καρκίνου, όπως του προστάτη. Ωστόσο, λίγες έρευνες συσχετίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγονται με στοιχεία της νόσου, όπως το στάδιο, το χρονικό σημείο διάγνωσης και τον τύπο του καρκίνου. Ακόμα, ενώ, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, ο καρκίνος επιδρά και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, εντούτοις μικρός αριθμός μελετών εξετάζει τη σύνδεση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με την κοινωνικοποίηση του ατόμου με καρκίνο.

Μια ενδιαφέρουσα έρευνα είναι αυτή των Reynolds et al. (2000), στην οποία μελετήθηκαν οι χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και η επιβίωση σε λευκές και μαύρες γυναίκες, που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 442 μαύρες γυναίκες και 405 λευκές. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η έκφραση των συναισθημάτων (διεκδικητική επίλυση), η ευχολογία, η θετική προσέγγιση, η επικέντρωση στο πρόβλημα και η αποφυγή. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι μόνο η χρήση της αποφυγής επηρεάστηκε από το στάδιο της διάγνωσης, καθώς φάνηκε ότι χρησιμοποιούνταν περισσότερο από γυναίκες σε πρώιμα στάδια της νόσου. Οι μαύρες γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερο την ευχολογία και τη θετική προσέγγιση, ενώ οι λευκές τη διεκδικητική επίλυση, την αποφυγή και την επικέντρωση στο πρόβλημα. Η διεκδικητική επίλυση βρέθηκε ότι είναι αρκετά αποτελεσματική στρατηγική, καθώς σχετίστηκε με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας. Παρομοίως, η επαρκής κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον συνδέθηκε με υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, με αποτέλεσμα να θεωρηθούν πιο αποδοτικές οι στρατηγικές που έχουν ως επίκεντρο το συναίσθημα. Οι δύο παραπάνω στρατηγικές διαπιστώθηκε ότι συνδέονται μεταξύ τους και με το στάδιο της διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, όταν η κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον και η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης υπάρχουν σε μικρό βαθμό, ειδικότερα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο, τότε παρατηρούνται χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης. Όμως, ο χρόνος από τη διάγνωση δεν επηρέασε τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Παρατηρήθηκε ακόμα ότι η χρήση περισσότερων από μια στρατηγικών αντιμετώπισης μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης των γυναικών, ιδιαίτερα στις μαύρες γυναίκες.

Επίσης, οι Carver et al. (2003) ερευνήσαν την επίδραση της θετικής προσέγγισης στην κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο του μαστού, πραγματοποιώντας δύο μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε να ερευνηθεί αν η θετική προσέγγιση μπορεί να προβλέψει τον βαθμό της απόσυρσης των γυναικών από κοινωνικές δραστηριότητες, στις οποίες συμμετείχαν πριν από τη διάγνωση της νόσου. Στην πρώτη μελέτη το δείγμα αποτέλεσαν 235 γυναίκες. Η χρήση της θετικής

προσέγγισης στο δείγμα δε βρέθηκε να συνδέεται με ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και η εθνικότητα, ενώ δε σχετίστηκε ούτε με στοιχεία που αφορούν τη νόσο, όπως το στάδιο, το είδος της θεραπείας και ο αριθμός των μεταστάσεων. Η θετική προσέγγιση φάνηκε να συνδέεται με τη διακοπή των κοινωνικών δραστηριοτήτων, επηρεάζοντάς την με αντιστρόφως ανάλογο τρόπο. Αυτό σημαίνει ότι, όταν τα άτομα χρησιμοποιούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη θετική προσέγγιση, τότε αποσύρονταν σε μικρότερο ποσοστό από διάφορες δραστηριότητες εξαιτίας της νόσου. Επιπλέον, από τα πορίσματα της έρευνας φάνηκε ότι η θετική προσέγγιση συνδέεται με το έντονο άγχος και την κούραση. Όταν η χρήση της θετικής προσέγγισης μελετήθηκε σε συνδυασμό με κάθε μια από τις προηγούμενες μεταβλητές ξεχωριστά, βρέθηκε ότι ο βαθμός της κοινωνικής απόσυρσης μεταβλήθηκε, εύρημα το οποίο τονίζει τη σημασία και άλλων ψυχολογικών παραμέτρων, όπως του άγχους και της κούρασης, στην κοινωνική ζωή του ατόμου με καρκίνο.

Στη δεύτερη έρευνα των Carver et al. (2003) ερευνήθηκαν 97 γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Οι συμμετέχουσες έλαβαν μέρος σε μια μικρή ομάδα, στην οποία ενημερώθηκαν για το άγχος, διδάχθηκαν τρόπους χαλάρωσης και διαχείρισής του και χρησιμοποίησαν τη θετική προσέγγιση, με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων και τη σωστή εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων. Στην εν λόγω έρευνα βρέθηκε ότι η χρήση της θετικής προσέγγισης δε συνδέεται με ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και η εθνικότητα, ενώ δε σχετίστηκε ούτε με στοιχεία που αφορούν τη νόσο, όπως το στάδιο, το είδος της θεραπείας και ο αριθμός των μεταστάσεων. Μετά το τέλος της παρέμβασης διαπιστώθηκε ότι μειώθηκε η απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ βελτιώθηκε η κοινωνική αλληλεπίδραση των γυναικών με καρκίνο του μαστού με άλλα άτομα. Επιπλέον, και σε αυτή τη μελέτη η χρήση της θετικής προσέγγισης προέβλεπε τη μείωση της κοινωνικής απόσυρσης, η οποία προκαλούνταν καθώς η θετική προσέγγιση εφαρμοζόταν περισσότερο.

Επιπροσθέτως, ο Gall (2004) ερευνήσε την πνευματικότητα και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής ατόμων με καρκίνο του προστάτη. Το δείγμα αποτέλεσαν 34 άνδρες. Το στάδιο της νόσου συσχετίστηκε με τη λειτουργικότητα του ατόμου. Συγκεκριμένα, τα άτομα που βρίσκονταν στα τελευταία στάδια δήλωσαν μείωση της λειτουργικότητάς τους όσον αφορά στους κοινωνικούς ρόλους που κατείχαν. Ωστόσο, ο χρόνος από τη διάγνωση δεν επηρέασε την ποιότητα ζωής του ατόμου και τις κοινωνικές του σχέσεις. Μια θετική στάση απέναντι στο Θεό συνδέθηκε με καλύτερη λειτουργικότητα αναφορικά με τους κοινωνικούς ρόλους και τη συναισθηματική υγεία του ατόμου. Αντιθέτως, η αρνητική στάση απέναντι στο Θεό δε συσχετίστηκε με την κοινωνική ευημερία. Οι αιτίες που απέδιδαν στο Θεό την εμφάνιση του καρκίνου είτε είχαν θετική (επιθυμία ή αγάπη του Θεού) είτε αρνητική πτυχή (θυμός ή τιμωρία του Θεού) ήταν αντιστρόφως ανάλογες της κοινωνικής λειτουργικότητας, δηλαδή η κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων του δείγματος μειωνόταν όσο αυξανόταν η απόδοση των αιτιών για την εμφάνιση της νόσου στο Θεό. Ακόμα, η κοινωνική λειτουργικότητα παρατηρήθηκε ότι αυξανόταν, όταν γινόταν συχνότερη χρήση της θετικής προσέγγισης απέναντι στα διάφορα προβλήματα.

Οι Badr και Carmack Taylor (2006) εξέτασαν τους περιορισμούς στην επικοινωνία μεταξύ ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα και των συζύγων τους. Το δείγμα

αποτελέσαν 13 άτομα με καρκίνο του πνεύμονα και οι σύζυγοί τους. Από το μοναδικό ζευγάρι ομοφυλόφιλων που υπήρχε στο δείγμα, μόνο το άτομο με καρκίνο συμμετείχε στην παρούσα έρευνα. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα ζευγάρια διακατέχονταν σε γενικές γραμμές από κοινωνικούς περιορισμούς, όπως η άρνηση, η αποφυγή και η σύγκρουση. Το 30% των ασθενών δήλωσε ότι οι σύζυγοί τους αρνούνταν να δεχθούν την ασθένεια και τις πιθανές αρνητικές συνέπειές της, με αποτέλεσμα να προκαλείται περισσότερο άγχος στους ασθενείς και να μειώνεται η ποιότητα της επικοινωνίας και της σχέσης του ζευγαριού. Επιπλέον, το 36% του δείγματος χρησιμοποιούσε την αποφυγή αναφορικά με θέματα, τα οποία σχετίζονται με τον καρκίνο. Έτσι, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των συζύγων δήλωσε ότι προσπαθούσε να διατηρεί μια θετική προσέγγιση και να παρέχει ελπίδα στα άτομα που νοσούσαν, εντούτοις οι ασθενείς (σε ποσοστό 68%) εξέφρασαν την τάση τους να αποφεύγουν να συζητούν τα προγνωστικά και ζητήματα σχετικά με τον επικείμενο θάνατό τους. Παρομοίως, οι σύζυγοι των ασθενών επισήμαναν ότι απέφευγαν να μιλούν για τα συναισθήματά τους και για το θάνατο του/της συντρόφου. Όμως, η αποφυγή διαπιστώθηκε ότι προκαλούσε προβλήματα στη σχέση του ζευγαριού, καθώς αυξανόταν το άγχος και οι προβληματισμοί σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του/της συντρόφου. Η αποφυγή παρατηρήθηκε ότι υπάρχει και σε ζητήματα που αφορούσαν τα προβλήματα στη σεξουαλική ζωή των ατόμων, τα οποία τα ζευγάρια δεν αισθάνονταν άνετα να συζητήσουν. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι τα άτομα του δείγματος ανέφεραν σε ποσοστό 64% την αύξηση των συγκρούσεων μετά από τη διάγνωση, οι οποίες όμως αφορούσαν άλλα ζητήματα της καθημερινότητας. Αναφορικά με τη λειτουργικότητα της σχέσης, 15 άτομα παρατήρησαν βελτίωση της σχέσης μετά από τη διάγνωση του καρκίνου, ενώ οι υπόλοιποι δεν παρατήρησαν καμία αλλαγή ή ανέφεραν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της σχέσης τους. Η σχέση του ζευγαριού φάνηκε ότι ήταν σημαντική πηγή υποστήριξης για τα άτομα με καρκίνο, που οδήγησε σε καλύτερη προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες. Η υποστήριξη μεταξύ των συζύγων αύξησε την έκφραση της αγάπης και βελτίωσε τη σχέση του ζευγαριού, ενώ διαπιστώθηκε ότι γινόταν χρήση και της θετικής προσέγγισης, ώστε να μειωθούν τα αρνητικά συναισθήματα αναφορικά με τη νόσο.

Οι Hinnen et al.(2008) εξέτασαν αν η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης και η υποστήριξη από τον σύντροφο επηρέαζε την ικανοποίηση από τη σχέση σε 72 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 62 γυναίκες χωρίς καρκίνο. Η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης και η ικανοποίηση από τη σχέση δε διέφεραν ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η ενεργή εμπλοκή και υποστήριξη από τον σύντροφο σχετίστηκε με την αποφυγή με αντιστρόφως ανάλογο τρόπο. Στα ζευγάρια του δείγματος, στα οποία τα άτομα με καρκίνο λάμβαναν περισσότερη υποστήριξη από τον σύντροφο, η χρήση της αποφυγής μειωνόταν. Επίσης, το επίπεδο της έντασης των συναισθημάτων, τα οποία εκφράζονταν κατά τη διεκδικητική επίλυση από τους ασθενείς, σχετίστηκε αρνητικά με την υποστήριξη από τους συντρόφους. Όσον αφορά στις γυναίκες με καρκίνο που δε χρησιμοποιούσαν συχνά τη διεκδικητική επίλυση, η μεγαλύτερη ένταση των συναισθημάτων σχετίστηκε με λιγότερη ικανοποίηση από τη σχέση. Για τις γυναίκες με καρκίνο που χρησιμοποιούσαν συχνά τη διεκδικητική επίλυση, η ένταση δε σχετίστηκε με την ικανοποίηση από τη σχέση. Αναφορικά με τις γυναίκες χωρίς

καρκίνο, δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της διεκδικητικής επίλυσης και της ικανοποίησης από τη σχέση. Η χαμηλή συχνότητα χρήσης της διεκδικητικής επίλυσης σε συνδυασμό με την υψηλή ένταση κατά την έκφραση των συναισθημάτων στις γυναίκες με καρκίνο συνδέθηκε με μικρότερη ικανοποίηση από τη σχέση με την πάροδο του χρόνου, εύρημα το οποίο δεν τεκμηριώθηκε για την ομάδα των γυναικών χωρίς καρκίνο. Αξίζει να σημειωθεί ακόμα ότι η υποστήριξη από τον σύντροφο συνδέθηκε θετικά με την ικανοποίηση από τη σχέση ανεξάρτητα από τη συχνότητα και την ένταση της διεκδικητικής επίλυσης.

Μια ακόμα έρευνα, η οποία σχετίζεται με τις εξεταζόμενες παραμέτρους της παρούσας έρευνας, είναι εκείνη των Manne et al. (2010). Στόχος της μελέτης ήταν να αναζητηθούν οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα ζευγάρια αναφορικά με τον καρκίνο, η μεταξύ τους επικοινωνία και οικειότητα και το άγχος τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 75 άνδρες με καρκίνο του προστάτη και οι σύζυγοί τους. Η αποκάλυψη των συναισθημάτων παρουσιαζόταν σε μεγαλύτερο ποσοστό στα άτομα με καρκίνο, ενώ η αποφυγή της έκφρασής τους παρατηρήθηκε περισσότερο στις συζύγους τους. Επιπλέον, τα άτομα με καρκίνο δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα οικειότητας και αμοιβαίας επικοινωνίας συγκριτικά με τις συζύγους τους. Το είδος της οικειότητας των ζευγαριών συνδέθηκε με την επικοινωνία και την προσαρμογή στη σχέση. Η αυτο-αποκάλυψη (αποκάλυψη των προσωπικών συναισθημάτων) δε συνδέθηκε με την οικειότητα του ζευγαριού. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αμοιβαία επικοινωνία βελτιώνει την οικειότητα του ζευγαριού και κατά συνέπεια την ποιότητα της μεταξύ τους σχέσης. Ωστόσο, η αμοιβαία αποφυγή ως στρατηγικής αντιμετώπισης συνδέθηκε με την οικειότητα του ζευγαριού με αντιστρόφως ανάλογο τρόπο. Όσο αυξανόταν η χρήση της αποφυγής τόσο μειωνόταν η οικειότητα του ζευγαριού. Ακόμα, η άρνηση για έκφραση των συναισθημάτων είτε από τη σύζυγο είτε και από τους δύο φάνηκε ότι οδηγούσε σε χαμηλότερα επίπεδα οικειότητας.

Οι Thompson et al. (2009) εξέτασαν άτομα, τα οποία θεραπεύτηκαν από τον παιδικό καρκίνο, αναφορικά με τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στις ερωτικές τους σχέσεις κατά την ενηλικίωση. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αποτελούνταν από 60 επιζήσαντες από τον παιδικό καρκίνο και 60 άτομα (ομάδα σύγκρισης), που δεν είχαν παρουσιάσει κάποια χρόνια πάθηση. Όσον αφορά στα άτομα που είχαν επιβιώσει από τον παιδικό καρκίνο, λιγότεροι βρίσκονταν πρόσφατα σε σχέση, ενώ αναφέρθηκαν λιγότερες σχέσεις την τελευταία πενταετία και περισσότερο άγχος κατά το τέλος της σχέσης συγκριτικά με όσους δεν είχαν καμία χρόνια πάθηση. Στις δύο ομάδες δεν καταγράφηκαν διαφορές στην ικανοποίηση από τις σχέσεις, στον μέσο όρο των συγκρούσεων και στη μέση διάρκεια των σχέσεων. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν επίσης ότι η ικανοποίηση από τη σχέση στις δύο ομάδες δεν επηρεάστηκε από τα επίπεδα του άγχους και το φύλο. Στη συνέχεια, συγκρίθηκε η ηλικία, στην οποία έγινε η διάγνωση του καρκίνου, με τα χαρακτηριστικά των σχέσεων. Οι άνθρωποι, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί στην εφηβεία με καρκίνο, είχαν λιγότερες σχέσεις την τελευταία πενταετία σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό. Ωστόσο, η ηλικία διάγνωσης του καρκίνου δεν επηρέασε την ικανοποίηση από τις σχέσεις, τη διάρκειά τους και τον αριθμό των συγκρούσεων. Επιπλέον, η ένταση της παρεχόμενης θεραπείας συνδέθηκε με την ικανοποίηση από κάθε σχέση. Όσο αυξανόταν η ένταση της

θεραπείας τόσο λιγότερο ικανοποιημένο ήταν το άτομο από μια σχέση και τόσο εντεινόταν το άγχος στο τέλος της σχέσης. Τα άτομα της ομάδας σύγκρισης δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση και λιγότερο άγχος στο τέλος της σχέσης σε αντίθεση με τους επιζήσαντες από τον παιδικό καρκίνο. Επιπροσθέτως, όσο αυξανόταν η ηλικία διάγνωσης του καρκίνου και τα επίπεδα του άγχους, τόσο μειωνόταν η ικανοποίηση από τις σχέσεις. Η αύξηση του άγχους σε συνδυασμό με την εντατικοποίηση της θεραπείας οδηγούσαν σε μείωση της ικανοποίησης από κάθε σχέση. Αντιθέτως, τα επίπεδα του άγχους δεν επηρέασαν τα χαρακτηριστικά των σχέσεων στην ομάδα σύγκρισης.

Ακόμα, οι Badr et al. (2010) στην έρευνα τους σε 191 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και στους συζύγους τους, αναζήτησαν τη σύνδεση μεταξύ του τρόπου που αντιμετωπίζουν από κοινού το άγχος και της προσαρμογής τους στη νόσο, την ικανοποίηση από τη μεταξύ τους σχέση και την ποιότητα της σχέσης τους. Τα πορίσματα της έρευνας ανέδειξαν τη σημασία της αμοιβαίας θετικής αντιμετώπισης στην επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας και στη βελτίωση της σχέσης του ζευγαριού, η οποία συνδέθηκε με την παροχή υποστήριξης και την από κοινού επίλυση των προβλημάτων. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση από τη σχέση και η ποιότητα της επικοινωνίας του ζευγαριού μειωνόταν, όταν χρησιμοποιούνταν η αποφυγή, η οποία θεωρήθηκε ως ένας μη αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του άγχους για τα ζευγάρια.

Επίσης, οι Karabulutlu et al. (2010) εξέτασαν το άγχος, την κατάθλιψη και τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε 96 άτομα με διάφορους τύπους καρκίνου. Οι μελετώμενες στρατηγικές ήταν η επικέντρωση στο πρόβλημα, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η αποφυγή, οι οποίες δε συνδέθηκαν με το χρονικό διάστημα, το οποίο είχε μεσολαβήσει από τη διάγνωση. Η πιο ωφέλιμη στρατηγική ήταν η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ενώ η λιγότερο αποτελεσματική ήταν η αποφυγή. Η χρήση των στρατηγικών δε διέφερε μεταξύ των διάφορων τύπων καρκίνου.

