



**ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μετατραυματική Ανάπτυξη, Μετατραυματικό Στρες και
Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια, σε Γυναίκες με
Καρκίνο του Μαστού:
Διερεύνηση Διαμεσολαβητικών και Ρυθμιστικών Παραγόντων

ΦΙΛΙΠΠΑ Ν. ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ

Αθήνα, 2018

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Φ. Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής Ψυχολογίας της Υγείας, Πάντειο

Πανεπιστήμιο

Γ. Αλεξιάς, Καθηγητής Κοινωνιολογίας της Υγείας και του Σώματος, Πάντειο

Πανεπιστήμιο

Α. Χαντζή, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Εξεταστική Επιτροπή

Φ. Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής Ψυχολογίας της Υγείας, Πάντειο

Πανεπιστήμιο

Γ. Αλεξιάς, Καθηγητής Κοινωνιολογίας της Υγείας και του Σώματος, Πάντειο

Πανεπιστήμιο

Α. Χαντζή, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Π. Κορδούτης, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχολογίας των Διαπροσωπικών

Σχέσεων – Πρόεδρος Τμήματος Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Α. Κορωναίου, Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας του Ελεύθερου Χρόνου και των

Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

R. Mellon, Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας με Πειραματικές Προσεγγίσεις

Συμπεριφοράς, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Σ. Σαμαρτζή, Καθηγήτρια Γνωστικής Ανάπτυξης, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να προσφέρει μια πληρέστερη κατανόηση της μετατραυματικής προσαρμογής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι επιμέρους στόχοι ήταν: α) να διερευνήσει την σχέση της αισιοδοξίας, της ανοιχτότητας, της γνωστικής επεξεργασίας, των κοινωνικών περιορισμών και των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων με την μετατραυματική ανάπτυξη, το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, β) να εξετάσει τον ενδεχόμενο διαμεσολαβητικό ή/και ρυθμιστικό ρόλο κάποιων μεταβλητών, γ) να διερευνήσει με ποιον τρόπο σχετίζεται η μετατραυματική ανάπτυξη με το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια και δ) να μεταφράσει και να προσαρμόσει στην Ελληνική γλώσσα, καθώς επίσης να εξετάσει τις ψυχομετρικές ιδιότητες της Ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου PAIS-SR που χορηγείται για πρώτη φορά σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων σχεδιάσαμε και εκπονήσαμε μια συγχρονική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία δύο Δημόσιων Νοσοκομείων της Αθήνας: στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής Μαστού του Ογκολογικού Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» και στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ελενα Βενιζέλου» από τον Σεπτέμβριο του 2011 έως το Δεκέμβριο του 2012. Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 243 γυναίκες που είχαν λάβει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και επισκέπτονταν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για τον προγραμματισμένο ιατρικό έλεγχο. Στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα χορηγήθηκαν τα παρακάτω αυτοσυμπληρούμενα ψυχομετρικά εργαλεία: 1) αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών και ιατρικού ιστορικού, 2) Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας ή Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (Life Orientation Test- Revised, LOT-R; Scheier et al., 1994), σε μετάφραση-στάθμιση των Μαμαλάκη και Τριλίβα (2002), 3) Ερωτηματολόγιο Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας-Κλίμακα Ανοιχτότητας στην Εμπειρία (NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]- Openness Scale; Costa & McCrae, 1992; Panayiotou, Kokkinos, & Spanoudis, 2004), 4) Κλίμακα Κοινωνικών περιορισμών (Social Constraints Scale; Lepore & Ituarte, 1999; Koutrouli, Anagnostopoulos, Tsikkinis, Papastylianou, & Lepore, 2015), 5) Σύντομη

Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced [COPE-Brief]; Carver, 1997; Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010; Russi, & Vassilaki, 2001), 6) Κλίμακα Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ]; Trapnell & Cambell, 1999), 7) Κλίμακα Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης- Επίπεδο Κατάστασης (Reflective vs. Ruminative Mood Orientation Scale; McFarland & Buhler, 1998), 8) Κλίμακα μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version [PCL-C]; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Calbari, & Anagnostopoulos, 2010), 9) Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI]; Tedeschi & Calhoun, 1996; Mystakidou, et al., 2008), 10) Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey; Ware, 1993; Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005), 11) Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR]; Derogatis, 1986; Kolokotroni, Anagnostopoulos & Missitzis, 2016). Για τα ψυχομετρικά εργαλεία που δεν υπήρχε επίσημη Ελληνική μετάφραση, προχωρήσαμε στην μετάφραση και προσαρμογή τους στην Ελληνική γλώσσα.

Το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης στηρίχτηκε κυρίως στο περιγραφικό μοντέλο των Tedeschi και Calhoun (2004) για την μετατραυματική ανάπτυξη και το μοντέλο της κοινωνικό-γνωστικής επεξεργασίας για την προσαρμογή στην ασθένεια (Lepore, 2001). Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πακέτο SPSS και τα επιπρόσθετα προγράμματα PROCESS και AMOS. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι η πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού εμφάνιζε μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου, ενώ μια περιορισμένη ομάδα γυναικών βρισκόταν σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής στρες και προβλημάτων προσαρμογής. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονταν με αυξημένα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν η γνωστική αντανάκλαση (ως εποικοδομητική γνωστική επεξεργασία), οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η θετική αναπλαισίωση. Υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες και χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια σχετίζονταν με χαμηλή αισιοδοξία, περισσότερους κοινωνικούς περιορισμούς, μεγαλύτερη χρήση μη εποικοδομητικής γνωστικής επεξεργασίας

(αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός) και αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Το συνθετικό μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες πρότεινε ότι οι δύο αυτές έννοιες σχετίζονταν με διαφορετικές μεταβλητές, εκτός από τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό που βρέθηκε να σχετίζεται θετικά τόσο με την μετατραυματική ανάπτυξη, όσο και με το μετατραυματικό στρες. Η σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού με την μετατραυματική ανάπτυξη ρυθμιζόταν από τους κοινωνικούς περιορισμούς. Συγκεκριμένα, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετιζόταν με θετικό πρόσημο με την ανάπτυξη όταν οι κοινωνικοί περιορισμοί ήταν σε χαμηλό ή μέτριο επίπεδο. Επίσης, βρέθηκε ότι όταν η σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού με την μετατραυματική ανάπτυξη διαμεσολαβείται από το μετατραυματικό στρες, τότε η επίδραση του στην μετατραυματική ανάπτυξη είναι αρνητική, ενώ όταν διαμεσολαβείται από λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, είναι θετική. Στο συνθετικό αυτό μοντέλο, υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες βρέθηκαν να σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης. Τέλος, το συνθετικό μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια πρότεινε ότι οι δύο αυτές έννοιες δεν σχετίζονταν μεταξύ τους, ενώ η σχέση τους δεν βρέθηκε να διαμεσολαβείται ή να ρυθμίζεται από κάποια άλλη μεταβλητή.

Τα ερευνητικά ευρήματα και η ερμηνεία τους αξιοποιούνται για τη διατύπωση προτάσεων για μελλοντικές έρευνες και τον σχεδιασμό ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που, εκτός από την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες, θα στοχεύουν παράλληλα στην ενίσχυση της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress and Psychosocial Adjustment to Illness Among Women Diagnosed with Breast Cancer: Examining Mediating and Moderating Processes

ABSTRACT

The main aim of the current research project was to offer a better and more comprehensive understanding regarding the posttraumatic adjustment of women diagnosed with breast cancer. The specific objectives of this study were the following: a) to examine how optimism, openness, cognitive processing, coping and social constraints are related to posttraumatic growth (PTG), posttraumatic stress (PTS) and psychosocial adjustment to illness, b) to explore mediating and moderating processes, c) to examine the relationship of posttraumatic growth with posttraumatic stress and psychosocial adjustment to illness, and d) to translate and validate the Greek version of the Psychosocial Adjustment to illness Scale – Self-report (PAIS-SR).

A quantitative and cross-sectional study was designed and conducted in two public clinics for breast cancer screening and clinical examination at “Helena Venizelou” Hospital & “Agios Savvas” Oncological Hospital, from September 2011 to December 2012, so as systematically examine the abovementioned objectives. The overall sample of the current study was consisted of 243 women who visited outpatient clinics for the routine breast cancer follow-up. The participants of the present study were invited to complete the following scales: 1) The Life Orientation Test- Revised, (LOT-R; Scheier et al., 1994), 2) The NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI-Openness Scale; Costa & McCrae, 1992), 3) The Social Constraints Scale (SCS; Lepore & Ituarte, 1999), 4) The Coping Orientation to Problems Experienced (COPE-Brief; Carver, 1997), 5) The Rumination Reflection Questionnaire (RRQ; Trapnell & Cambell, 1999), 6) The Reflective vs. Ruminative Mood Orientation Scale (McFarland & Buhler, 1998), 7) The PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993), 8) The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), 9) SF-36 Health Survey (Ware, 1993), 10) Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report (PAIS-SR; Derogatis, 1986).

The scales that were not officially validated in Greek, were translated, culturally adapted, and validated in Greek language.

The theoretical framework of the current research project was based on a synthesis of the model of posttraumatic growth (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004) and Lepore's socio-cognitive processing model of adjustment to trauma (2001). The statistical analyses were conducted by using the statistical package SPSS, and the programs AMOS & PROCESS. The findings of the present study suggested that the majority of the participants reported posttraumatic growth, whereas only a small group of women diagnosed with breast cancer were at risk to develop posttraumatic stress disorder and problems of psychosocial adjustment to illness. Path analyses indicated that the factors associated significantly with increased levels of posttraumatic growth were: reflective rumination (as constructive cognitive processing), religious coping and positive reframing. The psychosocial variables that were related to increased posttraumatic stress and poor psychosocial adjustment to illness were: low optimism, social constraints on cancer-related disclosure, brooding (as non-constructive cognitive processing), and disengagement coping. Brooding was the only variable that related positively to both posttraumatic growth and posttraumatic stress. Social constraints on cancer-related disclosure were found to moderate the relationship of PTG with brooding rumination. Moreover, when the effect of brooding on PTG was mediated by PTS, this effect was negative, while when it was mediated by effective coping, this effect was positive. In the integrated model of PTG and PTS, higher levels of PTS were related to lower levels of PTG. On the other hand, the integrated model of PTG and psychosocial adjustment to illness suggested that those two phenomena were unrelated to each other, and they did not share any common path. The current findings were discussed in the context of clinical implications suggesting the development and implementation of interventions aiming at the posttraumatic stress reduction, the facilitation of posttraumatic growth emergence and the improvement of the psychosocial adjustment to breast cancer.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	viii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	xvi
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή στις Κύριες Έννοιες της Μελέτης	1
1.1. Ιατρικές Παράμετροι του Καρκίνου του Μαστού	1
1.1.1. Καρκίνος Μαστού - Επιδημιολογικά Στοιχεία	1
1.1.2. Παράγοντες Κινδύνου για την Ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού	1
1.1.3. Συμπτώματα Καρκίνου του Μαστού και Διάγνωση	4
1.1.4. Θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού	6
1.2. Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις του Καρκίνου του Μαστού	8
1.2.1. Ψυχο-ογκολογία	8
1.2.2. Η έννοια της Επιβίωσης στον Καρκίνο	9
1.2.3. Αρνητικές Επιπτώσεις της Εμπειρίας του Καρκίνου	10
1.2.4. Θετικές Επιπτώσεις της Εμπειρίας του Καρκίνου	14
1.3. Καρκίνος & Μετατραυματικό Στρες	15
1.3.1. Τραυματικά Γεγονότα & Ορισμός της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες	15
1.3.2. Ο Καρκίνος ως Τραυματικό Γεγονός	17
1.3.3. Θεωρίες για τον Μηχανισμό Εμφάνισης Μετατραυματικού Στρες	20
1.4 Η Έννοια της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στην Ψυχο-ογκολογία	23
1.4.1. Θρησκευτικές και Ψυχολογικές Ρίζες της Έννοιας της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	23
1.4.2. Έννοιες που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη	26
1.4.3. Πεδία Μετατραυματικής Ανάπτυξης	28
1.4.4. Θεωρητικό Μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	30
1.4.5. Επεξήγηση των Παραγόντων που Περιλαμβάνονται στο Περιγραφικό Μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	36
1.4.6. Θέματα Σχετικά με την Μέτρηση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	38
1.4.7. Ερωτήματα Σχετικά με την Εγκυρότητα του Φαινομένου της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	40
1.4.8. Πολιτισμικές Παράμετροι της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	42
1.4.9. Το Φαινόμενο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στο Κλινικό Πλαίσιο	43
1.5. Η Έννοια της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ψυχο-ογκολογία	43
1.5.1. Ορισμός της Έννοιας της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής	43

1.5.2.	Θεωρίες Προσαρμογής στον Καρκίνο	46
1.6.	Η Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	51
1.7.	Παρουσίαση των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών που Εξετάζονται σε Σχέση με το Μετατραυματικό Στρες, την Μετατραυματική Ανάπτυξη & την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	56
1.7.1.	Αισιοδοξία & Ανοιχτότητα	56
1.7.2.	Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων (Coping)	58
1.7.3.	Γνωστική Επεξεργασία	61
1.7.4.	Κοινωνικοί Περιορισμοί	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Παρουσίαση Εμπειρικών Δεδομένων για τις υπό Μελέτη Μεταβλητές σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού & Διατύπωση των Ερευνητικών Υποθέσεων		68
2.1.	Σχεδιασμός Συστηματικής Ανασκόπησης Μελετών που έχουν Συμπεριλάβει τις υπό Μελέτη Μεταβλητές	68
2.1.1	Κριτήρια Επιλογής Μελετών	68
2.1.2	Στρατηγική Εντοπισμού Μελετών για την Ένταξή τους στην Ανασκόπηση	70
2.2.	Παρουσίαση Ποσοτικών Εμπειρικών Δεδομένων των υπό Μελέτη Μεταβλητών σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	82
2.2.1	Εμπειρικά δεδομένα για τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	82
2.2.2	Εμπειρικά Δεδομένα για τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές που Σχετίζονται με το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	87
2.2.3.	Εμπειρικά Δεδομένα για την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	94
2.3.	Περιορισμοί Ερευνών που Συμπεριλήφθησαν στην Συστηματική Ανασκόπηση	96
2.3.1.	Έρευνες που Εξέτασαν την Μετατραυματική Ανάπτυξη σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	96
2.3.2.	Έρευνες που Εξέτασαν το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	98
2.3.3.	Έρευνες που Εξέτασαν την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	99
2.4.	Θεωρητικό Πλαίσιο της Παρούσας Μελέτης και Ερευνητικές	99

	Υποθέσεις	
2.4.1	Θεωρητικό Πλαίσιο Έρευνας	99
2.4.2.	Στόχοι, Σκοποί και Ερευνητικές Υποθέσεις της Παρούσας Μελέτης	105
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Μεθοδολογία		108
3.1.	Σχεδιασμός & Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	108
3.2.	Χαρακτηριστικά του Δείγματος	109
3.3.	Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων	115
3.4.	Ψυχομετρικά Εργαλεία	116
3.4.1.	Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Πληροφοριών και Ιατρικού Ιστορικού	117
3.4.2	Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test-Revised [LOT-R])	120
3.4.3.	Ερωτηματολόγιο Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας-Κλίμακα Ανοιχτότητας στην Εμπειρία (NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]- Openness Scale)	121
3.4.4.	Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale)	122
3.4.5.	Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Brief COPE)	123
3.4.6.	Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian Version [PCL-C])	124
3.4.7.	Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI])	125
3.4.8.	Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey)	126
3.4.9.	Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ])	127
3.4.10.	Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης - Επίπεδο κατάστασης (Reflective vs Ruminative Mood Orientation Scale)	128
3.4.11.	Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR])	130
3.5.	Μετάφραση και Προσαρμογή των μη Σταθμισμένων Ερωτηματολογίων	131
3.6.	Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης των Δεδομένων	134
3.6.1.	Υπολογισμός μεγέθους δείγματος	134
3.6.2.	Διαχείριση Δεδομένων/ Αριθμητικά Περιληπτικά Μέτρα	135
3.6.3.	Ψυχομετρικές Ιδιότητες Ερωτηματολογίων	137
3.6.4.	Έλεγχος Υποθέσεων και Στατιστική Σημαντικότητα	139
3.6.5.	Κύριες Στατιστικές Τεχνικές - Διερεύνηση Σχέσεων Ανάμεσα σε Μεταβλητές	140
3.6.6.	Πολυπαραγοντικές Αναλύσεις - Έλεγχος Άμεσων και	141

	Έμμεσων Σχέσεων	
3.6.6.1.	Θεωρητικά Ζητήματα	141
3.6.6.2.	Αναλύσεις Διαδρομής (Path Analyses/AMOS) και Έλεγχος Ρυθμιστικών Μεταβλητών (Πρόγραμμα PROCESS)	142
3.7.	Θέματα Δεοντολογίας	143
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Αποτελέσματα		145
4.1.	Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος	145
4.2.	Μέτρηση του Δείκτη Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας	148
4.3.	Διερευνητικές Παραγοντικές Αναλύσεις για τις Κλίμακες Συλλογής Δεδομένων	151
4.3.1.	Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού & Γνωστικής Αντανάκλασης	151
4.3.2.	Διερεύνηση Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού & Γνωστικής Αντανάκλασης	156
4.3.3.	Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού & Γνωστικής Αντανάκλασης σε Επίπεδο Κατάστασης	157
4.3.4.	Διερεύνηση Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού & Γνωστικής Αντανάκλασης σε Επίπεδο Κατάστασης	162
4.3.5.	Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness Scale, PAIS-SR)	163
4.3.6.	Διερεύνηση Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια	174
4.3.7.	Διερεύνηση Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR)	176
4.4.	Επίπεδα Μετατραυματικής Ανάπτυξης, Μετατραυματικού Στρες και Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στις Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	177
4.5.	Συσχετίσεις	183
4.5.1.	Συσχετίσεις Ανάμεσα στις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	183
4.5.2.	Μετατραυματική Ανάπτυξη & Συσχετίσεις με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	186
4.5.2.1.	Συσχετίσεις Ανάμεσα στην Μετατραυματική Ανάπτυξη και τις Δημογραφικές/Ιατρικές Μεταβλητές	185
4.5.2.2.	Συσχετίσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	188
4.5.3.	Μετατραυματικό Στρες & Συσχετίσεις με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	190
4.5.3.1.	Συσχετίσεις του Μετατραυματικού Στρες με Κοινωνικό-δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές	190
4.5.3.2.	Συσχετίσεις του Μετατραυματικού Στρες με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	192

4.5.4.	Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή & Συσχετίσεις με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	194
4.5.4.1.	Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής με Κοινωνικό-Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές	194
4.5.4.2.	Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	197
4.6.	Αναλύσεις AMOS	199
4.6.1.	Εισαγωγικές Παρατηρήσεις	199
4.6.2.	Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	200
4.6.3.	Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου του Μετατραυματικού Στρες	206
4.6.4.	Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια	211
4.6.5.	Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες	216
4.6.5.1.	Αναλύσεις Συσχέτισης Μετατραυματικής Ανάπτυξης με Μετατραυματικό Στρες	216
4.6.5.2.	Έλεγχος του Υποθετικού Συνθετικού Μοντέλου της Μετατραυματικής Ανάπτυξης και του Μετατραυματικού Στρες	217
4.6.6.	Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	223
4.6.6.1.	Αναλύσεις Συσχέτισης της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	223
4.6.6.2.	Έλεγχος του Υποθετικού Συνθετικού Μοντέλου της Μετατραυματικής Ανάπτυξης και της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια	224
4.7.	Στατιστικές Αναλύσεις με το Λογισμικό PROCESS	230
4.7.1.	Ρυθμιστικός Ρόλος των Κοινωνικών Περιορισμών στην Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με τον Αρνητικό Μηρυκασμό Σχετικά με τον Καρκίνο	230
4.7.2.	Ρυθμιστικός Ρόλος του Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού στην Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες	231
4.7.3.	Ρυθμιστικός Ρόλος του Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού στην Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	232
4.7.4.	Ρυθμιστικός Ρόλος της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στην Σχέση του Μετατραυματικού Στρες με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	233
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Συζήτηση & Συμπεράσματα		234
5.1.	Ερμηνεία Κύριων Ευρημάτων	234
5.1.1.	Μετατραυματική Ανάπτυξη	234

5.1.2.	Μετατραυματικό Στρες	247
5.1.3.	Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	255
5.1.4.	Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	261
5.1.5.	Συζήτηση για τις Ψυχομετρικές Ιδιότητες του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR)	264
5.2.	Περιορισμοί & Πλεονεκτήματα της Παρούσας Μελέτης	266
5.2.1.	Περιορισμοί της Παρούσας Μελέτης	266
5.2.2.	Πλεονεκτήματα της Παρούσας Μελέτης	268
5.3.	Προτάσεις για Μελλοντικές Ερευνητικές Δραστηριότητες	270
5.4.	Προτάσεις για την Εφαρμογή των Αποτελεσμάτων της Παρούσας Έρευνας από Ειδικούς Ψυχικής Υγείας	273
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		277
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ψυχομετρικά Εργαλεία Έρευνας		336
Φόρμα Δημογραφικών & Ιατρικών Στοιχείων Συμμετεχόντων		337
Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test- Revised [LOT-R])		340
Ερωτηματολόγιο Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας-Κλίμακα Ανοιχτότητας στην Εμπειρία (NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]-Openness Scale)		342
Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale)		343
Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Brief COPE)		345
Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ])		347
Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης -Επίπεδο Κατάστασης (Reflective vs. Ruminative Mood Orientation Scale)		349
Κλίμακας Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version [PCL-C])		351
Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI])		353
Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR])		355
Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey)		360
Δελτίο Συγκατάθεσης		366
Συνοδευτική Επιστολή		367

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1. Μελέτες που Διερευνούν την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	72
Πίνακας 2.2 Μελέτες που Εξέτασαν το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	78
Πίνακας 2.3 Μελέτες που Εξέτασαν την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού	81
Πίνακας 3.1 Κύρια Κοινωνικό-Δημογραφικά και Ιατρικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων (N = 243)	111
Πίνακας 3.2 Κύρια Κοινωνικό-Δημογραφικά και Ιατρικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων (N = 125)	114
Πίνακας 4.1 Μέσες Τιμές, Τυπικές Αποκλίσεις, Εύρος Διακύμανσης και Τιμές Λοξότητας-Κύρτωσης των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών	147
Πίνακας 4.2 Δείκτες Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας	150
Πίνακας 4.3 Παραγοντική Δομή Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης	154
Πίνακας 4.4 Παραγοντική Δομή Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης σε Επίπεδο Κατάστασης	160
Πίνακας 4.5 Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR)	168
Πίνακας 4.6 Δείκτες Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Πρωτότυπες και Εμπειρικές)	175
Πίνακας 4.7 Στατιστικά Στοιχεία της Κλίμακας της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	178
Πίνακας 4.8 Στατιστικά της Κλίμακας Μετατραυματικού Στρες	181
Πίνακας 4.9 Συσχετίσεις Μεταξύ των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών	184
Πίνακας 4.10 Συσχετίσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με Κοινωνικό-Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές	186
Πίνακας 4.11 Συσχετίσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	189
Πίνακας 4.12 Συσχετίσεις Μετατραυματικού Στρες με Κοινωνικό-Δημογραφικές & Ιατρικές Μεταβλητές	191
Πίνακας 4.13 Συσχετίσεις Μετατραυματικού Στρες με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	193
Πίνακας 4.14 Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια με Κοινωνικό-Δημογραφικές Μεταβλητές	195
Πίνακας 4.15 Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια με τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	198
Πίνακας 4.16 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Συνολικών και Άμεσων Επιδράσεων της Γνωστικής Επεξεργασίας και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης στην Μετατραυματική Ανάπτυξη (N = 125)	204
Πίνακας 4.17 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Έμμεσων Επιδράσεων Ανάμεσα στις Μεταβλητές του Μοντέλου Μετατραυματικής Ανάπτυξης (N = 125)	205
Πίνακας 4.18 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Συνολικών και Άμεσων Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας, των Κοινωνικών Περιορισμών & των Αποφευκτικών Στρατηγικών Αντιμετώπισης στο Μετατραυματικό Στρες (N = 125)	209
Πίνακας 4.19 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Έμμεσων Επιδράσεων	210

<i>Ανάμεσα στις Μεταβλητές του Μοντέλου Μετατραυματικού Στρες(N = 125)</i>	
Πίνακας 4.20 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Συνολικών και Άμεσων Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας και των Κοινωνικών Περιορισμών στην Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια (N = 125)	214
Πίνακας 4.21 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Έμμεσων Επιδράσεων Ανάμεσα στις Μεταβλητές του Μοντέλου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (N = 125)	215
Πίνακας 4.22 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Συνολικών Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας, των Κοινωνικών Περιορισμών και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης στην Μετατραυματική Ανάπτυξη και το Μετατραυματικό Στρες (N = 125)	221
Πίνακας 4.23 Συνδιακύμανση Ανάμεσα στις Εξωγενείς Μεταβλητές	222
Πίνακας 4.24 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης Συνολικών Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας, των Κοινωνικών Περιορισμών και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης στην Μετατραυματική Ανάπτυξη και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια (N = 125)	228
Πίνακας 4.25 Συνδιακύμανση Ανάμεσα στις Εξωγενείς Μεταβλητές	229
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
Διάγραμμα 1.1 Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 1995)	34
Διάγραμμα 1.2 Αναθεωρημένο Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010)	35
Διάγραμμα 2.1 Υποθετικό Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης	101
Διάγραμμα 2.2 Υποθετικό Μοντέλο Μετατραυματικού Στρες	103
Διάγραμμα 2.3 Υποθετικό Μοντέλο της Σχέσης Ανάμεσα σε Μετατραυματική Ανάπτυξη και Μετατραυματικό Στρες	104
Διάγραμμα 4.1 Σταθμισμένο Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης	203
Διάγραμμα 4.2. Σταθμισμένο Μοντέλο Μετατραυματικού Στρες	208
Διάγραμμα 4.3 Σταθμισμένο Μοντέλο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια	213
Διάγραμμα 4.4. Σταθμισμένο Μοντέλο της Σχέσης Ανάμεσα σε Μετατραυματική Ανάπτυξη και Μετατραυματικό Στρες	220
Διάγραμμα 4.5 Σταθμισμένο Μοντέλο της Σχέσης Ανάμεσα σε Μετατραυματική Ανάπτυξη και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια	227

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διατριβή αποτελεί προσπάθεια μιας πληρέστερης κατανόησης της μετατραυματικής προσαρμογής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, με απώτερο σκοπό την παροχή δεδομένων για τον σχεδιασμό κατάλληλων και αποτελεσματικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Με την ολοκλήρωση αυτής της μακροχρόνιας προσπάθειας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν σημαντικά στην εκπόνηση του παρόντος εγχειρήματος.

Αρχικά και θα ήθελα ευχαριστήσω ολόθυμα τον επιβλέποντα αυτής της διατριβής κύριο Αναγνωστόπουλο Φώτιο, Καθηγητή Ψυχολογίας της Υγείας του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου για τις πολύτιμες γνώσεις έρευνας και μεθοδολογίας που μου μετέδωσε, το αμέριστο ενδιαφέρον και την υπομονή που επέδειξε σε αυτή την μακροχρόνια πορεία και την μεθοδική και διαρκή καθοδήγηση του σε όλες τις φάσεις της εκπόνησης της διατριβής. Όμως πάνω από όλα θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για την εμπιστοσύνη του και το αμείωτο κίνητρο για εργασία υψηλής ποιότητας, τα οποία με ενέπνευσαν να συνεχίσω παρά τις όποιες αντιξοότητες.

Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω και τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, την κυρία Χαντζή Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο και τον κύριο Αλεξιά Γεώργιο, Καθηγητή Κοινωνιολογίας της Υγείας και του Σώματος του Παντείου Πανεπιστημίου, για την συμβολή τους στην εξέλιξη αυτής της διατριβής, τις εύστοχες παρατηρήσεις τους και την θερμή τους συμπαράσταση. Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής κ. Κορδούτη Παναγιώτη, κα Σαμαρτζή Σταυρούλα και τον κ. Mellon Robert, για τις σημαντικές παρατηρήσεις και συμβουλές τους για την ολοκλήρωση της έρευνας. Ευχαριστώ, επίσης, θερμά και τις συναδέλφους και συνοδοιπόρους Φαίη Γρίβα, Ναταλία Κουτρούλη, Κλεάνθη Γουρουντή και Βάσια Ευσταθίου για την ηθική και υλικοτεχνική υποστήριξή τους σε όλες τις φάσεις της έρευνας. Επίσης, ευχαριστώ τους καθηγητές Richard Tedeschi, Crystal Park και Leonard Derogatis για τις πολύτιμες συμβουλές και την ανατροφοδότηση τους σε θέματα μεθοδολογικού σχεδιασμού.

Η έρευνα αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την αμέριστη υποστήριξη και ζεστή φιλοξενία του Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Διοικητικού προσωπικού του Κέντρου Μαστού του Αντικαρκινικού – Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών Άγιος Σάββας και του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου», υπό την καθοδήγηση των ιατρών κ. Μισσιτζή και κ. Τσικίνη, αντίστοιχα. Όμως πάνω και πριν από όλα, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και την ευγνωμοσύνη μου στις γυναίκες εκείνες που αφιέρωσαν μέρος από τον πολύτιμο χρόνο τους και προσέφεραν με περισσή ανιδιοτέλεια το ερευνητικό υλικό της παρούσας μελέτης.

Θα ήθελα κλείνοντας να ευχαριστήσω ολόψυχα τον σύζυγο μου Ρεϋμόνδο για την κατανόηση και υπομονή που επέδειξε όλα αυτά τα χρόνια, αλλά και την αμείωτη ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση του ερευνητικού έργου, την πολύτιμη φίλη Ελένη για τη γενναιόδωρη και ακλόνητη υποστήριξη που μου παρείχε, καθώς επίσης, την μητέρα μου Ευαγγελία, η οποία με τη βαθειά της πίστη και την αφοσίωση φωτίζει το δρόμο μου όλα αυτά τα χρόνια.

Η παρούσα διατριβή αφιερώνεται με ευγνωμοσύνη στην μνήμη του πατέρα μου Νικολάου, του οποίου η αγάπη για τη γνώση και ο σεβασμός του στον άνθρωπο υπήρξαν αλάνθαστη πυξίδα και φάρος φωτεινός στη ζωή μου.

Φ.Ν.Κ

Αθήνα, 2018

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή στις Κύριες Έννοιες της Μελέτης

1.1. Ιατρικές Παράμετροι του Καρκίνου του Μαστού

1.1.1. Καρκίνος Μαστού - Επιδημιολογικά Στοιχεία

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου (αναλογεί περίπου στο 25% από όλες τις μορφές καρκίνου) ανάμεσα στις γυναίκες στην Ελλάδα. Επίσης, αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό παγκοσμίως (Ferlay et al., 2013). Υπολογίζεται ότι το 2012 περίπου 464.000 γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη (Dimitrova et al., 2016), ενώ στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται περίπου 4.934 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού, ετησίως (Ferlay et al., 2013). Επιπλέον, παρατηρείται μια αύξηση στον αριθμό των νέων γυναικών που νοσούν (Johnson, Chien, & Bleyer, 2013), ενώ έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου σε γυναίκες υψηλού μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου (Δαρδαβέσης, 2009). Από την άλλη πλευρά, τα ποσοστά θνησιμότητας φαίνεται να έχουν μειωθεί σημαντικά (36%) από το 1989 έως το 2010, εξαιτίας της έγκαιρης διάγνωσης και της σημαντικής προόδου στις θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της νόσου (American Cancer Society, 2015) και ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών αναμένεται να έρθει αντιμέτωπος με τις μακροχρόνιες συνέπειες του καρκίνου. Τον Ιανουάριο του 2014, υπήρχαν περισσότερες από 3.1 εκατομμύρια γυναίκες στις Η.Π.Α. με ιστορικό καρκίνου του μαστού, εκ των οποίων κάποιες ήταν ελεύθερες νόσου, ενώ κάποιες άλλες εμφάνιζαν σημάδια της νόσου και υποβάλλονταν σε θεραπεία (American Cancer Society, 2015).

1.1.2. Παράγοντες Κινδύνου για την Ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού

Οι μαστοί είναι όργανα του σώματος που βρίσκονται στο θωρακικό τοίχωμα και αποτελούνται από διάφορους ιστούς, όπως τον αδενικό, λιπώδη και μυϊκό ιστό· οι ιστοί αποτελούνται από κύτταρα, όπως τα αδενικά, τα λιπώδη και τα μυϊκά κύτταρα. Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται κυρίως στα αδενικά κύτταρα των πόρων και

των λοβιδίων, ενώ σπανιότερα μπορούν να αναπτυχθούν κακοήθειες και στον λιπώδη ή τον μυϊκό ιστό (δηλ. σαρκώματα) και οφείλεται στον αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, προκαλώντας έτσι τον σχηματισμό κακοήθους όγκου στον μαστό. Εκτός από τους κακοήθεις όγκους μπορούν να αναπτυχθούν και καλοήθεις όγκοι, οι οποίοι δεν επεκτείνονται σε άλλα όργανα. Αντίθετα, ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται προοδευτικά, διηθεί τα παρακείμενα όργανα ή ιστούς και ενδέχεται να δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (Ιωαννίδου-Μουζάκα, Μανδρέκας, & Μπαρμπούνης, 2007; Σκάρλος, 2008).

Έως σήμερα, τα αποτελέσματα των ιατρικών μελετών έχουν προτείνει κάποιους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι ενδέχεται να καταστήσουν ένα άτομο περισσότερο ευπαθές στην ανάπτυξη της νόσου. Ωστόσο, πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι παράγοντες κινδύνου δεν αποτελούν και προβλεπτικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου. Με άλλα λόγια, κάποιες γυναίκες που εμφανίζουν παράγοντες κινδύνου δεν θα νοσήσουν από καρκίνο του μαστού, ενώ ένας αριθμός γυναικών που δεν εμφανίζει τους παραπάνω παράγοντες ενδέχεται να εμφανίσει την νόσο. Οι γυναίκες που είναι ενημερωμένες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου αναμένεται να είναι πιο προσεκτικές και συνεπείς με την πραγματοποίηση των τακτικών ιατρικών ελέγχων και επιπλέον, να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την μείωση (ή ακόμα και εξάλειψη) των παραγόντων εκείνων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (π.χ. διακοπή καπνίσματος). Συγκεκριμένα, οι πιο γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι οι εξής (Εθνικό σχέδιο δράσης 2011-2015):

1. *Κληρονομικότητα*: Υπολογίζεται ότι περίπου το 5-10% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού σχετίζονται με κληρονομικούς παράγοντες, και ειδικότερα με δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2, που φαίνεται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού όταν έχουν υποστεί γενετική αλλοίωση. Εάν μια γυναίκα έχει μια συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού, σχεδόν διπλασιάζεται ο κίνδυνος να νοσήσει και η ίδια (κυρίως αν τα συγγενικά πρόσωπα έχουν νοσήσει σε νεαρή ηλικία).
2. *Ηλικία*: Τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αυξάνονται με την ηλικία. Τα περισσότερα περιστατικά εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών.

3. *Έναρξη της περιόδου σε πολύ νεαρή ηλικία* (κάτω των 10-12 ετών) και
4. *Αργοπορημένη έναρξη της εμμηνόπαυσης* (άνω των 55 ετών). Και στις δύο αυτές περιπτώσεις ο μαστός φαίνεται να παραμένει «εκτεθειμένος» για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στα οιστρογόνα, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
5. *Η απουσία εγκυμοσύνης ή η μεγάλη ηλικία της 1ης εγκυμοσύνης*: Οι γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ή η πρώτη τους εγκυμοσύνη πραγματοποιήθηκε σε ηλικία άνω των 35 ετών, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν.
6. *Η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών*: Τα αντισυλληπτικά χάπια έχουν κατηγορηθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες (για το διάστημα χρήσης τους και λίγο μετά).
7. *Η μακροχρόνια χρήση Θεραπείας Ορμονικής Υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση*: ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να εξαλείφεται δύο χρόνια μετά τη διακοπή της θεραπείας.
8. *Προηγούμενος καρκίνος στον ένα μαστό, στη μήτρα ή τις ωοθήκες*: Γονιδιακές μεταλλάξεις που προκαλούν καρκίνο των ωοθηκών και της μήτρας είναι δυνατόν να προκαλέσουν κακοήγη νεοπλασία και στον μαστό.
9. *Έκθεση του στήθους σε ακτινοβολία*: η ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού.
10. *Μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ*: η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει τη συγκέντρωση των οιστρογόνων στο αίμα και επομένως αυξάνει και την πιθανότητα καρκίνου του μαστού.
11. *Παχυσαρκία*: Η παχυσαρκία αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων και κατά συνέπεια και την πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου. Αυτό συμβαίνει διότι μετά την εμμηνόπαυση η παραγωγή των οιστρογόνων γίνεται κυρίως μέσα στον λιπώδη ιστό.
12. *Καθιστική ζωή*: Η φυσική άσκηση κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες και να συμβάλει στον έλεγχο τους σωματικού βάρους.
13. *Κάπνισμα*: Πρόσφατες έρευνες συνέδεσαν το κάπνισμα και με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

1.1.3. Συμπτώματα Καρκίνου του Μαστού και Διάγνωση

Η διευρυμένη πλέον χρήση της μαστογραφίας έχει αυξήσει τον αριθμό των περιστατικών καρκίνου μαστού που εντοπίζονται πριν ακόμα εκδηλώσουν οποιοδήποτε σύμπτωμα. Στα αρχικά στάδια ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει συμπτώματα ή κάποια σημάδια. Το συχνότερο πρώτο σύμπτωμα της νόσου είναι η ανάπτυξη ενός νέου εξογκώματος ή μάζας στον μαστό, ή η διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Αυτό το καρκινικό ψηλαφητό μόρφωμα είναι συνήθως μια ανώδυνη, σκληρή μάζα με ακανόνιστα όρια. Ωστόσο, τα καρκινικά μορφώματα μπορεί να διαθέτουν και διαφορετικά χαρακτηριστικά, επομένως, οποιαδήποτε αλλαγή στον μαστό είναι σημαντικό να ελέγχεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Άλλα πιθανά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν:

- α) Διόγκωση του συνόλου ή μέρους του μαστού,
- β) Ερεθισμός ή παραμόρφωση του δέρματος,
- γ) Πόνος στην περιοχή του μαστού ή της θηλής,
- δ) Εισολκή της θηλής,
- ε) Ερυθρότητα ή πάχυνση της θηλής ή του δέρματος του μαστού,
- στ) Έκκριση από τη θηλή (εκτός από το μητρικό γάλα).

Αν μια γυναίκα παραβλέψει τα προαναφερθέντα συμπτώματα, τότε μπορεί να εμφανίσει σημάδια προχωρημένης νόσου και να δυσχεράνει την αντιμετώπιση της νόσου. Κατά συνέπεια, είναι σημαντική η προληπτική τακτική εξέταση των μαστών με μαστογραφία (κυρίως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση) (Σκάρλος, 2008).

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού μπορεί να γίνει μόνο δευτερογενώς, με την έγκαιρη διάγνωση της νόσου (στην καλύτερη περίπτωση πριν ακόμα γίνει ψηλαφητός ή εμφανίσει συμπτώματα). Συγκεκριμένα, η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει: 1) την αυτοεξέταση του μαστού από την ίδια την γυναίκα, 2) την κλινική εξέταση του μαστού από το γιατρό, 3) την μαστογραφία και άλλες απεικονιστικές εξετάσεις. Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση της νόσου είναι να εντοπίσουν, είτε η ίδια η γυναίκα, είτε ο ιατρός, μια μάζα στον μαστό (ή διογκωμένους λεμφαδένες στην μασχάλη) με ψηλάφηση ή κάποια απεικονιστική μέθοδο (Λινός, 2008). Το επόμενο βήμα είναι η πραγματοποίηση μιας σειράς εξετάσεων που στοχεύουν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης: 1) η μαστογραφία

αποτελεί τη βασική απεικονιστική εξέταση των μαστών, 2) το υπερηχογράφημα μαστών, έχει περιορισμένη αξία και βοηθάει κυρίως στη διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε ένα συμπαγή όγκο και μια κύστη γεμάτη υγρό, 3) η κυτταρολογική βιοψία με λεπτή βελόνη (FNA - Fine Needle Aspiration Biopsy), 4) η ιστολογική βιοψία με βελόνη (η βελόνη είναι μεγαλύτερης διαμέτρου και απαιτείται τοπική αναισθησία και μικρή τομή), 5) η στερεοτακτική βιοψία (λήψη ιστολογικού υλικού με τη βοήθεια και την καθοδήγηση ειδικών μηχανημάτων), 6) η ανοιχτή χειρουργική βιοψία (με ταχεία βιοψία ή/και μόνιμη ιστολογική εξέταση). Οι πρώτες τρεις βιοψίες μπορούν να γίνουν και στα εξωτερικά ιατρεία ή ακόμα και εκτός νοσοκομείου, ενώ η ανοιχτή χειρουργική βιοψία απαιτεί χειρουργείο (Λινός, 2008).

Η ορθή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς επιτρέπει τον καλύτερο δυνατό σχεδιασμό της θεραπείας. Το στάδιο της νόσου καθορίζεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM (American Joint Committee, 1992), όπου το T (tumor) αφορά στο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, το N (nodes) αφορά στην προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων και το M (metastasis) αφορά στην παρουσία ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων. Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω σταδιοποίηση περιγράφονται 4 στάδια της νόσου (με ορισμένες υποκατηγορίες):

- α) Στάδιο 0: είναι ο καρκίνος in situ που εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς,
- β) Στάδιο I (T1N0M0): ο όγκος είναι μεγέθους 2cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία.
- γ) Στάδιο II A: περιλαμβάνει τις κατηγορίες T0N1M0-χωρίς ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου, αλλά διακρίνεται μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και T2N0M0-διακρίνεται όγκος μεγαλύτερος από 2cm, αλλά όχι μεγαλύτερος από 5cm και δεν υπάρχει διήθηση στους λεμφαδένες.
- δ) Στάδιο II B: περιλαμβάνει τις κατηγορίες T2N1M0- διακρίνεται όγκος 2-5cm και με θετικούς λεμφαδένες και T3N0M0-με όγκο μεγαλύτερο από 5cm χωρίς θετικούς λεμφαδένες.
- ε) Στάδιο III A: περιλαμβάνονται οι κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 και T3N2M0, κατά τις οποίες διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς

(T0N2M0), ο όγκος είναι μικρότερος από 5cm, αλλά διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς (T1N2M0) και όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς (T2N2M0).

στ) Στάδιο III B: περιλαμβάνονται οι κατηγορίες T4 anyN M0 και anyT N3 M0, όπου υπάρχουν προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.

ζ) Στάδιο IV: περιλαμβάνει κατηγορίες με οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, με διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και με απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού.

1.1.4. Θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού

Το θεραπευτικό πρωτόκολλο που θα αποφασίσουν να ακολουθήσουν ο γιατρός (η ιατρική ομάδα) και η ασθενής εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, την ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων τοπικά ή την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Κατά κανόνα, στην πρώτη φάση της θεραπείας οι ασθενείς υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και στην συνέχεια, ακολουθούν οι συμπληρωματικοί θεραπευτικοί χειρισμοί. Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να είναι επεμβάσεις διατήρησης του μαστού ή αφαίρεσης του μαστού (Σακοράφος & Σαφιολέα, 2009).

Επεμβάσεις διατήρησης του μαστού: α) Ογκεκτομή: στην περίπτωση αυτή αφαιρείται το ογκίδιο και ο περιβάλλον υγιής ιστός, α) Τμηματεκτομή/Τεταρτεκτομή: αφαιρείται το τμήμα ή το τεταρτημόριο του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο, γ) Απλή Μαστεκτομή: αφαιρείται ο μαζικός αδένας καθώς και μία λωρίδα δέρματος μαζί με τη θηλή, δ) Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή: αφαιρείται ο μαζικός αδένας, μια λωρίδα δέρματος μαζί με τη θηλή, και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Εξέταση των Λεμφαδένων και Λεμφαδένας φρουρός: Σε περίπτωση διηθητικού καρκίνου πρέπει να γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης (ο οποίος βοηθάει και στην σταδιοποίηση της ασθένειας και την λήψη αποφάσεων σχετικά με τους περαιτέρω θεραπευτικούς χειρισμούς). Προηγείται η εξέταση του λεμφαδένα φρουρού (του πρώτου λεμφαδένα στον οποίο θα πήγαιναν ή στον οποίο πήγαν τα

καρκινικά κύτταρα) και εάν ο λεμφαδένας αυτός είναι θετικός ο ιατρός προχωράει σε λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης. Σε όλες τις περιπτώσεις ο γιατρός οφείλει να ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές που έχει, να εξηγήει τι περιλαμβάνει κάθε χειρουργική μέθοδος (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα), καθώς επίσης τους ενδεχόμενους κινδύνους και στην συνέχεια να συναποφασίζουν για την μέθοδο που ενδείκνυται στην συγκεκριμένη περίπτωση.

Οι μετεγχειρητικοί θεραπευτικοί χειρισμοί στοχεύουν στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που μπορεί να έχουν παραμείνει στο σώμα μετά την χειρουργική αφαίρεση του όγκου, περιορίζοντας με τον τρόπο αυτό μια πιθανή υποτροπή. Οι χειρισμοί αυτοί περιλαμβάνουν την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, καθώς επίσης και συνδυασμό αυτών (Ιωαννίδου-Μουζάκα και συν., 2007): α) Ακτινοθεραπεία: πρόκειται για εφαρμογή ιοντίζουσας ακτινοβολίας, β) Χημειοθεραπεία: χορηγείται συνήθως ενδοφλεβίως σε κύκλους και η χορήγησή της δεν απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομείο, γ) Ορμονοθεραπεία: Εάν οι υποδοχείς των ορμονών είναι θετικοί μπορεί να χρησιμοποιηθεί ορμονοθεραπεία (π.χ. Tamoxifen), μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και /ή ακτινοθεραπεία. Τόσο στην ακτινοθεραπεία και την χημειοθεραπεία, αλλά και σε περιορισμένες περιπτώσεις στην ορμονοθεραπεία, υπάρχουν παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν στη γυναίκα σωματικό πόνο και δυσφορία και να επηρεάσουν τη γενικότερη ποιότητα της ζωής τους.

Μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας ο γιατρός θα συστήσει στην ασθενή ένα πρόγραμμα περιοδικού κλινικού-εργαστηριακού ελέγχου που στηρίζεται σε συγκεκριμένα πρωτόκολλα και την ίδια στιγμή είναι εξατομικευμένο σύμφωνα με τις ανάγκες της. Η ολοκλήρωση της θεραπείας μπορεί να είναι την ίδια στιγμή ανακουφιστική, αλλά και στρεσογόνος. Αν και η ολοκλήρωση της θεραπείας σημαίνει και το πέρας μιας επίπονης και εξαντλητικής περιόδου, οι γυναίκες συχνά ανησυχούν για μια ενδεχόμενη επανεμφάνιση της νόσου. Όταν τελειώσει η θεραπεία, μια γυναίκα καλείται να πηγαίνει σε όλα τα προγραμματισμένα ραντεβού παρακολούθησης της πορείας της και να κάνει όλες τις απαραίτητες εξετάσεις (όπως εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες, τομογραφίες) για τον έλεγχο υποτροπής ή για εντοπισμό και αντιμετώπιση παρενεργειών της θεραπείας. Το πρώτο διάστημα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας προγραμματίζονται πιο τακτικά ραντεβού

παρακολούθησης. Όταν περάσει μια πενταετία μετά από τη διάγνωση του καρκίνου τότε οι απαραίτητες εξετάσεις πραγματοποιούνται ετησίως (American Cancer Society, 2015).

