

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ «ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ : ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

**«Προσαρμογή στον Καρκίνο του Μαστού : Ο ρόλος του ενήλικου ύφους δεσμού
και των αντιλήψεων για την κοινωνική στήριξη»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπηλιοπούλου Ασπασία

Αθήνα, 2020

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Παναγιώτης Κορδούτης, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχολογίας των Διαπροσωπικών Σχέσεων, Πρόεδρος του Τμήματος Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου
(Επιβλέπων)

Άννα Μαντόγλου, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου
Αλέξης Μπράϊλας, Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό Παντείου Πανεπιστημίου

Copyright © Σπηλιοπούλου Ασπασία, 2020. All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παναγιώτη Κορδούτη, για τη συνεχή καθοδήγηση, τις συμβουλές και τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε για τη διεξαγωγή αυτής της ερευνητικής προσπάθειας, αλλά και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε σε όλη τη διάρκεια της πορείας μου σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο.

Ευχαριστώ ιδιαιτέρως την καθηγήτρια Άννα Μαντόγλου, για την ακούραστη μετάδοση γνώσεων και τη ζεστή στάση της απέναντι σε όλη την ομάδα των φοιτητών του μεταπτυχιακού μας προγράμματος.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αγαπητό Αλέξη Μπράϊλα για τις καίριες και εποικοδομητικές παρατηρήσεις του.

Πάνω απ' όλα όμως, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, δίνοντας τον πολύτιμο χρόνο τους και στέλνοντας τις δικές τους παρατηρήσεις και ευχές.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραλείψω όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου κατά τη φοίτηση μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, τους γονείς και τους φίλους μου, που με στηρίζουν σε όλη τη διάρκεια της πορείας μου.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
Περίληψη.....	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
Η προσαρμογή στην ασθένεια : διαθέσιμα ευρήματα και ορισμός	9
Το ενήλικο ύφος δεσμού : ο ρόλος του στην προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού .	11
Οι αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής στήριξης: Η σύνδεση με το δεσμό και την προσαρμογή στην ασθένεια.....	14
Η παρούσα έρευνα και οι υποθέσεις	16
Μέθοδος.....	18
Συμμετέχοντες.....	18
Διαδικασία.....	18
Μέσα συλλογής δεδομένων.....	19
<i>Συμπυκνωμένη Κλίμακα Αντιμετώπισης Ασθένειας/ Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson et al., 1994; Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chrysochoou, 2006)</i>	19
<i>Αναθεωρημένη Κλίμακα Ενήλικου Δεσμού/ Revised Adult Attachment Scale (Collins, 1996) – Έκδοση για τις Στενές Σχέσεις.....</i>	20
<i>Πολυδιάστατη Κλίμακα των Αντιλήψεων για την Κοινωνική Στήριξη/ Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988)</i>	20
Αποτελέσματα	22
Οι παράγοντες που συνδέονται με την Προσαρμογή στην ασθένεια του Καρκίνου του Μαστού – 1 ^ο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης	22
Οι παράγοντες που συνδέονται με τη Δυσπροσαρμογή στην ασθένεια του Καρκίνου του Μαστού – 2 ^ο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης	22
Το μοντέλο συσχέτισης των μεταβλητών	23
Συζήτηση	25
Οι περιορισμοί της έρευνας	28
Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	29
Συμπεράσματα	30
Βιβλιογραφία.....	32
Ελληνική Βιβλιογραφία	32
Ξένη Βιβλιογραφία	32
Παράρτημα 1.....	38
Παράρτημα 2.....	50

Πίνακας 1	50
Πίνακας 2	50
Πίνακας 3	51

Περίληψη

Η ερευνητική εργασία ελέγχει το ρόλο του ενήλικου δεσμού και των αντιλήψεων για την παροχή κοινωνικής στήριξης στη ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Οι υποθέσεις είκαζαν α) πως το Χαμηλό Άγχος ή/και η Χαμηλή Αποφυγή συνδέονται με την Προσαρμογή στην ασθένεια, β) το Υψηλό Άγχος ή/και η Υψηλή Αποφυγή συνδέονται με τη Δυσπροσαρμογή και γ) πως η αντίληψη ότι η στήριξη από την Οικογένεια, τον Σημαντικό Άλλο και τους Φίλους είναι επαρκής, συνδέεται με την Προσαρμογή, ενώ η μη ικανοποιητική στήριξη συνδέεται με τη Δυσπροσαρμογή. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία μέτρησης μεταφρασμένα και σταθμισμένα στα ελληνικά: α) η Συμπυκνωμένη Κλίμακα Αντιμετώπισης της Ασθένειας, β) η Αναθεωρημένη Κλίμακα Ενήλικου Δεσμού – Εκδοχή για τις Στενές Σχέσεις και γ) η Πολυδιάστατη Κλίμακα των Αντιλήψεων για την Κοινωνική Στήριξη. Ο πληθυσμός (N= 108) αποτελείται από γυναίκες που έχουν λάβει τη διάγνωση της ασθένειας και ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 50 έτη. Η στατιστική ανάλυση επιβεβαίωσε αρχικά την υπόθεση της σύνδεσης του Άγχους με τη Δυσπροσαρμογή. Ακολούθως, βρέθηκε ότι η επαρκής στήριξη από την Οικογένεια συνδέεται με την Προσαρμογή στην ασθένεια, ενώ η μη επαρκής με τη Δυσπροσαρμογή. Αναφέρεται πως δεν βρέθηκε να επιδρά στα δύο μοτίβα η μεταβλητή των Φίλων. Αντιθέτως, κατά τη διεξαγωγή των συσχετίσεων η Αποφυγή βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την Προσαρμογή και θετικά με τη Δυσπροσαρμογή, ενώ αντιστρόφως εμφανίστηκε η συσχέτιση με τη μεταβλητή του Σημαντικού Άλλου. Οι υποθέσεις της έρευνας επομένως δεν επιβεβαιώθηκαν επαρκώς. Ανάμεσα στους περιορισμούς, προστίθεται ο παράγοντας της διεξαγωγής της έρευνας αποκλειστικά μέσω διαδικτύου, γεγονός που απέκλειε σημαντική μερίδα ασθενών. Στις προτάσεις για περαιτέρω έρευνα τονίζεται η ανάγκη να διεξαχθεί διαχρονική μελέτη για την εξέταση των μεταβλητών σε όλη την πορεία της ασθένειας.

Λέξεις κλειδιά : Καρκίνος του Μαστού, Γυναίκα, Άγχος, Αποφυγή, Στήριξη, Οικογένεια, Σημαντικός Άλλος, Φίλοι, Προσαρμογή, Δυσπροσαρμογή

Abstract

This research checks over the role of the adult attachment and perceptions of social support in the psychological adjustment in breast cancer. The hypotheses focus on: a) Low Anxiety or/and Low Avoidance connects with Adjustment to breast cancer, b) High Anxiety or/and High Avoidance connects with Maladjustment to breast cancer, c) the fulfilling support of Family, Significant Other and Friends connects with Adjustment, over the lack of this kind of support which connects with Maladjustment. For the research to be conducted, the following scales were used: a) Mini Mental Adjustment to Cancer Scale, b) Revised Adult Attachment Scale – Close Relationships Version and c) Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The sample of the study (N= 108) consisted of women diagnosed with breast cancer and the average age is 50 years old. The statistical analysis confirmed the hypothesis about the effect of the dimension of Anxiety on Maladjustment. Furthermore, the sufficient support of the Family was found to have a significant effect on the Adjustment in breast cancer, while on the other hand the insufficient support of this source was found to have a significant effect on the Maladjustment. The variable of Friends was found to have no effect at all. The correlation analysis of the variables showed that the dimension of Avoidance is correlated negatively with the Adjustment and positively with the Maladjustment. The results concerning the variable of the Significant Other were backwards. The hypotheses were not confirmed sufficiently. Among the restrictions of the research, we should take into consideration the fact that the survey was held via internet and thus a significant group of patients was pushed out. Regarding the propositions for further research, the need for a longitudinal study testing the role of the variables above in the psychological adjustment to breast cancer, is crucial.

Key words: Breast Cancer, Woman, Anxiety, Avoidance, Support, Family, Significant Other, Friends, Adjustment, Maladjustment

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες, προσβάλλοντας παγκοσμίως 2,1 εκ. γυναίκες ανά έτος. Στην Ελλάδα εντοπίζονται περίπου 6.000 νέα περιστατικά κάθε χρόνο αντιπροσωπεύοντας το 27,95% του συνολικού ποσοστού των γυναικών που προσβάλλονται από κάθε είδους μορφή καρκίνου, ενώ ανά την Ευρώπη περίπου 140.000 γυναίκες χάνουν τη ζωή κάθε χρόνο. Τα τελευταία στατιστικά δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο μαρτυρούν αύξηση των περιστατικών εμφάνισης της ασθένειας την τελευταία δεκαετία, αλλά μείωση της θνησιμότητας λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και της αποτελεσματικότερης θεραπείας (The Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). Τα νούμερα ωστόσο μάς δείχνουν πως υπάρχει ακόμη ανάγκη να μελετήσουμε την ασθένεια που μαστίζει τον γυναικείο πληθυσμό.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού φαίνεται να αποτελεί ένα ανατρεπτικό γεγονός στη ζωή της γυναίκας, που συνοδεύεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Hack & Degner, 2003). Οι αντιδράσεις αυτές παρατηρούνται να είναι το ίδιο έντονες στις μεταβατικές περιόδους που διανύουν οι ασθενείς, όπως είναι η έναρξη και η λήξη της θεραπείας (Stanton & Bower, 2015). Επίσης, σημειώνεται πως ακόμη και μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του κύκλου θεραπειών έχει καταγραφεί σε μεγάλο βαθμό η ίδια δυσπροσαρμογή σε συναισθηματικό, κοινωνικό και σωματικό επίπεδο (Bower, 2008; Stanton & Bower, 2015). Οι γυναίκες που λαμβάνουν τη διάγνωση της ασθένειας συχνά έρχονται αντιμέτωπες με κρίσιμα για τη ζωή ζητήματα, όπως είναι η πιθανότητα θανάτου, η ανησυχία για την εφαρμογή της θεραπείας και την ανάρρωση μετά από αυτή, οι παρενέργειες των θεραπειών, η πιθανότητα μετάστασης και το ερώτημα αν ποτέ θα ξεπεραστεί αυτή η δύσκολη κατάσταση (Payne, Sullivan & Massie, 1996).

Πολυάριθμες μελέτες που ερευνούν τις ψυχολογικές διαστάσεις του καρκίνου του μαστού έχουν επικεντρωθεί σε ζητήματα κοινωνικής στήριξης, ποιότητας ζωής, εικόνας σώματος και συναισθηματικών αντιδράσεων. Η παρούσα ερευνητική εργασία σκοπεύει να προσεγγίσει περισσότερο ολιστικά το ζήτημα της ασθένειας στοχεύοντας στην κάλυψη του ερευνητικού κενού που εντοπίζεται τόσο στην ξένη όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία. Θέτοντας υπό το μικροσκόπιο το θέμα της προσαρμογής στην ασθένεια και πως αυτή ορίζεται, η διερεύνηση έχει ως αφετηρία το ρόλο του ενήλικου ύφους σύναψης δεσμού σε αυτή, σε συνάρτηση με την ταυτόχρονη επίδραση των

αντιλήψεων για την παροχή κοινωνικής στήριξης.

Η προσαρμογή στην ασθένεια : διαθέσιμα ευρήματα και ορισμός

Τόσο οι ερευνητές κοινωνικοί ψυχολόγοι όσο και εκείνοι άλλων κλάδων έχουν εκδηλώσει το ενδιαφέρον τους για τη μελέτη της προσαρμογής στην ασθένεια εδώ και αρκετές δεκαετίες (Taylor, Lichtman & Wood, 1984). Ως προσαρμογή σε μια ασθένεια απειλητική για τη ζωή, αρχικά ορίστηκε η γνωστική και συμπεριφορική απάντηση των ασθενών στη διάγνωση που λάμβαναν (Watson et al., 1988). Οι Stanton, Collins και Sworowski (2001) αναφέρουν πως οι αρχικές μελέτες επικεντρώνονταν στον τρόπο με τον οποίο οι πάσχοντες διαχειρίζονταν τις πρακτικές δυσκολίες αναφορικά με τη θεραπεία και τη φυσική τους αποκατάσταση. Ωστόσο, καθώς καλυπτόταν το ερευνητικό κενό οι μελετητές αναγνώρισαν ορισμένους ακόμη παράγοντες που παίζουν ρόλο στη διαδικασία της προσαρμογής. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως στη θετική ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια παίζουν ρόλο η αίσθηση ελέγχου (Taylor et al., 1984), η συναισθηματική έκφραση (Stanton et al., 2000), η εσωτερική εστία αξιολόγησης (Burgess, Morris & Pettingele, 1988), η αίσθηση ελπίδας και αισιοδοξίας (Herth, 1989), το μαχητικό πνεύμα (Schnoll et al., 1998) και η αποδοχή της κατάστασης (Carver et al., 1993). Αντίθετα, στην αρνητική πλευρά εντοπίζονται η συναισθηματική καταπίεση, η κοινωνική απομόνωση (Weisman & Worden, 1976) και η αγχώδης ενασχόληση, σε συνδυασμό με την αίσθηση αβοηθησίας και τη μοιρολατρία (Burgess et al., 1988; Schnoll et al., 1998), που συνδέονται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής αναστάτωσης και απελπισίας.