Οι Cousson-Gélie et al. (2010) ασχολήθηκαν με τις στρατηγικές αντιμετώπισης και το άγχος σε άτομα με καρκίνο. Το ερωτηματολόγιο αναφορικά με τις στρατηγικές συμπληρώθηκε από 622 άτομα με διαφορετικούς τύπους καρκίνου. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης εντοπίστηκε ότι επηρεάζει την αποφυγή με ανάλογο τρόπο και η αυτο-κατηγορία την επικέντρωση στο πρόβλημα. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η χρήση της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης, τόσο αυξάνεται η αποφυγή και όσο αυξάνεται η χρήση της αυτο-κατηγορίας, τόσο αυξάνεται η χρήση στρατηγικών με επίκεντρο το πρόβλημα. Η αποφυγή συνδέθηκε ακόμα με την επικέντρωση στο πρόβλημα. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η χρήση της αποφυγής από τα άτομα με καρκίνο, τόσο αυξάνεται και η χρήση στρατηγικών που επικεντρώνονται στο εκάστοτε πρόβλημα. Επιπροσθέτως, η αυτο-κατηγορία και η αποφυγή αποδείχθηκε ότι δεν είναι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς η αύξηση της χρήσης τους προκάλεσε αύξηση των επιπέδων άγχους στο δείγμα. Αντιθέτως, η αυξημένη χρήση της επικέντρωσης στο πρόβλημα σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης δε συσχετίστηκε με το άγχος. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν λιγότερο την

αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, την αποφυγή και την αυτο-κατηγορία συγκριτικά με τους άνδρες, ενώ η ηλικία δεν επηρέασε τη χρήση των μελετώμενων στρατηγικών στο δείγμα. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρατηρήθηκε ότι χρησιμοποιούσαν λιγότερο και τις τέσσερις στρατηγικές σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους καρκίνου.

Σε μια άλλη έρευνα (El Messiry et al., 2011) διερευνήθηκε η ψυχιατρική κινητικότητα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η κοινωνική υποστήριξη σε 100 γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν οι γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν σε πρώιμο στάδιο της νόσου και η δεύτερη περιείχε τις γυναίκες, στις οποίες ο καρκίνος είχε επανέλθει μετά από το τέλος της θεραπείας τους. Η κοινωνική υποστήριξη διακρίθηκε σε τρεις διαστάσεις (συναισθηματική/πληροφοριακή, πρακτική, στοργική). Αναφορικά με την πρακτική διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης, υπήρξε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, περισσότερη πρακτική υποστήριξη λάμβαναν οι γυναίκες, στις οποίες η νόσος είχε επανέλθει. Όμως, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις άλλες δύο διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ των δύο ομάδων των καρκινοπαθών. Η προσαρμογή του ατόμου στη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου επηρεάστηκε από τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τις οποίες επέλεξαν οι γυναίκες του δείγματος. Ακόμα, διαπιστώθηκε ότι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές και για τις δύο ομάδες ήταν οι ενεργητικές γνωστικές και συμπεριφορικές μέθοδοι, οι οποίες δε διέφεραν ως προς τον βαθμό χρήσης τους από τις δύο ομάδες. Η αποφυγή παρατηρήθηκε στην ομάδα των γυναικών, στην οποία ο καρκίνος είχε επανέλθει μετά από το τέλος της θεραπείας. Επίσης, οι δύο ομάδες των γυναικών δήλωσαν ότι βασίζονταν στον ίδιο βαθμό στα άτομα γύρω τους, ενώ η δεύτερη ομάδα ανέφερε μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης της θετικής προσέγγισης και της παραίτησης.

Επιπλέον, οι D'Agostino και Edelstein το 2013 μελέτησαν τις ψυχοκοινωνικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν νέα άτομα, τα οποία θεραπεύτηκαν από τον παιδικό καρκίνο και τις ανάγκες τους για πόρους. Τα άτομα το δείγματος (22) ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν προβλήματα στον τρόπο που θα αποκαλύψουν την ύπαρξη της νόσου, θα εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους στην οικογένειά τους και στους ερωτικούς τους συντρόφους, καθώς φοβόταν τις αντιδράσεις τους. Συχνά ένιωθαν απομονωμένοι, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς τους έτειναν να είναι υπερπροστατευτικοί, με αποτέλεσμα να ασκούν πίεση σε εκείνους. Η στάση των ατόμων απέναντι στη ζωή και οι προτεραιότητές τους άλλαξαν. Ορισμένα άτομα απέκτησαν μια θετικής στάση απέναντι στη ζωή, ενώ άλλοι άλλαξαν επαγγελματικό προσανατολισμό, αναζητώντας εργασίες, που τους προσέδιδαν περισσότερη ευχαρίστηση. Επίσης, οι επιζήσαντες από τον παιδικό καρκίνο σημείωσαν τις δυσκολίες σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες και τη δημιουργία φιλικών σχέσεων. Θεωρούσαν ότι οι οικογένειές τους και οι εκπαιδευτικοί δεν καταλάβαιναν πώς ένιωθαν, με αποτέλεσμα να απομονώνονται ακόμα περισσότερο. Ιδιαίτερα σε άτομα με καρκίνο του εγκεφάλου, τα υπάρχοντα νευρολογικά ελλείμματα μείωσαν τη δυνατότητα κάθε ατόμου για αυτονομία και έθεσαν εμπόδια στη δημιουργία ικανοποιητικών κοινωνικών σχέσεων. Τονίστηκε ακόμα η ανάγκη για παροχή υποστήριξης των ατόμων με καρκίνο και δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με άλλα άτομα, που επιβίωσαν από τον παιδικό καρκίνο.

Επιπροσθέτως, οι Regan et al. (2014) μελέτησαν 42 άνδρες με καρκίνο του προστάτη και τις συζύγους τους και αναζήτησαν την επίδραση του τρόπου, με τον οποίο το ζευγάρι αντιμετωπίζει το άγχος, στη μεταξύ του σχέση και στην ικανοποίηση του από αυτή. Ο τρόπος αντιμετώπισης του άγχους διακρίθηκε στην υποστήριξη και στην αποφυγή, οι οποίες ερευνήθηκαν χωριστά για κάθε σύντροφο και αξιολογήθηκε τόσο η χρήση τους από το ίδιο το άτομο όσο και από τον/τη σύντροφο. Παράλληλα, μελετήθηκε και η από κοινού αντιμετώπιση των προβλημάτων, η οποία χαρακτηρίστηκε ως θετική ή αρνητική αναφορικά με την παροχή υποστήριξης και την εμπλοκή και των δύο συντρόφων. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η χρήση της υποστήριξης τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από τον/τη σύντροφο και η από κοινού θετική αντιμετώπιση των προβλημάτων συνδέθηκαν με καλύτερη ποιότητα στη σχέση του ζευγαριού και μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτή. Επιπλέον, η χρήση της αποφυγής είτε από το ίδιο το άτομο είτε από τον/τη σύντροφο εντοπίστηκε ότι μείωνε την ικανοποίηση των ζευγαριών από τη σχέση τους.

Στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχει η μελέτη της Λιάκου (2016), οι οποία ερεύνησε τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, την πνευματικότητα, την κατάθλιψη και το υπαρξιακό άγχος σε 79 άτομα με διαφορετικούς τύπους καρκίνου. Η πνευματικότητα χωρίστηκε σε τρεις διαστάσεις (εκπλήρωση μέσω της προσευχής, καθολικότητα, συνεκτικότητα), από τις οποίες μόνο η καθολικότητα επηρεάστηκε από το στάδιο της νόσου. Τα άτομα που βρίσκονταν σε θεραπεία είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην καθολικότητα συγκριτικά με όσους βρίσκονταν στο στάδιο της ίασης, όμως το στάδιο της παρακολούθησης δεν επηρέασε τα αποτελέσματα. Η πνευματικότητα στο σύνολό της δεν επηρεάστηκε από το στάδιο του καρκίνου. Από τις μελετώμενες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (θετική προσέγγιση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ευχολογία-ονειροπόληση, αποφυγή-διαφυγή, διεκδικητική επίλυση προβλήματος) μόνο για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης εντοπίστηκαν διαφορές ως προς τις ομάδες της παρακολούθησης και της ίασης. Η ομάδα των ατόμων στο στάδιο της παρακολούθησης είχε χαμηλότερη βαθμολογία στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης συγκριτικά με την ομάδα των ατόμων στο στάδιο της ίασης. Το στάδιο της θεραπείας δεν επηρέασε την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.

Ακόμα, οι Παλαμαρίδη, Αναγνωστόπουλου και Φραγκιαδάκη (2020) διερεύνησαν τη νοηματοδότηση της ζωής και την πνευματικότητα σε άτομα με καρκίνο. Στο δείγμα περιέχονταν 20 άτομα με διαφορετικούς τύπους καρκίνου, από τους οποίους οι περισσότεροι ανέφεραν τη σημασία της υποστήριξης από τα άτομα του περιβάλλοντός τους (γιατρός, οικογένεια, συγγενείς) στην αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων. Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι χρησιμοποιούσαν τη θετική προσέγγιση, ενώ οι υπόλοιποι διακατέχονταν από άρνηση. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα τόνισαν τη σημασία της πνευματικότητας για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Επίσης, τα άτομα του δείγματος ανέφεραν στην πλειονότητά τους οφέλη στις κοινωνικές τους σχέσεις εξαιτίας της διάγνωσής τους και θετική στάση απέναντι στη ζωή, τα οποία συνδέθηκαν με την ύπαρξη της πνευματικότητας, που τονίστηκε από όλους.

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός της έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα

Η ερευνητική κοινότητα έχει στρέψει εδώ και πολλά χρόνια το ενδιαφέρον της προς την ψυχική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων με καρκίνο, αναζητώντας τις επιπτώσεις της νόσου σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τα άτομα με καρκίνο θεωρείται ότι βιώνουν έντονο άγχος από τη διάγνωσή τους μέχρι και το τέλος της θεραπείας τους, το οποίο επιδρά αρνητικά στα αποτελέσματα της θεραπείας, στην ψυχική τους υγεία και στην ποιότητα της ζωής τους. Επιπλέον, το άγχος και η μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου δημιουργούν εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντός του. Από τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται πως υπάρχει μικρός αριθμός ερευνών, που έχουν μελετήσει διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων συνδυαστικά με την κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο. Ιδιαίτερα στον ελλαδικό χώρο, υπάρχει σημαντική έλλειψη ερευνητικής βιβλιογραφίας αναφορικά με τις εν λόγω παραμέτρους σε άτομα με καρκίνο. Η παραπάνω έλλειψη, που εντοπίστηκε από τη βιβλιογραφία, αποτέλεσε τον βασικό λόγο για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει αν οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες αξιοποιούν τα άτομα με καρκίνο, επηρεάζουν την κοινωνικοποίησή τους. Πιο συγκεκριμένα, αναζητείται αν η ύπαρξη του καρκίνου επιδρά στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, δηλαδή αν τα άτομα που έχουν καρκίνο χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία. Ακόμα, διερευνάται η επιρροή των χαρακτηριστικών του καρκίνου (χρονικό σημείο διάγνωσης, στάδιο, τύπος καρκίνου) στις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης καθώς και η επίδραση κάθε στρατηγικής αντιμετώπισης του άγχους στις διαστάσεις, οι οποίες διαμορφώνουν τις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων, ενώ επιχειρείται η πρόβλεψη της κοινωνικοποίησής τους από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Ειδικότερα, διαμορφώθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1^ο ερευνητικό ερώτημα: Επιδρά η ύπαρξη του καρκίνου στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων;

2^ο ερευνητικό ερώτημα: Επιδρούν τα χαρακτηριστικά της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, που χρησιμοποιούν τα άτομα με καρκίνο;

3^ο ερευνητικό ερώτημα: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) και της κοινωνικοποίησης των ατόμων με καρκίνο;

4^ο ερευνητικό ερώτημα: Επιδρούν τα χαρακτηριστικά της νόσου (χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων με καρκίνο;

5^ο ερευνητικό ερώτημα: Επιδρούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων;

6^ο ερευνητικό ερώτημα: Μπορούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων να προβλέψουν την κοινωνικοποίηση των ατόμων;

6.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων, πραγματοποιήθηκε μελέτη κατά το χρονικό διάστημα από τον Νοέμβριο του 2019 έως και τον Ιανουάριο του 2020. Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε εξήντα τρεις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 204 άτομα, εκ των οποίων τα 102 είχαν διαγνωστεί με καρκίνο (ομάδα Α'), ενώ τα υπόλοιπα 102 δεν είχαν καμία αναπηρία (ομάδα σύγκρισης).

Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης ως ερευνητικό εργαλείο, διότι παρέχει τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να το συμπληρώσουν όποτε εκείνοι επιθυμούν. Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν μέσω ταχυδρομείου ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (σε μορφή google form), γιατί το δείγμα εμφανίζει μεγάλη γεωγραφική διασπορά. Ο συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων επέτρεψε την ταχύτερη αποστολή των ερωτηματολογίων. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι κλειστού τύπου, ώστε να είναι εύκολη η συμπλήρωση από τους ερωτώμενους και να διευκολύνεται η επεξεργασία των απαντήσεών τους.

Αρχικά, αναζητήθηκαν τα τηλέφωνα και οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις διάφορων συλλόγων ατόμων με καρκίνο σε διαφορετικά μέρη της Ελλάδας. Ακολούθως, υπήρξε επικοινωνία είτε τηλεφωνική είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με τους προέδρους των συλλόγων και στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε όσους συμφώνησαν να συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα. Οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία του ερωτηματολογίου και για την αποκλειστική χρήση των αποτελεσμάτων για τη στατιστική ανάλυση της έρευνας. Το ποσοστό απόκρισης άγγιξε το 80%, ενώ οι συμμετέχοντες προέρχονταν από τη Λάρισα, τα Τρίκαλα, την Άρτα, τη Μακεδονία και τη Θράκη.

6.3 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 102 άτομα με καρκίνο (ομάδα Α') και 102 άτομα χωρίς αναπηρία (ομάδα σύγκρισης). Όσον αφορά στα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, εξετάστηκε για κάθε άτομο το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και η επαγγελματική κατάσταση. Για τα άτομα με καρκίνο

εξετάστηκε ακόμα ο τύπος του καρκίνου, το χρονικό σημείο διάγνωσης, το στάδιο της νόσου και η πιθανή ύπαρξη κάποιας άλλης αναπηρίας.

Πιο συγκεκριμένα, από τα 102 άτομα με καρκίνο οι 24 ήταν άνδρες, ενώ οι 78 ήταν γυναίκες. Όσον αφορά στην ηλικία τους, παρατηρήθηκε ότι 13 άτομα ήταν από 30 έως 40 έτη, 22 άτομα ήταν από 41 έως 50 έτη, 32 άτομα ήταν από 51 έως 60 έτη και 35 άτομα ήταν από 61 έως 70 έτη. Επιπλέον, 8 ερωτώμενοι ήταν άγαμοι, 70 ερωτώμενοι ήταν έγγαμοι, 16 ερωτώμενοι ήταν διαζευγμένοι και 8 ερωτώμενοι ήταν χήροι. Στην ομάδα Α' 53 ήταν απόφοιτοι λυκείου, 37 είχαν βασικό πτυχίο, 9 είχαν μεταπτυχιακό και 3 είχαν διδακτορικό. Ακόμα, 13 συμμετέχοντες ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 15 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 11 ήταν άνεργοι, 10 ασχολούνταν με τα οικιακά, 10 ήταν ιδιοκτήτες επιχείρησης, 41 ήταν συνταξιούχοι και 2 ήταν αγρότες. Επιπλέον, αναφορικά με τους διάφορους τύπους καρκίνου που περιέχονταν στο δείγμα, 48 άτομα είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, 12 άτομα είχαν καρκίνο του παχέος εντέρου, 3 άτομα είχαν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, 3 άτομα είχαν μεταστατικό καρκίνο, 5 άτομα είχαν καρκίνο του στομάχου, 7 άτομα είχαν λέμφωμα, 11 άτομα είχαν καρκίνο του πνεύμονα, 4 άτομα είχαν καρκίνο του λάρυγγα, 6 άτομα είχαν καρκίνο του θυροειδούς, 1 άτομο είχε καρκίνο του νεφρού και 2 άτομα είχαν καρκίνο του δέρματος. Εξετάζοντας το χρονικό σημείο διάγνωσης της νόσου για κάθε άτομο με καρκίνο, βρέθηκε ότι σε 9 άτομα είχε διαγνωστεί το 2019, σε 6 άτομα είχε διαγνωστεί πριν από ένα χρόνο, σε 16 άτομα είχε διαγνωστεί πριν από δύο χρόνια, σε 3 άτομα είχε διαγνωστεί πριν από τρία χρόνια, σε 9 άτομα είχε διαγνωστεί πριν από τέσσερα χρόνια, σε 8 άτομα είχε διαγνωστεί πριν από πέντε χρόνια, ενώ σε 51 άτομα είχε διαγνωστεί περισσότερα από πέντε χρόνια πριν. Επίσης, 20 άτομα βρίσκονταν στο στάδιο της θεραπείας, 61 άτομα βρίσκονταν στο στάδιο της παρακολούθησης (follow-up) και 21 άτομα βρίσκονταν στο στάδιο της ίασης. Όσον αφορά στην ύπαρξη κάποιας άλλης αναπηρίας, 61 άτομα δεν είχαν καμία άλλη αναπηρία, 4 άτομα είχαν οπτική αναπηρία, 9 άτομα είχαν σωματική αναπηρία και 28 άτομα είχαν κάποια άλλη χρόνια πάθηση.

Αντίστοιχα, τα 102 άτομα της ομάδας σύγκρισης αποτελούνταν από 24 άνδρες και 78 γυναίκες. Αναφορικά με την ηλικία τους, καταγράφηκε ότι 16 άτομα ήταν από 30 έως 40 έτη, 31 άτομα ήταν από 41 έως 50 έτη, 27 άτομα ήταν από 51 έως 60 έτη και 28 άτομα ήταν από 61 έως 70 έτη. Επιπροσθέτως, 9 συμμετέχοντες ήταν άγαμοι, 70 συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, 19 συμμετέχοντες ήταν διαζευγμένοι και 4 συμμετέχοντες ήταν χήροι. Στην ομάδα σύγκρισης 23 ήταν απόφοιτοι λυκείου, 57 είχαν βασικό πτυχίο και 22 είχαν μεταπτυχιακό. Ακόμα, 21 συμμετέχοντες ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 24 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 16 ήταν άνεργοι, 8 ασχολούνταν με τα οικιακά, 17 ήταν ιδιοκτήτες επιχείρησης, 13 ήταν συνταξιούχοι και 3 ήταν αγρότες.