1.2. Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις του Καρκίνου του Μαστού

1.2.1. Ψυχο-ογκολογία

Ο όρος καρκίνος αναφέρεται σε μια μεγαλύτερη κατηγορία ασθενειών και φέρει ένα ιδιαίτερα αρνητικό συναισθηματικό φορτίο. Αρχικά, ο καρκίνος του μαστού θεωρούνταν ως μια νόσος που αφορά κυρίως τις γυναίκες, επηρεάζει σημαντικά την οικογενειακή και κοινωνική ζωή τους και ενδέχεται να οδηγήσει στο θάνατο (Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Burke et al., 2012). Αυτές οι αντιλήψεις άρχισαν να αμφισβητούνται όταν νέες, πιο αποτελεσματικές θεραπείες αύξησαν το προσδόκιμο ζωής σε ανθρώπους που είχαν διαγνωσθεί με κάποια μορφή καρκίνου, αυξάνοντας σταδιακά τον αριθμό των επιζώντων από την ασθένεια. Μέσα στο παραπάνω πλαίσιο αναπτύχθηκε και η Ψυχο-ογκολογία (Psychooncology) η οποία μελετά τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς (και τις οικογένειες τους) σε όλες τις φάσεις της νόσου. Επιπλέον, εξετάζει θέματα πρόληψης και έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου, καθώς και τον ρόλο πιθανών συμπεριφορικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο. Πέρα από την εργαστηριακή μελέτη για τον καρκίνο, η αρχική έρευνα επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων για την εξέταση των υποκειμενικών συμπτωμάτων των ασθενών (όπως το άγχος, την κατάθλιψη, τον πόνο και την κούραση). Το βήμα αυτό κρίθηκε αναγκαίο για την ανάπτυξη τεκμηριωμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines) για την παροχή αποτελεσματικής ψυχοκοινωνικής φροντίδας στους ανθρώπους που έχουν νοσήσει με καρκίνο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο έγινε αντιληπτό ότι έπρεπε να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται στον χώρο της ψυχο-ογκολογίας καθώς έχει «ενοχοποιηθεί» ότι στιγματίζει και απομονώνει (American Psychosocial Oncology Society).

1.2.2. Η Έννοια της Επιβίωσης στον Καρκίνο

Ο βιοϊατρικός όρος «επιζών» (survivor) αναφέρεται παραδοσιακά στο άτομο που έχει ζήσει ελεύθερο νόσου για πέντε τουλάχιστον έτη μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ωστόσο, ο ψυχοκοινωνικός ορισμός του επιζώντα εστιάζει στο γεγονός ότι η εμπειρία του καρκίνου αποτελεί μια πορεία, η οποία ξεκινάει ήδη με τη διάγνωση (Dow, 1991). Επιπλέον, ο όρος επιζών καρκίνου αναφέρεται όχι μόνο σε όσους έχουν νοσήσει, αλλά και στους σημαντικούς άλλους που ανήκουν στο στενό υποστηρικτικό δίκτυο των ασθενών. Όταν οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν έναν ασθενή ως επιζώντα ήδη από τα πρώτα βήματα της πορείας που έχει να διανύσει ενδέχεται να δώσουν μεγαλύτερη προσοχή στο θεραπευτικό σχήμα και τη γενικότερη φροντίδα που θα προσφέρουν (π.χ. στις πιθανές παρενέργειες της θεραπείας), καθώς επίσης στις ανάγκες, τις ελπίδες και τους φόβους του ασθενούς. Η αντικατάσταση της στιγματιστικής «ταμπέλας» *θύμα καρκίνου* με τον όρο *επιζών καρκίνου* προδιαθέτει τον ασθενή και το περιβάλλον του για πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας (Rowland, 2008).

Ο Mullan (1985) έχει περιγράψει τρεις φάσεις της επιβίωσης από τον καρκίνο. Η πρώτη αναφέρεται ως η οξεία φάση που περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η βασική έγνοια των ασθενών σε αυτό το στάδιο είναι να διαχειριστούν τα έντονα στρεσογόνα συναισθήματα που γεννιούνται από τον φόβο ενός δυνητικά επικείμενου θανάτου, αλλά και από τις παρενέργειες ιδιαίτερα παρεμβατικών θεραπευτικών χειρισμών. Αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ξεκινάει η επόμενη φάση, η οποία αναφέρεται ως «διευρυμένη επιβίωση» και πρόκειται για μια περίοδο ύφεσης, κατά την οποία, ωστόσο, δεν λείπει η αγωνία για πιθανή επανεμφάνιση της ασθένειας. Τέλος, οι ασθενείς με καρκίνο φαίνεται να διατηρούν μια πιο σταθερή και διαρκή αίσθηση επιβίωσης εφόσον έχει περάσει ένα χρονικό διάστημα χωρίς επανεμφάνιση της νόσου και πλέον (με ιατρικά κριτήρια) έχουν τις ίδιες πιθανότητες να νοσήσουν με καρκίνο όσο και ο υπόλοιπος πληθυσμός (βιοϊατρικός ορισμός της επιβίωσης από καρκίνο) (Thewes et al, 2004).

Ωστόσο, χρειάζεται να κάνουμε μια αναφορά και σε όσους διαφωνούν με την υιοθέτηση του όρου επιζών (survivor) και αντιπροτείνουν άλλες ονομασίες.

Συγκεκριμένα, ο όρος επιζών εισήχθη στην συζήτηση το 1985 από τον Mullen, οποίος είχε βιώσει ο ίδιος την εμπειρία του καρκίνου. Στην συνέχεια, ο όρος αυτός συνδέθηκε κυρίως με τον καρκίνο του μαστού, όπου οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζονται ως θριαμβεύτριες, χαρούμενες και υγιείς (στηρίζοντας ταυτόχρονα μια μεγάλη «επιχείρηση» που έχει στηθεί γύρω από τον καρκίνο του μαστού) (King, 2006). Ένας αριθμός γυναικών έχει αντιταχθεί στον όρο επιζών τονίζοντας την ανάγκη των γυναικών με καρκίνο του μαστού να εκφράσουν τον φόβο τους και τον πόνο τους και να μιλήσουν ανοιχτά για τη δική τους πραγματικότητα, αυτή του καρκίνου του μαστού. Ορισμένες φωνές υποστηρίζουν ότι φαίνεται να περάσαμε από την εποχή του στιγματισμού και της απόκρυψης της ασθένειας στη δημιουργία ενός «πολιτισμού» επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού που εστιάζει σε «χαρωπές» αναπαραστάσεις της νόσου, οι οποίες όμως ενδέχεται να «φυλακίζουν» άλλα συναισθήματα που βιώνουν οι γυναίκες, όπως θυμό και θλίψη (Kaiser, 2008). Η παραπάνω αντιπαράθεση σχετικά με την χρήση και τις επιπτώσεις το όρου «επιζών» φαίνεται να αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης αντιπαράθεσης σχετικά με την συνύπαρξη αρνητικών και θετικών επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

1.2.3. Αρνητικές Επιπτώσεις της Εμπειρίας του Καρκίνου

Οι έρευνες πριν από τη δεκαετία του 90' εστίαζαν κυρίως σε αρνητικές επιπτώσεις του καρκίνου στη ζωή ενός ατόμου. Έχει συζητηθεί εκτενώς στον χώρο της ψυχο-ογκολογίας το κατά πόσο ο καρκίνος οδηγεί σε αυξημένη ψυχολογική νοσηρότητα. Κάποιες έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι τα άτομα που έχουν νοσήσει από καρκίνο βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής νοσηρότητας σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Thomas, Glynn-Jones, Chait, & Marks, 1997). Ωστόσο, άλλοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας δεν φαίνεται να είναι πιο συχνή σε άτομα με καρκίνο σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό (Andersen, Anderson, & de Prose, 1989), ενώ τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν θα μπορούσαν να γίνουν αντιληπτά ως εμπόδια στην ευημερία και την προσαρμογή ενός ατόμου (Stalker, Johnson, & Cimma, 1989). Έρευνες έχουν καταδείξει ότι 20-30% περίπου των ασθενών που έχουν νοσήσει με κάποια μορφή καρκίνου και 38% περίπου των γυναικών με καρκίνο του μαστού θα αντιμετωπίσουν προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Galica, 2008). Έρευνες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με

καρκίνο του μαστού εμφανίζουν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Ikonomou et al., 2004; Karademas, Argyropoulou, & Karvelis, 2007). Σε κάποιες γυναίκες φαίνεται ότι τα προβλήματα και οι ανάγκες δεν αντιμετωπίζονται εγκαίρως ή/και αποτελεσματικά παρατείνοντας και παγιώνοντας τις δυσάρεστες συνέπειες της ασθένειας σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να αφορούν θέματα θεραπείας και ιατρικού επανελέγχου, παρενέργειες της θεραπείας, συναισθηματικά προβλήματα, κοινωνικές σχέσεις, επαγγελματικά και οικονομικά ζητήματα (Harrison et al., 2009; Stanton & Bower, 2015; Stanton, Bower, & Low, 2006). Επιπλέον, η διάγνωση του καρκίνου, ανεξάρτητα από την πρόγνωση ανασύρει στην επιφάνεια υπαρξιακές αγωνίες σχετικά με την απειλή ενός «άκαιρου» θανάτου και ενός «τραυματισμένου» μέλλοντος (Moorey & Greer, 2012; Salander, 2000). Αυτή η υπαρξιακή κρίση δεν θα μπορούσε παρά να απειλήσει σταδιακά την αίσθηση της ταυτότητας της γυναίκας, του ρόλου και της θέσης που η ίδια επιφυλάσσει για τον εαυτό της στον κόσμο (Little et al., 2002).

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και να βιώσουν αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και ευαλωτότητας (Μουσσάς, Παπαδοπούλου, Χριστοδουλάκη, & Καρκανιάς, 2012). Επιπλέον, ενδέχεται να εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα στρες εξαιτίας του φόβου για υποτροπή (Hewitt, Herdman, & Holland, 2004; Lee-Jones, Humphris, Dixon, & Hatcher, 1997). Οι Holland και Wellisch (1988) αναφέρουν ότι ένα άτομο που διαγιγνώσκεται με καρκίνο καλείται να αντιμετωπίσει ιδιαίτερες ανάγκες, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές, όπου ο ένας τομέας επηρεάζει τον άλλο με ποικίλους τρόπους. Για παράδειγμα, αυξημένες βιολογικές ανάγκες (ως σύμπτωμα της ασθένειας και παρενέργεια της θεραπείας) μπορούν να προκαλέσουν στους ασθενείς άγχος, διαταραχές ύπνου, καταθλιπτικά συμπτώματα και πόνο (Silberfarb, 1988). Επίσης, ο Redd (1988) αναφέρθηκε σε πιθανές συνέπειες της χημειοθεραπείας, που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη φοβιών και προβλημάτων συμπεριφοράς επηρεάζοντας το κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού ενδέχεται να βιώσουν προβλήματα που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος τους και τη σεξουαλική λειτουργία (Ganz et al., 1996). Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες ανάγκες στις

σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους (κυρίως τον σύντροφο) (Gates, 1988) και ψυχοσεξουαλικές δυσκολίες (Schain, 1988). Στην πρώτη περίπτωση, οι σημαντικοί άλλοι, ανάλογα με τον τρόπο που επικοινωνούν με τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, μπορεί να διευκολύνουν ή να παρεμποδίσουν την συναισθηματική υποστήριξη. Στη δεύτερη περίπτωση, ποικίλοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η αυτοεκτίμηση και η εικόνα σώματος, βιολογικοί/ιατρικοί παράγοντες, όπως ο πόνος και παρενέργειες της θεραπείας και σχεσιακοί παράγοντες όπως η σταθερότητα και η ευελιξία σε μια σχέση, μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη ψυχοσεξουαλικών προβλημάτων. Επίσης, η δυσκολία κάποιων ατόμων να διαχειριστούν τα συμπτώματα της ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε έντονη ανησυχία, αποφευκτική συμπεριφορά και οργανική δυσφορία (Gray, Fitch, & Greenberg, 1998).

Η μετάβαση από την ολοκλήρωση της θεραπείας στην μετά τη θεραπεία εποχή θεωρείται μια όχι επαρκώς χαρτογραφημένη περιοχή. Αν και έχουν περιγραφεί και εφαρμοστεί αρκετές μέθοδοι για την επαρκή ενημέρωση και προετοιμασία των ασθενών με καρκίνο σχετικά με τη θεραπεία, ελάχιστες πληροφορίες δίνονται στους ασθενείς και τις οικογένειες τους για την περίοδο που ξεκινάει μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς έχουν βιώσει επίπονα σωματικά συμπτώματα και έχουν περάσει μεγάλα χρονικά διαστήματα με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, με τους οποίους έχουν πιθανότατα αναπτύξει κάποιους δεσμούς. Δεσμούς μπορεί να έχουν αναπτύξει και με άλλους ασθενείς που μοιράζονται τις ίδιες εμπειρίες. Ευρισκόμενοι υπό σταθερή ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας ίσως να αισθάνονται πιο ασφαλείς σχετικά με την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας, αλλά και σχετικά με την πιθανότητα υποτροπής (Rowland, 2008). Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας οι ασθενείς καλούνται να αποχωρισθούν ανθρώπους με τους οποίους μοιράζονταν κοινές εμπειρίες και ενδέχεται να βιώσουν μια μορφή απώλειας. Επιπλέον, αισθήματα ανασφάλειας μπορεί να κυριαρχήσουν σχετικά με το πώς θα αντιμετωπίσουν συμπτώματα της ασθένειας, αλλά και σχετικά με τον κίνδυνο επανεμφάνισης της νόσου. Τέλος, επιστρέφοντας στην «κανονική» τους ζωή καλούνται να αντιμετωπίσουν και τις προσδοκίες του περιβάλλοντος τους για μια «επανεκκίνηση» της ζωής τους από το σημείο που την άφησαν πριν τη διάγνωση. Οι

έρευνες που έχουν εκπονηθεί σχετικά με το πώς θα μπορούσε να γίνει πιο αποτελεσματικά αυτή η μετάβαση είναι σχετικά περιορισμένες (Rowland, 2008).

Τα αποτελέσματα των ερευνών μας έχουν δείξει ότι ο καρκίνος επηρεάζει ένα μεγάλο φάσμα της ζωής ενός ανθρώπου. Πολλές από τις οργανικές συνέπειες του καρκίνου μπορεί να διατηρηθούν και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Το αίσθημα κούρασης, χρόνιοι πόνοι, καρδιακές δυσλειτουργίες, οστεοπόρωση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και προβλήματα μνήμης είναι μερικά από τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει κατά τη διάρκεια της ζωής του ένας άνθρωπος που έχει επιζήσει από τον καρκίνο. Μια αισιόδοξη πτυχή είναι ότι νέες ιατρικές, συμπεριφοριστικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχουν αναπτυχθεί και αναπτύσσονται στοχεύοντας στην μείωση των παρενεργειών του καρκίνου και της θεραπείας του και στην καλύτερη δυνατή διαχείριση χρόνιων ζητημάτων που προκύπτουν (Rowland, 2008).

Τα άτομα που έχουν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου ενδέχεται επίσης να αντιμετωπίσουν πρακτικά προβλήματα, όπως οικονομικές δυσκολίες, κοινωνικό στιγματισμό και διακρίσεις στον επαγγελματικό τομέα (Conti, 1995). Μια επιπλέον παράμετρος που μπορεί να επηρεάσει τον επαγγελματικό τομέα για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο είναι η αντιμετώπιση δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικών αποφάσεων (Batow & Tattersall, 2005). Για παράδειγμα, μια έρευνα σε ένα ελληνικό δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού έδειξε ότι οι γυναίκες αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην λήψη επαγγελματικών αποφάσεων, κυρίως λόγω έλλειψης ετοιμότητας και έλλειψης πληροφόρησης (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Αργυροπούλου, & Δρόσος, 2010).

Η εμπειρία του καρκίνου φαίνεται επίσης να επηρεάζει το πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τον χρόνο. Η διάγνωση του καρκίνου διχοτομεί τον χρόνο του ασθενούς στην «πριν» και την «μετά» εποχή. Για τους ανθρώπους που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο ο εσωτερικός χρόνος φαίνεται να σταματά (ή και να «τρέχει» με γοργό ρυθμό) την ίδια στιγμή που ο εξωτερικός χρόνος συνεχίζει να κυλάει στο δικό του ρυθμό. Γενικότερα, τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο δεν αντιμετωπίζουν πλέον τον χρόνο ως κάτι δεδομένο, αλλά ως κάτι πολύτιμο και ουσιαστικό και νιώθουν αυξημένη την ευθύνη για την καλύτερη δυνατή διαχείρισή του. Το παρόν

αποκτά μια άλλη βαρύτητα καθώς αποτελεί την γέφυρα ανάμεσα σε ένα παρελθόν το οποίο σηματοδοτήθηκε από την εμφάνιση του καρκίνου και ένα μέλλον σε σημαντικό βαθμό αβέβαιο και απειλητικό. Τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού ενδέχεται να μην επιθυμούν πλέον να ελέγχονται από τον χρόνο, αλλά προτιμούν να ελέγχουν οι ίδιοι τον χρόνο τους. Αναγνωρίζουν την αξία του και επιθυμούν να τον ρυθμίσουν με τέτοιον τρόπο ώστε να κάνουν αυτά που θέλουν με τους ανθρώπους που επιθυμούν (Rasmussen & Elverdam, 2007). Η τελευταία διαπίστωση μας οδηγεί στην επόμενη ενότητα που πραγματεύεται τις θετικές επιπτώσεις που αναφέρουν οι ασθενείς ότι μπορεί να έχει ο καρκίνος στη ζωή τους.

1.2.4. Θετικές Επιπτώσεις της Εμπειρίας του Καρκίνου

Μέσα από την κλινική, κυρίως, παρατήρηση αναγνωρίστηκε ότι, παρά τις δυσάρεστες συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει ένα τραυματικό γεγονός, ένας μικρός μόνο αριθμός ατόμων ενδέχεται να αναπτύξει κάποια σοβαρή ψυχική νόσο. Αντιθέτως, ένας αξιοσημείωτος αριθμός ανθρώπων, όχι μόνο καταφέρνει να προσαρμοστεί αποτελεσματικά στις στρεσογόνες συνθήκες, αλλά αναφέρει ότι βιώνει κάποια μορφή προσωπικής ανάπτυξης (Cordova et al., 2007; Frazier & Kaler, 2006; Linley & Joseph, 2004). Η βιβλιογραφία προτείνει ότι κάποιοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με καλή προσαρμογή στον καρκίνο. Ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς είναι: α) η ενεργητική στάση του ατόμου ως προς τη θεραπεία του, την φροντίδα που θα δεχθεί και γενικά σχετικά με θέματα που το αφορούν, β) η αναζήτηση και διατήρηση ενός κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, το οποίο δίνει την αίσθηση του ανήκειν, καθώς επίσης και το αίσθημα ασφάλειας λόγω της διαθεσιμότητας πόρων και γ) η αναζήτηση και εύρεση νοήματος που βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν και να νοηματοδοτήσουν την εμπειρία του καρκίνου (Rowland, 2008).

Οι άνθρωποι που έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο φαίνεται να γίνονται πιο ανθεκτικοί (resilient). Σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν ότι πέρα από τις αρνητικές συνέπειες του καρκίνου (όπως στρες, καταθλιπτικά συμπτώματα, ευερεθιστικότητα), πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι βιώνουν θετικές αλλαγές, όπως μεγαλύτερη αναγνώριση προσωπικής δύναμης, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή και ενίσχυση της πνευματικότητας (Bellizzi et al.,

2010; Cordova et al., 2007; Frazier & Kaler, 2006; Koutrouli et al., 2016; Stanton et al., 2006). Με άλλα λόγια, η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου θα μπορούσαν να βοηθήσουν ένα άτομο να αναθεωρήσει τις πεποιθήσεις του για τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους και να αλλάξει τον τρόπο ζωής και τις καθημερινές του συνήθειες (κάπνισμα, διατροφή, φυσική άσκηση, κ.α.) (Rowland, 2008). Έχοντας ως αφετηρία τα παραπάνω ερευνητικά αποτελέσματα, έχουν αρχίσει να σχεδιάζονται ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που στοχεύουν, όχι μόνο στην μείωση των αρνητικών συνεπειών, αλλά παρεμβάσεις που εστιάζουν και αξιοποιούν και τις δυνητικά θετικές επιπτώσεις της εμπειρίας του καρκίνου (Rowland, 2008).

1.3. Καρκίνος & Μετατραυματικό Στρες

1.3.1. Τραυματικά Γεγονότα & Ορισμός της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες

Πολλά γεγονότα λαμβάνουν χώρα στη ζωή ενός ανθρώπου. Σημαντικά ή ασήμαντα, έχουν πάντα έναν αντίκτυπο στον ίδιο και το περιβάλλον του. Πότε μπορούμε να θεωρήσουμε ένα γεγονός τραυματικό; Οι παρακάτω ιδιότητες τοποθετούν ένα γεγονός στην κατηγορία του τραύματος: α) ένα γεγονός που είναι ξαφνικό και αναπάντεχο είναι πιθανότερο να αναστατώσει και να απειλήσει τον ψυχικό κόσμο ενός ανθρώπου, β) τα μειωμένα επίπεδα αντιληπτού ελέγχου πάνω στο γεγονός μπορεί να κάνουν ένα άτομο να νιώσει αδύναμο και να απειλήσουν περαιτέρω την ποιότητα ζωής του (Tennen & Affleck, 1990), γ) παράξενα και εκτός του συνηθισμένου γεγονότα ενδέχεται να αιφνιδιάσουν ένα άτομο απειλώντας τους ψυχοκοινωνικούς πόρους που διαθέτει, οι οποίοι δεν θεωρούνται πλέον επαρκείς και δ) μακροπρόθεσμες συνέπειες, οι οποίες είναι μη αναστρέψιμες, μπορεί να προκαλέσουν στους ανθρώπους μια αίσθηση απελπισίας εξαντλώντας τους πόρους που διαθέτουν (Tedeschi & Calhoun, 1995). Επομένως, όταν ένας άνθρωπος βιώσει ένα αναπάντεχο, ασυνήθιστο γεγονός το οποίο έχει μακροχρόνιες, μη αναστρέψιμες συνέπειες για τη ζωή του και αισθάνεται ότι είναι εκτός του δικού του ελέγχου, ενδέχεται να εμφανίσει μια σειρά από ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, ένα τραυματικό γεγονός ενδέχεται να επηρεάσει την σκέψη ενός ατόμου προκαλώντας παρεισφρητικές (intrusive thoughts) και αυτοεπιτιμητικές σκέψεις και ένας είδος μηρυκαστικής σκέψης (rumination) που αποβλέπει στην επεξεργασία των

τραυματικών πληροφοριών (Tedeschi & Calhoun, 1995). Επιπλέον, ένα τέτοιο γεγονός φαίνεται να επηρεάζει το άτομο σε συναισθηματικό επίπεδο. Άτομα τα οποία εκτίθενται σε κάποιο τραυματικό γεγονός μπορεί να βιώσουν (σε διαφορετικό βαθμό και ένταση) μια συνάρθρωση στρεσογόνων συναισθημάτων ενοχής, θυμού, ευερεθιστικότητας, φόβου, άγχους και θλίψης που ενδέχεται να προκαλέσουν αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, τα άτομα που βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός ενδέχεται να απομακρυνθούν από τους άλλους ανθρώπους, επειδή αισθάνονται ότι κανένας δεν είναι σε θέση να τους κατανοήσει και να απομονωθούν από το ευρύτερο υποστηρικτικό τους δίκτυο (Tedeschi & Calhoun, 1993). Επιπλέον, μπορεί να προκληθούν σεξουαλικές δυσκολίες (σε επίπεδο επιθυμίας και εκτέλεσης), και αυξημένη επιθετική συμπεριφορά. Τέλος, ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να προκαλέσει οργανικές αντιδράσεις και προβλήματα, όπως αίσθημα κόπωσης, πονοκεφάλους, γαστρεντερικά προβλήματα και άλγη σε διάφορα σημεία του σώματος (Tedeschi & Calhoun, 1995). Να σημειώσουμε, ότι ορισμένοι ερευνητές προτιμούν να μην χρησιμοποιούν τον όρο *τραυματικά γεγονότα* για να αποφύγουν τον στιγματισμό και προτιμούν να υιοθετούν άλλους όρους, όπως *δυσμενή, διασπαστικά ή ακραία γεγονότα* (Joseph & Linley, 2006).

Ως μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD) ορίζεται η αγχώδης διαταραχή που μπορεί να εμφανισθεί μετά την εμπειρία (ή την μαρτυρία) ενός απειλητικού γεγονότος (Andrykowski, et al., 1998). Η μετατραυματική διαταραχή στρες μπορεί να εμφανισθεί μετά από γεγονότα που απειλούν τη ζωή, την σωματική ακεραιότητα και την αξιοπρέπεια ενός ατόμου, όπως είναι ο πόλεμος και τα βασανιστήρια, η σωματική και σεξουαλική επίθεση, η κακοποίηση, τα ατυχήματα, οι φυσικές καταστροφές και οι απειλητικές ασθένειες για τη ζωή. Σύμφωνα με τις αλλαγές που έγιναν στο εγχειρίδιο DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013), η Μετατραυματική Διαταραχή Στρες ταξινομείται σε μια νέο-εισαγόμενη κατηγορία: «τραύμα και διαταραχές που σχετίζονται με κάποιο στρεσογόνο παράγοντα» (trauma and stressor-related disorders). Σε γενικές γραμμές τα διαγνωστικά κριτήρια παραμένουν τα ίδια, εκτός από κάποιες αλλαγές «κλειδιά». Το DSM-V δίνει μεγαλύτερη προσοχή στα συμπεριφορικά συμπτώματα που συνοδεύουν την Μετατραυματική Διαταραχή Στρες και προτείνει τέσσερις διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες, αντί για τρεις: 1) παραισθητικές σκέψεις, 2) αποφυγή, 3) αρνητικές

μεταβολές στις γνώσεις και τη διάθεση και 4) αλλαγές στην εγρήγορση και την αντιδραστικότητα. Η αναβίωση καλύπτει παρεισφρητικές (αυτόματες) μνήμες του τραυματικού γεγονότος, επαναλαμβανόμενα σχετικά όνειρα, αναδρομές στο παρελθόν (flashbacks) ή άλλη έντονη/παρατεταμένη ψυχολογική δυσφορία. Η αποφυγή αναφέρεται στην απομάκρυνση από οδυνηρές μνήμες, σκέψεις, συναισθήματα ή εξωτερικές υπενθυμίσεις του γεγονότος. Οι αρνητικές μεταβολές στις γνώσεις και τη διάθεση καλύπτουν μια γκάμα συναισθημάτων που προκύπτουν από μια επίμονη και διαστρεβλωμένη αίσθηση υπαιτιότητας του εαυτού και των άλλων, αποξένωση από τους άλλους, ή αισθητά μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες. Τέλος, η υπερδιέγερση χαρακτηρίζεται από επιθετική, απερίσκεπτη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου, υπερ-επαγρύπνηση, κ.α. (American Psychiatric Association, 2013). Σε μια πρόσφατη έρευνα που χρησιμοποίησε τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM V βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της διαταραχής στις Η.Π.Α. ήταν 9.4% για σύνθετα τραυματικά γεγονότα (κατά τη διάρκεια της ζωής) και 8.3% για ένα τραυματικό γεγονός. Ο επιπολασμός της Μετατραυματική Διαταραχή Στρες στις γυναίκες βρέθηκε ότι ήταν στατιστικά σημαντικότερος από τους άνδρες (Kilpatrick et al., 2013), όπως είχαν δείξει και προηγούμενες έρευνες που είχαν χρησιμοποιήσει τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM IV (Kessler et al., 2005).

1.3.2. Ο Καρκίνος ως Τραυματικό Γεγονός

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί ένα απειλητικό για τη ζωή, γεγονός που ενδέχεται να συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα στρες (Somerset et al., 2004). Ακόμα και μετά από μια επιτυχή θεραπεία, η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να αποτελούν πηγή στρες για το άτομο (Mehnert & Koch, 2007). Επίσημα, ο καρκίνος αναγνωρίστηκε ως ένα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να προκαλέσει Μετατραυματική Διαταραχή Στρες μετά από τη δημοσίευση του DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να θεωρηθεί ως ένα τραύμα που διαφέρει, ωστόσο, από τα οξέα τραυματικά γεγονότα στις παρακάτω παραμέτρους:

1) Το βασικό στρεσογόνο παράγοντα: στην περίπτωση του καρκίνου μιλάμε για μια χρόνια ασθένεια, η οποία σταδιακά ενδέχεται να εξασθενήσει τον οργανισμό. Η εμπειρία του καρκίνου χρειάζεται να αντιμετωπισθεί ως ένας σύνθετος στρεσογόνος παράγοντας που περιλαμβάνει την σοβαρότητα της διάγνωσης, την πρόγνωση, την τοξικότητα της θεραπείας και πιθανές παρενέργειες, παραμορφώσεις και δυσλειτουργίες, καθώς επίσης αναστάτωση στην οργανική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία (Kangas et al., 2002).

2) Την αναβίωση των συμπτωμάτων: Ενώ στις περισσότερες μορφές τραυμάτων οι παρεισφρητικές σκέψεις αφορούν στο παρελθόν, στην περίπτωση του καρκίνου, οι παρεισφρητικές σκέψεις του αφορούν κυρίως μελλοντικούς φόβους (Green et al., 1998). Η απειλή για την σωματική ακεραιότητα έχει συνήθως μελλοντικό προσανατολισμό (Kangas et al., 2002).

3) Τα αποφευκτικά συμπτώματα: Η συγκεκριμένη κατηγορία συμπτωμάτων φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με άλλες μορφές τραύματος. Ο στρεσογόνος παράγοντας που λέγεται καρκίνος, είναι εσωτερικός κι επομένως μετά την εμφάνιση του δεν είναι δυνατό να τον «αποφύγεις» (Green et al., 1998). Αρχικά είναι πολύ πιο δύσκολο να αποφύγει κάποιος ερεθίσματα, όπως είναι ναυτία, κούραση, ετήσιος ιατρικός έλεγχος, που προκαλούν στρες. Επιπλέον, στην περίπτωση του καρκίνου τα άτομα μπορεί να έχουν δυσκολία να ανασύρουν από την μνήμη τους συγκεκριμένες πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με την ασθένεια, αλλά δύσκολα θα μπορούσαν να ξεχάσουν στρεσογόνες εμπειρίες μακράς διάρκειας. Τέλος, η αίσθηση ενός «στενεμένου» χρονικά μέλλοντος, ενδέχεται να μην αποδίδεται μόνο σε ψυχολογικούς παράγοντες, αλλά και σε ιατρικούς λόγους (Kangas et al., 2002).

4) Τα συμπτώματα υπερδιέγερσης: Πολλά συμπτώματα που θυμίζουν αυτά της υπερδιέγερσης στην μετατραυματική ανάπτυξη, στην περίπτωση του καρκίνου πρόκειται για οργανικές συνέπειες της νόσου ή/και της θεραπείας, όπως αϋπνία, ευερεθιστότητα, και ελλειμματική συγκέντρωση (Bernhard, Phil, & Ganz, 1991).

Ο επιπολασμός της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες έχει μελετηθεί σε διάφορες μορφές καρκίνου όπως μελάνωμα, νόσος Hodgkin, καρκίνος του μαστού και μαικτοί καρκίνοι. Τα αντικρουόμενα, πολλές φορές, αποτελέσματα εξηγούνται από το γεγονός ότι κάποιες μελέτες εξέτασαν την παρουσία ορισμένων μόνο συμπτωμάτων, ενώ άλλες εξέτασαν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια. Στις έρευνες που έχουν γίνει για

την διερεύνηση του επιπολασμού του μετατραυματικού στρες στον καρκίνο του μαστού, φαίνεται να υπάρχει αρκετά μεγάλη διακύμανση (Hegel et al., 2006; Matsuoka et al., 2002; Mehnert et al., 2009; Naidich & Motta, 2000). Τα ποσοστά εμφάνισης της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (πλήρη συμπτώματα) κυμαίνονται από 3%-4% σε ασθενείς σε πρώιμα στάδια της ασθένειας, έως 35% σε ασθενείς που αξιολογήθηκαν αμέσως μετά τη θεραπεία. Όταν αξιολογούνται μόνο επιμέρους συμπτώματα (όπως παραισφρητικές σκέψεις) τότε τα ποσοστά εμφάνισης ανεβαίνουν σε 20% σε άτομα σε πρώιμα στάδια της ασθένειας και 80% σε περίπτωση υποτροπής (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002). Επιπλέον, μελέτες που χρησιμοποίησαν τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη (SCID) (Spitzer et al., 1992) ανέφεραν ποσοστά επικράτησης για τη Μετατραυματική Διαταραχή Στρες μεταξύ 3% και 10% σε ενήλικες ασθενείς με καρκίνο. Ομοίως, σε μια μελέτη ασθενών με καρκίνο του μαστού (που υποβάλλονταν σε θεραπεία) βρέθηκε ότι το 4% πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή, ενώ 41% πληρούσε τα κριτήρια για επιμέρους συμπτώματα. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής σε ασθενείς με καρκίνο ποικίλλουν ανάλογα με το ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης, καθώς θεωρείται ότι το PCL-C ενδέχεται να μετρά μια διάχυτη συναισθηματική δυσφορία και προβλήματα προσαρμογής και όχι ακριβή συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες (όπως κάνει το SCID) (Mehnert & Koch, 2007). Επιπλέον, ένας από τους βασικούς λόγους των διαφορών που παρατηρούνται οφείλεται σε αυτό τον ίδιο τον σχεδιασμό της έρευνας, αλλά και του αριθμού του δείγματος (τα δείγματα συνήθως είναι μικρά) (Kangas et al., 2002).

Η ευαλωτότητα στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες διαμεσολαβείται από έναν αριθμό παραγόντων, όπως είναι η νεαρή ηλικία, το χαμηλό εισόδημα και εκπαίδευση, η οργανική και ψυχιατρική συννοσηρότητα, το επίπεδο νοημοσύνης και η κατάχρηση ουσιών (Green, 1994; Hegel et al., 2006; Kessler et al., 1995; McFarlane, 1989; Palmer et al., 2004; Palyo & Beck, 2005). Είναι ωστόσο, πιθανόν οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες να αποτελούν και παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου. Για παράδειγμα, το χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, το υπερβολικό κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ είναι παράγοντες που σχετίζονται με συμπεριφορές που αυξάνουν την πιθανότητα για ανάπτυξη ορισμένων μορφών καρκίνου, ή

περιορίζουν την πιθανότητα να ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Μια πιθανή αλληλεπίδραση των παραπάνω παραγόντων ενδέχεται να επιδεινώσει την ευαλωτότητα για εμφάνιση μετατραυματικού στρες σε άτομα που έχουν νοσήσει με καρκίνο (Kangas et al., 2002).

1.3.3. Θεωρίες για τον Μηχανισμό Εμφάνισης Μετατραυματικού Στρες

Παρά την όποια επικάλυψη, οι γενικές θεωρίες προσαρμογής δεν μπορούν να απαντήσουν συγκεκριμένα για τους μηχανισμούς εμφάνισης του μετατραυματικού στρες. Ανάμεσα στις θεωρίες που διαμορφώθηκαν για να εξηγήσουν την εμφάνιση και την παγίωση του μετατραυματικού στρες είναι οι βιολογικές (Kolb, 1987), ψυχοδυναμικές (Krystal, 1984), θεωρίες μάθησης (Kilpatrick et al., 1985) και οι γνωσιακές (Horowitz, 1986).

Σύμφωνα με τον Horowitz (1986), μετά από την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος ακολουθεί μια πρώτη αντίδραση «κραυγής» και μεγάλης έκπληξης, η οποία με την σειρά της ακολουθείται από μια πληροφοριακή υπερφόρτωση. Το θεωρητικό μοντέλο του Horowitz (Θεωρία Αντίδρασης στο Στρες; Stress Response Theory) μπορεί να συνοψιστεί σε τρία κύρια σημεία: Πρώτον, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές αναφορικά με το επίπεδο αντίδρασης σε ένα στρεσογόνο γεγονός, αναμένεται ότι όλοι οι άνθρωποι θα αντιδράσουν σε ένα ψυχοπιεστικό περιστατικό. Δεύτερον, τα άτομα συνήθως αντιδρούν σε ένα τραυματικό γεγονός εμφανίζοντας: α) αυτόματες, επαναλαμβανόμενες και παρεισφρητικές σκέψεις, συναισθήματα, όνειρα και β) αποφευκτικές συμπεριφορές. Κατά τη διάρκεια των φάσεων με τις επαναλαμβανόμενες, παρεισφρητικές σκέψεις τα άτομα ενδέχεται να παρουσιάζουν υπερδιέγερση και διαταραχές ύπνου, ενώ κατά τη διάρκεια της αποφευκτικής φάσης μπορεί να έχουν ένα αίσθημα μουδιάσματος και κενά μνήμης. Τρίτον, ο Horowitz (1986) θεωρεί τις αυτόματες, επαναλαμβανόμενες σκέψεις ως ένα τυπικό μηχανισμό αντίδρασης σε ένα τραυματικό γεγονός, ως μια εγγενή τάση για αυτόματη επανάληψη των τραυματικού υλικού μέχρι αυτό να ενσωματωθεί σε προϋπάρχοντα γνωστικά σχήματα. Η μη ενσωμάτωση των νέων τραυματικών ερεθισμάτων στις προϋπάρχουσες γνωστικές κατηγορίες θα οδηγήσει σε μια συνεχή ταλάντευση ανάμεσα σε παρεισφρητικές, αυτόματες σκέψεις (κατάσταση

υπερδιέγερσης) και σε αποφευκτικές συμπεριφορές (κατάσταση ψυχικού μουδιάσματος), συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Το γνωστικό μοντέλο (Cognitive Model) των Ehlers & Clark (2000) για την Μετατραυματική Διαταραχή Στρες ξεκινάει από την αποδοχή ότι ένα στρεσογόνο γεγονός του παρελθόντος αποτελεί πάντα μια τρέχουσα απειλή. Οι άνθρωποι διαφέρουν μεταξύ τους τόσο στο πώς εκτιμούν ένα τραύμα και τις συνέπειες του, αλλά και στην φύση της ανάμνησης του γεγονότος που διατηρούν και πώς αυτή συνδέεται με άλλες αυτοβιογραφικές μνήμες. Από την στιγμή που ενεργοποιείται η αντίληψη της τρέχουσας απειλής, αυτή συνοδεύεται από παρεισφρητικές σκέψεις και διάφορες μορφές αναβίωσης του τραύματος, συμπτώματα υπερδιέγερσης, άγχος και άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις. Παράλληλα, αυτή η αίσθηση απειλής ενεργοποιεί μια σειρά από συμπεριφορικές και γνωστικές αντιδράσεις που στοχεύουν στην άμεση μείωση της αίσθησης της απειλής και του στρες που προκαλείται. Ωστόσο, η ενεργοποίηση του μηχανισμού που περιγράψαμε έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της γνωστικής επεξεργασίας και αναθεώρησης, με αποτέλεσμα τη διατήρηση της διαταραχής (Ehlers & Clark, 2000). Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι κάποια άτομα (τα οποία είναι πιο ευάλωτα να εμφανίσουν μετατραυματική διαταραχή στρες) δεν μπορούν να δουν το τραύμα ως ένα οριοθετημένο χρονικά γεγονός, το οποίο δεν έχει καθολικές συνέπειες στο μέλλον. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι αυτή η αδυναμία οφείλεται πρωτίστως σε μια ιδιοσυγκρασιακή τάση του ατόμου να βλέπει τα πράγματα αρνητικά και να οδηγείται σε υπεργενικεύσεις. Οι παρεισφρητικές σκέψεις και οι εφιάλτες εκφράζουν την απώλεια του ελέγχου και την επικράτηση της αίσθησης μιας μόνιμης (μη αναστρέψιμης) βλάβης που προκλήθηκε από το τραυματικό γεγονός. Επιπλέον, οι σημαντικοί άλλοι ενδέχεται να προτιμήσουν να αποφύγουν συζητήσεις που αφορούν το τραύμα για να μην προκαλέσουν περαιτέρω ένταση. Όμως αυτή η αντίδραση μπορεί να γίνει αντιληπτή ως αδιαφορία και έμμεση απόδοση ευθύνης στο ίδιο το άτομο για ό,τι έγινε. Αναφορικά με τον χαρακτήρα της τραυματικής ανάμνησης, παρατηρείται η εξής κατάσταση: τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός φαίνεται να δυσκολεύονται να ανασύρουν ολοκληρωμένες και οργανωμένες μνήμες, ενώ συχνά παραλείπουν λεπτομέρειες. Την ίδια στιγμή όμως αναφέρουν επαναλαμβανόμενες αυτόματες (παρεισφρητικές) αναμνήσεις και αναβίωση πτυχών του τραύματος. Η παραπάνω διαδικασία φαίνεται να οφείλεται σε

φτωχή επεξεργασία και απαρτίωση των τραυματικών πληροφοριών στην αυτοβιογραφική μνήμη. Όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ένα γεγονός ως μια σοβαρή τρέχουσα απειλή με σοβαρές συνέπειες, εντείνουν τις προσπάθειες τους να ελέγξουν τόσο την απειλή όσο και τα επακόλουθα αυτής με μια γκάμα συμπεριφορών που ποικίλλουν ανάλογα με τις εκτιμήσεις τους και τις γενικότερες πεποιθήσεις τους. Μερικά παραδείγματα αυτών των στρατηγικών είναι η καταστολή της σκέψης στρεσογόνων θεμάτων, αποφυγή των τραυματικών ερεθισμάτων, και ο γνωστικός μηρυκασμός (rumination) του τραύματος και των συνεπειών του. Όλες οι παραπάνω στρατηγικές ίσως να αμβλύνουν βραχυπρόθεσμα τη δυσφορία που προκαλεί το μετατραυματικό στρες, αλλά μακροπρόθεσμα συντηρούν και ανατροφοδοτούν τη διαταραχή (Ehlers & Clark, 2000).

Η Janoff-Bulman (1985; 1992) πρότεινε τη θεωρία της γνωστικής εκτίμησης (Cognitive- Appraisal Theory), η οποία εστιάζει στις θεμελιώδεις πεποιθήσεις που διατηρεί ένα άτομο για τον κόσμο και τη ζωή. Συγκεκριμένα, η ερευνήτρια πρότεινε ότι η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος (στο οποίο αποδίδει τον χαρακτηρισμό «σεισμικό») ενδέχεται να συντρίψει τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις ενός ατόμου για τον κόσμο και τον εαυτό του: α) ότι είναι άτρωτο, β) ότι η ζωή έχει νόημα και γ) ο εαυτός μπορεί να ειπωθεί σε ένα θετικό πλαίσιο. Στην ίδια οδό φαίνεται να κινείται και η Park με τους συνεργάτες της (2008; 1997) η οποία δίνει έμφαση στα συστήματα εννοιών, τα οποία περιλαμβάνουν τις κεντρικές πεποιθήσεις και υποθέσεις, αλλά και τους στόχους ενός ατόμου (οργανωμένοι ιεραρχικά), που καθοδηγούν τη ζωή σαν πυξίδα. Οπότε, ένα τραυματικό γεγονός δεν συντρίβει μόνο τις κεντρικές πεποιθήσεις, αλλά παραβιάζει σημαντικούς στόχους ζωής προκαλώντας στρες και αρνητικά συναισθήματα. Το συγκεκριμένο μοντέλο τονίζει τον καθοριστικό ρόλο της ανατροπής και ματαίωσης των σημαντικών στόχων ζωής σε σχέση με την κατάρρευση των κεντρικών πεποιθήσεων ενός ανθρώπου.

Οι Foa και Kozak (1986) πρότειναν τη θεωρία επεξεργασίας πληροφοριών (Information Processing Theory), σύμφωνα με την οποία η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος οδηγεί στον σχηματισμό ενός δικτύου φόβου στην μνήμη, το οποίο περιλαμβάνει: 1) πληροφορίες σχετικά με το τραύμα, 2) γνωστικές, συναισθηματικές, σωματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις και 3) ερμηνευτικές

πληροφορίες για τα παραπάνω στοιχεία του δικτύου. Όταν το δίκτυο αυτό ενεργοποιηθεί από υπενθυμητικούς παράγοντες του τραύματος τότε οδηγεί τις σχετικές πληροφορίες στον χώρο της συνείδησης (αυτόματες παρειασφρητικές σκέψεις). Οι προσπάθειες για καταστολή της ενεργοποίησης του δικτύου οδηγούν σε αποφευκτικές συμπεριφορές. Η επιτυχής αντιμετώπιση του τραύματος συνίσταται στην απαρτίωση των πληροφοριών του δικτύου φόβου στις υπάρχουσες δομές της μνήμης. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο απρόβλεπτος και ανεξέλεγκτος χαρακτήρας του τραύματος εμποδίζει την αφομοίωση του στα υπάρχοντα γνωστικά σχήματα, σύμφωνα με τα οποία ο κόσμος είναι προβλέψιμος και ελεγχόμενος.

Η θεωρία γνωστικής επεξεργασίας (Cognitive Processing Theory; Creamer, Burgess, & Pattison, 1992) συνδυάζει τις βασικές θέσεις της θεωρίας του Horowitz (1986) με τη θεωρία της Foa (1986) σχετικά με το δίκτυο φόβου. Και ο Creamer (1992) υποστηρίζει ότι για να υπάρξει αποκατάσταση πρέπει να ενεργοποιηθεί το σχετικό δίκτυο. Αυτή η ενεργοποίηση συνοδεύεται από αυτόματες, παρειασφρητικές σκέψεις, η ένταση των οποίων αποτελούν ένδειξη για την επιτυχημένη ή μη αντιμετώπιση του τραύματος. Συγκεκριμένα, υψηλότερο επίπεδο παρειασφρητικών σκέψεων σχετίζεται μακροπρόθεσμα με καλύτερη προσαρμογή. Τέλος η θεωρία της διπλής εκπροσώπησης (Dual Representation Theory) (Brewin, Dalgeish, & Joseph, 1996) υποστηρίζει ότι η μετατραυματική διαταραχή στρες είναι μια αποτυχημένη προσαρμογή στο τραύμα. Ένα ενδιαφέρον καινοτόμο στοιχείο που προσφέρει αυτή η θεωρία είναι η έννοια της πρόωρης αναστολής της επεξεργασίας (εξαιτίας προηγούμενων τραυματικών εμπειριών).

1.4. Η Έννοια της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στην Ψυχο-ογκολογία

1.4.1. Θρησκευτικές και Ψυχολογικές Ρίζες της Έννοιας της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Στις ανατολικές όσο και στις δυτικές θρησκευτικές παραδόσεις τα δεινά αποτελούν προϋπόθεση για εξερεύνηση του νοήματος της ύπαρξης και την κατάκτηση της σοφίας. Στην Ιουδαίο-Χριστιανική παράδοση τα δεινά μπορούν να αποτελέσουν το

όχημα για την ανανέωση του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, στην Ιουδαϊκή παράδοση τα δεινά και ο πόνος που προκαλούν αυτά, δίνονται στον άνθρωπο ως δοκιμασία και του προσφέρουν την ευκαιρία να μετανοήσει, να αναθεωρήσει την σχέση του με τον Θεό και να ενδυναμώσει την πίστη του. Στην Χριστιανική παράδοση, ο πόνος και τα δεινά αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ανθρώπου και της προσωπικής του εξέλιξης. Ο όρος «χαρμολύπη» συνοψίζει την στάση του Χριστιανισμού απέναντι στην χαρά και τον πόνο και εκφράζει την άποψη ότι και τα δύο είναι αναπόσπαστα στοιχεία της ανθρώπινης εμπειρίας. Ο Ισλαμισμός (και ιδιαίτερα κάποιες παραδόσεις του όπως ο Σιητισμός) θεωρούν τον πόνο ως μια ευπρόσδεκτη εμπειρία καθώς υπηρετεί σκοπούς κάθαρσης και προετοιμασίας για την μετά θάνατον ζωή. Στο ίδιο κλίμα, ο βουδισμός θεωρεί ότι ο πόνος είναι ένα πανανθρώπινο και αναπόφευκτο γεγονός και οι λόγοι που τον προκάλεσαν μπορούν να αρθούν μέσα από ηθικές και παρηγορητικές πράξεις.

Στην λογοτεχνία και την φιλοσοφία το θέμα του τραύματος και της απόκτησης σοφίας μέσα από την εμπειρία ενός τραγικού γεγονότος είναι ένα ιδιαίτερα ελκυστικό και πολυσυζητημένο θέμα. Στις αρχαίες Ελληνικές τραγωδίες, η εμπειρία ενός ακραίου γεγονότος ζωής, έξω από τα οικεία, οδηγούσε στην συνειδητοποίηση της θνητότητας και της αδυναμίας, αλλά παράλληλα στην ενίσχυση της αυτογνωσίας. Ο τελικός σταθμός δεν ήταν η πτώση και ο πόνος, αλλά η κάθαρση και η ηθική ανύψωση. Τα δεινά μπορούν να αποτελέσουν στοιχεία του τραγικού (με την αρχαιοελληνική έννοια του όρου) μόνο όταν συνοδεύονται από ενίσχυση της αυτοσυνειδησίας και γνώση των θεμελιακών ζητημάτων της ζωής. Παρατηρούμε ότι στο πλαίσιο των πρώτων προσπαθειών ερμηνείας των γεγονότων ζωής, κυρίως εκείνων που φαίνεται να απειλούν τους εσωτερικούς και εξωτερικούς πόρους που διαθέτει ένα άτομο, η έννοια μιας πιο ολοκληρωμένης αυτό-αντίληψης, οι βελτιωμένες και πιο ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις και η πνευματική εξέλιξη μέσα από την «πάλη» με το τραύμα, βρίσκονται στο επίκεντρο των ερμηνευτικών σχημάτων που προτάθηκαν από θεολογικούς και φιλοσοφικούς κύκλους. Οι παραπάνω αναφορές καλλιεργούν ένα γόνιμο έδαφος για να προχωρήσουμε στην ψυχολογική κατανόηση της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης και τις προσπάθειες που γίνονται για την συστηματική μελέτη της.