Τα δεδομένα αναφορικά με την προσαρμογή στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού συγκεκριμένα ποικίλλουν και αποδεικνύεται πως ρόλο παίζουν ταυτόχρονα διαφορετικοί παράγοντες, όπως τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία της πάσχουσας (π.χ. ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης), οι παράγοντες σχετικοί με την ασθένεια (π.χ. είδος θεραπείας), το κοινωνικό πλαίσιο και η συναισθηματική κατάσταση (π.χ. αισιοδοξία/απαισιοδοξία, θετικότητα, κ.ά.) (Arndt et al., 2008; Koch et al., 2013). Ειδικότερα, μέσα από μια έρευνα που στόχευε στην ανασκόπηση και την καταγραφή της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, οι Brandão, Schultz και Matos (2016) έδειξαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η ύπαρξη στενού κοινωνικού δικτύου και συντρόφου, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, το υψηλό εισόδημα, η καλύτερη εικόνα σώματος και η πίστη σε μια ανώτερη δύναμη, η θετική αναπλαισίωση και η αισιοδοξία αποτελούν στοιχεία που προβλέπουν μια θετική συναισθηματική

προσαρμογή στην ασθένεια. Αντίθετα, μέσα από άλλες μελέτες που παρουσιάστηκαν στην ανασκόπηση φάνηκε πως το χαμηλό εισόδημα, η διάγνωση σε προχωρημένο στάδιο, η εφαρμογή της χημειοθεραπείας ως μέθοδος θεραπείας, οι δυσκολίες στον ύπνο, η μειωμένη αίσθηση ελέγχου, η αποφευκτικότητα και η αγχώδης ενασχόληση οδηγούν σε πιο φτωχή προσαρμογή.

Τα παραπάνω στοιχεία αποδεικνύουν την πολυπαραγοντική διάσταση της υπό μελέτη συνθήκης. Αξίζει ταυτόχρονα να σημειωθεί πως αντιφατικά είναι και τα ευρήματα αναφορικά με τη διάρκεια της συναισθηματικής και σωματικής δυσφορίας και της μειωμένης ποιότητας ζωής. Από την μια πλευρά, οι έρευνες δείχνουν καλύτερη προσαρμογή των ασθενών μετά το τέλος της θεραπείας, συνοδευόμενη από μειωμένα επίπεδα άγχους και ψυχολογικής έντασης (Costanzo et al., 2007), ενώ αντίθετα άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η δυσφορία (ψυχολογική και σωματική) διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ακόμη και χρόνια μετά την διάγνωση (Gao & Dizon, 2013). Αυτή η αμφισημία που εντοπίζεται και εδώ είναι που μας οδηγεί στην ανάγκη για έναν πιο συνεκτικό και ολοκληρωμένο ορισμό της έννοιας της προσαρμογής που θα μας απασχολήσει σε αυτή την ερευνητική εργασία.

Σύμφωνα με τον Brennan (2001), μέχρι πρότινος η χρήση του όρου *προσαρμογή* γινόταν για να δηλωθεί η ολοκλήρωση μιας διαδικασίας μετά από μια ταραχώδη περίοδο στη ζωή του ατόμου, όπως είναι και η ασθένεια του καρκίνου. Μέσα από τη διερώτηση του ίδιου για το εάν τελικά προκύπτει καλή ή φτωχή προσαρμογή ακόμη και με την παρουσία αρνητικών συναισθημάτων και συμπτωμάτων και του τι τελικά συνιστά προσαρμογή σε μια κατάσταση, οι Stanton, Revenson και Tennen (2007) υποστήριξαν ότι η προσαρμογή στην ασθένεια θεωρείται μια δυναμική διαδικασία, όπου οι συνθήκες αλλάζουν ανάλογα με την πορεία της ασθένειας, τους παράγοντες πλαισίου, αλλά και ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες που φέρει το άτομο. Οι ίδιοι τονίζουν έτσι ότι η ποικιλομορφία που εντοπίζεται όταν εξετάζεται το φαινόμενο αυτό συνδέεται με το γεγονός ότι οι άνθρωποι τείνουν να αντιδρούν με διαφορετικούς τρόπους στις ίδιες συνθήκες, γι' αυτό και τα ευρήματα των μελετών εμφανίζονται πολλές φορές αντικρουόμενα.

Έχοντας λοιπόν ως αφετηρία αυτή τη θέση και λαμβάνοντας υπόψη το πολυπαραγοντικό σύστημα της προσαρμογής, αναδύεται η ανάγκη να εγχειρηματοποιηθούν περαιτέρω μεταβλητές που δρουν σε αυτή τη συνθήκη. Πλέον, η πιθανότητα θανάτου λόγω της ασθένειας του καρκίνου του μαστού είναι μειωμένη, έτσι εμφανίζεται η αξίωση για ολοκληρωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις

ασθενείς με στόχο την παροχή στήριξης. Τι ρόλο λοιπόν παίζει το ενήλικο ύφος δεσμού στη διαδικασία της προσαρμογής και ταυτόχρονα πώς επιδρούν οι αντιλήψεις για την παροχή της κοινωνικής στήριξης;

Το ενήλικο ύφος δεσμού : ο ρόλος του στην προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού

Σύμφωνα με τον Bowlby (1977), η θεωρία του δεσμού υποδεικνύει την εγγενή προδιάθεση των ανθρώπων να δημιουργούν στενούς δεσμούς φροντίδας με σημαντικούς άλλους. Όπως πρότεινε ο ίδιος, το σύστημα δεσμού αποτελεί ένα από τα κεντρικά συστήματα συμπεριφοράς (attachment behavioral system), που αντανακλά την έμφυτη ανάγκη για δεσμό με ένα άτομο που παρέχει ασφάλεια και προστασία (Harlow & Harlow, 1965). Μάλιστα, υποστήριξε ότι ο δεσμός διαμορφώνει την εξέλιξη της προσωπικότητας και την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου (Bowlby, 1973· 1988). Ειδικότερα, από την πρώιμη παιδική ηλικία το παιδί θεωρείται ότι ενδοβάλλει τις εμπειρίες με το κύριο πρόσωπο φροντίδας και διαμορφώνει εσωτερικά μοντέλα επεξεργασίας των στενών σχέσεων βάσει των οποίων δομεί τις μετέπειτα σχέσεις της ενήλικης ζωής.

Η θέση ότι οι σχέσεις της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της προσωπικότητας σε όλο το φάσμα της ζωής του ατόμου είναι γνωστή και αποδεκτή στη μεγαλύτερη μερίδα ψυχολόγων και σχετικών ειδικών. Έτσι, από την απαρχή αυτής της θέσης, αρκετοί ερευνητές εργάστηκαν πάνω στην θεωρία του δεσμού δημιουργώντας μοντέλα για τον εαυτό και εργαλεία μέτρησης των διάφορων τύπων (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Hazan & Shaver, 1987; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Shaver & Clark, 1994). Συγκεκριμένα, στην πορεία των ερευνών και μετά τη πρόταση των Hazan και Shaver (1987) για τους τρεις τύπους δεσμού (ασφαλής, αποφευκτικός, αγχώδης – αμφιθυμικός), η Bartholomew (1997) υποστήριξε ότι προκειμένου να κατανοήσουμε το μοτίβο του ενήλικου ύφους δεσμού είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη μας τόσο τις αντιλήψεις των ατόμων για τον εαυτό, όσο και τις προσδοκίες τους για τους άλλους. Επομένως, προτάθηκαν 4 τύποι προτυπικού δεσμού (ασφαλής, αμφίθυμος, απορριπτικός – αποφευκτικός και φοβικός – αποφευκτικός), οι οποίοι κινούνται πάνω σε δύο διαστάσεις με θετικό και αρνητικό πόλο (θετικό και αρνητικό μοντέλο για τον εαυτό/θετικό και αρνητικό μοντέλο για τους άλλους) (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Στην προσπάθεια να περιγράψουμε το τι συνιστά ο κάθε τύπος, αρχικά θα λέγαμε πως ο ασφαλής τύπος χαρακτηρίζεται από τη θετική εικόνα για τον εαυτό και τους άλλους και από ιστορικό αξιοπιστίας φροντίδας. Θα λέγαμε επίσης πως διαθέτει ανεπτυγμένη την εσωτερική εστία αξιολόγησης του εαυτού και την αίσθηση ότι οι άλλοι είναι διαθέσιμοι και άξιοι εμπιστοσύνης. Ο αμφίθυμος τύπος χαρακτηρίζεται από αρνητική αίσθηση για τον εαυτό και θετική αίσθηση για τους άλλους, μοτίβο που τον οδηγεί να αναζητά την επικύρωση και την αποδοχή για τον εαυτό από το εξωτερικό περιβάλλον. Η αντίληψη ότι οι άλλοι δεν είναι διαθέσιμοι και άξιοι εμπιστοσύνης είναι που χαρακτηρίζει τον φοβικό – αποφευκτικό τύπο, ο οποίος φαίνεται να πιστεύει ότι δεν είναι άξιος να αγαπηθεί και ότι πιθανόν θα απορριφθεί στις σχέσεις του. Τέλος, ο απορριπτικός – αποφευκτικός εμφανίζεται να έχει δομήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό μέσα από την αποσύνδεση από πρόσωπα φροντίδας και τη δημιουργία μιας αίσθησης εαυτού που είναι ανεξάρτητος, αυτόνομος και απρόσβλητος από την απόρριψη των άλλων (Bartholomew, 1987).

Ωστόσο, αυτές οι ερευνητικές προσπάθειες άρχισαν να γεννούν αβεβαιότητα αναφορικά με τη χρήση συγκεκριμένων κατηγοριών και τύπων δεσμού, ή αν θα πρέπει να μετρώνται ως διαστάσεις. Έτσι, οι Fraley και Waller (1998) εμφανίστηκαν αντίθετοι σε αυτή την κατηγορική – ποιοτική προσέγγιση του θέματος, υποστηρίζοντας ότι στη μέτρηση του ενήλικου ύφους δεσμού θα πρέπει να προτιμάται η προσέγγιση των δύο διαστάσεων (υψηλό/χαμηλό άγχος – υψηλή/χαμηλή αποφυγή). Εξηγώντας τη θέση τους, θεώρησαν λοιπόν ότι είναι σημαντικό να διακρίνουμε ανάμεσα τόσο στις *έκδηλες συμπεριφορές* που σχετίζονται με το δεσμό στους ενήλικες, όσο και στις *λανθάνουσες ψυχολογικές μεταβλητές* που επηρεάζουν αυτές τις συμπεριφορές και προηγουμένως είχαν παραγκωνιστεί. Η άποψη τους αυτή συνδέεται άρρηκτα με τη θέση του Bowlby για τα Ενεργά Μοντέλα Δεσμού (Bowlby, 1973·1980·1988). Σύμφωνα με τη θεωρία για τα ΕΜΔ, οι εμπειρίες στην αλληλεπίδραση με το γονέα εσωτερικεύονται και καθοδηγούν τη συμπεριφορά του βρέφους σε μετέπειτα συναναστροφές. Πρόκειται για μια δυναμική θεώρηση της αναπαράστασης που συνδέει συμπεριφορικά συστήματα με κεντρικές συναισθηματικές και γνωστικές δομές. Όπως επεξηγεί και ο Καφέτσιος (2005), «τα ΕΜΔ προϋποθέτουν δυναμικές διεργασίες, όπου πληροφορίες από το περιβάλλον και τον οργανισμό σχετικές με τις εμπειρίες δεσμού, επιλέγονται, επεξεργάζονται, αναπαριστώνται στη μνήμη και επηρεάζουν τη συμπεριφορά».