6.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης (Παράρτημα Ι), το οποίο αποτελούνταν από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιείχε δηλώσεις για τα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε ερωτώμενου

και για τα χαρακτηριστικά της νόσου. Συγκεκριμένα, οι δηλώσεις αυτές αναφέρονταν στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στην εκπαίδευση και στο επάγγελμα, ενώ τα άτομα με καρκίνο συμπλήρωσαν τέσσερις επιπλέον δηλώσεις σχετικά με τον τύπο του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, το χρονικό σημείο διάγνωσης και την πιθανή ύπαρξη κάποιας άλλης αναπηρίας. Ακολούθως, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε 63 ερωτήσεις, οι οποίες προέρχονταν από δύο σταθμισμένα ερωτηματολόγια κλίμακας τύπου Likert, τα οποία αφορούσαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και την κοινωνικοποίηση αντίστοιχα. Οι εν λόγω κλίμακες αναλύονται στη συνέχεια.

Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ):

Για τη διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες χρησιμοποιούν τα άτομα με καρκίνο, επιλέχθηκε η κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ). Η προσαρμογή της σε ελληνικό δείγμα αποτελείται από 38 ερωτήσεις και περιλαμβάνει πέντε στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Αυτές είναι η θετική προσέγγιση με δύο διαστάσεις (τη θετική επαναξιολόγηση και την επίλυση προβλήματος), η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ευχολογία-ονειροπόληση με δύο διαστάσεις (την ευχολογία και την αναζήτηση θεϊκής βοήθειας), η αποφυγή-διαφυγή με δύο διαστάσεις (την παραίτηση και την άρνηση) και η διεκδικητική επίλυση. Αναλυτικότερα, στη θετική προσέγγιση περιλαμβάνονται θέματα, που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει κατά ένα θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις και ταυτόχρονα να σχεδιάσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης του προβλήματος (π.χ. «Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει κι έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου, για να πετύχω», «Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων»). Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να βρει κατάλληλη υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του (π.χ. «Μιλούσα σε κάποιον, για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση», «Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα»). Η ευχολογία/ονειροπόληση αξιολογεί την τάση του ατόμου να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας πώς θα ήταν τα πράγματα αν δεν είχε συμβεί κάτι αρνητικό (π.χ. «Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή», «Προσευχόμουν»). Με την αποφυγή/διαφυγή εξετάζεται η τάση του ατόμου να μειώνει ή να αγνοεί την πραγματική σημασία της εκάστοτε κατάστασης (π.χ. «Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά», «Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο») και η διεκδικητική επίλυση αξιολογεί την προσπάθεια του ατόμου να επιτύχει κάποια λύση, αντιμετωπίζοντας άμεσα και διεκδικητικά την κατάσταση και εκφράζοντας τα συναισθήματά του (π.χ., «Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα», «Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα»). Η χρήση των παραπάνω στρατηγικών αντιμετώπισης αξιολογήθηκε με μια κλίμακα τύπου Likert, που έχει τέσσερις διαβαθμίσεις (από το 0=Ποτέ έως το 3=Συχνά) ανάλογα με το πόσο συχνά χρησιμοποιείται μια στρατηγική.

Συνολικά για την κλίμακα των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων βρέθηκε ότι Cronbach $\alpha=0,878$ (βλ. Πίνακα 1). Όσον αφορά στις επιμέρους στρατηγικές αντιμετώπισης, βρέθηκε ότι για τη θετική προσέγγιση Cronbach $\alpha=0,781$ (βλ. Πίνακα 2), για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης Cronbach $\alpha=0,797$ (βλ. Πίνακα 3), για την ευχολογία-ονειροπόληση Cronbach $\alpha=0,812$ (βλ. Πίνακα 4), για την αποφυγή-διαφυγή Cronbach $\alpha=0,649$ (βλ. Πίνακα 5) και για τη διεκδικητική επίλυση Cronbach $\alpha=0,624$ (βλ. Πίνακα 6).

Πίνακας 1: Δείκτης Cronbach α για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,878	,877	38

Πίνακας 2: Δείκτης Cronbach α για τη θετική προσέγγιση

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,781	,792	11

Πίνακας 3: Δείκτης Cronbach α για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,797	,797	6

Πίνακας 4: Δείκτης Cronbach α για την ευχολογία-ονειροπόληση

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,812	,809	8

Πίνακας 5: Δείκτης Cronbach α για την αποφυγή-διαφυγή

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,649	,645	9

Πίνακας 6: Δείκτης Cronbach α για τη διεκδικητική επίλυση

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,624	,620	4

Κλίμακα Προσωπικότητας FIRO-B:

Για να διερευνηθεί η κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο, επιλέχθηκε η Κλίμακα Προσωπικότητας FIRO-B, η οποία έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και αναφέρεται στο είδος της αλληλεπίδρασης του ατόμου με άλλους ανθρώπους και στις ανάγκες που προκύπτουν. Η κλίμακα που χορηγήθηκε περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις και 6 διαστάσεις, που χαρακτηρίζουν τις κοινωνικές σχέσεις που ατόμου. Οι 6 διαστάσεις είναι η έκφραση ελέγχου, η έκφραση αγάπης, η ένταξη, η επιθυμία ελέγχου, η επιθυμία αγάπης και η επιθυμία ένταξης. Η έκφραση ελέγχου αφορά την εκδήλωση και την επιβολή του ελέγχου κατά την επαφή με άλλα άτομα (π.χ. «Προσπαθώ να πείθω τους άλλους να κάνουν τα πράγματα με τον τρόπο που τα θέλω εγώ»), ενώ η επιθυμία ελέγχου εκφράζει την αδυναμία του ατόμου να ελέγχει διάφορες καταστάσεις (π.χ. «Αφήνω τους άλλους να αποφασίζουν τι θα κάνουμε»). Η έκφραση αγάπης αναφέρεται στην εκδήλωση των συναισθημάτων της αγάπης και της στοργής κατά την επαφή του ατόμου με άλλους (π.χ. «Προσπαθώ να είμαι φιλικός/η με τους ανθρώπους»), ενώ η επιθυμία αγάπης συνδέεται με την ανάγκη του ατόμου να δεχθεί την αγάπη των άλλων ανθρώπων (π.χ. «Μου αρέσει να μου φέρονται με οικειότητα»). Η ένταξη συνδέεται με την ανάγκη του ατόμου να έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους (π.χ. «Προσπαθώ να βρίσκομαι με ανθρώπους»), ενώ η επιθυμία ένταξης σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο (π.χ. «Μου αρέσει να με προσκαλούν οι άνθρωποι σε διάφορες εκδηλώσεις»). Η κοινωνικοποίηση αξιολογήθηκε με μια κλίμακα τύπου Likert, που έχει έξι διαβαθμίσεις (από το 1=συνήθως έως το 6=ποτέ) ανάλογα με το πόσο συχνά εκφράζει ή επιθυμεί τον έλεγχο, την αγάπη ή την ένταξη κάθε ερωτώμενος. Ακολουθώς, οι απαντήσεις των ερωτώμενων σε κάθε ερώτηση βαθμολογήθηκαν με 0 (όχι) ή 1 (ναι) με βάση την έκφραση ή την έλλειψη έκφρασης και την επιθυμία ή την έλλειψη επιθυμίας για κάθε κατηγορία. Συνολικά για την κλίμακα βρέθηκε ότι Cronbach α=0,733 (βλ. Πίνακα 7). Όσον αφορά στις επιμέρους

διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, εντοπίστηκε ότι για την έκφραση ελέγχου Cronbach $\alpha=0,604$ (βλ. Πίνακα 8), για την έκφραση αγάπης Cronbach $\alpha=0,679$ (βλ. Πίνακα 9), για την ένταξη Cronbach $\alpha=0,625$ (βλ. Πίνακα 10), για την επιθυμία ελέγχου Cronbach $\alpha=0,613$ (βλ. Πίνακα 11), για την επιθυμία αγάπης Cronbach $\alpha=0,613$ (βλ. Πίνακα 12) και για την επιθυμία ένταξης Cronbach $\alpha=0,609$ (βλ. Πίνακα 13).

Πίνακας 7: Δείκτης Cronbach α για την κοινωνικοποίηση

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,733	,731	25

Πίνακας 8: Δείκτης Cronbach α για την έκφραση ελέγχου

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,604	,611	6

Πίνακας 9: Δείκτης Cronbach α για την έκφραση αγάπης

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,679	,684	4

Πίνακας 10: Δείκτης Cronbach α για την ένταξη

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,625	,629	5

Πίνακας 11: Δείκτης Cronbach α για την επιθυμία ελέγχου

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,613	,615	5

Πίνακας 12: Δείκτης Cronbach α για την επιθυμία αγάπης

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,613	,649	2

Πίνακας 13: Δείκτης Cronbach α για την επιθυμία ένταξης

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,609	,612	3

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου και βρέθηκε ότι ο δείκτης Cronbach α ήταν 0,848 (βλ. Πίνακα 14).

Πίνακας 14: Δείκτης Cronbach α για το ερωτηματολόγιο

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,848	,792	63

Στο σημείο αυτό, πρέπει να επισημανθεί ότι ο δείκτης Cronbach α ή δείκτης εσωτερικής συνέπειας (internal consistency coefficient) είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας. Μπορεί να ερμηνευτεί ως ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ μιας κλίμακας και όλων των πιθανών κλιμάκων που περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό.

Θεωρητικά, μπορεί να κυμαίνεται από το μείον άπειρο έως το 1, όμως λαμβάνουμε υπόψιν μόνο τις θετικές τιμές.

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας είναι οι παρακάτω:

- < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη
- 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο
- 0.7 επαρκές
- 0.8 καλό
- 0.9 πολύ υψηλή αξιοπιστία

6.5 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS version 26.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για τη διερεύνηση των ερωτημάτων, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι χ^2 , με στόχο να αναζητηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Για την αναζήτηση της διαφοράς μέσω όρων μεταξύ δύο ομάδων ως προς περισσότερες από μία εξαρτημένες μεταβλητές σε ανεξάρτητα δείγματα, εφαρμόστηκε η Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA). Σημειώνεται ότι τα αριθμητικά δεδομένα των ποσοτικών μεταβλητών, που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή, ακολουθούν την κανονική κατανομή. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multiple linear regression), ώστε να δημιουργηθεί ένα στατιστικό μοντέλο για την πρόβλεψη μιας μεταβλητής.

Ορίστηκε το 0,05 ως το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p για την παρούσα έρευνα. Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων, οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p , ονομάζονται κρίσιμες τιμές και προσδιορίζουν την ύπαρξη διαφοράς ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών προϋποθέτει ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των μεταβλητών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Επίδραση της ύπαρξης του καρκίνου στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγογόνων καταστάσεων

Αρχικά, ερευνήθηκε η επίδραση της ύπαρξης του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγογόνων καταστάσεων, τις οποίες αξιοποιούν τα άτομα του δείγματος. Εφαρμόστηκε η Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA) για τις παραπάνω μεταβλητές, από την οποία φάνηκε ότι $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 15), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, επηρεάζει η ύπαρξη της νόσου τη στρατηγική αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται, δηλαδή τα άτομα με καρκίνο και τα άτομα χωρίς αναπηρία χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Πίνακας 15: Επίδραση της ύπαρξης του καρκίνου στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγογόνων καταστάσεων

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,966	1133,731 ^b	5,000	198,000	,000
Wilks' Lambda	,034	1133,731 ^b	5,000	198,000	,000
Hotelling's Trace	28,630	1133,731 ^b	5,000	198,000	,000
Roy's Largest Root	28,630	1133,731 ^b	5,000	198,000	,000
Pillai's Trace	,116	5,178 ^b	5,000	198,000	,000
Wilks' Lambda	,884	5,178 ^b	5,000	198,000	,000
Hotelling's Trace	,131	5,178 ^b	5,000	198,000	,000
Roy's Largest Root	,131	5,178 ^b	5,000	198,000	,000

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Levene, για να διαπιστωθεί αν οι στρατηγικές αντιμετώπισης παρουσιάζουν ίδιες διακυμάνσεις και παρατηρήθηκε ότι για τη θετική προσέγγιση ήταν $p=0,02$, για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,002$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,001$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,03$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,002$. Επομένως, ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων και μπορούμε να προχωρήσουμε στην ανάλυση της επίδρασης της ύπαρξης του καρκίνου σε κάθε μία από τις παραπάνω στρατηγικές αντιμετώπισης αγγογόνων καταστάσεων. Όσον αφορά στη διαφορά μεταξύ των ατόμων με καρκίνο και των ατόμων χωρίς καμία αναπηρία σε σχέση με κάθε μια στρατηγική αντιμετώπισης ξεχωριστά (βλ. Πίνακα 16), βρέθηκε ότι για τη θετική προσέγγιση ήταν $p=0,102>0,05$, για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,047<0,05$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,704>0,05$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,015<0,05$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,083>0,05$. Συμπεραίνουμε ότι μόνο για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και την αποφυγή-διαφυγή υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, δηλαδή μόνο αυτές οι δύο στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους παρουσιάζουν διαφορές ως προς τη χρήση τους από τις δύο ομάδες.

Πίνακας 16: Επίδραση της ύπαρξης του καρκίνου σε κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
θετική_προσέγγιση	76,593 ^a	1	76,593	2,700	,102
ευχολογία_ονειροπόληση	4,412 ^b	1	4,412	,145	,704
αποφυγή_διαφυγή	125,490 ^c	1	125,490	6,058	,015
κοινωνική_υποστήριξη	70,588 ^d	1	70,588	4,000	,047
διεκδικητική_επίλυση	18,240 ^e	1	18,240	3,035	,083

Όσον αφορά στη χρήση των διάφορων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων από τις δύο ομάδες, διαπιστώθηκαν διαφορές στους μέσους όρους τους, οι οποίες υποδηλώνουν διαφορετική συχνότητα χρήσης των πέντε στρατηγικών αντιμετώπισης (βλ. Πίνακα 17). Συγκεκριμένα, αναφορικά με τη χρήση της θετικής προσέγγισης, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος για τα άτομα της ομάδας Α΄ ήταν 24,03 σε αντίθεση με το 22,80, που παρατηρήθηκε στην ομάδα σύγκρισης. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης από τα άτομα με καρκίνο είχε μέσο όρο 10,89 σε σύγκριση με το 12,07, που καταγράφηκε για τα άτομα χωρίς αναπηρία. Ο μέσος όρος χρήσης της ευχολογία-ονειροπόλησης για τα άτομα με καρκίνο ήταν 14,19 συγκριτικά με τον μέσο όρο για τα άτομα χωρίς αναπηρία, ο οποίος ήταν 13,89. Ακόμα, για τη χρήση της αποφυγής-διαφυγής παρατηρήθηκε ότι ο μέσος όρος για τα άτομα με καρκίνο ήταν 16,92, ενώ για τα άτομα χωρίς αναπηρία ήταν 15,35. Ο μέσος όρος χρήσης της διεκδικητικής επίλυσης για την ομάδα Α΄ ήταν 4,95, ενώ για την ομάδα σύγκρισης ήταν 5,55. Συμπεραίνουμε ότι και οι δύο ομάδες χρησιμοποιούν περισσότερο τη θετική προσέγγιση και ακολούθως την ευχολογία-ονειροπόληση, ενώ η διεκδικητική επίλυση επιλέγεται λιγότερο συχνά τόσο από τα άτομα με καρκίνο όσο και από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι η αποφυγή διαφυγή επιλέγεται συχνότερα από τα άτομα με καρκίνο. Αντιθέτως, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης χρησιμοποιείται πιο συχνά από τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία. Η χρήση των υπόλοιπων στρατηγικών αντιμετώπισης δε διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 17: Σύγκριση του σταδίου της νόσου και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Ομάδα σύγκρισης		Κοινωνική υποστήριξη	Ευχολογία-ονειροπόληση	Αποφυγή-διαφυγή	Διεκδικητική επίλυση	Θετική προσέγγιση
	Μέσος όρος	12,07	13,89	15,35	5,55	22,80
Ομάδα Α΄	Τυπική απόκλιση	4,610	4,915	4,073	4,267	5,128
	Μέσος όρος	10,89	14,19	16,92	4,95	24,03
	Τυπική απόκλιση	4,718	5,067	4,985	3,623	5,518

7.2 Επίδραση των χαρακτηριστικών της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων

Μελετήθηκε η επίδραση του σταδίου του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες αξιοποιούν τα άτομα με καρκίνο του δείγματος. Από την εφαρμογή της Πολλαπλής Ανάλυσης Διακύμανσης (MANOVA) για τις παραπάνω μεταβλητές διαπιστώθηκε ότι $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 18), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, υπάρχει διαφορά του σταδίου του καρκίνου σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή το στάδιο του καρκίνου επηρεάζει τη στρατηγική αντιμετώπισης, οι οποία χρησιμοποιείται από τα άτομα με καρκίνο του δείγματος.

Πίνακας 18: Επίδραση του σταδίου στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,950	739,672 ^b	5,000	196,000	,000
Wilks' Lambda	,050	739,672 ^b	5,000	196,000	,000
Hotelling's Trace	18,869	739,672 ^b	5,000	196,000	,000
Roy's Largest Root	18,869	739,672 ^b	5,000	196,000	,000
Pillai's Trace	,191	2,691	15,000	594,000	,001
Wilks' Lambda	,816	2,759	15,000	541,471	,000
Hotelling's Trace	,217	2,816	15,000	584,000	,000
Roy's Largest Root	,171	6,756 ^c	5,000	198,000	,000

Κατά την πραγματοποίηση του ελέγχου Levene, διαπιστώθηκε ότι για τη θετική προσέγγιση ήταν $p=0,02$, για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,001$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,03$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,027$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,002$. Επομένως, ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων. Επίσης, αναζητώντας τη διαφορά του σταδίου του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια στρατηγική αντιμετώπισης ξεχωριστά (βλ. Πίνακα 19), φάνηκε ότι για τη θετική προσέγγιση $p=0,40>0,05$, για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,02<0,05$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,828>0,05$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,104>0,05$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,01<0,05$. Επομένως, για την κοινωνική υποστήριξη και για τη διεκδικητική επίλυση υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, άρα μόνο αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης επηρεάζονται από το στάδιο του καρκίνου.

Πίνακας 19: Επίδραση του σταδίου σε κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
θετική_προσέγγιση	84,733 ^a	3	28,244	,987	,400
κοινωνική_υποστήριξη	174,013 ^b	3	58,004	3,352	,020
ευχολογία_ονειροπόληση	27,316 ^c	3	9,105	,297	,828
αποφυγή_διαφυγή	130,236 ^d	3	43,412	2,077	,104
διεκδικητική_επίλυση	67,703 ^e	3	22,568	3,876	,010

Στη συνέχεια, αφού διακρίθηκαν τα άτομα με καρκίνο με βάση το στάδιο της νόσου, εξετάστηκαν οι μέσοι όροι που αντιστοιχούν στη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης από τα άτομα τους δείγματος (συμπεριλαμβανομένης και της ομάδας σύγκρισης) και διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και τη χρήση της διεκδικητικής επίλυσης (βλ. Πίνακα 20). Συγκεκριμένα, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης βρέθηκαν σημαντικά λιγότερες στα άτομα στο στάδιο της θεραπείας, ενώ δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των υπόλοιπων καρκινοπαθών, καθώς και των ατόμων χωρίς αναπηρία. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές αναφορικά με τη χρήση των υπόλοιπων στρατηγικών στις διάφορες ομάδες.