Η προσωπική ανάπτυξη μέσα από την αναμέτρηση με τις αντιξοότητες έχει εμπνεύσει συγγραφείς σε όλες τις εποχές. Η καινοτομία δεν βρίσκεται στην σύλληψη της έννοιας, αλλά στην συστηματική μελέτη του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης (Posttraumatic Growth - PTG) από τους ειδικούς στον χώρο της ψυχολογίας, της συμβουλευτικής, της ψυχιατρικής και της κοινωνικής εργασίας κατασκευάζοντας και αξιοποιώντας ποσοτικά και ποιοτικά ψυχομετρικά εργαλεία και τεχνικές. Αρκετοί ήταν οι πρωτοπόροι επιστήμονες που άνοιξαν το δρόμο για την μελέτη του φαινομένου, ανάμεσα τους οι Maslow (1954), Frankl (1963), Dohrenwend (1978) και Yalom (1980). Ωστόσο, η συστηματική, ερευνητική διερεύνηση ξεκίνησε προς το τέλος της δεκαετίας του 80'.

Οι θεωρητικές βάσεις της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης στην επιστήμη της ψυχολογίας βρίσκονται στην υπαρξιακή θεωρία των Frankl (1963) και Yalom (1980), καθώς επίσης στο κίνημα της θετικής ψυχολογίας (Wardell & Wicks, 2012). Οι ψυχολόγοι, που επηρεάστηκαν κυρίως από τις θεωρίες των υπαρξιακών φιλοσόφων, εστίασαν την προσοχή τους στην ανάγκη των ατόμων να νοηματοδοτήσουν τα δεινά τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν. Σύμφωνα με τον Frankl, η απόγνωση που μπορεί να βιώσει ένας άνθρωπος δεν απορρέει απευθείας από το ίδιο το τραυματικό γεγονός, αλλά από την μη εύρεση νοήματος στο γεγονός αυτό και στον πόνο που προκαλεί. Μια βασική έννοια που κυριαρχεί σε πολλά πεδία της ψυχολογίας (εξελικτική, κλινική, οργανωτική, κοινωνική ψυχολογία) είναι αυτή της αλλαγής (O'Leary, Alday, & Ickovics, 1998). Η αλλαγή αποτελεί έναν αναγκαίο μηχανισμό για την εξέλιξη και την προσαρμογή του ατόμου. Ξεκινώντας από αυτή την προκείμενη, οι ψυχολόγοι έχουν στρέψει την προσοχή τους στον τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν αιφνίδια γεγονότα που αναστατώνουν τη ζωή τους και έχουν διατυπώσει διάφορα μοντέλα τα οποία επιχειρούν να ερμηνεύσουν την αλλαγή (εκούσια ή ακούσια) που έπεται ενός τραυματικού γεγονότος. Ανεξάρτητα από τις διαφορές τους, τα μοντέλα αυτά (Aldwin, 1994; Miller & C' de Baca, 1994; Nerken, 1993; Schaefer & Moos, 1992; O'Leary & Ickovics, 1995; Tedeschi & Calhoun, 1995) έχουν τις εξής ομοιότητες: α) η αλλαγή επιτελείται μέσα στον χρόνο (δηλαδή έχει μια πορεία), β) υπάρχει μια πρώτη περίοδος βασικής λειτουργίας, που έχει έναν προπαρασκευαστικό ρόλο για τις μετέπειτα αλλαγές και γ) ενδέχεται η διαδικασία της αλλαγής να οδηγήσει σε μια βελτιωμένη κατάσταση· η όλη πορεία γίνεται κατανοητή

ως μια μορφή ανάπτυξης/εξέλιξης (O’Leary, et al., 1998). Τα πρώτα ερευνητικά ευρήματα παρουσιάστηκαν τη δεκαετία του 90’ προτρέποντας τους ερευνητές και κλινικούς να συμπεριλάβουν την έννοια των θετικών αλλαγών και της μετατραυματικής ανάπτυξης στις μελέτες τους (O’Leary & Ickovics, 1995; Park, Cohen, & Murch, 1996; Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi & Calhoun, 1995). Οι μελετητές Tedeschi και Calhoun (1995, 2004) εισήγαγαν τον όρο «μετατραυματική ανάπτυξη» προκειμένου να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν το φαινόμενο που παρατήρησαν στην κλινική τους εμπειρία. Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που είχαν βιώσει διαφορετικές μορφές τραυμάτων, ανέφεραν θετικές αλλαγές σε ποικίλες πτυχές της ζωής τους: 1) αυξημένη εκτίμηση για τη ζωή, 2) βελτιωμένες και ουσιαστικότερες διαπροσωπικές σχέσεις, 3) αυξημένη αίσθηση προσωπικής δύναμης, 4) μεγαλύτερη πεποίθηση για νέες ευκαιρίες και δυνατότητες στο μέλλον και 5) πνευματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004). Την ίδια περίοδο κατασκευάστηκε και το Ερωτηματολόγιο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory- PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996). Την επόμενη δεκαετία μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στην μηχανή αναζήτησης της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Εταιρείας (APA) έδινε 92 πηγές για την «Μετατραυματική Ανάπτυξη» και 33 λήμματα για την έννοια «ανάπτυξη που σχετίζεται με το στρες» (stress-related growth) (Calhoun & Tedeschi, 2006). Σήμερα, μια παρόμοια αναζήτηση θα μας έδινε έναν σαφώς μεγαλύτερο αριθμό ερευνών αποδεικνύοντας το ενδιαφέρον των ερευνητών και την σημασία του φαινομένου για την κλινική πρακτική.

1.4.2. Έννοιες που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη

Πριν προχωρήσουμε στην περιγραφή του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης θα εξετάσουμε ποια είναι η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με άλλες παρόμοιες έννοιες. Για παράδειγμα, η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την έννοια της ανθεκτικότητας (resilience) είναι περίπλοκη. Η τελευταία αναφέρεται κυρίως σε παιδιά που αντιμετώπισαν τραυματικές εμπειρίες νωρίς στη ζωή τους και ως συνέπεια ανέπτυξαν την ικανότητα να διαχειρίζονται με επιτυχία δυσκολίες που προκύπτουν (Harvey, 1996; Rutter, 1987; Werner, 1989). Τα άτομα με υψηλό βαθμό ανθεκτικότητας (resilience) ενδέχεται να μην βιώσουν ένα τραύμα

ως ιδιαιτέρως απειλητικό με αποτέλεσμα να μην ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 1995). Σύμφωνα με τις θεωρίες της μετατραυματικής ανάπτυξης, οι δύο έννοιες είναι διακριτές, καθώς ο όρος ανθεκτικότητα δεν εμπεριέχει την ιδέα της μεταμόρφωσης ή αναθεώρησης, αλλά περισσότερο την ικανότητα επιστροφής στην προηγούμενη, αρχική θέση ή κατάσταση, ή την ανάκαμψη/ανάρρωση από μια ασθένεια ή αντιξοότητα (Calhoun & Tedeschi, 2006). Μια παρόμοια με την ανθεκτικότητα έννοια, αυτή της «αντοχής», (hardiness) (Kobasa, 1979) αναφέρεται σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας που διευκολύνουν ένα άτομο να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το στρες που προκύπτει από δύσκολες καταστάσεις ζωής και να αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες με όχι και τόσο απειλητικούς όρους. Ούτε όμως αυτή η έννοια γίνεται αντιληπτή ως ένα αποτέλεσμα μια εξελικτικής πορείας και προϊόν ποικίλων διεργασιών.

Επίσης, η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης έχει σχετισθεί με αυτή της «αίσθησης συνοχής» (sense of coherence), η οποία αναφέρεται σε ένα σύνολο γνωρισμάτων προσωπικότητας που βοηθούν ένα άτομο να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το στρες. Ο Antonovsky (1987) παρατήρησε ότι κάποια άτομα έχουν τη δυνατότητα να αναπτύσσονται μέσα από μια τραυματική εμπειρία. Το υγειογενετικό (salutogenic) μοντέλο που εισηγήθηκε, περιέγραφε τον μηχανισμό και τους επιμέρους παράγοντες που οδηγούν σε αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και σε προσωπική εξέλιξη (όχι στην απλή καταστολή και αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων). Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στην υγεία και όχι στην παθολογία, ενώ προτείνει μια θεωρητική κατασκευή που στηρίζεται σε τρεις θεμελιώδεις λίθους: 1) νοηματοδότηση (meaningfulness), δυνατότητα κατανόησης (comprehensibility) και διαχειριστική ικανότητα (manageability). Παρατηρείται μια συγγένεια ανάμεσα στις δύο θεωρίες, καθώς αποδέχονται και οι δύο τις αρχές της θετικής ψυχολογίας και εστιάζουν στην υγεία και όχι στην ασθένεια.

Επιπλέον, έχουν περιγραφεί θεωρίες που παρουσιάζουν σημεία τομής με τη θεωρία της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 1995), αλλά εμφανίζουν ορισμένες, ουσιαστικές, διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα, η θεωρία *δημιουργίας νοήματος* (Meaning-Making; Park, 2009), προέκυψε από μια μακρά ερευνητική εμπειρία και προτείνει ότι ένα άτομο μπορεί να βιώσει θετικές αλλαγές μέσα από την

απόδοση νοήματος στις στρεσογόνες εμπειρίες. Συγκεκριμένα, η Park (2009) προτιμά την χρήση του όρου «ανάπτυξη σχετιζόμενη με στρες» (stress-related growth), ο οποίος διαφοροποιείται από την μετατραυματική ανάπτυξη αναφορικά με δύο σημεία: α) «επιτρέπει» σε ένα μεγαλύτερο εύρος στρεσογόνων εμπειριών και επιπέδων στρες να ενεργοποιήσουν τον μηχανισμό ανάπτυξης και β) οι θετικές αλλαγές είναι λιγότερο δραματικές (δεν φτάνουν στο επίπεδο της μεταμόρφωσης) και για τον λόγο αυτό ενδέχεται να είναι και πιο συχνές (Werdel & Wicks, 2012). Η Park εστιάζει σε καταστασιακούς παράγοντες και συγκεκριμένα στις γνωστικές εκτιμήσεις σχετικά με ένα γεγονός και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ακολουθούν. Ένα τρίτο μοντέλο ανάπτυξης είναι αυτό των Joseph και Linley (2005), οι οποίοι έχουν χρησιμοποιήσει τον όρο «ανάπτυξη μέσα από τις αντιξοότητες» (adversarial growth) και η αφετηρία τους είναι περισσότερο ανθρωπιστική και προσωποκεντρική. Συγκεκριμένα βλέπουν την ανάπτυξη ως μια φυσική τάση του ατόμου όταν το επιτρέπει ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον. Ένα τραυματικό γεγονός ενδέχεται να γκρεμίσει τη διάρθρωση/δομή του εαυτού και η διαδικασία της αναδιάρθρωσης βοηθάει το άτομο να μετακινηθεί προς μια εμπειρία που χαρακτηρίζεται από *πλήρη λειτουργικότητα*. Ένα πλήρως λειτουργικό άτομο είναι σε θέση να αποδεχτεί τον εαυτό του και το παρόν του, να βρει νόημα και σκοπό στη ζωή του, να βιώνει ουσιαστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, καταφάσκοντας την αυθεντικότητα τόσο τη δική του, όσο και του περιβάλλοντος του.

1.4.3. Πεδία Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Οι Tedeschi και Calhoun (1995) στο πρώτο τους βιβλίο για την έννοια της Μετατραυματικής Ανάπτυξης πρότειναν τρεις κύριες περιοχές ανάπτυξης: α) αλλαγές στην αντίληψη του εαυτού, β) αλλαγές στην εμπειρία των σχέσεων με τους άλλους και γ) αλλαγές στη γενική φιλοσοφία του ατόμου για τη ζωή. Στην συνέχεια (και μέσα στο πλαίσιο κατασκευής του σχετικού ερωτηματολογίου) οι παραγοντικές αναλύσεις προσέφεραν μια λύση με πέντε παράγοντες. Παρά τις κάποιες διαφοροποιήσεις (Park & Lechner, 2006), οι περισσότερες ποσοτικές μελέτες προτείνουν ότι τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραύμα αναφέρουν πέντε κύριες περιοχές ανάπτυξης: 1) προσωπική δύναμη, 2) νέες πιθανότητες, 3) σχέση με τους άλλους, 4) εκτίμηση ζωής και 5) πνευματική ανάπτυξη. Να σημειώσουμε ωστόσο, ότι οι εισηγητές της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν έχουν αποκλείσει την

πιθανότητα ένα άτομο να βιώνει ανάπτυξη και σε κάποια άλλη περιοχή της ζωής και της πραγματικότητάς του, όπως είναι η υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών ζωής.

Αλλαγμένη αντίληψη εαυτού - Δύναμη και νέες πιθανότητες: Η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος ενδέχεται να γκρεμίσει τον οργανωμένο και ρυθμισμένο κόσμο του ατόμου και θέτει υπό αμφισβήτηση τα θεμελιώδη γνωστικά σχήματα που διατηρούσε, ότι δηλαδή ο ίδιος είναι άτρωτος, η ζωή είναι δίκαιη και οι καταστάσεις υπό έλεγχο. Όταν ένα άτομο καλείται να αντιμετωπίσει ένα τραυματικό γεγονός, τότε έχει την ευκαιρία να αναπτύξει μια πιο ευέλικτη αντίληψη σχετικά με την ευαλωτότητά του, την ίδια στιγμή που αναγνωρίζει τη δύναμη που διαθέτει για να ανταπεξέρχεται με επιτυχία σε δύσκολες καταστάσεις. Στην ίδια κατηγορία αλλαγών εντάσσεται και η *ανάπτυξη και αναγνώριση νέων πιθανοτήτων και δυνατοτήτων στη ζωή*, που σχετίζεται με ανάπτυξη νέων ενδιαφερόντων, υιοθέτηση νέων δράσεων και με τη γενικότερη αίσθηση ότι νέα μονοπάτια ανοίγονται μπροστά (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Σχέσεις με άλλους: Σε περιόδους απωλειών και πένθους ενδέχεται να υπάρξουν αλλαγές στις σημαντικές σχέσεις ενός ανθρώπου, αλλά και δομικά στον τρόπο που σχετίζεται ένα άτομο με τους άλλους. Τα άτομα που βιώνουν ένα τραύμα τείνουν να δείχνουν μεγαλύτερη συμπόνια και κατανόηση στους άλλους και τα προβλήματα τους. Παρατηρείται μια μεγαλύτερη αίσθηση οικειότητας και ικανότητας του σχετίζεσθαι, μια πιο ρεαλιστική αξιολόγηση των ανθρώπων και μεγαλύτερη επένδυση σε σχέσεις που «δοκιμάστηκαν» και διατηρήθηκαν μέσα σε δύσκολες συνθήκες. Αν και δεν παρατηρείται σε όλες τις περιπτώσεις, οι οικογενειακοί δεσμοί ενδέχεται να ενδυναμωθούν και να γίνουν πιο ποιοτικοί (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Αλλαγές στην φιλοσοφία ζωής - Προτεραιότητες, εκτίμηση και πνευματική ανάπτυξη: Η παρούσα κατηγορία αναφέρεται σε αλλαγές στην αντίληψη του ατόμου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή και ποιες είναι οι προτεραιότητες στις οποίες αξίζει να επενδύσει χρόνο και ενέργεια. Οι στόχοι που είχε θέσει ενδέχεται να χρήζουν αναθεώρησης, ενώ παράλληλα μπορεί ένα άτομο να αναθεωρήσει τι είναι σημαντικό στη ζωή του και να εκτιμήσει περισσότερο αυτά που έχει.

Παρόλο που ένα άτομο υπό το βάρος και την πίεση ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να αμφισβητήσει την πίστη του σε κάποια θρησκεία και να δυσκολευτεί να βρει νόημα στη ζωή, δεν είναι λίγες οι αναφορές ατόμων για πνευματική ανάπτυξη και ενδυνάμωση της πίστης μετά από μια προσωπική κρίση. Τα άτομα που επιτυγχάνουν να νοηματοδοτήσουν ένα τραυματικό γεγονός, αναπτύσσουν και τη γενική ικανότητα που έχουν να βρίσκουν νόημα στην ύπαρξη τους διατηρώντας και ενισχύοντας το απαραίτητο κίνητρο για δράση. Η πνευματική ανάπτυξη αφορά σε ένα βαθμό την αποδοχή και την ενασχόληση με κάποια θρησκεία και για τον λόγο αυτό αναμένεται να επηρεάζεται από το πολιτιστικό πλαίσιο. Έχει ήδη ξεκινήσει η συζήτηση για την φύση και την εγκυρότητα αυτής της πτυχής της ανάπτυξης σε περισσότερο εκκοσμηκευμένα πολιτιστικά περιβάλλοντα (Calhoun & Tedeschi, 2006).

1.4.4. Θεωρητικό Μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Για να κατανοήσουμε τι είναι η μετατραυματική ανάπτυξη χρειάζεται να ξεκινήσουμε από ένα ερώτημα που θέσαμε σε προηγούμενο σημείο της μελέτης: τι καθιστά ένα γεγονός τραυματικό. Σύμφωνα με την Janoff-Bulman (2006) δεν είναι οι εξωτερικές απώλειες που καθιστούν ένα γεγονός τραυματικό, αλλά η εσωτερική αποδιοργάνωση, απορρύθμιση και διάσπαση που σχετίζεται με την ελλειπή προετοιμασία ενός ατόμου να αντιμετωπίσει ένα αντίξοο γεγονός. «Τα τραύματα είναι ισχυρές δονήσεις στον εσωτερικό μας κόσμο» (Janoff-Bulman, 2006, σελ. 83). Τι όμως εννοούμε στο συγκεκριμένο πλαίσιο ως «εσωτερικό κόσμο»; Σύμφωνα με την συγγραφέα (Janoff-Bulman, 1992) πρόκειται για ένα σύνολο θεμελιωδών υποθέσεων και παραδοχών σχετικά με τον κόσμο και τον εαυτό. Αυτές οι υποθέσεις μπορούν να ειπωθούν ως θεωρητικά μοντέλα τα οποία δημιουργήθηκαν από τις εμπειρίες ενός ατόμου και με τα οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο και τα γεγονότα, θέτει στόχους, κάνει σχέδια και προβλέψεις για το μέλλον. Όσο αυτά τα μοντέλα εργασίας επιβεβαιώνονται από τις εμπειρίες, η ζωή παραμένει κατανοητή και ελεγχόμενη. Στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο χρησιμοποιείται ο όρος «σχήμα» που θεωρείται ως μια γνωστική δομή που περιλαμβάνει τις ιδιότητες (και τις σχέσεις μεταξύ των ιδιοτήτων) μιας έννοιας ή ενός γεγονότος και καθιστά τον κόσμο και τα πράγματα διαχειρίσιμα (Fiske, 2004). Όταν μιλάμε για θεμελιώδεις υποθέσεις ουσιαστικά μιλάμε για τα πιο αφηρημένα εκείνα γνωστικά σχήματα τα οποία αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο του

εννοιολογικού μας συστήματος σχετικά με την κατανόηση του εαυτού και του κόσμου (Janoff-Bulman, 2006). Οι θεμελιώδεις αυτές υποθέσεις ενός ατόμου συνήθως το εφοδιάζουν με μια αίσθηση ασφάλειας και προστασίας και για αυτό παραμένουν σε μεγάλο βαθμό παγιωμένες, με μικρές περιφερειακές αλλαγές. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες περιόδους στη ζωή ενός ανθρώπου που τα γεγονότα οδηγούν στην αμφισβήτηση των θεμελιακών εκείνων υποθέσεων, καθώς κρίνονται πλέον ως ανεπαρκείς για την κατανόηση και διαχείριση του κόσμου. Το επόμενο βήμα είναι να καταφέρει το άτομο να οργανώσει ξανά με τέτοιο τρόπο τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις του, ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστεί τα αντίξοα γεγονότα, αναγνωρίζοντας παράλληλα το ευάλωτο της ύπαρξης του. Πρόκειται για μια μακρά και επίπονη πορεία αντιμετώπισης του τραύματος και των συνεπειών του που ενδέχεται να δημιουργήσει το κατάλληλο εκείνο υπόβαθρο, πάνω στο οποίο να είναι δυνατή η οικοδόμηση νέων δυνατοτήτων (Janoff-Bulman, 2006).

Η εισαγωγή της έννοιας της Μετατραυματικής Ανάπτυξης έγινε από τους Tedeschi και Calhoun (1995) οι οποίοι περιέγραψαν επτά βασικές αρχές πάνω στις οποίες στήριξαν το μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η *πρώτη αρχή* πρεσβεύει ότι η ανάπτυξη είναι δυνατή όταν τα γνωστικά σχήματα αλλάζουν ως αποτέλεσμα της αντιμετώπισης ενός αντίξοου γεγονότος. Η αρχή αυτή θεμελιώνεται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι προσπαθούν ενεργητικά να κατασκευάσουν τα γνωστικά εκείνα σχήματα που είναι απαραίτητα για την κατανόηση του κόσμου και της πραγματικότητας (Neimeyer, 1993). Αυτά τα γνωστικά σχήματα που είναι απαραίτητα για την οργάνωση του κόσμου ενός ατόμου διατηρούνται μέσα στον χρόνο, αλλά δεν είναι στατικά και παγιωμένα. Το τραύμα έρχεται να προκαλέσει μια απότομη ρήξη στην παραπάνω διαδικασία και να θέσει υπό αμφισβήτηση τα βασικά ερμηνευτικά σχήματα του ατόμου που εξασφαλίζουν την πεποίθηση του ότι είναι αλώβητος, έχει τον απόλυτο έλεγχο της ζωής του και «αξίζει» μόνο καλά πράγματα. Το τραυματικό γεγονός προκαλεί τα παλαιά γνωστικά σχήματα τα οποία δεν μπορούν πλέον να προσφέρουν την απαραίτητη οργάνωση και κατανόηση του κόσμου, κρίνονται ανεπαρκή και ελλειπή και επομένως, προσθήκες και αλλαγές είναι απαραίτητες για την επιτυχή αναθεώρηση του συστήματος (Janoff-Bulman, 1992). Η ανάπτυξη μπορεί να λάβει χώρα μόνο επειδή τα γνωστικά σχήματα αλλάζουν. Ωστόσο, η ενεργοποίηση του γνωστικού μηχανισμού δεν είναι επαρκής για την

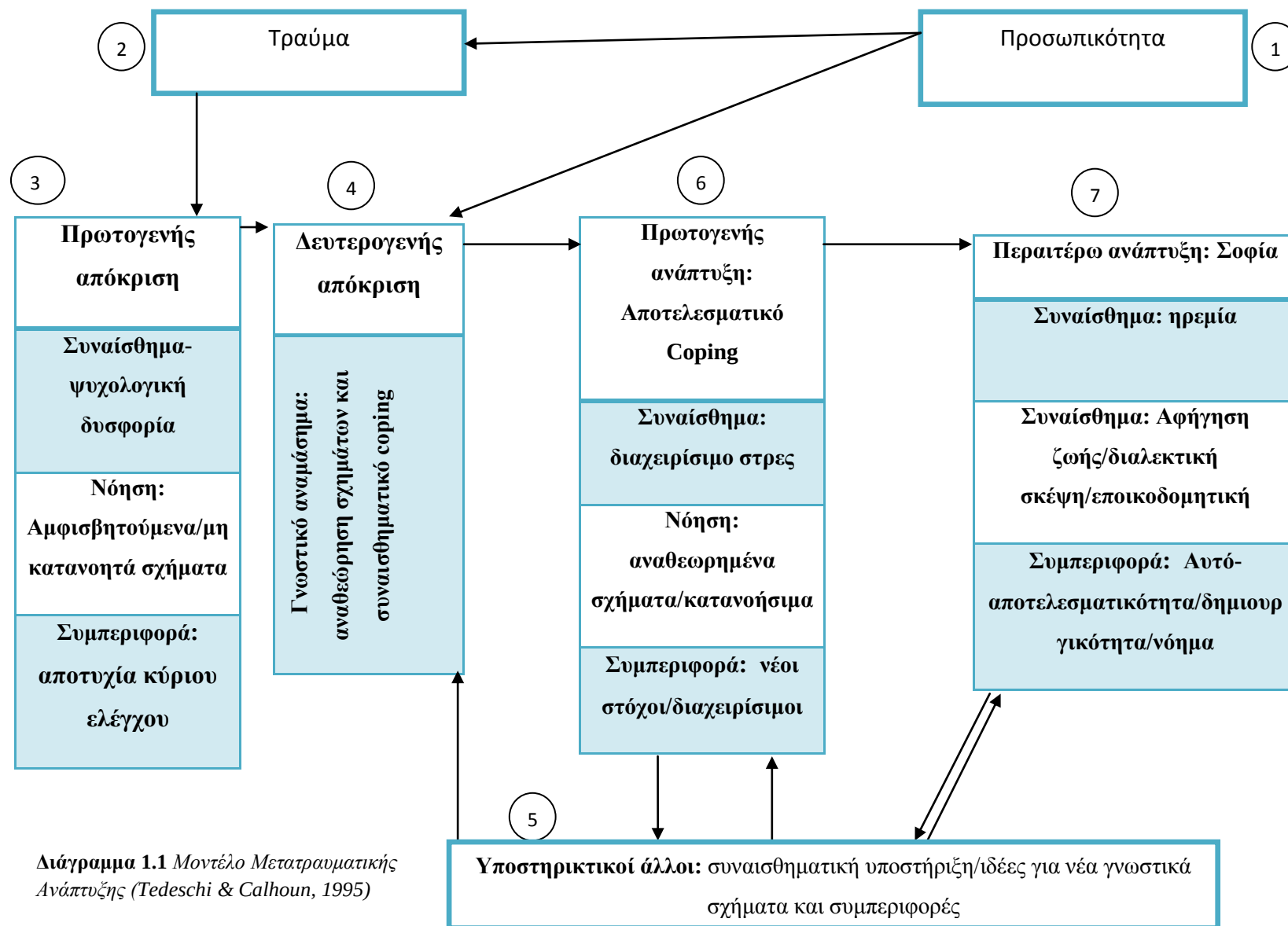
επιτυχή αλλαγή των γνωστικών σχημάτων. Απαραίτητη κρίνεται και η εμπειρία έντονης συναισθηματικής δυσφορίας για να είναι δυνατή και η ενεργοποίηση των γνωστικών διεργασιών που θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1995).

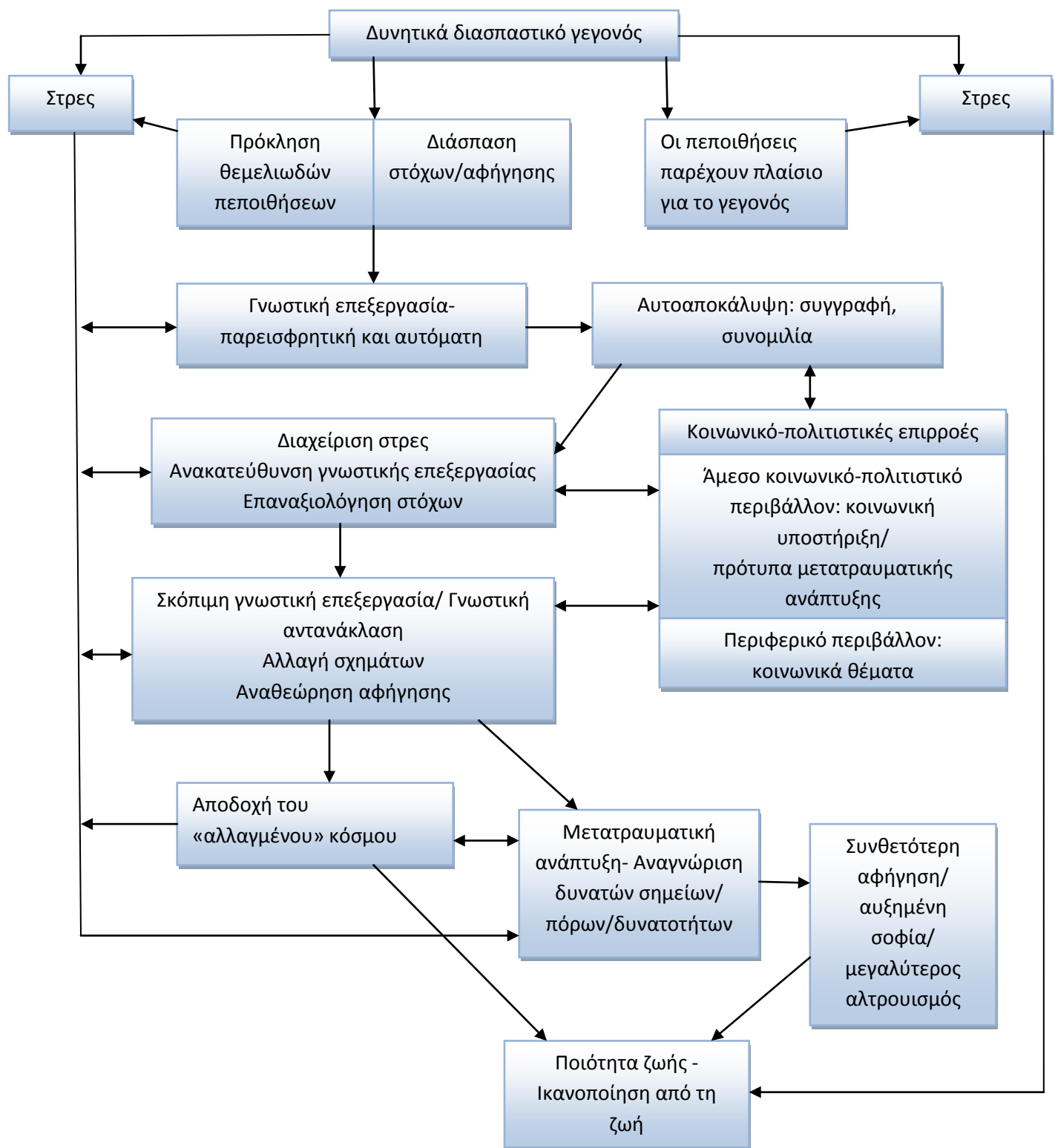
Η δεύτερη αρχή στηρίζεται στην αποδοχή ότι σε μερικές περιπτώσεις οι πεποιθήσεις είναι πολύ άκαμπτες και αντιστέκονται στην αλλαγή με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες για μετατραυματική ανάπτυξη. Θα λέγαμε ότι τα πολύ ευέλικτα γνωστικά σχήματα, όσο και τα πολύ άκαμπτα δεν βοηθούν την ανάπτυξη μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός (Tedeschi & Calhoun, 1995). *Η τρίτη αρχή* αναφέρεται στην αναγκαιότητα μιας κάποιας θετικής αξιολόγησης της διαδικασίας ανακατασκευής των γνωστικών σχημάτων μετά το τραύμα, για να είναι δυνατή η ανάπτυξη. Οι Tedeschi και Calhoun (1995) υποστηρίζουν ότι για να μπορεί να υπάρξει η μετατραυματική ανάπτυξη χρειάζεται ένα άτομο να αξιολογήσει θετικά κάποιες αλλαγές στον εαυτό του, οι οποίες σχετίζονται κυρίως με την ικανότητα του να διαχειρίζεται με επιτυχία τις συνέπειες του τραύματος. Η επιτυχής διαχείριση προϋποθέτει την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να αφήσει πίσω κάποιους από τους στόχους, οι οποίοι δεν είναι πλέον ρεαλιστικοί, ώστε να αποφύγει συνεχείς ματαιώσεις που με την σειρά τους μειώνουν την ενεργητική στάση του απέναντι στα γεγονότα (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Η τέταρτη αρχή προτείνει ότι διαφορετικά είδη γεγονότων προκαλούν διαφορετικού τύπου ανάπτυξη. Τα γεγονότα συνήθως διακρίνονται ανάλογα με την πιθανή αιτιολόγηση τους: κάποια αποδίδονται σε πράξεις του ίδιου του ατόμου, κάποια αποδίδονται σε συμπεριφορές άλλων και κάποια άλλα αποδίδονται στο παράγοντα τύχη. Όταν ένα γεγονός αποδίδεται σε πράξεις του ίδιου του ατόμου, τότε η ανάπτυξη ενδέχεται να σχετίζεται με αλλαγές σε γνωστικά σχήματα που αφορούν τον εαυτό. Στην περίπτωση που το άτομο θεωρεί ότι ευθύνεται κάποιος άλλος για το στρεσογόνο γεγονός, τότε η ανάπτυξη θα σχετίζεται κυρίως στον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους. Τέλος, αν το γεγονός αποδοθεί στην τύχη, τότε το άτομο ενδέχεται να αναθεωρήσει τις επιλογές του (διότι στην πραγματικότητα σπάνια θεωρείται μια αρνητική κατάσταση απλώς θέμα τύχης) και τις συνήθειες του, διαδικασία που ενδέχεται να οδηγήσει σε κάποια ανάπτυξη στις προτεραιότητες ζωής (Tedeschi & Calhoun, 1995), αλλά και στην πνευματικότητα.

Η πέμπτη αρχή πάνω στην οποία κατασκεύασαν το μοντέλο τους οι συγγραφείς είναι ο σημαντικός ρόλος της προσωπικότητας για τη διαδικασία της ανάπτυξης. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται να συνδέονται με την τάση ορισμένων ατόμων να βλέπουν κάποιες από τις αλλαγές που προκάλεσε ένα τραύμα, ως ευκαιρία για ανάπτυξη και προσωπική εξέλιξη. Αυτό μπορεί να οφείλεται όχι μόνο άμεσα στα γνωρίσματα προσωπικότητας, αλλά και έμμεσα από την επίδραση που έχουν αυτά στην υιοθέτηση αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης τους στρες και μιας θετικής, εποικοδομητικής σκέψης (Tedeschi & Calhoun, 1995). *Η έκτη αρχή* αναφέρει ότι για να υπάρξει ανάπτυξη χρειάζεται το τραύμα να έχει μια κεντρική θέση στην ιστορία ζωής του ατόμου. Μόνο σε αυτή την περίπτωση, το γεγονός διαψεύδει τα γνωστικά σχήματα κατανόησης του κόσμου και προκαλεί έντονη συναισθηματική δυσφορία. Το τραύμα διακόπτει την απρόσκοπτη πορεία και «αναγκάζει» το άτομο να αναλογιστεί και να αξιολογήσει τις επιλογές του και να οργανώσει σε νέες βάσεις τα μελλοντικά του σχέδια (Tedeschi & Calhoun, 1995). *Η τελευταία αρχή* υποστηρίζει ότι η προσωπική ανάπτυξη μέσω της αντιμετώπισης ενός τραύματος οδηγεί σε μια πιο σοφή στάση απέναντι στη ζωή. Σύμφωνα με τους Baltes και Smith (1990) η σοφία αφορά στη γνώση εκείνη που επιτρέπει σε έναν άνθρωπο να επιτυγχάνει στα θεμελιώδη καθήκοντα και τους ρόλους που έχει αναλάβει και στον σχεδιασμό του μέλλοντος μέσα από την καλύτερη κατανόηση και αποδοχή του παρελθόντος. Για παράδειγμα, σοφία σημαίνει να μπορεί κάποιος να νιώθει πιο δυνατός μετά από την τραυματική εμπειρία, αλλά παράλληλα να αποδέχεται τα όρια και το ευάλωτο της ανθρώπινης ύπαρξης (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Οι παραπάνω αρχές αποτέλεσαν τους βασικούς άξονες για τη δημιουργία ενός θεωρητικού μοντέλου της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ακολουθούν δύο σχήματα (1. 1 & 1. 2) που περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο προκύπτει η μετατραυματική ανάπτυξη. Το πρώτο σχήμα προηγείται χρονικά και παρουσιάζει μια εισαγωγική σύλληψη για τον μηχανισμό που κρύβεται πίσω από τις αναφορές μετατραυματικής ανάπτυξης. Το δεύτερο σχήμα περιλαμβάνει προσθήκες και βελτιώσεις που προέκυψαν από την πλούσια ερευνητική δραστηριότητα των ειδικών και συμβάλλει περαιτέρω στην κατανόηση της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης.





Διάγραμμα 1.2 Αναθεωρημένο Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010)

1.4.5. Επεξήγηση των Παραγόντων που Περιλαμβάνονται στο Περιγραφικό Μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Το πρώτο βήμα για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η παρουσία υψηλού επίπεδου στρες καθώς ένα γεγονός γίνεται αντιληπτό ως απειλητικό (Janoff-Bulman, 2006; Linley & Joseph, 2004; Stanton, et al., 2006; Weiss, 2004). Η πρώτη απειλητική εκτίμηση προκαλεί υψηλό βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας, που με την σειρά της ενεργοποιεί τον μηχανισμό αυτόματης επαναλαμβανόμενης σκέψης προκειμένου να επιτευχθεί η γνωστική επεξεργασία των τραυματικών σκέψεων και συναισθημάτων. Ωστόσο, είναι πιθανόν πολύ υψηλά ποσοστά στρες να μην διευκολύνουν εν τέλει την επιτυχή γνωστική επεξεργασία του τραύματος. Η σχέση ανάμεσα στο πόσο απειλητική κρίνει ένα άτομο ότι είναι μια κατάσταση και την ανάπτυξη που θα βιώσει ενδέχεται να είναι καμπυλόγραμμη (Joseph & Linley, 2006; Fontana & Rosenheck, 1998). Αν ένα γεγονός κριθεί ως εξαιρετικά απειλητικό, ενδέχεται να εξαντλήσει τους διαθέσιμους ψυχολογικούς πόρους ενός ατόμου (Calhoun & Tedeschi, 2006). Στην συνέχεια, η αυτόματη σκέψη δίνει τη θέση της σε μια πιο σκόπιμη και μεθοδική σκέψη, η οποία είναι αναγκαία για την αποκατάσταση των διαταραγμένων γνωστικών σχημάτων και την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Calhoun & Tedeschi, 1998; Janoff-Bulman, 1992; 2006). Οι γνωστικές διεργασίες στοχεύουν στην κατανόηση του γεγονότος, ώστε αυτό να είναι περισσότερο διαχειρίσιμο. Με άλλα λόγια, όταν το άτομο αναπτύξει τις κατάλληλες κατηγορίες για να κατανοήσει τι έχει συμβεί, είναι πιο πιθανόν να αναζητήσει και να βρει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος και να χρησιμοποιήσει τους ψυχοκοινωνικούς πόρους που διαθέτει. Σε αυτό το σημείο, είναι πιο εύκολο να κατανοήσουμε την σχέση των δύο επιπέδων γνωστικής επεξεργασίας του μοντέλου μετατραυματικής ανάπτυξης με την πρωτογενή και δευτερογενή εκτίμηση, όπως αυτή έχει περιγραφεί από τους Lazarus και Folkman (1984).

Οι διαφορετικές μορφές σκέψεις, φαίνεται ότι εμφανίζονται σε διαφορετικές φάσεις της εμπειρίας ενός στρεσογόνου γεγονότος. Οι αυτόματες σκέψεις μπορεί να εμφανισθούν αμέσως μετά από το τραύμα και να διατηρηθούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η σκόπιμη σκέψη ενδέχεται να εμφανισθεί νωρίς μετά το τραύμα και ενδέχεται να παραμείνει για αρκετό χρονικό διάστημα (Werdel & Wicks, 2012).

Η πλέον βοηθητική μορφή σκέψης για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης βρέθηκε να είναι η σκόπιμη σκέψη που διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Taku, Cann, Tedeschi, & Calhoun, 2009). Μια σημαντική παράμετρος στην μελέτη της γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος και του ρόλου της στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι κατά πόσο οι σκέψεις που αφορούν το τραύμα περιλαμβάνουν προσπάθειες αναζήτησης νοήματος. Αν η γνωστική επεξεργασία οδηγήσει σε εύρεση θετικού νοήματος τότε είναι πιθανότερο να εμφανισθεί μετατραυματική ανάπτυξη. Αν η γνωστική επεξεργασία οδηγήσει σε αρνητικό νόημα, τότε πιθανότατα θα παρατηρηθεί επιβάρυνση της ψυχικής υγείας του ατόμου (Werdel & Wicks, 2012).

Μια άλλη παράμετρος του μοντέλου της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο/περιβάλλον, απομακρυσμένο και κοντινό. Οι έννοιες αυτές πηγάζουν από την κοινωνική ψυχολογία και τις έννοιες «μικροσύστημα», «εξωσύστημα» και «μακροσύστημα» (Bronfenbrenner, 1979). Όταν μιλάμε για απομακρυσμένο πολιτισμικό περιβάλλον αναφερόμαστε σε πιο διευρυμένα πολιτισμικά χαρακτηριστικά που επικρατούν σε μεγαλύτερες κοινωνίες και γεωγραφικές περιοχές. Το κοντινό πολιτισμικό πλαίσιο αναφέρεται σε μικρότερες κοινότητες και κοινωνικά δίκτυα των οποίων το άτομο είναι μέλος και με τα οποία αλληλεπιδρά πιο άμεσα (Calhoun & Tedeschi, 2004). Αν και οι κλινικοί ψυχολόγοι δεν εστιάζουν στα ευρύτερα πολιτισμικά περιβάλλοντα, είναι ενδιαφέρον να κατανοήσουμε τις πιθανότητες μετατραυματικής ανάπτυξης κάτω από συγκεκριμένες πολιτισμικές επιρροές (Goss & Klass, 2005). Πιο συγκεκριμένα, κάθε ευρύτερη πολιτισμική ενότητα τείνει να αναπτύσσει το δικό της αφήγημα, που αν και απομακρυσμένο, επηρεάζει τη διαμόρφωση του προσωπικού αφηγήματος ενός ατόμου. Για παράδειγμα φαίνεται ότι το «αμερικανικό αφήγημα», το οποίο συνήθως εμπεριέχει και μια θρησκευτική προσέγγιση στα πράγματα, επηρεάζει σε ένα βαθμό το πλαίσιο, τον σκελετό του προσωπικού αφηγήματος ενός ατόμου που βιώνει ένα τραυματικό γεγονός (Pals & McAdams, 2004). Το κοντινό κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον είναι αυτό που επηρεάζει την μετατραυματική πορεία ενός ατόμου και αποτελεί κύριο αντικείμενο μελέτης των ψυχολόγων. Διαπροσωπικές σχέσεις, οικογενειακές σχέσεις και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο ενός ατόμου επηρεάζει παραμέτρους, όπως είναι η γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων και η αυτοέκφραση. Οι συγγραφείς εστίασαν κυρίως στις πρωτογενείς ομάδες αναφοράς

και στη γλώσσα που χρησιμοποιούν αυτές οι ομάδες (Calhoun & Tedeschi, 2006). Αποτελούνται από ανθρώπους με τους οποίους υπάρχει σταθερή επαφή, επικοινωνία, ενώ συνήθως μοιράζονται και κοινές αντιλήψεις και κοσμοθεωρίες. Οι άνθρωποι αυτοί, που μπορεί να είναι μέλη της στενότερης ή ευρύτερης οικογένειας, φίλοι, συνάδελφοι ή μέλη κάποιας ομάδας/κοινότητας, συνήθως είναι σε θέση να επηρεάζουν το άτομο που αντιμετωπίζει ένα τραυματικό γεγονός. Δύο παράμετροι του κοντινού κοινωνικού περιβάλλοντος φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο για την μετατραυματική ανάπτυξη. Αρχικά, η στάση και ο τρόπος απόκρισης των άλλων σε αποκαλύψεις του ατόμου σχετικά με το τραύμα. Μια δεύτερη παράμετρος είναι κατά πόσο οι σκέψεις που έχει σχετικά με το τραυματικό γεγονός το άτομο που το βιώνει, συμφωνούν με αυτές του περιβάλλοντος τους (co-ruminations) (Calhoun & Tedeschi, 2006). Τα ερευνητικά αποτελέσματα προτείνουν ότι το επίπεδο και το στυλ γνωστικής επεξεργασίας των τραυματικών εμπειριών, καθώς επίσης η ανάγκη και ο τρόπος έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων σχετικά με το τραύμα, μπορούν να επηρεάσουν το περιεχόμενο και τον τρόπο των απαντήσεων των άλλων, που με την σειρά τους θα επηρεάσουν εκ νέου την γνωστική επεξεργασία του ατόμου (Lepore et al., 1996; Lepore & Helgeson, 1998). Ωστόσο, ο όποιος προστατευτικός ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης ενδέχεται να είναι σημαντικός στην αρχή, αλλά να αμβλύνεται με την πάροδο του χρόνου. Τέλος, η προσωπικότητα και τα προσωπικά γνωρίσματα επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο και επομένως δεν θα μπορούσαν να μην έχουν κάποια θέση στο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης. Από τα διαφορετικά προσωπικά γνωρίσματα που κατά καιρούς έχουν μελετηθεί, η εξωστρέφεια, η ανοιχτότητα και η αισιοδοξία φαίνεται να εμφανίζουν κάποια σχέση με το φαινόμενο της ανάπτυξης.

1.4.6. Θέματα Σχετικά με την Μέτρηση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Μέχρι σήμερα, έχουν δημιουργηθεί τρία τουλάχιστον έγκυρα ψυχομετρικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται στις ποσοτικές έρευνες για την μελέτη του φαινομένου. Το Ερωτηματολόγιο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996) αποτελείται από 21 προτάσεις και μετράει τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με θετικές αλλαγές μετά από μια τραυματική εμπειρία σε 5 περιοχές: 1) νέες πιθανότητες, 2) σχέση με άλλους, 3) προσωπική δύναμη, 4) εκτίμηση της ζωής και 5) πνευματική αλλαγή. Ένα δεύτερο ψυχομετρικό εργαλείο είναι η Κλίμακα Εύρεσης

Οφέλους (BFS; Antoni et al., 2001; Tomich & Helgeson, 2004), η οποία αποτελείται από 17 προτάσεις και έχει χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού καθώς επίσης σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και HIV/AIDS. Τέλος, έχει δημιουργηθεί η Κλίμακα Ανάπτυξης Σχετιζόμενη με Στρες (SRGS; Park et al., 1996) η οποία αποτελείται από 50 προτάσεις που ρωτούν για αλλαγές σε προσωπικούς πόρους, κοινωνικές σχέσεις, φιλοσοφία ζωής και ικανότητες αντιμετώπισης. Σε γενικές γραμμές, οι ποσοτικές έρευνες είναι απαραίτητες για την εκπόνηση ερευνών μεγάλων διαστάσεων σε ποικίλους πληθυσμούς για την ενίσχυση της γνώσης μας σχετικά με την ανάπτυξη. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την εγκυρότητα των ερωτηματολογίων, κανένα από τα τρία δεν μπορεί να καλύψει το σύνολο των πτυχών της μετατραυματικής ανάπτυξης. Επιπλέον, όλα τα ερωτηματολόγια μετρούν μόνο θετικές αλλαγές και δεν περιλαμβάνουν στοιχεία σχετικά με αρνητικές αλλαγές. Επιπροσθέτως, ο τρόπος που είναι δομημένα τα ερωτηματολόγια δεν επιτρέπουν στους συμμετέχοντες να δώσουν περισσότερες πληροφορίες όταν επιλέγουν την μια αρνητικά απάντηση (ότι δεν υπήρχε καμιά θετική αλλαγή) για να κατανοήσουμε τι ακριβώς σημαίνει αυτή η απάντηση (Park & Lechner, 2006).

Οι παραπάνω κλίμακες δίνουν πληροφορίες σχετικά με τα ποσοστά εμφάνισης του υπό μελέτη φαινομένου. Εκτός από τα ποσοστά, ο ερευνητής μπορεί να εκτιμήσει τις μέσες τιμές των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Το θέμα του επιπολασμού της μετατραυματικής ανάπτυξης, καθώς επίσης και της τιμής αποκοπής που καθορίζει την εμφάνιση του φαινομένου φαίνεται δικαίως να απασχολεί τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, διότι είναι σημαντικό να διευκρινισθεί σε τι ποσοστό είναι δυνατόν να εμφανισθεί το φαινόμενο της ανάπτυξης και αν αφορά όλους τους ανθρώπους (Calhoun & Tedeschi, 1999). Οι συγγραφείς που εισήγαγαν και περιέγραψαν πρώτοι το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης αναφέρουν ότι βλέπουν με σκεπτικισμό τη δημιουργία και χρήση συγκεκριμένων τιμών αποκοπής (cutoff values) που ορίζουν την παρουσία ή μη της ανάπτυξης, καθώς αμφισβητούν ότι αυτές μπορούν να συλλάβουν και να αποτυπώσουν ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η σημασία και ο ρόλος που παίζει το φαινόμενο στη ζωή ενός ατόμου που αντιμετωπίζει ένα τραυματικό γεγονός.

