

Τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού και ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών

Φ. Αναγνωστόπουλος, Σπ. Καρβέλη, Γρ. Ποταμάνος
Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνήσει τους τρόπους αντιμετώπισης που υιοθετούν οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και να προσδιορίσει τους παράγοντες που προβλέπουν την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών στις συνθήκες της νόσου. Το δείγμα αποτελείται από 110 γυναίκες που προσήλθαν για μετεγχειρητική παρακολούθηση σε ογκολογικό ιατρείο των Αθηνών. Στις ασθενείς χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο νοητικής προσαρμογής στον καρκίνο, το ερωτηματολόγιο αποδοχής των συνθηκών της ασθένειας, η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg, το ερωτηματολόγιο καταγραφής των τρόπων αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και η δοκιμασία προσανατολισμού ζωής. Η εφαρμογή στατιστικών μοντέλων διά των δομικών εξισώσεων οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η εμπιστοσύνη στον εαυτό, η αίσθηση άσκησης ελέγχου στην κατάσταση της υγείας και η αποδοχή των συνθηκών της νόσου επηρεάζουν θετικά την προσαρμογή. Επίσης, παρατηρήσαμε ότι ένα δυσλειτουργικό στυλ αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας που χαρακτηρίζεται από απελπισία, αγχώδη προδιάθεση, μοιρολατρία και έλλειψη μαχητικού πνεύματος, επηρεάζει δυσμενώς την προσαρμογή των ασθενών. Τα ευρήματα της έρευνας σχολιάζονται μέσα στο πλαίσιο του σχεδιασμού ψυχολογικών παρεμβάσεων για την βελτίωση της προσαρμογής των ασθενών στον καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού είναι εκείνη η εντόπιση γυναικείου καρκίνου που μελετάται πιο συχνά στο χώρο της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Αυτό οφείλεται στο ότι ο δυτικός πολιτισμός δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη σωματική εμφάνιση και η νόσος αυτή απειλεί ακριβώς ένα όργανο που συνδέεται με την ελκυστικότητα, τη θηλυκότητα, τη σεξουαλικότητα, τη μητρότητα και επηρεάζει έτσι την εικόνα σώματος, την εικόνα

εαυτού και την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση της γυναίκας.

Η Meyerowitz (1980) έχει ταξινομήσει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου μαστού σε τρεις κατηγορίες:

- 1) την ψυχολογική αναστάτωση (άγχος, κατάθλιψη, θυμός)
- 2) τις αλλαγές στο πλαίσιο της ζωής (λόγω της χειρουργικής επέμβασης, του αλλαγμένου επιπέδου δραστηριοποι-

ησης, των δυσκολιών στη συζυγική σχέση)

- 3) τους φόβους και έγνοιες (που σχετίζονται με την ακεραιότητα του σώματος, την επανεμφάνιση της νόσου, την αβεβαιότητα για το μέλλον).

Εκτός από το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (όπως είναι το διαθέσιμο υποστηρικτικό δίκτυο, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η ικανότητα επιτυχούς αντιμετώπισης της νόσου και του στρες που πηγάζει από την εμφάνισή της), την ψυχολογική προσαρμογή επηρεάζουν και ιατρικοί παράγοντες όπως :

- το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση
- η πρόγνωση της νόσου
- η μορφή της χορηγούμενης θεραπείας (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία)
- η δυνατότητα αποκατάστασης μέσω πλαστικής χειρουργικής
- η υποστήριξη από το προσωπικό υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) αποτελούν μια ενδοπροσωπική πηγή που συμβάλλει στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στις συνθήκες της ασθένειας. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης κινητοποιούνται προκειμένου να εξαλειφθούν, να μειωθούν ή να μεταβληθούν οι απαιτήσεις που προβάλλει κάποια στρεσογόνος εμπειρία, με στόχο την επίλυση της προβληματικής κατάστασης και τη ρύθμιση των συνοδών αρνητικών συναισθημάτων.

Οι Cooper και Faragher (1992) συνέκριναν τους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι γυναίκες με καρκίνο μαστού έναντι των στρατηγικών των γυναικών

με καλοήθειες παθήσεις στο μαστό ή χωρίς κανένα παθολογικό εύρημα στο όργανο αυτό. Διαπίστωσαν ότι ορισμένες στρατηγικές που αντανakλούσαν «εσωτερίκευση» (χρήση εσωτερικών δυνάμεων αντιμετώπισης, όπως η ευχή ύπαρξης δυνατότητας αλλαγής αυτού που συμβαίνει με την υγεία) και ορισμένες που δήλωναν ικανότητα εξωτερίκευσης των συναισθημάτων (εκδήλωση θυμού προς τους άλλους) χρησιμοποιούνταν από συγκριτικά μικρότερο ποσοστό ασθενών. Οι Ali και Khalil (1991) παρατήρησαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία για υποτροπιάζουσα νόσο χρησιμοποιούσαν στρατηγικές που χαρακτηρίζονταν από στροφή στην πίστη και το Θεό, ενώ ακολουθούσε η αναζήτηση υποστήριξης και η συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες.

Οι Heim και συνεργάτες (1987) σε διαχρονική έρευνα συμπέραναν ότι οι προσπάθειες αντιμετώπισης μεταβάλλονται ανάλογα με τη φάση της νόσου. Η «αναζήτηση προσοχής και φροντίδας» (η ανάγκη υποστήριξης, η ανάγκη εξωτερίκευσης του ατόμου και η ανάγκη να εισακούγεται) καθώς και η «ανάλυση του προβλήματος» (η νοητική ανάλυση του προβλήματος υγείας και των συνεπειών του) επικρατούσαν σε όλες τις φάσεις της νόσου. Όμως, με το πέρασμα του χρόνου, οι ασθενείς έτειναν να υιοθετούν μια πιο ισχυρή στάση αποδοχής.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι ασθενείς χρησιμοποιούν πολλές διαφορετικές στρατηγικές ταυτόχρονα ή διαδοχικά, σε διαφορετικές φάσεις, προκειμένου να αντεπεξέλθουν αποτελεσματικά στις ανάγκες των εκάστοτε συνθηκών.

Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τους τρόπους αντιμετώπισης που

υιοθετούν οι ασθενείς, από τους ερευνητές έχουν υποδειχθεί ο βαθμός αυτοεκτίμησης, ο βαθμός αποδοχής της ασθένειας, η αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, η αισιόδοξη στάση, η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και οι σχετικοί με την ασθένεια προαναφερθέντες παράγοντες (μορφή θεραπείας, στάδιο νόσου κ.λπ.) (Spencer, Carver and Price 1998). Την ψυχολογική προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού επηρεάζουν άμεσα οι μέθοδοι αντιμετώπισης, ανάμεσα στις οποίες το μαχητικό πνεύμα (Classen et al. 1996) και η αποφυγή (McCaul et al. 1999) κατέχουν σημαντική θέση, ενώ έμμεσα την επηρεάζουν η ηλικία και το στάδιο της νόσου (Schnoll et al. 1998).

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να μελετηθούν οι τρόποι με τους οποίους οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή κάτω από τις συνθήκες της νόσου.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Η έρευνα διεξήχθη στο πλαίσιο του ιδιωτικού ιατρείου ενός ογκολόγου-παθολόγου. Οι ασθενείς βρίσκονταν εκεί είτε για να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία είτε για τον καθιερωμένο επανέλεγχο. Τα κριτήρια επιλογής των γυναικών ήταν: α) να υπάρχει παθολογοανατομικά τεκμηριωμένη διάγνωση καρκίνου μαστού, β) να έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση μαστού, γ) να υπάρχει καλή όραση και κίνηση των χεριών, δ) να υπάρχουν επαρκείς γνώσεις γραφής και ανάγνωσης, ε) να μην υπάρχουν διαταραχές στην αντίληψη και στις γνωστικές λειτουργίες (π.χ. σύγχυση) λόγω

της ηλικίας, τυχόν μεταστατικής νόσου ή των παρενεργειών της θεραπείας.

Από τις 146 γυναίκες που προσεγγίσαμε, οι 110 (ποσοστό 75.3%) συμπλήρωσαν πλήρως τα ερωτηματολόγια. Η μέση ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 53.4 έτη (ΣΑ=11.16), με εύρος ηλικιών 25- 77. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=110)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Έγγαμη	77.3
Άγαμη	7.3
Διαξενυγμένη	4.5
Χήρα	10.9
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
Δημοτικό	10.0
Γυμνάσιο/Λύκειο	42.6
ΑΕΙ/ΤΕΙ	47.4
ΣΤΑΔΙΟ ΝΟΣΟΥ	
0	1.8
I	13.6
II	58.2
III	7.3
IV	19.1

Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν έγγαμες, με 1 έως 3 παιδιά (78%), απόφοιτοι λυκείου ή ανώτερης σχολής, κάτοικοι αστικών κέντρων (75.5%), σε ποσοστό 44.5% εργαζόμενες.

Ως προς τη σταδιοποίηση του καρκίνου, αυτή έγινε με βάση το σύστημα TNM (δηλαδή ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων). Ένα ποσοστό

58.2% των ασθενών ανήκε στο στάδιο II όπου δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις και ο όγκος έχει μέγεθος που δεν ξεπερνά τα 5εκ. αλλά υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες, ή ο όγκος έχει μέγεθος μεγαλύτερο των 5εκ. χωρίς όμως προσβολή των λεμφαδένων. Ένα μικρό ποσοστό (7.3%) ανήκε στο στάδιο III, όπου ο όγκος μπορεί να έχει οποιοδήποτε μέγεθος, αλλά απουσιάζουν οι μεταστάσεις στα απομακρυσμένα όργανα. Ως προς την ύπαρξη μεταστάσεων, ένα ποσοστό 80.9% δεν παρουσίαζε απομακρυσμένες μεταστάσεις (στάδια 0- III).

Το μέσο χρονικό διάστημα από τη χειρουργική επέμβαση ήταν οι 45.4 μήνες (περίπου 4 χρόνια). Σε ποσοστό 55.5% είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, 10% σε ακτινοθεραπεία και 29.1% σε συνδυασμό των δύο αυτών ειδών θεραπείας. Όσον αφορά την ενημέρωσή τους για τη νόσο, 92.7% των ασθενών ήταν πλήρως ενημερωμένες από το γιατρό τους σχετικά με τη νόσο τους. Στις υπόλοιπες ασθενείς είχε ειπωθεί ότι έχει δημιουργηθεί κάποιος καλοήθης όγκος ή μια δυσπλασία.

Μέσα συλλογής των δεδομένων

Εκτός από ένα ερωτηματολόγιο γενικών πληροφοριών με ερωτήσεις για δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία, τα άτομα της έρευνας συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια:

- 1) Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης των τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων COPE (Carver et al.1989) που καταγράφει τον τρόπο αντιμετώπισης δύσκολων ή στρεσογόνων καταστάσεων. Περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις ενταγμένες σε 15 υποκλίμακες ενώ οι απαντήσεις δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα συχνότητας χρήσης κάθε τρόπου αντιμετώπισης. Οι υποκλίμακες μετρούν τον ενεργό χειρισμό, το σχεδιασμό δράσης, την αναζήτηση πρακτικής κοινωνικής υποστήριξης, την αναζήτηση συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης, την αναστολή άλλων τρεχουσών δραστηριοτήτων, τη στροφή προς τη θρησκεία, το θετικό επαναπροσδιορισμό, τον πειθαρχημένο χειρισμό, την αποδοχή, την εκτόνωση των συναισθημάτων, την άρνηση, τη νοητική απεμπλοκή, τη συμπεριφορική απεμπλοκή, το χιούμορ και τη χρήση αλκοόλ- τοξικών ουσιών/ φαρμάκων (υποκλίμακα που ωστόσο αφαιρέθηκε στη δική μας έρευνα).
- 2) Η κλίμακα αποδοχής των συνθηκών της ασθένειας των Felton και συνεργατών (1984) που αποτελείται από 8 ερωτήσεις που μετρούν τη δυσκολία προσαρμογής στους περιορισμούς που θέτει η ασθένεια, την αίσθηση της ασθενούς ότι γίνεται βάρος στην οικογένεια κ.λπ. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα διαφωνίας- συμφωνίας. Υψηλά σκορ στην κλίμακα αυτή δηλώνουν χαμηλή αποδοχή.
- 3) Η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1989) που αποτελείται από 10 προτάσεις που αναφέρονται στις έννοιες της αυτοεκτίμησης, της αυτοεικόνας και της προσωπικής αξίας. Οι απαντήσεις δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα διαφωνίας- συμφωνίας. Υψηλά σκορ δηλώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- 4) Το ερωτηματολόγιο προσανατολισμού στη ζωή των Scheier και Carver (1985) που αποτελείται από 12 προτάσεις και μετρά τις προσδοκίες του ατόμου για τη θετική ή αρνητική έκβαση των καταστάσεων. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα διαφωνίας- συμφωνίας. Υψηλά σκορ δηλώνουν αυξημένη αισιοδοξία.