Η παραπάνω πρόταση σε συνάρτηση με την άποψη ότι το εκάστοτε ύφος δεσμού ενεργοποιείται σε καταστάσεις κρίσιμες ή/και απειλητικές για τη ζωή του

ατόμου (Bowlby, 1969; Hunter & Maunder, 2001; Hunter & Maunder, 2008), είναι που μας οδηγεί εδώ να συνδέσουμε τη θεωρία του δεσμού με το μοτίβο προσαρμογής στην ασθένεια. Η ασθένεια από μόνη της αποτελεί μια σωματική απειλή και η διάγνωσή της εγείρει μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης στο άτομο. Ταυτόχρονα, η νοσηλεία, ο αποχωρισμός από σημαντικά πρόσωπα και η υποχρέωση να ακούει και να εμπιστεύεται αγνώστους (δηλ. τους επαγγελματίες υγείας) είναι καταστάσεις που προκαλούν άγχος και απειλή στο άτομο (Blackwell, 1992). Επομένως, με βάση αυτή τη θέση και το ότι η θεωρία δύναται να προβλέψει την ευπάθεια ή την ανθεκτικότητα του υποκειμένου σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς επίσης και την ικανότητά του ή μη να ενεργοποιήσει αποτελεσματικές μεθόδους διαχείρισης της κατάστασης και του συναισθήματος (Bowlby, 1988) κάποιες έρευνες μελέτησαν την ασθένεια του καρκίνου γενικότερα αλλά και του καρκίνου του μαστού ειδικά.

Σύμφωνα με τις διαθέσιμες μελέτες σχετικά με την επίδραση των διαστάσεων του δεσμού σε ασθενείς με καρκίνο εν γένει, βρέθηκε ότι τα χαμηλά επίπεδα άγχους και αποφυγής συνδέονται με καλύτερη προσαρμογή σε γενικό επίπεδο, ρύθμιση του στρες και διαχείριση των παραγόντων που συνδέονται με την ασθένεια, όπως η εκτεταμένη πληροφόρηση και οι θεραπείες (Brennan, Shave & Tobey, 1991; Maunder & Hunter, 2001). Επίσης, οι ασφαλείς τύποι παρουσιάζονται να εκφράζουν συναισθήματα αισιοδοξίας, τάσεις για θετική αναπλαισίωση και ενεργητική στάση απέναντι στην ασθένεια (Cicero et al., 2009; Schmidt et al., 2012). Στον αντίθετο πόλο, τα υψηλά επίπεδα άγχους φαίνεται να συνδέονται με χαμηλά επίπεδα κοινωνικού ευζην και ποιότητας ζωής, αισθήματα κατάθλιψης, φτωχής επικοινωνίας με τους συντρόφους και αυξημένη αίσθηση του βάρους της ασθένειας (Hunter, Davis & Tunstall, 2006; Rodin et al., 2007; Cicero et al., 2009; Porter et al., 2012). Όσον αφορά στην επίδραση του δεσμού στη μελέτη του καρκίνου του μαστού συγκεκριμένα, οι μελέτες είναι αρκετά περιορισμένες. Ωστόσο, μέσα από την ανασκόπηση των ερευνών, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους συγκεκριμένα συνδέονται με φτωχή ποιότητα ζωής, ενώ το χαρακτηριστικό της αποφευκτικότητας φάνηκε να συνδέεται με μειωμένη συναισθηματική και σωματική ανθεκτικότητα (Miculincer & Florian, 1998; Fagundes et al., 2013).

Η διαθέσιμη βιβλιογραφία πάνω στην έρευνα του ενήλικου δεσμού σε συνδυασμό με την προσαρμογή στην ασθένεια φαίνεται επομένως να είναι αρκετά περιορισμένη σε γενικότερο πλαίσιο, πόσο μάλλον στη μελέτη του καρκίνου του μαστού. Παρ' όλα αυτά, ως ερευνητές υποθέτουμε ότι υπάρχει ισχυρή σύνδεση των

δύο αυτών εννοιών και πως ο δεσμός κατέχει μια μοναδική θέση στη διερεύνηση του πως οι ασθενείς προσαρμόζονται στην κατάσταση τους. Σε ζητήματα προσαρμογής στην ασθένεια του καρκίνου, σε έρευνά τους οι Hammama – Raz και Solomon (2006), υποστήριξαν σθεναρά αυτή τη σύνδεση αναδεικνύοντας το ερευνητικό κενό. Έτσι, ορμώμενοι από την πορεία της βιβλιογραφίας, σκοπεύουμε στην κάλυψή του. Βέβαια, η θέση ότι ο άνθρωπος δεν υπάρχει σε ένα κοινωνικό κενό, άρα και η ασθενής με καρκίνο του μαστού βρίσκεται εντός των κοινωνικών δικτύων, μας ωθεί να συνδέσουμε τις παραπάνω προτάσεις με την έννοια της κοινωνικής στήριξης και πως αυτή γίνεται αντιληπτή.

Οι αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής στήριξης: Η σύνδεση με το δεσμό και την προσαρμογή στην ασθένεια

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ορίσουν τι συνιστά η έννοια της κοινωνικής στήριξης, αλλά και να μελετήσουν τη σημασία και τον αντίκτυπο που έχει στις κοινωνικές σχέσεις. Ο Walker (1977) όρισε ως κοινωνικό δίκτυο το σύνολο των κοινωνικών επαφών του ατόμου μέσω των οποίων διατηρεί την κοινωνική του ταυτότητα και λαμβάνει συναισθηματική στήριξη, πρακτική βοήθεια και πληροφορίες. Επίσης, η κοινωνική στήριξη έχει οριστεί ως η φροντίδα, εκτίμηση και βοήθεια που δέχεται ο κάθε άνθρωπος από άλλους ανθρώπους ή ομάδες (Wallston, Alagna, De Vellis & De Vellis, 1983; Gottlieb & Selby, 1989), η οποία έχει φανεί να επιδρά θετικά στη ψυχική υγεία του ατόμου (Billings & Moos, 1981). Ταυτόχρονα, έχει διαπιστωθεί πως η κοινωνική στήριξη αποτελεί προστατευτικό παράγοντα σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής, διατηρεί και προάγει τη ψυχική ανθεκτικότητα και έχει θετική επίδραση στο βιολογικό και το συμπεριφορικό σύστημα του ανθρώπου σε στιγμές απειλής (Cassel, 1976; Cobb, 1976; LaRocco, House & French; 1980; Cohen, 1988; House, Landis & Umberson, 1988). Μάλιστα, σύμφωνα με τον Zimet και τους συνεργάτες του (1988), είναι αναγκαίο να διακρίνουμε ανάμεσα σε 3 πηγές στήριξης, που η καθεμία επιδρά ανεξάρτητα στη ψυχική υγεία του ανθρώπου σε ποικίλες συνθήκες, οι οποίες είναι οι εξής : α) η Οικογένεια, β) ο Σημαντικός Άλλος και γ) οι Φίλοι.

Η έρευνα αναφορικά με την κοινωνική στήριξη και την επίδρασή της σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο επεκτάθηκε και στον τομέα της ασθένειας, που αναμφισβήτητα αποτελεί συνθήκη απειλής και στρες. Σύμφωνα με τον Bloom (1982), όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια δύσκολη κατάσταση, η σκέψη ότι

συμπεριλαμβάνεται στους κόλπους ενός κοινωνικού δικτύου και πως τα ίδια συναισθήματα τα βιώνουν και άλλοι άνθρωποι, δομεί την αίσθηση μιας κοινωνικής ταυτότητας και μειώνει τα αισθήματα μοναξιάς και αποδιοργάνωσης. Η αυξημένη αίσθηση αυτοπεποίθησης και τα θετικά συναισθήματα, που φαίνεται να βιώνουν άνθρωποι που λαμβάνουν τη στήριξη του κοινωνικού τους περίγυρου, έχει φανεί να ενδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, να επιταχύνουν τη διαδικασία της ανάρρωσης από μια ασθένεια και να μειώνουν το ρίσκο υποτροπής (Cohen & Syme, 1985; Jemmott & Locke, 1984). Επίσης, πρόσφατη δημοσίευση των Hann, Baker και Denniston (2002) έδειξε ότι η κοινωνική στήριξη συνιστά ευεργετικό παράγοντα για τους ασθενείς με καρκίνο, ενώ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο, βρέθηκε ότι κοινωνικά αποκλεισμένες γυναίκες είχαν φτωχότερη προσαρμογή στην ασθένειά τους και αυξημένες πιθανότητες θανάτου (Ell et al., 1992). Μάλιστα, σε συνθήκες ασθένειας, αποδείχθηκε ότι η κοινωνική στήριξη δύναται να μειώσει τον αρνητικό αντίκτυπο στη ψυχική δομή του ανθρώπου, να αυξήσει την ποιότητα ζωής, να επιφέρει αίσθημα ελπίδας και να ωθήσει την πάσχουσα σε συμμόρφωση με τη θεραπεία και τις πρακτικές καλής υγείας (Northouse, 1988; Devine, Parker, Fouladi & Cohen, 2003).

Κατόπιν, οι έρευνες που επικεντρώνονται αποκλειστικά στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού δεν είναι λίγες. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί σε γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού ότι η αντίληψη πως διαθέτουν υποστηρικτικό δίκτυο μειώνει τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Courstens, Stevens, Crebolder & Philipsen, 1996; Dean & Degner, 1997; Lungton, 1997) και συνάμα η αίσθηση οικογενειακής συνοχής οδηγεί σε βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σε γενικότερη προσαρμογή στην ασθένεια (Hann, Oxman, Ahles & Furstenberg, 1995). Αναφορικά μάλιστα με την αίσθηση της συνοχής και της οικειότητας, η παρουσία κάποιου έμπιστου ανθρώπου κατά τις δύσκολες στιγμές της διάγνωσης, της θεραπείας και της συνολικής πορείας που διανύεται, συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια (Bloom, 1982· 1986). Επιπροσθέτως, η αντίληψη ότι η τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς είναι παρόντα και υποστηρικτικά έχει συνδεθεί και με μειωμένη αίσθηση μοναξιάς και αποξένωσης (Holland & Holahan, 2003). Βέβαια, εκτός από την μειωμένη δυσφορία που έχει παρατηρηθεί, οι Cicero και συνεργάτες (2009) σημείωσαν ότι η αντίληψη πως λαμβάνουν ουσιαστική στήριξη ωθεί τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού να υιοθετούν αγωνιστική στάση απέναντι στην ασθένεια τους και να μην παραιτούνται.

Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, φαίνεται επομένως ότι η κοινωνική στήριξη διαθέτει θετική επίδραση στην προσαρμογή στην ασθένεια. Μάλιστα, αναδεικνύεται και η κατεύθυνση να μελετάμε τις αντιλήψεις των ίδιων των πασχόντων για τη στήριξη που λαμβάνουν προκειμένου να προβλέψουμε την προσαρμογή, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ερευνών που επικεντρώνονται στις καταγραφές των φροντιστών και των μελών του κοινωνικού δικτύου του ασθενούς, κάτι που έχει σημειωθεί και από άλλους ερευνητές εδώ και αρκετά χρόνια (Cohen & Hoberman, 1983; Cohen & Wills, 1985). Έτσι, σκοπός και σε αυτή την έρευνα είναι να εξεταστούν οι αντιλήψεις των ασθενών με καρκίνο του μαστού αναφορικά με την κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν και πως αυτές συνδέονται με την προσαρμογή τους στην ασθένεια. Ταυτόχρονα, ρίχνοντας φως και στη μεταβλητή του ενήλικου ύφους δεσμού και πως συνδέεται με τις αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής στήριξης, εδώ επιχειρείται η σύνδεση μεταξύ τους. Επομένως, με βάση τη θέση ότι τα ενεργά μοντέλα δεσμού ενεργοποιούνται σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή και ότι ο κάθε άνθρωπος υπάρχει μέσα σε ένα πλαίσιο κοινωνικών δικτύων από τα οποία επηρεάζεται η πορεία του στη ζωή, έχειδειχθεί ότι και στη συνθήκη του καρκίνου άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους και αποφυγής δηλώνουν ότι λαμβάνουν λιγότερο ικανοποιητική στήριξη και βιώνουν πιο δύσκολα την ασθένειά τους (Ognibene & Collins, 1998; Collins & Feeney, 2000). Συμπερασματικά λοιπόν φαίνεται ότι την προσαρμογή στην ασθένεια δύνανται να προβλέψουν τόσο ατομικοί παράγοντες, όπως το ύψος δεσμού, όσο και κοινωνικοί, όπως οι αντιλήψεις για τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη στήριξη που παρέχεται.