1.4.7. Ερωτήματα Σχετικά με την Εγκυρότητα του Φαινομένου της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Οι θεωρίες σχετικά με το φαινόμενο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης έχουν δεχτεί επικρίσεις και ένας αριθμός ερευνητών υποστηρίζουν ότι η παραπάνω έννοια μπορεί να αποτελεί απλώς μια αμυντική λειτουργία που αναπτύσσεται όταν το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει ένα αντίξοο γεγονός (Maercker & Zoellner, 2004; Nolen-Hoeksema & Davis, 2004; Park, 2004; Stanton & Low, 2004). Πιο συγκεκριμένα, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα άτομα που κάνουν αναφορές για μετατραυματική ανάπτυξη στοχεύουν στην αυτοενίσχυση τους και ενδιαφέρονται για την εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτούς. Οι επιστήμονες που εισήγαγαν την έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης έλαβαν υπόψη τους παραπάνω ενδοιασμούς και χορηγώντας παράλληλα την Κλίμακα Marlowe-Crowne για την μέτρηση της Επιθυμίας για Κοινωνική Αποδοχή (1960) διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει καμιά συσχέτιση ανάμεσα στην συγκεκριμένη κλίμακα και το Ερωτηματολόγιο Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να είναι προϊόν γνωστικών διαδικασιών ανάπλασης/επανόρθωσης, όπως ακριβώς συμβαίνει και με άλλες εμπειρίες στη ζωή ενός ανθρώπου. Μέσα στο πλαίσιο της γνωστικής διαδικασίας επανόρθωσης, ένα άτομο μπορεί να υποβαθμίσει αυτό που ήταν, για να μπορέσει να αναβαθμίσει αυτό που είναι. Επομένως, δεν μπορούμε να αρνηθούμε ότι και το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να είναι επιρρεπές σε κάποιο βαθμό μεροληψίας, όπως άλλωστε συμβαίνει με όλες τις ανθρώπινες εμπειρίες και με τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, εν γένει. Υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν ότι η αντιμετώπιση ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές, οι οποίες είναι ορατές και παρατηρήσιμες από το εξωτερικό περιβάλλον. Ωστόσο, υπάρχουν θετικές αλλαγές όπως η μεγαλύτερη εκτίμηση της ίδιας της ζωής, που αποτελεί μια εσωτερική κατάσταση. Σε γενικές γραμμές, παραδεχόμαστε ότι υπάρχουν άτομα τα οποία είναι περισσότερο επιρρεπή από άλλα στην μεροληψία αυτοενίσχυσης/αυτοεπιβεβαίωσης και ενδείκνυται να βρεθούν τρόποι αξιολόγησης που να διαφοροποιούν αυτά τα άτομα από εκείνους που αναφέρουν ουσιαστικές θετικές αλλαγές. Ωστόσο, αυτό δεν αφορά μόνο το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης και την αξιολόγηση της (Calhoun & Tedeschi, 2004). Επίσης, οι Maercker

και Zoellner (2004) πρότειναν ότι οι άνθρωποι τείνουν να συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλους και να καταλήγουν ότι οι ίδιοι τα έχουν καταφέρει καλύτερα, χωρίς ωστόσο αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Ο αντίλογος έρχεται από τους Calhoun & Tedeschi (2004) που υποστηρίζουν ότι αυτοαναφορές για μετατραυματική ανάπτυξη συνήθως επιβεβαιώνονται και από άτομα του στενού κοινωνικού δικτύου.

Ένα επιπλέον μεθοδολογικό ζήτημα που έχει τεθεί είναι κατά πόσο χρειάζεται να περιλαμβάνεται στην έρευνα ομάδα ελέγχου ή σύγκρισης. Κάποιες έρευνες χρησιμοποίησαν τέτοιες ομάδες, όπως για παράδειγμα αυτή του Cordova και των συνεργατών του (2001) που βρήκαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρουσίαζαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες. Σύμφωνα με τα μοντέλα γνωστικής επεξεργασίας, η ύπαρξη ενός τραυματικού γεγονότος είναι απαραίτητη για να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός εκείνος που θα επιτρέψει την ανάπτυξη. Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα που είχαν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός και ομάδες ελέγχου (Park et al., 1996; Tomich & Helgeson, 2004). Σε αυτές τις περιπτώσεις καλό είναι να λάβουμε υπόψη μας το εξής: ακόμα και αν τα άτομα που αποτελούν την ομάδα ελέγχου δεν έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο, ενδέχεται να έχουν βιώσει κάποιο άλλο στρεσογόνο γεγονός που έχει επίσης ενεργοποιήσει τον μηχανισμό μετατραυματικής ανάπτυξης (Park & Lechner, 2006).

Ένα βασικό μεθοδολογικό ζήτημα το οποίο αντιμετωπίζουν οι ερευνητές κατά τον σχεδιασμό της έρευνάς τους είναι το «πότε είναι η κατάλληλη στιγμή για να μετρήσουμε την μετατραυματική ανάπτυξη»; Υπάρχουν ερευνητές που έχουν υποστηρίξει ότι χρειάζεται να παρέλθει ένα εύλογο χρονικό διάστημα και να έχει λειτουργήσει ο μηχανισμός αντιμετώπισης και αποκατάστασης, ώστε να εμφανισθεί η ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που προτείνουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να εμφανισθεί νωρίς (π.χ. 7 εβδομάδες μετά από την εμφάνιση της ασθένειας) και να μείνει σταθερή μέσα στα χρόνια (8 έτη μετά) (Affleck et al., 1987). Μια απάντηση στο παραπάνω ερώτημα είναι ότι η επιλογή της χρονικής στιγμής για την μέτρηση του φαινομένου, καθώς επίσης και της μεθοδολογίας που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται από τον τρόπο που θα τεθεί το ερευνητικό ερώτημα και τις πτυχές που επιλέγει κάποιος να μελετήσει (Park & Lechner, 2006).

Τέλος, ένα ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο η εμπειρία της μετατραυματικής ανάπτυξης επηρεάζει αυτό που η βιβλιογραφία ονομάζει «βέλτιστη ψυχολογική λειτουργία». Η ευδαιμονιστική προσέγγιση (Ryan & Deci, 2001) αναφέρει ότι ο βασικός στόχος κάθε ψυχολογικής παρέμβασης είναι να βελτιώσει το αίσθημα ικανοποίησης και την ποιότητα ζωής και να μειώσει το επίπεδο άγχους, περιορίζοντας την αντίληψη της ψυχικής υγείας στο δίπολο στρες-ευημερίας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναμένεται ότι ο μηχανισμός της μετατραυματικής ανάπτυξης θα συμβάλλει στην επίτευξη του παραπάνω στόχου. Ωστόσο, η αντίληψη και ερμηνεία της εμπειρίας αυστηρά μέσα από το δίπολο στρες – ευημερίας φαίνεται εξαιρετικά περιοριστική και δεν επιτρέπει την αντίληψη των διαφορετικών αποχρώσεων και σχημάτων που συνθέτουν τις εμπειρίες ζωής.

1.4.8. Πολιτισμικές Παράμετροι της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Ο μηχανισμός της μετατραυματικής ανάπτυξης επηρεάζεται από κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες. Οι Tedeschi και Calhoun (2004, 1998) έχουν προτείνει ότι το εγγύς κοινωνικό δίκτυο ενός ατόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο φαινόμενο της ανάπτυξης μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα άτομα εξελίσσονται και βιώνουν τα γεγονότα της ζωής σε ένα σαφώς ευρύτερο και απομακρυσμένο κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο (McMillen, 2004; Park, 2004; Pals & Adams, 2004). Ένας περιοριστικός παράγοντας είναι ότι οι περισσότερες πληροφορίες που έχουμε για το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης προέρχονται από δυτικές κοινωνίες. Οι εισηγητές της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης και κατασκευαστές του σχετικού ερωτηματολογίου είναι αμερικανοί και πολλοί ερευνητές μελέτησαν την συγκεκριμένη έννοια σε αγγλοσαξονικά δείγματα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να μελετηθεί το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης και σε μη αγγλοσαξονικά δείγματα για να ελεγχθεί αν και πώς βιώνουν άλλοι πληθυσμοί την μετατραυματική ανάπτυξη. Ήδη έχει διεξαχθεί ένας αριθμός μελετών σε χώρες όπως την Ελλάδα (Κουτρούλη, 2015; Mystakidou et al., 2008), Βοσνία (Powell et al., 2003), Κίνα (Ho, Chan, & Ho, 2003) και Γερμανία (Maercker & Zoellner, 2004) που υποστηρίζουν την παρουσία του φαινομένου. Αυτό που αξίζει να μελετηθεί είναι αν οι πτυχές της μετατραυματικής ανάπτυξης παραμένουν οι ίδιες σε διαφορετικά πολιτιστικά περιβάλλοντα, ή υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις που χρειάζεται να καταγραφούν και να εξετασθούν.

1.4.9. Το Φαινόμενο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στο Κλινικό Πλαίσιο

Έχει παρατηρηθεί ότι τις περισσότερες φορές οι επαγγελματίες σε κλινικό πλαίσιο εστιάζουν στην αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών ενός τραύματος και είναι πιθανόν να παραβλέπουν προσπάθειες των ανθρώπων που έχουν επιβιώσει από ένα τραυματικό γεγονός να ανασυγκροτήσουν τη ζωή τους. Η θεωρία για την μετατραυματική ανάπτυξη συμβαδίζει με τις θεωρίες σχετικά με τη δημιουργική/εποικοδομητική αφήγηση (Harvey et al., 2004; Neimeyer et al., 2014; Pals & McAdams, 2004) που στοχεύει στην ενσωμάτωση των τραυματικών ερεθισμάτων στα υπάρχοντα γνωστικά σχήματα, μια διαδικασία που ενδέχεται να οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στην ταυτότητα. Όταν αναφερόμαστε σε εμπειρίες και αναφορές μετατραυματικής ανάπτυξης είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε ότι, για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που έχασε το παιδί του δεν θα πει ποτέ ότι είναι τυχερός (Wortman, 2004). Οι αναφορές για μετατραυματική ανάπτυξη αφορούν κυρίως στο μετά και στον τρόπο αντιμετώπισης μιας τραυματικής εμπειρίας, καθώς επίσης στον απόηχο της «μάχης» με τον πόνο που προκάλεσε ένα γεγονός και όχι στο ίδιο το γεγονός.

1.5. Η Έννοια της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ψυχο-ογκολογία

1.5.1. Ορισμός της Έννοιας της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής

Μια σωματική ασθένεια απειλητική για τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος, αποτελεί μια πολυδιάστατη εμπειρία που επηρεάζει διαφορετικούς τομείς και ρόλους στη ζωή ενός ανθρώπου (Kocaman et al., 2007). Οργανικά συμπτώματα (λόγω της ασθένειας και της θεραπείας του καρκίνου), καθώς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως προβλήματα με την αυτοεκτίμηση και την αυτοεικόνα, αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους των ασθενών ως σύντροφος, γονέας, φίλος, εργαζόμενος, κ.λπ., μπορεί να αυξήσουν τις δυσκολίες προσαρμογής. Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν πολυδιάστατες ανάγκες, οι οποίες αν μείνουν ακάλυπτες αυξάνεται ο κίνδυνος για την ανάπτυξη διαταραχών προσαρμογής. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι το 20-30% των ασθενών με διάγνωση διαφόρων τύπων καρκίνου, και 38% των ασθενών με καρκίνο του μαστού αναφέρουν φτωχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (Galica,

2008). Ως διαταραχές προσαρμογής ορίζονται «καταστάσεις υποκειμενικής δυσφορίας και συναισθηματικής αναστάτωσης που συνήθως παρεμβαίνουν στην κοινωνική λειτουργικότητα και την απόδοση ενός ατόμου και προκύπτουν κατά την περίοδο της προσαρμογής σε μια σημαντική μεταβολή στη ζωή ή σε ένα τραυματικό γεγονός. Οι εκδηλώσεις ποικίλλουν και περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση, άγχος ή ανησυχία, αίσθηση αδυναμίας αντιμετώπισης των γεγονότων και σχεδιασμού, καθώς και κάποιο βαθμό δυσκολίας κατά την εκτέλεση της καθημερινής ρουτίνας» (ICD, 2010). Η επίτευξη ενός καλού επιπέδου ψυχοκοινωνικής προσαρμογής είναι σημαντική για την ευημερία των ασθενών, την ποιότητα ζωής των οικογενειών τους και του κοινωνικού τους δικτύου, καθώς και για την πορεία της ασθένειας και την επιτυχία της θεραπείας (Strickland, 2003). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχοκοινωνική Ογκολογία «οι ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν ψυχοκοινωνική φροντίδα μπορεί να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και χαμηλότερο επίπεδο στρες, ενισχύοντας έτσι την καλύτερή δυνατή αντιμετώπιση της νόσου και την επιβίωση.»

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια φαίνεται να είναι μια έννοια ευρύτερη της κατάθλιψης και την ίδια στιγμή πιο συγκεκριμένη και οριοθετημένη από την ποιότητα ζωής (Galica, 2008). Στη δεκαετία του 1950 οι ερευνητές άρχισαν να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στην σχέση μεταξύ νόσου και ψυχοκοινωνικών συνεπειών αυτής. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή γίνεται κατανοητή ως μια συνεχής διαδικασία, μέσω της οποίας είναι δυνατή η ενσωμάτωση των πληροφοριών που σχετίζονται με την ασθένεια, με τις προϋπάρχουσες εμπειρίες και γνωστικές κατηγορίες του ατόμου. Αυτή η σταδιακή διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε προσαρμογή, δηλαδή μια φάση κατά την οποία ένα άτομο καταφέρνει να διατηρήσει την επιθυμητή ψυχοκοινωνική ισορροπία (Galica, 2008). Το φαινόμενο της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής έχει μελετηθεί σε διαφορετικές μορφές οργανικής ασθένειας, όπως απώλεια όρασης (Jangra et al, 2007), η σκλήρυνση κατά πλάκας (Mazzarella, 2006; McNulty, Livneh, & Wilson, 2004), σωματική αναπηρία (Kocaman et al., 2007) και τον καρκίνο (Gumus, Cam, & Malak, 2011; Mazanec et al., 2011; Rizalar et al., 2014; Westbrook, 2005). Στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία έχει συζητηθεί κατά πόσο ο όρος *psychosocial adaptation* διαφέρει από τον όρο *psychosocial adjustment*. Οι Livneh και Antonak (2005) έχουν δώσει έναν συνοπτικό και πολυπαραγοντικό ορισμό της προσαρμογής (*adaptation*) στην χρόνια ασθένεια και την αναπηρία. Έχουν λάβει υπόψη ότι η έννοια

της προσαρμογής συνίσταται από: (α) συναισθηματική αποδοχή (ή εσωτερίκευση) από το ίδιο το άτομο ότι αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια, η οποία περιλαμβάνει ένα νέο (ή αναθεωρημένο) αίσθημα αυτοπροσδιορισμού και αυτοεκτίμησης, αναθεωρημένες αξίες ζωής και μια διαρκή αναζήτηση για νέο νόημα ζωής (νοηματοδότηση) και ευκαιρίες, (β) γνωστική αναθεώρηση της νέας κατάστασης και της επίδρασης που έχει στη ζωή του ατόμου, καθώς επίσης της χρόνιας ή μόνιμης φύσης αυτής και (γ) ενεργητική αναζήτηση και επίτευξη προσωπικών, κοινωνικών και επαγγελματικών στόχων που περιλαμβάνει την επιτυχή αναγνώριση και διαπραγμάτευση των εμποδίων που εμφανίζονται κατά την προσπάθεια επίτευξης των στόχων. Πρόκειται λοιπόν για μια σταδιακή πορεία η οποία επιδιώκει να πετύχει την αποδοχή και ενσωμάτωση σε προϋπάρχουσες γνωστικές αναπαραστάσεις των αλλαγών που έχουν επιτελεσθεί στο σώμα του ασθενούς, στην εικόνα που έχει για το σώμα του, στην αυτοκατανόηση του και στις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον. Η έννοια της προσαρμογής θεωρείται ότι είναι το τελικό, κλινικό και υποκειμενικό αποτέλεσμα αυτής της πορείας, ένα αποτέλεσμα που εκφράζεται με όρους κατάκτησης και διατήρησης μιας ψυχοκοινωνικής αρμονίας, προσπάθειας επίτευξης των στόχων ζωής ενός ατόμου και της υιοθέτησης μιας θετικής στάσης απέναντι στον εαυτό, τους άλλους και της χρόνιας οργανικής δυσκολίας (Livneh & Antonak, 1997). Σε γενικές γραμμές λοιπόν, δεν υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία η διάκριση των δύο όρων (adaptation & adjustment). Επιπλέον, υπάρχει η άποψη ότι η προσαρμογή είναι μια πορεία, μια διεργασία και όχι ένα τελικό και παγιωμένο αποτέλεσμα. Μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει διακυμάνσεις στα επίπεδα προσαρμογής εξαιτίας περιοδικών καταστάσεων, όπως είναι ο ετήσιος επανέλεγχος, απροσδόκητα συμπτώματα ή ακόμα και καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις.

Στην σχετική βιβλιογραφία μπορούμε να βρούμε διαφορετικούς ορισμούς της έννοιας «ψυχοκοινωνική προσαρμογή», που σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν και τον τρόπο που εξετάζεται και αξιολογείται η συγκεκριμένη έννοια. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή έχει μελετηθεί μέσα από τρεις διαφορετικές οδούς: 1) χρησιμοποιώντας κλινικούς δείκτες, όπως καταστάσεις διάθεσης που μπορεί να σχετίζονται με την προσαρμογή, 2) χρησιμοποιώντας συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διάθεση (π.χ. συνήθειες ύπνου και διατροφής) και 3) εκτιμώντας την επίδραση του τραύματος σε ρόλους και σχέσεις ενός ατόμου. Ανεξάρτητα από τις διαφορετικές προσεγγίσεις, υπάρχει μια

κοινώς αποδεκτή θέση (consensus): η έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής είναι υποκειμενική και πολυπαραγοντική (Bishop, 2005; Derogatis & Fleming, 1996; Linveh & Antonak, 1997).

Ο Derogatis και οι συνεργάτες του (1990) κατανοούν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ως μια σειρά από ενδοψυχικές διεργασίες, διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε ένα άτομο με το κοινωνικό-πολιτιστικό του περιβάλλον. Αυτές καθορίζονται από τους ρόλους που έχει αναλάβει ένα άτομο και το βαθμό αποτελεσματικότητας/επάρκειας που κρίνει το άτομο ότι διατηρεί. Όπως έχουμε αναφέρει, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή είναι μια πολύ-παραγοντική έννοια και επομένως συνίσταται από διαφορετικούς τομείς ενδιαφέροντος. Ο Derogatis έχει αναφερθεί σε επτά διαφορετικούς τομείς ζωής ενός ασθενούς, επτά διαφορετικούς ρόλους που φαίνεται να επηρεάζονται από την ασθένεια: α) στην στάση και προσδοκίες ενός ατόμου απέναντι στην ασθένεια και τη θεραπεία, β) το επαγγελματικό περιβάλλον, γ) το οικογενειακό περιβάλλον, δ) τις σεξουαλικές σχέσεις, ε) τις σχέσεις με την διευρυμένη οικογένεια, στ) το κοινωνικό περιβάλλον και ζ) τη ψυχολογική δυσφορία που αναφέρεται σε στρεσογόνες σκέψεις και συναισθήματα. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης αυτός είναι και ο λειτουργικός ορισμός τον οποίο υιοθετούμε για να μετρήσουμε την έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

1.5.2. Θεωρίες Προσαρμογής στον Καρκίνο

Στην αρχή της παρούσας υποενότητας θα αναφερθούμε σε μια θεωρία που αναπτύχθηκε για να εξετάσει και να περιγράψει την έννοια των δυσάρεστων συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε μια χρόνια ασθένεια (Lenz et al., 1995). Συγκεκριμένα, η θεωρία προτείνει ότι υπάρχουν τρεις κατηγορίες παραγόντων - οργανικοί, ψυχολογικοί και καταστασιακοί - που αλληλεπιδρούν και ενδέχεται να επηρεάσουν, είτε ο καθένας μόνος του, είτε συλλογικά, την προδιάθεση ή την εκδήλωση ενός δυσάρεστου συμπτώματος. Ως οργανικούς παράγοντες θεωρούμε τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος, την ύπαρξη παθολογίας και τα επίπεδα ενέργειας. Ως ψυχολογικούς παράγοντες θεωρούμε την ψυχική κατάσταση και διάθεση ενός ατόμου και την συναισθηματική αντίδραση στην ασθένεια. Ως

καταστασιακοί παράγοντες αναφέρονται το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον που μπορούν να επηρεάσουν την εμπειρία της ασθένειας και των συμπτωμάτων. Κεντρική έννοια σε αυτή τη θεωρία είναι τα «δυσάρεστα συναισθήματα» τα οποία ορίζονται από τον Hegyvary ως υποκειμενικές ενδείξεις αλλαγής της φυσιολογικής λειτουργίας όπως αυτή βιώνεται από τους ασθενείς (αναφορά από Lenz et al., 1997). Κάθε σύμπτωμα είναι πολυπαραγοντικό, ποικίλει σε ένταση, συχνότητα ή διάρκεια, στη δυσφορία που προκαλεί και τον τρόπο που περιγράφεται υποκειμενικά (Lenz et al., 1997). Το αποτέλεσμα ενός συμπτώματος επηρεάζει την λειτουργική ή/και γνωστική απόδοση ενός ατόμου, π.χ. επίπεδο λειτουργικότητας σε φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες και επίπεδο συγκέντρωσης και ικανότητα για σκέψη και επίλυση προβλημάτων (Galica, 2008). Όταν το μοντέλο εξετάστηκε σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού ενισχύθηκε η άποψη ότι τα συμπτώματα της ασθένειας είναι πολυπαραγοντικά, τα οποία προκύπτουν από την αλληλεπίδραση οργανικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Επομένως, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν μόνο σε ένα παράγοντα δεν κρίνονται ως επαρκείς για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων (Ridner, 2004). Η θεωρία αυτή συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της έννοιας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, καθώς περιγράφει την πιθανή αντίδραση ενός ατόμου στα συμπτώματα της ασθένειας και εστιάζει στην αλληλεπίδραση διαφορετικών παραγόντων που καθορίζουν τον τρόπο που θα «απαντήσει» ένα άτομο σε ένα τραυματικό γεγονός.

Η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος ενδέχεται να οδηγήσει στην αμφισβήτηση των θεμελιακών παραδοχών ενός ανθρώπου σχετικά με τη ζωή (Janoff-Bulman & Frieze, 1983). Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι που βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα σοβαρό αντίξοο γεγονός καταφέρνουν να κατακτήσουν ένα καλό επίπεδο ποιότητας ζωής, το οποίο θα είναι ισοδύναμο, αν όχι ανώτερο, εκείνου που είχαν πριν το τραυματικό γεγονός. Ξεκινώντας από την παραπάνω παραδοχή η Taylor (1983) διατύπωσε τη θεωρία της «Γνωστικής Προσαρμογής» (cognitive adaptation). Σύμφωνα με την συγκεκριμένη θεωρία, όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα απειλητικό γεγονός ενεργοποιείται η διαδικασία αναπροσαρμογής, η οποία εστιάζει σε τρία θέματα: α) την αναζήτηση νοήματος στην τραυματική εμπειρία, β) την προσπάθεια επανάκτησης του ελέγχου, τόσο πάνω στο συγκεκριμένο γεγονός, όσο και στη ζωή γενικότερα και γ) την προσπάθεια του ατόμου να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του

(Taylor, 1983). Πιο συγκεκριμένα, η αναζήτηση νοήματος αφορά στην προσπάθεια του ατόμου να κατανοήσει το γεγονός και να απαντήσει σε ερωτήματα όπως «γιατί συνέβη αυτό σε εμένα», «ποια είναι η αξία του γεγονότος». Η απάντηση που θα δώσει ένα άτομο σε αυτό το ερώτημα εξαρτάται ως ένα βαθμό από τον τρόπο απόδοσης ευθυνών (σχετικά με το τραυματικό γεγονός), αλλά και από τη γενική στάση που διατηρεί για το τι σημαίνει η ζωή (κυρίως μετά το τραύμα). Όσον αφορά την ανάκτηση του ελέγχου, βασικό ρόλο παίζουν οι πεποιθήσεις που διατηρεί το άτομο σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο. Το τρίτο θέμα αναφέρεται στις αρνητικές συνέπειες ενός τραυματικού γεγονότος στην αυτοεκτίμηση, καθώς ενδέχεται η αντίδραση στο τραύμα να περιλαμβάνει και τη θυματοποίηση του ατόμου. Στο πλαίσιο της παρούσας θεωρίας, η αυτοενίσχυση σχετίζεται με τις κοινωνικές συγκρίσεις. Η Taylor (1983) αναφέρει ότι η επιτυχία των παραπάνω διεργασιών εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τις ψευδαισθήσεις (illusions) που μπορεί να διατηρεί ένα άτομο. Βέβαια, η συγγραφέας διευκρινίζει ότι όταν αναφέρεται σε ψευδαισθήσεις δεν εννοεί απαραίτητα πεποιθήσεις που αντιτίθενται στην πραγματικότητα, αλλά αφορά κυρίως την ικανότητα ενός ατόμου να βλέπει τα πράγματα από το πρίσμα εκείνο που επιτρέπει τη διατήρηση μιας θετικής εικόνας της κατάστασης.

Η Taylor (1983) αναφέρει ότι τα άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο αναζητούν την αιτία της ασθένειας. Η πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο το μαστού που ερωτήθηκαν απέδωσαν την εμφάνιση της νόσου σε γενικευμένο ή συγκεκριμένο άγχος. Ένα μικρότερο ποσοστό ενοχοποίησε κάποιον καρκινογόνο παράγοντα (π.χ. κάποια φαρμακευτική αγωγή ή έναν περιβαλλοντικό παράγοντα). Ένας μικρότερος αριθμός γυναικών απέδωσε τον καρκίνο στη διατροφή και την κληρονομικότητα. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι περισσότερες γυναίκες προτίμησαν να αποδώσουν την ασθένεια σε παράγοντες που είναι ελεγχόμενοι (π.χ. δίαιτα ή στρες) (Taylor, Lichtman, & Wood, 1984). Το γεγονός ότι καμιά συγκεκριμένη αιτιολογία δεν σχετιζόταν περισσότερο ή λιγότερο με την προσαρμογή ενισχύει την άποψη ότι η ίδια η διαδικασία απόδοσης αιτιών είναι αυτή που παίζει ρόλο στην προσαρμογή στην ασθένεια.

Η εύρεση νοήματος, δεν αφορά μόνο στην κατανόηση των αιτιών της νόσου (γνωστική λειτουργία), αλλά και στο τι σημαίνει το τραυματικό γεγονός για τη ζωή τους. Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι η εμπειρία της νόσου τους βοήθησε να

επανεκτιμήσουν τη ζωή τους, να βελτιώσουν την αυτογνωσία τους και να υιοθετήσουν μια άλλη στάση απέναντι στα πράγματα (Taylor et al., 1984). Σημαντική είναι η αναφορά της Taylor (1983) ότι αν και δεν βρίσκουν όλοι οι ασθενείς μια θετική πλευρά στην εμπειρία του καρκίνου, ωστόσο η νόσος μπορεί να αποτελέσει τον καταλύτη για μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Η διάγνωση ενός καρκίνου ενδέχεται να προκαλέσει την αίσθηση απώλειας του ελέγχου, όχι μόνο σε ό,τι αφορά το σώμα, αλλά και γενικότερα τη ζωή. Επομένως, η διαδικασία προσαρμογής περιλαμβάνει προσπάθειες ανάκτησης του ελέγχου, στοχεύοντας κυρίως στο να περιοριστεί η πιθανότητα επανεμφάνισης του προβλήματος. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού που είχαν ερωτηθεί σχετικά απάντησαν ότι διατηρούσαν σε σημαντικό βαθμό, ή έστω σε κάποιο βαθμό, τον έλεγχο πάνω στην νόσο. Οι υπόλοιπες ανέφεραν ότι ακόμα και αν πίστευαν ότι δεν είχαν οι ίδιες τον έλεγχο, σίγουρα οι γιατροί τους, μέσω της θεραπείας, μπορούσαν να ελέγχουν την πορεία της νόσου. Επιπλέον, η θετική στάση απέναντι στα πράγματα θεωρούνταν ένας σημαντικός παράγοντας ψυχολογικού ελέγχου της κατάστασης. Η απόδοση ευθυνών και ο τρόπος που αιτιολόγησαν οι ασθενείς την εμφάνιση του καρκίνου βρέθηκε να παίζει βασικό ρόλο. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς θέλησαν να τερματίσουν καταστάσεις του παρελθόντος που έκριναν ότι ευθύνονται για τον καρκίνο (π.χ. ένας κακός γάμος ή εργασιακές συνθήκες) και να ξεκινήσουν μια νέα ζωή. Σε προηγούμενη ενότητα αναφερθήκαμε στην παράμετρο του χρόνου και την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου. Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου φαίνεται να κάνουν τη διάκριση ανάμεσα στην πριν και μετά τον καρκίνο εποχή, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό την αίσθηση ελέγχου πάνω στους παράγοντες που ενδέχεται να οδήγησαν στον καρκίνο (Taylor et al., 1984; Taylor, 1983).

Μια τρίτη παράμετρος της προσαρμογής σε ένα απειλητικό γεγονός αφορά στο πώς επηρεάζεται η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου όταν καλείται να αντιμετωπίσει ένα τραυματικό γεγονός, ακόμα και αν σε μεγάλο βαθμό είναι εκτός του δικού τους άμεσου ελέγχου (Taylor, 1983). Οι απαντήσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό πιστεύει ότι ο καρκίνος, με κάποιο τρόπο, συνέβαλε στο να κατακτήσουν ένα καλύτερο επίπεδο προσαρμογής σε σχέση με το παρελθόν (Taylor et al., 1984). Αυτές οι αναφορές συνάδουν με άλλα ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι μπορούν να βρίσκουν κάτι καλό μέσα στις

αντιξοότητες που βιώνουν. Η παραπάνω διαδικασία αυτοενίσχυσης σχετίζεται με μια κατηγορία «ψευδαισθήσεων» (όπως τις αποκαλεί η Taylor) που αναφέρονται στις κοινωνικές συγκρίσεις· οι άνθρωποι συνηθίζουν να συγκρίνουν τον εαυτό τους με άτομα που φαίνεται να αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες (downward comparisons), για να ενισχύσουν το αυτοσυναίσθημα τους και να νιώσουν ότι τα καταφέρνουν καλύτερα (Taylor & Levin, 1977). Ωστόσο, άλλες θεωρίες κοινωνικών συγκρίσεων (Festinger, 1954; Wheeler, 1966) υποστηρίζουν ότι, αντίθετα με την προηγούμενη άποψη, οι συγκρίσεις με άτομα που φαίνεται να τα καταφέρνουν καλύτερα (upward comparisons) ενδέχεται να προσφέρουν παραδείγματα/πρότυπα για μια καλύτερη αντιμετώπιση των δυσκολιών. Τα αποτελέσματα σε ασθενείς με καρκίνο (Taylor et al., 1984) υποστηρίζουν την άποψη ότι τα άτομα προτιμούν τις προς τα κάτω κοινωνικές συγκρίσεις, ώστε να τροφοδοτήσουν και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους.

Ένα θέμα που φαίνεται να διχάζει τους ερευνητές είναι κατά πόσο η ψυχολογική προσαρμογή στηρίζεται αποκλειστικά σε ρεαλιστικούς, αντικειμενικούς παράγοντες, ή μπορεί να ενισχυθεί και από ωφέλιμες ψευδαισθήσεις, με την έννοια των υποκειμενικών αντιλήψεων μιας κατάστασης (Lazarus, 1983; Taylor, 1983). Για παράδειγμα, αν και η άρνηση, αρχικά, θεωρούνταν από τους ψυχολόγους ως ένας δυσλειτουργικός μηχανισμός άμυνας, στην συνέχεια αναγνωρίστηκε ότι μπορεί να παίζει και ένα λειτουργικό ρόλο, κυρίως σε περιπτώσεις που η αποδοχή των γεγονότων κρίνεται ιδιαιτέρως στρεσογόνος (π.χ. αποδοχή μια διάγνωσης καρκίνου σε τελικό στάδιο). Η αίσθηση νοήματος και ελέγχου και η αυτοενίσχυση, καθώς επίσης, οι γνωστικές αναπαραστάσεις μέσω των οποίων επιτυγχάνονται τα προηγούμενα, βοηθούν το άτομο να νοηματοδοτήσει την εμπειρία του καρκίνου και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα ζητήματα που προκύπτουν. Οι γνωστικές αυτές αναπαραστάσεις δεν γίνονται αντιληπτές ως παγιωμένα στοιχεία τα οποία παραμένουν σταθερά σε διαφορετικές συνθήκες, αλλά κυρίως ως εναλλασσόμενες στρατηγικές που εξυπηρετούν παράλληλα διαφορετικές λειτουργίες (Taylor, 1983). Η θεωρία της γνωστικής προσαρμογής στην απειλή προσφέρει μια διαφορετική, εναλλακτική θεώρηση του ανθρώπου, ως ένα λειτουργικό σύστημα που έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται και να αυτοπροστατεύεται, κάτι που είναι περισσότερο εμφανές στις αντίξοες συνθήκες (Taylor, 1983). Η θεωρία αυτή έχει εξεταστεί σε

διαφορετικές ομάδες ασθενών όπως είναι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Taylor et al., 1984), ασθενείς με AIDS (Taylor, Kenedy, Reed, & Aspinwall, 1991) και ασθενείς με καρδιοπάθειες (Helgeson, 1999).

1.6. Η Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

Ένα ερευνητικό ερώτημα που δεν έχει λάβει ακόμα μια ικανοποιητική απάντηση είναι ποια είναι η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και την μετατραυματική ανάπτυξη. Στο ανανεωμένο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 2004) προτείνεται ότι μετατραυματικό στρες και ανάπτυξη είναι δύο αυτόνομες έννοιες που μπορούν να συνυπάρχουν. Και μάλιστα δεν συνυπάρχουν απλώς, αλλά τα αυξημένα επίπεδα στρες στην αρχική φάση, ενδέχεται να διευκολύνουν την εμφάνιση της ανάπτυξης. Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται, είτε μόνο σε θετικές συνέπειες της ασθένειας, είτε μόνο σε αρνητικές, δημιουργώντας την εντύπωση ότι η συνύπαρξη τους δεν είναι κάτι αναμενόμενο. Μόνο ένας σχετικά περιορισμένος αριθμός μελετών που εξετάζουν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης σε άτομα που έχουν βιώσει ένα αντίξοο γεγονός, έχει συμπεριλάβει την παράλληλη αξιολόγηση του στρες (Antoni et al., 2001; Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003; Widows et al., 2005). Από τις έρευνες που εξέτασαν την σχέση των δύο εννοιών κάποιες βρήκαν ότι υψηλότερα επίπεδα ανάπτυξης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα στρες (Hall et al., 2009; Lehman et al., 1993; Park et al., 1996; Tomich & Helgeson, 2004; Wild & Paivio, 2003), ενώ κάποιες άλλες βρήκαν ότι περισσότερη ανάπτυξη σχετίζεται με λιγότερο στρες (Ai et al., 2005; Frazier et al., 2001; Hall et al., 2008; McMillen et al., 1997). Άλλα ερευνητικά αποτελέσματα υποστήριξαν ότι οι δύο έννοιες δεν σχετίζονται μεταξύ τους (Cordova et al., 2001; Val & Linley, 2006; Widows et al., 2005). Μια καμπυλόγραμμη σχέση των δύο φαινομένων υποστηρίζεται από ορισμένες μελέτες (Butler, et al., 2005; Kleim & Ehlers, 2009; Lechner et al., 2006). Επίσης, μια μετα-ανάλυση πρότεινε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα παρειασθητικών σκέψεων και αποφυγής (Helgeson et al., 2006).

Η διερεύνηση της σχέσης του μετατραυματικού στρες με την ανάπτυξη αφορά στην προσαρμοστική αξία της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σε αυτή την προοπτική προηγούμενοι ερευνητές που μελέτησαν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης σε επιζώντες από τροχαίο ατύχημα πρότειναν το μοντέλο του «Ιανού», δηλαδή των δύο «προσώπων» της μετατραυματικής ανάπτυξης: ενός απατηλού (και μη προσαρμοστικού) και ενός ρεαλιστικού (και προσαρμοστικού) προσώπου. Το πρώτο πρόσωπο της ανάπτυξης, το απατηλό, λειτουργεί ως μια προσπάθεια (προσωρινής) ανακούφισης από το στρες, αλλά στην πορεία σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες. Το δεύτερο και πραγματικό εκφράζεται μέσα από έμπρακτες αλλαγές και συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες (Hobfoll et al., 2007; Zoellner & Maercker, 2006).

Σύμφωνα με τις θεωρίες που παρουσιάσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες φαίνεται να ξεκινούν από παρόμοια αφετηρία. Και τα δύο φαινόμενα εμφανίζονται ως απάντηση σε ένα αρχικό στρεσογόνο γεγονός που προκαλεί υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, η οποία με την σειρά της χαρακτηρίζεται από αυτόματες, ανεπιθύμητες και παρεισφρητικές σκέψεις. Είναι ακριβώς αυτό το στρες που λειτουργεί ως καταλύτης για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Yalom & Lieberman, 1991). Καθοριστικός παράγοντας για να εμφανιστεί η μετατραυματική ανάπτυξη είναι οι γνωστικές διεργασίες μέσω των οποίων αναμένεται να γίνουν οι αναγκαίες αλλαγές σε πεποιθήσεις, συμπεριφορές, στόχους και προτεραιότητες (Epstein, 1990; Martin, Tesser, & McIntosh, 1993). Από την στιγμή που ένα άτομο εισέλθει στην φάση της σκόπιμης και συστηματικής γνωστικής επεξεργασίας των τραυματικών ερεθισμάτων αυξάνονται οι πιθανότητες για «γνωστική αναδιάρθρωση» που σχετίζεται με την ανάπτυξη (Calhoun & Tedeschi, 1998; Finkel, 1975). Το αρχικό στρες φαίνεται να αποτελεί μέρος του μηχανισμού που ενδέχεται να οδηγήσει στην παγίωση της ψυχολογικής δυσφορίας και να πάρει την μορφή μετατραυματικής διαταραχής στρες, αλλά και στην αναγνώριση θετικών αλλαγών. Μια σειρά από παράγοντες (όπως γνωρίσματα προσωπικότητας, διαφορετικές μορφές γνωστικής επεξεργασίας, στρατηγικές αντιμετώπισης, κ.α.) ενδέχεται να σχετίζονται με διαφορετικό τρόπο με τις δύο υπό μελέτη μεταβλητές και να αποτελούν μέρη δύο διαφορετικών μονοπατιών

μέσω των οποίων εμφανίζεται το στρες και η ανάπτυξη (Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι τα δύο φαινόμενα είναι μεν διακριτά και ακολουθούν ξεχωριστά μονοπάτια, αλλά ενεργοποιούνται από την ίδια πηγή και μπορούν να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο. Ο χρόνος είναι ένας παράγοντας που ενδέχεται να παίζει σημαντικό ρόλο στο πώς εξελίσσεται η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες. Όπως είπαμε παραπάνω ο καρκίνος αποτελεί μια παρατεταμένη τραυματική εμπειρία, η οποία δεν προσδιορίζεται χρονικά σε μια και μόνο στιγμή. Αποτελείται από αρκετές μεταβάσεις (από τη διάγνωση στη θεραπεία, από τη θεραπεία στην επιστροφή στην καθημερινότητα, από την καθημερινότητα στους ετήσιους ιατρικούς ελέγχους, το πέραςμα της πενταετίας, κ.α.). Η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες ενδέχεται να αλλάζει ανάλογα με το χρονικό διάστημα που αξιολογεί κάποιος. Για παράδειγμα, στα αρχικά στάδια αναμένεται να υπερισχύει το στρες, ενώ αναφορές για ανάπτυξη θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ένας μηχανισμός ανακούφισης. Στην πορεία κι ενώ ο μηχανισμός προσαρμογής βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματικό στρες ενδέχεται να συνυπάρχουν. Σταδιακά, ενδέχεται το στρες να «εξατμίζεται» (αφού έπαιξε και τον κύριο ρόλο του σε όλη αυτή τη διεργασία) (Figley, 1978) και η μετατραυματική ανάπτυξη να εδραιώνεται. Η εμπειρία του καρκίνου γίνεται ενίοτε αντιληπτή ως μια ψυχοκοινωνική μετάβαση, που αγκαλιάζει αρνητικά και θετικά επακόλουθα (Andrykowski, et al., 1996; Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993). Η έννοια της ψυχοκοινωνικής μετάβασης εστιάζει σε μια διευρυμένη αντίληψη της προσαρμογής, μέσα στην οποία μπορούν να συνυπάρξουν θετικά και αρνητικά αποτελέσματα της εμπειρίας της νόσου. Άτομα τα οποία έχουν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου συχνά αναφέρουν την επιθυμία τους να «επιστρέψουν στην κανονική τους ζωή», εννοώντας τη ζωή που είχαν πριν την εμφάνιση της νόσου (Denford et al., 2011; Little & Sayers, 2004). Τα άτομα αυτά προτιμούν να δουν τον καρκίνο ως ένα μικρό, προσωρινό πρόβλημα που δεν είναι σε θέση να ανατρέψει τη ζωή τους. Οι προσωπικές τους ιστορίες συνήθως περιλαμβάνουν προηγούμενες εμπειρίες τους που τους είχαν σκληραγωγήσει αρκετά για να μην επηρεαστούν σημαντικά από τον καρκίνο και στοιχεία προσωπικότητας που ανέκαθεν διέθεταν και τους βοήθησαν να προσαρμοστούν επιτυχώς. Επιπλέον, αυτή η συνέχεια που

περιγράφουν στη ζωή τους σχετίζεται με μια προσπάθεια του ατόμου να πείσει τον εαυτό του και τους άλλους ότι ο καρκίνος δεν ήταν αρκετός να ταράξει τις ισορροπίες του, καταφεύγοντας συχνά σε αποφυγή ερεθισμάτων που θα μπορούσε να του προκαλέσει αναστάτωση (Baker et al., 2016).

Μια διαφορετική αντίληψη των ανθρώπων για επιστροφή σε μια νέα καθημερινότητα είναι αυτή της ανανεωμένης και εμπλουτισμένης ταυτότητας. Ο καρκίνος ενδέχεται να έφερε κάποιες θετικές αλλαγές βοηθώντας το άτομο να αναθεωρήσει την στάση του απέναντι στη ζωή και τους άλλους και να αποκτήσει τη δύναμη να αντιμετωπίσει μελλοντικές δυσκολίες. Μια διαφορετική προσέγγιση για τη διατήρηση της συνέχειας της προσωπικής ιστορίας ενός ατόμου είναι η αποδοχή της θνητότητας και ενός επικείμενου τέλους, που ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτο (Baker et al., 2014).

Τα περισσότερα άτομα φαίνεται να συνδυάζουν τις παραπάνω προσεγγίσεις όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν την υπαρξιακή κρίση που προκαλεί η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου. Η προσπάθεια για προστασία της ταυτότητας του ατόμου ενδέχεται να συνοδεύεται από την υιοθέτηση ακόμα και αντικρουόμενων απόψεων σχετικά με την επίδραση της νόσου και τον τρόπο που στάθηκαν απέναντι σε αυτή. Οι αναφορές για ανάπτυξη φαίνεται να συνυπάρχουν με αναφορές για συναισθήματα λύπης και αγωνίας. Οι αντικρουόμενες προσεγγίσεις θα μπορούσαν να εξηγηθούν μέσω της θεωρίας του Salander (2007, 2012) ο οποίος υποστήριξε ότι τα άτομα δημιουργούν μια «ενδιάμεση περιοχή» ανάμεσα στην εξωτερική πραγματικότητα (και τα γεγονότα) και τον εσωτερικό κόσμο, μέσα στην οποία κατοικούν «αγκαλιάζοντας» τις αντιθέσεις προκειμένου να κάνουν με επιτυχία την μετάβαση από μια ζωή χωρίς καρκίνο σε μια νέα κανονικότητα που θα εμπεριέχει και την εμπειρία του καρκίνου (Baker et al., 2014).

Η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κάποιος την μετατραυματική ανάπτυξη. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν την ανάπτυξη ως αποτέλεσμα της διαδικασίας αντιμετώπισης του στρες και επομένως έννοια παραπλήσια του ευ ζην (Schaefer & Moos, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995). Άλλοι ερευνητές αντιλαμβάνονται την ανάπτυξη ως μια στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που μπορεί να βοηθήσει την προσαρμογή (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson,

1998; Park & Folkman, 1997; Taylor, 1983). Προσπαθώντας να γεφυρώσουν τις δύο προηγούμενες προσεγγίσεις κάποιοι πρότειναν μια τρίτη οδό: η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να αποτελεί μια στρατηγική αντιμετώπισης του στρες, αλλά και αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής (Tedeschi & Calhoun, 2004; Zoellner & Maercker, 2006). Οι μελέτες που έχουν διερευνήσει την σχέση μετατραυματικής ανάπτυξης και προσαρμογής έχουν αποδώσει αντικρουόμενα και ασυνεπή αποτελέσματα (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Stanton, Bower, & Low, 2006). Κάποιοι ερευνητές επιχείρησαν να εξηγήσουν αυτή την ασυνέπεια υποστηρίζοντας ότι η μετατραυματική ανάπτυξη επηρεάζει την γενική ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο όχι μόνο ως άμεσο αποτέλεσμα, αλλά ως ένας μηχανισμός ρύθμισης του στρες (Lechner et al., 2006). Η μετατραυματική ανάπτυξη ενδέχεται να αλληλεπιδρά με άλλους παράγοντες για την εξουδετέρωση του στρες που σχετίζεται με τον καρκίνο και τη βελτίωση των επιπέδων προσαρμογής (Silva et al., 2011). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η μετατραυματική ανάπτυξη, δηλαδή οι προσπάθειες που κάνει ένα άτομο να βρει οφέλη στην εμπειρία του καρκίνου, ενδέχεται να συμβάλουν, ως μια αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης, στην αναθεώρηση του νοήματος της εμπειρίας του καρκίνου που δεν φαντάζει μόνο τραυματική, αλλά συνάμα ως μια μετάβαση σε μια νέα φάση ζωής (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Park & Folkman, 1997). Ωστόσο, είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι ερευνητές που κατέληξαν στα παραπάνω συμπεράσματα επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν την έννοια και το ερωτηματολόγιο της εύρεσης οφέλους (benefit finding) και όχι αυτό της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η έννοια της εύρεσης οφέλους, ή αναζήτησης και εύρεση νοήματος θα μπορούσαν να ειπωθούν και ως γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως και η θετική επανεκτίμηση του τραύματος. Η μετατραυματική ανάπτυξη, όπως έχει περιγραφεί από τους Tedeschi & Calhoun (1995; 1996; 2004), γίνεται αντιληπτή ως ένα αποτέλεσμα (όχι απαραίτητα παγιωμένο) μιας σειράς από διεργασίες για την αντιμετώπιση του τραύματος.

1.7. Παρουσίαση των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών που Εξετάζονται σε Σχέση με το Μετατραυματικό Στρες, την Μετατραυματική Ανάπτυξη & την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

1.7.1. Αισιοδοξία & Ανοιχτότητα

Η αισιοδοξία γίνεται αντιληπτή ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Σύμφωνα με τους Scheier και Carver (1985), η αισιοδοξία αφορά στην προσδοκία του ατόμου ότι τα πράγματα θα εξελιχθούν θετικά και ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να συμβεί κάτι καλό παρά κάτι αρνητικό. Όμως, για ποιον λόγο ένα άτομο μπορεί να έχει την πεποίθηση ότι τα πράγματα θα έχουν θετική έκβαση; Η ευδόκιμη έκβαση μιας κατάστασης μπορεί να οφείλεται τόσο σε εξωτερικούς παράγοντες (όπως καλή τύχη, θεία πρόνοια, βοήθεια από άλλους), όσο και εσωτερικούς (όπως η ικανότητα και η κοπιαστική εργασία) (Scheier & Carver, 1985; 1987). Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα των ερευνών προτείνουν ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας εμφανίζουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία (Aspinwall & Taylor, 1992; Scheier et al., 1989), ενώ τα αισιόδοξα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση με λιγότερες επιπλοκές (Scheier & Carver, 1987).