5) Το ερωτηματολόγιο νοητικής προσαρμογής στον καρκίνο (Mental Adjustment to Cancer- MAC) της Watson και συνεργατών (1988) που αποτελείται από 40 προτάσεις και μετρά ορισμένες αντιδράσεις απέναντι στη διάγνωση του καρκίνου, όπως είναι το μαχητικό πνεύμα, η απελπισία/ αίσθηση αβοήθητου, η αγχώδης προδιάθεση, η μοιρολατρία και η αποφυγή. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα που εκτείνεται από 1 («καθόλου δεν ισχύει για εμένα») έως 4 («ισχύει για εμένα πολύ»). Το ερωτηματολόγιο αυτό θεωρείται ότι καταγράφει τόσο την προσπάθεια νοητικής προσαρμογής του ατόμου όσο και το στυλ αντιμετώπισης της ασθένειας (Nordin et al. 1999).

Για τη μετάφραση των κλιμάκων ακολουθήθηκε η ορθή και αντίστροφη μετάφραση. Στην προκαταρκτική φάση, τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε μικρό δείγμα ασθενών και αναδιατυπώθηκαν ορισμένες ερωτήσεις. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε με εναλλασσόμενη σειρά, για να αποφευχθούν οι επιδράσεις σειράς.

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από κάθε ερωτηματολόγιο υποβλήθηκαν σε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (με προκαταρκτική εξαγωγή των παραγόντων με τη μέθοδο της μεγίστης πιθανοφάνειας και πλάγια περιστροφή) για να ελεγχθεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής κάθε ερωτηματολογίου. Με βάση τη μεγαλύτερη τιμή των παραγοντικών του φορτίσεων, κάθε θέμα εντάχθηκε σε μια υποκλίμακα, για την οποία υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας alpha του Cronbach. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Norusis 1993).

Κατόπιν δοκιμάστηκε ένα μοντέλο διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ μιας σειράς μεταβλητών, το οποίο κατασκευάστηκε διά των δομικών εξισώσεων (structural equation modeling). Η εκπαίδευση, η ηλικία, το στάδιο της νόσου, ο βαθμός αποδοχής των συνθηκών της ασθένειας, η αυτοεκτίμηση, η αισιόδοξη στάση, η εμπιστοσύνη στον εαυτό και τις προσωπικές δυνάμεις, και η αίσθηση άσκησης προσωπικού ελέγχου στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας, θεωρήθηκαν ανεξάρτητες μεταβλητές. Αυτές οι μεταβλητές δεχθήκαμε ότι ασκούν επίδραση σε δύο λανθάνοντες (unobserved- latent) παράγοντες, που μετρούνταν έμμεσα. Ο πρώτος παράγοντας ήταν το **στυλ αντιμετώπισης** της ασθένειας, που οριζόταν λειτουργικά μέσα από το ερωτηματολόγιο νοητικής προσαρμογής στον καρκίνο (με δείκτες- indicators το μη μαχητικό πνεύμα, την απελπισία/ αίσθηση αβοήθητου, την αγχώδη προδιάθεση, τη μοιρολατρία και την απουσία/ απώλεια του ελέγχου). Ο παράγοντας αυτός αντανάκλασε έναν δυσλειτουργικό τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας. Ο δεύτερος παράγοντας ήταν η **ψυχολογική προσαρμογή** (adjustment) με δείκτες τρεις προτάσεις που αντανάκλασαν την ετοιμότητα επιστροφής στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, τη βεβαιότητα ότι όλα θα κυλήσουν ομαλά και την εκτίμηση ότι οι προσδοκίες δεν απέχουν από την πραγματικότητα της κατάστασης της υγείας, όπως εξελίσσεται στο παρόν. Οι δείκτες κάθε παράγοντα θεωρήθηκε ότι μετρώνται με κάποιο σφάλμα. Αυτά τα σφάλματα μέτρησης, επιπλέον, υποτέθηκε ότι μπορεί να σχετίζονται μεταξύ τους. Ακόμη, υποτέθηκε ότι υπάρχει άμεση επίδραση του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας στην ψυχολογική προσαρμογή. Οι αναλύσεις αυτές έγιναν με το πρόγραμμα

LISREL 8.30, ενώ ο πίνακας των συμμεταβλητοτήτων (covariance matrix) μεταξύ των μεταβλητών δημιουργήθηκε με το πρόγραμμα PRELIS 2.30 (Joreskog & Sorbom 1996).