Πίνακας 20: Σύγκριση του σταδίου της νόσου και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Στρατηγικές αντιμετώπισης		Στάδιο			
	Ομάδα σύγκρισης	Θεραπεία	Παρακολούθηση-follow up	Ίαση	
Θετική προσέγγιση	M.O.	22,80	23,65	23,98	24,52
	T.A.	5,128	6,343	5,015	6,298
Κοινωνική υποστήριξη	M.O.	12,07	9,30	10,87	12,48
	T.A.	3,610	5,507	4,717	3,415
Ευχολογία-ονειροπόληση	M.O.	13,89	14,15	13,89	15,10
	T.A.	4,915	6,777	6,159	5,224
Αποφυγή-διαφυγή	M.O.	15,35	16,65	17,10	16,67
	T.A.	4,073	4,727	5,243	4,640
Διεκδικητική επίλυση	M.O.	5,55	3,55	5,34	5,14
	T.A.	2,267	2,625	2,676	2,056

Ακολούθως, αναζητήθηκε η επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης σε σχέση με κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, που επiléγονται από τους καρκινοπαθείς του δείγματος. Από την Πολλαπλή Ανάλυση

Διακύμανσης (MANOVA) για τις δύο μεταβλητές παρατηρούμε ότι $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 21), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, δηλαδή το χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου επηρεάζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες χρησιμοποιούν τα άτομα με καρκίνο.

Πίνακας 21: Επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,924	466,570 ^b	5,000	192,000	,000
Wilks' Lambda	,076	466,570 ^b	5,000	192,000	,000
Hotelling's Trace	12,150	466,570 ^b	5,000	192,000	,000
Roy's Largest Root	12,150	466,570 ^b	5,000	192,000	,000
Pillai's Trace	,530	3,316	35,000	980,000	,000
Wilks' Lambda	,549	3,545	35,000	810,101	,000
Hotelling's Trace	,687	3,739	35,000	952,000	,000
Roy's Largest Root	,451	12,637 ^c	7,000	196,000	,000

Από τον έλεγχο Levene εντοπίστηκε ότι για τη θετική προσέγγιση είναι $p=0,047$, για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,012$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,001$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,02$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,002$. Επομένως, ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων. Αναφορικά με τη διαφορά του χρονικού σημείου διάγνωσης του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης ξεχωριστά (βλ. Πίνακα 22), βρέθηκε ότι για τη θετική προσέγγιση ήταν $p=0,064>0,05$, για την ευχολογία-ονειροπόληση, για την κοινωνική υποστήριξη και την αποφυγή-διαφυγή $p=0,00<0,05$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,03$. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι για την ευχολογία-ονειροπόληση, την κοινωνική υποστήριξη, την αποφυγή-διαφυγή και τη διεκδικητική επίλυση το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, επομένως αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους επηρεάζονται από το χρονικό σημείο διάγνωσης.

Πίνακας 22: Επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης σε κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Type III					
Dependent Variable	Sum of Squares	Df	M.O. Square	F	Sig.
θετική_προσέγγιση	377,667 ^a	7	53,952	1,947	,064
ευχολογία_ονειροπόληση	784,967 ^b	7	112,138	4,088	,000
κοινωνική_υποστήριξη	494,384 ^c	7	70,626	4,408	,000
αποφυγή_διαφυγή	605,913 ^d	7	86,559	4,580	,000
διεκδικητική_επίλυση	126,893 ^e	7	18,128	3,214	,003

Επιπλέον, καταγράφηκαν οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) και οι τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) για τη χρήση της εκάστοτε στρατηγικής αντιμετώπισης τόσο από τα άτομα χωρίς αναπηρία όσο και από τα άτομα με καρκίνο, τα οποία διακρίθηκαν με βάση το χρονικό σημείο διάγνωσης της νόσου (βλ. Πίνακα 23). Όσον αφορά στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, περισσότερη χρήση της παρατηρήθηκε από άτομα, τα οποία

είχαν διαγνωστεί με καρκίνο τρία, πέντε ή περισσότερα από πέντε χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας. Η ευχολογία-ονειροπόληση και η αποφυγή-διαφυγή εντοπίστηκε ότι επιλέγονταν περισσότερο από όσους είχαν διαγνωστεί με καρκίνο ένα χρόνο ή τρία χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας. Η διεκδικητική επίλυση επιλεγόταν περισσότερο από όσους είχαν διαγνωστεί με καρκίνο τρία χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας.

Πίνακας 23: Σύγκριση του χρονικού σημείου διάγνωσης και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων

Στρατηγικές αντιμετώπισης	Χρονικό σημείο διάγνωσης								
		Ομάδα σύγκρισης	Φέτος	Πριν 1 χρόνο	Πριν 2 χρόνια	Πριν 3 χρόνια	Πριν 4 χρόνια	Πριν 5 χρόνια	Πάνω από 5 χρόνια πριν
Θετική προσέγγιση	M.O. T.A.	22,80 5,128	20,78 5,019	24,50 5,718	23,13 5,807	30,00 ,000	22,67 6,423	26,88 2,232	24,27 5,546
Κοινωνική υποστήριξη	M.O. T.A.	12,07 3,610	10,00 3,317	6,00 4,099	10,31 5,474	16,00 0,000	8,00 3,905	14,38 2,774	13,47 4,531
Ευχολογία-ονειροπόληση	M.O. T.A.	13,89 4,915	13,56 6,984	20,33 1,966	11,75 6,424	23,00 0,000	17,22 4,353	16,75 6,228	12,88 5,450
Αποφυγή-διαφυγή	M.O. T.A.	15,35 4,073	16,44 3,745	20,50 4,506	17,13 4,938	25,00 0,000	19,78 36,32	18,00 29,28	15,37 5,067
Διεκδικητική επίλυση	M.O. T.A.	5,55 2,267	3,33 1,00	3,67 0,516	4,88 3,138	7,00 0,000	3,22 2,863	6,88 3,044	5,29 2,444

Αναζητήθηκε ακόμα η επίδραση του τύπου του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες προτιμούν τα άτομα της ομάδας Α'. Εφαρμόστηκε η Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA) για τις παραπάνω μεταβλητές, από την οποία παρατηρήθηκε ότι $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 24), άρα το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Συμπεραίνουμε λοιπόν υπάρχει διαφορά του τύπου του καρκίνου σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή ο τύπος του καρκίνου ασκεί επίδραση στις στρατηγικές αντιμετώπισης, που χρησιμοποιούνται από τα άτομα του δείγματος.

Πίνακας 24: Επίδραση του τύπου του καρκίνου στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,890	302,995 ^b	5,000	188,000	,000
Wilks' Lambda	,110	302,995 ^b	5,000	188,000	,000
Hotelling's Trace	8,058	302,995 ^b	5,000	188,000	,000
Roy's Largest Root	8,058	302,995 ^b	5,000	188,000	,000
Pillai's Trace	,650	2,608	55,000	960,000	,000
Wilks' Lambda	,489	2,653	55,000	873,796	,000
Hotelling's Trace	,790	2,678	55,000	932,000	,000
Roy's Largest Root	,313	5,469 ^c	11,000	192,000	,000

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Levene, για να διαπιστωθεί αν οι στρατηγικές αντιμετώπισης παρουσιάζουν ίδιες διακυμάνσεις και αποδείχθηκε ότι για τη θετική προσέγγιση ήταν $p=0,027$, για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,001$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,001$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,03$ και για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,02$. Από τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων. Αναζητώντας τη διαφορά του τύπου του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια στρατηγική αντιμετώπισης (βλ. Πίνακα 25), εντοπίστηκε ότι για τη θετική προσέγγιση και την αποφυγή-διαφυγή $p=0,00<0,05$, για την ευχολογία-ονειροπόληση και τη διεκδικητική επίλυση $p=0,001<0,05$ και για την κοινωνική υποστήριξη $p=0,007<0,05$. Άρα, το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό για όλες τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, διότι επηρεάζονται από τον τύπο του καρκίνου.

Πίνακας 25: Επίδραση του τύπου του καρκίνου σε κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	Df	M.O. Square	F	Sig.
θετική_προσέγγιση	1070,378 ^a	11	97,307	3,944	,000
κοινωνική_υποστήριξη	447,083 ^b	11	40,644	2,448	,007
ευχολογία_ονειροπόληση	952,208 ^c	11	86,564	3,190	,001
διεκδικητική_επίλυση	187,920 ^d	11	17,084	3,141	,001
αποφυγή_διαφυγή	734,111 ^e	11	66,737	3,583	,000

Για να είναι πιο ευδιάκριτη η διαφορά μεταξύ των διαφορετικών τύπων καρκίνου και των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, σημειώθηκαν οι μέσοι όροι (M.O.) και οι τυπικές αποκλίσεις (T.A.) για τη χρήση της εκάστοτε στρατηγικής αντιμετώπισης του άγχους τόσο από την ομάδα σύγκρισης όσο και από την ομάδα Α', η οποία διακρίθηκε με βάση τον τύπο της νόσου (βλ. Πίνακα 26). Η θετική προσέγγιση φάνηκε ότι επιλεγόταν περισσότερο από άτομα με μεταστατικό καρκίνο και καρκίνο του παχέος εντέρου. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης παρατηρήθηκε περισσότερο σε άτομα με λέμφωμα και καρκίνο του νεφρού. Οι ίδιοι χρησιμοποιούσαν επίσης περισσότερο την ευχολογία-ονειροπόληση. Η αποφυγή-διαφυγή ως στρατηγική

αντιμετώπισης του άγχους προτιμήθηκε περισσότερο από άτομα με καρκίνο του τραχήλου και καρκίνου του στομάχου, ενώ η διεκδικητική επίλυση από όσους είχαν καρκίνο του στομάχου και λέμφωμα.

Πίνακας 26: Σύγκριση του τύπου του καρκίνου και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Τύπος καρκίνου		Θετική προσέγγιση	Κοινωνική υποστήριξη	Ευχολογία-ονειροπόληση	Αποφυγή-διαφυγή	Διεκδικητική επίλυση
Ομάδα σύγκρισης	M.O.	22,80	12,07	13,89	15,35	5,55
	T.A.	5,128	4,610	4,915	4,073	4,267
Καρκίνος μαστού	M.O.	24,58	11,31	14,46	16,52	4,96
	T.A.	5,044	4,688	4,654	4,356	4,278
Καρκίνος παχέος εντέρου	M.O.	26,50	11,08	16,50	18,58	4,42
	T.A.	6,417	5,051	5,436	5,775	4,575
Καρκίνος τραχήλου	M.O.	22,33	8,33	13,00	20,33	5,00
	T.A.	2,082	2,477	2,149	2,108	2,646
Μεταστατικός καρκίνος	M.O.	27,33	8,67	18,00	19,00	5,00
	T.A.	8,083	5,774	5,663	5,660	5,464
Καρκίνος στομάχου	M.O.	25,80	12,20	15,60	21,60	7,80
	T.A.	2,588	3,494	3,369	2,673	3,059
Λέμφωμα	M.O.	25,86	15,57	19,57	19,71	7,43
	T.A.	2,911	1,397	3,505	3,059	2,299
Καρκίνος πνεύμονα	M.O.	24,82	9,91	12,00	15,55	5,45
	T.A.	3,430	4,504	3,704	4,298	3,841
Καρκίνος λάρυγγα	M.O.	18,00	8,00	9,00	10,00	2,50
	T.A.	4,619	3,135	3,017	3,309	3,577
Καρκίνος θυροειδούς	M.O.	13,67	7,67	9,67	16,67	3,00
	T.A.	2,066	1,174	2,017	2,733	2,365
Καρκίνος νεφρού	M.O.	26,00	15,00	18,00	18,00	1,00
	T.A.	-	-	-	-	-
Καρκίνος δέρματος	M.O.	20,50	6,00	1,50	8,50	2,00
	T.A.	3,536	2,828	2,121	3,778	2,414

7.3 Συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) και της κοινωνικοποίησης

Στο σημείο αυτό, αναζητήθηκε αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου και στην κοινωνικοποίηση για τα άτομα της ομάδας Α'. Για να επιτευχθεί αυτό, πραγματοποιήθηκε έλεγχος χ^2 μεταξύ των μεταβλητών και διαπιστώθηκε ότι $p=0,032<0,05$ (βλ. Πίνακα 27), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, υπάρχει σχέση ανάμεσα στο χρονικό σημείο διάγνωσης και στην κοινωνικοποίηση του ατόμου με καρκίνο.

Πίνακας 27: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στο χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου και στην κοινωνικοποίηση

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	141,307 ^a	112	,032
Likelihood Ratio	124,211	112	,203
Linear-by-Linear Association	7,424	1	,006
N of Valid Cases	204		

Επίσης, διερευνήθηκε η ύπαρξη σχέσης μεταξύ του σταδίου του καρκίνου και της κοινωνικοποίησης των ατόμων της ομάδας Α' με την πραγματοποίηση ελέγχου χ^2 μεταξύ των μεταβλητών. Εντοπίστηκε ότι $p=0,196>0,05$ (βλ. Πίνακα 28), επόμενως το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στάδιο του καρκίνου και στην κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο.

Πίνακας 28: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στο στάδιο του καρκίνου και στην κοινωνικοποίηση

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	56,156 ^a	48	,196
Likelihood Ratio	62,232	48	,081
Linear-by-Linear Association	3,028	1	,082
N of Valid Cases	204		

Αναζητήθηκε ακόμα η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του τύπου του καρκίνου και της κοινωνικοποίησης για τα άτομα με καρκίνο του δείγματος. Το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 ήταν στατιστικά σημαντικό, καθώς βρέθηκε ότι ήταν $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 29). Επομένως, υπάρχει σχέση ανάμεσα στον τύπο του καρκίνου και στην κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο.

Πίνακας 29: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στον τύπο του καρκίνου και στην κοινωνικοποίηση

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	260,293 ^a	176	,000
Likelihood Ratio	168,502	176	,644
Linear-by-Linear Association	,042	1	,837
N of Valid Cases	204		

7.4 Επίδραση των χαρακτηριστικών της νόσου (χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Επιπροσθέτως, μελετήθηκε η επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης σε σχέση με κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης με την εφαρμογή της Πολλαπλής Ανάλυσης Διακύμανσης (MANOVA) για τις παραπάνω μεταβλητές, η οποία κατέδειξε ότι $p=0,001<0,05$ (βλ. Πίνακα 30), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, υπάρχει διαφορά του χρονικού σημείου διάγνωσης του καρκίνου σε σχέση με τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, δηλαδή το χρονικό σημείο διάγνωσης επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης για τα άτομα με καρκίνο του δείγματος.

Πίνακας 30: Επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,896	273,447 ^b	6,000	191,000	,000
Wilks' Lambda	,104	273,447 ^b	6,000	191,000	,000
Hotelling's Trace	8,590	273,447 ^b	6,000	191,000	,000
Roy's Largest Root	8,590	273,447 ^b	6,000	191,000	,000
Pillai's Trace	,370	1,840	42,000	1176,000	,001
Wilks' Lambda	,674	1,881	42,000	899,321	,001
Hotelling's Trace	,423	1,907	42,000	1136,000	,001
Roy's Largest Root	,225	6,286 ^c	7,000	196,000	,000

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Levene, για να διαπιστωθεί αν οι διαστάσεις της κοινωνικοποίησης παρουσιάζουν ίδιες διακυμάνσεις. Τα αποτελέσματα του ελέγχου έδειξαν ότι για την έκφραση ελέγχου ήταν $p=0,027$, για την έκφραση αγάπης $p=0,007$, για την ένταξη $p=0,005$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,02$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,002$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,018$. Επομένως, ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων. Ακόμα, αναζητώντας τη διαφορά του χρονικού σημείου διάγνωσης του καρκίνου σε σχέση με κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης ξεχωριστά (Πίνακας 31), παρατηρήθηκε ότι για την έκφραση ελέγχου $p=0,00<0,05$, για την έκφραση αγάπης $p=0,685>0,05$, για την ένταξη $p=0,022<0,05$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,271>0,05$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,518>0,05$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,199>0,05$. Από τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι η έκφραση ελέγχου και η ένταξη παρουσίασαν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, άρα αυτές οι διαστάσεις της κοινωνικοποίησης επηρεάζονται από το χρονικό σημείο διάγνωσης.

Πίνακας 31: Επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_ελέγχου	162,820 ^a	7	23,260	5,456	,000
έκφραση_αγάπης	3,064 ^b	7	,438	,684	,685
ένταξη	20,633 ^c	7	2,948	2,408	,022
επιθυμία_ελέγχου	12,844 ^d	7	1,835	1,262	,271
επιθυμία_αγάπης	,400 ^e	7	,057	,887	,518
επιθυμία_ένταξης	2,604 ^f	7	,372	1,420	,199

Αξίζει να σημειωθεί ότι, όταν καταγράφηκαν οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) και οι τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) για κάθε συνιστώσα της κοινωνικοποίησης αναφορικά με το χρονικό σημείο διάγνωσης του ατόμου (συμπεριλαμβανομένης και της ομάδας σύγκρισης) (βλ. Πίνακα 32), παρατηρήθηκε περισσότερη έκφραση ελέγχου σε άτομα, τα οποία είχαν διαγνωστεί με καρκίνο πέντε χρόνια πριν είτε πάνω από πέντε χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας. Περισσότερη ένταξη δήλωσαν όσοι είχαν διαγνωστεί με καρκίνο πέντε χρόνια πριν είτε πάνω από πέντε χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι υπόλοιπες διαστάσεις της κοινωνικοποίησης δε διέφεραν ως προς τα χρονικά σημεία της διάγνωσης.

Πίνακας 32: Σύγκριση του χρονικού σημείου διάγνωσης και των διαστάσεων της κοινωνικοποίησης

Διαστάσεις της κοινωνικοποίησης		Χρονικό σημείο διάγνωσης							
		Ομάδα σύγκρισης	Φέτος	Πριν 1 χρόνο	Πριν 2 χρόνια	Πριν 3 χρόνια	Πριν 4 χρόνια	Πριν 5 χρόνια	Πάνω από 5 χρόνια πριν
Έκφραση ελέγχου	Μ.Ο. Τ.Α.	6,80 1,762	5,22 1,641	4,93 0,816	4,75 1,515	5,40 0,716	5,22 1,333	7,75 1,765	8,33 0,816
Έκφραση αγάπης	Μ.Ο. Τ.Α.	0,41 0,905	0,78 0,833	0,17 0,408	0,56 1,031	0,33 0,577	0,22 0,441	0,25 0,707	0,29 0,540
Ένταξη	Μ.Ο. Τ.Α.	1,60 1,007	1,58 1,294	1,13 1,553	1,26 1,069	1,10 0,00	1,33 1,225	2,00 1,673	2,37 1,241
Επιθυμία ελέγχου	Μ.Ο. Τ.Α.	3,88 1,277	4,11 1,616	4,67 0,516	4,31 0,873	5,00 0,000	4,44 0,527	3,50 1,195	4,10 1,221
Επιθυμία αγάπης	Μ.Ο. Τ.Α.	0,06 0,236	0,22 0,441	0,00 0,00	0,13 0,342	0,00 0,000	0,00 0,000	0,00 0,000	0,08 0,272
Επιθυμία ένταξης	Μ.Ο. Τ.Α.	0,18 0,552	0,67 0,866	0,33 0,516	0,25 0,447	0,00 0,000	0,22 0,441	0,38 0,518	0,16 0,367

Ακόμα, η Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA) χρησιμοποιήθηκε, για να αναζητηθεί η επίδραση του τύπου του καρκίνου σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης. Επισημάνθηκε ότι ήταν $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 33), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, δηλαδή ο τύπος του καρκίνου επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης.