Τα εμπειρικά δεδομένα προτείνουν ότι οι αισιόδοξοι και οι απαισιόδοξοι διαφέρουν αναφορικά με την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης, αλλά και στον τρόπο που αντιμετωπίζουν σοβαρές σωματικές ασθένειες (Carver, & Bridges, 2001; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Friedman et al., 1992; Scheier, Scheier, Weintraub, & Carver, 1986). Οι αισιόδοξοι άνθρωποι τείνουν να υιοθετούν πιο αποτελεσματικούς και λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης σε σχέση με τους απαισιόδοξους (Carver et al., 1993; Curbow et al., 1993; Fontaine, Manstead, & Wagner, 1993). Γενικά, τα άτομα που διατηρούν μια αισιόδοξη στάση απέναντι στα πράγματα φαίνεται να υιοθετούν πιο συχνά στρατηγικές αντιμετώπισης που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος· όταν, όμως, το πρόβλημα δεν είναι εύκολο να αντιμετωπισθεί, επιλέγουν πιο λειτουργικές (για τις συγκεκριμένες συνθήκες) στρατηγικές, όπως είναι το χιούμορ και η αποδοχή (Carver, et al., 1989; Carver & Scheier, 1999; Scheier, et al., 1986; Scheier et al., 1994; Scheier et al., 2001; Stanton & Snider, 1993). Επομένως, η αισιοδοξία φαίνεται να σχετίζεται με την χρήση ευέλικτων

προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Nes & Segerstrom, 2006). Επίσης, προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα προτείνουν ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας τείνουν να αξιολογούν τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα περισσότερο ως ελεγχόμενα και λιγότερο ως μια σοβαρή απειλή για μια πιθανή καταστροφή. Πιο συγκεκριμένα, τα αισιόδοξα άτομα εμφανίζουν μια περισσότερο λειτουργική δευτερογενή εκτίμηση ενός τραυματικού γεγονότος, καθώς δεν το εκτιμούν ως ένα εξαιρετικά απειλητικό γεγονός, αλλά μάλλον ως μια αντιμετωπίσιμη κατάσταση (Chang, 1998; Reker, 1988). Τέλος, τα αισιόδοξα άτομα τείνουν να δημιουργούν πιο διευρυμένα και υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα. Αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών προτείνουν ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας γίνονται περισσότερο αρεστά (από τα απαισιόδοξα άτομα), αναφέρουν πιο μακροχρόνιες φιλίες, μικρότερο βαθμό αρνητικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και αυξημένη υποστήριξη σε στρεσογόνες περιόδους (Carver, et al., 1989; Carver & Scheier, 1999; Geers, Reilly & Dember, 1998; Lepore & Ituarte, 1999; Scheier, et al., 1986; Scheier et al., 2001; Stanton & Snider, 1993).

Σε αρκετές μελέτες της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, του μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης έχουν εξετασθεί τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας δεύτερης τάξης, τα οποία η βιβλιογραφία αναφέρει ως μια συστοιχία «πέντε μεγάλων» (διαστάσεων προσωπικότητας): νευρωτισμός, εξωστρέφεια, ανοιχτότητα στην εμπειρία, ευσυνειδησία και τερπνότητα (McCrea, 1991). Οι McCrea και Costa (1986) προτείνουν ότι τα άτομα που έχουν χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού και υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας και ανοιχτότητας φαίνεται να βιώνουν την αντιξοότητα ως μια ευκαιρία για άντληση δύναμης, ως πρόκληση και όχι ως απειλή. Από την συστοιχία των πέντε βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η διάσταση της ανοιχτότητας σε νέες εμπειρίες (openness to experience), η οποία περιγράφει άτομα που διαθέτουν φαντασία, πνευματική περιέργεια και συναισθηματική ευαισθησία. Σύμφωνα με τους εμπνευστές των πέντε κύριων διαστάσεων της προσωπικότητας η συγκεκριμένη διάσταση αποτελείται από έξι επιμέρους πτυχές: 1) την φαντασία: τα άτομα που είναι ανοιχτά στην φαντασία συνήθως μπορούν να διατηρούν μια δημιουργική ζωή, 2) την αισθητική: τα άτομα που είναι ανοιχτά σε θέματα αισθητικής διατηρούν μια βαθιά εκτίμηση και αναγνώριση της αξίας της τέχνης και της ομορφιάς, 3) τα συναισθήματα: τα άτομα

που είναι ανοιχτά σε αυτόν τον τομέα είναι δεκτικά σχετικά με τα δικά τους συναισθήματα και τον εσωτερικό τους κόσμο· επιπλέον φαίνεται να αξιολογούν τα συναισθήματα τους επιτρέποντας με τον τρόπο αυτό την προσωπική τους εξέλιξη, 4) τις δράσεις: τα άτομα που είναι ανοιχτά σε αυτό τον τομέα φαίνεται να έχουν τη διάθεση να δοκιμάσουν νέες εμπειρίες εμπλουτίζοντας το ρεπερτόριο των συμπεριφορών τους, 5) τις ιδέες: τα άτομα που είναι ανοιχτά σε νέες ιδέες χαρακτηρίζονται από διανοητική περιέργεια, είναι ανοιχτόμυαλα και έτοιμα να εξετάσουν ακόμα και μη συμβατικές θεωρίες και απόψεις και τέλος 6) τις αξίες: τα άτομα που είναι ανοιχτά σε αυτόν τον παράγοντα φαίνεται να έχουν την ετοιμότητα να επανεξετάσουν κοινωνικές, πολιτικές και θρησκευτικές αξίες και να απέχουν από δογματικές πεποιθήσεις και πρακτικές (Costa & McCrea, 1985). Τα άτομα αυτά ενδέχεται να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις τραυματικών εμπειριών μέσα από τα φίλτρα μιας περισσότερο φιλοσοφημένης στάσης που επιτρέπει την εύρεση μιας νέας κατεύθυνσης για τα σχέδια ζωής (Tennen & Affleck, 1990).

Με την έννοια της ανοιχτότητας φαίνεται να περιγράφεται η ικανότητα ενός ατόμου να διαχειρίζεται αποτελεσματικά την αβεβαιότητα της ζωής, να την αποδέχεται ως κάτι φυσικό και αναπόφευκτο και να την αντιμετωπίζει ως μια ευκαιρία για ανάπτυξη, παρά ως μια απειλητική κατάσταση (Zoellner, Rabe, Karl, & Maercker, 2008). Επιπλέον, η γνωστική πλευρά της ανοιχτότητας, η οποία μεταφράζεται ως ανοιχτότητα σε νέες ιδέες, ενδέχεται να διευκολύνει την εκούσια γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων και την επίδραση τους στη ζωή ενός ατόμου. Η γνωστική, ωστόσο, ανοιχτότητα χρειάζεται να θεμελιωθεί σε μια συναισθηματική ανοιχτότητα, η οποία επιτρέπει υψηλότερο βαθμό ανεκτικότητας σε ιδιαίτερα στρεσογόνα συναισθήματα τα οποία συνοδεύουν μια τραυματική εμπειρία (Zoellner et al., 2008). Η συγκεκριμένη διάσταση δεν έχει μελετηθεί εμπειρικά επαρκώς στο πλαίσιο της ψυχοογκολογίας (Tedeschi & Calhoun, 1996).

1.7.2. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων(Coping)

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (coping) ορίζονται ως οι γνωσιακές και συμπεριφοριστικές προσπάθειες που καταβάλει ένα άτομο προκειμένου να περιορίσει, ελέγξει ή να υπομείνει εξωτερικές και εσωτερικές

απαιτήσεις, αλλά και τυχόν συγκρούσεις μεταξύ αυτών. Οι Folkman και Lazarus (1980) προτείνουν την παρακάτω εννοιολογική σύλληψη των στρατηγικών αντιμετώπισης, η οποία συνάδει με την γνωστική-φαινομενολογική θεωρία του ψυχολογικού στρες που αναπτύχθηκε από τον Lazarus και τους συναδέλφους του (Folkman et al., 1979; Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1978): σύμφωνα με το γενικό θεωρητικό πλαίσιο, το άτομο και το περιβάλλον βρίσκονται σε διαρκή συναλλαγή, σε μια συνεχή σχέση αλληλεπίδρασης. Οι δύο διαδικασίες οι οποίες μεσολαβούν στην σχέση ατόμου-περιβάλλοντος είναι η εκτίμηση μιας κατάστασης και ο τρόπος αντιμετώπισης του στρες που σχετίζεται με την κατάσταση αυτή. Η εκτίμηση (appraisal) διακρίνεται στην πρωτογενή (primary) και τη δευτερογενή (secondary). Κατά την πρωτογενή εκτίμηση, το άτομο αξιολογεί την κατάσταση και απαντά στο ερώτημα: ποιο είναι το διακύβευμα, αλλά και ποιοι προσωπικοί πόροι και εναλλακτικές είναι διαθέσιμες για την αντιμετώπιση της κατάστασης και των συνεπειών της. Μια κατάσταση ενδέχεται να αξιολογηθεί ως: 1) άνευ σημασίας, στην περίπτωση που δεν διακυβεύεται κάτι σημαντικό στη ζωή ενός ατόμου, 2) ευνοϊκή/θετική, όταν το άτομο αναμένει μόνο θετικές συνέπειες και 3) στρεσογόνος. Ο Lazarus προτείνει την ύπαρξη τριών κύριων κατηγοριών στρεσογόνων εκτιμήσεων: α) της απώλειας, η οποία αναφέρεται σε μια βλάβη/ζημιά που έχει ήδη επιτελεσθεί, β) της απειλής, η οποία αναφέρεται σε μια επικείμενη απώλεια και γ) της πρόκλησης, η οποία αναφέρεται σε μια επικείμενη ευκαιρία για νίκη ή κυριαρχία. Στη δευτερογενή εκτίμηση το άτομο εκτιμά τους διαθέσιμους πόρους (εσωτερικούς και εξωτερικούς) και τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση του στρες και θέτει το ερώτημα: τι μπορώ να κάνω; Ο βαθμός στρες που θα βιώσει ένα άτομο όταν καλείται να αναμετρηθεί με μια από τις παραπάνω στρεσογόνες καταστάσεις εξαρτάται από την αξιολόγηση τόσο της ίδιας της κατάστασης, όσο και των διαθέσιμων πόρων. Η μακροχρόνια μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης οδήγησε στη διατύπωση ορισμένων μεταθεωρητικών αρχών, όπως: α) οι σκέψεις και οι δράσεις που αφορούν στις στρατηγικές αντιμετώπισης χρειάζεται να αξιολογούνται μέσα στις συγκεκριμένες συνθήκες που εμφανίζονται, β) ο τρόπος που θέτει ένας ερευνητής το ερώτημα σχετικά με το πώς αντιμετώπισε κάποιος μια απειλητική κατάσταση, ενδέχεται να οδηγήσει σε παραπλανητικές απαντήσεις αν δεν λάβει υπόψη του το γενικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίστηκε αυτή, γ) όταν μελετάμε τις στρατηγικές αντιμετώπισης είναι σημαντικό να δίνουμε την ευκαιρία στο άτομο να περιγράψει τι

σκέφτεται και τι κάνει για να αντιμετωπίσει μια στρεσογόνο κατάσταση επαναλαμβάνοντας τις εκτιμήσεις μας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και σε διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις (Lazarus, 1993).

Τα αποτελέσματα των ερευνών για τις στρατηγικές αντιμετώπισης έδειξαν ότι τα άτομα συνήθως χρησιμοποιούν ποικίλες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε δύο λόγους: α) ένα στρεσογόνο γεγονός είναι συνήθως περίπλοκο και έχει διάρκεια με αποτέλεσμα το άτομο να εφαρμόζει ποικίλες στρατηγικές ανάλογα με τις ανάγκες και β) τα άτομα αναπροσαρμόζουν ή αλλάζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης μέσα από τη διαδικασία της δοκιμής και της αποτυχίας. Επίσης, κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να είναι πιο σταθερές (π.χ. θετική αναπλαισίωση) από κάποιες άλλες (π.χ. αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης). Επιπλέον, στις περιπτώσεις που μια στρεσογόνος κατάσταση φαίνεται ότι είναι δύσκολο να αλλάξει, τότε οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στην ρύθμιση του συναισθήματος υπερσχύουν σαφέστατα των στρατηγικών που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος. Στο αντίθετο ενδεχόμενο, όταν δηλαδή ένα άτομο κρίνει ότι η κατάσταση μπορεί να ελεγχθεί μέσα από συγκεκριμένες δράσεις, τότε οι στρατηγικές που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος επικρατούν (Lazarus, 1993).

Κατά καιρούς, αρκετοί ερευνητές εξέτασαν τον ρόλο των στρατηγικών αντιμετώπισης στην ψυχική υγεία ατόμων με καρκίνο και ειδικότερα στρατηγικών όπως είναι το μαχητικό πνεύμα, η αποδοχή, η θρησκευτικότητα, οι αποφευκτικές πρακτικές, το χιούμορ, η αναζήτηση πρακτικής βοήθειας και κοινωνικής υποστήριξης, η θετική αναπλαισίωση και η αναζήτηση νοήματος. Ανεξάρτητα από τα επιμέρους αποτελέσματα χρειάζεται να αναφέρουμε ότι τα ευρήματα δεν είναι πάντα σταθερά και συνεπή (γεγονός που επιβεβαιώνει τη θεωρία του Lazarus και των συνεργατών του ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης κρίνονται ως λειτουργικές ή μη ανάλογα με τις συγκεκριμένες συνθήκες και ανάγκες). Κάποια ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονται με μεγαλύτερα επίπεδα στρες και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Carver et al., 1993). Στρατηγικές όπως είναι η θρησκευτική πίστη και θρησκευτικές πρακτικές ενδέχεται να συμβάλουν σε καλύτερη ψυχική υγεία σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Ashing Giwa et al., 2004). Η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται

από πολλούς παράγοντες, όπως είναι γνωρίσματα της προσωπικότητας (π.χ. αισιοδοξία ή ανοιχτότητα) (Carver et al., 1993), ηλικία (Schnoll et al., 1998), αλλά και ιατρικές μεταβλητές όπως είναι το στάδιο της ασθένειας, κ.λπ..

1.7.3. Γνωστική Επεξεργασία

Η γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων και πληροφοριών και η επιτυχής ενσωμάτωσή τους στα ήδη υπάρχοντα γνωστικά σχήματα αποτελεί κεντρικό σημείο στις περισσότερες θεωρίες που επιχειρούν να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν την μετατραυματική προσαρμογή (π.χ. Creamer, et al., 1992; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992). Οι θεωρίες αυτές υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερο εκτίθεται ένα άτομο στις τραυματικές σκέψεις, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να επεξεργασθεί επιτυχώς το τραύμα και να επιτύχει καλή μετατραυματική προσαρμογή. Αντιθέτως, η αποφυγή των στρεσογόνων ερεθισμάτων σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά στρες και ανεπιτυχή προσαρμογή, εξαιτίας της μη επαρκούς γνωστικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος (Horowitz, 1986). Επομένως, αν και οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν μετατραυματικό στρες, η γνωστική επεξεργασία ενδέχεται να παίζει έναν διαμεσολαβητικό ρόλο στην σχέση ανάμεσα στο στρες και την μετατραυματική προσαρμογή. Η γνωστική διαδικασία φαίνεται να αλλάζει ποιοτικά με την πάροδο του χρόνου. Στα πρώτα στάδια οι επιζώντες από ένα τραύμα εμφανίζουν αυτόματη παρειασφορητική σκέψη. Σταδιακά ένα άτομο επιχειρεί να κατανοήσει τι έχει συμβεί ώστε να είναι σε θέση να διαχειρισθεί τις συνέπειες του τραύματος. Οι προσπάθειες του ατόμου να απεμπλακεί από στόχους, πεποιθήσεις και συνήθειες που δεν συνάδουν με την νέα κατάσταση ευνοούν την ανάπτυξη μιας λιγότερο αυτόματης σκέψης και ενός περισσότερο εκούσιου και συστηματικού στοχασμού. Αυτή η μεταγενέστερη μορφή σκέψης συνεπάγεται μια ενεργητική αποδοχή της κατάστασης και την ανάπτυξη εναλλακτικών πεποιθήσεων και στόχων.

Ο γνωστικός μηρυκασμός (rumination) φαίνεται να διαδραματίζει καίριο ρόλο στην μετατραυματική προσαρμογή. Η έννοια του γνωστικού μηρυκασμού συνήθως γίνεται αντιληπτή ως μια παθητική και επαναλαμβανόμενη γνωστική αντίδραση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, η οποία εστιάζει κυρίως στα αρνητικά συναισθήματα και τις πιθανές αιτίες του (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Με άλλα λόγια, ένα άτομο που έχει βιώσει ένα τραύμα φαίνεται να εμμένει στα συναισθήματα θλίψης, στρες και θυμού

επαναλαμβάνοντας ερωτήματα που δεν επιτρέπουν την επεξεργασία των τραυματικών πληροφοριών. Ένας τέτοιος εννοιολογικός ορισμός του γνωστικού μηρυκασμού, που εξαντλείται σε μια αυτοτιμωρητική και άγονη σκέψη δεν μπορεί παρά να σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα στρες και μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής (Baum, Cohen, & Hall, 1993; Dunmore, Clark & Ehlers, 2001; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Sergestorm & Alden, 2000). Οι Martin και Tesser (1996) έδωσαν τον παρακάτω ορισμό για τον γνωστικό μηρυκασμό: «αρκετές παραλλαγές σκέψης όπως είναι η επαναλαμβανόμενη, συνδεδεμένη με το γεγονός σκέψη, που περιλαμβάνει την προσπάθεια νοσηματοδότησης, την επίλυση προβλήματος, την αναπόληση, αλλά και την προσδοκία». Ο ορισμός περιγράφει τον γνωστικό μηρυκασμό ως: α) μια συνειδητή διανοητική διαδικασία, β) περιστρέφεται γύρω από ένα συγκεκριμένο ζήτημα και γ) λαμβάνει χώρα δίχως την απαραίτητη άμεση υπενθύμιση από το περιβάλλον. Επιπλέον, οι Martin και Tesser (1996) κατηγοριοποιούν τον γνωστικό μηρυκασμό ανάλογα με το αν αναφέρεται στο παρελθόν, στο παρόν, ή στο μέλλον, αλλά και σχετικά με την αναφορά σε θετικά ή αρνητικά γεγονότα. Αν και η έννοια του γνωστικού μηρυκασμού γινόταν αντιληπτή ως ένα ενιαίο κατασκεύασμα, ένας αριθμός μελετών διακρίνει την ύπαρξη δύο ξεχωριστών τύπων μηρυκασμού: της γνωστικής αντανάκλασης και του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού (Siegle, Moore, & Thase, 2004; Trapnell & Campbell, 1999). Ο πρώτος τύπος γνωστικής επεξεργασίας έχει ως κίνητρο την περιέργεια για θέματα του εαυτού και στοχεύει στην αυτογνωσία. Το άτομο που υιοθετεί τη συγκεκριμένη γνωστική διεργασία δεν αποφεύγει να ασχοληθεί με επίπονα συναισθήματα, αλλά αντιθέτως προσπαθεί να ανακουφίσει τη δυσφορία που αισθάνεται μέσα από την αναγνώριση πρωτίστως των συναισθημάτων και την κατανόηση της προέλευσης τους. Τα αρνητικά συναισθήματα αντιμετωπίζονται ως σαφή, ελεγχόμενα και μεταβαλλόμενα, τα οποία αποτελούν μια ένδειξη σχετικά με την συναισθηματική ρύθμιση και την επίλυση των προβλημάτων (McFarland & Buhler, 1998; Trapnell & Campbell, 1999). Από την άλλη πλευρά, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός αναφέρεται σε μια εστίαση σε αρνητικές καταστάσεις και συναισθήματα και σε μια διάθεση για αξιολόγηση και απόδοση ευθυνών. Τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα φαίνεται να έχουν αναπόδραστο χαρακτήρα (McFarland & Buhler, 1998; Trapnell & Campbell, 1999).

Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν κάποιες ιδιότητες της μηρυκαστικής σκέψης που μπορούν να εξηγήσουν τις εποικοδομητικές ή μη συνέπειες της. Αρχικά, το θετικό ή το αρνητικό περιεχόμενο της σκέψης παίζει σημαντικό ρόλο για το αν η γνωστική επεξεργασία θα είναι εποικοδομητική ή όχι. Η εστίαση σε αρνητικές σκέψεις σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα στρες, χειρότερη ψυχική υγεία και περισσότερα σωματικά προβλήματα (Seegerstrom et al., 2003). Επίσης, η έμφαση σε αρνητικές πλευρές του εαυτού σχετίζεται με περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, ενώ αντιθέτως η επικέντρωση σε θετικές πλευρές του εαυτού σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος (Mor & Winquist, 2002). Συμπληρωματικά, μπορούμε να πούμε ότι η αναζήτηση οφέλους (η οποία σχετίζεται με καλύτερα επίπεδα προσαρμογής) θέτει στο επίκεντρο τις θετικές πλευρές του τραύματος και των συνεπειών του. Ωστόσο, κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμα και αν ένα άτομο εστιάσει σε αρνητικές πλευρές της εμπειρίας και του εαυτού, ενδέχεται να εμπλακεί σε μια εποικοδομητική γνωστική διαδικασία (Watkins & Moulds, 2005; Watkins & Teasdale, 2001; 2004). Αυτό καθορίζεται από μια επιπλέον παράμετρο: το επίπεδο της ανάλυσης και τη διάκριση ανάμεσα σε αφηρημένες ερμηνείες υψηλής τάξης ή, συγκεκριμένες ερμηνείες χαμηλότερης τάξης (Freitas, Gollwitzer, & Trope, 2004; Liberman, Sagristano, & Trope, 2002; Markman & McMullen, 2003). Επομένως, όταν ένα άτομο θέτει ερωτήματα και προσπαθεί να κατανοήσει κάποια στρεσογόνα γεγονότα ενδέχεται να επιχειρήσει ερμηνείες που αφορούν αφηρημένες και γενικευμένες έννοιες και φαινόμενα, ή να περιοριστεί σε συγκεκριμένες, συνδεδεμένες με την εμπειρία, ερμηνείες. Τα ερευνητικά αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι οι πιο αφηρημένες και γενικευμένες ερμηνείες σχετίζονται με μη εποικοδομητική σκέψη, ενώ οι πιο συγκεκριμένες ερμηνείες σχετίζονται με πιο λειτουργική γνωστική επεξεργασία (τουλάχιστον στις περιπτώσεις που το περιεχόμενο της σκέψης είναι αρνητικό) (Carver, 1998; Rimes & Watkins, 2005; Watkins & Baracaia, 2002).

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η γνωστική επεξεργασία αποτελεί επίσης έναν καθοριστικό παράγοντα για το αν θα αποβεί βοηθητική ή όχι. Με άλλα λόγια, ένα αρνητικό πλαίσιο που αφορά το άτομο (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσφορικό συναίσθημα) και ένα αρνητικό πλαίσιο που αφορά το περιβάλλον (π.χ. στρεσογόνα γεγονότα, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου) σχετίζονται με μη εποικοδομητική

σκέψη. Αντίθετα, ένα θετικό ενδοπροσωπικό πλαίσιο (π.χ. θετική διάθεση και προσδοκίες, υψηλή αυτοπεποίθηση) και θετικό συγκυριακό πλαίσιο (επιτυχίες, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου) φαίνεται να σχετίζονται με εποικοδομητική σκέψη (Ciesla & Roberts, 2002; Lyubomirsky et al., 2006).

1.7.4. Κοινωνικοί Περιορισμοί

Η μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης λαμβάνει σταθερά μια σημαντική θέση στις θεωρίες που περιγράφουν και ερμηνεύουν την προσαρμογή σε αντίξοες καταστάσεις. Για πολλές δεκαετίες, οι έννοιες που γίνονταν αντικείμενο έρευνας στον χώρο της ψυχολογίας ήταν η κοινωνική υποστήριξη (social support) με ειδικότερες αναφορές σε ποσοτικά και ποιοτικά γνωρίσματα του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, καθώς επίσης η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη (perceived social support) (Uchino, 2004). Πέρα από την θετική σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την ψυχική και σωματική υγεία, οι αρνητικές πλευρές της κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζονται με υψηλή συνάφεια με συμπτώματα στρες και αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες του τραύματος (Lepore, 1992). Όπως προαναφέρθηκε, ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον προσφέρει σε ένα άτομο τη δυνατότητα να μιλήσει για τα θέματα που το απασχολούν και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται, ανάλογα με τις ανάγκες που έχει. Ωστόσο, ακόμα και αυτή η ίδια η δυνατότητα έκφρασης των προβλημάτων φαίνεται να είναι ένας παράγοντας κλειδί για την ψυχική υγεία. Η αποκάλυψη ή μη ενός τραυματικού γεγονότος εξαρτάται τόσο από ατομικά χαρακτηριστικά, όσο και από κοινωνικούς, καταστασιακούς παράγοντες. Με άλλα λόγια, ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες, ενδέχεται να παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη μιας γενικής τάσης του ατόμου να απομονώνεται και να υιοθετεί μια περισσότερο αποφευκτική κοινωνική συμπεριφορά μπροστά σε δύσκολα γεγονότα (Kagan, 1994). Μια τέτοια γενική τάση του ατόμου μπορεί να επηρεάζει σε ένα βαθμό την ποσότητα της κοινωνικής υποστήριξης που αναζητά και λαμβάνει (Kendler, 1997). Ωστόσο, ο βαθμός αποκάλυψης στους άλλους θεμάτων σχετικά με το τραύμα εξαρτάται από έναν συνδυασμό ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών παραγόντων, όπως είναι οι ευκαιρίες που έχει το άτομο για αποκάλυψη, η κοινωνική αποδοχή ή ο στιγματισμός του ατόμου εξαιτίας της ασθένειας, καθώς επίσης χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια, ή την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της ασθένειας (Henderson et al., 2002).

Μια θεωρία που επιχείρησε να ερμηνεύσει την σχέση που παρατηρείται ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την μετατραυματική προσαρμογή είναι το κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο (social-cognitive processing model) (Lepore et al., 1996; Lepore, 2001). Η κεντρική άποψη του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει ένα άτομο ενδέχεται να ενισχύσει και να διευκολύνει τη γνωστική επεξεργασία. Σύμφωνα με τους Lepore και Helgeson (1998) η γνωστική επεξεργασία συνίσταται στις διανοητικές εκείνες ενέργειες που διευκολύνουν το άτομο να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τα στρεσογόνα γεγονότα, σύμφωνα με τις γνωστικές κατηγορίες και τα ερμηνευτικά σχήματα που διαθέτει και να απαρτιώσει τις απειλητικές και αποσπασματικές πληροφορίες σε ένα εννοιολογικό πλαίσιο που έχει νόημα και συνοχή. Ένα άτομο που καταφέρνει να έχει ανοιχτή συναλλαγή με το κοινωνικό του περιβάλλον και να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματα του και τις πεποιθήσεις του σχετικά με το τραύμα ενδέχεται να λαμβάνει υποστήριξη για μια πιο αποτελεσματική γνωστική επεξεργασία του τραύματος (Lepore, 2001). Με όρους κοινωνιολογίας, οι κοινωνικοί περιορισμοί είναι αντικειμενικές, εξωγενείς συνθήκες, άμεσες ή έμμεσες, οι οποίες επηρεάζουν και προσαρμόζουν την σκέψη και συμπεριφορά των ατόμων στα πρότυπα που προκρίνουν κάποιες κοινωνικές ομάδες. Στην ψυχολογική έρευνα, οι κοινωνικοί περιορισμοί γίνονται αντιληπτοί ως παράγωγα μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε κοινωνικά γεγονότα και ατομικά ψυχολογικά ερμηνευτικά σχήματα αυτών των γεγονότων. Ως κοινωνικοί περιορισμοί (social constraints) ορίζονται οι κοινωνικές εκείνες συνθήκες (καθώς επίσης, ο τρόπος που γίνονται αντιληπτές αυτές οι συνθήκες) που οδηγούν τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραύμα να αισθάνονται ότι δεν λαμβάνουν υποστήριξη, παρεξηγούνται, ή ακόμα και αποξενώνονται από το κοινωνικό τους δίκτυο, όταν αναζητούν κοινωνική υποστήριξη ή προσπαθούν να εκφράσουν σκέψεις, συναισθήματα και ανησυχίες σχετικά με το γεγονός. Στο χώρο της ψυχοογκολογίας, η έννοια των κοινωνικών περιορισμών κερδίζει έδαφος τα τελευταία χρόνια, εστιάζοντας στον ρόλο που μπορεί να παίζει η απρόσκοπτη συναισθηματική έκφραση ανησυχιών σχετικά με τον καρκίνο στην επιτυχή μετατραυματική ανάπτυξη και προσαρμογή.

Ο Lepore και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν το μοντέλο κοινωνικο-γνωστικής επεξεργασίας για να μπορέσουν να εξηγήσουν τον ρόλο των κοινωνικών περιορισμών στην μετατραυματική προσαρμογή, σε διάφορες μορφές τραύματος (Lepore et al.,

1996; Lepore, 1997; Lepore, 2001; Lepore & Helgeson, 1998). Στην περίπτωση του καρκίνου, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα άτομα, κυρίως στην αρχή της ασθένειας, έχουν την ανάγκη να μιλήσουν για την εμπειρία τους καθώς είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσουν και να αποδεχτούν την κατάσταση. Το αν αυτή η αποκάλυψη αποβεί ωφέλιμη για την προσαρμογή του ατόμου, εξαρτάται από την στάση και την απόκριση των άλλων. Ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον, ενδέχεται να βοηθήσει το άτομο να στοχασθεί περαιτέρω πάνω σε σκέψεις και αγωνίες σχετικά με τον καρκίνο, να εκτεθεί περισσότερο σε συναισθήματα στρεσογόνα μεν, αλλά με τα οποία η εξοικείωση και αποδοχή κρίνεται αναγκαία. Τι συμβαίνει όμως όταν το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου δεν είναι αρκετά ανοικτό, φιλικό ή/και διαθέσιμο για να μοιραστεί με τον επιζώντα από τον καρκίνο τις έγνοιες του, τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του; Προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα προτείνουν ότι η ύπαρξη κοινωνικών περιορισμών σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα στρες και χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής (Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2005; Danoff-Burg et al., 2004; Lepore et al., 1996; Lepore & Helgeson, 1998; Manne et al., 2000; Manne et al., 2005; Schmidt & Andrykowski, 2004; Schnur et al., 2004; Widows et al., 2000; Zakowski et al., 2004). Ποιοι είναι οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που μπορούν να ερμηνεύσουν αυτή την σχέση; Μια υπόθεση είναι ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί έχουν δυσμενή επίδραση στις κοινωνικές και γνωστικές διεργασίες αντιμετώπισης του τραύματος, ενισχύοντας αποφευκτικές συμπεριφορές και διατηρώντας μακροπρόθεσμα την παρεισφρητική σκέψη και το ψυχολογικό στρες. Η αποφευκτική συμπεριφορά των ατόμων ίσως να οφείλεται στην ανάγκη τους να διατηρήσουν αρμονικές κοινωνικές σχέσεις και να περιορίσουν εντάσεις και προστριβές. Επιπλέον, το άτομο που βιώνει κοινωνικούς περιορισμούς έχει λιγότερες ευκαιρίες να τροφοδοτηθεί με νέες πληροφορίες, γνώσεις και θετικές προοπτικές που θα το βοηθήσουν από την μια να εξοικειωθεί με το τραύμα και τις συνέπειες του και από την άλλη να επεξεργασθεί γνωστικά τα στρεσογόνα ερεθίσματα και να καταφέρει να ενσωματώσει τις νέες πληροφορίες στα υπάρχοντα γνωστικά σχήματα. Σε γενικές γραμμές, μπορούμε να πούμε ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί παρεμποδίζουν τις λειτουργίες αφομοίωσης και συμμόρφωσης (assimilation & accommodation). Τέλος, επηρεάζουν αρνητικά το αίσθημα του ανήκειν, της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας, που οι άνθρωποι συνήθως διατηρούν και προσδοκούν από τους σημαντικούς άλλους. Οι κοινωνικοί περιορισμοί στον καρκίνο ενδέχεται να επηρεάζονται από παράγοντες

όπως είναι τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου, χαρακτηριστικά της ασθένειας, η προσωπικότητα του ατόμου και το φύλο. Ένας σημαντικός παράγοντας που ενδέχεται να επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών περιορισμών είναι η προσωπικότητα και ο τρόπος που ένα άτομο επικοινωνεί. Τα άτομα με μια αισιόδοξη στάση απέναντι στον καρκίνο βίωναν λιγότερους κοινωνικούς περιορισμούς. Αντιθέτως, άτομα με λιγότερη αισιόδοξία φαίνονταν στο περιβάλλον τους λιγότερο ελκυστικά για να θελήσουν να περάσουν κάποια ώρα μαζί και να συζητήσουν (Lepore & Ituarte, 1999; Silver, Wortman & Crofton, 1990). Τέλος, ο ρόλος της προσωπικότητας στην εμφάνιση κοινωνικών περιορισμών, αλλά και στο βαθμό που αυτοί θα επηρεάσουν την μετατραυματική προσαρμογή στο καρκίνο είναι πολύ σύνθετος. Για παράδειγμα, τα άτομα που είναι ευάλωτα, ευαίσθητα στην κοινωνική απόρριψη ενδέχεται να επηρεαστούν αρνητικά από ένα περιοριστικό περιβάλλον. Αντιθέτως, άτομα που έχουν την ικανότητα να «διαβάζουν» καλύτερα τις διαπροσωπικές σχέσεις και την πιθανή άρνηση των άλλων να μιλήσουν για την τραυματική εμπειρία, ενδέχεται να ρυθμίζουν κατάλληλα την συμπεριφορά τους και τον τρόπο που επικοινωνούν, ώστε να αποφύγουν δυσάρεστες καταστάσεις (Schmidt & Andrykowski, 2004). Σχετικά με τον ρόλο του φύλου στους κοινωνικούς περιορισμούς, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να εκφράσουν παράπονα ότι βιώνουν κοινωνικούς περιορισμούς. Ωστόσο, επειδή οι γυναίκες φαίνεται να βασίζονται σε ένα πιο εκτεταμένο κοινωνικό δίκτυο για υποστήριξη έχουν περισσότερες πιθανότητες και ευκαιρίες να βρουν εναλλακτικές λύσεις. Αντίθετα, οι άνδρες φαίνεται να στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά στις συζύγους τους και αυτό τους κάνει πιο ευάλωτους να βιώσουν κοινωνικούς περιορισμούς (Harrison, Maguire, & Pitceathly, 1995).

Κεφάλαιο 2. Παρουσίαση Εμπειρικών Δεδομένων για τις υπό Μελέτη Μεταβλητές σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού & Παρουσίαση των Ερευνητικών Υποθέσεων

2.1. Σχεδιασμός Συστηματικής Ανασκόπησης Ερευνών που Έχουν Συμπεριλάβει τις υπό Μελέτη Μεταβλητές

2.1.1. Κριτήρια Επιλογής Ερευνών

Ανάλογα με τους στόχους και τα βασικά ερωτήματα που θέτει η παρούσα μελέτη ορίστηκαν κάποια κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού προηγούμενων ερευνών, ώστε να συλλέξουμε και να παρουσιάσουμε τα εμπειρικά δεδομένα που αφορούν στις μεταβλητές που συμπεριλάβαμε στην παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθησαν μόνο πρωτότυπες, ποσοτικές μελέτες. Ανεξάρτητα από την χρησιμότητα των ποιοτικών μελετών προτιμήσαμε να περιορίσουμε την ανασκόπηση μας σε μελέτες που ακολούθησαν τον ποσοτικό σχεδιασμό και προσέφεραν πληροφορίες αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες, καθώς επίσης προτάσεις για τον μηχανισμό εμφάνισης των δύο φαινομένων. Επίσης, το δείγμα των ερευνών έπρεπε να αποτελείται μόνο από γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού. Μελέτες που εξέταζαν τις μεταβλητές που μας ενδιαφέρουν, αλλά συμπεριέλαβαν άτομα με κάποια άλλη μορφή καρκίνου, ή ακόμα και μεικτά δείγματα αποκλείστηκαν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Οι μελέτες που εντάχθηκαν στην ανασκόπηση έπρεπε να εξετάζουν έναν ή περισσότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες, παράγοντες που θα διερευνήσουμε στην παρούσα μελέτη. Επίσης, συμπεριελήφθησαν μόνο μελέτες που είχαν δημοσιευτεί στην αγγλική γλώσσα μετά το 1996, το έτος δημιουργίας του ψυχομετρικού εργαλείου που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Στην παρούσα ανασκόπηση εντάξαμε έρευνες οι οποίες είχαν χρησιμοποιήσει σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης η βιβλιογραφική

ανασκόπηση συμπεριέλαβε μελέτες που είχαν χρησιμοποιήσει την Κλίμακα Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Tedeschi & Calhoun, 1996) καθώς πρόκειται για μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα που μετράει την συγκεκριμένη έννοια. Το φαινόμενο των θετικών αλλαγών μετά το τραύμα έχει περιγραφεί με διαφορετικούς όρους, όπως ανάπτυξη που σχετίζεται με το στρες (stress-related growth) (Park, Cohen, & Murch, 1996), ανάπτυξη που προκύπτει από τις αντιξοότητες (adversarial growth) (Linley & Joseph, 2004), εύρεση οφέλους (benefit finding) (Affleck & Tennen, 1996) ή άνθηση (thriving) (Carver et al., 1989), έννοιες που ενίοτε χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Ωστόσο, η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης αντιλαμβάνεται τις θετικές αλλαγές μετά από την εμπειρία ενός τραύματος ως ένα ενδεχόμενο αποτέλεσμα που αναφέρεται σε πραγματικές αλλαγές και όχι ως έναν μηχανισμό αντιμετώπισης του στρες. Ο όρος *μετατραυματικό* φανερώνει ότι το συγκεκριμένο φαινόμενο εμφανίζεται μετά από ένα εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός και όχι ως αποτέλεσμα ενός μικρότερης σημασίας συμβάντος, ούτε αποτελεί μέρος μια φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας (Zoellner & Maercker, 2006).

Αναφορικά με το μετατραυματικό στρες, η ανασκόπηση συμπεριέλαβε μελέτες που είχαν χρησιμοποιήσει το ευρέως διαδεδομένο και έγκυρο εργαλείο PTSD Check List Civilian version (PCL-C, Weathers, Hulska, & Keane, 1991). Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, δημιουργήθηκε στοχευμένα για την μέτρηση του μετατραυματικού στρες μέσα από ερωτήσεις που αναφέρονται στις διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων (με βάση τα κριτήρια της 4ης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις ψυχικές διαταραχές (APA, 1994), παρέχοντας παράλληλα πληροφορίες σχετικά με νόρμες, κριτήρια και μεθόδους που επιτρέπουν τη διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση της διαταραχής σε άτομα με καρκίνο (Andrykowski, Cordova, Studts, & Miller, 1998). Όσον αφορά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή, η παρούσα ανασκόπηση συμπεριέλαβε μελέτες που είχαν χρησιμοποιήσει το ψυχομετρικό εργαλείο Psychosocial Adjustment to Illness-Self Report (PAIS-SR), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε άτομα με καρκίνο και έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Το συγκεκριμένο πολυπαραγοντικό ψυχομετρικό εργαλείο, είναι ένα από τα λίγα διαθέσιμα που σχεδιάστηκαν για την αξιολόγηση της προσαρμογής σε χρόνιες

ασθένειες και καλύπτει επτά διαφορετικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου που ενδέχεται να επηρεαστούν από τον καρκίνο (Derogatis, 1986).

2.1.2. Στρατηγική Εντοπισμού Ερευνών για την Ένταξη τους στην Συστηματική Ανασκόπηση

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος συστηματικής αναζήτησης σε ψυχολογικές και ιατρικές βάσεις δεδομένων (PsycInfo, Embase, Medline, και Web of knowledge) για μελέτες που διερεύνησαν την σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων με την μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες, αλλά και την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το χρονικό πλαίσιο της έρευνας ήταν τα έτη 1996 έως 2013. Πραγματοποιήθηκαν τρεις ξεχωριστές έρευνες στοχεύοντας κάθε φορά α) στη διερεύνηση της σχέσης συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών με την μετατραυματική ανάπτυξη, β) στη διερεύνηση της σχέσης συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών με το μετατραυματικό στρες, γ) στη διερεύνηση της σχέσης μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Μετά από κάποιες δοκιμαστικές αναζητήσεις, προτιμήσαμε να συμπεριλάβουμε και άλλες λέξεις κλειδιά (π.χ. stress-related growth), όπως και μεγαλύτερο αριθμό ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, για να βεβαιωθούμε ότι δεν θα αποκλείαμε κάποια σχετική έρευνα, ενώ η τελική ένταξη ή μη της κάθε μελέτης έγινε με τα κριτήρια που προαναφέραμε. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι αναζήτησης/λέξεις κλειδιά, καθώς επίσης και οι συνδυασμοί τους: breast cancer, posttraumatic growth, stress-related growth, posttraumatic stress disorder, posttraumatic stress, psychosocial adjustment, personality, predictors, optimism, openness, extraversion, locus of control, hardiness, self-efficacy, sense of coherence, coping, cognitive processing, rumination, social support και social constraints. Εξετάστηκαν οι περιλήψεις των μελετών που εμφανίσθηκαν, καθώς επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, ολόκληρα τα άρθρα για να διαπιστωθεί αν οι έρευνες πληρούν τα κριτήρια ένταξης. Επιπλέον, για να εξασφαλιστεί η συστηματικότητα της αναζήτησης, εφαρμόστηκαν πρόσθετες τεχνικές, όπως: α) ελέγξαμε τις βιβλιογραφικές αναφορές των μελετών που εντοπίσαμε για να

βεβαιωθούμε ότι δεν παραλείψαμε να συμπεριλάβουμε κάποια μελέτη που δεν εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της ηλεκτρονικής αναζήτησης και β) ερευνήσαμε βιβλία και περιοδικά (όχι σε ηλεκτρονική μορφή) για να επιβεβαιώσουμε ότι δεν υπάρχει κάποια σχετική μελέτη που δεν εμφανίζεται σε ηλεκτρονική μορφή.

Μεγαλύτερο βάρος δόθηκε στην πρώτη φάση της αναζήτησης σχετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη και τις δυνητικά σχετιζόμενες μεταβλητές. Επιλέξαμε να διευρύνουμε την αναζήτηση, συμπεριλαμβάνοντας έναν μεγαλύτερο αριθμό μεταβλητών, διότι κρίναμε ότι πρόκειται για ένα χώρο που ακόμα δεν έχει διερευνηθεί συστηματικά και θέλαμε να έχουμε μια καλύτερη εικόνα των μεταβλητών που έχουν εξετασθεί στις έρευνες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και την σχέση των μεταβλητών αυτών με την μετατραυματική ανάπτυξη. Η αρχική αναζήτηση της παρούσας φάσης εντόπισε 90 σχετικές μελέτες (άρθρα και διδακτορικές διατριβές). Μετά από την εξέταση των περιλήψεων, αλλά και ολόκληρου του άρθρου, 68 μελέτες αποκλείστηκαν επειδή α) ήταν περιληπτικά άρθρα (review articles), β) δεν μελετούσαν την μετατραυματική ανάπτυξη ως αποτέλεσμα, γ) εξέταζαν μόνο τις ψυχομετρικές ιδιότητες του PTGI, δ) δεν χρησιμοποιούσαν το PTGI για την μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης, ε) δεν ήταν γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα, στ) ήταν μελέτες που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα κάποιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ζ) δεν χρησιμοποιούσαν δείγματα αποκλειστικά με καρκίνο του μαστού, η) ακολουθούσαν ποιοτική, ή μεικτή μεθοδολογία και θ) δεν μετρούσαν την έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης, ή σχετικών ψυχοκοινωνικών μεταβλητών.

Το τελικό δείγμα της ανασκόπησης αποτελούνταν από 22 άρθρα περιοδικών και διδακτορικές διατριβές που ήταν σχετικές με τους στόχους που είχαμε θέσει εξ αρχής και παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1 Μελέτες που Διερευνούν την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Διαστάσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη	Αποτελέσματα
Bellizzi et al. (2010)	Η.Π.Α	802	57,2	6 μ. μετά τη διάγνωση, 24 μ. μετά τη αρχική, 35 μ. μετά τη αρχική	Διαχρονικός	-	Αισιοδοξία (LOT-R), Θρησκευτικότητα (Duke Religion Index)	Καμιά σχέση ανάμεσα σε αισιοδοξία και Μ.Α.. Οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης λειτουργούν ως διαμεσολαβητές ανάμεσα σε φυλή και Μ.Α.
Bellizzi Blank (2006)	Η.Π.Α	215	60	1-4 έτη μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας	Συγχρονικός	Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, εκπαίδευση, αντιληπτή ένταση της ασθένειας και οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης ερμήνευαν το 34%, 35% και 28% της διακύμανσης της ανάπτυξης στις σχέσεις με άλλους, νέες δυνατότητες, και εκτίμηση της ζωής.	Αισιοδοξία (Lot-R), Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Brief COPE) Ελπίδα (HOPE scale)	Ηλικία κατά τη διάγνωση, Ηλικία κατά τη διάγνωση, Οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, εκπαίδευση, αντιληπτή ένταση της ασθένειας και ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης προέβλεπαν διαφορετικές διαστάσεις της Μ.Α. Δεν βρέθηκε σχέση ανάμεσα σε αισιοδοξία και Μ.Α.
Bellizzi (2003) διδ.	Η.Π.Α	215	60	1-4 έτη μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας	Συγχρονικός	-	Αισιοδοξία (Lot-R), Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Brief COPE) Ελπίδα (HOPE scale)	Ηλικία κατά τη διάγνωση, Ηλικία κατά τη διάγνωση, Οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, εκπαίδευση, αντιληπτή ένταση της ασθένειας και οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης προέβλεπαν διαφορετικές διαστάσεις της Μ.Α. Αισιοδοξία, ελπίδα, χρόνος από διάγνωση, τύπος επέμβασης, προηγούμενη κατάσταση υγείας, παιδιά, εθνικότητα δεν προέβλεπαν την Μ.Α.
Bozo et al (2009)	Τουρκία	104	46,28	2-276 μ. μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	-	Αισιοδοξία (Lot-R) Αντιληπτή Κοινωνική Υποστήριξη (MSPSS)	Η αισιοδοξία και η κοινωνική υποστήριξη προέβλεπαν την Μ.Α.
Bussell et al (2010)	Η.Π.Α	T1=59, T2=24	T1 = 50 T2 = 49	Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας - 2 έτη μετά	Διαχρονικός	-	Coping (Brief COPE)	Θρησκεία, θετική αναπλαισίωση & αποδοχή ερμήνευαν 46% της Μ.Α. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης ρυθμίζουν την σχέση ανάμεσα σε Μ.Α. και γνωστική επεξεργασία.

Πίνακας 2.1 Συνέχεια								
Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Διαστάσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη	Αποτελέσματα
Büyükaşık-Çolak et al (2012)	Τουρκία	90	45.37	2-60 μ. μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	-	Αισιοδοξία (LOT-R) Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Ways of Coping)	Οι εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές αντιμετώπισης μεσολαβούν ανάμεσα στην αισιοδοξία και την Μ.Α.
Chan et al (2011)	Κίνα	170	48.36	4.14-34.30 μ. μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	-	Θετικές και αρνητικές μεροληψίες στην προσοχή (CAPNIS), Μηρυκασμός που σχετίζεται με στρες (CIES-R).	Μεροληψία θετικής προσοχής και θετικός μηρυκασμός που σχετίζεται με τον καρκίνο σχετίζονταν θετικά με Μ.Α.
Cohen & Numa (2011)	Ισραήλ	124 (εθελ. 84) (μη εθελ. 40)	59.26 (εθελ.) 58.68 (μη εθελ.)	Μέσος όρος (εθελοντές): 12.5 μετά τη διάγνωση Μέσος όρος (μη εθελοντές): 7.5 μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	-	Συναισθηματική επεξεργασία (EEPS). Γνωστική επεξεργασία (CPS). Κοινωνική υποστήριξη (MSPSS).	Γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία προέβλεπαν σημαντικά την Μ.Α. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη απέτυχε να προβλέψει την Μ.Α.
Cordova et al (2007)	Η.Π.Α	65	52.3	Μέσος όρος: 9 μ. μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	Οι διαστάσεις «εκτίμηση για τη ζωή» και «διαπροσωπικές σχέσεις» εντοπίζονταν πιο συχνά. Η διάσταση «νέες δυνατότητες» εντοπιζόταν λιγότερο συχνά	Κοινωνικοί περιορισμοί (SCS)	Η νεότερη ηλικία και η αντίληψη του καρκίνου ως έναν τραυματικό γεγονός σχετίζονταν με περισσότερο Μ.Α. Το στάδιο της ασθένειας και η θεραπεία δεν σχετίζονταν με Μ.Α.
Cordova et al (2001)	Η.Π.Α	70 BC & 70 HC	54.7 & 54.7	>2μ <5έτη μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	Επιζήσαντες με ΚΜ ανέφεραν μεγαλύτερη ανάπτυξη στις σχέσεις με τους άλλους, εκτίμηση της ζωής και πνευματική αλλαγή	Κοινωνική υποστήριξη (DUKE-SSQ), Κοινωνικοί περιορισμοί (SCS), Παρεισφρητικές σκέψεις και αποφυγή (IES).	Το να μιλάς για καρκίνο, εισόδημα και ο καρκίνος ως τραύμα σχετίζονταν θετικά με Μ.Α. Η κοινωνική υποστήριξη και ιατρικοί παράγοντες δεν σχετίζονταν με Μ.Α.
Cordova (1999) διδ.	Η.Π.Α	70 BC & 70 HC	54.7 & 54.7	>2μ. <5έτη μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	-	Κοινωνική Υποστήριξη (DUKE-SSQ), Κοινωνικοί περιορισμοί (SCS), Παρεισφρητικές σκέψεις και αποφυγή (IES).	Περισσότεροι κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονταν με παρεμποδισμένη γνωστική επεξεργασία και στην συνέχεια με λιγότερη Μ.Α.