Η παρούσα έρευνα και οι υποθέσεις

Η αφετηρία της παρούσας ερευνητικής μελέτης εντοπίζεται στο μοντέλο της Watson και των συνεργατών της (1988· 1994), το οποίο προβλέπει ότι οι ασθενείς με καρκίνο υιοθετούν ένα από τα 5 πιθανά μοτίβα προσαρμογής. Συγκεκριμένα, τα μοτίβα είναι τα εξής : α) το Αγωνιστικό Πνεύμα, όπου οι ασθενείς με αποφασιστικότητα παλεύουν για την ασθένειά τους και υιοθετούν αισιόδοξη στάση, β) η Αβοηθησία – Απελπισία, η οποία συνδέεται με τον καταγισμό πληροφοριών αλλά και τη στάση παραίτησης και απαισιοδοξίας, γ) η Αγχώδης Ενασχόληση, όπου η συνεχής ανησυχία για την ασθένεια φέρει αισθήματα κατακερματισμού, άγχους και φόβου, δ) η Μοιρολατρία, που αντικατοπτρίζει την παραίτηση του ασθενούς στα χέρια του Θεού και τη στωική αποδοχή της κατάστασης και στ) η Αποφυγή, όπου ο ασθενής επιθυμεί

να αποσπάται συνεχώς και να αποφεύγει οτιδήποτε σχετίζεται με την κατάστασή του. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τους τους Αναγνωστόπουλος, Κολοκοτρώνη, Σπανέα και Χρυσόχου (2006), τα 5 αυτά μοτίβα αντικατοπτρίζουν 2 κύριες κατηγορίες προσαρμογής, την Προσαρμογή που περιλαμβάνει το Αγωνιστικό Πνεύμα, την Μοιρολατρία και την Αποφυγή και τη Δυσπροσαρμογή που περιλαμβάνει την Αγχώδη Ενασχόληση και την Αβοηθησία – Απελπισία. Στη δική μας έρευνα θα χρησιμοποιηθούν αυτές οι 2 κατηγορίες.

Έτσι, σύμφωνα και με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις προηγούμενες σελίδες, φαίνεται ότι οι κατηγορίες αυτές μπορούν να συνδέονται με τις διαστάσεις του άγχους και της αποφυγής και συνάμα τις αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής στήριξης.

Επομένως, οι υποθέσεις της έρευνας προς εξέταση είναι οι εξής :

1. Το χαμηλό άγχος ή/και η χαμηλή αποφυγή συνδέονται με την προσαρμογή στην ασθένεια.
2. Το υψηλό άγχος ή/και η υψηλή αποφυγή συνδέονται με τη δυσπροσαρμογή στην ασθένεια.
3. Η υποστήριξη που λαμβάνει η ασθενής από την οικογένεια, τους σημαντικούς άλλους και τους φίλους συνδέεται με την προσαρμογή, ενώ η απουσία αυτής συνδέεται με τη δυσπροσαρμογή.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 108 συμμετέχουσες. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών είναι περίπου τα 50 έτη. Το 51,4% εξ' αυτών είναι παντρεμένες, το 22,4% διαζευγμένες και το 16,8% ελεύθερες. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσής τους, σημειώνεται ότι το 21,5% ολοκλήρωσε το λύκειο, το 20,6% έλαβε μεταλυκειακή εκπαίδευση και το 37,4% πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Οι εργαζόμενες γυναίκες αποτελούν το 65,7% του συνόλου, ενώ το 18,1% είναι συνταξιούχες και το 6,7% ασχολείται με τα οικιακά. Ακολούθως, το 16,8% δήλωσε ότι λαμβάνει εισόδημα από 501 έως 800 ευρώ, το 37,4% από 801 έως 1200 ευρώ και το 14% από 1201 έως 1500 ευρώ. Ο μέσος όρος ηλικίας διάγνωσης εντοπίστηκε στα 43 έτη και η μέση διάρκεια της ασθένειας σε έτη εντοπίστηκε λίγο πιο πάνω από τα 6 (6,37 έτη). Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 75% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου βρισκόταν στο Στάδιο 0 της ασθένειας. Το 38,9% είχε ιστορικό διάγνωσης στην οικογένεια, ενώ αναφορικά με τη ληφθείσα θεραπεία υπογραμμίζεται ότι το 50,9% έλαβε χημειοθεραπεία, το 11,1% ακτινοθεραπεία και το 17,6% ορμονοθεραπεία. Μάλιστα, το 12% του συνόλου έλαβε και τα 3 είδη θεραπειών. Τέλος, στην ερώτηση για το αν έχουν υποβληθεί σε κάποιου είδους εγχείρηση, θετικά απάντησε το 98,1%. Επισημαίνεται επομένως ότι, το 40,7% υποβλήθηκε σε ογκιεκτομή, το 12% σε μερική μαστεκτομή και το 45,4% σε ολική μαστεκτομή.

Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Απρίλιος – Ιούνιος 2020. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω διαδικτύου με τη χρήση ηλεκτρονικής πλατφόρμας, η οποία δημοσιεύθηκε σε διαδικτυακές ομάδες γυναικών με καρκίνο του μαστού και προωθήθηκε με e-mail σε αντίστοιχους συλλόγους (βλ. Παράρτημα 1). Η μόνη προϋπόθεση για συμμετοχή στην έρευνα ήταν η συμμετέχουσα να είχε λάβει τη διάγνωση της ασθένειας. Ακόμη, η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη, ενώ δόθηκαν εξ αρχής όλες οι απαραίτητες πληροφορίες αναφορικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τη δυνατότητα επικοινωνίας τόσο με τον επόπτη της έρευνας όσο και με την υπεύθυνη. Στο τέλος της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δόθηκαν επίσης πληροφορίες αναφορικά με τη φύση της έρευνας και τον σκοπό της. Αφού ολοκληρώθηκε η συγκέντρωση των αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκε

στατιστική ανάλυση με τη χρήση του εργαλείου SPSS για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αρχικά ορισμένες ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου που αφορούσαν την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα και την επαγγελματική κατάσταση. Στο συνολικό ερωτηματολόγιο τοποθετήθηκαν επίσης και ερωτήσεις σχετικά με την ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, ρωτήθηκε η ηλικία διάγνωσης, το στάδιο διάγνωσης, το τωρινό στάδιο, η ύπαρξη ιστορικού ΚτΜ και το είδος θεραπείας. Όσον αφορά στο είδος της θεραπείας, η ερώτηση είχε τις εξής επιλογές : α) ακτινοθεραπεία, β) χημειοθεραπεία και γ) ορμονοθεραπεία. Τέλος, συμπεριλήφθηκε ερώτηση που αφορούσε στην εγχείρηση, η οποία ήταν κλειστή (ΝΑΙ/ΟΧΙ) και περιλάμβανε τις εξής 3 επιλογές σε περίπτωση θετικής απάντησης : α) ογκεικτομή, β) μερική μαστεκτομή και γ) ολική μαστεκτομή.

Κατόπιν, για τη διερεύνηση των υποθέσεων χρησιμοποιήθηκαν 3 κλίμακες αξιολόγησης μεταφρασμένες και σταθμισμένες στα ελληνικά.

Συμπυκνωμένη Κλίμακα Αντιμετώπισης Ασθένειας/ Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson et al., 1994; Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chrysochoou, 2006)

Η κλίμακα αντιμετώπισης της ασθένειας αποτελεί αναθεωρημένη και συμπυκνωμένη έκδοση της αρχικής κλίμακας της Watson και των συνεργατών της (1988), Mental Adjustment to Cancer Scale. Η αρχική αυτή κλίμακα των 40 προτάσεων μαζί με 26 ακόμη προτάσεις χορηγήθηκαν σε 573 ασθενείς αρχικού τελικού σταδίου, οι οποίοι είχαν διαγνωσθεί με διάφορες μορφές καρκίνου (π.χ. γυναικολογικός, μαστού, πνευμόνων, εγκεφάλου, κ.ά.). Το παρόν εργαλείο αποτελείται από 29 προτάσεις και διαθέτει 4βάθμια κλίμακα Likert (1= δεν ισχύει καθόλου για μένα, 4= ισχύει για μένα πολύ). Η μετάφραση της κλίμακας στα ελληνικά έγινε από τους Αναγνωστόπουλος, Κολοκοτρώνη, Σπανέα και Χρυσόχου (2006) σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 225 ασθενείς με καρκίνο του μαστού στη Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Αντικαρκινικού και Ογκολογικού Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας», με σκοπό την εξέταση της παραγοντικής δομής του Mini – MAC και την ομαδοποίηση των προτάσεων του εργαλείου σε ευπροσάρμοστες και δυσπροσάρμοστες μεθόδους διαχείρισης της ασθένειας. Από την παραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων

προέκυψαν 5 παράγοντες που αντιστοιχούν σε 5 μοτίβα προσαρμογής στην ασθένεια (αγωνιστικό πνεύμα [$\alpha = ,76$], αβοηθησία – απελπισία [$\alpha = ,87$], αγχώδης ενασχόληση [$\alpha = ,88$], μοιρολατρία [$\alpha = ,62$] και αποφυγή [$\alpha = ,74$]). Σύμφωνα με τους συγγραφείς οι 5 παράγοντες κατέληξαν σε 2 κύρους παράγοντες, την Προσαρμογή και τη Δυσπροσαρμογή ως τρόποι διαχείρισης της ασθένειας του καρκίνου. Τέλος, οι δύο κύριοι παράγοντες της κλίμακας ελέγχθηκαν για την αξιοπιστία τους, η οποία χαρακτηρίζεται ως αρκετά ικανοποιητική ($\alpha = ,82$ για την Προσαρμογή και $\alpha = ,95$ για τη Δυσπροσαρμογή).

Αναθεωρημένη Κλίμακα Ενήλικου Δεσμού/ Revised Adult Attachment Scale (Collins, 1996) – Εκδοχή για τις Στενές Σχέσεις

Η παρούσα κλίμακα αποτελεί αναθεωρημένη έκδοση της αρχικής κλίμακας Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990) και δείχνει πώς το υποκείμενο διάκειται απέναντι στις σημαντικές στενές σχέσεις της ζωής του. Προέκυψε από τις απαντήσεις συμμετεχόντων σε 2 μελέτες κοινωνικής αντίληψης, όπου καλούνταν να απαντήσουν σε υποθετικά σενάρια για τις σχέσεις. Αποτελείται από 3 υποκλίμακες που αφορούν τα εξής : 1) την άνεση με τη συναισθηματική εγγύτητα, 2) την αίσθηση ότι μπορεί να εξαρτάται ή να εμπιστεύεται τους άλλους και 3) το άγχος μήπως το άτομο εγκαταλειφθεί ή δεν αγαπηθεί. Οι 2 αρχικές υποκλίμακες συνδέονται με τη διάσταση της αποφυγής, ενώ η τελευταία συνδέεται με τη διάσταση του άγχους (Breannan κ.ά., 1998). Πραγματοποιήθηκε μετάφραση της κλίμακας και ακολούθως έλεγχος της αξιοπιστίας της, η οποία χαρακτηρίζεται ως αρκετά ικανοποιητική ($\alpha = ,89$ για τη διάσταση του Άγχους και $\alpha = ,78$ για τη διάσταση της Αποφυγής). Τέλος, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 προτάσεις και διαθέτει 5βάθμια κλίμακα Likert (1=δεν με χαρακτηρίζει καθόλου, 5=με χαρακτηρίσει απόλυτα).

Πολυδιάστατη Κλίμακα των Αντιλήψεων για την Κοινωνική Στήριξη/ Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988)

Η κλίμακα του Zimet και των συνεργατών του μετράει την υποκειμενική εκτίμηση αναφορικά με την επάρκεια της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνει το άτομο από τις εξής 3 πηγές : α) την οικογένεια, β) τους φίλους και γ) τους σημαντικούς άλλους. Οι ερευνητές αντιλαμβάνονται αυτές τις πηγές ως ξεχωριστές κατηγορίες – πηγές κοινωνικής στήριξης. Το εργαλείο προέκυψε από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 275 φοιτητές του πανεπιστημίου Duke, όπου χορηγήθηκε μαζί με την κλίμακα Hopkins Symptoms Checklist. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε το παρόν

εργαλείο με 12 προτάσεις, το οποίο διαθέτει 7βάθμια κλίμακα Likert (1= δεν συμφωνώ καθόλου, 7= συμφωνώ απόλυτα) και 3 ξεχωριστούς παράγοντες που συνδέονται και με τις 3 πηγές στήριξης που προαναφέρθηκαν. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η συνολική εσωτερική συνοχή της κλίμακας είναι αρκετά καλή (total Cronbach α = ,88), ενώ συνάμα – όπως ελέγχθηκε μετά τη μετάφραση της κλίμακας – το ίδιο ισχύει και για τις 3 κατηγορίες ξεχωριστά (α = ,93/ α = ,95/ α = ,94 αντίστοιχα όπως αναφέρθηκαν προηγουμένως).