Πίνακας 33: Επίδραση του τύπου του καρκίνου στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,847	173,109 ^b	6,000	187,000	,000
Wilks' Lambda	,153	173,109 ^b	6,000	187,000	,000
Hotelling's Trace	5,554	173,109 ^b	6,000	187,000	,000
Roy's Largest Root	5,554	173,109 ^b	6,000	187,000	,000
Pillai's Trace	,573	1,844	66,000	1152,000	,000
Wilks' Lambda	,538	1,875	66,000	1006,065	,000
Hotelling's Trace	,676	1,897	66,000	1112,000	,000
Roy's Largest Root	,306	5,334 ^c	11,000	192,000	,000

Το αποτέλεσμα του ελέγχου Levene έδειξε ότι ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων, καθώς εντοπίστηκε πως για την έκφραση ελέγχου ήταν $p=0,001$, για την έκφραση αγάπης $p=0,003$, για την ένταξη $p=0,001$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,00$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,00$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,013$. Προχωρώντας στην ανάλυση της επίδρασης του τύπου του καρκίνου σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης (βλ. Πίνακα 34), διαπιστώνουμε ότι για την έκφραση αγάπης ήταν $p=0,468>0,05$, για την έκφραση ελέγχου $p=0,00<0,05$, για την ένταξη $p=0,043<0,05$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,016<0,05$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,249>0,05$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,045<0,05$. Άρα, η έκφραση ελέγχου, η ένταξη, η επιθυμία ελέγχου και η επιθυμία ένταξης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, δηλαδή μόνο αυτές οι διαστάσεις επηρεάζονται από τον τύπο του καρκίνου.

Πίνακας 34: Επίδραση του τύπου του καρκίνου σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	Df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_αγάπης	6,814 ^a	11	,619	,978	,468
έκφραση_ελέγχου	175,20 ^b	11	15,933	3,717	,000
ένταξη	25,454 ^c	11	2,314	1,890	,043
επιθυμία_ελέγχου	33,213 ^d	11	3,019	2,191	,016
επιθυμία_αγάπης	,880 ^e	11	,080	1,63	,249
επιθυμία_ένταξης	5,229 ^f	11	,475	1,874	,045

Εξετάζοντας τους μέσους όρους (M.O.) για τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης αναφορικά με τον τύπο του καρκίνου (βλ. Πίνακα 35), παρατηρήθηκε περισσότερη έκφραση ελέγχου σε άτομα με λέμφωμα. Όσον αφορά στην ένταξη, τα άτομα με καρκίνο του θυροειδούς παρουσίασαν τον υψηλότερο μέσο

όρο, ενώ η επιθυμία ελέγχου εντοπίστηκε σε μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα με καρκίνο του τραχήλου, μεταστατικό καρκίνο, καρκίνο του λάρυγγα και του νεφρού. Επίσης, η επιθυμία ένταξης εκφράστηκε περισσότερο από άτομα με καρκίνο του θυροειδούς και καρκίνο του λάρυγγα.

Πίνακας 35: Σύγκριση του τύπου του καρκίνου και των διαστάσεων της κοινωνικοποίησης

Τύπος καρκίνου		Έκφραση ελέγχου	Έκφραση αγάπης	Ένταξη	Επιθυμία ελέγχου	Επιθυμία αγάπης	Επιθυμία ένταξης
Ομάδα σύγκρισης	M.O.	6,80	0,41	1,60	3,88	0,06	0,18
	T.A.	1,362	0,905	1,007	1,277	0,236	0,552
Καρκίνος μαστού	M.O.	5,88	0,23	1,31	3,77	0,10	0,17
	T.A.	1,260	0,425	1,170	1,325	0,309	0,377
Καρκίνος παχέος εντέρου	M.O.	6,25	0,17	1,00	4,75	0,00	0,17
	T.A.	1,234	0,389	1,128	0,452	0,00	0,389
Καρκίνος τραχήλου	M.O.	4,00	0,00	1,33	5,00	0,00	0,00
	T.A.	1,046	0,00	0,577	0,00	0,00	0,00
Μεταστατικός καρκίνος	M.O.	6,33	0,67	1,67	5,00	0,00	0,00
	T.A.	1,319	0,577	0,577	0,00	0,00	0,00
Καρκίνος στομάχου	M.O.	5,80	1,20	1,60	4,60	0,40	0,40
	T.A.	2,164	1,643	2,191	0,548	0,548	0,548
Λέμφωμα	M.O.	8,43	0,43	0,86	3,43	0,00	0,43
	T.A.	1,134	0,787	1,464	1,272	0,00	0,535
Καρκίνος πνεύμονα	M.O.	5,00	0,55	2,00	4,64	0,00	0,18
	T.A.	1,600	0,820	1,342	0,505	0,00	0,405
Καρκίνος λάρυγγα	M.O.	4,50	0,50	2,50	5,00	0,00	0,50
	T.A.	0,577	0,577	0,577	0,00	0,00	0,577
Καρκίνος θυροειδούς	M.O.	5,67	0,67	2,67	4,67	0,17	1,00
	T.A.	1,582	1,033	0,516	0,516	0,408	0,894
Καρκίνος νεφρού	M.O.	5,00	0,00	2,00	5,00	0,00	0,00
	T.A.	-	-	-	-	-	-
Καρκίνος δέρματος	M.O.	1,00	0,50	2,50	3,50	0,00	0,00
	T.A.	0,00	0,707	0,707	0,707	0,00	0,00

7.5 Επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Εν συνεχεία, ερευνήθηκε η επίδραση κάθε στρατηγικής αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων. Αρχικά, εξετάστηκε η επίδραση της θετικής προσέγγισης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης με την εφαρμογή της Πολλαπλής Ανάλυσης Διακύμανσης (MANOVA), από την οποία φάνηκε ότι ήταν $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 36), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, υπάρχει διαφορά της θετικής προσέγγισης σε σχέση με τις

διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, δηλαδή η θετική προσέγγιση επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης.

Πίνακας 36: Επίδραση της θετικής προσέγγισης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,943	483,579 ^b	6,000	176,000	,000
Wilks' Lambda	,057	483,579 ^b	6,000	176,000	,000
Hotelling's Trace	16,486	483,579 ^b	6,000	176,000	,000
Roy's Largest Root	16,486	483,579 ^b	6,000	176,000	,000
Pillai's Trace	1,173	1,998	132,000	1086,000	,000
Wilks' Lambda	,251	2,099	132,000	1031,306	,000
Hotelling's Trace	1,670	2,205	132,000	1046,000	,000
Roy's Largest Root	,767	6,310 ^c	22,000	181,000	,000

Μετάπειτα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Levene, με στόχο να εντοπιστεί αν οι διαστάσεις της κοινωνικοποίησης παρουσιάζουν ίδιες διακυμάνσεις. Για την έκφραση ελέγχου σημειώθηκε $p=0,02$, για την έκφραση αγάπης $p=0,003$, για την ένταξη $p=0,012$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,004$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,00$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,00$. Επομένως, ισχύει η προϋπόθεση των ίδιων διακυμάνσεων. Το αποτέλεσμα του ελέγχου δεν καταγράφεται στους επόμενους ελέγχους, στους οποίους μελετάται η επίδραση των υπόλοιπων στρατηγικών αντιμετώπισης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, καθώς παραμένει το ίδιο. Αναφορικά με την επίδραση της θετικής προσέγγισης σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης (βλ. Πίνακα 37), βρέθηκε ότι για την έκφραση ελέγχου $p=0,00<0,05$, για την έκφραση αγάπης είναι $p=0,002<0,05$, για την ένταξη είναι $p=0,001<0,05$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,023<0,05$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,234>0,05$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,003<0,05$. Επομένως, παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για την έκφραση ελέγχου, την έκφραση αγάπης, την ένταξη, την επιθυμία ελέγχου και την επιθυμία ένταξης, οι οποίες επηρεάζονται από τη θετική προσέγγιση.

Πίνακας 37: Επίδραση της θετικής προσέγγισης σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III				
	Sum of Squares	Df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_ελέγχου	341,421 ^a	22	15,519	4,276	,000
έκφραση_αγάπης	12,898 ^b	22	,586	2,919	,002
ένταξη	57,187 ^c	22	2,599	2,314	,001
επιθυμία_ελέγχου	52,676 ^d	22	2,394	1,768	,023
επιθυμία_αγάπης	1,687 ^e	22	,077	1,222	,234
επιθυμία_ένταξης	11,187 ^f	22	,508	2,153	,003

Επίσης, καταγράφηκαν οι μέσοι όροι (M.O.) και οι τυπικές αποκλίσεις (T.A.) για κάθε συνιστώσα της κοινωνικοποίησης συγκριτικά με τη χρήση της θετικής προσέγγισης από τα άτομα του δείγματος (βλ. Πίνακα 38). Στους επόμενους

στατιστικούς ελέγχους, στους οποίους μελετάται η επίδραση των υπόλοιπων στρατηγικών αντιμετώπισης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, δεν περιλαμβάνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε διάσταση, καθώς οι τιμές είναι ίδιες με εκείνες του Πίνακα 38.

Πίνακας 38: Σύγκριση της θετικής προσέγγισης και των διαστάσεων της κοινωνικοποίησης

Διαστάσεις της κοινωνικοποίησης	M.O.	T.A.
Έκφραση ελέγχου	6,29	2,218
Έκφραση αγάπης	,39	,795
Ένταξη	1,55	1,133
Επιθυμία ελέγχου	4,03	1,211
Επιθυμία αγάπης	,07	,253
Επιθυμία ένταξης	,21	,515

Εν συνεχεία, ερευνήθηκε η επίδραση της ευχολογίας-ονειροπόλησης σε κάθε μία από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης για τα άτομα του δείγματος, εφαρμόζοντας την Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA), από την οποία αποδείχθηκε ότι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, διότι ήταν $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 39). Άρα, υπάρχει διαφορά της ευχολογίας-ονειροπόλησης σε σχέση με τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, δηλαδή η ευχολογία-ονειροπόληση επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων.

Πίνακας 39: Επίδραση της ευχολογίας-ονειροπόλησης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,949	547,780 ^b	6,000	176,000	,000
Wilks' Lambda	,051	547,780 ^b	6,000	176,000	,000
Hotelling's Trace	18,674	547,780 ^b	6,000	176,000	,000
Roy's Largest Root	18,674	547,780 ^b	6,000	176,000	,000
Pillai's Trace	1,464	2,656	132,000	1086,000	,000
Wilks' Lambda	,142	3,115	132,000	1031,306	,000
Hotelling's Trace	2,847	3,760	132,000	1046,000	,000
Roy's Largest Root	1,813	14,915 ^c	22,000	181,000	,000

Όσον αφορά στη διαφορά της ευχολογίας-ονειροπόλησης σε σύγκριση με κάθε διάσταση της κοινωνικοποίησης (βλ. Πίνακα 40), βρέθηκε ότι για την έκφραση ελέγχου $p=0,00<0,05$, για την έκφραση αγάπης $p=0,65>0,05$, για την ένταξη $p=0,096>0,05$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,004<0,05$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,00<0,05$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,231>0,05$. Επομένως, για την έκφραση ελέγχου, την επιθυμία ελέγχου και την επιθυμία αγάπης παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, άρα αυτές οι διαστάσεις επηρεάζονται από την ευχολογία-ονειροπόληση.

Πίνακας 40: Επίδραση της ευχολογίας-ονειροπόλησης σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_ελέγχου	606,273 ^a	22	27,558	12,722	,000
έκφραση_αγάπης	20,280 ^b	22	,922	1,543	,065
ένταξη	39,081 ^c	22	1,776	1,452	,096
επιθυμία_ελέγχου	60,372 ^d	22	2,744	2,092	,004
επιθυμία_αγάπης	3,589 ^e	22	,163	3,125	,000
επιθυμία_ένταξης	6,993 ^f	22	,318	1,226	,231

Μετέπειτα, εξετάστηκε η επίδραση της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης σε κάθε μία από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, χρησιμοποιώντας την Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA) για τις δύο μεταβλητές. Όπως διαπιστώθηκε, η τιμή p ήταν $0,00 < 0,05$ (βλ. Πίνακα 41), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, δηλαδή η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων.

Πίνακας 41: Επίδραση της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,940	467,625 ^b	6,000	180,000	,000
Wilks' Lambda	,060	467,625 ^b	6,000	180,000	,000
Hotelling's Trace	15,588	467,625 ^b	6,000	180,000	,000
Roy's Largest Root	15,588	467,625 ^b	6,000	180,000	,000
Pillai's Trace	1,047	2,172	108,000	1110,000	,000
Wilks' Lambda	,298	2,261	108,000	1038,767	,000
Hotelling's Trace	1,420	2,345	108,000	1070,000	,000
Roy's Largest Root	,608	6,250 ^c	18,000	185,000	,000

Όσον αφορά στη διαφορά της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης ξεχωριστά (βλ. Πίνακα 42), βρέθηκε ότι για την έκφραση ελέγχου $p=0,00 < 0,05$, για την έκφραση αγάπης $p=0,096 > 0,05$, για την ένταξη $p=0,001 < 0,05$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,090 > 0,05$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,037 < 0,05$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,145 > 0,05$. Επομένως, για την έκφραση ελέγχου, την ένταξη και την επιθυμία αγάπης παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, καθώς αυτές επηρεάζονται από την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 42: Επίδραση της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης σε κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_ελέγχου	331,587 ^a	18	18,422	5,111	,000
έκφραση_αγάπης	16,306 ^b	18	,906	1,495	,096
ένταξη	50,905 ^c	18	2,828	2,496	,001
επιθυμία_ελέγχου	38,163 ^d	18	2,120	1,511	,090
επιθυμία_αγάπης	1,239 ^e	18	,069	1,079	,037
επιθυμία_ένταξης	6,386 ^f	18	,355	1,380	,145

Στη συνέχεια, η Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA) χρησιμοποιήθηκε για την αναζήτηση της επίδρασης της αποφυγής-διαφυγής σε κάθε μία από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης και παρατηρήθηκε ότι $p=0,002<0,05$ (βλ. Πίνακα 43), επόμενως το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, υπάρχει διαφορά της αποφυγής-διαφυγής σε σχέση με τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, δηλαδή η αποφυγή-διαφυγή επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 43: Επίδραση της αποφυγής-διαφυγής στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,923	351,722 ^b	6,000	176,000	,000
Wilks' Lambda	,077	351,722 ^b	6,000	176,000	,000
Hotelling's Trace	11,991	351,722 ^b	6,000	176,000	,000
Roy's Largest Root	11,991	351,722 ^b	6,000	176,000	,000
Pillai's Trace	,867	1,390	132,000	1086,000	,004
Wilks' Lambda	,373	1,442	132,000	1031,306	,002
Hotelling's Trace	1,132	1,495	132,000	1046,000	,001
Roy's Largest Root	,484	3,980 ^c	22,000	181,000	,000

Επίσης, προχωρώντας στη διαφορά της αποφυγής-διαφυγής συγκριτικά με κάθε διάσταση της κοινωνικοποίησης (βλ. Πίνακα 44), φάνηκε ότι για την έκφραση ελέγχου $p=0,00<0,05$, για την έκφραση αγάπης $p=0,632>0,05$, για την ένταξη $p=0,483>0,05$, για την επιθυμία ελέγχου $p=0,019<0,05$, για την επιθυμία αγάπης $p=0,261>0,05$ και για την επιθυμία ένταξης $p=0,660>0,05$. Συμπεραίνουμε ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για την έκφραση ελέγχου και για την επιθυμία ελέγχου, άρα αυτές οι διαστάσεις της κοινωνικοποίησης επηρεάζονται από τη χρήση της αποφυγής-διαφυγής.

Πίνακας 44: Επίδραση της αποφυγής-διαφυγής σε κάθε μία από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_ελέγχου	315,500 ^a	22	14,341	3,801	,000
έκφραση_αγάπης	12,304 ^b	22	,559	,872	,632
ένταξη	27,899 ^c	22	1,268	,987	,483
επιθυμία_ελέγχου	53,580 ^d	22	2,435	2,805	,019
επιθυμία_αγάπης	1,648 ^e	22	,075	1,190	,261
επιθυμία_ένταξης	5,049 ^f	22	,229	,850	,660

Η Πολλαπλή Ανάλυση Διακύμανσης (MANOVA) ακόμα επιλέχθηκε, για να μελετηθεί η επίδραση της διεκδικητικής επίλυσης σε κάθε μία από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης για τα άτομα του δείγματος, η οποία έδειξε ότι $p=0,00<0,05$ (βλ. Πίνακα 45). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, το οποίο δηλώνει ότι υπάρχει διαφορά της χρήσης της διεκδικητικής επίλυσης σε σχέση με τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, δηλαδή η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης επηρεάζει τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης των ατόμων.

Πίνακας 45: Επίδραση της διεκδικητικής επίλυσης στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	,884	235,578 ^b	6,000	186,000	,000
Wilks' Lambda	,116	235,578 ^b	6,000	186,000	,000
Hotelling's Trace	7,599	235,578 ^b	6,000	186,000	,000
Roy's Largest Root	7,599	235,578 ^b	6,000	186,000	,000
Pillai's Trace	,893	2,784	72,000	1146,000	,000
Wilks' Lambda	,358	2,939	72,000	1017,754	,000
Hotelling's Trace	1,196	3,063	72,000	1106,000	,000
Roy's Largest Root	,480	7,644 ^c	12,000	191,000	,000

Ακολούθως, διερευνήθηκε η διαφορά της διεκδικητικής επίλυσης συγκριτικά με κάθε μια από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης (βλ. Πίνακα 46) και διαπιστώθηκε ότι η έκφραση ελέγχου, η έκφραση αγάπης, η ένταξη, η επιθυμία αγάπης και η επιθυμία ένταξης είχαν $p=0,00<0,05$, ενώ η επιθυμία ελέγχου είχε $p=0,381>0,05$. Συνεπώς, το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό για την έκφραση ελέγχου, την έκφραση αγάπης, την ένταξη, την επιθυμία αγάπης και την επιθυμία ένταξης, οι οποίες επηρεάζονται από τη χρήση της διεκδικητικής επίλυσης.