Πίνακας 2.1 Συνέχεια								
Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Διαστάσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη	Αποτελέσματα
Gall et al (2011)	Καναδάς	87	60.95	(T1) 2-4 ημέρες μετά τη βιοψία, (T2) 1εβδομάδα πριν την επέμβαση, (T3)1, (T4) 6, (T5)12, (T6) 24 μήνες μετά την επέμβαση.	Διαχρονικός	-	Εκτίμηση σοβαρότητας καρκίνου Θρησκευτική ανοιχτότητα & συμμετοχή Εικόνα Θεού (GIS) Περιγραφές εικόνας Θεού (GID) Θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης (RCOPE)	Ενασχόληση με τη θρησκεία κατά την περίοδο πριν τη διάγνωση προέβλεπε λιγότερο Μ.Α. 24 μήνες μετά το χειρουργείο. Αρνητικές πτυχές της πνευματικότητας σχετίζονταν πιο σταθερά με Μ.Α.
Gallagher-Ross (2011) διδ.	Η.Π.Α	142	45.85	6-60 μήνες μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	Η νεαρή ηλικία δεν σχετιζόταν με την εκτίμηση της ζωή ούτε με νέες δυνατότητες. Η πρωτογενής εκτίμηση απειλής και απώλειας δεν σχετιζόταν με πνευματική αλλαγή.	Ανθεκτικότητα (DRS) Προσκόλληση (ECRR) Γνωστική εκτίμηση (CAHS)	Η νεαρή ηλικία και η αρχική εκτίμηση απειλής/πρόκλησης προέβλεπαν Μ.Α. Η ανθεκτικότητα και η προσκόλληση απέτυχαν να προβλέψουν την Μ.Α. Οι παράγοντες σχετίζονταν με διαστάσεις της Μ.Α με διαφορετικούς τρόπους.
Ho et al (2011)	Χονγκ Κονγκ	90	46.89	7 μήνες-9 έτη μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	Αισιόδοξο στυλ απόδοσης αιτιών σχετίζεται με διαπροσωπικές αλλά όχι ενδοπροσωπικές διαστάσεις της Μ.Α.	Στυλ απόδοσης αιτιών (ASQ), Παρεισφρητικές σκέψεις και αποφυγή (IES)	Το στυλ αισιόδοξης αιτιολόγησης για τα καλά γεγονότα προέβλεπαν την Μ.Α.
Hoover (2005) διδ.	Η.Π.Α	61	56.05	>1 έτος μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	Ο χρόνος από διάγνωση σχετιζόταν θετικά τη διάσταση της «εκτίμησης της ζωής».	Στρατηγικές Αντιμετώπισης (COPE) Αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη (SSQ)	Περισσότερες θεραπείες σχετίζονταν με περισσότερο Μ.Α. Ο χρόνος από τη διάγνωση σχετιζόταν θετικά με την εκτίμηση της ζωής. Ποσοτικά στοιχεία της κοινωνικής υποστήριξης προέβλεπαν την Μ.Α.
Lelorain et al (2010)	Γαλλία	307	62.4	5-15 έτος μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	-	Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Brief COPE) Θετικά συναισθήματα (PANAS)	Η θετική συναισθηματικότητα και οι προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν σημαντική θετική επίδραση σε Μ.Α

Πίνακας 2.1 Συνέχεια								
Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Διαστάσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη	Αποτελέσματα
Manne et al (2004)	Η.Π.Α	162	49	T1 (μετά τη θεραπεία), T2 (9 μήνες αργότερα), T3 (18 μήνες αργότερα)	Διαχρονικός	-	Θετική επανεκτίμηση (COPE), Συναισθηματική επεξεργασία (EPS), Ικανοποίηση από γάμο, Παρεισφρητικές σκέψεις και αποφυγή IES	Γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία προέβλεπαν την Μ.Α.
Sears (2004) διδ.	Η.Π.Α	T1 (baseline)= 92, T2 (2 Months later) = 92 T3 (12 months later)= 60	51.57	3 και 12 μ. μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας	Διαχρονικός	-	Αισιοδοξία (LOT-R), Θετική επανεκτίμηση (COPE) Ελπίδα (HOPE scale), Παρεισφρητικές σκέψεις και αποφυγή IES	Η αισιοδοξία και η θετική επανεκτίμηση σχετίζονταν θετικά με την Μ.Α.
Sears et al (2003)	Η.Π.Α	T1 (baseline)= 92, T2 (2 Months later) = 92 T3 (12 months later)= 60	51.57	3 και 12 μ. μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας	Διαχρονικός	-	Αισιοδοξία (LOT-R), Ελπίδα (HOPE scale) Θετικής Επανεκτίμησης (COPE) Παρεισφρητικές σκέψεις και αποφυγή (IES)	Αισιοδοξία και θετική επανεκτίμηση σχετίζονταν θετικά με Μ.Α. Μεγαλύτερο αντιληπτό στρες σχετιζόμενο με τον καρκίνο και περισσότερος χρόνος από διάγνωση προέβλεπαν Μ.Α. Κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές δεν προέβλεπαν Μ.Α.
Silva et al (2012a)	Πορτογαλία	50	52.1	T1 (κατά την επέμβαση) T2 (κατά τη διάρκεια της χημ.). T3 (6 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας)	Διαχρονικός	«Προσωπικές πηγές και ικανότητες», «νέες δυνατότητες και εκτίμηση της ζωής», «ενδυνάμωση των διαπροσωπικών σχέσεων», πνευματική ανάπτυξη	Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Brief COPE).	Η Μ.Α. εμφανιζόταν νωρίς μετά από διάγνωση. Στρατηγικές αντιμετώπισης όπως ο σχεδιασμός, η αποδοχή, η αναπλαισίωση, το χιούμορ σχετίζονταν θετικά με Μ.Α. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για Μ.Α.

Πίνακας 2.1 Συνέχεια								
Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Διαστάσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης	Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη	Αποτελέσματα
Svetina & Nastran (2012)	Σλοβενία	190	61.7	1-5 έτη μετά τη διάγνωση.	Συγχρονικός	-	Οικογενειακές σχέσεις (FACES IV) Στρατηγικές Αντιμετώπισης (CRI)	Οικογενειακοί παράγοντες προέβλεπαν Μ.Α. περισσότερο από στρατηγικές αντιμετώπισης και Κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές
Weiss (2004)	Η.Π.Α	72	54.2	1-5.5 έτη μετά τη διάγνωση.	Συγχρονικός	Η πνευματική αλλαγή σχετιζόταν με την εκπαίδευση. Η ανάπτυξη στην σχέση με τους άλλους σχετιζόταν με μεγαλύτερη υποστήριξη από σύντροφο.	Κοινωνική Υποστήριξη (SSQ) Ποιότητα Σχέσεων (QRI)	Η έκθεση σε ένα μοντέλο θετικών αλλαγών προέβλεπαν την Μ.Α. Συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο προέβλεπαν την Μ.Α. Λιγότερος χρόνος από διάγνωση και λιγότερη εκπαίδευση σχετιζόνταν με περισσότερο Μ.Α.

Σημείωση. Μ.Α. = Μετατραυματική Ανάπτυξη, LOT-R = Life Orientation Test-Revised, CARNIS = Attention to Positive and Negative Information Scale-Chinese version, CIES-R = Chinese version of Impact of Event Scale-Revised, EPS = Emotional Processing Scale, CPS = Cognitive Processing Scale, MSSS = The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, SCS = Social Constraints Scale, DUKE-SSQ = Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire, IES = Impact of Event Scale, GIS = God Image Scale, RCOPE = Religious COPE, DRS = Dispositional Resilience Scale, ECRR = Experiences in Close Relationships-Revised, CAHS = Cognitive Appraisal of Health Scale, ASQ = Attributional Style Questionnaire, COPE = Coping Inventory, SSQ = Social Support Questionnaire, PANAS = Positive and Negative Affect Schedule, QRI = Quality of Relationship Inventory, διδ. = Διδακτορική Διατριβή.

Η δεύτερη φάση της ανασκόπησης αφορούσε στην εύρεση μελετών που έχουν εξετάσει το μετατραυματικό στρες αποκλειστικά σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στοχεύοντας: α) στην εξέταση δεικτών σχετικά με ποσοστά επιπολασμού διαταραχής μετατραυματικού στρες και μετατραυματικών συμπτωμάτων, β) στη διερεύνηση της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής στρες με δείκτες ποιότητας γενικής υγείας και γ) την εξέταση ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο για μετατραυματική διαταραχή στρες. Η αρχική αναζήτηση της παρούσας φάσης εντόπισε 94 σχετικές μελέτες. Μετά από την εξέταση των περιλήψεων, αλλά και ολόκληρου του άρθρου, 85 μελέτες αποκλείστηκαν επειδή: α) ήταν περιληπτικά άρθρα (review articles), β) δεν μελετούσαν το μετατραυματικό στρες, γ) εξέταζαν μόνο τις ψυχομετρικές ιδιότητες του PCL-C, δ) δεν χρησιμοποιούσαν το PCL-C για την μέτρηση της μετατραυματικής διαταραχής στρες, ε) ήταν μελέτες που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα κάποιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, στ) δεν χρησιμοποιούσαν δείγματα αποκλειστικά με καρκίνο του μαστού.

Το τελικό δείγμα της ανασκόπησης των προηγούμενων μελετών αποτελούνταν από 9 άρθρα περιοδικών που ήταν σχετικά με τους στόχους που είχαμε θέσει εξ αρχής και παρουσιάζονται στον πίνακα 2.2.

Πίνακας 2.2 Μελέτες που Εξέτασαν το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού							
Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Andrykowski & Cordova 1998	Η.Π.Α	84	56.6	Μ.Ο.: 37 μήνες μετά τη θεραπεία	Συγχρονικός	PCL-C, SCID	Οργανική συννοσηρότητα, εκπαίδευση, στάδιο νόσου, θεραπεία, ιστορικό κατάθλιψης και κοινωνική υποστήριξη ερμήνευαν το 39% της διακύμανσης των μετατραυματικών συμπτωμάτων στρες. Χρόνος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, στρεσογόνοι παράγοντες πριν το καρκίνο, ηλικία κατά τη διάγνωση, χρήση ταμοξιφένης ερμήνευαν ένα επιπλέον 16% της διακύμανσης. Υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικών συμπτωμάτων στρες συνδέονταν με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, μεγαλύτερο ιστορικό τραυμάτων πριν από τον καρκίνο λιγότερο χρόνο από την ολοκλήρωση της θεραπείας, και πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου.
Andrykowski & Cordova, 1998	Η.Π.Α	82	56.6	Μ.Ο.: 37.3 μήνες μετά τη θεραπεία	Συγχρονικός	PCL-C	Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες ενδέχεται να εμφανισθεί με τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και το PCL-C μπορεί να είναι ένα αποδοτικό εργαλείο ελέγχου για τη διαταραχή αυτή.
Andrykowski et al., 2000	Η.Π.Α	46	56.4	T1: μ.ο. 29.8 μήνες μετά τη θεραπεία T2: 1 χρόνο μετά	Συγχρονικός & Διαχρονικός	PCL-C & συνέντευξη στη T2	Τα συμπτώματα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Μείωση στο σκορ του PCL-C ανάμεσα στις δύο μετρήσεις σχετιζόταν με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη και την εμπειρία λιγότερων τραυματικών γεγονότων πριν από τη διάγνωση του καρκίνου.
Cordova, et al., 1995	Η.Π.Α	55	55.5	Μ.Ο.: 30.5 μήνες μετά τη θεραπεία	Συγχρονικός	PCL-C, IES	Τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες σχετιζόνταν αρνητικά με ποιότητα ζωής, εισόδημα και ηλικία. Ο χρόνος από τη θεραπεία, ο τύπος θεραπείας και το στάδιο της νόσου δεν σχετιζόνταν με συμπτώματα PTSD. 5% έως 10% του δείγματος θα ήταν πιθανό να πληρούν τα κριτήρια του DSM-IV για Μετατραυματική Διαταραχή στρες.

Πίνακας 2.2 Συνέχεια

Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Cordova et al., 2000	Η.Π.Α	142	56.4	Μ.Ο.: 19.4 μήνες μετά τη θεραπεία	Συγχρονικός	PCL-C	Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την παραγοντική δομή της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, όπως αυτή απορρέει από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV.
Jacobsen et al., 1998	Η.Π.Α	43	44.39	Μ.Ο.: 19.36 μήνες μετά τη θεραπεία	Συγχρονικός	PCL-C	Τα ποσοστά Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες είναι υψηλότερα μεταξύ των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία μεταμόσχευσης μυελού των οστών (σε αντίθεση με λιγότερο εντατικές μορφές θεραπείας). Περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες συνδέονται με φτωχότερη ποιότητα ζωής.
Mehnert & Koch., 2007	Γερμανία	98	54.87	Μετά το χειρουργείο και 6 μήνες μετά	Διαχρονικός	PCL-C, SCID, IES	Μικρό ποσοστό γυναικών με καρκίνο του μαστού (2.4%) πληρούσε τα κριτήρια για διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής στρες και οξείας διαταραχής στρες. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι ψυχικές διαταραχές πριν την εμφάνιση του καρκίνου σχετίζονται με την εμφάνιση στρες μετά τον καρκίνο.
Pitman et al., 2001	Η.Π.Α	37	49.6	Μ.Ο.: 20.5 μήνες μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	PCL-C, SCID, CAPS, Mississippi PTSD Scale	Ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή στρες είχαν σημαντικά υψηλότερο καρδιακό ρυθμό, αγωγιμότητα του δέρματος, και αλλαγές σε ηλεκτρομυογράφημα κατά τη διάρκεια της απεικόνισης των εμπειριών του καρκίνου του μαστού. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την άποψη η διάγνωση με απειλητική για τη ζωή ασθένεια μπορεί να προκαλέσει μετατραυματική διαταραχή στρες.
Shelby et al., 2008	Η.Π.Α	74	51	30-40 μήνες μετά τη διάγνωση	Συγχρονικός	PCL-C, SCID	Η μετατραυματική διαταραχή στρες σχετίζεται με φτωχότερη ποιότητα ζωής, περισσότερες απουσίες από εργασία και αναζήτηση βοήθειας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Σημείωση. PTSD = Posttraumatic Stress Disorder, IES = Impact of Event Scale, PCL-C = PTSD Checklist–Civilian Version, SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV, CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale-diagnostic version.

Οι ενέργειες της τρίτης φάσης της ανασκόπησης διακρίνονται σε δύο στάδια: α) στο πρώτο στάδιο αναζητήθηκαν μελέτες που εξέταζαν την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες και β) στο δεύτερο στάδιο αναζητήθηκαν μελέτες που εξέταζαν στην σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια. Η αναζήτηση μας οδήγησε στον περιορισμένο αριθμό τεσσάρων σχετικών μελετών. Από αυτές μόνο οι δύο πληρούσαν τα κριτήρια που είχαμε θέσει από την αρχή (Cordova et al., 2007; Morrill et al., 2008). Οι άλλες δύο (Chan et al., 2011; Ho et al., 2011) δεν χρησιμοποίησαν το PCL-C για την αξιολόγηση του μετατραυματικού στρες, αλλά το IES για την μέτρηση των παρεισφρητικών σκέψεων και της αποφυγής. Οι δύο αυτές μελέτες που ήταν σχετικές με τους στόχους που είχαμε θέσει εξαρχής παρουσιάζονται στον πίνακα 2.3.

Πίνακας 2.3 Μελέτες που Εξέτασαν την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Μελέτη	Χώρα Διεξαγωγής Έρευνας	Μέγεθος Δείγματος	Ηλικία (μέσος όρος σε έτη)	Φάση Συλλογής Δεδομένων	Σχεδιασμός Μελέτης	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Cordova et al., 2007	Η.Π.Α	65	52.3	Μ.Ο.: 9.4 μήνες μετά τη θεραπεία	Συγχρονικός	PCL-C, PTGI	Μετατραυματικά συμπτώματα στρες και μετατραυματική ανάπτυξη δεν σχετίζονταν μεταξύ τους. Περισσότεροι κοινωνικοί περιορισμοί στο να μιλήσει κάποιος για τον καρκίνο του μαστού και η αντίληψη του καρκίνου ως τραυματικό γεγονός σχετίζονταν με μεγαλύτερη συμπτωματολογία της μετατραυματικής διαταραχής. Νεαρότερη ηλικία και η αντίληψη του καρκίνου ως τραυματικό γεγονός σχετίζονταν με μετατραυματική ανάπτυξη. Τα ευρήματα υποδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο της υποκειμενικής εκτίμησης στην προσαρμογή στον καρκίνο.
Morrill et al., 2008	Η.Π.Α	161	59	Μ.Ο: 4 έτη από τη διάγνωση	Συγχρονικός	PCL-C, PTGI	Η μετατραυματική ανάπτυξη μετρίαζε την σχέση ανάμεσα σε μετατραυματικά συμπτώματα στρες τόσο με κατάθλιψη όσο και με ποιότητα ζωής.

Σημείωση. PCL-C = PTSD Checklist–Civilian Version, PTGI = Posttraumatic Growth Inventory

Κατά το δεύτερο στάδιο της τρίτης φάσης της ανασκόπησης αναζητήθηκαν μελέτες που εξέταζαν στην σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια. Η αναζήτηση μας οδήγησε στον περιορισμένο αριθμό δύο σχετικών μελετών (Silva, Crespo & Canavarro, 2012a; Silva, Morreira, & Canavarro, 2012b). Ωστόσο, καμιά από τις παραπάνω μελέτες δεν πληρούσε τις προϋποθέσεις που είχαμε θέσει εξ αρχής, δηλαδή να εξετάζουν την έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, όπως αυτή μετριέται από το ψυχομετρικό εργαλείο PAIS-SR (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-self-report). Και οι δύο προαναφερθείσες μελέτες εξετάζουν την ψυχολογική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης φανερώνουν ένα κενό στη βιβλιογραφία καθώς παρατηρήθηκε η απουσία μελετών που εξετάζουν την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

2.2. Παρουσίαση Ποσοτικών Εμπειρικών Δεδομένων των υπό Μελέτη Μεταβλητών σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

2.2.1. Εμπειρικά Δεδομένα για τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Ανάπτυξη σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Αναφορικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό, 15 μελέτες ήταν συγχρονικές και 7 ήταν διαχρονικές. Μεταβλητές όπως, το μέγεθος του δείγματος, ο χρόνος που είχε παρέλθει από τη διάγνωση του καρκίνου και το στάδιο της νόσου ποίκιλλαν μεταξύ των μελετών. Τα προηγούμενα αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι η απειλή που γεννιέται από την εμπειρία του καρκίνου του μαστού φαίνεται να προκαλεί υψηλότερα επίπεδα παραισφρήσεων και αποφευκτικών συμπεριφορών και να προκαλεί/ενεργοποιεί διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων (Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003). Τα ευρήματα υπέδειξαν ότι η αντιληπτή σοβαρότητα της ασθένειας ήταν πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την μετατραυματική ανάπτυξη από τις αντικειμενικές πτυχές της ασθένειας (όπως στάδιο της νόσου) και παράγοντες που σχετίζονταν με τη θεραπεία (Cordova et al., 2001).

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία (Bozo et al., 2009; Büyüka,sik-Çolak et al., 2012; Sears et al., 2003), το αισιόδοξο επεξηγηματικό ύφος και προδιαθεσική θετική συναισθηματικότητα (Lelorain et al., 2010) βρέθηκαν να σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη, αλλά και με την γνωστική επεξεργασία και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Bozo et al., 2009; Büyüka,sik-Çolak et al., 2012; Lelorain et al., 2010; Sears et al., 2003; Tennen & Affleck, 1998). Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη θεωρία των Tedeschi και Calhoun (1995), η οποία πρότεινε μια σύνθετη σχέση ανάμεσα στο τραυματικό γεγονός, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την μετατραυματική ανάπτυξη. Είναι αξιοσημείωτο ότι μόνο ένας περιορισμένος αριθμός μεταβλητών της προσωπικότητας έχει διερευνηθεί σε άτομα με καρκίνο του μαστού, ενώ χαρακτηριστικά όπως η ανοιχτότητα στην εμπειρία (Tennen & Affleck, 1998; Zoellner & Maercker, 2006) δεν έχουν ακόμα αξιολογηθεί σε σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη.

Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης συμφωνούν επίσης με τη θεωρία των Schaefer και Moos (1992), σύμφωνα με την οποία, η γνωστική επεξεργασία θεμάτων που αφορούν τον καρκίνο και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων είναι δύο βασικοί πυλώνες της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ορισμένοι τύποι γνωστικών διεργασιών φάνηκε να σχετίζονται πιο δυνατά με την μετατραυματική ανάπτυξη σε σχέση με άλλους. Για παράδειγμα τα ευρήματα υπέδειξαν ότι οι παρεισφρητικές σκέψεις, οι οποίες φανερώνουν περισσότερο αυτόματες γνωστικές διεργασίες δεν σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Manne et al., 2004). Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τη θέση των Morris και Shakespeare-Finch (2011) ότι οι σκόπιμες γνωστικές επεξεργασίες, κυρίως και όχι οι αυτόματες σκέψεις, σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Από την άλλη πλευρά, η συναισθηματική επεξεργασία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς πιθανότατα συνέβαλε σε έναν ατέρμονο γνωστικό μηρυκασμό των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλεί η εμπειρία του καρκίνου (Stanton et al., 2000). Πολλοί διαφορετικοί τύποι στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες κατέδειξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την μετατραυματική ανάπτυξη. Στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα και θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης γνωστικού τύπου,

όπως θρησκευτικότητα, θετική αναπλαισίωση, αποδοχή και χιούμορ, σχετίζονταν θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη και ερμήνευαν ένα μεγάλο μέρος της διακύμανσης της μετατραυματικής ανάπτυξης (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2010; Bussell & Naus, 2010; Büyüka,sik-Çolak et al., 2012; Gall et al., 2011; Lelorain et al., 2010; Sears et al., 2003; Silva et al., 2012a). Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με το μοντέλο ανάπτυξης των Tedeschi και Calhoun (1995; 2004) σύμφωνα με το οποίο οι λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι απαραίτητες για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Επιπλέον, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία, βρέθηκαν να σχετίζονται με τις τεχνικές αντιμετώπισης που εφαρμόζει ένα άτομο για να αντιμετωπίσει τις αρνητικές συνέπειες ενός τραυματικού γεγονότος (Büyüka,sik-Çolak et al., 2012). Μια ακόμα στρατηγική αντιμετώπισης, το να «μιλάει κάποιος για τον καρκίνο» φαίνεται να σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Ένας πιθανός μηχανισμός που ερμηνεύει το παραπάνω εύρημα είναι ότι τα άτομα που μιλάνε για τον καρκίνο εμπλέκονται σε περισσότερες (και πιθανότατα πιο αποτελεσματικές) γνωστικές διεργασίες για την κατανόηση και αποδοχή ζητημάτων που αφορούν στον καρκίνο, αλλά και σε σκόπιμες προσπάθειες να αποκαταστήσουν τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις τους που κατέρρευσαν εξαιτίας της εμπειρίας του καρκίνου (Calhoun & Tedeschi, 2000; Cordova et al., 2001). Επιπλέον, η δημοσιοποίηση και το μοίρασμα με άλλους ανησυχιών και φόβων που αφορούν τον καρκίνο διευκολύνει την αίσθηση του ανήκειν, καθώς επίσης την αναζήτηση και εύρεση νοήματος (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004).

Αρκετές από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση πρότειναν ότι διαφορετικές πτυχές της κοινωνικής υποστήριξης διευκολύνουν την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Bozo et al., 2009; Cordova et al., 2001; Hoover, 2005; Svetina & Nastran, 2012; Weiss, 2004). Για παράδειγμα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που αναζητούσαν και αντιλαμβάνονταν ότι ελάμβαναν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη έτειναν να εκφράζουν τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους σχετικά με τον καρκίνο (Jim & Jacobsen, 2008). Η έκθεση (με ισότιμη σχέση) σε ένα πρότυπο θετικών αλλαγών- δηλαδή το να μιλήσει κάποιος με ένα άτομο με καρκίνο του μαστού που έχει βιώσει θετικές αλλαγές στη ζωή του και αναφέρει μετατραυματική ανάπτυξη - φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό

προβλεπτικό παράγοντα της μετατραυματικής ανάπτυξης. Όταν μια γυναίκα έχει την ευκαιρία να μιλήσει για τους φόβους της, τις αγωνίες της και τις ματαιώσεις της με μια γυναίκα που έχει επιβιώσει του καρκίνου του μαστού και αναφέρει κάποια μορφή ανάπτυξης μετά το τραύμα, ενδέχεται α) να βοηθηθεί στο να μιλήσει πιο ανοιχτά για όσα την απασχολούν, β) να λάβει πληροφορίες που θα την διευκολύνουν στη γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων και γ) να δει μια εναλλακτική προοπτική θετικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Ο τρόπος που αντιδράει το κοινωνικό περιβάλλον στην ανάγκη ενός ατόμου να μιλήσει για την εμπειρία του καρκίνου του μαστού φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή στην ασθένεια και στην μετατραυματική ανάπτυξη (Silva et al., 2012a), αν και συγκεκριμένα η μεταβλητή των κοινωνικών περιορισμών δεν κατάφερε πάντα να συσχετισθεί με την μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2007). Περαιτέρω διερεύνηση της μεταβλητής των κοινωνικών περιορισμών θα μπορούσε να μας δώσει περισσότερες πληροφορίες για το ρόλο τους στην παρεμπόδιση της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας θεμάτων που αφορούν στον καρκίνο. Επίσης, οι συντροφικές και οικογενειακές σχέσεις βρέθηκε να επιδρούν στην ικανότητα του ατόμου να βιώσει θετικές αλλαγές μέσα από την αντιμετώπιση του καρκίνου (Bozo et al., 2009; Manne et al., 2004; Svetina & Nastran, 2012; Weiss, 2004). Ένας υποστηρικτικός σύντροφος και μια ενθαρρυντική οικογένεια προσφέρει έναν ασφαλές χώρο, μέσα στον οποίο ο ασθενής μπορεί να αποκαλύψει τους φόβους του και να δημιουργήσει ένα νέο αφήγημα για τη ζωή του, που θα συμπεριλαμβάνει τον εμπειρία του καρκίνου (Weiss, 2004). Αν και το στυλ προσκόλλησης δεν βρέθηκε συσχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη (Gallagher-Ross, 2011) διαφορετικές πτυχές του τρόπου που σχετίζεται κάποιος με τους άλλους ανθρώπους, καθώς και η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων, θα πρέπει να διερευνηθεί αναφορικά με την επίδραση τους στη γνωστική επεξεργασία και την μετατραυματική ανάπτυξη. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία, μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την υποστήριξη που παρέχεται από το κοινωνικό τους δίκτυο, αλλά και τη δυνατότητα τους να την αξιοποιούν (Harper et al., 2007).

Αναφορικά με τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές, η ηλικία κατά τη διάγνωση του καρκίνου φαίνεται να είναι ένας σχετικά σταθερός προβλεπτικός παράγοντας της

μετατραυματικής ανάπτυξης. Νεότερες γυναίκες ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν κάποια μορφή ανάπτυξης μετά στον καρκίνο σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Bellizzi, 2003; Bellizzi & Blank, 2006; Gallagher-Ross, 2011; Manne et al., 2004). Μια πιθανή ερμηνεία για αυτό το εύρημα είναι ότι οι νεαρές γυναίκες βιώνουν με μεγαλύτερη ένταση τη διάγνωση του καρκίνου, καθώς αυτή έρχεται να διακόψει την συνέχεια της καθημερινότητάς τους σε μια ηλικία που δεν αναμένεται να αντιμετωπίσουν μια απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια. Ως επακόλουθο, υποφέρουν από μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση εφόσον οι θεμελιώδεις πεποιθήσεις τους για τον εαυτό τους και τη ζωή διαψεύδονται. Αυτή όμως η αντίδραση είναι η ίδια που ενεργοποιεί τον μηχανισμό γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας του στρεσογόνου γεγονότος παρέχοντας περισσότερες ευκαιρίες για τη βίωση μετατραυματικής ανάπτυξης (Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Τα περιληφθέντα άρθρα διαφέρουν αναφορικά με τον σχεδιασμό της μελέτης, την φάση συλλογής των δεδομένων και το μέγεθος του δείγματος. Αυτές οι διαφορές ενδέχεται να δικαιολογούν τις ασυνέπειες που εντοπίστηκαν στα ευρήματα. Για παράδειγμα, η ασταθής σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και την μετατραυματική ανάπτυξη φάνηκε να μη επηρεάζεται και τόσο από τον μεθοδολογικό σχεδιασμό της μελέτης, αλλά επηρεαζόταν από την χρονική στιγμή που έγινε η αξιολόγηση. Όταν η πρώτη μέτρηση πραγματοποιούνταν λίγο χρόνο μετά από τη διάγνωση (Silva et al., 2012a; Sears et al., 2003), βρέθηκε ότι παράγοντες όπως η αισιοδοξία και οι στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονταν περισσότερο με την μετατραυματική ανάπτυξη, παρά όταν η πρώτη μέτρηση γινόταν σε μεταγενέστερο χρόνο (Weiss, 2004). Στην παρούσα ανασκόπηση, το μέγεθος των δειγμάτων ποίκιλλε σημαντικά, αλλά αυτές οι διαφοροποιήσεις δεν φάνηκε να μπορούν να ερμηνεύσουν τα όποια αντικρουόμενα ευρήματα. Μια τελευταία παρατήρηση σχετικά με την ποιότητα των ευρημάτων των μελετών είναι ότι η πλειονότητα των περιληφθέντων μελετών εφάρμοσαν σύνθετες στατιστικές αναλύσεις, όπως πολλαπλές παλινδρομήσεις, για να διερευνήσουν την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με τις ανεξάρτητες μεταβλητές, κάνοντας τις απαραίτητες προσαρμογές για ενδεχόμενους συγχυτικούς παράγοντες (Gall et al., 2011; Manne et al., 2004) ώστε να διαφυλάξουν ότι τα ευρήματα δεν οφείλονται στη δράση άλλων, μη ελεγχόμενων παραγόντων.

2.2.2. Εμπειρικά Δεδομένα για τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές που Σχετίζονται με το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Το τελικό δείγμα της συγκεκριμένης φάσης της ανασκόπησης αποτελούνταν από 9 μελέτες δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά, από τις οποίες, 7 ήταν συγχρονικές, μία ήταν διαχρονική και μία συνδύαζε διαχρονικό και συγχρονικό σχεδιασμό (βλ. πιν. 2.2). Αναφορικά με το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες κυμάνθηκε σε χαμηλά ποσοστά με το 2.4% να είναι το χαμηλότερο ποσοστό που αναφέρθηκε (Mehnert & Koch, 2007), ενώ το υψηλότερο έφτασε στο 19% (Jacobsen et al., 1998). Η συγκεκριμένη τιμή φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά από τις περισσότερες τιμές που ανέφεραν οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπησή μας. Μια πιθανή αιτιολογία είναι η ιδιαιτερότητα του δείγματος της συγκεκριμένης μελέτης, καθώς οι γυναίκες είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση του μυελού των οστών μέσα στο πλαίσιο της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι οι η συμμετοχή σε μια τόσο απαιτητική θεραπεία ενδέχεται να επιβάρυνε ψυχικά τις γυναίκες, οι οποίες στις απαντήσεις τους καθρέφτισαν όχι μόνο τις αρνητικές επιπτώσεις της διάγνωσης, αλλά και τις επιπτώσεις μιας επίπονης θεραπείας. Επίσης, τα άτομα που συμμετέχουν σε πιο απαιτητικές θεραπείες συνήθως τείνουν να αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους ως σοβαρή και απειλητική, γεγονός που ενδέχεται να συνδέεται με περισσότερο στρες. Τα ευρήματα υποστήριξαν τη δυνατότητα εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού (Andrykowski & Cordova, 1998; Cordova et al., 2000; Pitman et al., 2001). Ο Pitman και οι συνεργάτες του (2001) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που είχαν διαγνωσθεί με μετατραυματική διαταραχή στρες είχαν σημαντικά υψηλότερο καρδιακό ρυθμό, αγωγιμότητα του δέρματος, και αλλαγές σε ηλεκτρομυογράφημα κατά τη διάρκεια της απεικόνισης των εμπειριών του καρκίνου του μαστού.

Αναφορικά με τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, η ηλικία βρέθηκε να παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998). Το εύρημα ότι οι νεότερες γυναίκες είναι πιο ευάλωτες για την ανάπτυξη στρες μετά τη διάγνωση του καρκίνου υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες (Knobf, 2007; Vinokur et al., 1990). Όπως αναφέραμε και στην προηγούμενη ενότητα, οι νεότερες γυναίκες φαίνεται να αντιδρούν πιο αρνητικά στο

άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου, καθώς η απειλή του θανάτου ή της σωματικής ακεραιότητας δεν συμφωνεί με το νεαρό της ηλικίας τους. Επιπλέον, θα λέγαμε ότι οι νεότερες γυναίκες ενδέχεται να έχουν περισσότερους στόχους, επαγγελματικούς και προσωπικούς, κάποιοι από τους οποίους ανατρέπονται. Μια επιπρόσθετη συναισθηματική επιβάρυνση στις νεότερες γυναίκες θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι η θεραπεία του καρκίνου του μαστού ενδέχεται να πλήττει την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και το σώμα τους και να προκαλεί αγωνία σχετικά με την θηλυκότητα τους και την ερωτική τους ζωή. Τέλος, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι οι νεότερες γυναίκες που νοσούν με καρκίνο του μαστού αναμένεται ότι στο περιβάλλον τους δεν θα έχουν πολλούς ανθρώπους της ηλικίας τους που να έχουν νοσήσει από κάποια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Οι νέες γυναίκες συνήθως αναφέρουν έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αναφορικά με την εμπειρία του καρκίνου (Knobf, 2007).

Δύο επιπλέον κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται με την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής στρες είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998). Μια πιθανή ερμηνεία για το γεγονός ότι οι γυναίκες με λιγότερη μόρφωση βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες είναι ότι οι γυναίκες αυτές ενδέχεται να έχουν λιγότερα γνωστικά, συναισθηματικά, αλλά και υλικά μέσα για να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές συνέπειες του καρκίνου σε γνωστικό, συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο (Jacobsen et al., 1998). Στην μελέτη του Cordova και των συνεργατών του (1995) βρέθηκε ότι όχι μόνο το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αλλά και το χαμηλό εισόδημα μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων στρες. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με ένα άλλο εύρημα, ότι το χαμηλότερο εισόδημα συνδέεται με λιγότερη εκπαίδευση (Kornblith et al., 1992). Όπως αναφέραμε σε προηγούμενη ενότητα ο καρκίνος αποτελεί μια στρεσογόνο εμπειρία καθώς ενδέχεται να εξαντλήσει τους πόρους που διαθέτει το άτομο (υλικούς και ψυχικούς) με αποτέλεσμα αυτό να νιώσει ανεπαρκές και αβοήθητο. Σύμφωνα με το «Μοντέλο των Πόρων» (Hobfoll, 1989) το στρες πηγάζει από αυτή την πραγματική ή επαπειλούμενη απώλεια προσωπικών πόρων. Επομένως, θα λέγαμε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζεται να αντιμετωπίσουν απώλειες σε επίπεδο υλικό

(ακριβές θεραπείες, απώλεια εργασίας, κλπ.), κοινωνικό (απομάκρυνση φίλων, περιορισμένη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, κ.α.) και προσωπικό (αίσθηση απώλειας ελέγχου, ματαιώση στόχων, χαμηλή αυτοεκτίμηση). Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο και καλύτερη μόρφωση ενδέχεται να έχουν στη διάθεση τους περισσότερους και ποιοτικότερους πόρους για να ανταπεξέλθουν στο στρες που προκαλούν οι απώλειες λόγω της νόσου (Cordova et al., 1995). Εκτός από τις δύο προαναφερθείσες μελέτες, οι υπόλοιπες έρευνες που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση δεν υπέδειξαν το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο ως προβλεπτικούς παράγοντες του μετατραυματικού στρες.

Μια δεύτερη κατηγορία μεταβλητών που συμπεριλαμβάνονται στους ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής στρες είναι οι ιατρικές παράμετροι του καρκίνου του μαστού. Μία από τις μελέτες (Andrykowski & Cordova, 1998) πρότεινε ως σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του μετατραυματικού στρες το στάδιο της ασθένειας. Οι γυναίκες που βρίσκονταν σε πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου ήταν πιο πιθανόν να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες. Μια ενδεχόμενη ερμηνεία είναι ότι πιο προχωρημένες μορφές καρκίνου ενδέχεται να συνοδεύονται από περισσότερα οργανικά συμπτώματα, αλλά και πιο παρεμβατικές και επιβαρυντικές θεραπείες που με την σειρά τους σχετίζονται με περισσότερα μετατραυματικά συμπτώματα στρες (Jacobsen et al., 1998; Vinokur et al., 1990). Γενικότερα, θα λέγαμε ότι η βιβλιογραφία μας δίνει αντιφατικά ευρήματα σχετικά με την προγνωστική αξία των ιατρικών μεταβλητών. Κάποιες μελέτες απέτυχαν να εντοπίσουν οποιαδήποτε σχέση ανάμεσα στον τύπο, την σοβαρότητα, το στάδιο και την πρόγνωση του καρκίνου με το μετατραυματικό στρες (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Green et al., 1998). Ανεξάρτητα από το αντικειμενικό στάδιο της ασθένειας, η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με την σοβαρότητα και την απειλητικότητα της ασθένειας φαίνεται να αποτελεί έναν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Andrykowski & Cordova, 1998; Jacobsen et al., 1998; Vinokur et al., 1990). Μια ενδιαφέρουσα παράμετρος είναι ότι το στάδιο της ασθένειας δεν φαίνεται να σχετίζεται πάντα με την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για το πόσο κινδυνεύει από την ασθένεια. Τα άτομα φαίνεται να κρίνουν την σοβαρότητα της νόσου από τα σωματικά συμπτώματα που παρουσιάζουν (Vinokur et al., 1990) και μέσα από τα

διαθλαστικά φίλτρα προσωπικών χαρακτηριστικών και ψυχολογικών διεργασιών (Paterson & Neufeld, 1987). Επιπλέον, ενδέχεται τα άτομα με καρκίνο να μην είναι επαρκώς ενημερωμένα σχετικά με το στάδιο της ασθένειας και τα συμπτώματα που αναμένεται να παρουσιάσουν (Vinokur et al., 1990).

Μια άλλη ιατρική παράμετρος που φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής στρες είναι ο χρόνος που έχει παρέλθει από τη διάγνωση. Τα ευρήματα και σε αυτή την περίπτωση είναι αντιφατικά. Κάποιες έρευνες πρότειναν ότι ο χρόνος που έχει παρέλθει από τη διάγνωση και τη θεραπεία δεν σχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση της διαταραχής (Cordova et al., 1995). Ωστόσο, κάποια άλλα εμπειρικά δεδομένα πρότειναν ότι τα άτομα που βρίσκονται πιο κοντά στη διάγνωση και τη θεραπεία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να εμφανίσουν μετατραυματική διαταραχή στρες (Andrykowski et al., 2000; Andrykowski & Cordova, 1998; Blank, 1993). Μερικές έρευνες έχουν αναφέρει αρνητική σχέση ανάμεσα σε χρόνο και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, δηλαδή με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα ελαττώνονται (McCarroll, Ursano, & Fullerton, 1995; Ursano, Fullerton, Kao, & Bhartiya, 1995). Τα ευρήματα των Andrykowski και Cordova (1998) επιβεβαίωσαν την υπόθεση περί «εξάτμισης» του στρες (stress evaporation hypothesis; Figley, 1978; Solomon, Regier, & Burke, 1989), σύμφωνα με την οποία, περισσότερος χρόνος μετά τη ολοκλήρωση της θεραπείας σχετίζεται με λιγότερα μετατραυματικά συμπτώματα στρες. Σύμφωνα με αυτή την προοπτική, αμέσως μετά από την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να προκληθούν πολύ επιζήμιες συνέπειες για την ψυχική υγεία. Ωστόσο, συνήθως πρόκειται για προσωρινές και όχι επίμονες αντιδράσεις που ως προς την συμπεριφορά δεν γίνονται σοβαρά δυσλειτουργικές. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, στρεσογόνα και οδυνηρά κατάλοιπα θα ταλαιπωρήσουν ένα μικρό μόνο ποσοστό των ατόμων που βίωσαν έντονη ψυχική δυσφορία μετά από την εμπειρία του τραύματος. Μια μεταγενέστερη μελέτη του Andrykowski και των συνεργατών του (2000) δεν κατάφερε να επιβεβαιώσει ξανά την υπόθεση περί εξάτμισης του στρες. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδωσαν έρεισμα σε μια άλλη υπόθεση αυτή του υπολειμματικού στρες (residual stress hypothesis; Figley, 1978; Solomon et al., 1989). Η υπόθεση αυτή προτείνει ότι η έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις αφήνει κατάλοιπα. Η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός προκαλεί αρνητικές αντιδράσεις

που είναι πιο επίμονες, εκτεταμένες και μακράς διάρκειας. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις ενδέχεται να προκαλέσει ψυχοπαθολογία που χρήζει συστηματικής θεραπείας. Ο Andrykowski (2000) πρότεινε ότι στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού και γενικότερα στην ψυχοογκολογία, η δεύτερη υπόθεση είναι πιο κατάλληλη για να ερμηνεύσει την κατάσταση. Ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί μια σύνθετη κατάσταση με διάφορα επιμέρους γεγονότα να λαμβάνουν χώρα μέσα στον χρόνο (όπως διάγνωση, θεραπεία, συνέπειες σε πρακτικό επίπεδο, κ.α.) σε αντίθεση με άλλες μορφές τραυμάτων που λαμβάνουν χώρα σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και είναι σαφώς προσδιορισμένα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού η εξέλιξη του μετατραυματικού στρες δεν μπορεί να ειπωθεί υπό την προοπτική μιας ευθύγραμμης εξέλιξης. Οι γυναίκες καλούνται να αναβιώσουν συχνά τις αρνητικές συνέπειες της διάγνωσης και της θεραπείας μέσω των ετήσιων ιατρικών εξετάσεων. Το γεγονός ότι έχουν κάθε φορά την ευκαιρία να επεξεργασθούν εκ νέου τα τραυματικά ερεθίσματα και να κατανοήσουν καλύτερα τι τους έχει συμβεί μπορεί να σχετίζεται με κάποια μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (Creamer et al., 1992; Foa et al., 1989). Επιπλέον, τρίτοι παράγοντες όπως η ηλικία και το κοινωνικό περιβάλλον ενδέχεται να μετριάξει την σχέση του χρόνου με την εμφάνιση και την ένταση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Για παράδειγμα ο Andrykowski και οι συνεργάτες του (2000) βρήκαν ότι στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, η ίδια μελέτη έδειξε ότι τα συμπτώματα μειώνονταν όταν οι γυναίκες ελάμβαναν περισσότερη υποστήριξη από το περιβάλλον τους. Οι ερευνητικός σχεδιασμός ενδέχεται να παίζει κάποιο ρόλο στην σχέση που θα προκύψει ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Ο καρκίνος αποτελεί ένα σύνθετο τραυματικό γεγονός που εξελίσσεται μέσα στον χρόνο. Οι συγχρονικές έρευνες αδυνατούν να καλύψουν αυτή την εξελικτική πορεία της νόσου (με ένα μεγάλο εύρος διακυμάνσεων στην ένταση των στρεσογόνων ερεθισμάτων) και τις ενδεχόμενες επιδράσεις αυτών των ερεθισμάτων στην συναισθηματική κατάσταση του ατόμου (Blank, 1993).

Μια τελευταία ιατρική παράμετρος που βρέθηκε να παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι το είδος της θεραπείας. Σε μια από τις έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην συστηματική ανασκόπηση, οι γυναίκες

με καρκίνο με καρκίνο του μαστού είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, ως μέρος της γενικής θεραπείας για τον καρκίνο (Jacobsen et al., 1998). Αυτή η θεραπεία θεωρείται ιδιαίτερα παρεμβατική και επίπονη επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική κατάσταση των ασθενών. Λόγω της παρεμβατικότητας της θεραπείας ενδέχεται οι γυναίκες να εκτιμούσαν την κατάσταση της υγείας τους ως ιδιαιτέρως σοβαρή και απειλητική, γεγονός που τις επιβάρυνε συναισθηματικά. Ωστόσο, από μεθοδολογικής άποψης είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το δείγμα αυτής της έρευνας αποτελούνταν κυρίως από νέες γυναίκες με προχωρημένο στάδιο ασθένειας (δύο παράγοντες που η βιβλιογραφία τους θεωρεί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες). Επιπλέον, η παρατεταμένη παραμονή των γυναικών στο νοσοκομείο βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την μετατραυματική συμπτωματολογία στρες. Τα άτομα που πρέπει να νοσηλευτούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα ενδέχεται να αντιμετωπίσουν και επιπρόσθετα προβλήματα υγείας που επιβαρύνουν την φυσική τους κατάσταση και τη γενικότερη αίσθηση υγείας και ποιότητας ζωής. Οι Andrykowski και Cordova (1998) απέτυχαν να βρουν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο είδος θεραπείας και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Οι ερευνητές προσπάθησαν να ερμηνεύσουν αυτό το εύρημα λαμβάνοντας υπόψη θέματα μέτρησης της συγκεκριμένης μεταβλητής. Το δείγμα είχε διχοτομηθεί σε άτομα που έλαβαν χημειοθεραπεία και σε εκείνα που δεν έλαβαν. Ωστόσο, αυτή η αξιολόγηση παραβλέπει παράγοντες όπως το είδος της χημειοθεραπείας, τη δοσολογία, αλλά και το είδος χειρουργικής επέμβασης. Το ίδιο εύρημα παρουσίασε και μια προγενέστερη μελέτη των δύο ερευνητών (Cordova & Andrykowski, 1995). Αξίζει ωστόσο να αναφέρουμε ότι σε αυτή την μελέτη οι γυναίκες που συμμετείχαν ανέφεραν ότι οι πιο στρεσογόνες παρειασθητικές σκέψεις τους αφορούσαν σε αναμνήσεις γύρω από τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (επέμβαση, συμπληρωματικές θεραπείες και παρενέργειες).