Αποτελέσματα

Με την ολοκλήρωση της συλλογής του δείγματος (108 συμμετέχουσες), πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με τη χρήση του εργαλείου IBM SPSS Statistics. Αρχικά, υπολογίσθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, όπως παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα της ερευνητικής εργασίας. Ακολούθως, διενεργήθηκαν 2 μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, καθώς και ένα μοντέλο συσχέτισης των μεταβλητών για τον έλεγχο των υποθέσεων.

Οι παράγοντες που συνδέονται με την Προσαρμογή στην ασθένεια του Καρκίνου του Μαστού – 1^ο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Ορίζοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την Προσαρμογή, εισήχθησαν στο μοντέλο με τη μέθοδο ENTER οι εξής ανεξάρτητες μεταβλητές που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο: α) ηλικία, β) εισόδημα, γ) διάρκεια ασθένειας (σε έτη) δ) σημαντικός άλλος, ε) οικογένεια, στ) φίλοι, ζ) άγχος, η) αποφυγή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης, η Προσαρμογή φαίνεται να ερμηνεύεται κατά 18,3% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) υποδεικνύει ότι το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό με $F = 3,973$ και $p = .000$. Ωστόσο, από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, παρατηρείται πως μόνο η μεταβλητή της Οικογένειας έχει θετική στατιστικά σημαντική επίδραση στην Προσαρμογή ($t = 1,978$, $p = .051$), ενώ καμία άλλη μεταβλητή δεν φαίνεται να συνδέεται στατιστικώς σημαντικά με την Προσαρμογή (βλ. Παράρτημα 2, Πίνακας 1). Εξηγώντας το εύρημα αυτό, υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς όσο περισσότερο επαρκή αντιλαμβάνονται τη στήριξη που λαμβάνουν από την οικογένεια, τόσο καλύτερη προσαρμογή έχουν στην ασθένεια τους. Έτσι, στο σημείο αυτό με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης, η πρώτη υπόθεση της έρευνας απορρίπτεται, καθώς δεν παρατηρείται σύνδεση μεταξύ άγχους και αποφυγής με την Προσαρμογή. Παρ' όλα αυτά, η τρίτη υπόθεση της έρευνας επιβεβαιώνεται εν μέρη, δεδομένης της σύνδεσης του παράγοντα της οικογένειας με την Προσαρμογή.

Οι παράγοντες που συνδέονται με τη Δυσπροσαρμογή στην ασθένεια του Καρκίνου του Μαστού – 2^ο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Ορίζοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη Δυσπροσαρμογή, εισήχθησαν στο μοντέλο με τη μέθοδο ENTER οι ίδιες ανεξάρτητες μεταβλητές με το προηγούμενο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης, η Δυσπροσαρμογή φαίνεται να ερμηνεύεται κατά 18,4% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) υποδεικνύει ότι το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό με $F= 3,985$ και $p= .000$. Από το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών, παρατηρείται πως η μεταβλητή του Άγχους έχει θετική στατιστικά σημαντική επίδραση στη Δυσπροσαρμογή ($t= 2,293$ και $p= .024$), επιβεβαιώνοντας τη δεύτερη υπόθεση της έρευνας ότι όσο περισσότερο αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους, τόσο πιο δύσκολη καθίσταται η προσαρμογή στην ασθένεια. Ακολούθως, η Οικογένεια φαίνεται επίσης να έχει αρνητική στατιστικά σημαντική επίδραση στη Δυσπροσαρμογή ($t= -2,079$ και $p= .040$). Εξηγώντας αυτό το εύρημα, υποστηρίζεται ότι όσο λιγότερο επαρκή αντιλαμβάνονται τη στήριξη της οικογένειας τους οι ασθενείς, τόσο αυξάνει ο βαθμός δυσπροσαρμογής στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Έτσι, επιβεβαιώνεται ξανά εν μέρη η τρίτη υπόθεση της έρευνας, με βάση την αρνητική σύνδεση της μεταβλητής της οικογένειας με τη Δυσπροσαρμογή. (βλ. Παράρτημα 2, Πίνακας 2)

Το μοντέλο συσχέτισης των μεταβλητών

Δεδομένου ότι τα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης δεν επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις της έρευνας όπως αναμενόταν, διενεργήθηκε και ένα ακόμη μοντέλο συσχέτισεων των μεταβλητών από το οποίο προκύπτουν τα εξής:

1. Ανάμεσα στην Αποφυγή και την Προσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -.265$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός ($p=.006$).
2. Ανάμεσα στην Αποφυγή και τη Δυσπροσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = ,206$) είναι χαμηλός θετικός και στατιστικά σημαντικός ($p=.032$).
3. Ανάμεσα στο Άγχος και την Προσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -,368$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός ($p=.000$).
4. Ανάμεσα στο Άγχος και τη Δυσπροσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r=,383$) είναι χαμηλός θετικός και στατιστικά σημαντικός ($p=.000$).
5. Ανάμεσα στον Σημαντικό Άλλο και την Προσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r= ,314$) είναι χαμηλός θετικός και στατιστικά σημαντικός ($p=.001$).
6. Ανάμεσα στον Σημαντικό Άλλο και τη Δυσπροσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r= -,200$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός ($p=.038$).

7. Ανάμεσα στην Οικογένεια και την Προσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = ,427$) είναι χαμηλός θετικός και στατιστικά σημαντικός ($p = 0,000$).
8. Ανάμεσα στην Οικογένεια και τη Δυσπροσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -0,352$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός ($p = 0,000$).
9. Ανάμεσα στους Φίλους και την Προσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = ,155$) είναι μηδενικός και μη στατιστικά σημαντικός ($p = 0,188$).
10. Ανάμεσα στους Φίλους και τη Δυσπροσαρμογή ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -,086$) είναι μηδενικός και μη στατιστικά σημαντικός ($p = 0,378$).
11. Δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές της Ηλικίας, του Εισοδήματος και της Διάρκειας της ασθένειας με τα μοτίβα της Προσαρμογής και της Δυσπροσαρμογής.

(βλ. Παράρτημα 2, Πίνακας 3)

Σε αντίθεση με τα μοντέλα της παλινδρόμησης, όπου φάνηκε να επιδρά στην Προσαρμογή θετικά μόνο η Οικογένεια και στη Δυσπροσαρμογή να συνδέεται θετικά το Άγχος και αρνητικά η Οικογένεια, από το μοντέλο της συσχέτισης αντλούμε πληροφορίες που επιτρέπουν να επιβεβαιωθούν ακόμη και διστακτικά – δεδομένων των χαμηλών συσχετίσεων, οι υποθέσεις. Έτσι, πράγματι τα χαμηλά επίπεδα Αποφυγής συσχετίζονται με την Προσαρμογή, ενώ τα υψηλά επίπεδα με τη Δυσπροσαρμογή, αντίστοιχα με το Άγχος. Ακόμη, η στήριξη που λαμβάνεται από τον Σημαντικό Άλλο και την Οικογένεια, όταν είναι επαρκής συσχετίζεται με την Προσαρμογή στην ασθένεια του Καρκίνου του Μαστού, ενώ όταν δεν είναι επαρκής συσχετίζεται με τη Δυσπροσαρμογή. Παρ' όλα αυτά, η στήριξη από τους Φίλους – είτε ικανοποιητική, είτε όχι, φάνηκε να μην συσχετίζεται με κανένα από τα δύο μοτίβα προσαρμογής στην ασθένεια, εύρημα το οποίο θα αναπτυχθεί στην επόμενη ενότητα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων μας επιτρέπουν να επιβεβαιώσουμε τις υποθέσεις μας και να στηριχτούμε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε για να εξετάσει εάν οι διαστάσεις του άγχους και της αποφυγής, σε συνάρτηση με τις αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής στήριξης από την οικογένεια, τον σημαντικό άλλο και τους φίλους, συνδέονται με τα μοτίβα της Προσαρμογής και της Δυσπροσαρμογής. Οι υποθέσεις είκαζαν πως όλες οι παραπάνω υπό μελέτη μεταβλητές δύνανται να επιδρούν στις δύο διαστάσεις της ψυχολογικής προσαρμογής στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Παρ' όλα αυτά, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως δεν επαληθεύτηκαν επαρκώς.

Αρχικά, πράγματι επιβεβαιώθηκε η υπόθεση της σύνδεσης του Άγχους με τη Δυσπροσαρμογή. Έχει φανεί και σε προηγούμενες έρευνες, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, πως τα υψηλά επίπεδα άγχους συνδέονται με μειωμένη και φτωχή προσαρμογή στην ασθένεια εν γένει (Hunter, Davis & Tunstall, 2006; Rodin et al., 2007; Cicero et al., 2009; Porter et al., 2012). Έτσι, αποδεικνύεται ότι και στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού οι πάσχουσες που εμφανίζουν υψηλό άγχος αναφορικά με τις στενές σχέσεις της ζωής τους εμφανίζουν και δυσμενή μοτίβα προσαρμογής στην ασθένεια. Τα μοτίβα αυτά θα μπορούσαν να αφορούν σε συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθηματικές αντιδράσεις υπερβολικής ενασχόλησης με την ασθένεια ή/ και με τις συνθήκες της καθημερινότητας και των κοινωνικών σχέσεων, καθώς επίσης και στην αίσθηση αβοηθησίας και απελπισίας γι' αυτές τις συνθήκες. Το εύρημα αυτό αξιολογείται ως ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς γίνεται εμφανές πως σε γυναίκες που πάσχουν από την ασθένεια του καρκίνου του μαστού και οι οποίες τείνουν ταυτόχρονα να έχουν υψηλό άγχος αναφορικά με τις στενές σχέσεις της ζωής τους σε γενικότερο επίπεδο, ανεξαρτήτως σταδίου και φάσης στη θεραπεία, αναστέλλεται η ομαλή προσαρμογή τους. Επομένως, απαιτούνται υποστηρικτικές παρεμβάσεις που θα βοηθούν στη μείωση του άγχους, στη βελτίωση των σχέσεων και κατ' επέκταση στη δυνατότητα για καλύτερη προσαρμογή.

Ακολούθως, αξίζει να σημειωθεί πως δεν παρατηρήθηκε κανενός είδους σύνδεση της διάστασης της Αποφυγής, είτε με την Προσαρμογή, είτε με τη Δυσπροσαρμογή στο μοντέλο της παλινδρόμησης. Παρά τα επιβεβαιωμένα ευρήματα προηγούμενων μελετών που παρουσιάστηκαν παραπάνω, η Αποφυγή φαίνεται να μην επιδρά στα μοτίβα προσαρμογής στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε την απουσία σύνδεσης, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως ενδέχεται να οφείλεται σε μια πιθανή αποτυχία κατά την μέτρηση/ερευνητική διαδικασία. Εξηγώντας, η έννοια της αποφυγής (avoidance) που

αποτελούσε ξεχωριστό μοτίβο προσαρμογής στην ασθένεια (Watson et al., 1994), συμπεριλήφθηκε εν τέλει στον παράγοντα της Προσαρμογής (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chrysochoou, 2006). Ταυτόχρονα, η Collins (1996), κατά την κατασκευή του Revised Adult Attachment Scale, μελέτησε την αποφυγή με όρους δεσμού, ως δηλαδή την απουσία εμπλοκής σε στενές σχέσεις. Έτσι, ένας πιθανός λόγος που δεν βρέθηκε καμία σύνδεση μεταξύ των υπό μέτρηση εννοιών να αφορά στη λανθασμένη διαδικασία μέτρησης και στα εργαλεία. Παρ' όλα αυτά, κατά την μέτρηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, η Αποφυγή βρέθηκε να συνδέεται θετικά με τη Δυσπροσαρμογή και αρνητικά με την Προσαρμογή, επιτρέποντας την αποδοχή των προηγούμενων ευρημάτων αναφορικά με τη συσχέτιση της διάστασης της αποφευκτικότητας με την φτωχή ποιότητα ζωής και την μειωμένη συναισθηματική ανθεκτικότητα (Miculincer & Florian, 1998; Fagundes et al., 2013).