Πίνακας 46: Επίδραση της διεκδικητικής επίλυσης σε κάθε μία από τις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης

Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	M.O. Square	F	Sig.
έκφραση_ελέγχου	234,951 ^a	12	19,579	4,899	,000
έκφραση_αγάπης	22,157 ^b	12	1,846	3,319	,000
ένταξη	49,550 ^c	12	4,129	3,738	,000
επιθυμία_ελέγχου	18,885 ^d	12	1,574	1,078	,381
επιθυμία_αγάπης	2,964 ^e	12	,247	4,683	,000
επιθυμία_ένταξης	11,706 ^f	12	,975	4,412	,000

7.6 Πρόβλεψη της κοινωνικοποίησης από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Στο σημείο αυτό, αναζητήθηκε αν οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων μπορούν να προβλέψουν την κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο. Το ποσοστό εξήγησης των διακυμάνσεων του συγκεκριμένου μοντέλου είναι το 13,6% (βλ. Πίνακα 47).

Πίνακας 47: Συντελεστής προσδιορισμού πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,369 ^a	,136	,114	,748

a. Predictors: (Constant), διεκδικητική_επίλυση, αποφυγή_διαφυγή, θετική_προσέγγιση, κοινωνική_υποστήριξη, ευχολογία_ονειροπόληση

Από την ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης (regression analysis) διαπιστώνεται ότι όλες οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, μέσω των οποίων μπορούμε να εκτιμήσουμε την κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο (βλ. Πίνακα 48). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι για τη διεκδικητική επίλυση $p=0,32<0,05$, για την αποφυγή-διαφυγή $p=0,043<0,05$, για την ευχολογία-ονειροπόληση $p=0,011<0,05$, για τη θετική προσέγγιση $p=0,024<0,05$ και για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης $p=0,00<0,05$. Επίσης, για τη διεκδικητική επίλυση ο συντελεστής B είναι -0,026. Άρα, η διεκδικητική επίλυση είναι αντιστρόφως ανάλογη της κοινωνικοποίησης, δηλαδή για μια μεταβολή 1% του βαθμού της χρήσης της διεκδικητικής επίλυσης θα παρατηρηθεί μεταβολή της τάξης του 0,026% για την κοινωνικοποίηση προς της αντίθετη κατεύθυνση. Η αποφυγή-διαφυγή έχει συντελεστή $B=-0,008$, ο οποίος υποδηλώνει ότι η εν λόγω στρατηγική είναι αντιστρόφως ανάλογη της κοινωνικοποίησης. Επομένως, αν η χρήση της αποφυγής-διαφυγής μεταβληθεί κατά 1%, τότε θα μεταβληθεί η κοινωνικοποίηση κατά 0,008% προς την αντίθετη κατεύθυνση. Όσον αφορά στην ευχολογία-ονειροπόληση, ο συντελεστής B είναι -0,034, άρα η συγκεκριμένη στρατηγική επηρεάζει την

κοινωνικοποίηση του ατόμου με αντιστρόφως ανάλογο τρόπο. Αυτό σημαίνει ότι, αν αλλάξει κατά 1% ο βαθμός χρήσης της ευχολογίας-ονειροπόλησης, θα σημειωθεί μεταβολή της τάξης του 0,034% για την κοινωνικοποίηση προς της αντίθετη κατεύθυνση. Η θετική προσέγγιση έχει συντελεστή $B=0,033$, επομένως είναι ανάλογη της κοινωνικοποίησης. Όταν η χρήση της θετικής προσέγγισης τροποποιείται κατά 1%, τότε η κοινωνικοποίηση αλλάζει κατά 0,033% προς την ίδια κατεύθυνση. Τέλος, η κοινωνική υποστήριξη είχε συντελεστή $B=0,114$, από τον οποίο αντιλαμβανόμαστε ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης είναι ανάλογη της κοινωνικοποίησης, δηλαδή όταν η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης μεταβάλλεται κατά 1%, τότε η κοινωνικοποίηση τροποποιείται κατά 0,114% προς την ίδια κατεύθυνση.

Πίνακας 48: Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	,428	,281		1,525	,129
διεκδικητική_επίλυση	-,026	,012	-,175	-2,165	,032
αποφυγή_διαφυγή	-,008	,017	-,041	-2,460	,043
ευχολογία_ονειροπόληση	-,034	,013	-,238	-2,582	,011
θετική_προσέγγιση	,033	,015	,194	2,273	,024
κοινωνική_υποστήριξη	,114	,027	,353	4,207	,000

a. Dependent Variable: κοινωνικοποίηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Συζήτηση

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω, ενώ ταυτόχρονα γίνεται αναφορά σε αιτίες, που πιθανόν οδήγησαν σε αυτά. Επιπλέον, καταγράφονται οι βασικοί περιορισμοί της συγκεκριμένης έρευνας και δίνονται προτάσεις για ανάπτυξη μελλοντικής έρευνας σχετικά με το θέμα της παρούσας εργασίας.

Αρχικά, καταγράφηκε η επίδραση της ύπαρξης του καρκίνου στη συχνότητα χρήσης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (πρώτο ερευνητικό ερώτημα) και διαπιστώθηκε ότι τόσο τα άτομα με καρκίνο όσο και τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία χρησιμοποιούσαν περισσότερο τη θετική προσέγγιση και την ευχολογία-ονειροπόληση, εύρημα το οποίο συμφωνεί με ελληνική έρευνα (Παλαμαρίδη, Αναγνωστόπουλου & Φραγκιαδάκη, 2020). Όμως, έρχεται σε αντίθεση με ξενόγλωσση έρευνα (El Messiry et al., 2011), στην οποία τα άτομα με καρκίνο επέλεξαν με μεγαλύτερη συχνότητα την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και ακολούθως τη διεκδικητική επίλυση και τη θετική προσέγγιση. Η επιλογής της θετικής προσέγγισης ως της βασικότερης στρατηγικής για την αντιμετώπισης του άγχους από τα άτομα του δείγματος της παρούσας μελέτης μπορεί να γίνει κατανοητή, καθώς αποτελεί μια πολύ αποτελεσματική στρατηγική. Το άτομο, το οποίο χρησιμοποιεί τη θετική προσέγγιση, εντοπίζει τις κατάλληλες λύσεις, προσπαθεί ακόμα περισσότερο και εν τέλει επιτυγχάνει να αντιμετωπίσει κάθε πρόβλημα, ενώ κατορθώνει να διαχειριστεί αποτελεσματικά το άγχος του (Folkman & Moskowitz, 2000). Επίσης, η επιλογή της ευχολογίας-ονειροπόλησης ως στρατηγικής για την αντιμετώπιση του άγχους παρατηρείται συχνά, καθώς το άτομο που την επιλέγει καταφέρνει να ανακουφιστεί από τη συναισθηματική ένταση (Karekla & Constantinou, 2010). Ιδιαίτερα σε ένα κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο αρκετοί άνθρωποι εκδηλώνουν την πίστη τους στο Θεό, όπως είναι η χώρα μας, είναι λογικό αρκετά άτομα να διαχειρίζονται τις αγχογόνες καταστάσεις μέσω της πνευματικότητας. Αναφορικά με τις διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων, τα άτομα με καρκίνο χρησιμοποιούσαν πιο τακτικά από την ομάδα σύγκρισης την αποφυγή-διαφυγή, εύρημα το οποίο παρατηρείται και στην έρευνα των Badr και Carmack Taylor (2006), ενώ έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Manne et al. (2010). Η διαφοροποίηση, η οποία σημειώνεται μεταξύ των δύο ομάδων στην παρούσα έρευνα, οφείλεται στην τάση των ατόμων με καρκίνο να μη συζητούν θέματα σχετικά με τη νόσο, με στόχο να καταπολεμήσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα (Miaskowski et al., 2007). Ακόμα, τα άτομα με καρκίνο αποφεύγουν να μιλούν για τη νόσο, καθώς φοβούνται τις αντιδράσεις των ατόμων του περιβάλλοντός τους (D'Agostino και Edelstein, 2013). Επιπλέον, η ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία επέλεγε συχνότερα την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Το παραπάνω πόρισμα δεν τεκμηριώνεται στη μελέτη των Badr και Carmack Taylor (2006), στην οποία τόσο τα άτομα με καρκίνο όσο και οι

σύζυγοί τους αναζητούσαν στον ίδιο βαθμό την υποστήριξη από το περιβάλλον τους. Ωστόσο, τα άτομα με καρκίνο τείνουν να απομονώνονται και να ντρέπονται για την εικόνα του σώματός τους (Boquiren et al., 2013). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα με καρκίνο του δείγματος να αναζητούν σε μικρότερο βαθμό την κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον τους συγκριτικά με τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία. Οι υπόλοιπες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους (θετική προσέγγιση, ευχολογία-ονειροπόληση, διεκδικητική επίλυση) δε διέφεραν σημαντικά ως προς τη χρήση τους από τις δύο ομάδες.

Ακόμα, επιχειρήθηκε να επισημανθεί αν επιδρούν ορισμένα χαρακτηριστικά της νόσου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες επιλέγουν τα άτομα με καρκίνο (δεύτερο ερευνητικό ερώτημα). Όσον αφορά στην επίδραση του σταδίου του καρκίνου σε κάθε μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη και η διεκδικητική επίλυση επηρεάζονται από αυτό. Το παρόν εύρημα έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Λιάκου (2016), στην οποία μόνο η κοινωνική υποστήριξη επηρεάστηκε σε μικρό βαθμό από το στάδιο της νόσου. Συγκεκριμένα, τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της ίασης παρουσίασαν την τάση να αναζητούν συχνότερα κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον συγκριτικά με όσους βρίσκονταν στο στάδιο της παρακολούθησης ή της θεραπείας. Τα άτομα που παλεύουν ακόμα με τον καρκίνο αισθάνονται ότι στιγματίζονται, επομένως τείνουν να απομονώνονται. Στην τάση τους για απομόνωση οφείλεται και η διαφοροποίηση στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ των ατόμων σε διαφορετικά στάδια του καρκίνου, η οποία παρατηρήθηκε και στα πορίσματα της παρούσας μελέτης. Η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης, που αφορά την έκφραση των συναισθημάτων και των σκέψεων, επηρεάστηκε επίσης από το στάδιο της διάγνωσης, γεγονός το οποίο αιτιολογείται με παρόμοιο τρόπο με το παραπάνω. Επιπλέον, εντοπίστηκε ότι το χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου επηρεάζει τη χρήση της ευχολογίας-ονειροπόλησης, της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης, της αποφυγής-διαφυγής και της διεκδικητικής επίλυσης, εύρημα το οποίο δε συμφωνεί με τα πορίσματα ξενόγλωσσων ερευνών (Reynolds et al., 2000; Karabulutlu et al., 2010), στις οποίες το χρονικό σημείο διάγνωσης δεν επηρέασε τις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Επίσης, στην έρευνα των D'Agostino και Edelstein (2013) η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης δεν επηρεάστηκε από το χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου. Ωστόσο, στην έρευνα των El Messiry et al. (2011) τα πορίσματα κατέδειξαν την επίδραση του χρονικού σημείου διάγνωσης στη χρήση της αποφυγής και της θετικής προσέγγισης, ενώ για την κοινωνική υποστήριξη δε βρέθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές. Οι στρατηγικές, οι οποίες επηρεάζονται από το χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου στην παρούσα έρευνα, έχουν ως επίκεντρο το συναίσθημα και δεν είναι αποτελεσματικές τόσο για μικρό όσο και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το άτομο με καρκίνο τροποποιεί τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί με την πάροδο του χρόνου ανάλογα με την αποτελεσματικότητά τους. Ιδιαίτερα η αποφυγή-διαφυγή, δε βοηθά την προσαρμογή του ατόμου στη νόσο (Chu & Chao, 2011). Επομένως, το άτομο με καρκίνο, το οποίο έχει διαγνωστεί πριν από αρκετά χρόνια, χρησιμοποιεί την

αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και τη διεκδικητική επίλυση, που είναι πιο αποτελεσματικές για τη διαχείριση των αγχογόνων καταστάσεων (Chu & Chao, 2011; Parto, 2011). Η χρήση όλων των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, που μελετώνται στην παρούσα έρευνα, βρέθηκε ότι επηρεάζονται από τον τύπο του καρκίνου, το οποίο σχετίζεται με τα ευρήματα της έρευνας των Cousson-Gélie et al. (2010). Ωστόσο, το παρόν εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα πορίσματα της έρευνας των Karabulutlu et al. (2010), στην οποία ο τύπος του καρκίνου δε σχετίστηκε με καμία από τις μελετώμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Επίσης, στην έρευνα των D'Agostino και Edelstein (2013) η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης δεν επηρεάστηκε από τον τύπο του καρκίνου. Οι διαφορές στις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης μεταξύ των ατόμων με διαφορετικούς τύπους καρκίνου, οι οποίες καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα, οφείλονται στο γεγονός ότι η επιλογή της εκάστοτε στρατηγικής εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου και από τους διαθέσιμους πόρους (Folkman & Moskowitz, 2000). Επομένως, κάθε άτομο με καρκίνο επιλέγει τη στρατηγική, που θεωρεί ως την πλέον κατάλληλη.

Ακολούθως, ερευνήθηκε αν τα παραπάνω χαρακτηριστικά του καρκίνου (στάδιο καρκίνου, χρονικό σημείο διάγνωσης, τύπος καρκίνου) επιδρούν στην κοινωνικοποίηση του ατόμου (τρίτο ερευνητικό ερώτημα). Όσον αφορά στην επίδραση του σταδίου του καρκίνου στην κοινωνικοποίηση του ατόμου, παρατηρήθηκε ότι οι δύο παράμετροι δε συσχετίζονται. Όμως, το χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει την κοινωνικοποίηση του ατόμου, το οποίο συμφωνεί με ξενόγλωσση έρευνα (D'Agostino & Edelstein, 2013). Ωστόσο, στην έρευνα των Thompson et al. (2009) το χρονικό σημείο διάγνωσης δεν επηρέασε την ικανοποίηση από τις σχέσεις και την ποιότητά τους, αλλά μειώθηκε ο αριθμός των ερωτικών σχέσεων των ατόμων με καρκίνο. Ο Gall (2004) επίσης δεν εντόπισε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του χρονικού σημείου διάγνωσης του καρκίνου και των κοινωνικών σχέσεων των ατόμων. Όσον αφορά στο αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας, το άτομο αποστασιοποιείται από τον κοινωνικό περίγυρο στην αρχή, διότι αισθάνεται ότι δε θα γίνει αποδεκτό εξαιτίας της νόσου. Με το πέρασμα του χρόνου αποδέχεται την ασθένεια και τις επιπτώσεις της και μαθαίνει να προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες. Ακόμα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ο τύπος του καρκίνου επιδρά στην κοινωνικοποίηση του ατόμου, διαμορφώνοντας με διαφορετικό τρόπο τις κοινωνικές του σχέσεις. Το παραπάνω βρέθηκε και στην έρευνα των D'Agostino και Edelstein (2013), στην οποία οι επιζήσαντες από καρκίνο του εγκεφάλου αντιμετώπισαν περισσότερες δυσκολίες στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων συγκριτικά με τους υπόλοιπους τύπους καρκίνου. Παρόλο που στην παρούσα έρευνα δε συμμετείχαν άτομα με καρκίνο του εγκεφάλου, οι διαφορές στην κοινωνικοποίηση των ατόμων οφείλονται στο γεγονός ότι κάθε τύπος καρκίνου προκαλεί διαφορετικές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, με αποτέλεσμα να μεταβάλλει τη λειτουργικότητά του με μοναδικό κάθε φορά τρόπο. Επομένως, οι κοινωνικές σχέσεις του ατόμου εξαρτώνται από τον τρόπο, με τον οποίο μπορεί, να συμμετέχει στις κοινωνικές δραστηριότητες.

Επίσης, μελετήθηκε η επίδραση του χρονικού σημείου της διάγνωσης και του τύπου του καρκίνου στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης (τέταρτο ερευνητικό

ερώτημα). Παρατηρήθηκε ότι μόνο η έκφραση ελέγχου και η ένταξη επηρεάζονται από το χρονικό σημείο διάγνωσης του καρκίνου. Αμέσως μετά από τη διάγνωση του καρκίνου το άτομο απογοητεύεται και επιδιώκει να απομονωθεί, ώστε να μη στιγματιστεί από τα άτομα του περιβάλλοντός του. Επιπροσθέτως, δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μην αποκτά τον έλεγχο στις διάφορες διαπροσωπικές του σχέσεις και να μην επιδιώκει να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο (Miaskowski et al., 2007). Ωστόσο, όσο περνά ο χρόνος από τη διάγνωση το άτομο μαθαίνει να χειρίζεται αποτελεσματικότερα τα προβλήματα και αποκτά ξανά τον έλεγχο των καταστάσεων, ενώ βελτιώνει και τις σχέσεις του με τους ανθρώπους γύρω του. Ακόμα, τα πορίσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο τύπος του καρκίνου ασκεί επιρροή στην έκφραση ελέγχου, στην ένταξη, στην επιθυμία ελέγχου και στην επιθυμία ένταξης. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, κάθε τύπος καρκίνου μειώνει με διαφορετικό τρόπο τη λειτουργικότητα του ατόμου όσον αφορά στους διάφορους τομείς της ζωής. Ειδικότερα οι γυναίκες με καρκίνο (οι οποίες αποτελούν την πλειοψηφία στο δείγμα της παρούσας έρευνας), τείνουν να απομονώνονται και να αισθάνονται ντροπή για το σώμα τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αλληλεπίδρασή τους με τα άτομα του περιβάλλοντός τους (Boquiren et al, 2013). Επομένως, δεν επιθυμούν να έχουν τον έλεγχο στις κοινωνικές τους σχέσεις και δεν εντάσσονται τόσο συχνά σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Ερευνήθηκε ακόμα η επίδραση κάθε μιας από τις πέντε στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης (πέμπτο ερευνητικό ερώτημα). Η χρήση της θετικής προσέγγισης ως στρατηγικής για την αντιμετώπιση του άγχους φάνηκε στην παρούσα έρευνα ότι επηρεάζει την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Το παρόν εύρημα ταυτίζεται με τα ευρήματα ξενόγλωσσων ερευνών (Carver et al., 2003; Gall, 2004; Badr & Carmack Taylor, 2006; Badr et al., 2010). Συγκεκριμένα, η θετική προσέγγιση άσκησε επίδραση στην έκφραση ελέγχου, στην έκφραση αγάπης, στην ένταξη, στην επιθυμία ελέγχου και στην επιθυμία ένταξης. Το άτομο μέσω της συγκεκριμένης στρατηγικής κατορθώνει να αποκτά τον έλεγχο των καταστάσεων και να εντοπίζει λύσεις στα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν, επιτυγχάνοντας την προσαρμογή του στις νέες καταστάσεις (Folkman & Moskowitz, 2000). Άρα, καταφέρνει να εντάσσεται ομαλά στο κοινωνικό σύνολο και να διαμορφώνει ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις με τα άτομα γύρω του. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν επίσης ότι η ευχολογία-ονειροπόληση επηρεάζει την κοινωνικοποίηση του ατόμου, το οποίο ταυτίζεται με τα ευρήματα του Gall (2004) και των Παλαμαρίδη, Αναγνωστόπουλου και Φραγκιαδάκη (2020). Ειδικότερα, η συχνή χρήση της ευχολογίας-ονειροπόλησης εντοπίστηκε ότι μεταβάλλει την έκφραση ελέγχου, την επιθυμία ελέγχου και την επιθυμία αγάπης. Το άτομο που χρησιμοποιεί την ευχολογία-ονειροπόληση αφήνει τον έλεγχο των καταστάσεων στην πίστη του και δεν αναλαμβάνει ευθύνες για όσα συμβαίνουν, το οποίο μειώνει την ποιότητα των διαπροσωπικών του σχέσεων. Επίσης, μέσω της πίστης αναζητά αγάπη και ανακούφιση από τα αρνητικά συναισθήματα, ενώ ταυτόχρονα απομονώνεται από τα άτομα γύρω του, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προστριβές. Ακόμα, διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον ασκεί επίδραση στην κοινωνικοποίηση του ανθρώπου. Το παρόν εύρημα παρατηρήθηκε και σε ξενόγλωσσες