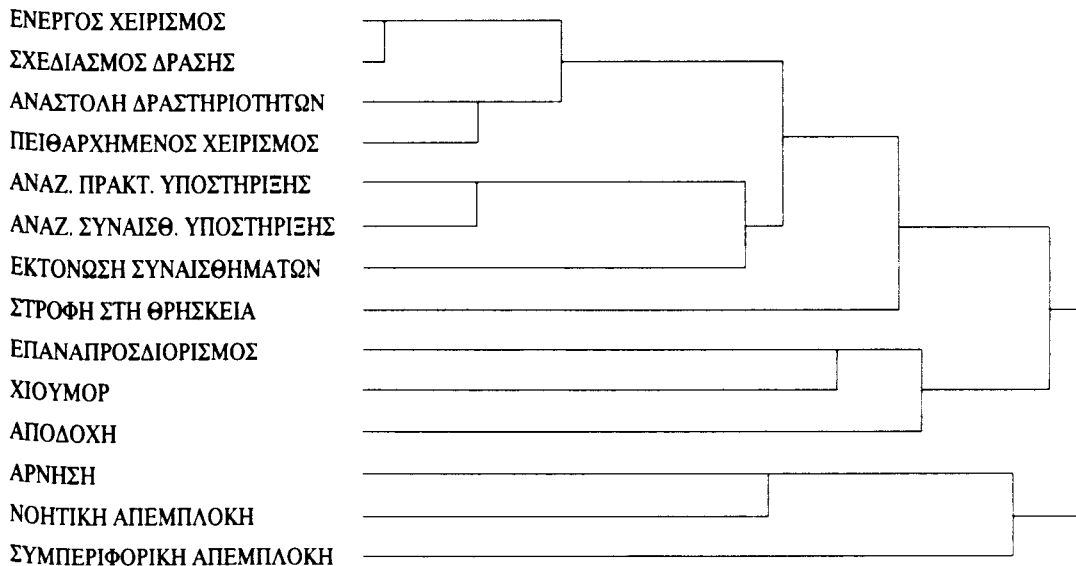
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ορισμένων μεταβλητών –προτάσεων των ερωτηματο-

λογίων που χορηγήθηκαν. Από κάθε ερωτηματολόγιο, έχουν επιλεγεί εκείνες οι προτάσεις που εμφάνιζαν την μεγαλύτερη ή τη μικρότερη μέση τιμή. Στον Πίνακα αυτόν δηλαδή έχουν περιληφθεί ερωτήσεις στις οποίες οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έδωσαν απαντήσεις που αντανακλούν είτε το ένα άκρο- πολύ μεγάλη συχνότητα εφαρμογής ή μεγάλο βαθμό συμφωνίας- είτε το άλλο άκρο- πολύ μικρή συχνότητα εφαρμογής ή μεγάλο βαθμό διαφωνίας.

Πίνακας 2. Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις και εύρος κλιμάκων για ερωτήσεις με μεγάλη και μικρή συχνότητα επιλογής

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Εύρος κλίμακας απαντήσεων
<i>ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</i>			
Είμαι σε θέση να αυτοεξυπηρετούμαι	4.81	0.56	1(καθόλου) - 5(πολύ)
Είμαι ευχαριστημένη από τη φροντίδα του νοσοκομειακού προσωπικού	4.83	0.55	1(καθόλου) - 5(πολύ)
Αντιμετωπίζω συχνούς πόνους	1.94	1.18	1(καθόλου) - 5(πολύ)
Νιώθω ότι έχω απομακρυνθεί συναισθηματικά από το σύζυγό μου	1.64	1.16	1(καθόλου) - 5(πολύ)
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ COPE</i>			
Παραδέχομαι ότι δεν μπορώ να αντιμετωπίσω το πρόβλημα υγείας και παρατάω τις προσπάθειες	1.26	0.66	1(καθόλου) - 4(πολύ)
Δέχομαι την πραγματικότητα του ότι αυτό συνέβη	3.58	0.73	1(καθόλου) - 4(πολύ)
Μαθαίνω να ζω με αυτό	3.62	0.68	1(καθόλου) - 4(πολύ)
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ</i>			
Πιστεύω ότι μια θετική στάση απέναντι στην κατάσταση μου θα κάνει καλό στην υγεία μου	3.56	0.60	1(καθόλου) - 4(πολύ)
Προσπαθώ να πολεμήσω την ασθένειά μου	3.61	0.64	1(καθόλου) - 4(πολύ)
Νιώθω απελτισμένη με τη ζωή μου	1.58	0.80	1(καθόλου) - 4(πολύ)
Νιώθω ότι τα παρατάω και ότι δεν μπορώ να συνεχίσω τις προσπάθειες	1.55	0.89	1(καθόλου) - 4(πολύ)
<i>ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ</i>			
Η ασθένειά μου με κάνει να νιώθω ότι είμαι βάρος στην οικογένειά μου	1.77	1.05	1(διαφωνώ) - 5(συμφωνώ)
Η κατάσταση της υγείας μου δεν με κάνει να νιώθω ανίκανη	4.11	1.06	1(διαφωνώ) - 5(συμφωνώ)
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ</i>			
Είναι σημαντικό για εμένα να ασχολούμαι με διάφορα πράγματα	4.75	0.58	1(διαφωνώ) - 5(συμφωνώ)
Τίποτα δεν εξελίσσεται έτσι όπως θα ήθελα	1.94	0.71	1(διαφωνώ) - 5(συμφωνώ)



Σχήμα 1. Ανάλυση συναθροίσεων μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου COPE

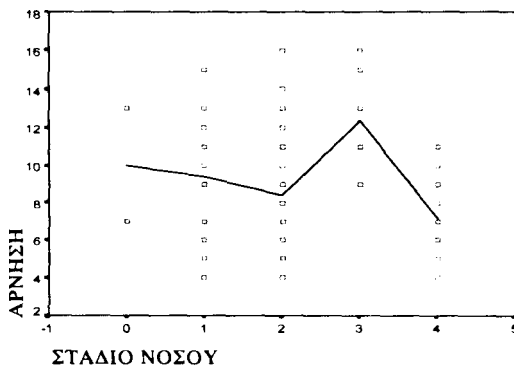
Παρατηρούμε ότι οι ασθενείς του δείγματος μας είχαν καλή λειτουργικότητα, ήταν σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται και δεν αντιμετώπιζαν συχνούς πόνους. Για τον τρόπο που αντιδρούν μπροστά στο πρόβλημα υγείας, αυτό που κάνουν πιο πολύ είναι να δέχονται την πραγματικότητα της ασθένειας και να μαθαίνουν να ζουν με αυτήν. Αυτό που δεν κάνουν σχεδόν καθόλου είναι να εγκαταλείψουν τις προσπάθειες και να μην αντιμετωπίσουν ενεργά το πρόβλημα της υγείας. Για την στάση τους, για το στυλ αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας δηλώνουν ότι κατά κύριο λόγο προσπαθούν να πολεμήσουν την ασθένεια, ενώ μόνο σε μικρό βαθμό απελπίζονται και παραιτούνται. Όσον αφορά την αποδοχή των συνθηκών της ασθένειας, διαφωνούν ότι έχουν γίνει βάρος στην οικογένεια και ότι η κατάσταση της υγείας τις κάνει να νιώθουν ανίκανες. Τέλος, στον προσανατολισμό ζωής, συμφωνούν ότι είναι σημαντικό

να διατηρήσουν διάφορες ασχολίες, ενώ παραμένουν αισιόδοξες ότι τα πράγματα εξελίσσονται όπως θα ήθελαν.