Όσον αφορά στις αντιλήψεις για την παροχή στήριξης από την οικογένεια, τον σημαντικό άλλο και τους φίλους, είναι ενδιαφέρον πως η οικογένεια βρέθηκε να παίζει τον σημαντικότερο ρόλο. Συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις ότι η παροχή στήριξης από την οικογένεια είναι επαρκής, φάνηκε να επιδρούν θετικά στην Προσαρμογή στην ασθένεια. Στον αντίθετο πόλο, οι αντιλήψεις ότι η στήριξη είναι ανεπαρκής, φάνηκε να επιδρούν αρνητικά στη Δυσπροσαρμογή. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει και αναδεικνύει τον ισχυρό ρόλο που καταλαμβάνει η οικογένεια σε μια περίοδο ισχυρής συναισθηματικής και σωματικής κρίσης για την πάσχουσα, ταυτόχρονα με την ανάγκη για στήριξη από τα πρόσωπα του στενού αυτού οικείου περιβάλλοντος (Hann, Oxman, Ahles & Furstenberg, 1995; Holland & Holahan, 2003).

Σε αντίθεση ωστόσο με τον ρόλο της οικογενειακής στήριξης που επιβεβαιώθηκε τόσο μέσω της παλινδρόμησης όσο και της συσχέτισης, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως η στήριξη από τους φίλους φάνηκε να μην συνδέεται με κανένα από τα δύο μοτίβα (Προσαρμογή και Δυσπροσαρμογή), ενώ η στήριξη από τον σημαντικό άλλο φάνηκε να συνδέεται σε μικρό βαθμό μόνο κατά τη συσχέτιση. Μάλιστα, βρέθηκε να συσχετίζεται σε χαμηλό βαθμό θετικά με την Προσαρμογή και αρνητικά με τη Δυσπροσαρμογή, κάτι που επιβεβαιώνει και τα ευρήματα άλλων μελετών (Bloom, 1982· 1986), αλλά και την υπόθεσή μας. Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως οι πάσχουσες φαίνεται να μην επιλέγουν εύκολα το ευρύτερο περιβάλλον τους για να μοιραστούν τις δυσκολίες που συνοδεύουν την ασθένεια τους, παρά μόνο το στενό δίκτυο της οικογένειας. Πράγματι, οι πληροφορίες αναφορικά με την ασθένεια, η εμπειρία της θεραπείας, αλλά και τα ποικίλα ζητήματα

που καλείται η κάθε ασθενής να αντιμετωπίσει, αποτελούν ευαίσθητα δεδομένα που μπορούν να διαμοιραστούν στους κόλπους ενός στενού δικτύου εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Επομένως, η ευαισθησία των πληροφοριών και η δυσκολία αποκάλυψής τους θα μπορούσε να αποτελεί μια πιθανή εξήγηση των παραπάνω ευρημάτων.

Έτσι, τα παραπάνω αποτελέσματα μας ωθούν να καταλήξουμε στη σημασία διάκρισης μεταξύ των πηγών στήριξης που λαμβάνει μια ασθενής. Παρά τον ιδιαίτερο ρόλο που καταλαμβάνει γενικά το υποστηρικτικό δίκτυο στη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας (Courten, Stevens, Crebolder & Philipsen, 1996; Dean & Degner, 1997; Lungton, 1997), συγκεκριμένα η οικογένεια φαίνεται να κατέχει σπουδαιότερο ρόλο στην ομαλή ή όχι εμπειρία της ασθένειας. Συμπερασματικά λοιπόν, κατά τη συμβουλευτική και θεραπευτική πρακτική με τις ασθενείς, είναι σημαντικό να γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στα υποστηρικτικά δίκτυα, καθώς φαίνεται να μην είναι κατάλληλα ούτε τα πολλά, ούτε όλα τα πρόσωπα του περιβάλλοντος, ενώ ταυτόχρονα είναι χρήσιμο να ενθαρρύνεται η επαφή με εκείνα τα πρόσωπα που παρατηρείται να έχουν ευεργετική επίδραση, που ως επί τω πλείστων φαίνεται να είναι η οικογένεια.

Επιπροσθέτως, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα αναφορικά με την ηλικία, το εισόδημα και τη διάρκεια της ασθένειας (σε έτη), που μετρήθηκαν σχετικά με την επίδραση και τη συσχέτισή τους με την Προσαρμογή και τη Δυσπροσαρμογή. Φάνηκε ότι δεν παίζουν κανένα ρόλο στα δύο μοτίβα αντιμετώπισης της ασθένειας, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με την πληθώρα των ερευνών στον τομέα της προσαρμογής στην ασθένεια και στον καρκίνο του μαστού συγκεκριμένα (Brandão, Schultz & Matos, 2016). Το αποτέλεσμα αυτό, σε συνάρτηση και με τα προηγούμενα που δεν επιβεβαίωσαν επαρκώς τις υποθέσεις της παρούσας μελέτης, μας οδηγεί να συνταχούμε με την άποψη που υποστηρίζει την πολυπαραγοντική διάσταση της ασθένειας και τη δυναμική της διαδικασία. Πράγματι, αναδεικνύεται το γεγονός ότι το βίωμα της ασθένειας και η προσαρμογή σε αυτή αποτελεί διαδικασία συνεχών εναλλαγών και εξελίξεων, που επηρεάζεται τόσο από περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όσο και από ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες και σχετικούς με την πορεία της ασθένειας καθαρής. Έτσι, όπως υποστήριζαν και οι Stanton, Revenson και Tennen (2007), η εμπειρία της ασθένειας παρουσιάζει ποικιλομορφία και καθορίζεται από το σύνολο της ταυτότητας της κάθε πάσχουσας, θέση που διεγείρει ερωτήματα αναφορικά με την έννοια της προσαρμογής και οδηγεί στην αναπόφευκτη επισήμανση των περιορισμών της έρευνας.

Οι περιορισμοί της έρευνας

Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο αλλά και τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας οδηγούμαστε σε ορισμένους περιορισμούς.

1. Τα ποσοστά της μεταβλητότητας των εξαρτημένων μεταβλητών που ερμηνεύονται από τις ανεξάρτητες είναι αρκετά χαμηλά, παρά το γεγονός ότι είναι στατιστικά σημαντικά. Αυτό το σημείο σαφώς αποτελεί έναν περιορισμό για την έρευνα, παρ' όλο που πραγματοποιείται σε ειδικό πληθυσμό. Έτσι, το γεγονός αυτό οδηγεί στην ανάγκη να εγχειρηματοποιηθούν περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές για να εξεταστεί η επίδρασή τους στα μοτίβα προσαρμογής.
2. Ο αριθμός των συμμετεχουσών χαρακτηρίζεται ως ικανοποιητικός. Παρ' όλα αυτά, διατηρείται ένα ποσοστό επιφύλαξης όσον αφορά στη γενίκευση και την αναγωγή των αποτελεσμάτων στη συνολική μερίδα των ασθενών. Εξηγώντας, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά, με την κοινοποίηση της φόρμας σε ειδικές ομάδες γυναικών ασθενών με καρκίνο του μαστού και με την προώθηση σε αντίστοιχους συλλόγους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου επομένως απαιτούσε χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και πρόσβαση στο διαδίκτυο. Η συνθήκη αυτή αναπόφευκτα απέκλειε γυναίκες ασθενείς που δεν έχουν αυτά τα τεχνικά μέσα και είτε βρίσκονται σε θεραπεία, είτε δεν διαθέτουν αυτή τη δυνατότητα λόγω υποκειμενικών συνθηκών. Αυτή η μερίδα ασθενών υποθέτουμε ότι θα μπορούσε να μας δώσει ενδιαφέροντα στοιχεία για την εξέταση των υποθέσεων μας, καθώς αντικατοπτρίζουν τις ιδιαίτερες συνθήκες που επιβαρύνουν στην ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια.
3. Το φαινόμενο της κοινωνικής επιθυμητότητας θα μπορούσε να εμφανίζεται και σε αυτή την έρευνα. Τα αποτελέσματα σχετικά με τις αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής στήριξης δεν ήταν τα αναμενόμενα, ούτε σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες. Έτσι, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως ειδικά στον τομέα των σχέσεων και της στήριξης από αυτές ίσως να εμφανίζεται το φαινόμενο αυτό και τα υποκείμενα να έδιναν απαντήσεις περισσότερο κοινωνικά αποδεκτές παρά τη διαβεβαίωση σχετικά με την τήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας. Βέβαια, η παρατήρηση αυτή θεωρείται σφάλμα που στην πληθώρα των ποσοτικών ερευνών δεν μπορεί να αποφευχθεί.

4. Ένας ακόμη περιορισμός που αναδείχθηκε και παραπάνω αφορά στην ενδεχόμενη μη ακριβή μέτρηση που προφέρουν τα ποσοτικά εργαλεία. Οι διαστάσεις του Άγχους και της Αποφυγής αποτελούν ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και χαρακτηριστικά μοτίβα που εμφανίζονται με ποικίλες διακυμάνσεις ανάλογα τη συνθήκη. Έτσι, ένα ερωτηματολόγιο δύναται να μετρήσει την έκφραση αυτών των μοτίβων σε μια δεδομένη στιγμή κατά τη διάρκεια της πορείας της ασθένειας και όχι διαχρονικά και στη συνολική τους διάσταση.
5. Τέλος, ο ορισμός της έννοιας της προσαρμογής με τη χρήση συγκεκριμένων μοτίβων που αντικατοπτρίζουν σαφείς συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό. Πράγματι, αποτελεί δύσκολο και πολυπαραγοντικό το εγχείρημα ορισμού αυτής της έννοιας, πόσο μάλλον η μέτρησή της με ποσοτικά εργαλεία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκαν οι μεταβλητές που επιδρούν στην Προσαρμογή και τη Δυσπροσαρμογή, αλλά η μη επάρκεια αυτών φέρνει στην επιφάνεια την ανάγκη να εγχειρηματοποιηθεί ποικιλοτρόπως η έρευνα στο πεδίο αυτό.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Οι παραπάνω περιορισμοί αναδεικνύουν ορισμένα σημεία της έρευνας τα οποία επιδέχονται βελτίωση, που με τον σχεδιασμό επόμενων ερευνών θα μπορούσαν σε σημαντικό βαθμό να μειωθούν. Έτσι, διατυπώνονται εδώ κάποιες συγκεκριμένες προτάσεις :

1. Αρχικά, η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας για τη μελέτη του φαινομένου θα μπορούσε να αναδείξει επαρκέστερα τη διάσταση της προσαρμογής στην ασθένεια με όρους δεσμού, αλλά και των αντιλήψεων για την παροχή κοινωνικής στήριξης. Η αφήγηση του βιώματος της ασθένειας αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων. Επίσης, η ποιοτική έρευνα δύναται να φέρει στην επιφάνεια το σύνολο της εμπειρίας, καθώς και εκδηλώσεις που θα μπορούσαν να καταγραφούν και να αναλυθούν (συναισθηματική κατάσταση, τόνος φωνής, διάρκεια αφήγησης, προθυμία για συμμετοχή).
2. Η περίπτωση της εφαρμογής διαχρονικής έρευνας στη διερεύνηση του ζητήματος της προσαρμογής αποτελεί μια ακόμη πρόταση για το μέλλον. Η

διαχρονική έρευνα χωρισμένη σε συγκεκριμένες φάσεις θα μπορούσε να αποτυπώσει την πορεία της εμπειρίας της ασθένειας και να εξαλείψει ορισμένους από τους περιορισμούς. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να χωριστούν οι φάσεις ως εξής: α) κατά τη διάγνωση, β) 6 μήνες μετά τη διάγνωση, γ) 1 χρόνο μετά τη διάγνωση και δ) 2 – 3 χρόνια μετά τη διάγνωση. Μέσα από αυτόν τον ερευνητικό σχεδιασμό, οι μελετητές θα μπορούσαν να εντοπίσουν τις περιόδους κατά τις οποίες οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερο άγχος και αποφυγή αναφορικά με τη ασθένεια τους και έχουν ανάγκη τη στήριξη των οικείων τους. Έτσι, η οργάνωση των υπηρεσιών θα μπορούσε να είναι επαρκέστερη και περισσότερο ικανοποιητική, εφ' όσον θα αναδεικνύονταν οι ομάδες μεγαλύτερης ανάγκης.