Πέρα από τις ιατρικές μεταβλητές, οι μελέτες που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση διερεύνησαν και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που ενδέχεται να είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Σύμφωνα με τα ευρήματα δύο παράγοντες κρίνονται σημαντικοί: α) η κοινωνική υποστήριξη και β) το ιστορικό τραυμάτων (πριν από την εμφάνιση του καρκίνου). Σύμφωνα με το μοντέλο Andersen (1993, 1994) η φτωχή κοινωνική υποστήριξη

αποτελεί έναν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση της διαταραχής. Τη θέση αυτή διερεύνησαν και επιβεβαίωσαν οι Andrykowski και Cordova (1998) οι οποίοι βρήκαν ότι λιγότερη κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται με πιο σοβαρά μετατραυματικά συμπτώματα στρες. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που πρότειναν ότι η κοινωνική υποστήριξη παίζει έναν προστατευτικό ρόλο αναφορικά με τον στρεσογόνο χαρακτήρα των τραυματικών γεγονότων (Bloom, 1982; Green et al., 1990; Knobf, 2007). Διάφορες μορφές κοινωνικής υποστήριξης έχουν μελετηθεί με την συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη να παίζει πιο σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική προσαρμογή σε σχέση με άλλες (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Μεταγενέστερη μελέτη (Andrykowski et al., 2000) επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι περισσότερη κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με μείωση των συμπτωμάτων αποφυγής και μουδιάσματος. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που εκτιμούν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους, αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας αναφέρουν καλύτερη αντιμετώπιση του στρες και καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή (Friedman et al., 2006; Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004; Lewis et al., 2001). Αντιθέτως, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για κατάθλιψη, άγχος και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, γυναίκες που δεν είχαν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον πριν και μετά την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας (Amir & Ramati, 2002; Kroenke et al., 2006). Η οικογένεια φαίνεται να παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο για τις γυναίκες που έχουν την ανάγκη να μιλήσουν και να μοιραστούν την εμπειρία του καρκίνου και τις αγωνίες τους για το μέλλον. Ωστόσο, η ανάγκη των γυναικών να μιλήσουν ενδέχεται να μην ικανοποιηθεί, επηρεάζοντας αρνητικά την προσαρμογή τους στην ασθένεια και αυξάνοντας τα επίπεδα στρες (Manne et al., 2005; Schnipper, 2001; Wimberly et al., 2005).

Μια τελευταία ψυχοκοινωνική μεταβλητή που έχει συμπεριληφθεί στο μοντέλο της Andersen (1993; 1994) είναι η ύπαρξη ιστορικού τραυμάτων πριν από τη διάγνωση του καρκίνου. Τρεις μελέτες από τις συμπεριληφθείσες στην παρούσα ανασκόπηση επιβεβαίωσαν τον ρόλο της μεταβλητής αυτής στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Mehnert & Koch, 2007), κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και από παλαιότερες μελέτες (Baider, Peretz & De-

Nour, 1993; Green et al., 1990; Peretz et al., 1994). Οι Andrykowski και Cordova (1998) βρήκαν ότι οι γυναίκες που ανέφεραν ότι είχαν βιώσει περισσότερα τραυματικά γεγονότα πριν από τη διάγνωση του καρκίνου, ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Τέλος, ο Mehnert και Koch (2007) βρήκαν ότι οι γυναίκες που ανέφεραν μετατραυματικό στρες καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους, φαινόμενο που σχετίζεται με την μεγάλη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, ήταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα πριν από την εμφάνιση του καρκίνου έχει συνδεθεί με αυξημένη ευαλωτότητα για την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Kemp et al., 1995; King et al., 1996). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι προηγούμενη θυματοποίηση του ατόμου σχετίζεται με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση εξαιτίας της αίσθησης προδοσίας και/ή ενοχής για ό,τι συνέβη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση με την σειρά της ενδέχεται να σχετίζεται με την εφαρμογή μη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες (Green et al., 2000).

2.2.3. Εμπειρικά Δεδομένα για την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Το τελικό δείγμα της συγκεκριμένης φάσης της ανασκόπησης αποτελούσαν 2 μελέτες δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά. Αναφορικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό, και οι 2 μελέτες ήταν συγχρονικές. Η έρευνα των Cordova και συνεργατών του (2007) υπέδειξε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες φαίνεται να είναι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, αλλά διατηρούν ένα κοινό σημείο: είναι πιθανότερο να εμφανιστούν σε γυναίκες που αντιλαμβάνονται τον καρκίνο ως ένα τραυματικό γεγονός. Οι θεωρίες γνωστικής επεξεργασίας προτείνουν ότι η διάψευση των θεμελιωδών απόψεων του ατόμου για τον κόσμο μπορεί να οδηγήσει σε στρες· ωστόσο, η αναδιάρθρωση των πεποιθήσεων και των προτεραιοτήτων ενδέχεται να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με θεωρίες σχετικά με την αντιμετώπιση του στρες (Folkman & Greer, 2000; Lazarus & Folkman, 1984) που υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου ότι ένα γεγονός είναι απειλητικό φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τη διαδικασία

προσαρμογής, από τα ίδια τα αντικειμενικά γνωρίσματα του τραύματος. Καμιά άλλη ψυχοκοινωνική μεταβλητή (π.χ. κοινωνικοί περιορισμοί, κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες) δεν βρέθηκε να σχετίζεται από κοινού και με τις δύο έννοιες. Επιπλέον, η μετατραυματική ανάπτυξη δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το μετατραυματικό στρες. Αυτό το εύρημα φαίνεται να συμφωνεί με προηγούμενα ευρήματα (Andrykowski et al., 1993; Cordova et al., 2001; Fromm et al., 1996; Sears et al., 2003; Widows et al., 2005). Στο ίδιο κλίμα κινούνται και τα ευρήματα της μελέτης της Chan και των συνεργατών της (2011), τα οποία προτείνουν ότι οι δύο έννοιες είναι ξεχωριστές και ανεξάρτητες, ως δύο διαφορετικές εκβάσεις δύο διαφορετικών οδών, διαδρομών ανάπτυξης. Και ο Ho και οι συνεργάτες του (2011) προτείνουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική διαταραχή στρες δεν μπορούν να ειπωθούν ως δύο διαφορετικές απολήξεις ενός ίδιου συνεχούς. Και προσπαθώντας να κάνουν ακόμα πιο καθαρή τη θέση τους δίνουν το εξής παράδειγμα: «σε κλινικό επίπεδο, αν παρέμβουμε για να διευκολύνουμε ένα αισιόδοξο επεξηγηματικό στυλ για τα αρνητικά γεγονότα, ενδέχεται να μειώσουμε τα μετατραυματικά συμπτώματα στρες, αλλά δεν θα αυξήσουμε την μετατραυματική ανάπτυξη. Και το αντίστροφο, αν καλλιεργήσουμε ένα αισιόδοξο επεξηγηματικό στυλ για τα θετικά γεγονότα, μπορεί να αυξήσουμε την μετατραυματική ανάπτυξη, αλλά δεν θα μειώσουμε τα μετατραυματικά συμπτώματα στρες (Ho et al., 2011, σελ. 281).»

Η δεύτερη μελέτη (Morrill et al., 2008) υιοθετεί την άποψη ότι η προσαρμογή (ως έννοια ομπρέλα) μπορεί να «φιλοξενεί» και το στρες και την ανάπτυξη. Όμως προτείνει ότι όχι μόνο συνυπάρχουν, αλλά σχετίζονται και μεταξύ τους και πιο συγκεκριμένα η ανάπτυξη λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στο μετατραυματικό στρες και τις αρνητικές επιδράσεις του στην ποιότητα ζωής. Με άλλα λόγια, πιστεύουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη λειτουργεί ως μια αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που επηρεάζει την συνολική νοηματοδότηση της τραυματικής εμπειρίας. Η μετατραυματική ανάπτυξη γίνεται αντιληπτή ως άλλος ένας θετικός ψυχοκοινωνικός πόρος, όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη. Στο ίδιο μήκος κύματος βρίσκονται οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι ο τρόπος που λειτουργεί η μετατραυματική ανάπτυξη είναι πιο σύνθετος από ό,τι πιστεύαμε και έχει δύο ρόλους: αυτόν του αυτόνομου αποτελέσματος, αλλά και του

ρυθμιστικού μηχανισμού του στρες (Davis et al., 1998; Pakenham, 2005; Park & Folkman, 1997; Siegel & Schrimshaw, 2007; Silva et al., 2012b).

2.3. Περιορισμοί Ερευνών που Συμπεριλήφθησαν στην Συστηματική Ανασκόπηση

2.3.1. Έρευνες που Εξέτασαν την Μετατραυματική Ανάπτυξη σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης θα πρέπει να ερμηνεύονται λαμβάνοντας υπόψη αρκετούς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Πρώτον, η παρούσα ανασκόπηση περιλαμβάνει μόνο ποσοτικές μελέτες, αποκλείοντας έρευνες στις οποίες εφαρμόστηκε ποιοτικός ή μεικτός μεθοδολογικός σχεδιασμός· ως εκ τούτου, μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού ενδέχεται να έχει περιοριστεί σε κάποιο βαθμό. Δεύτερον, η αποτυχία ορισμένων δημοσιευμένων μελετών να αναδυθούν στην ηλεκτρονική αναζήτηση, ενδέχεται να έχει επηρεάσει την παρούσα ανασκόπηση. Ωστόσο, προσπαθήσαμε να μειώσουμε αυτού του είδους το μεροληπτικό σφάλμα εξετάζοντας τις βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση, αλλά και προηγούμενων άρθρων ανασκόπησης. Τρίτον, αν και η μετατραυματική ανάπτυξη είχε αξιολογηθεί με το ίδιο ερωτηματολόγιο (δηλαδή, το PTGI) σε όλες τις μελέτες που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα ανασκόπηση, οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που ελέγχθηκαν για την σχέση τους με την ανάπτυξη, μετρήθηκαν με ποικίλα ψυχομετρικά εργαλεία. Αυτό καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση και σύγκριση των σχέσεων που βρέθηκαν ανάμεσα στις μεταβλητές. Τέλος, αρκετές μελέτες διαφοροποιούνταν σημαντικά αναφορικά με τις φάσεις συλλογής των δεδομένων, με αποτέλεσμα τα αποτελέσματα να μας δίνουν πληροφορίες για το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης και τους σχετιζόμενους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σε διαφορετικούς σταθμούς της εξελικτικής πορείας του καρκίνου του μαστού καθιστώντας οποιαδήποτε σύγκριση δύσκολη.

Επιπλέον, ένας αριθμός περιορισμών έχουν επισημανθεί στις ίδιες τις μελέτες που συμπεριλήφθησαν στην συστηματική ανασκόπηση. Πρώτον, στις μελέτες

χρησιμοποιήθηκαν ψυχομετρικά εργαλεία αυτοαναφοράς για την μέτρηση των μεταβλητών, και κατά συνέπεια, μεροληπτικό σφάλμα αναφοράς ενδέχεται να έχει επηρεάσει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Ο Weiss (2004) αναφέρει ότι η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς στην περίπτωση της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν προσφέρει κάποια πληροφορία σχετικά με την εγκυρότητα του φαινομένου. Μελλοντικές έρευνες θα έπρεπε να αξιολογήσουν την άποψη των σημαντικών άλλων σχετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη των ασθενών και στην συνέχεια να τις συγκρίνουν με τις αυτοαναφορές ανάπτυξης. Οι Silva (2012) και Sears (2003) με τους συνεργάτες τους επεσήμαναν ότι τα μικρά σχετικά δείγματα που συμπεριέλαβαν στις μελέτες τους δεν επέτρεψαν την χρήση περισσότερο τεκμηριωμένων στατιστικών αναλύσεων. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να στηριχτούν σε μεγαλύτερα δείγματα, ώστε να είναι εφικτή η χρήση πιο σύνθετων στατιστικών αναλύσεων που με την σειρά τους θα επιτρέψουν τη διερεύνηση άμεσων και έμμεσων σχέσεων ανάμεσα στις μεταβλητές. Επιπροσθέτως, η Leloir και οι συνεργάτες της (2010) επεσήμαναν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη που αναφέρεται από τους συμμετέχοντες ενδέχεται να μην οφείλεται στην εμπειρία και την μάχη που δίνουν με τον καρκίνο, αλλά να αποτελεί ένα φαινόμενο εξελικτικό, που παρατηρείται στο γενικότερο πληθυσμό, με την πάροδο του χρόνου. Έρευνες στο μέλλον θα ήταν καλό να συμπεριλάβουν και ομάδες σύγκρισης, ώστε να είναι εφικτό να εξετάσουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και να επιβεβαιώσουμε ότι οι αναφορές για ανάπτυξη από τις γυναίκες είναι αποτέλεσμα της εμπειρίας του καρκίνου του μαστού. Ένας ακόμα περιορισμός, που επισημάνθηκε από τους περισσότερους ερευνητές ήταν ότι οι μελέτες είχαν συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό. Αυτό το γεγονός δεν επέτρεπε οποιαδήποτε συμπεράσματα για χρονικές και αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών.

2.3.2. Έρευνες που Εξέτασαν το Μετατραυματικό Στρες σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Και στην περίπτωση των μελετών που διερευνούσαν το φαινόμενο του μετατραυματικού στρες μπορούμε να επισημάνουμε έναν αριθμό από μεθοδολογικούς περιορισμούς. Σε επίπεδο ανασκόπησης, ισχύουν οι περιορισμοί που αναφέραμε στην προηγούμενη υποενότητα. Αναφορικά με τις ίδιες τις έρευνες υπάρχουν οι παρακάτω περιορισμοί: 1) και σε αυτή την περίπτωση οι περισσότερες

μελέτες που έχουν συμπεριληφθεί στην ανασκόπηση ακολούθησαν τον συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τις χρονικές και αιτιώδεις σχέσεις ανάμεσα στη διαταραχή και τους ψυχοκοινωνικούς και ιατρικούς παράγοντες που σχετίζονται μαζί της. Επιπλέον, μέσω των αποτελεσμάτων των συγχρονικών ερευνών είμαστε σε θέση να κατανοούμε σχέσεις μεταβλητών που αφορούν σε συγκεκριμένη χρονική φάση, αλλά δεν μπορούμε να κατανοήσουμε τον τρόπο που εξελίσσεται το συγκεκριμένο φαινόμενο· 2) το δείγμα σε αρκετές έρευνες είναι σχετικά μικρό και συνεπώς ενδέχεται να μειώνει την στατιστική δύναμη των αποτελεσμάτων, αλλά και να μην επιτρέπει την εφαρμογή πιο σύνθετων και απαιτητικών στατιστικών αναλύσεων που θα έδιναν περισσότερες πληροφορίες για το υπό μελέτη φαινόμενο· 3) όλες οι έρευνες χρησιμοποίησαν το PCL-C ένα αυτοχορηγούμενο ψυχομετρικό εργαλείο και μέσω των υποκειμενικών αυτοαναφορών κατέληξαν στην πληροφορία για παρουσία της μετατραυματικής διαταραχής στρες· 4) επιπλέον, τα δείγματα που χρησιμοποίησαν οι έρευνες ήταν δείγματα ευκολίας, δηλαδή συμμετείχαν γυναίκες που επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Κάποιες άλλες γυναίκες αρνήθηκαν και μάλιστα θα μπορούσαν να είναι εκείνες που εμφάνιζαν περισσότερο μετατραυματικό στρες. Μελλοντικές έρευνες θα έπρεπε να ελέγχουν αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε χαρακτηριστικά γυναικών που δέχονται να συμμετέχουν στην έρευνα και σε εκείνες που αρνούνται.

2.3.3. Έρευνες που Εξέτασαν την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Αναφορικά με τις δύο έρευνες που συμπεριλάβαμε στην συστηματική ανασκόπηση εντοπίζουμε μεθοδολογικούς περιορισμούς που συναντήσαμε και στις προηγούμενες φάσεις της ανασκόπησης. Με άλλα λόγια, και οι δύο μελέτες ακολούθησαν συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό και επομένως είναι πολύ δύσκολο να καταλάβουμε τον τρόπο που εξελίσσεται η σχέση των δύο φαινομένων σε διαφορετικές φάσεις της εμπειρίας της ασθένειας και να διατυπώσουμε προτάσεις για αιτιακές σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές. Η μελέτη του Cordova και των συνεργατών του (2007) χρησιμοποίησε ένα μικρό δείγμα που δεν επέτρεπε την εφαρμογή τεκμηριωμένων στατιστικών αναλύσεων και μείωνε την στατιστική

δύναμη των αποτελεσμάτων. Από την άλλη το δείγμα της έρευνα του Morrill και των συνεργατών (2008) ήταν σαφώς μεγαλύτερο, αλλά παρουσίαζε μεγάλη ομοιογένεια αναφορικά με την φυλή, την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση και κατά συνέπεια η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων ήταν περιορισμένη. Και οι δύο έρευνες χρησιμοποίησαν αυτοχορηγούμενα ψυχομετρικά εργαλεία. Επομένως, τα αποτελέσματα έχουν βασισθεί αποκλειστικά σε αυτοαναφορές που ενδέχεται να αυξάνουν την μεροληπτικότητα των απαντήσεων. Και σε αυτές τις μελέτες, οι τιμές για την μετατραυματική ανάπτυξη στηρίζονται αποκλειστικά σε αυτοαναφορές, δίχως την παράλληλη εκτίμηση από άτομα του περιβάλλοντος των γυναικών για μια πιο αντικειμενική μέτρηση το φαινομένου.

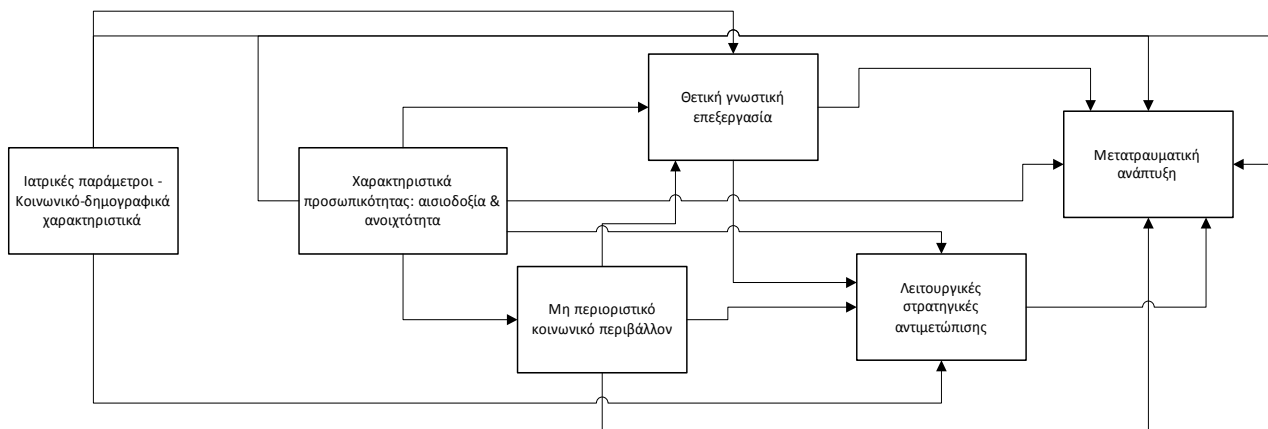
2.4. Θεωρητικό Πλαίσιο της Παρούσας Μελέτης και Ερευνητικές Υποθέσεις

2.4.1. Θεωρητικό Πλαίσιο Έρευνας

Για να σχεδιάσουμε το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας έρευνας στηριχθήκαμε σε προτεινόμενα θεωρητικά μοντέλα και στα εμπειρικά δεδομένα μελετών που προηγήθηκαν της δικής μας. Σχετικά με το ψυχολογικό φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης στηριχθήκαμε στο λειτουργικό-περιγραφικό μοντέλο των Tedeschi και Calhoun (2004), οι οποίοι είναι και οι εισηγητές του όρου της μετατραυματικής ανάπτυξης και οι κατασκευαστές του ψυχομετρικού εργαλείου που χρησιμοποιείται για την μέτρηση του. Επιπλέον, συμβουλευτήκαμε την Organismic-Value Processing θεωρία των Joseph & Linley (2006) που αναφέρεται στον ρόλο που διαδραματίζει το κοινωνικό περιβάλλον στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η διάγνωση του καρκίνου ξεσπάει σαν ένας ψυχολογικός «σεισμός» που ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρά ρήγματα, ακόμα και να γκρεμίσει, τα εννοιολογικά κατασκευάσματα, τις κεντρικές δομές σκέψης και κατανόησης του κόσμου των γυναικών που νοσούν (Janoff-Bulman, 1992). Ο αντίκτυπος που θα έχει αυτός ο ψυχολογικός σεισμός θα καθορίσει και το μέγεθος της ψυχικής δυσφορίας που θα ακολουθήσει. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, οι γυναίκες καλούνται να εμπλακούν σε μια σειρά από γνωστικές διεργασίες, ώστε να ανακατασκευάσουν τα ερμηνευτικά σχήματα και τις κεντρικές πεποιθήσεις ζωής. Κατά τη διαδικασία γνωστικής, συναισθηματικής και υπαρξιακής ανασυγκρότησης, οι γυναίκες

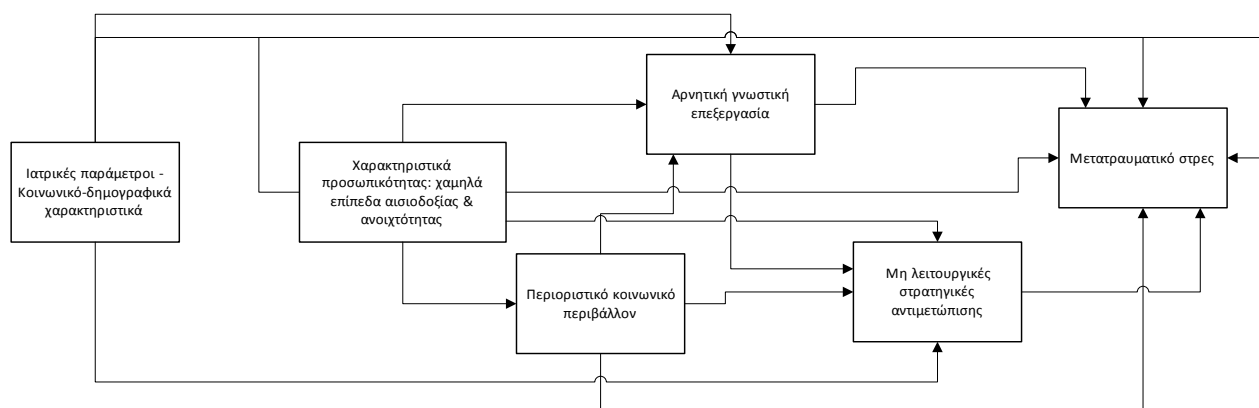
προσπαθούν να εντάξουν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού στα νέα τροποποιημένα σχήματα που δημιουργούνται. Αυτές οι αλλαγές βιώνονται ως μετατραυματική ανάπτυξη από τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Αν και δεν είναι το τραύμα το ίδιο που οδηγεί στην μετατραυματική ανάπτυξη, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά του που ενδέχεται να επηρεάσουν τον τρόπο που αντιδράει το άτομο. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, ορισμένα χαρακτηριστικά της ασθένειας, όπως το στάδιο της νόσου και ο χρόνος από τη θεραπεία, φαίνεται να επηρεάζουν τον μηχανισμό ανάπτυξης. Το δικό τους ρόλο ενδέχεται να παίζουν και κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση, αν και τα ερευνητικά αποτελέσματα δεν μπορούν να υποστηρίξουν μια σταθερή σχέση ανάμεσα στα παραπάνω και την μετατραυματική ανάπτυξη. Επιπλέον, σταθερά γνωρίσματα της προσωπικότητας ενδέχεται να διευκολύνουν την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, ίσως όχι τόσο άμεσα, όσο μέσω της επίδρασης που έχουν στη γνωστική επεξεργασία και την επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Από τα γνωρίσματα εκείνα που χαρακτηρίζουν την προ-τραυματική προσωπικότητα, η αισιοδοξία φαίνεται να σχετίζεται μερικές φορές με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης φαίνεται να παίζουν οι γνωστικές διεργασίες, οι οποίες και θα οδηγήσουν στην αναδόμηση των εννοιολογικών εκείνων σχημάτων με τα οποία τα άτομα κατανοούν και εμπιστεύονται τον κόσμο. Η σκόπιμη γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων φαίνεται να σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη καθώς επιτρέπει στα άτομα να επεξεργασθούν ζητήματα που τέθηκαν υπό αμφισβήτηση με τη διάγνωση του καρκίνου, όπως θεμελιώδεις πεποιθήσεις που δεν ισχύουν πλέον, στόχους που είναι δύσκολο να εκπληρωθούν και θέματα προσωπικής ταυτότητας. Ο γνωστικός μηρυκασμός μπορεί να έχει έναν εποικοδομητικό και έναν μη εποικοδομητικό χαρακτήρα. Ο πρώτος τρόπος σκέψης αφορά στη γνωστική αντανάκλαση, πηγάζει από μια έμφυτη περιέργεια για τα πράγματα, εστιάζει σε θετικές πλευρές και στοχεύει στην αυτογνωσία. Ο δεύτερος τρόπος σκέψης έχει να κάνει με έναν αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό, ο οποίος εστιάζει σε αρνητικά θέματα και ανακυκλώνει την αρνητική διάθεση. Η εποικοδομητική γνωστική επεξεργασία έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Μια επιπλέον παράμετρος που εμφανίζεται στο μοντέλο μετατραυματικής ανάπτυξης είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλημάτων.

Άμεσα συνδεδεμένες με τη γνωστική επεξεργασία των στρεσογόνων ερεθισμάτων, οι στρατηγικές αντιμετώπισης παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της ψυχικής δυσφορίας που έχει προκληθεί από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Λειτουργικές γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η γνωστική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να σχετίζονται με περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη. Τέλος, η ύπαρξη ενός θετικού, υποστηρικτικού περιβάλλοντος το οποίο επιτρέπει στη γυναίκα να μιλήσει για τα θέματα του καρκίνου και τις αγωνίες της, δεν περιορίζει και δεν καταπιέζει την ελεύθερη έκφρασή της, συζητάει μαζί της και της δίνει κάποιες πληροφορίες που μπορεί να είναι βοηθητικές, φαίνεται να βοηθάει στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, οι γυναίκες έχουν την ευκαιρία να λάβουν από τους άλλους πληροφορίες και ιδέες που δεν τις είχαν σκεφτεί και να βοηθηθούν αναφορικά με τη γνωστική επεξεργασία και την ανασυγκρότηση των βασικών ερμηνευτικών τους σχημάτων (Lepore & Helgeson, 1998). Η απουσία κοινωνικών περιορισμών ενδέχεται να σχετίζεται με περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη. Στο διάγραμμα 2.1 παρουσιάζεται το υποθετικό μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.



Διάγραμμα 2.1 Υποθετικό Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης

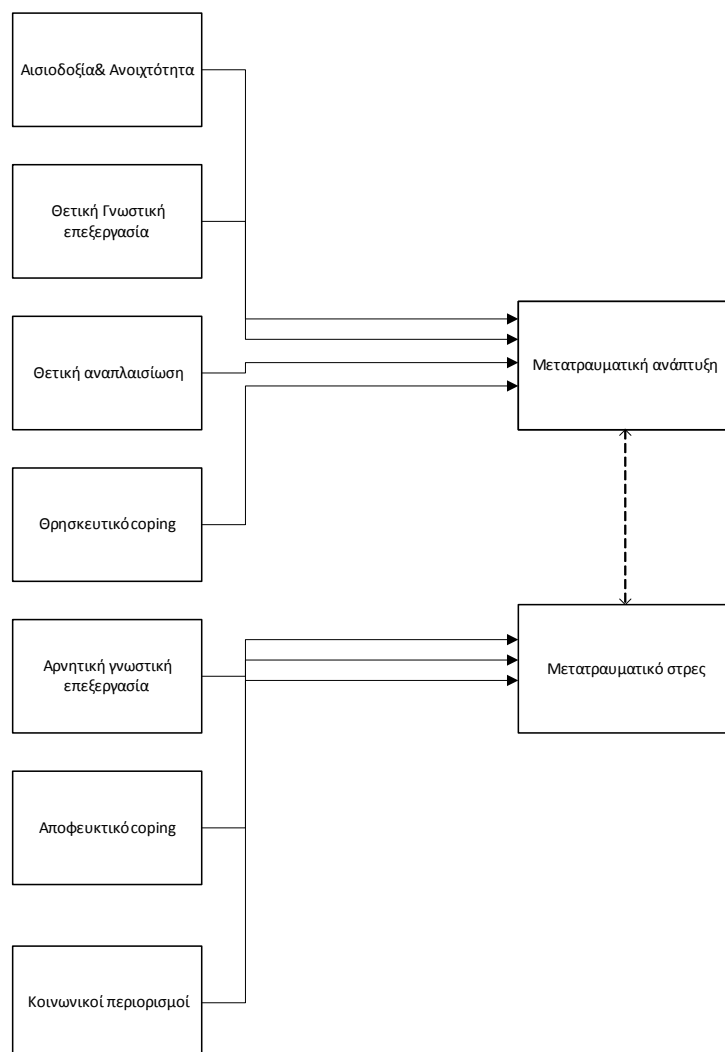
Για την κατασκευή του υποθετικού μοντέλου εμφάνισης μετατραυματικού στρες βασιστήκαμε κυρίως στο μοντέλο κοινωνικο-γνωστικής επεξεργασίας (Lepore, 2001). Επιπλέον, συμβουλευτήκαμε το μοντέλο που έχει προτείνει η Andersen (1993; 1994). Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός. Το στρες ενεργοποιεί τον μηχανισμό προσαρμογής ο οποίος αποτελείται από διάφορες μορφές γνωστικής επεξεργασίας των στρεσογόνων εμπειριών, καθώς επίσης από την εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης τους στρες. Μη εποικοδομητικές μορφές γνωστικής επεξεργασίας, όπως είναι η παθητική, επαναλαμβανόμενη σκέψη αρνητικών πτυχών της εμπειρίας, σχετίζονται με παρατεταμένη έκθεση στο στρες και περαιτέρω ενίσχυση των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων. Επιπλέον, σχετίζονται με την εφαρμογή δυσλειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, οι οποίες περιορίζουν ακόμα περισσότερο τους ψυχοκοινωνικούς πόρους του ατόμου. Ένα περιοριστικό κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο δεν επιτρέπει στη γυναίκα να μοιραστεί τις αγωνίες της, να ζητήσει και να λάβει βοήθεια, αποτελεί έναν σταθερό παράγοντα κινδύνου σε όλες τις φάσεις της νόσου και της πορείας προσαρμογής (Lepore, 2001). Οι κοινωνικοί περιορισμοί φαίνεται να αποτελούν σημαντικό κίνδυνο για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες, καθώς επηρεάζουν αρνητικά τη γνωστική επεξεργασία και τις στρατηγικές αντιμετώπισης και εντείνουν την ψυχική δυσφορία. Τέλος, το μοντέλο της Andersen (1983, 1984) κάνει αναφορά σε ορισμένες μεταβλητές που ενδέχεται να επηρεάσουν τον τρόπο που θα αντιμετωπίσει το άτομο ένα τραυματικό γεγονός, όπως είναι κοινωνικό-δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά και κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, η νεότερη ηλικία, το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και το πιο προχωρημένο στάδιο ασθένειας έχουν βρεθεί να σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής. Τέλος, δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως είναι η χαμηλή αισιοδοξία, αυξάνουν τον κίνδυνο για μετατραυματικό στρες. Οι παραπάνω ψυχοκοινωνικές μεταβλητές αναμένεται να σχετίζονται σημαντικά και με χαμηλά επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια. Στο διάγραμμα 2.2 παρουσιάζεται το υποθετικό μοντέλο του μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.



Διάγραμμα 2.2 Υποθετικό Μοντέλο Μετατραυματικού Στρες

Αναφορικά με την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες, υιοθετούμε την άποψη ότι η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που μπορεί να διατηρεί τον ρόλο του αυτόνομου αποτελέσματος, αλλά παράλληλα να παίζει κάποιο ρόλο στην ρύθμιση του μετατραυματικού στρες. Το υποθετικό μας μοντέλο προτείνει ότι, στον μεγαλύτερο βαθμό, η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες θα διαφοροποιούνται αναφορικά με τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που σχετίζονται με την εμφάνιση των δύο φαινομένων (βλ. διάγραμμα 2.3). Επιπλέον, αναμένουμε ότι το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη, ενδέχεται να εμφανίζουν κάποια σχέση μεταξύ τους, η οποία χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω.

Η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή θα διερευνηθεί, καθώς δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να έχουν εξετάσει τις έννοιες αυτές από κοινού.



Διάγραμμα 2.3 Υποθετικό Μοντέλο της Σχέσης Ανάμεσα σε Μετατραυματική Ανάπτυξη και Μετατραυματικό Στρες

2.5. Στόχοι, Σκοποί και Ερευνητικές Υποθέσεις της Παρούσας Μελέτης

Η ανασκόπηση των προηγούμενων εμπειρικών δεδομένων σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, του μετατραυματικού στρες και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, καθώς επίσης την ενδεχόμενη σχέση μεταξύ των παραπάνω δεικτών προσαρμογής, υπέδειξε την ανάγκη διεξαγωγής μιας μελέτης, η οποία θα διερευνά περαιτέρω τους μηχανισμούς εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης, του μετατραυματικού στρες και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Οι βασικοί στόχοι της παρούσας έρευνας είναι να: α) εντοπίσει εκείνους τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, β) εντοπίσει τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, γ) να εξετάσει ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, δ) να διερευνήσει την σχέση που υπάρχει μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και να εντοπίσει ομοιότητες και διαφορές στις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που σχετίζονται με αυτές, ε) να διερευνήσει τον πιθανό ρόλο ρυθμιστικών παραγόντων, στην σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με άλλες μεταβλητές και ζ) να μεταφράσει και να προσαρμόσει στην ελληνική γλώσσα το ερωτηματολόγιο της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια (PAIS-SR).

Ξεκινώντας από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και στηριζόμενοι στα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης και το θεωρητικό πλαίσιο που παρουσιάσαμε παραπάνω καταλήξαμε στη διατύπωση ορισμένων ερευνητικών υποθέσεων:

- 1) Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που θα σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την μετατραυματική ανάπτυξη αναμένεται να είναι: α) όσον αφορά τους κοινωνικο-δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: η νεαρή ηλικία και το προχωρημένο στάδιο της νόσου, β) όσον αφορά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας: τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας, η ανοιχτότητα στην εμπειρία, και η γνωστική αντανάκλαση ως σταθερό γνώρισμα, γ) όσον αφορά γνωστική επεξεργασία σε θέματα που αφορούν το τραύμα: η γνωστική αντανάκλαση σχετικά με τον καρκίνο, δ) όσον αφορά τις

στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων: οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η θετική αναπλαισίωση, ε) όσον αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες: η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών.

2) Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αναμένεται να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με το μετατραυματικό στρες και τα χαμηλά επίπεδα προσαρμογής είναι: α) όσον αφορά τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και τις ιατρικές παραμέτρους: η νεαρή ηλικία και το προχωρημένο στάδιο του καρκίνου, γ) όσον αφορά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας και ανοιχτότητας στην εμπειρία και ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως σταθερό γνώρισμα, δ) όσον αφορά τη γνωστική επεξεργασία θεμάτων σχετικά με το τραύμα: ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο, ε) όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων: οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, στ) όσον αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες: η παρουσία κοινωνικών περιορισμών.

3) Εκτός από τις άμεσες σχέσεις ενδέχεται να εντοπίσουμε κάποιες έμμεσες σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές. Ενδεχόμενες διαμεσολαβητικές σχέσεις μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών είναι οι εξής: α) τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενδέχεται να επηρεάζουν την μετατραυματική ανάπτυξη, το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή μέσω των γνωστικών διεργασιών, των στρατηγικών αντιμετώπισης και της σχέσης με το κοινωνικό περιβάλλον, β) οι κοινωνικοί περιορισμοί θα επηρεάζουν την μετατραυματική ανάπτυξη, το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή μέσω των γνωστικών διεργασιών και των στρατηγικών αντιμετώπισης, γ) η γνωστική επεξεργασία ενδέχεται να επηρεάζει την ανάπτυξη, το στρες και την προσαρμογή μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης.

4) Υποθέτουμε ότι ορισμένες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, όπως είναι διαφορετικές μορφές γνωστικής επεξεργασίας, θα σχετίζονται αποκλειστικά με κάθε έναν από τους υπό μελέτη δείκτες προσαρμογής, ενώ κάποιες άλλες μεταβλητές θα σχετίζονται τόσο με την μετατραυματική ανάπτυξη, όσο και το μετατραυματικό στρες και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (π.χ. η αισιοδοξία).

Επιπλέον, υποθέτουμε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετίζεται με κάποιο τρόπο με το μετατραυματικό στρες,

5) Τέλος, υποθέτουμε ότι η σχέση των υπό μελέτη φαινομένων θα ρυθμίζεται από τρίτους παράγοντες (π.χ. τη γνωστική επεξεργασία).

Ο ευρύτερος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσφέρει μια καλύτερη και πληρέστερη κατανόηση της μετατραυματικής προσαρμογής των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρέχοντας πληροφορίες για τους παράγοντες που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη και εκείνους που σχετίζονται με αυξημένο μετατραυματικό στρες και προβλήματα προσαρμογής, αλλά και φωτίζοντας περισσότερο την σχέση ανάμεσα στις παραπάνω έννοιες και τον ρόλο τους στη γενικότερη προσαρμογή στην ασθένεια. Ευελπιστούμε ότι τα αποτελέσματα θα συμβάλλουν στον σχεδιασμό και την υλοποίηση πληρέστερων και πιο αποτελεσματικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που θα προάγουν την ψυχική υγεία των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία

3.1. Σχεδιασμός και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας εφαρμόσαμε τον μεθοδολογικό σχεδιασμό της συγχρονικής συλλογής δεδομένων (Cross-Sectional Study). Χορηγήσαμε ένα πακέτο αυτοχορηγούμενων ερωτηματολογίων στην Ελληνική γλώσσα, σε ένα δείγμα γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού. Τα δεδομένα μας συγκεντρώθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία δύο Δημόσιων Νοσοκομείων της Αθήνας: στα Εξωτερικά Ιατρεία της Κλινικής Μαστού του Ογκολογικού Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» και του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου». Οι γυναίκες που αποτελούν το δείγμα μας προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία για τον προγραμματισμένο ιατρικό έλεγχο. Ο ιατρός παρέπεμπε τις γυναίκες που είχαν λάβει διάγνωση του καρκίνου του μαστού με βάση την ιστολογική εξέταση στην ερευνήτρια μετά από την ολοκλήρωση της κλινικής εξέτασης, για την ενημέρωση σχετικά με την έρευνα και την παραλαβή του πακέτου ερωτηματολογίων. Ο χώρος προσέγγισης και επικοινωνίας με τις γυναίκες του δείγματος ήταν δίπλα στον χώρο εξέτασης. Η ερευνήτρια διερευνούσε αν οι γυναίκες πληρούσαν κάποια επιπλέον κριτήρια για την συμμετοχή στην μελέτη όπως: 1) είχαν παρέλθει τουλάχιστον έξι μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, 2) γνώση της ελληνικής γλώσσας, 3) ολοκλήρωση του μεγαλύτερου μέρους της θεραπείας (π.χ. επέμβαση, ακτινοβολίες & μεγαλύτερο μέρος χημειοθεραπείας και 4) απουσία κάποιας αισθητηριακής αναπηρίας που εμποδίζει την ανάγνωση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Στην συνέχεια η ερευνήτρια ενημέρωνε τις γυναίκες σχετικά με την φύση και τους στόχους της έρευνας στοχεύοντας στην εμπλοκή τους και την ανάπτυξη κινήτρου για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και παρουσίαζε το πακέτο ερωτηματολογίων εξηγώντας τον τρόπο συμπλήρωσης του κάθε εργαλείου. Επιπλέον, ο φάκελος περιελάμβανε γραπτές οδηγίες συμπλήρωσης και επιστροφής του φακέλου. Καθώς ο αριθμός των ερωτηματολογίων ήταν αρκετά μεγάλος και ο χρόνος συμπλήρωσης ξεπερνούσε την μια ώρα, οι γυναίκες παραλάμβαναν τον φάκελο (ο οποίος έφερε ήδη το γραμματόσημο και τη διεύθυνση αποστολής) και καλούνταν να τον επιστρέψει ταχυδρομικώς εντός των 2 επόμενων εβδομάδων. Η ερευνήτρια συμβούλευε τις γυναίκες να απαντήσουν αυθόρμητα και με ειλικρίνεια, επεσήμαινε ότι δεν υπάρχουν

ορθές και εσφαλμένες απαντήσεις, απέτρεπε την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με τη βοήθεια κάποιου άλλου και τέλος σημείωνε θέματα δεοντολογίας και το απόρρητο των δεδομένων.

Κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων που διήρκησε 1 ½ έτος, συνολικά 355 γυναίκες παραπέμφθηκαν από τους ιατρούς στην ερευνήτρια· 335 από τις 355 (94.4%) πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα· 320 γυναίκες δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και παρέλαβαν το πακέτο ερωτηματολογίων· από αυτές, 243 γυναίκες επέστρεψαν συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια (ποσοστό επιστροφής 75% από τις γυναίκες που βρέθηκαν επιλέξιμες και δέχτηκαν να συμμετάσχουν). Σε τηλεφωνική επικοινωνία της ερευνήτριας με τις γυναίκες για την υπενθύμιση επιστροφής των ερωτηματολογίων, ένας αριθμός γυναικών απάντησε ότι δεν θα συμπλήρωναν το πακέτο ερωτηματολογίων εξαιτίας του πλήθους των ερωτήσεων και της έλλειψης χρόνου.

3.2. Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Το αρχικό δείγμα της έρευνάς μας αποτελούνταν από 243 γυναίκες με καρκίνο του μαστού που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και πραγματοποιούσαν τον καθιερωμένο ιατρικό έλεγχο, ηλικίας από 30-85 ετών (Μέσος Όρος = 58.9, Τυπική Απόκλιση = 10.3). Ο πίνακας 3.1 παρουσιάζει τα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Επισκόπηση του πίνακα δείχνει ότι αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, 42.2% των γυναικών είχε ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ 36.3% είχε λάβει ανώτερη εκπαίδευση. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το 70.4% των γυναικών δήλωναν σε σχέση και το 17.5% ήταν εκτός σχέσης. Σχετικά με την ύπαρξη παιδιού, η πλειοψηφία των γυναικών (56.1%) είχε 2 παιδιά, 20.3% είχε ένα παιδί, 9.3% είχε 3 παιδιά, ενώ 14.3% των γυναικών δεν είχε παιδιά. Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση, 37.5% των γυναικών ήταν συνταξιούχοι, 29.6% εργαζόταν σε πλήρη απασχόληση, ενώ το 10.8% δήλωνε άνεργο. Αναφορικά με την εθνικότητα, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε την ελληνική εθνικότητα (98.3%). Σχετικά με τον τόπο διαμονής, το 63.3% των γυναικών διέμενε σε πόλεις με περισσότερους από 100.000 κατοίκους.

Τα ιατρικά στοιχεία που αφορούσαν το δείγμα, καταγράφηκαν από την ερευνήτρια σε συνεργασία με το γιατρό. Όλες οι γυναίκες του δείγματος είχαν υποβληθεί σε

χειρουργική επέμβαση και στην συνέχεια είχαν υποβληθεί σε συμπληρωματική θεραπεία. Συγκεκριμένα, το 59% των γυναικών είχε υποβληθεί σε συνδυαστική θεραπεία (π.χ. ακτινοθεραπεία & χημειοθεραπεία), ενώ το 41 % είχε υποβληθεί σε μια μόνο μορφή θεραπείας (π.χ. μόνο ακτινοθεραπεία, ή μόνο χημειοθεραπεία). Αναφορικά με το στάδιο της ασθένειας, οι περισσότερες γυναίκες (51.7%) είχαν διαγνωσθεί σε στάδιο 0 και στάδιο I, το 39.5% είχε διαγνωσθεί σε στάδιο II, ενώ το 8.8% είχε διαγνωσθεί σε στάδιο μεγαλύτερο του II_B. Το 93.8% δεν είχε εμφανίσει υποτροπή της νόσου. Το 66.5% των γυναικών ανέφεραν ότι δεν είχαν ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια. Τέλος, αναφορικά με τον χρόνο που είχε παρέλθει από την ολοκλήρωση της θεραπείας, για τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα η Διάμεσος Τιμή ήταν τα 5 έτη (Τυπική Απόκλιση = 6.5).

Μαζί με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, συγκεντρώσαμε και κάποιες επιπλέον πληροφορίες που κρίναμε ότι θα μας βοηθούσαν να σχηματίσουμε μια καλύτερη εικόνα για γυναίκες με καρκίνο του μαστού που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες ερωτήθηκαν αν αντιμετώπιζαν κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας εκτός από τον καρκίνο του μαστού και το 60.4% απάντησε αρνητικά. Από τις γυναίκες που απάντησαν θετικά, το 36.8% απάντησε ότι αντιμετωπίζει κάποιο καρδιοαναπνευστικό πρόβλημα, το 25.3% κάποιο μυοσκελετικό πρόβλημα, το 18.5% κάποιο ορμονικό πρόβλημα, το 11.5% έχει διαγνωσθεί με κάποια άλλη μορφή καρκίνου, το 3.4% ανέφερε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, ενώ το 2.5% ανέφερε κάποιο γαστρεντερικό πρόβλημα. Ακόμα, όταν οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν αν έχουν αντιμετωπίσει κάποιο άλλο τραυματικό πρόβλημα στη ζωή τους πέρα από τον καρκίνο του μαστού, το 51.3% απάντησε θετικά. Τέλος οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν κατά πόσο αντιλαμβάνονται το πρόβλημα του καρκίνου του μαστού ως σοβαρό και απειλητικό. Το 27.9% των γυναικών απάντησε ότι έκρινε τον καρκίνο του μαστού ως μια ασθένεια μέτριας σοβαρότητας, το 26.5% ως μια σοβαρή ασθένεια, ενώ μόλις το 7.1% των γυναικών αντιλαμβανόταν τον καρκίνο του μαστού ως μια πολύ σοβαρή ασθένεια. Αναφορικά με την απειλητικότητα της νόσου, το 36.3% αντιλαμβανόταν την νόσο ως απειλητική σε μέτριο βαθμό, το 31.4% ως λίγο απειλητική και το 6.2% αντιλαμβανόταν τον καρκίνο του μαστού ως μια πολύ απειλητική ασθένεια.

Πίνακας 3.1 Κύρια Κοινωνικό-Δημογραφικά και Ιατρικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων (N= 243)

Ηλικία	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
	58.9	10.3
Μεταβλητή	N	%
Ηλικία		
≤ 39	3	1.2
40 - 49	40	17
50 - 59	82	34.6
60 - 69	77	32.7
≥ 70	34	14.5
Εκπαίδευση		
Χαμηλό (πρωτοβάθμια εκπαίδευση)	51	21.5
Μεσαίο (δευτεροβάθμια εκπαίδευση)	100	42.2
Υψηλό (τριτοβάθμια εκπαίδευση)	86	36.3
Οικογενειακή Κατάσταση		
Χωρίς σχέση	42	17.5
Σε σχέση	169	70.4
Χήρα	29	12.1
Επαγγελματική Κατάσταση		
Άνεργη	26	10.8
Μερική απασχόληση	10	4.2
Πλήρης απασχόληση	71	29.6
Οικιακά	43	17.9
Συνταξιούχος	90	37.5

Πίνακας 3.1 Συνέχεια		
Μεταβλητή	N	%
Εθνικότητα		
Ελληνική	236	98.3
Άλλη	4	1.7
Τόπος Διαμονής		
Πόλη > 100.000 κάτοικοι	152	63.3
Πόλη < 100.000 κάτοικοι	48	20
Κωμόπολη	26	10.8
Χωριό	14	5.9
Αριθμός Είδους Θεραπείας		
Απλή θεραπεία (π.χ. μόνο ακτινοθεραπεία, ή μόνο χημειοθεραπεία)	82	41
Συνδυαστική θεραπεία (π.χ. χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία)	118	59
Στάδιο Ασθένειας		
Έως στάδιο I	106	51.7
Στάδιο II	81	39.5
Άνω IIB	18	8.8
Χρόνος από Διάγνωση	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση
	5 έτη	6.5

Σημείωση. Το άθροισμα των αριθμών δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις 243 εξαιτίας των ελλειπουσών τιμών

Καθώς τα ερωτηματολόγια που μετρούσαν τη γνωστική επεξεργασία δεν είχαν χορηγηθεί από την έναρξη της έρευνας, αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μη συμπλήρωση τους από ένα μέρος του δείγματος. Για να προχωρήσουμε στις πολυμεταβλητές αναλύσεις δημιουργήσαμε ένα αρχείο δεδομένων το οποίο αποτελούνταν από τα περιστατικά που είχαν συμπληρώσει το σύνολο των ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, από τις 243 περιπτώσεις δεν συμπεριλάβαμε στις πολυπαραγοντικές μας αναλύσεις 118 περιπτώσεις, διότι δεν είχαν συμπληρώσει το Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης, ως σταθερό γνώρισμα και σε επίπεδο κατάστασης. Συνεπώς, δημιουργήσαμε ένα αρχείο δεδομένων αποτελούμενο από 125 γυναίκες που είχαν λάβει και είχαν συμπληρώσει το σύνολο των ερωτηματολογίων. Τα κύρια χαρακτηριστικά του δείγματος αυτού παρουσιάζονται στον πίνακα 3.2.