έρευνες (Badr & Carmack Taylor, 2006; Hinnen et al., 2008; Manne et al., 2009; Badr et al., 2010; Regan et al., 2014). Αναλυτικότερα, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης επηρέασε την έκφραση ελέγχου, την ένταξη και την επιθυμία αγάπης. Πρέπει να σημειωθεί ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης θεωρείται ως μια αρκετά αποτελεσματική μέθοδος, η οποία παρέχει τους κατάλληλους πόρους στο άτομο, ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί τις σχετικές με τη νόσο καταστάσεις. Το άτομο λαμβάνει την αγάπη και την τρυφερότητα από το περιβάλλον του, ενώ αποκτά τον έλεγχο των καταστάσεων και βελτιώνει τις κοινωνικές του σχέσεις (Chu & Chao, 2011). Ακόμα, η χρήση της αποφυγής-διαφυγής αποδείχθηκε ότι επηρεάζει την κοινωνικοποίηση του ατόμου, το οποίο εντοπίστηκε και σε ξενόγλωσσες έρευνες (Badr & Carmack Taylor, 2006; Manne et al., 2009; Badr et al., 2010; D'Agostino & Edelstein, 2013; Regan et al., 2014). Στην παρούσα έρευνα η χρήση της αποφυγής-διαφυγής προκάλεσε επιπτώσεις στην έκφραση ελέγχου και στην επιθυμία ελέγχου. Το παραπάνω γίνεται αντιληπτό από το γεγονός ότι το άτομο με καρκίνο προσπαθεί να διαχειριστεί τη συναισθηματική ένταση που προκύπτει από τη νόσο, αποφεύγοντας τα συναισθήματά του. Επιπλέον, απομονώνεται και αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με άτομα που μπορεί να του θυμίσουν τη νόσο, προσπαθώντας να αποκτήσει τον έλεγχο της κατάστασης (Miaskowski et al., 2007). Επιπροσθέτως, η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης άσκησε επιρροή στις κοινωνικές τους σχέσεις των ατόμων του δείγματος, το οποίο συμφωνεί με ξενόγλωσση έρευνα (Hinnen et al., 2008), ενώ έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Manne et al. (2009). Όσον αφορά στις διαστάσεις της κοινωνικοποίησης, η διεκδικητική επίλυση επηρέασε την έκφραση ελέγχου, την έκφραση αγάπης, την ένταξη, την επιθυμία αγάπης και την επιθυμία ένταξης. Αυτό συμβαίνει, διότι το άτομο μέσω της διεκδικητικής επίλυσης εκφράζει τα συναισθήματά του και αισθάνεται αυτοπεποίθηση, τα οποία οδηγούν στη βελτίωση των διαπροσωπικών του σχέσεων (Parto, 2011). Όμως, όταν τα αρνητικά συναισθήματα εκδηλώνονται με μεγάλη ένταση, η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης μπορεί να προκαλέσει εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.

Τέλος, δημιουργήθηκε ένα στατιστικό μοντέλο, το οποίο προβλέπει την κοινωνικοποίηση του ατόμου (έκτο ερευνητικό ερώτημα). Από αυτό φάνηκε ότι όλες οι μελετώμενες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων μπορούν να προβλέψουν την κοινωνικοποίηση. Συγκεκριμένα, η χρήση της διεκδικητικής επίλυσης είναι αντιστρόφως της κοινωνικοποίησης, δηλαδή όταν αυξάνεται η μία, μειώνεται η άλλη. Το εν λόγω εύρημα παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Hinnen et al. (2008), στην οποία η χαμηλή συχνότητα χρήσης της διεκδικητικής επίλυσης σε συνδυασμό με την υψηλή ένταση κατά την έκφραση των συναισθημάτων οδηγούσε σε λιγότερη ικανοποίηση από τη σχέση στις γυναίκες με καρκίνο. Ωστόσο, στην έρευνα των Manne et al. (2009) δε διαπιστώθηκε η επίδραση της συγκεκριμένης στρατηγικής στην κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο. Η αποφυγή-διαφυγή βρέθηκε επίσης ότι επιδρά στην κοινωνικοποίηση του ατόμου, μεταβάλλοντάς την προς την αντίθετη κατεύθυνση, το οποίο εντοπίστηκε και σε ξενόγλωσσες έρευνες (Badr & Carmack Taylor, 2006; Manne et al., 2009; Badr et al., 2010; D'Agostino & Edelstein, 2013; Regan et al., 2014). Η ευχολογία-ονειροπόληση παρατηρήθηκε ότι είναι αντιστρόφως ανάλογη της κοινωνικοποίησης. Ωστόσο, στην μελέτη του Gall (2004) μια θετική

στάση απέναντι στον Θεό βελτίωσε τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου με καρκίνο, ενώ η αρνητική σχέση με το Θεό δεν επηρέασε την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Ακόμα, στη μελέτη των Παλαμαρίδη, Αναγνωστόπουλου και Φραγκιαδάκη (2020) η πνευματικότητα αύξησε την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων των ατόμων με καρκίνο. Επιπλέον, η θετική προσέγγιση επισημάνθηκε από το συγκεκριμένο μοντέλο ότι είναι ανάλογη της κοινωνικοποίησης, πόρισμα το οποίο συμφωνεί με τα ευρήματα των Carver et al. (2003), των Badr και Carmack Taylor (2006), των Badr et al. (2010) και του Gall (2004), ενώ και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκε ότι επηρεάζει την κοινωνικοποίηση του ατόμου προς την ίδια κατεύθυνση, εύρημα το οποίο συμφωνεί με ξενόγλωσσες έρευνες (Badr & Carmack Taylor, 2006; Hinnen et al., 2008; Manne et al., 2009; Badr et al., 2010; Regan et al., 2014).

8.2 Περιορισμοί της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε ο τρόπος, με τον οποίο οι διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων επηρεάζουν την κοινωνικοποίηση των ατόμων με καρκίνο. Το δείγμα αποτέλεσαν 102 άτομα με καρκίνο (ομάδα Α΄) και 102 άτομα χωρίς αναπηρία (ομάδα σύγκρισης). Ωστόσο, το μέγεθος του δείγματος δεν είναι επαρκές, ώστε να γενικευθούν τα αποτελέσματα της έρευνας σε όλα τα άτομα με καρκίνο του ελλαδικού χώρου. Ένας ακόμα περιορισμός της έρευνας είναι η επιλογή ερωτηματολόγιων ατομικής συμπλήρωσης ως ερευνητικών εργαλείων, που δεν αποκλείουν το ενδεχόμενο να δοθούν απαντήσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στην πραγματικότητα. Όσον αφορά στη μέθοδο συλλογής δεδομένων, το γεγονός ότι κάποια ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από τους συλλόγους στα μέλη τους σε ηλεκτρονική μορφή (google form), δεν παρέχει τη δυνατότητα να ελεγχθεί, αν όλοι οι συμμετέχοντες πληρούσαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις, ώστε να συμμετέχουν στην έρευνα. Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, ενώ υπήρχε ανομοιογένεια της ομάδας Α΄ ως προς τους διαφορετικούς τύπους καρκίνου.

Επομένως, για να μπορέσουν να γενικευθούν τα πορίσματα της συγκεκριμένης έρευνας, κρίνεται χρήσιμη η επιβεβαίωσή τους από μελλοντικές έρευνες, οι οποίες θα λάβουν υπόψην τους παραπάνω περιορισμούς. Τονίζεται η σημασία διεξαγωγής ερευνών στον ελλαδικό χώρο, οι οποίες να αναζητούν τη χρήση ποικίλων στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους καθώς και την επίδραση αυτών σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής των καρκινοπαθών. Επιπροσθέτως, θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν έρευνες, οι οποίες να χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ημι-δομημένης συνέντευξης ως εργαλείο για τη διεξοδική αναζήτηση των ερευνώμενων παραμέτρων. Οι παράμετροι αυτές θα μπορούσαν να συνδυαστούν με άλλες, όπως το άγχος, την κατάθλιψη, την ικανοποίηση από τις σχέσεις και την αυτοεκτίμηση, με σκοπό να διαμορφωθεί με ολοκληρωμένο τρόπο το ψυχο-κοινωνικό προφίλ των ατόμων με καρκίνο.

Εν κατακλείδι, μέσα από τα πορίσματα που προέκυψαν, τονίστηκαν οι δυσκολίες αναφορικά με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου με καρκίνο και οι διαφοροποιήσεις στις στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγει να χρησιμοποιεί κάθε άτομο σε διαφορετικές στιγμές της νόσου, με στόχο να μπορέσει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Ακόμα, διαπιστώθηκε η σημασία της χρήσης αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων για τη δημιουργία εποικοδομητικών κοινωνικών σχέσεων. Είναι απαραίτητο να παρέχεται συνεχής υποστήριξη στα άτομα από τη στιγμή της διάγνωσής τους μέχρι και το τέλος της θεραπείας τους, να διατηρείται μια θετική στάση απέναντι στη ζωή και να αποβάλλονται τα αρνητικά συναισθήματα. Παράλληλα, οφείλουμε να αντιλαμβανόμαστε ότι και οι οικογένεια του ατόμου που νοσεί επηρεάζεται άμεσα από τις επιπτώσεις της νόσου και πρέπει να υποστηρίζεται κατάλληλα. Η πλέον κατάλληλη προσέγγιση θα επιτευχθεί με οργανωμένες ενέργειες από την πλευρά της πολιτείας, οι οποίες θα περιλαμβάνουν όλα τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με καρκίνο.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*.

Anand, P., Kunnumakara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., Sung, B., & Aggarwal, B. B. (2008). Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes, *Pharmaceutical Research*, 25(9), 2097–2116.

Badr, H., & Carmack Taylor, C. L. (2006). Social constraints and spousal communication in lung cancer, *Psycho-Oncology*, 15, 673-683.

Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic Coping in Metastatic Breast Cancer, *Health Psychology*, 29 (2), 169-180.

Baqutayan, S. M. S. (2012). The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34 (2), 119–123.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory, *American Psychologist*, 55 (11), 1247–1263. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>

Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., & Warner, E. (2013). Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors, *Psycho-Oncology*, 22(10), 2177-2185. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/pon.3271>

Carver, C. S., Lehman, J. M., & Antoni, M. H. (2003). Dispositional Pessimism Predicts Illness-Related Disruption of Social and Recreational Activities Among Breast Cancer Patients, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 813-821.

Chu, R., & Chao, L. (2011). Managing Stress and Maintaining Well-Being: Social Support, Problem-Focused Coping, and Avoidant Coping, *Journal of Counseling & Development*, 89 (3), 338-348. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00098.x>

Cousson-Gélie, F., Cosnefroy, O., Christophe, V., Segrestan-Crouzet, C., Merckaert, I., Fournier, E., Libert, Y., Lafaye, A., & Razavi, D. (2010). The Ways of Coping Checklist (WCC) Validation in French-speaking Cancer Patients, *Journal of Health Psychology*, 15 (8), 1246–1256. DOI: 10.1177/1359105310364438

Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17 (3), 319–325.

D'Agostino, N. M., & Edelstein, K. (2013). Psychosocial Challenges and Resource Needs of Young Adult Cancer Survivors: Implications for Program Development, *Journal of Psychosocial Oncology*, 13 (6), 585-600. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.835018>

- De Martel, C., Ferlay J., Franceschi, S., Vignat, J., Bray, F., Forman, D., & Plummer, M. (2012). Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis, *THE LANCET Oncology*, 13 (6), 607–615.
- Dickinson, M. J., & Eva, F. J. (2006). Anxiety and depression may have an evolutionary role as negative reinforcers, encouraging socialisation. *Medical Hypotheses*, 66(4), 796–800. doi:10.1016/j.mehy.2005.10.008
- Egeblad, M., Nakasone, E.S., & Werb, Z. (2010). Tumors as Organs: Complex Tissues that Interface with the Entire Organism, *Developmental Cell*, 18 (6), 884-901 DOI: Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.devcel.2010.05.012>
- El Messiry, A., Abdel Meguid, M., El Messiry, M., & El Serafi, D. (2011). Psychiatric morbidity and pattern of coping among a sample of Egyptian women in early versus recurrent stage of breast cancer, *The Arab Journal of Psychiatry*, 22 (1), 36-44.
- Fleishman, S. B. (2011). *Learn to Live Through Cancer: What You Need to Know and Do*. New York: Demos Medical Publishing.
- Floyd, K. (2000). *Communicating Affection: Interpersonal Behavior and Social Context*. United Kingdom: Cambridge University Press
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping, *American Psychological Association*, 55 (6), 647-654. DOI: 10.1037//0003-066X.55.6.647
- Fykaris, I., & Nikolaou, S. M. (2017). Development and Growing of Social Skills in Teaching Procedure: Teaching Actions and Suggestions, *Journal of Education and Human Development*, 6 (1), 120-128.
- Gall, T. L. (2004). Relationship with God and the quality of life of prostate cancer survivors, *Quality of Life Research*, 13, 1357-1368.
- García, L. F., Aluja, A., & del Barrio, V. (2006). Effects of personality, rearing styles and social values on adolescents' socialisation process, *Personality and Individual Differences*, 40, 1671–1682.
- Gilbertson, W., Aouizerat, B., Jahman, T., & Miaskowski, C. (2011). A review of the literature of multiple symptoms, their predictors and associated outcomes in patients with advanced cancer, *Palliative and Supportive Care*, 9, 3-5.
- Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. S., Karslioglu, E. H., Ozalp, E., & Soygur, H. (2012). The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients, *Journal of Psychosocial Oncology*, 30 (3), 347-358. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664260>

Grusec, J.E., & Hastings, P.D. (2015). *Handbook of Socialization, Theory and Research*. (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.

Hinnen, C., Hagedoorn, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2008). Relationship satisfaction in women: A longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners' relationship-focused coping, *British Journal of Health Psychology*, 13, 737-754.

Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study, *BMC Cancer*, 10 (594). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-594>

Joaquim, A., Custódio, S., Oliveira, A., & Pimentel, F. L. (2012). Differences between Cancer Patients' Symptoms Reported by Themselves and in Medical Records, *Cancer and Clinical Oncology*, 1 (1), 138-147.

Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S. T., & Kantarcı, R. (2010). Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer, *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.

Karekla, M. & Constantinou, M. (2010). Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach, *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 371-381.

Knudson, A.G. (2001). Two genetic hits (more or less) to cancer, *Nature Reviews Cancer*, 1 (2), 157-62.

Lazarus, R. S. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping, *Journal of Personality*, 74(1), 9-46. DOI:10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age, *Journal of Affective Disorders*, 141 (2-3), 343-351. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>

Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and Relationship Processes in Couples' Psychosocial Adaptation to Cancer, *American Cancer Society*, 112 (11), 2541-2555. DOI 10.1002/cncr.23450

Manne, S., Badr, H., Zaidar, T., Nelson, C., & Kissane, D. (2010). Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer, *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 74-85.

Mcillmurrat, M. B. (2001). The psychosocial needs of cancer: findings from an observation study, *European Journal of Cancer*, 261-269.

Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K.,... & Koch, U. (2014). Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients with Cancer Across Major Tumor Entities, *Journal Of Clinical Oncology*, 32 (31), 3540-3550.

Miaskowski, C., Aouizerat, B. E., Dodd, M., & Cooper, B. (2007). Conceptual Issues in Symptom Clusters Research and Their Implications for Quality-of-Life Assessment in Patients With Cancer, *JNCI Monographs*, 37, 39–46. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgm003>

Miller, K. D, Nogueira, L., Angela B. Mariotto, A. B., Rowland, J. H., Yabroff, K. R. Alfano, C. M., Jemal, A., Kramer, J. L., & Siegel, R. L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019, *ACS JOURNALS*, 69 (5), 363-385. Retrieved from: <https://doi.org/10.3322/caac.21565>

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Oncology*, 14 (8), 721–732. DOI: 10.1016/s1470-2045(13)70244-4

National Cancer Institute (2015). *What Is Cancer?* Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

National Cancer Institute (2018). *Cancer Statistics*. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>

National Cancer Institute (2019). *Symptoms of Cancer*. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/symptoms>

Parto, M. (2011). Problem solving, self- efficacy, and mental health in adolescents: Assessing the mediating role of assertiveness, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 644 – 648.

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., & Turner, J. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses, *Patient Education and Counseling*, 96, 120-127.

Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., & Chen, V. W. (2000). Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study, *American Journal of Epidemiology*, 152 (10), 940–949. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/aje/152.10.940>

Roukos, D.H. (2009). Genome-wide association studies: how predictable is a person's cancer risk?, *Expert Review of Anticancer Therapy*, 9 (4), 389–92.

Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G., Olsen, A,...& Bergmann, M. M. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study, *BMJ*, 342, 1584.

Singer, S., Das-Munshi, J., & Brahler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis, *Annals of Oncology*, 21, 925-930. DOI:10.1093/annonc/mdp515.

Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2016). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life, *Journal of Clinical Oncology*, 20 (14), 3137-3148. Retrieved from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.08.549>

Thapa, P., Rawal, N., & Bista, Y. (2010). A study of depression and anxiety in cancer patients, *Nepal Medical College Journal*, 12 (3), 171-175.

Thompson, A. L., Marsland, A. L., Marshal, M. P., & Tersak, J. M. (2009). Romantic relationships of emerging adult survivors of childhood cancer, *Psycho-Oncology*, 18, 767–774. DOI: 10.1002/pon.1471

Wagner, L., Sweet, J., Butt, Z., Lai, J., & Cella, D. (2009). Measuring Patient Self-Reported Cognitive Function: Development of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function Instrument, *Journal of Supportive Oncology*, 7, 32–39.

Xiaoyu, P. (2012). Socialisation as a Two-way Process: Emerging Powers and the Diffusion of International Norms, *The Chinese Journal of International Politics*, 5 (4), 341–367 DOI: <https://doi.org/10.1093/cjip/pos017>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεβίζος, Β. (2008). *Άγχος Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Atkinson, R. L., Atkinson, R.C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen- Hoeksema, S. (2004). *Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard (τομ. Β΄) (μτφ. Μ. Σόλμαν)*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Cervone, D., & Pervin, L. A. (2013). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές (μτφ. Β. Κομπορόζος)*. Αθήνα: Gutenberg.