Στο δένδρογραμμα που παρουσιάζεται στο Σχήμα 1 παρατηρούμε ότι οι κλίμακες του ερωτηματολογίου COPE συναθροίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Η μια ομάδα περιλαμβάνει τις στρατηγικές που παραπέμπουν στην ανάληψη δράσης για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Μεταξύ αυτών των στρατηγικών περιλαμβάνεται ο ενεργός χειρισμός, ο σχεδιασμός δράσης, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η αναστολή άλλων τρεχουσών δραστηριοτήτων, ο θετικός επαναπροσδιορισμός, ο πειθαρχημένος χειρισμός. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει στρατηγικές που σχετίζονται με την απεμπλοκή και την αποσύνδεση από την κατάσταση, όπως είναι η άρνηση και η συμπεριφορική απεμπλοκή.

Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση αφορά τις υποκλίμακες της άρνησης και της απο-

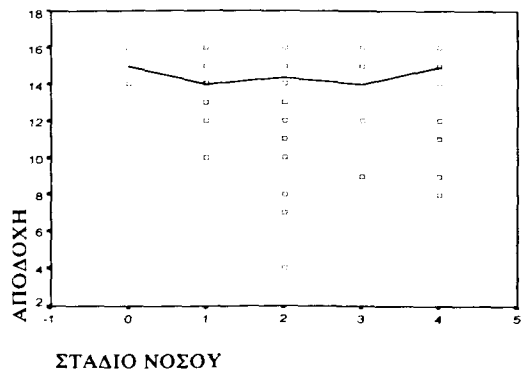
δοχής. Στο μοντέλο της Kubler- Ross (1969) η άρνηση θεωρείται ότι εμφανίζεται κυρίως στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ η αποδοχή στα τελικά. Η άρνηση στο ερωτηματολόγιο COPE μετράται με θέματα όπως: λέω στον εαυτό μου πως δεν είναι αλήθεια ότι μου συμβαίνει κάποιο τέτοιο πρόβλημα, αρνούμαι να πιστέψω ότι αυτό έχει συμβεί, ενεργώ σαν να μην έχει καν συμβεί το θέμα της υγείας. Στο Σχήμα 2 παρουσιάζεται η μεταβολή της βαθμολογίας στην άρνηση ως συνάρτηση του σταδίου της νόσου. Η σχέση αυτή είναι καμπυλόγραμμη και όχι ευθύγραμμη. Μάλιστα η καμπύλη που προσεγγίζει καλύτερα τα δεδομένα για την άρνηση είναι τρίτου βαθμού (κυβική). Παρατηρούμε ότι στις ασθενείς με τη νόσο σε αρχικό στάδιο (0 ή I), η άρνηση είναι μεγάλη, ενώ βαθμιαία ελαττώνεται στις ασθενείς με στάδιο νόσου II. Σε ασθενείς μεταγενέστερων σταδίων (III), η άρνηση αυξάνει πάλι σταδιακά φθάνοντας στα υψηλότερα επίπεδά της, που διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τα επίπεδα των άλλων σταδίων. Σε πολύ προχωρημένες φάσεις της νόσου (IV), η άρνηση ακολουθεί φθί-



Σχήμα 2. Μεταβολή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα της άρνησης του ερωτηματολογίου COPE ανάλογα με το στάδιο της νόσου

νουςα πορεία, με στατιστικώς σημαντικά μικρότερες τιμές από τις τιμές του προηγούμενου σταδίου. Είναι λοιπόν ορθότερο να δεχθούμε ότι η άρνηση δεν εμφανίζεται μόνο στα αρχικά στάδια, αλλά και σε μεταγενέστερα στάδια εξέλιξης της νόσου.

Διαφορετικές παρατηρήσεις κάνουμε για την αποδοχή. Η αποδοχή στο ερωτηματολόγιο COPE μετράται με θέματα όπως: συνηθίζω στην ιδέα ότι αυτό συνέβη, δέχομαι την πραγματικότητα ότι αυτό έχει συμβεί, μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα υγείας. Εδώ η μεταβολή της βαθμολογίας στην αποδοχή, ως συνάρτηση του σταδίου της νόσου, είναι σχεδόν γραμμική (Σχήμα 3). Μάλιστα οι τιμές της αποδοχής δεν διαφέρουν σημαντικά από το ένα στο άλλο στάδιο της νόσου. Επομένως η αποδοχή εμφανίζεται σε ασθενείς διαφορετικών σταδίων, τόσο αρχικών όσο και τελικών.