3. Από τις στατιστικές αναλύσεις φάνηκε πως η αντίληψη σχετικά με την παροχή βοήθειας από τον Σημαντικό Άλλο δεν συσχετίζεται σημαντικά με την Προσαρμογή ή τη Δυσπροσαρμογή, ενώ οι Φίλοι δεν έπαιζαν κανένα ρόλο σε αυτά τα μοτίβα. Έτσι, προτείνεται η εξέταση του ρόλου του προσωπικού φροντίδας, σε συνδυασμό με τη στήριξη από ομάδες αυτοβοήθειας (γυναικών που πάσχουν από την ίδια ασθένεια). Μάλιστα, σε προηγούμενες έρευνες έχει αναδειχθεί ο σημαντικός ρόλος της στήριξης που παρέχουν οι ομάδες ομότιμων στην καλύτερη προσαρμογή, στη μείωση του άγχους και της αποφευκτικότητας στα ζητήματα της ασθένειας και στην βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Spiegel, Bloom & Yalom, 1981; Sparks, 1988; Edelman, Lemon, Bell & Kidman, 1999). Επομένως, η διερεύνηση του πεδίου αυτού στον ελληνικό πληθυσμό θα μπορούσε να αναδείξει σημαντικά ευρήματα που θα εκκινήσουν τον σχεδιασμό θεραπευτικών πλάνων προς όφελος των ασθενών.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με στόχο την εξέταση των παραγόντων που συμβάλλουν στη ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Μέσα από τη διερεύνηση του ρόλου του ενήλικου δεσμού και των αντιλήψεων για την παροχή κοινωνικής στήριξης, και κατ' επέκταση μέσα από την επιβεβαίωση των υποθέσεων, ο σκοπός ήταν η ανάδειξη των ασθενών που βρίσκονται σε υψηλότερο ρίσκο (υψηλό άγχος και αποφυγή, μειωμένη στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον), έτσι ώστε να σχεδιαστούν αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις στήριξης. Παρ' όλα αυτά, οι υποθέσεις της έρευνας δεν επιβεβαιώθηκαν επαρκώς. Έτσι, κρίνεται

απαραίτητο να τονιστούν οι περιορισμοί, αλλά και προταθούν περαιτέρω σχεδιασμοί για το μέλλον. Είναι γεγονός πως η διάγνωση της ασθένειας του καρκίνου του μαστού αποτελεί μια κρίσιμη συνθήκη στη ζωή της γυναίκας, κατά την οποία υπάρχει εξαιρετική ανάγκη αρωγής σε συναισθηματικό, πρακτικό και ιατρικό επίπεδο. Η έρευνα αυτή συνδράμει στον εμπλουτισμό της γνώσης και ρίχνει φως στις συνθήκες που συντελούν στην εμπειρία της ίδιας της ασθένειας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Καφέτσιος, Κ. (2005). Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, PH., Spanea, E. & Chrosochoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) Scale: Construct Validation with a Greek Sample of Breast Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 15: 79-89.
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H. & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: A population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 134, 1311-1318.
- Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *Psychology and Psychotherapy*, 70(3), 249–263.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Blackwell, B. (1992). Sick-role susceptibility. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 79 –90.
- Bloom, J.R. (1982). Social Support, Accommodation to Stress and Adjustment to Breast Cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 1329 - 1338.
- Bloom, J.R. (1986). Social support and adjustment to breast cancer. In: Andersen, B.L. (Ed.), *Women with Cancer: Psychological Perspectives*, 204–229.
- Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 768–777.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Attachment (Vol. 1). N.Y.: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation: Anxiety and Anger (Vol. 2). N.Y.: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Sadness and depression (Vol. 3). N.Y.: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). A secure base. *Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Psychological adjustment after

- breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*. 26(7), 917–926.
- Brennan, K.A., Shaver, P.R. & Tobey, A.E. (1991). Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*. 8, 451–466.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 4676). New York, NY: Guilford.
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis: Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*. 32, 263–272.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*. 330(7493), 3–6.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S. Ketcham, A.S., Moffat, J., Frederick, L., Clark, Kimberley, C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65, 375–390.
- Cassel, J. (1976). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*. 64, 1040-1043.
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S. & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*. 18, 1045–1052.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*. 7, 269-97.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*. 13, 99-125.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). Orlando, FL: Academic.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98, 310-357.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 71(4), 810–832.
- Collins, N.L. & Feeney, B.C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 78,1053–1073.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Revised adult attachment scale. Unpublished instrument, Department of Psychology, University of Southern California, Los Angeles, CA.

- Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Mattes, M.L., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F., & Roman, S.L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*. 97, 1625–1631.
- Courtens, A.M., Stevens, F.C., Crebolder, H.F. & Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*. 19(3), 162–169.
- Deane, A.K. & Degner, L.F. (1997). Determining the information needs of women after breast biopsy procedures. *Aorn Journal*. 65, 767–776.
- Devine, D., Parker, P., Fouladi, R.T. & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*. 12, 453–462.
- Edelman, S., Lemon, J., Bell, D.R. & Kidman, A.D. (1999). Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho – oncology*, 8, 474-81.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J. & Hamovich, M. (1992). Social Relations, Social Support and Survival among Patients with Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 6, 531-541.
- Fagundes, C. P., Jaremka, L. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-glaser, J. K. (2014). Attachment style and respiratory sinus arrhythmia predict post-treatment quality of life in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 23(7), 820–826.
- Fraley, R.C. & Waller, N.G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J.A. SIMPSON & W.S. RHOLES (Eds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). N.Y.: Guilford.
- Gao, J., & Dizon, D. S. (2013). Preparing for Survivorship: Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *The Journal of Sexual Medicine*. 10(S1), 16–20.
- Gottlieb, B.H & Selby, I.M. (1989). Social support and mental health: a review of the literature. Review funded by National Health Research and Development Programme. Health and Welfare Canada.
- Hack, T.F., Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*. 13, 235-247.
- Hamama-Raz, Y. & Solomon, Z. (2006). Psychological adjustment of melanoma survivors. *Journal of Individual Differences*. 27(3), 172–182.
- Hann, D.M., Baker, F. & Denniston, M. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosom Research*. 52, 279–283.
- Hann, D.M., Oxman, T.E., Ahles, T.A., Furstenberg, C.T. & Stuke, T.A. (1995). Social support adequacy and depression in older patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*. 4, 213–221.
- Harlow, H.F. & Harlow, M.K. (1965). The affectional systems. In A.M. SCHRIER, H.F. Harlow & F. Stollniz (Eds), *Behaviour of Nonhuman Primates*. New York: Academic Press.
- Hazan, C, Shaver PR. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment

- process. *Journal of Personality Social Psychology*. 52, 511–24.
- Herth, K.A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncological Nurse Forum*. 16, 67–72.
- Holland, K.D. & Holahan, C.K. (2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology & Health*. 18(1), 15-29.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *American Association for the Advancement of Science*. 241, 540-545.
- Hunter, M.J., Davis, P.J. & Tunstall, J.R. (2006). The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psycho-Oncology*. 15, 431–444.
- Jemmott, J. B., & Locke, S. E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Kirkpatrick, L.A. & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*. 1, 123-142.
- Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Holleczeck, B., Singer, S., Brenner, H. & Arndt, V. (2013). Quality of life in long-term breast cancer survivors - a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncologica*. 52, 1119-1128.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2018). The Role of Optimism, Social Constraints, Coping, and Cognitive Processing in Psychosocial Adjustment Among Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 25(4), 452–462.
- LaRocco, J.M., House, J.S. & French, J.R.P. (1980). Social Support, Occupational Stress, and Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 21(3), 202-218
- Lungton, J. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1184–1191.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50(1-2), 66-104.
- Maunder, R.G. & Hunter, J.J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine* 63, 556–567.
- Maunder, R.G. & Hunter, J.J. (2008). Attachment Relationships as Determinants of Physical Health. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 36(1), 11-32.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1995). Appraisal and coping with a real-life stressful situation: the contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 21, 408–416.
- Northouse, L.L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*. 37, 91–95.
- OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD Publishing.
- Ognibene, T.C. & Collins, N.L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*. 15,

- Payne, D.K., Sullivan, M.D., Massie, M.J. (1996). Women's psychological reactions to breast cancer. *Seminars in Oncology*. 23 (1 Suppl. 2): 89–97.
- Porter, L.S., Keefe, F.J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C. & Garst, J. (2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment. *Support Care Cancer*. 20, 2459–2466.
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F.A., Moore, M., Braun, M., Donner, A. & Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*. 16, 1080–1091.
- Schmidt, S.D., Blank, T.O., Bellizzi, K.M. & Park, C.L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*. 17, 1033–1040.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach, L.L. & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho – Oncology*. 7, 69–77.
- Sparks, T.F. (1988). Coping with the psychosocial stresses of oncology care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 165–179.
- Spiegel D, Bloom JR & Yalom I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: a randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527–33.
- Stanton, A. L., & Bower, J. E. (2015). Psychological adjustment in breast cancer survivors. In P. A. Ganz (Ed.), *Improving outcomes for breast cancer survivors: Perspectives on research challenges and opportunities*. 231–242.
- Stanton, A.L., Collins, C.A., Sworowski, L.A. (2001). Adjustment to chronic illness: theory and research. In *Handbook of Health Psychology*. 387–403.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A., Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 875–882.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*. 58, 565–592.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, Beliefs about Control, and Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46(3), 489–502.
- Walker, K.N., MacBride, A. & Vachon, M.L. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*. 11(1), 35–41.
- Wallston, B.S., Alagna, S.W., DeVellis, B.M. & DeVellis, R.F. (1993). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2, 367–391.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*. 21(1), 51–57.

- Watson, M., Law, M.G., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J. & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC, *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18:203–209.
- Watson, M., Law, M. G., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (2008). The Mini-MAC. *Journal of Psychosocial Oncology*. 12(3), 33–46.
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. (1976). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 7, 1–15.
- Zimet, D.G., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

Παράρτημα 1

Έρευνα για τις εμπειρίες των γυναικών που ζουν με Καρκίνο του Μαστού

Η έρευνα αυτή αφορά γυναίκες που ζουν με καρκίνο μαστού και μελετά πως οι προσωπικές σχέσεις και το κοινωνικό τους περιβάλλον τις βοηθά να τα βγάλουν πέρα με την ασθένεια. Πραγματοποιείται με την εποπτεία και έγκριση του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ταυτότητες και Διαπροσωπικές Σχέσεις» του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου.

Η συμμετοχή σας δεν θα πάρει περισσότερο από δεκαπέντε ή είκοσι το πολύ λεπτά, είναι εθελοντική, ανώνυμη και δεν περιέχει κανενός είδους δοκιμασίας για εσάς ή τυχόν ενόχληση. Δεν πρόκειται άλλωστε για τεστ και δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Οι απαντήσεις που θα προκύψουν διέπονται από τις αρχές περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από τους δύο ερευνητές που ονομάζονται παρακάτω, με τη μορφή συνολικών αριθμητικών δεδομένων από όλες τις συμμετέχουσες για στατιστική ανάλυση.

Εάν έχετε απορίες για το πως να απαντήσετε συγκεκριμένες ερωτήσεις επικοινωνήστε με την υπεύθυνη της έρευνας, ενώ για γενικότερα ερωτήματα ή τυχόν αντιδράσεις που θέλετε να εκφράσετε απευθυνθείτε στον επόπτη της.

Υπεύθυνη έρευνας: Ασπασία Σπηλιοπούλου, Ψυχολόγος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος «Ψυχολογία» του Παντείου Πανεπιστημίου,

spiliopoulouaspasia@gmail.com

Επόπτης έρευνας: Παναγιώτης Κορδούτης, Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών,

kordouti@panteion.gr

Οφέλη από μια έρευνα σαν κι αυτήν προκύπτουν όταν οι απαντήσεις είναι ειλικρινείς και αυθόρμητες. Γι' αυτό σας ζητάμε να απαντάτε χωρίς ενδοιασμούς, δείχνοντας με κάθε απάντηση, τι εσείς προσωπικά πραγματικά κάνετε, πιστεύετε ή νιώθετε καθώς ζείτε την εμπειρία της ασθένειας. Στο τέλος του ερωτηματολογίου θα σας ενημερώσουμε με περισσότερη λεπτομέρεια για τους σκοπούς της έρευνας.

Συνεχίζοντας στην επόμενη σελίδα, συναινείτε να συμμετάσχετε στην έρευνά μας γνωρίζοντας τους όρους της εθελούσιας συμμετοχής, της ανωνυμίας και προστασίας των δεδομένων σας. Εάν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας θελήσετε για οποιοδήποτε λόγο να διακόψετε, είστε ελεύθερη να το κάνετε, χωρίς καμία συνέπεια.

Ευχαριστούμε για την πολύτιμη συμμετοχή σας!

Παρακαλώ, δώστε μας παρακάτω ορισμένες πληροφορίες για εσάς, πάντα ανώνυμα.