Γκλέζου, Ν. (2017). Η θεωρία κοινωνικοποίησης του Parsons στο πλαίσιο του δομολειτουργισμού, *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 1, 152-160.

- Damjanov, I. (2009). *Παθοφυσιολογία* (μτφ. Χ. Μουτσόπουλος). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Devito, J. A. (2004). *Ανθρώπινη Επικοινωνία* (μτφ. Δ. Κουβαράκου). Αθήνα: Έλλην.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Καραπούλιος, Δ., Γκέτσιος, Ι., Ρίζου, Β., Τσικλιτάρα, Α., Κωστοπούλου, Σ., Μπαλοδήμου, Χ., & Μάργαρη, Ν. (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με 68 τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12 (4), 428-440.
- Καφέτσιος, Κ. (2005). *Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Λιάκου, Ε. (2016). *Καταθλιπτική συμπτωματολογία, πνευματικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και υπαρξιακό άγχος σε άτομα με καρκίνο*. (Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας).
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση, *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6 (1), 21-27.
- Νικολάου, Σ. Μ. (2004). Κοινωνική θεωρία και κοινωνική ενσωμάτωση στην Ευρώπη, *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Α.Ε.*, 17, 193-212.
- Παλαμαρίδη, Ν., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Φραγκιαδάκη, Ε. (2020). Νοηματοδότηση ζωής και πνευματικότητα σε ασθενείς με καρκίνο. Μελέτη βάσει ποιοτικής μεθοδολογίας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2020*, 37 (2), 209-218.
- Quick, C. R. G., Reed, J. B., Harper, S. J. F., Saeb-Parsy, K., & Deakin, P. J. (2018). *Χειρουργική: Problems, Diagnosis and Management* (5^η εκδ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Reid, R., Roberts, F., & Macduff, E. (2016). *Εικονογραφημένη Παθολογική Ανατομική* (μτφ. Ι. Στεφάνου) (7^η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Ροζάκου, Κ. (2017). «Κοινωνικότητα» και «κοινωνία αλληλεγγύης» : η περίπτωση ενός εθελοντικού σωματείου. *Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης*, 32, 95-120. DOI: <https://doi.org/10.12681/hpsa.14467>
- Verderber, R. F., & Verderber, K. S. (2006). *Δεξιότητες Διαπροσωπικής Επικοινωνίας* (μτφ. Α. Αποστολοπούλου). Αθήνα: Έλλην.
- Μπίκος, Κ. (2008). *Κοινωνικές σχέσεις στην τάξη εφήβων με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες στο ΥΠ.Ε.Π.Θ.* (2008). Ένταξη παιδιών παλιννοστούντων και αλλοδαπών στο σχολείο (γυμνάσιο), Οδηγός Επιμόρφωσης. Διαπολιτισμική Εκπαίδευση και Αγωγή, σ. 89-110.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα διπλωματικής εργασίας. Απευθύνεται σε καρκινοπαθείς άνω των 18 ετών και η συμπλήρωσή του γίνεται ανώνυμα, καθώς τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα αξιοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά τις προτάσεις και απαντήστε σε όλες με ειλικρίνεια, δηλώνοντας τον βαθμό, στον οποίο η κάθε μια σας χαρακτηρίζει και κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό. Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία και τον χρόνο σας.

Ατομικά χαρακτηριστικά:

Φύλο:

- 1) Άνδρας 2) Γυναίκα

Ηλικία:

- 1) 18-30 2) 31-40 3) 41-50 4) 51-60 5) 61-70 6) >70

Οικογενειακή Κατάσταση:

- 1) Άγαμος/η 2) Έγγαμος/η 3) Διαζευγμένος/η
4) Μονογονεϊκή οικογένεια 5) Χήρος/α

Εκπαίδευση:

- 1) Απόφοιτος λυκείου 2) Βασικό πτυχίο 3) Μεταπτυχιακό
4) Διδακτορικό

Επαγγελματική Κατάσταση:

- 1) Δημόσιος Υπάλληλος 2) Ιδιωτικός Υπάλληλος 3) Άνεργος
4) Οικιακά 5) Ιδιοκτήτης Επιχείρησης 6) Συνταξιούχος
7) Αγρότης 8) Φοιτητής/τρια

Τύπος Καρκίνου:

- 1) Μαστού 2) Παχέος εντέρου 3) Τραχήλου 4) Μεταστατικός
5) Στομάχου 6) Non Hodgkin 7) Πνεύμονα 8) Προστάτη
9) Ωοθηκών 10) Λάρυγγα 11) Ουροδόχου Κύστεως 12) Θυρεοειδούς

- 13) Όρχη 14) Νωτιαίου Μυελού 15) Νεφρού 16) Λευχαιμία
17) Πολλαπλό Μυέλωμα 18) Ήπατος 19) Εγκεφάλου 20) Δέρματος

Χρονικό σημείο διάγνωσης:

- 1) Φέτος 2) Πριν 1 χρόνο 3) Πριν 2 χρόνια 4) Πριν 3 χρόνια
5) Πριν 4 χρόνια 6) Πριν 5 χρόνια 7) Πάνω από 5 χρόνια πριν

Στάδιο Νόσου:

- 1) Θεραπεία 2) Παρακολούθηση-Follow up 3) Ίαση

Συνοδά προβλήματα υγείας:

- 1) Κανένα 2) Οπτική αναπηρία 3) Ακουστική αναπηρία
4) Σωματική αναπηρία 5) Νοητική αναπηρία 6) Χρόνια πάθηση
7) Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες

Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό (τις τελευταίες 15 ημέρες). Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση.

0 = ποτέ

1 = σπάνια

2 = μερικές φορές

3 = συχνά

Προτάσεις:

- 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) Συμβιβάζομαι, 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 μη συμβαίνει τίποτα.

0	1	2	3
---	---	---	---

10) Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά 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 τη 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 συναισθήματά 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 ριγοκίνδυνο.

0	1	2	3
---	---	---	---

22) Έβρισκα 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 ό,τι 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 μια-δυο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.

0	1	2	3
---	---	---	---

33) Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.

0	1	2	3
---	---	---	---

34) Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή.

0	1	2	3
---	---	---	---

35) Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτήν.

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
---	---	---	---

Βάλτε στο κουτάκι αριστερά από κάθε δήλωση τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την απάντησή σας. Παρακαλούμε να είστε όσο μπορείτε πιο ειλικρινείς.

1 = συνήθως

2 = συχνά

3 = μερικές φορές

4 = περιστασιακά

5 = σπάνια

6 = ποτέ

Προτάσεις:

39) Προσπαθώ να βρίσκομαι με ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

40) Αφήνω τους άλλους να αποφασίσουν τι θα κάνουμε.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

41) Προσπαθώ να έχω στενές σχέσεις με τους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

42) Τείνω να προσχωρώ σε κοινωνικές οργανώσεις όποτε έχω την ευκαιρία.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

43) Αφήνω τους άλλους να επηρεάζουν έντονα τις πράξεις μου.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

44) Προσπαθώ να συμπεριλαμβάνομαι σε ανεπίσημες κοινωνικές δραστηριότητες.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

45) Προσπαθώ να συμπεριλαμβάνω και άλλους ανθρώπους στα σχέδια μου.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

46) Παρασύρομαι εύκολα από άλλους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

47) Προσπαθώ να συμμετέχω σε ομαδικές δραστηριότητες.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Επιλέξτε μία από τις παρακάτω απαντήσεις για κάθε μια από τις δηλώσεις της επόμενης ομάδας.

1 = περισσότεροι άνθρωποι (περισσότερων ή περισσότερους)

2 = πολλοί άνθρωποι (πολλών ή πολλούς)

3 = μερικοί άνθρωποι (μερικών ή μερικούς)

4 = λίγοι άνθρωποι (λίγων ή λίγους)

5 = ένας - δύο άνθρωποι (ενός - δύο ή έναν - δύο)

6 = κανένας (κανενός ή κανέναν)

Προτάσεις:

48) Προσπαθώ να είμαι φιλικός /ή με τους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

49) Οι προσωπικές μου σχέσεις με τους ανθρώπους είναι ψυχρές και απόμακρες.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

50) Αφήνω τους άλλους να αναλαμβάνουν την ευθύνη των πραγμάτων.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

51) Προσπαθώ να έχω στενές σχέσεις με τους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

52) Εύκολα παρασύρομαι από άλλους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

53) Μου αρέσει να με προσκαλούν οι άνθρωποι σε διάφορες εκδηλώσεις.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

54) Μου αρέσει οι άνθρωποι να μου φέρονται με οικειότητα.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

55) Προσπαθώ να επηρεάζω έντονα τις πράξεις άλλων ανθρώπων.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

56) Μου αρέσει να με προσκαλούν οι άνθρωποι να προσχωρώ στις δραστηριότητες τους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

57) Μου αρέσει να αναλαμβάνω την ευθύνη των πραγμάτων, όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

58) Μου αρέσει οι άνθρωποι να ενεργούν ψυχρά και απόμακρα απέναντι μου.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

59) Προσπαθώ να πείθω τους άλλους να κάνουν τα πράγματα με τον τρόπο που θέλω εγώ.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

60) Μου αρέσει να μου ζητούν οι άλλοι να συμμετέχω στις συζητήσεις τους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Επιλέξτε μια από τις επόμενες απαντήσεις για κάθε μία από τις δηλώσεις της παρακάτω ομάδας.

1 = συνήθως

2 = συχνά

3 = μερικές φορές

4 = περιστασιακά

5 = σπάνια

6 = ποτέ

Προτάσεις:

61) Προσπαθώ να είμαι το κυρίαρχο πρόσωπο, όταν είμαι με άλλους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

62) Προσπαθώ να επηρεάζω έντονα τις πράξεις άλλων ανθρώπων.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

63) Προσπαθώ να αναλαμβάνω την ευθύνη των πραγμάτων, όταν είμαι με άλλους.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II - ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Στο παράρτημα αυτό παρατίθενται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας.

Πίνακας 1

Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα, ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	4	10	14
Σπάνια	8	22	30
Μερικές φορές	28	21	49
Συχνά	62	49	111
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 2

Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	11	18	29
Σπάνια	14	11	25
Μερικές φορές	43	30	73
Συχνά	34	43	77
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 3:

Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	17	27	44
Σπάνια	23	17	40
Μερικές φορές	39	28	67
Συχνά	23	30	53
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 4:

Συμβιβάζομουν, ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	10	10	20
Σπάνια	22	10	32
Μερικές φορές	48	33	81
Συχνά	22	49	71
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 5

Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	5	16	21
Σπάνια	19	16	35
Μερικές φορές	26	32	58
Συχνά	52	38	90
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 6

Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	5	19	24
Σπάνια	12	28	40
Μερικές φορές	39	34	73
Συχνά	46	21	67
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 7

Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	35	42	77
Σπάνια	40	16	56
Μερικές φορές	15	18	33
Συχνά	12	26	38
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 8

Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	33	27	60
Σπάνια	35	18	53
Μερικές φορές	23	20	43
Συχνά	11	37	38
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 9

Συνέχιζα σαν να μη συμβαίνει τίποτα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	17	9	26
Σπάνια	37	18	55
Μερικές φορές	38	30	68
Συχνά	10	45	55
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 10

Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	6	8	14
Σπάνια	23	23	46
Μερικές φορές	39	31	70
Συχνά	34	40	74
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 11

Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	3	0	3
Σπάνια	14	1	15
Μερικές φορές	46	31	77
Συχνά	39	70	109
Σύνολο	102	102	204

Εξέφραξα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.	Πίνακας 12		
	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	22	50	72
Σπάνια	36	21	57
Μερικές φορές	32	22	54
Συχνά	12	9	21
Σύνολο	102	102	204

Αποδεχόμουν τη συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.	Πίνακας 13		
	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	2	6	8
Σπάνια	29	21	50
Μερικές φορές	37	40	77
Συχνά	34	35	69
Σύνολο	102	102	204

Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.	Πίνακας 14		
	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	10	6	16
Σπάνια	30	15	45
Μερικές φορές	26	36	62
Συχνά	36	45	81
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 15

Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	17	20	37
Σπάνια	30	19	49
Μερικές φορές	29	36	65
Συχνά	26	27	53
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 16

Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	3	4	7
Σπάνια	11	9	20
Μερικές φορές	45	27	72
Συχνά	43	62	105
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 17

Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	4	23	27
Σπάνια	23	25	48
Μερικές φορές	57	33	90
Συχνά	18	21	39
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 18

Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	17	19	36
Σπάνια	35	26	61
Μερικές φορές	34	31	65
Συχνά	16	26	42
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 19

Έβγαينا από αυτή την εμπειρία καλύτερος/η από πριν.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	0	2	2
Σπάνια	17	8	25
Μερικές φορές	45	38	83
Συχνά	40	54	94
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 20

Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	4	20	24
Σπάνια	22	18	40
Μερικές φορές	49	34	83
Συχνά	27	30	57
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 21

Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	37	50	87
Σπάνια	36	27	63
Μερικές φορές	19	12	31
Συχνά	10	13	23
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 22

Έβρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	32	17	49
Σπάνια	27	24	51
Μερικές φορές	22	17	39
Συχνά	21	44	65
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 23

Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	3	2	5
Σπάνια	26	5	31
Μερικές φορές	33	18	51
Συχνά	40	77	117
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 24

Άλλαξα κάτι, ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	5	8	13
Σπάνια	21	15	36
Μερικές φορές	47	31	78
Συχνά	29	48	77
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 25

Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	4	17	21
Σπάνια	19	12	31
Μερικές φορές	32	36	68
Συχνά	47	37	84
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 26			
Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	3	6	9
Σπάνια	27	10	37
Μερικές φορές	50	41	91
Συχνά	22	45	67
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 27			
Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	13	10	23
Σπάνια	17	14	31
Μερικές φορές	33	29	62
Συχνά	39	49	88
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 28			
Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	6	2	8
Σπάνια	13	11	24
Μερικές φορές	45	37	82
Συχνά	38	52	90
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 29

Ξεσπούσα στους άλλους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	28	44	72
Σπάνια	49	39	88
Μερικές φορές	15	14	29
Συχνά	10	5	15
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 30

Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	7	46	53
Σπάνια	35	7	42
Μερικές φορές	41	27	68
Συχνά	19	22	41
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 31

Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου, για να πετύχω.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	5	5	10
Σπάνια	21	21	42
Μερικές φορές	50	35	85
Συχνά	26	41	67
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 32

Έβρισκα μια-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	6	11	17
Σπάνια	14	29	43
Μερικές φορές	58	40	98
Συχνά	24	22	46
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 33

Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	6	19	25
Σπάνια	21	20	41
Μερικές φορές	34	35	69
Συχνά	41	28	69
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 34

Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	6	17	23
Σπάνια	24	19	43
Μερικές φορές	31	33	64
Συχνά	41	33	74
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 35

Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιο τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	14	17	31
Σπάνια	18	27	45
Μερικές φορές	34	30	64
Συχνά	36	28	64
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 36

Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	4	15	19
Σπάνια	19	27	46
Μερικές φορές	45	26	71
Συχνά	34	34	68
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 37

Προσενχόμεν.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	27	12	39
Σπάνια	30	20	50
Μερικές φορές	19	19	38
Συχνά	26	51	77
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 38

Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Ποτέ	9	4	13
Σπάνια	15	15	30
Μερικές φορές	32	19	51
Συχνά	46	64	110
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 39

Προσπαθώ να βρίσκομαι με ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	88	88	176
Ναι	14	14	28
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 40

Αφήνω τους άλλους να αποφασίζουν τι θα κάνουμε.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	21	16	37
Ναι	81	86	167
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 41

Προσπαθώ να έχω στενές σχέσεις με τους ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	90	91	181
Ναι	12	11	23
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 42

Τείνω να προσχωρώ σε κοινωνικές οργανώσεις όποτε έχω την ευκαιρία.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	27	45	72
Ναι	75	57	132
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 43

Αφήνω τους άλλους να επηρεάζουν έντονα τις πράξεις μου.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	10	6	16
Ναι	92	96	188
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 44

Προσπαθώ να συμπεριλαμβάνομαι σε ανεπίσημες κοινωνικές δραστηριότητες.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	43	53	96
Ναι	59	49	108
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 45

Προσπαθώ να συμπεριλαμβάνω και άλλους ανθρώπους στα σχέδιά μου.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	96	77	173
Ναι	6	25	31
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 46

Παρασύρομαι εύκολα από άλλους ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	35	26	61
Ναι	67	76	143
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 47

Προσπαθώ να συμμετέχω σε ομαδικές δραστηριότητες.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	95	94	189
Ναι	7	8	15
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 48

Προσπαθώ να είμαι φιλικός/η με τους ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	100	99	199
Ναι	2	3	5
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 49

Οι προσωπικές μου σχέσεις με τους ανθρώπους είναι ψυχρές και απόμακρες.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	85	86	171
Ναι	17	16	33
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 50

Αφήνω τους άλλους να αναλαμβάνουν την ευθύνη των πραγμάτων.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	24	13	37
Ναι	78	89	167
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 51

Προσπαθώ να έχω στενές σχέσεις με τους ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	97	95	192
Ναι	5	7	12
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 52

Εύκολα παρασύρομαι από άλλους ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	24	23	47
Ναι	78	79	157
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 53

Μου αρέσει να με προσκαλούν οι άνθρωποι σε διάφορες εκδηλώσεις.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	96	95	191
Ναι	6	7	13
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 54

Μου αρέσει οι άνθρωποι να μου φέρονται με οικειότητα.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	100	97	197
Ναι	2	5	7
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 55

Προσπαθώ να επηρεάζω έντονα τις πράξεις άλλων ανθρώπων.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	52	37	89
Ναι	50	65	115
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 56			
Μου αρέσει να με προσκαλούν οι άνθρωποι να προσχωρώ στις δραστηριότητές τους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	94	88	182
Ναι	8	14	22
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 57			
Μου αρέσει να αναλαμβάνω την ευθύνη των πραγμάτων όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	76	82	158
Ναι	26	20	46
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 58			
Μου αρέσει οι άνθρωποι να ενεργούν ψυχρά και απόμακρα απέναντί μου.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	98	99	197
Ναι	4	3	7
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 59

Προσπαθώ να πείθω τους άλλους να κάνουν τα πράγματα με τον τρόπο που θέλω εγώ.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	62	57	119
Ναι	40	45	85
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 60

Μου αρέσει να μου ζητούν οι άλλοι να συμμετέχω στις συζητήσεις τους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	98	98	196
Ναι	4	4	8
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 61

Προσπαθώ να είμαι το κυρίαρχο πρόσωπο, όταν είμαι με άλλους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	18	11	29
Ναι	84	91	175
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 62

Προσπαθώ να επηρεάζω έντονα τις πράξεις άλλων ανθρώπων.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	28	33	61
Ναι	74	69	143
Σύνολο	102	102	204

Πίνακας 63			
Αναλαμβάνω την ευθύνη των πραγμάτων, όταν είμαι με άλλους.	Μη καρκινοπαθείς	Καρκινοπαθείς	Σύνολο
Όχι	82	87	169
Ναι	20	15	35
Σύνολο	102	102	204