Σχήμα 3. Μεταβολή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα της αποδοχής του ερωτηματολογίου COPE ανάλογα με το στάδιο της νόσου

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συντελεστές αξιοπιστίας για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου νοητικής προσαρμογής. Παρατηρούμε ότι οι συντελεστές αυτοί

Πίνακας 3. Υποκλίμακες ερωτηματολογίου νοητικής προσαρμογής στον καρκίνο και παραδειγματικές προτάσεις

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ	Alpha	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ
Μαχητικό πνεύμα	0.77	Αντιμετωπίζω την ασθένειά μου σαν μια κατάσταση που με προκαλεί να την παλέψω
Απελπισία-Αίσθηση αβοήθητου	0.80	Νιώθω απελπισμένη με τη ζωή μου
Αγχώδης προδιάθεση	0.61	Ανησυχώ μήπως η κατάσταση της υγείας μου χειροτερεύσει
Μοιρολατρία	0.68	Εχω αφεθεί στα χέρια του Θεού
Απώλεια του ελέγχου	0.57	Νιώθω ότι δεν μπορώ να ελέγξω αυτό που μου συμβαίνει

είναι ικανοποιητικοί, αφού σχετικά μικρά ποσοστά κυμαινόμενα από 23 έως 43% της συνολικής διακύμανσης οφείλονται σε τυχαία σφάλματα μέτρησης λόγω ετερογένειας στο περιεχόμενο των υποκλιμάκων και ασυνέπειας μεταξύ των απαντήσεων των ατόμων στις ερωτήσεις.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου νοητικής προσαρμογής. Η υποκλίμακα της απώλειας του ελέγχου, την οποία έχουν προσδιορίσει στο ερωτηματολόγιο και άλλοι ερευνητές (Osborne et al. 1999) σχετίζεται θετικά τόσο με την απελπισία όσο και με την αγχώδη προδιάθεση.

Στο Μοντέλο δομικών σχέσεων για τη μελέτη της προσαρμογής στις συνθήκες της νόσου έχουν περιληφθεί οι ανεξάρτητες εκείνες μεταβλητές που φάνηκε σε προκαταρκτικές αναλύσεις να ασκούν σημαντική

επίδραση στις λανθάνουσες μεταβλητές. Ως αποτέλεσμα, παραλήφθηκαν μεταβλητές όπως η ηλικία, το στάδιο της νόσου, η αισιόδοξη στάση, η αυτοεκτίμηση. Επίσης, οι ερωτήσεις του δείκτη του μαχητικού πνεύματος βαθμολογήθηκαν αντίστροφα, ώστε μεγάλες τιμές τους πλέον να δηλώνουν μη μαχητικό πνεύμα και έτσι να σχετίζεται θετικά με τους υπόλοιπους δείκτες του συνολικού αντιμετώπισης. Ωστόσο, από τις αναλύσεις προέκυψε ότι ο δείκτης αυτός δεν αντανακλά σημαντικά το συνολικό αντιμετώπισης ($\lambda = 0.22, p > 0.05$) όσο την ψυχολογική προσαρμογή. Αυτό παρουσιάζεται και στον Πίνακα 5, με τις παραγοντικές φορτίσεις που δηλώνουν την αναμενόμενη μεταβολή στους δείκτες, σε κάθε μοναδιαία αύξηση του αντίστοιχου παράγοντα. Μάλιστα, υψηλές τιμές στην έλλειψη μαχητικού πνεύματος συνδέονται με χαμηλές τιμές στον παράγοντα της προσαρμογής ($\lambda = -3.899, p < 0.01$).

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου νοητικής προσαρμογής στον καρκίνο

	Μαχητικό πνεύμα	Αγχώδης προδιάθεση	Μοιρολατρία	Απώλεια ελέγχου
Αγχώδης προδιάθεση	-0.071			
Μοιρολατρία	0.065	0.160		
Απώλεια ελέγχου	-0.255**	0.429**	0.174	
Απελπισία	-0.236*	0.588**	0.119	0.677**

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

Πίνακας 5. Παραγοντικές φορτίσεις για τους δείκτες του παράγοντα του στυλ αντιμετώπισης και της ψυχολογικής προσαρμογής

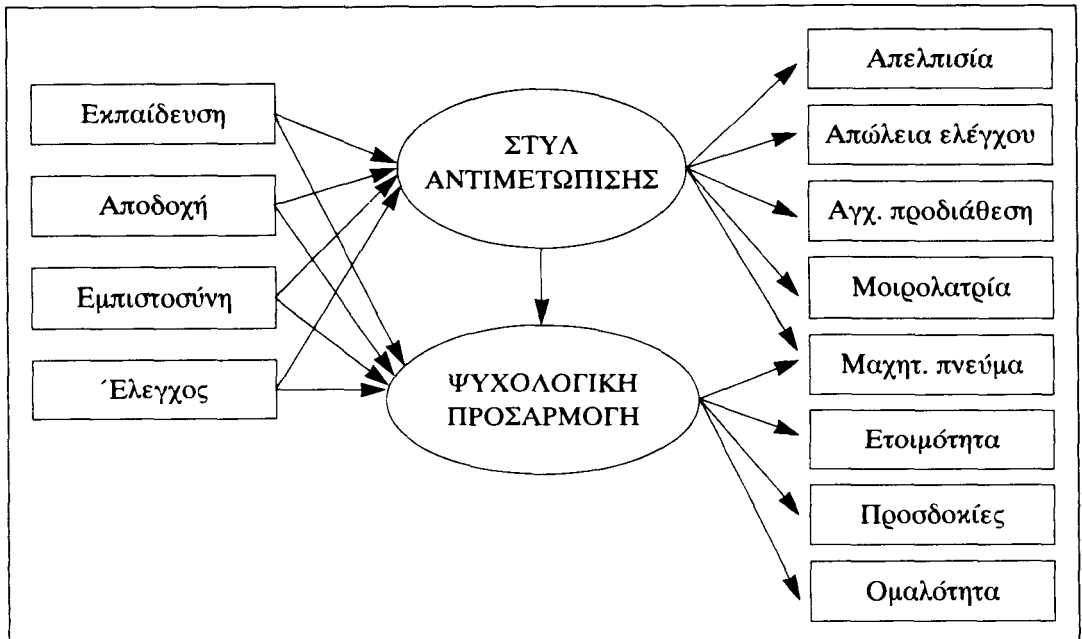
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Στυλ Αντιμετώπισης	Ψυχολογική προσαρμογή
Απελπισία	1.000	
Απώλεια ελέγχου	0.579**	
Αγχώδης προδιάθεση	0.598**	
Μοιρολατρία	0.153*	
Έλλειψη μαχητικού πνεύματος		-3.899**
Ετοιμότητα επιστροφής σε δραστηριότητες		0.668**
Εξέλιξη υγείας σύμφωνα με προσδοκίες		0.620**
Βεβαιότητα ομαλής πορείας		1.000

* p<0.05, ** p<0.01

Επίσης, τα σφάλματα μέτρησης των δεικτών απώλειας ελέγχου και εξέλιξης της υγείας σύμφωνα με τις προσδοκίες, σχετίζονταν σημαντικά μεταξύ τους, γεγονός που σημαίνει εννοιολογική επικάλυψη μεταξύ αυτών των δεικτών.