1. Ηλικία

2. Οικογενειακή κατάσταση

- ☐ Ελεύθερη
- ☐ Σε ανεπίσημη σχέση
- ☐ Παντρεμένη
- ☐ Διαζευγμένη
- ☐ Άλλο: _____

3. Επίπεδο εκπαίδευσης

- ☐ Δημοτικό
- ☐ 9 χρόνια εκπαίδευση
- ☐ (δημοτικό - γυμνάσιο) Λύκειο
- ☐ Μεταλυκειακή εκπαίδευση
- ☐ Πανεπιστημιακή εκπαίδευση
- ☐ (Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι.)
- ☐ Μεταπτυχιακό
- ☐ Διδακτορικό

4. Απασχόληση

- ☐ Φοιτήτρια
- ☐ Εργαζόμενη
- ☐ Άνεργη
- ☐ Άλλο: _____

5. Μηνιαίο εισόδημα

- ☐ Δεν έχω
- ☐ Έως 500 ευρώ
- ☐ 501 έως 800 ευρώ
- ☐ 801 έως 1200 ευρώ
- ☐ 1201 έως 1500 ευρώ
- ☐ 1501 έως 2000 ευρώ
- ☐ 2001 έως 3000 ευρώ
- ☐ 3001 ευρώ και άνω

Δώστε μας μερικές γενικές πληροφορίες για την ασθένεια και την αντιμετώπισή της

1. Ηλικία διάγνωσης

2. Στάδιο διάγνωσης

- ☐ Στάδιο 0
- ☐ Στάδιο I
- ☐ Στάδιο II A
- ☐ Στάδιο II B
- ☐ Στάδιο III A
- ☐ Στάδιο III B
- ☐ Στάδιο IV

3. Τωρινό στάδιο

- ☐ Στάδιο 0
- ☐ Στάδιο I
- ☐ Στάδιο II A
- ☐ Στάδιο II B
- ☐ Στάδιο III A
- ☐ Στάδιο III B
- ☐ Στάδιο IV

4. Ιστορικό διάγνωσης

- ☐ ΝΑΙ
- ☐ ΟΧΙ

5. Είδος θεραπείας

- ☐ Ακτινοθεραπεία
- ☐ Χημειοθεραπεία
- ☐ Ορμονοθεραπεία
- ☐ Άλλο: _____

6. Έχετε υποβληθεί σε κάποιου είδους εγχείρηση;

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

7. Αν ναι, τότε σε τι είδους εγχείρηση υποβλήθήκατε; Επιλέξτε. Αν ΟΧΙ, σημειώστε την τελευταία επιλογή "Καμία".

☐ Ογκιεκτομή

☐ Μερική μαστεκτομή

☐ Ολική μαστεκτομή

☐ Καμία

Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν πως νιώθετε για τις σημαντικές στενές σχέσεις της ζωής σας. Σκεφτείτε τις παρελθοντικές και τις παρούσες σχέσεις σας με ανθρώπους που είναι για εσάς σημαντικοί, όπως τα μέλη της οικογένειας, οι σύντροφοι και οι στενοί φίλοι. Δείξτε επιλέγοντας τον κατάλληλο αριθμό σε ποιο βαθμό κάθε πρόταση σας χαρακτηρίζει στις σχέσεις αυτές.

1=Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου

5=Με χαρακτηρίζει πολύ

1. Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρχομαι κοντά στους άλλους.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

2. Το βρίσκω δύσκολο να αφήσω τον εαυτό μου να στηρίζεται στους άλλους.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

3. Ανησυχώ πως οι άλλοι δεν με αγαπούν πραγματικά.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

4. Αισθάνομαι πως οι άλλοι είναι απρόθυμοι να έρθουν κοντά μου τόσο όσο θα ήθελα.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

5. Αισθάνομαι άνετα να στηρίζομαι στους άλλους.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

6. Δεν ανησυχώ μήπως οι άλλοι έρθουν υπερβολικά κοντά μου.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

7. Αισθάνομαι πως οι άλλοι δεν είναι ποτέ παρόντες όταν τους χρειάζεσαι.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

8. Δεν νιώθω και πολύ άνετα να έρχομαι κοντά στους άλλους.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

9. Ανησυχώ συχνά πως οι άλλοι δεν θα θελήσουν να μείνουν μαζί μου.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

10. Όταν δείχνω τα συναισθήματά μου στους άλλους, φοβάμαι πως εκείνοι δεν θα νιώσουν τα ίδια για μένα.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

11. Συχνά αναρωτιέμαι αν οι άλλοι νοιάζονται πραγματικά για μένα.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

12. Νιώθω άνετα να κάνω στενές σχέσεις με άλλους.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

13. Δεν νιώθω άνετα όταν κάποιος έρχεται υπερβολικά κοντά μου συναισθηματικά.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

14. Το ξέρω πως οι άλλοι θα είναι εκεί όταν τους χρειάζομαι.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

15. Θέλω να έρχομαι κοντά στους άλλους, αλλά ανησυχώ μην πληγωθώ.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

16. Μου είναι δύσκολο να εμπιστευτώ απόλυτα τους άλλους.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

17. Οι άλλοι συχνά θέλουν να έρθω συναισθηματικά πιο κοντά τους απ' ότι θα μπορούσα με άνεση.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

18. Δεν πιστεύω πως μπορώ πάντα να βασίζομαι στη σκέψη πως οι άλλοι θα είναι εκεί όταν τους χρειάζομαι.

	1	2	3	4	5	
Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	☐	☐	☐	☐	☐	Με χαρακτηρίζει πολύ

Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν πόσο ικανοποιητική είναι η στήριξη που παίρνουμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους ανθρώπους γύρω μας. Παρακαλούμε επιλέξτε το νούμερο που δείχνει πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μία από τις προτάσεις αυτές.

1= διαφωνώ απόλυτα

7=διαφωνώ απόλυτα

1. Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο κοντά μου όταν το χρειάζομαι.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

2. Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

3. Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθήσει.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

4. Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια και στήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

5. Έχω έναν άνθρωπο που αποτελεί πηγή ανακούφισης για εμένα.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

6. Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

7. Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

8. Μπορώ να συζητάω τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

10. Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο στη ζωή μου με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τα συναισθήματά μου.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

11. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθάει να λαμβάνω αποφάσεις.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

12. Μπορώ να συζητάω τα προβλήματά μου με τους φίλους μου.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Συμφωνώ απόλυτα

Σύντομη ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι ιατρικές πράξεις που πρέπει να ακολουθήσει μία γυναίκα μετά από αυτήν, φέρνει αναστάτωση, συχνά επηρεάζοντας το πως βλέπει τον ίδιο της τον εαυτό και τη ζωή της. Οι σκέψεις και τα συναισθήματα που ακολουθούν μπορεί να την δυσκολέψουν να τα βγάλει πέρα με την ασθένεια π.χ. τηρώντας τη θεραπευτική της αγωγή, ξαναβρίσκοντας την καθημερινότητα της ζωής της και το ηθικό της. Στην έρευνά μας προσπαθούμε να δούμε αν στην προσπάθεια αυτή μπορεί να συμβάλει, και σε ποιο βαθμό, το στενό κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας, δηλαδή η σχέση της (σύντροφος, σύζυγος), οι φίλοι/ες, ο/η συγγενής, η οικογένεια, οι άνθρωποι που θεωρεί κοντινούς της.

Η συμβολή ωστόσο, συντρόφων, οικογένειας και φίλων στον τρόπο που μια γυναίκα αντιμετωπίζει την ασθένειά της μπορεί και να μην είναι τόσο απλή υπόθεση όσο περιγράφουμε παραπάνω. Δηλαδή, δεν είναι απαραίτητο η περισσότερη στήριξη να έχει τα ίδια θετικά αποτελέσματα για όλες τις γυναίκες που ζουν με καρκίνο του μαστού αδιακρίτως.

Υποθέσαμε, ότι μία γυναίκα που ζει με καρκίνο του μαστού θα ωφεληθεί περισσότερο από την κοινωνική στήριξη εφόσον γενικότερα, πριν από τη διάγνωση, προσέγγιζε τις διαπροσωπικές σχέσεις με θετικότητα και χωρίς πολλές επιφυλάξεις. Πιθανόν, δεν θα έχουν το ίδιο όφελος από την κοινωνική στήριξη, οι γυναίκες που ζουν με καρκίνο του μαστού και στον προ διάγνωσης βίο τους είχαν επιφυλακτική και συγκρατημένη στάση απέναντι στις σχέσεις. Ίσως για εκείνες να ωφελεί περισσότερο η επιλεκτική και ποιοτική στήριξη από συγκεκριμένους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους. Εάν

επιβεβαιωθούν οι υποθέσεις αυτές, η συμβουλευτική υποστήριξη των γυναικών που ζουν με καρκίνο του μαστού θα πρέπει (α) να ενθαρρύνει την στήριξη του στενού περιβάλλοντός τους εφόσον προκύπτουν οφέλη ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας, (β) να δείξει ευαισθησία και διάκριση για κάθε ασθενή, γιατί μπορεί να μην είναι κατάλληλα ή ανεκτά από αυτήν, ούτε τα πολλά ούτε όλα τα πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος για την παροχή αποτελεσματικής στήριξης.

Σημείωση: Η Συμπυκνωμένη Κλίμακα Αντιμετώπισης της Ασθένειας – Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Watson et al., 1994; Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chyrsochoou, 2006) δεν συμπεριλαμβάνεται στο Παράρτημα 1. Για τη χορήγησή της απαιτείται αίτημα από τον υπεύθυνο της κλίμακας στην ηλεκτρονική διεύθυνση fganagn@panteion.gr.

Παράρτημα 2

Πίνακας 1

Ανάλυση Διακύμανσης των μεταβλητών που επιδρούν στην Προσαρμογή

Μεταβλητές	B	SE B	β	t	p
(Constant)	3,288	,480		6,849	,000
Άγχος	-,100	,065	-,199	-1,540	,127
Αποφυγή	-,032	,089	-,043	-,356	,722
Σημαντικός Άλλος	,043	,042	,139	1,007	,317
Οικογένεια	,078	,039	,263	1,978	,051*
Φίλοι	-,033	,035	-,106	-,951	,344
Ηλικία	-,005	,006	-,102	-,936	,352
Εισόδημα	-,032	,029	-,100	-1,088	,279
Διάρκεια ασθένειας	,013	,010	,141	1,312	,193

Σημείωση.

Adjusted R^2 = ,183, F= 3,973, p= ,000

**p < 0,01, *p < 0,05

Πίνακας 2

Ανάλυση Διακύμανσης των μεταβλητών που επιδρούν στη Δυσπροσαρμογή

Μεταβλητές	B	SE B	β	t	p
(Constant)	2,676	,587		4,560	,000
Άγχος	,182	,079	,296	2,293	,024**
Αποφυγή	-,054	,109	-,061	-,500	,618
Σημαντικός Άλλος	-,010	,052	-,026	-,186	,852
Οικογένεια	-,100	,068	-,276	-2,079	,040*
Φίλοι	,038	,042	,098	,887	,337
Ηλικία	-,011	,007	-,182	-1,663	,099
Εισόδημα	-,049	,036	-,125	-1,360	,177
Διάρκεια ασθένειας	-,006	,012	-,055	-,516	,670

Σημείωση.

Adjusted R^2 = ,184, F= 3,988, p= ,000

**p < 0,01, *p < 0,05

Πίνακας 3

Πίνακας Συσχέτισης Προσαρμογής και Δυσπροσαρμογής με τις μεταβλητές που παίζουν ρόλο στην Ασθένεια

Μεταβλητές	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Προσαρμογή	-	-,397**	-,368**	-,265*	,314**	,427**	,155	-,010	-,032	,100
2.Δυσπροσαρμογή	-,397**	-	,383**	,206*	-,200*	-,352**	-,086	-,156	-,125	-,154
3.Άγχος	-,368**	,383**	-	,660**	-,288**	-,465**	-,326**	-,094	-,040	,128
4.Αποφυγή	-,265*	,206*	,660**	-	-,312**	-,320**	-,395**	-,042	-,094	-,054
5.Σημαντικός Άλλος	,314**	-,200*	-,288**	-,312**	-	,680**	,567**	-,224*	,255**	-,199*
6.Οικογένεια	,427**	-,352**	-,465**	-,320**	,680**	-	,390**	-,201*	,185	-,068
7.Φίλοι	,155	-,086	-,326**	-,395**	,567**	,390**	-	-,086	,121	-,114
8.Ηλικία	-,010	-,156	-,094	-,042	-,224*	-,201*	-,086	-	-,196*	,536*
9.Εισόδημα	-,032	-,125	-,040	-,094	,255**	,185	,121	-,196*	-	-,187
10.Διάρκεια ασθένειας	,100	-,154	,128	-,054	-,199*	-,068	-,114	-,536*	-,187	-

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

N = 10