Στο Σχήμα 4 παρουσιάζεται η γραφική παράσταση του μοντέλου που υιοθετήσαμε.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι μη προτυποποιημένες εκτιμήσεις (estimates) των διαδρομών μεταξύ των ανεξάρτητων και των εξαρτημένων λανθανουσών μεταβλητών που προέκυψαν με τη μέθοδο της μεγίστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood) καθώς και η στατιστική σημαντικότητά τους.



Σχήμα 4. Διάγραμμα σχέσεων μεταξύ μεταβλητών για το υποθεθέν μοντέλο

Πίνακας 6. Μη προτυποποιημένες εκτιμήσεις των συντελεστών μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών και παραγόντων

	Εκπαίδευση	Αποδοχή	Εμπιστοσύνη	Έλεγχος
Στυλ Αντιμετώπισης	-0.891**	0.243**	-0.955*	0.242
Ψυχολογική προσαρμογή	0.017	-0.033*	0.259**	0.211**

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

Η διαδρομή από το στυλ αντιμετώπισης στην προσαρμογή έχει τιμή $\beta = -0.057$ ($p < 0.05$). Ο αντίστοιχος προτυποποιημένος συντελεστής έχει τιμή $\beta = -0.26$, που δηλώνει ότι το έντονα δυσλειτουργικό στυλ αντιμετώπισης της νόσου συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής. Οι έμμεσες (indirect) επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στην προσαρμογή, μέσω του στυλ αντιμετώπισης, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 5%. Οι μεταβλητότητες των όρων «θορύβου» (disturbances) που δηλώνουν τη διακύμανση στις λανθάνουσες μεταβλητές που παραμένει ανερμήνευτη, λόγω επιδράσεων που ασκούν μεταβλητές που δεν μετρήθηκαν στην έρευνα, για το στυλ αντιμετώπισης και την προσαρμογή είχαν τιμή 6.039 ($p < 0.01$) και 0.141 ($p < 0.05$) αντίστοιχα.

Το ποσοστό της διακύμανσης στους ενδογενείς λανθάνοντες παράγοντες που ερμηνεύεται από τις μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στις δομικές εξισώσεις είναι $R^2 = 41.6\%$ για το στυλ αντιμετώπισης και 72.4% για την προσαρμογή. Τα αντίστοιχα ποσοστά που δηλώνουν το πόσο καλά οι παρατηρηθείσες μεταβλητές/δείκτες μετρούν τους παράγοντες κυμαίνονταν από 23.0% για την έλλειψη μαχητικού πνεύματος έως 80.0% για την απελπισία. Εξάιρεση αποτελούσε το ποσοστό για την μοιρολατρία (5.0%) που σημαίνει ότι αυτός ο δείκτης δεν αποτελούσε ικανοποιητική μέτρηση του λανθάνοντα παράγοντα «στυλ αντιμετώπισης», αφού το 95% της διακύμανσής του παρέμενε ανερ-

μήνευτο από αυτόν τον παράγοντα. Τα σφάλματα μέτρησης των δεικτών ήταν όλα στατιστικώς σημαντικά σε επίπεδο 1% .

Από τον τελευταίο αυτόν Πίνακα 6 και το Σχήμα 4 προκύπτει ότι:

α) το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με πιο δυσλειτουργικό στυλ αντιμετώπισης της ασθένειας

β) ασθενείς με μικρή αποδοχή των συνθηκών της νόσου τείνουν να εκδηλώνουν μεγαλύτερη δυσλειτουργία στο στυλ αντιμετώπισης και χειρότερη ψυχολογική προσαρμογή

γ) η εμπιστοσύνη στον εαυτό και τις προσωπικές δυνάμεις προβλέπει μικρότερη δυσλειτουργία στο στυλ αντιμετώπισης και καλύτερη προσαρμογή

δ) η ισχυρή αίσθηση ελέγχου με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα μιας καλύτερης προσαρμογής των ασθενών.

Όσον αφορά την καλή εφαρμογή (fit) του μοντέλου στα δεδομένα μας, η τιμή του $\chi^2 = 53.3$, β.ε. = 41, $p = 0.094$ (> 0.05), δηλαδή η τιμή δεν ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% . Το πηλίκιο $\chi^2 / \beta.ε. = 1.3$, τιμή η οποία είναι μικρότερη της τιμής 3, γεγονός που δηλώνει την καλή εφαρμογή του μοντέλου μας. Η τιμή του συντελεστή που προκύπτει από την εξαγωγή της τετραγωνικής ρίζας της μέσης τιμής του σφάλματος προσέγγισης (root mean square error of approximation -RMSEA) ήταν ίση προς 0.056 και είναι μικρότερη της συνιστώμενης τιμής 0.06 . Το διάστημα εμπιστοσύνης 90% εκτεί-

νεται από την τιμή 0 έως την τιμή 0.095. Η εκτιμηθείσα τιμή 0.056 βρίσκεται εντός των ορίων του διαστήματος αυτού και είναι ελαφρά μεγαλύτερη από την τιμή 0.05. Το κατώτερο όριο (0) του διαστήματος εμπιστοσύνης βρίσκεται κάτω από τη συνιστώμενη τιμή 0.05, ενώ το ανώτερο όριο του διαστήματος εμπιστοσύνης είναι λίγο μεγαλύτερο από την συνιστώμενη τιμή 0.08. Η τιμή του p για τον έλεγχο του βαθμού προσέγγισης των δεδομένων που επιτυγχάνεται με το μοντέλο μας είναι 0.386, οπότε δεν μπορεί να απορριφθεί η υπόθεση καλής εφαρμογής του μοντέλου. Επίσης, η τιμή του δείκτη καλής εφαρμογής (GFI) ήταν ίση με 0.915 (>0.90), η τιμή του δείκτη συγκριτικής εφαρμογής (CFI) ισούσαν με 0.964, η δε τιμή του συντελεστή που προκύπτει από την εξαγωγή της τετραγωνικής ρίζας της μέσης τιμής των υπολοίπων μεταξύ εκτιμηθεισών και παρατηρηθεισών μεταβλητοτήτων και συμμεταβλητοτήτων (standardized root mean square residual -SRMR) ήταν ίση προς 0.061, που βρίσκεται κοντά στην τιμή μηδέν. Η τιμή του δείκτη πρότυπης εφαρμογής (normed fit index -NFI) ήταν ίση προς 0.868, που δηλώνει ότι η εφαρμογή του μοντέλου είναι περίπου 87% καλύτερη από αυτή του μηδενικού μοντέλου που εφαρμόζεται στα ίδια δεδομένα του δείγματος (δηλαδή του μοντέλου όπου υπάρχει συμμεταβλητότητα μεταξύ των λανθανόντων μεταβλητών/παραγόντων, αλλά όχι άμεσες επιδράσεις ανάμεσά τους).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού φαίνεται πως χρησιμοποιούν ποικιλία στρατηγικών προκειμένου να αντιμετωπίσουν κατά το δυνατόν αποτελεσματικότερα τη στρεσογόνο κατάσταση με την υγεία τους, τέσσερα χρόνια κα-

τά μέσο όρο μετά την εγχείρηση στο μαστό και με τη νόσο εν γένει χωρίς μεταστάσεις. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες τις οποίες εφαρμόζουν οι ασθενείς, ορισμένες φορές δηλώνουν την προσπάθειά τους να κινηθούν προς την κατεύθυνση επίτευξης συγκεκριμένων στόχων. Άλλες φορές, οι υιοθετούμενες στρατηγικές δηλώνουν την τάση τους απειλοκής από την κρίσιμη κατάσταση.

Όσον αφορά την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών στον καρκίνο του μαστού, αυτή επηρεάζεται δυσμενώς από ένα δυσλειτουργικό στυλ αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας. Αυτό το στυλ περιλαμβάνει την απελπισία/αίσθηση αβοήθητου, την αγχώδη προδιάθεση, τη μοιρολατρία, την απουσία/απώλεια του ελέγχου και την έλλειψη μαχητικού πνεύματος. Αντιθέτως, η εμπιστοσύνη στον εαυτό και τις ίδιες δυνάμεις, η αίσθηση άσκησης ελέγχου στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και η αποδοχή των συνθηκών της νόσου, επηρεάζουν θετικά την προσαρμογή. Το στάδιο της νόσου, η ηλικία, η αισιόδοξη στάση, ο βαθμός αυτοεκτίμησης, δεν φάνηκε να ασκούν σημαντικές επιδράσεις στην προσαρμογή των ασθενών.

Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν ότι το στυλ αντιμετώπισης της νόσου που υιοθετούν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ψυχολογική προσαρμογή τους στην τρέχουσα πραγματικότητα. Συνεπώς, ορισμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις, για παράδειγμα γνωσιακής-συμπεριφοριστικής μορφής (Scott 1989), που θα είχαν ως στόχο την τροποποίηση των δυσλειτουργικών διαστάσεων στο στυλ αντιμετώπισης της νόσου, μπορεί να βελτιώσουν την προσαρμοστικότητα των ασθενών. Κατ'αυτόν τον τρόπο τα ερευνητικά μας ευρήματα θα αποκτούσαν κλινική σημασία και επιβεβαίωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Ali N. S. & Khalil H. Z. Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 1991, 14 (5), 232-239.
- Carver C. S., Scheier M. F. & Weintraub J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, 56(2), 267- 283.
- Classen C., Koopman C., Angell K. & Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 1996, 15(6), 434- 437.
- Cooper C. L. & Faragher E. B. Coping strategies and breast disorders/cancer. *Psychological Medicine*, 1992, 22, 447-455.
- Felton B. J. & Revenson T. A. Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, 52, 343- 353.
- Heim E., Augustiny K. F., Blaser A., Burki C., Kuhne D., Rothenbuhler M., Schaffner L. & Valach L. Coping with breast cancer- A longitudinal prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1987, 48, 44-59.
- Joreskog K. G. & Sorbom D. *LISREL 8 and PRELIS 2: User's Reference Guide*. Chicago, Scientific Software International, 1996.
- Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York, Macmillan, 1969.
- McCaul K. D., Sandgren A. K., King B., O'donnell S., Branstetter A. & Foreman G. Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho- oncology*, 1999, 8, 230-236.
- Meyerowitz B. E. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 1980, 87, 108-131.
- Nordin K., Berglund G., Terje I. & Glimelius B. The mental adjustment to cancer scale- A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho- oncology*, 1999, 8, 250-259.
- Norusis M. J. *Advanced Statistics, SPSS for Windows*. Australia, SPSS Australia, 1993.
- Osborne R. H., Elsworth G. R., Kissane D. W., Burke S. A. & Hopper J. L. The mental Adjustment to cancer (MAC) scale: Replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 1999, 29, 1335-1345.
- Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self- image*. Middletown, CT, Wesleyan University Press, 1989.
- Rowland J. H. & Massie M. J. Breast cancer. . In J. C. Holland (Ed.), *Psycho- oncology* (pp. 380-401). New York, Oxford University Press, 1998.
- Scheier M. & Carver C. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 1985, 4, 219-247.
- Schnoll R. A., Harlow L. L., Stolbach L. L. & Brandt U. A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho- oncology*, 1998, 7, 69-77.
- Scott J. Cancer patients. In J. Scott, J. M. G. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive*

- Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook* (pp. 103-125). London, Routledge, 1989.
- Spencer S. M., Carver C. S. & Price A. A. Psychological and social factors in adaptation. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 211-222). New York, Oxford University Press, 1998.
- Watson M., Greer S., Young J., Inayat G., Burgess C. & Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 1988, 18, 203-209