**Πίνακας 3.2 Κοινωνικό-Δημογραφικά και Ιατρικά Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων
(N= 125)**

Ηλικία	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
	57.9 έτη	9.72
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	%
Χαμηλό (πρωτοβάθμια εκπαίδευση)	23	18.55
Μεσαίο (δευτεροβάθμια εκπαίδευση)	56	44.35
Υψηλό (τριτοβάθμια εκπαίδευση)	46	37.1
Οικογενειακή Κατάσταση		
Χωρίς σχέση	20	16
Σε σχέση	91	72.8
Χήρα	14	11.2
Αριθμός Είδους Θεραπείας		
Απλή θεραπεία (π.χ. μόνο ακτινοθεραπεία, μόνο χημειοθεραπεία, κλπ.)	37	34.3
Συνδυαστική θεραπεία (π.χ. χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία)	71	65.7
Στάδιο Νόσου		
Έως και I	55	47.8
IIA και IIB	45	39.1
Άνω του IIB	15	13.1
Χρόνος από Ολοκλήρωση Θεραπείας	Μέσος Όρος: 76 μήνες	Τυπική Απόκλιση: 77.6

Σημείωση. Το άθροισμα των αριθμών δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις 125 εξαιτίας των ελλειπυσών τιμών

3.3. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, τα δεδομένα μας συγκεντρώθηκαν μέσω αυτό-χορηγούμενων ερωτηματολογίων. Επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε αυτό-χορηγούμενα ερωτηματολόγια διότι η συγκεκριμένη μέθοδος παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα που εξυπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο τους στόχους της μελέτης. Συγκεκριμένα: α) είναι πιο πρακτικά, β) μπορεί να συγκεντρωθεί ένας μεγάλος αριθμός πληροφοριών από έναν μεγάλο αριθμό υποκειμένων σε μικρό χρονικό διάστημα και με το λιγότερο δυνατό κόστος, γ) ο τρόπος χορήγησης τους επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, δ) διευκολύνουν την πιο αντικειμενική ανάλυση των δεδομένων με την χρήση στατιστικών πακέτων, ε) επιτρέπουν την σύγκριση με προηγούμενες έρευνες. Ωστόσο, η χρήση ερωτηματολογίων συνοδεύεται και από κάποια πιθανά μειονεκτήματα, όπως: α) περιορίζει τις πληροφορίες που μπορεί να συγκεντρώσει ο ερευνητής και ενδέχεται να επιβάλλει το εύρος των απαντήσεων που δίνουν οι συμμετέχοντες, β) ο ερευνητής δεν μπορεί να γνωρίζει αν οι ερωτηθέντες απαντούν με ειλικρίνεια, γ) οι συμμετέχοντες ενδέχεται να κατανοήσουν με το δικό τους τρόπο τις ερωτήσεις και να απαντήσουν ανάλογα. Στην συγκεκριμένη έρευνα προσπαθήσαμε να περιορίσουμε τα πιθανά μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου με τους ακόλουθους τρόπους: α) συμπεριλάβαμε έναν μεγάλο αριθμό έγκυρων και αξιόπιστων ερωτηματολογίων, ώστε να δώσουμε την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να σκεφτούν και να μιλήσουν για διαφορετικές πτυχές της εμπειρίας τους, β) δώσαμε τις απαραίτητες οδηγίες, εγγράφως, αλλά και προφορικά, στους συμμετέχοντες για να έχουν μια όσο το δυνατόν περισσότερη, κοινή κατανόηση των ερωτήσεων, γ) συμπεριλάβαμε μια επιστολή συγκατάθεσης, την οποία επέστρεφαν υπογεγραμμένη οι συμμετέχοντες, μαζί με τα πακέτα ερωτηματολογίων, δ) ενημερώναμε τους συμμετέχοντες ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις, ε) τους προτρέπαμε να απαντούν αυθόρμητα και ειλικρινά στις ερωτήσεις, στ) κατά τη διάρκεια της συνάντησης μας με τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα προσπαθήσαμε να οικοδομήσουμε μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους και να ενδυναμώσουμε το κίνητρο τους για την συμμετοχή τους στην έρευνα, ζ) οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια στον χώρο τους, επομένως περιοριζόταν η επίδραση που θα μπορούσε να έχει ο χώρος του νοσοκομείου και η παρουσία του ερευνητή στις απαντήσεις των

ερωτηθέντων, η) προμηθεύαμε τις γυναίκες με φάκελο επιστροφής με πληρωμένα τα ταχυδρομικά τέλη, θ) επιβεβαιώναμε τις γυναίκες που συμμετείχαν ότι οι πληροφορίες που μας έδιναν θα παρέμεναν απόρρητες και τα ονόματά τους δεν θα εμφανίζονταν, ι) τονίζαμε στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ότι έπρεπε να απαντήσουν μόνες τους χωρίς τη βοήθεια από άλλους (π.χ. σύζυγο, παιδιά, συγγενείς, φίλους), ια) η ερευνήτρια επικοινωνούσε με τις γυναίκες που δεν είχαν επιστρέψει το πακέτο ερωτηματολογίων σε εύλογο χρονικό διάστημα για να διερευνηθούν οι λόγοι και να ενδυναμωθεί το κίνητρο συμπλήρωσης.

3.4. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια (δείγμα των οποίων παρατίθεται στο παράρτημα). Συγκεκριμένα, χορηγήθηκε 1) ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών και ιατρικού ιστορικού, 2) Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας ή Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (Life Orientation Test- Revised, LOT-R; Scheier et al., 1994), σε μετάφραση-στάθμιση των Μαμαλάκη και Τριλίβα (2002), 3) Ερωτηματολόγιο Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας-Κλίμακα Ανοιχτότητας στην Εμπειρία (NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]- Openness Scale; Costa & McCrae, 1992; Panayiotou, Kokkinos, & Spanoudis, 2004), 4) Κλίμακα Κοινωνικών περιορισμών (Social Constraints Scale; Lepore & Ituarte, 1999; Koutrouli, Anagnostopoulos, Tsikkinis, Papastilianou, & Lepore, 2015), 5) Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced [COPE-Brief]; Carver, 1997; Kapsou et al., 2010; Russi & Vassilaki, 2001), 6) Κλίμακα Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ]; Trapnell & Cambell, 1999), 7) Κλίμακα Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης - Επίπεδο κατάστασης (Reflective vs. Ruminative Mood Orientation Scale; McFarland & Buhler, 1998), 8) Κλίμακα μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version [PCL-C]; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Calbari & Anagnostopoulos, 2010), 8) Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI]; Tedeschi & Calhoun, 1996; Mystakidou, et al., 2008), 9) Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey; Ware, 1993; Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005), 10) Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην

Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR]; Derogatis, 1986; Kolokotroni, Anagnostopoulos, & Missitzis, 2016).

3.4.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Πληροφοριών και Ιατρικού Ιστορικού

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν στα παρακάτω: α) ηλικία, β) τόπο κατοικίας, γ) εκπαιδευτικό επίπεδο, δ) οικογενειακή κατάσταση και αριθμό παιδιών, ε) επαγγελματική κατάσταση και είδος επαγγέλματος. Το εκπαιδευτικό επίπεδο κατηγοριοποιήθηκε σε επτά (7) επίπεδα: Καθόλου εκπαίδευση, Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, Τ.Ε.Ι, Α.Ε.Ι και μεταπτυχιακές σπουδές. Η οικογενειακή κατάσταση κατηγοριοποιήθηκε στα παρακάτω τέσσερα (3) επίπεδα: χωρίς σχέση, σε σχέση, και χήρος/α. Η επαγγελματική κατάσταση κατηγοριοποιήθηκε σε 4 επίπεδα: άνεργος/η, μερικής απασχόλησης, ολικής απασχόλησης και συνταξιούχος.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε στην συλλογή πληροφοριών που σχετιζόταν με το ιατρικό ιστορικό, όπως: α) έτος διάγνωσης και επέμβασης, β) υποβολή σε θεραπεία, γ) υποτροπή, δ) άλλα προβλήματα υγείας (πέρα από τον καρκίνο του μαστού), ε) ιστορικό καρκίνου μαστού στην οικογένεια. Αναφορικά με το έτος διάγνωσης και έτος επέμβασης οι συμμετέχοντες ανέφεραν τις σχετικές ημερομηνίες, οι οποίες κωδικοποιήθηκαν σε μήνες από τον ερευνητή. Οι πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία κατηγοριοποιήθηκαν όπως περιγράφεται παρακάτω: 1) χημειοθεραπεία, 2) ακτινοθεραπεία, 3) ορμονοθεραπεία, 4) συνδυαστικές θεραπείες. Κατά τη διάρκεια των στατιστικών αναλύσεων η μεταβλητή αυτή κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με τον αριθμό διαφορετικών ειδών θεραπείας: ένα είδος θεραπείας ή συνδυασμός διαφορετικών ειδών θεραπείας. Επιπλέον, το ιατρικό προσωπικό έδωσε στην ερευνήτρια τις απαραίτητες πληροφορίες για το στάδιο της ασθένειας (TNM). Συγκεκριμένα η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού κρίνεται σημαντική διότι επιτρέπει την πρόγνωση, αλλά και συμβάλλει στον καθορισμό του θεραπευτικού σχήματος. Ο καθορισμός του σταδίου της ασθένειας επιτυγχάνεται με την ταξινόμηση κατά το σύστημα TNM. Συγκεκριμένα, η σταδιοποίηση γίνεται με βάση το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T [Tumor]), την παρουσία διηθημένων

σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N[Nodes]) και την παρουσία ή μη απομακρυσμένων μεταστάσεων (M[Metastases]).

Σύμφωνα με το σύστημα TNM υπάρχουν τα παρακάτω κύρια στάδια:

- 1) **Στάδιο 0:** πρόκειται για τον καρκίνο *in situ* που περιορίζεται στο σημείο προέλευσής του και υπάρχουν διηθημένοι ιστοί στην γύρω περιοχή. Υπάρχουν δύο κατηγορίες: τα *in situ* λοβώδη καρκινώματα και τα *in situ* καρκινώματα των εκφορητικών πόρων του μαστού.
- 2) **Στάδιο I (T1N0M0):** στην περίπτωση αυτή ο πρωτοπαθής όγκος (T1) δεν ξεπερνά σε μέγεθος τα 2cm και δεν υπάρχει ένδειξη διήθησης στους λεμφαδένες (N0) ή διασποράς σε απομακρυσμένα σημεία/όργανα (M0).
- 3) **Στάδιο II Α:** Περιλαμβάνει δύο κατηγορίες α) T0N1M0 και β) T2N0M0. Στην περίπτωση T0N1M0 δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου (T0), ωστόσο διακρίνεται μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (N1). Στη δεύτερη περίπτωση, T2N0M0, υπάρχει όγκος του οποίου το μέγεθος είναι μεγαλύτερο από 2cm, αλλά δεν ξεπερνά τα 5cm (T2), ωστόσο δεν παρατηρείται διήθηση/μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (N0).
Στάδιο II Β: Περιλαμβάνει τις εξής δύο κατηγορίες α) T2N1M0 και β) T3N0M0. Στην πρώτη περίπτωση το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου είναι 2-5cm (T2), ενώ υπάρχουν και διηθημένοι λεμφαδένες (N1). Στη δεύτερη περίπτωση ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm (T3), αλλά δεν παρατηρούνται μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (N0).
- 4) **Στάδιο III Α:** Το στάδιο αυτό αποτελείται από τις κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 και T3N2M0. Πιο συγκεκριμένα, ισχύει ένα από τα παρακάτω: α) ο όγκος δεν είναι μεγαλύτερος από 5 cm, ή δεν εντοπίζεται (T0 ή T2), έχει διηθήσει 4 έως 9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή έχει προκαλέσει διόγκωση των έσω μαστικών λεμφαδένων (N2), ή β) όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 cm, αλλά δεν έχει διεισδύσει στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα (T3). Επιπλέον, έχει επεκταθεί σε 1 έως 9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή στους έσω μαστικούς λεμφαδένες (N1 ή N2).

5) **Στάδιο III B:** Το στάδιο περιλαμβάνει τις κατηγορίες T4 any N M0. Σε αυτή την περίπτωση ο πρωτοπαθής όγκος έχει διεισδύσει στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα (T4) και ισχύει ένα από τα παρακάτω: α) δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες (N0), β) έχει επεκταθεί σε 1 έως 3 λεμφαδένες και / ή η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα αποκαλύπτει μικρά καρκινώματα στους έσω μαστικούς λεμφαδένες (N1), γ) έχει επεκταθεί σε 4 έως 9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή έχει προκαλέσει διόγκωση των έσω μαστικών λεμφαδένων (N2). Επιπλέον, υπάρχει και η διάγνωση της σπάνιας μορφής καρκίνου που ονομάζεται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού, που κατηγοριοποιείται στο στάδιο IIIA, εκτός αν ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένους λεμφαδένες ή όργανα, οπότε σε αυτή την περίπτωση περιλαμβάνεται στο Στάδιο IV.

6) **Στάδιο IIIC:** Στην περίπτωση αυτή (*any T N3 M0*) ο πρωτοπαθής όγκος μπορεί να είναι κάθε μεγέθους ή μη εντοπίσιμος, και επιπλέον ισχύει ένα από τα παρακάτω: α) ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε 10 ή περισσότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες (N3), β) ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες κάτω ή πάνω από την κλείδα (N3), γ) ο καρκίνος εντοπίζεται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και έχει προκαλέσει διόγκωση των έσω μαστικών λεμφαδένων (N3).

7) **Στάδιο IV:** Το τέταρτο στάδιο (μεταστατικός καρκίνος) περιλαμβάνει κατηγορίες με οποιοδήποτε μέγεθος πρωτοπαθούς όγκου, με διήθηση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, αλλά και με απομακρυσμένες μεταστάσεις (όπως σε πνεύμονες ή ήπαρ), ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος που εκτείνεται και πέρα από την περιοχή του μαστού.

Η τελική κατηγοριοποίηση του σταδίου της νόσου ήταν η εξής: α) τα στάδια 0, I αποτελούσαν πρώιμες μορφές της νόσου, β) τα στάδια IIa και IIb αποτελούσαν μέτριας σοβαρότητας στάδια και γ) τα στάδια III και IV αποτελούσαν προχωρημένο στάδιο του καρκίνου του μαστού.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου δημογραφικών και ιατρικών πληροφοριών στόχευε να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με 1) την ύπαρξη κάποιου άλλου (εκτός από τον καρκίνο του μαστού) τραυματικού γεγονότος στη ζωή τους, 2) το αν

αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως ένα σοβαρό γεγονός και 3) το αν αντιλαμβάνονται τον καρκίνο του μαστού ως ένα απειλητικό γεγονός. Σχετικά με την πρώτη ερώτηση ο ερευνητής κωδικοποίησε τις απαντήσεις στις κύριες κατηγορίες που εμφανίστηκαν, όπως κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια, την απώλεια αγαπημένου προσώπου και σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Η δεύτερη ερώτηση κατηγοριοποιούνταν στα εξής επίπεδα: 1) πολύ σοβαρή, 2) σοβαρή, 3) μέτριας σοβαρότητας, 4) λίγο σοβαρή, 5) καθόλου σοβαρή. Ενώ για την τελευταία ερώτηση υπήρχαν τα εξής πέντε επίπεδα: 1) εξαιρετικά απειλητική, 2) σε μεγάλο βαθμό απειλητική, 3) σε μέτριο βαθμό απειλητική, 4) σε μικρό βαθμό απειλητική, 5) καθόλου απειλητική.

Στην συνέχεια περιγράφονται τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη μας:

3.4.2. Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test- Revised [LOT-R])

Η Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας ή το Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (Life Orientation Test, LOR) των Scheier & Carver (1985) χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει το βαθμό αισιοδοξίας ως σταθερού στοιχείου της προσωπικότητας. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη μορφή του ερωτηματολογίου (Life Orientation Test- Revised [LOT-R]; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) το οποίο εστιάζει στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων. Το LOT-R είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο αποτελείται από δέκα (10) ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 4 ερωτήσεις δεν αξιολογούνται και δεν υπολογίζονται στο τελικό σκορ της κλίμακας (filler items). Οι υπόλοιπες 6 ερωτήσεις αξιολογούν σε γενικό επίπεδο τις προσδοκίες (θετικές ή αρνητικές) που μπορεί να διατηρεί κάποιος για όσα συμβαίνουν στη ζωή του. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει προτάσεις όπως: «σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως αναμένω να συμβεί το καλύτερο», και «σπάνια περιμένω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.» Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα πέντε (5) διαβαθμίσεων από 0 (*διαφωνώ απόλυτα*) έως 4 (*συμφωνώ απόλυτα*). Από τις έξι προτάσεις που βαθμολογούνται οι τρεις είναι διατυπωμένες θετικά και οι άλλες τρεις αρνητικά. Οι αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις (1, 4, 10) χρειάζεται να αντιστραφούν (recoding) πριν από τη βαθμολόγηση. Το σκορ κυμαίνεται από 0-24 και υψηλότερες τιμές δηλώνουν

υψηλότερο επίπεδο αισιοδοξίας ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η αρχική κλίμακα είχε ικανοποιητικό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ($\alpha = .78$). Η κλίμακα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα από τους Μαμαλάκη και Τριλίβα (2001). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας κρίθηκε ικανοποιητική ($\alpha = .76$).

3.4.3. Ερωτηματολόγιο Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας-Κλίμακα Ανοιχτότητας στην Εμπειρία (NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]- Openness Scale)

Το ερωτηματολόγιο NEO-FFI αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο μετρά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ατόμων που δεν αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική νόσο (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992). Έχει βασιστεί στη θεωρία των πέντε παραγόντων και έχει κατασκευαστεί ακριβώς για να μετρά πέντε παράγοντες: Εξωστρέφεια, Νευρωτισμός, Δεκτικότητα σε Εμπειρίες/Ανοιχτότητα, Προσήνεια & Ευσυνειδησία. Αποτελεί μια συντομευμένη έκδοση του Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; NEO-FFI; Costa & McCrae, 1985). Συγκεκριμένα περιλαμβάνει 60 προτάσεις, 5 παράγοντες με 12 προτάσεις σε κάθε παράγοντα. Το ερωτηματολόγιο χορηγείται ατομικά ή ομαδικά. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια πενταβάθμια κλίμακα διαβαθμίσεων από 1 (*διαφωνώ απόλυτα*) έως 5 (*συμφωνώ απόλυτα*). Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης χρησιμοποιήσαμε μόνο την κλίμακα Δεκτικότητας σε Εμπειρίες/Ανοιχτότητας (Openness scale) η οποία αποτελείται από 12 προτάσεις και δίνει ξεχωριστή βαθμολογία από την άθροιση των τιμών των 12 προτάσεων. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει προτάσεις όπως: «δεν μου αρέσει να χάνω τον χρόνο μου ονειροπολώντας», «η ποίηση με αγγίζει ελάχιστα ή καθόλου», και «έχω πολλά πνευματικά ενδιαφέροντα.» Η Κλίμακα Ανοιχτότητας στην εμπειρία περιλαμβάνει προτάσεις από την συγκεκριμένη κατηγορία των πέντε παραγόντων που αφορά σε έννοιες όπως α) φαντασία, β) αισθητική, γ) συναισθήματα, δ) δράσεις, ε) ιδέες, και στ) αξίες. Πέντε (5) προτάσεις είναι διατυπωμένες θετικά, ενώ 7 προτάσεις είναι διατυπωμένες αρνητικά και χρειάζεται να αντιστραφούν πριν από τη βαθμολόγηση τους (1, 2, 4, 5, 7, 8, 10). Το σκορ κυμαίνεται από 12-60 και υψηλότερες τιμές δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ανοιχτότητας και δεκτικότητας στην εμπειρία ως

σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Το NEO-FFI μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα από τους Παναγιώτου, Κόκκινο και Σπανούδη (2004). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την αρχική (αμερικάνικη) κλίμακα ήταν ικανοποιητική ($\alpha = .73$), ενώ στο ελληνικό δείγμα στάθμισης ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν $\alpha = .51$. Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν $\alpha = .57$.

3.4.4. Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale)

Η Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει το μέγεθος των κοινωνικών περιορισμών που αντιλαμβάνονται οι γυναίκες ότι συναντούν στο περιβάλλον τους (Lepore & Ituarte, 1999). Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αποτελείται από 15 προτάσεις, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή τους παρουσίασαν συμπεριφορές που περιγράφονται στις προτάσεις και αφορούν σε κοινωνικούς περιορισμούς. Ενδεικτικά αναφέρουμε προτάσεις που περιλαμβάνονται στην κλίμακα όπως: «πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου άλλαξαν θέμα όταν προσπαθούσες να μιλήσεις για την ασθένεια σου», «πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να κρύβουν τα συναισθήματά τους» και «πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον εαυτό σου τα συναισθήματά σου σχετικά με την ασθένεια, επειδή τους προκαλούσαν ανησυχία.» Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν σε μια διαβαθμιστική κλίμακα με 4 επίπεδα από το 1 (ποτέ) έως το 4 (συχνά). Το συνολικό σκορ της κλίμακας προέκυπτε από την άθροιση των τιμών κάθε πρότασης και κυμαινόταν από 15 έως 60 με τις υψηλότερες τιμές να δηλώνουν ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται μεγαλύτερο επίπεδο κοινωνικών περιορισμών από τους σημαντικούς ανθρώπους της ζωής τους. Όλες οι προτάσεις ήταν διατυπωμένες θετικά. Η μετάφραση και προσαρμογή στην Ελληνική γλώσσα έγινε από τους Κουτρούλη και Αναγνωστόπουλο (2016) σε ένα δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η αρχική κλίμακα υποστήριζε ότι πρόκειται για μια μονοδιάστατη κλίμακα και αξιολόγησε τους κοινωνικούς περιορισμούς από τον σύντροφο και τους φίλους/συγγενείς με αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας .88 και .92

αντίστοιχα. Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν $\alpha = .89$.

3.4.5. Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Brief COPE)

Η Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει τον τρόπο αντιμετώπισης αντίξοων συνθηκών από τις γυναίκες που αποτελούσαν το δείγμα της έρευνάς μας. Η Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced, COPE) των Carver, Scheier & Weintraub (1989) βασίζεται στη θεωρία των Lazarus και Folkman (1984) σχετικά με τις στρατηγικές που ακολουθούν οι άνθρωποι για να ανταπεξέλθουν στο στρες που αναπτύσσεται εξαιτίας γεγονότων που βιώνονται ως τραυματικά. Η εκτεταμένη εκδοχή του COPE αποτελείται από 60 προτάσεις που καλύπτουν 15 κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτές τις 15 στρατηγικές διακρίνονται σε δύο κύριες ομάδες: 1) στρατηγικές που αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος (σχεδιασμός, λήψη μέτρων, αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, αυτοσυγκράτηση, κοινωνική υποστήριξη-αναζήτηση πληροφοριών) και 2) στρατηγικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων (κοινωνική υποστήριξη - συναισθηματική, θετική αναπλαισίωση, αποδοχή του προβλήματος, στροφή προς τη θρησκεία, συναισθηματική εκτόνωση, άρνηση, παραίτηση, νοητική αποδέσμευση, χρήση χημικών ουσιών και χιούμορ).

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της κλίμακας COPE (Carver, 1997), η οποία περιλαμβάνει 28 προτάσεις που καλύπτουν 14 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων: 1) απόσπαση προσοχής (προτάσεις 1 & 19), 2) λήψη μέτρων (προτάσεις 2 & 7), 3) άρνηση (προτάσεις 3 & 8), 4) χρήση ουσιών (προτάσεις 4 & 11), 5) αναζήτηση συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης (προτάσεις 5 & 15), 6) αναζήτηση πληροφοριών-κοινωνική υποστήριξη (προτάσεις 10 & 23), 7) συμπεριφορική αποσύνδεση (προτάσεις 6 & 16), 8) εκτόνωση συναισθημάτων (προτάσεις 9 & 21), 9) θετική αναπλαισίωση (προτάσεις 12 & 17), 10) σχεδιασμός (προτάσεις 14 & 25), 11) χιούμορ (προτάσεις 18 & 28), 12) αποδοχή (προτάσεις 20 & 24), 13) θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης (προτάσεις 22 & 27) και 14) αυτομομφή (προτάσεις 13 &

26). Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια διαβαθμιστική κλίμακα τεσσάρων επιπέδων, από το 1 (*δεν ενεργώ καθόλου*) έως το 4 (*ενεργώ πάρα πολύ*). Η βαθμολόγηση επιτυγχάνεται με την άθροιση των ερωτημάτων, ενώ το σκορ της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 2 έως 8. Υψηλότερες τιμές αποτελούν ένδειξη ότι η συγκεκριμένη στρατηγική χρησιμοποιείται πιο συχνά. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά (Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010; Roussi & Vasilaki, 2001).

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήσαμε τις υποκλίμακες α) θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, β) θετική αναπλαισίωση, γ) αυτομομφή και δ) την περιεκτικότερη υποκλίμακα των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης (disengagement coping) που περιελάμβανε τις επιμέρους υποκλίμακες άρνηση, συμπεριφορική απεμπλοκή, απόσπαση προσοχής και χρήση ουσιών (Gourounti, 2012). Ακολουθώντας την πρόσφατη βιβλιογραφία (Eisinga, Grotenhuis, & Pelzer, 2013), για τον έλεγχο αξιοπιστίας των υποκλιμάκων της θετικής αναπλαισίωσης, της αυτομομφής και των θρησκευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης, εκτιμήσαμε τον συντελεστή Spearman – Brown, ο οποίος θεωρείται πιο αντιπροσωπευτικός στην περίπτωση που μια κλίμακα αποτελείται από 2 θέματα. Οι συντελεστές Spearman – Brown για τη θετική αναπλαισίωση, τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και την αυτομομφή ήταν $r_{SB} = .76$, $r_{SB} = .91$ και $r_{SB} = .63$, αντίστοιχα.

3.4.6. Κλίμακας Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version [PCL-C])

Η Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version [PCL-C]; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Calbari & Anagnostopoulos, 2010) χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθούν τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 17 προτάσεων, το οποίο βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για την μετατραυματική διαταραχή: 1) αναβίωση συμπτωμάτων, 2) αποφυγή-μούδιασμα και 3) υπερδιέγερση. Το ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί για να μετράει την απόκριση σε τραυματικές εμπειρίες που ανέκυσαν κατά τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων (πολιτών), ενώ ενδεικτικά περιλαμβάνονται

προτάσεις όπως: «υπάρχει έντονη αναστάτωση και ταραχή όταν κάτι σας υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος» και «έχετε πρόβλημα και δυσκολία στο να θυμηθείτε σημαντικές πλευρές του τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος». Οι ερωτηθέντες καλούνται να αξιολογήσουν το βαθμό στον οποίο έχουν ενοχληθεί (μέσα στον προηγούμενο μήνα) από τα συμπτώματα που περιγράφονται, απαντώντας σε μια κλίμακα με πέντε (5) διαβαθμίσεις από 1 (*καθόλου*) έως 5 (*πάρα πολύ*). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε τον συνολικό σκορ το οποίο κυμαίνεται από 17-85, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντανakλούν πιο σοβαρά συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την αρχική κλίμακα είναι πολύ καλή ($\alpha = .90$). Η μετάφραση και προσαρμογή στην Ελληνική γλώσσα έγινε από τους Κάλμπαρη και Αναγνωστόπουλο (2010). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των τριών υποκλιμάκων στο Ελληνικό δείγμα κυμαινόταν από .70 έως .86. Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν $\alpha = .90$ για την συνολική κλίμακα.

3.4.7. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI])

Η Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI]; Tedeschi & Calhoun, 1996) χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσουμε την μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αποτελείται από 21 προτάσεις όπως: «άλλαξα τις προτεραιότητές μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή», «βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές» και «ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατή απ' ό,τι νόμιζα». Οι συμμετέχοντες πήραν την οδηγία να υποδείξουν για κάθε μία από τις προτάσεις το βαθμό στον οποίο αυτή η αλλαγή παρουσιάστηκε στη ζωή τους, ως αποτέλεσμα της ασθένειας, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα με έξι (6) διαβαθμίσεις από 0 (*καθόλου*) έως 5 (*σε πολύ μεγάλο βαθμό*). Η συγκεκριμένη κλίμακα δίνει ένα συνολικό σκορ μετατραυματικής ανάπτυξης και 5 επιμέρους σκορ για κάθε μια από τις 5 υποκλίμακες/διαστάσεις: 1) αλλαγή στις σχέσεις με τους άλλους, 2) συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, 3) αυξημένη προσωπική δύναμη, 4) πνευματικές αλλαγές και 5) αλλαγές στην εκτίμηση της ζωής. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0-126 και υψηλότερες βαθμολογίες αντανakλούν υψηλότερο επίπεδο μετατραυματικής ανάπτυξης. Η αρχική κλίμακα έχει καλή αξιοπιστία εσωτερικής

συνέπειας Cronbach's alpha ($\alpha = .90$). Η κλίμακα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα από την Μυστακίδου και τους συνεργάτες της (2008), οι οποίοι ανέφεραν καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ($\alpha = .92$). Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν $\alpha = .94$ για την συνολική κλίμακα.

3.4.8. Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey)

Χρησιμοποιήσαμε το ψυχομετρικό εργαλείο «Επισκόπηση Υγείας SF-36» (SF-36 Health Survey; Ware, 1993; Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005), για να μετρήσουμε την κατάσταση υγείας του δείγματος. Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αποτελείται από ένα πλέγμα 36 προτάσεων που συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις και καλύπτουν την φυσική και την πνευματική κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων και την υποκειμενική αξιολόγησή της. Οι 8 διαστάσεις είναι οι παρακάτω: 1) σωματική λειτουργικότητα (Physical Functionality), 2) σωματικός ρόλος (Role-Physical), 3) σωματικός πόνος (Bodily Pain), 4) γενική υγεία (General Health), 5) ζωτικότητα (Vitality), 6) κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functionality), 7) συναισθηματικός ρόλος (Role-Emotional) και 8) ψυχική υγεία (Mental Health).

Δέκα (10) προτάσεις έχουν διατυπωθεί αρνητικά και χρειάζεται να αντιστραφούν (recoding). Η κλίμακα δίνει 8 σκορ (ένα για κάθε υποκλίμακα) και 2 επιπλέον σκορ: 1) *σωματικής υγείας* που προκύπτει από το άθροισμα των διαστάσεων σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και γενική υγεία και 2) *ψυχικής υγείας* που προκύπτει από το άθροισμα των διαστάσεων ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος, και ψυχική υγεία. Η βαθμολόγηση της κάθε υποκλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και στο πλαίσιο των πολυπαραγοντικών αναλύσεων χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα της ψυχικής υγείας, η οποία μετράει την συναισθηματική ευημερία. Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας για την συγκεκριμένη υποκλίμακα ήταν $\alpha = .85$.

Εκτός από τα ήδη σταθμισμένα ερωτηματολόγια, χρησιμοποιήσαμε και τα παρακάτω μη σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία:

3.4.9. Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ])

Το ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ]) (Trapnell & Cambell, 1999) χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί το επίπεδο αρνητικής μηρυκαστικής σκέψης και γνωστικής αντανάκλασης ως σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 24 προτάσεις και διακρίνει την έννοια του γνωστικού μηρυκασμού σε δύο διαστάσεις: *αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός* και *γνωστική αντανάκλαση*. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μετρά τις δύο παραπάνω μεταβλητές ως γενικές τάσεις και αποκρίσεις στα ερεθίσματα και τις διαθέσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν σε μια κλίμακα με πέντε (5) διαβαθμίσεις από 1 (*διαφωνώ απόλυτα*) έως 5 (*συμφωνώ απόλυτα*). Η υποκλίμακα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού περιλαμβάνει 12 προτάσεις όπως «συχνά η προσοχή μου είναι στραμμένη σε πτυχές του εαυτού μου που δεν θα ήθελα πια να σκέφτομαι» και «συνηθίζω να συλλογίζομαι ή να «κολλάω» σε πράγματα που μου συμβαίνουν, για πολύ καιρό μετά». Δώδεκα προτάσεις περιλαμβάνει και η υποκλίμακα γνωστική αντανάκλαση, όπως «μου αρέσει πολύ να εξερευνώ τον εσωτερικό μου κόσμο» και «μου αρέσει να αναλύω τους λόγους για τους οποίους συμπεριφέρομαι με συγκεκριμένο τρόπο». Δημιουργούνται δύο σκορ, ένα για την κάθε υποκλίμακα με εύρος τιμών 12-60 με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αποτελούν ένδειξη ότι οι συμμετέχοντες κάνουν μεγαλύτερη χρήση της συγκεκριμένης μεταβλητής. Στην 1^η υποκλίμακα, 2 προτάσεις είναι διατυπωμένες αρνητικά (6 & 9) και χρειάζονται αντιστροφή, ενώ για τη 2^η υποκλίμακα, 5 προτάσεις είναι διατυπωμένες αρνητικά και χρειάζεται να αντιστραφούν (13, 14, 17, 20, & 24).

Οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας είναι καλοί και για τις δύο υποκλίμακες. Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός έχει δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας $\alpha = .88$ και η υποκλίμακα γνωστική αντανάκλαση

έχει δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας $\alpha = .94$. Στην παρούσα μελέτη οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν .87 και .85, αντίστοιχα.

Επιλέξαμε το συγκεκριμένο εργαλείο για να μετρήσουμε το στυλ γνωστικής επεξεργασίας τραυματικών εμπειριών καθώς έχει χρησιμοποιηθεί και σε προηγούμενες έρευνες προκειμένου να διερευνήσουν τον ρόλο της γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης (Kane, 2007). Επιπλέον, η παρούσα κλίμακα επιτρέπει την αξιολόγηση δύο διαφορετικών γνωστικών προσεγγίσεων, ενός εποικοδομητικού κι ενός μη εποικοδομητικού τύπου γνωστικής επεξεργασίας των στρεσογόνων εμπειριών. Τέλος, είναι η μόνη κλίμακα που αξιολογεί το γνωστικό στυλ ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας, γεγονός που μας επιτρέπει να εμπλουτίσουμε τα ερμηνευτικά μας μοντέλα της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

3.4.10. Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης -Επίπεδο Κατάστασης (Reflective vs. Ruminative Mood Orientation Scale)

Το ψυχομετρικό εργαλείο Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης - Επίπεδο Κατάστασης (Reflective vs. Ruminative Mood Orientation Scale) (McFarland & Buhler, 1998) χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθούν δύο διαφορετικοί τρόποι σκέψης, ως καταστασιακοί παράγοντες (δηλ. σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού). Επομένως, οι συμμετέχοντες έλαβαν την οδηγία από τους ερευνητές να σκεφτούν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ανάλογα να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο αποτελείται από μια υποκλίμακα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού 12 προτάσεων και μια υποκλίμακα γνωστικής αντανάκλασης, 12 επίσης προτάσεων. Η πρώτη υποκλίμακα αναφέρεται σε σκέψεις οι οποίες μαρτυρούν μια σύγχυση σχετικά με τη διάθεση κάποιου, μια παθητική στάση απέναντι στην αρνητική διάθεση, επαναλαμβανόμενες σκέψεις αναφορικά με τις αιτίες και τις συνέπειες αυτής της αρνητικής διάθεσης, αλλά και έλλειψη δυνατότητας να αλλάξουν τη διάθεση τους που σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός. Η υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνει προτάσεις όπως

«αναρωτιέμαι συνεχώς γιατί αντιδρώ με τον ίδιο πάντα τρόπο σε ό,τι αφορά την πάθηση μου», «έχω ανάμεικτα συναισθήματα σχετικά με την πάθηση μου και δεν μπορώ να τα προσδιορίσω εύκολα» και «η προσοχή μου είναι στραμμένη σε αυτά που νιώθω σχετικά με την πάθηση μου και δεν μπορώ να ξεκολλήσω». Η υποκλίμακα γνωστικής αντανάκλασης αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματά του, την προθυμία κάποιου να παρακολουθεί με ειλικρίνεια τα συναισθήματά του, να αποφεύγει επαναλαμβανόμενες και αδιέξοδες σκέψεις σχετικά με τα πιθανά αίτια και τις συνέπειες της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και την ικανότητά του να αλλάζει την αρνητική του διάθεση. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει προτάσεις όπως «όταν νιώθω άσχημα σχετικά με την πάθησή μου κάνω κάτι για να αισθανθώ καλύτερα», «αντιλαμβάνομαι την αρνητική στάση που πιθανά έχω κάποιες φορές σχετικά με την πάθησή μου» και «μπορώ να αλλάξω και να βελτιώσω αυτό που νιώθω». Τα άτομα καλούνται να απαντήσουν σε μια διαβαθμιστική κλίμακα από το 1 (*σχεδόν ποτέ*) έως 4 (*σχεδόν πάντα*). Να αναφέρουμε ότι στο ερωτηματολόγιο προτιμήσαμε να δώσουμε διαβαθμιστική κλίμακα με τιμές 1 έως 4 και όχι 0-3 για δύο λόγους: 1) επειδή η προηγούμενη κλίμακα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού και γνωστικής αντανάκλασης σε επίπεδο σταθερού γνωρίσματος (RRQ) καλούσε τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε μια κλίμακα με τιμές 1 έως 5 (απουσία μηδενικής τιμής) θέλαμε να αποφύγουμε κάποια διαφοροποίηση στις επιλογές βαθμολόγησης που θα οδηγούσε σε σύγχυση στις απαντήσεις, 2) υπάρχει μια κάποια αμφισβήτηση για την χρήση της τιμής 0 σε κλίμακες διαβάθμισης σε ψυχολογικές έννοιες. Η απάντηση «σχεδόν ποτέ» θα μπορούσε να δημιουργήσει κάποια σύγχυση καθώς το 0 αναφέρεται στην απουσία ενός φαινομένου. Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν ερευνητές οι οποίοι προτιμούν να αποφεύγουν τις μηδενικές τιμές στις Likert κλίμακες. Στο πακέτο ερωτηματολογίων που χορηγήσαμε υπάρχουν δύο ερωτηματολόγια με την επιλογή 0 στην Likert κλίμακα (LOT-R & PTGI). Ωστόσο, και τα δύο αυτά ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως και έχουν εξετασθεί οι ψυχομετρικές τους ιδιότητες και η τιμή 0 αντιστοιχεί στις επιλογές «διαφωνώ απόλυτα» και «καθόλου» αντίστοιχα.

Σε προηγούμενη μελέτη, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την κλίμακα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ήταν καλή ($\alpha = .89$) και για την

κλίμακα γνωστικής αντανάκλασης ήταν ικανοποιητική ($\alpha = .77$). Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν .93 και .71, αντίστοιχα.

Επιλέξαμε το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο διότι μας επιτρέπει να διερευνήσουμε τον ρόλο που διαδραματίζει η γνωστική επεξεργασία σε επίπεδο κατάστασης στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης (Kane, 2007). Το παρόν ερωτηματολόγιο, αν και δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, μας δίνει τη δυνατότητα να μετρήσουμε την γνωστική επεξεργασία σε επίπεδο κατάστασης και να το συγκρίνουμε με ένα πιο τεκμηριωμένο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τη γνωστική επεξεργασία σε επίπεδο σταθερού στυλ. Η παρούσα κλίμακα επιτρέπει την αξιολόγηση δύο διαφορετικών γνωστικών προσεγγίσεων, ενός εποικοδομητικού κι ενός μη εποικοδομητικού τύπου γνωστικής επεξεργασίας των στρεσογόνων εμπειριών, αυτή την φορά ως καταστασιακό χαρακτηριστικό που σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός.

3.4.11. Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR])

Το Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR]; Derogatis, 1986) χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσουμε το επίπεδο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε επτά (7) διαφορετικούς τομείς. Η συγκεκριμένη εκδοχή αποτελείται από 46 προτάσεις που κατηγοριοποιούνται σε 7 διαφορετικούς τομείς: 1) προσανατολισμός σχετικά με την φροντίδα σε θέματα υγείας (8 προτάσεις), 2) επαγγελματικό περιβάλλον (6 προτάσεις), 3) οικογενειακό περιβάλλον (8 προτάσεις), 4) σεξουαλικές σχέσεις (6 προτάσεις), 5) σχέσεις με τη διευρυμένη οικογένεια (5 προτάσεις), 6) κοινωνικές σχέσεις (6 προτάσεις) και 7) ψυχολογική δυσφορία (7 προτάσεις). Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνονται προτάσεις όπως: «κατά την διάρκεια της ασθένειάς σας λάβατε κάποια θεραπεία και από γιατρούς και από άλλο προσωπικό. Πώς νιώθετε για αυτούς και για την θεραπεία στην οποία υποβλήθήκατε», «η ασθένειά έχει επηρεάσει αρνητικά την ικανότητά σας να φέρετε εις πέρας την εργασία σας (ή τις σπουδές σας)», «είχε η ασθένειά σας ως αποτέλεσμα να μειωθεί η επικοινωνία σας με τα μέλη της οικογένειάς σας», «μερικές φορές όταν οι άνθρωποι είναι άρρωστοι αναφέρουν

έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Έχει μειωθεί το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον από τότε που αρρωστήσατε», «έχετε το ίδιο ενδιαφέρον που είχατε πριν την ασθένεια να βρεθείτε με αυτά τα συγγενικά πρόσωπα», «ενδιαφέρεστε ακόμα για τις δραστηριότητες ή τα χόμπι που είχατε στον ελεύθερό σας χρόνο, πριν από την ασθένεια» και «έχετε τελευταία αισθανθεί φοβισμένος/η, σφιγμένος/η, νευρικός/η, ή ανήσυχος/η». Οι συμμετέχοντες ελάμβαναν την οδηγία να καλούνται να επιλέξουν την απάντηση που περιγράφει καλύτερα την εμπειρία τους σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού που είχε στη ζωή τους τις τελευταίες 30 ημέρες και να απαντήσουν σε μια κλίμακα με 4 διαβαθμίσεις από 0-3, με τις υψηλότερες τιμές να δηλώνουν φτωχή προσαρμογή. Οι προτάσεις ήταν εναλλάξ διατυπωμένες αρνητικά και χρειαζόταν να γίνει αντιστροφή τιμών (recoding). Οι προτάσεις κάθε υποκλίμακας προστίθενται και δημιουργούν 7 διαφορετικά σκορ. Σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή, για να υπολογίσουμε το συνολικό σκορ μετατρέψαμε τις βαθμολογίες των επιμέρους υποκλιμάκων σε σταθμισμένες T-τιμές και προχωρήσαμε στην άθροιση τους. Η μετατροπή των τιμών έγινε με τη βοήθεια του σχετικού πίνακα με σταθμισμένες τιμές για ασθενείς με μεικτούς καρκίνους, που παραθέτει ο κατασκευαστής στο εγχειρίδιο του ερωτηματολογίου. Επειδή, οι χαμηλότερες τιμές έδειχναν υψηλότερο επίπεδο προσαρμογής και το αρνητικό πρόσημο ενδέχεται να προκαλούσε πρόβλημα στις στατιστικές αναλύσεις (path analyses), προτιμήσαμε να μετατρέψουμε το πρόσημο σε θετικό με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν καλύτερο επίπεδο προσαρμογής στην ασθένεια. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για την συνολική κλίμακα στην παρούσα μελέτη ήταν $\alpha = .93$. Το παρόν ψυχομετρικό εργαλείο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα από τους (Kolokotroni, Anagnostopoulos, & Missitzis, 2016), αφού πήραμε ειδική άδεια από τον κατασκευαστή.

3.5. Μετάφραση και Προσαρμογή των μη Σταθμισμένων Ερωτηματολογίων

Για τα τρία ερωτηματολόγια που υπήρχαν μόνο στην Αγγλική γλώσσα χρειάστηκε να μεταφραστούν και να προσαρμοστούν στην Ελληνική γλώσσα πριν χορηγηθούν στο δείγμα μας. Με την αύξηση των ερευνητικών μελετών σε διεθνή επίπεδο κρίνεται όλο και περισσότερο αναγκαία η ανάπτυξη ψυχομετρικών εργαλείων σε διάφορες γλώσσες. Τα περισσότερα ψυχομετρικά εργαλεία έχουν κατασκευαστεί σε

Αγγλοσαξονικές χώρες και διατίθενται στην Αγγλική γλώσσα. Αυτά τα ερωτηματολόγια δεν αρκεί να μεταφραστούν σε μια άλλη γλώσσα, αλλά χρειάζεται παράλληλα να προσαρμοστούν πολιτιστικά. Για να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος, οι ερευνητές χρειάζεται να ακολουθούν κάποια βήματα, όπως: α) μετάφραση του ερωτηματολογίου και αξιολόγηση της ποιότητας της μετάφρασης, β) τον έλεγχο και την περιγραφή των ψυχομετρικών κριτηρίων, όπως δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας, γ) η προσπάθεια να περιγραφούν νόρμες χρησιμοποιώντας αντιπροσωπευτικά εθνικά δείγματα (Bullinger et al., 1998).

Προκειμένου να επιτύχουμε ένα καλό αποτέλεσμα αναφορικά με την μετάφραση ακολουθήσαμε κάποιες γενικές αρχές, όπως:

- 1) Ορίζουμε το θέμα/έννοια που καλείται το κάθε ερωτηματολόγιο να αξιολογήσει,
- 2) Λαμβάνουμε υπόψη το μορφωτικό επίπεδο των εξεταζομένων ώστε να καθορίσουμε το βαθμό της πολυπλοκότητας των ερωτήσεων. Στην περίπτωση μας το μορφωτικό επίπεδο ποίκιλλε από πρωτοβάθμια εκπαίδευση έως μεταπτυχιακές σπουδές,
- 3) Οι ερωτήσεις χρειάζεται να αποδίδονται με απλό τρόπο,
- 4) Οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις υπάρχει περίπτωση να δυσκολέψουν τους ερωτηθέντες και χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής στην απόδοσή τους,
- 5) Οι μεταφρασμένες προτάσεις χρειάζεται να χαρακτηρίζονται από σαφήνεια.

Για να μεταφράσουμε τα τρία ερωτηματολόγια ακολουθήσαμε προτάσεις από το πρωτόκολλο που περιγράφεται στο IQOLA έργο (Ware & Gandek, 1998): α) αυστηρή μετάφραση και αξιολόγηση για την εξασφάλιση εννοιολογικής ισοδυναμίας, καθώς επίσης την αποδοχή του ψυχομετρικού εργαλείου από τους ερωτώμενους, β) ψυχομετρικά τεστ για την εξέταση των υποθέσεων πάνω στις οποίες στηρίζεται η δομή του εργαλείου και ο τρόπος βαθμολόγησης και γ) εξέταση της εγκυρότητα των κλιμάκων και διατύπωση ερμηνευτικών κατευθυντήριων γραμμών.

Συγκεκριμένα στην μελέτη μας, τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν στην Ελληνική γλώσσα από δύο δίγλωσσους κοινωνικούς επιστήμονες. Στην συνέχεια ο ερευνητής

και ο επιβλέπων καθηγητής της διδακτορικής διατριβής συνέκριναν τις δύο μεταφράσεις και εξέτασαν διαφορές. Κατέληξαν σε μια κοινή μετάφραση κάνοντας τις απαραίτητες γλωσσικές διορθώσεις και βελτιώσεις, ώστε το μεταφρασμένο κείμενο να είναι άρτιο γλωσσικά, σαφές και απλό. Το επόμενο βήμα ήταν η αντίστροφη μετάφραση από το Ελληνικό κείμενο ξανά στην Αγγλική γλώσσα από ένα δίγλωσσο επαγγελματία μεταφραστή με σπουδές ψυχολογίας που γνώριζε την ορολογία, ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία της μετάφρασης. Στην συνέχεια ο ερευνητής και ο επιβλέπων καθηγητής της διδακτορικής διατριβής συνέκριναν τα πρωτότυπα ερωτηματολόγια με τις επαναμεταφρασμένες εκδοχές των ερωτηματολογίων και εξέτασαν πιθανές διαφοροποιήσεις. Αποδείχτηκε ότι υπήρχαν μικρές διαφορές, οι οποίες δεν επηρέαζαν το εννοιολογικό περιεχόμενο, ενώ διευκόλυναν την καλύτερη δυνατή κατανόηση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες.

Στην συνέχεια τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν πιλοτικά σε 15 άτομα με διάφορες μορφές τραύματος. Ο ερευνητής ζήτησε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και στην συνέχεια να κρατήσουν κάποιες σημειώσεις, όπως χρόνος συμπλήρωσης, βαθμός δυσκολίας, προβλήματα κατανόησης, ασαφείς προτάσεις, κλπ. Ο στόχος της πιλοτικής χορήγησης των ερωτηματολογίων ήταν να ελεγχθεί ο τρόπος που αποδέχονται οι ερωτηθέντες τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια, ο χρόνος που χρειάζονται για την συμπλήρωση τους, η κατανόηση των προτάσεων, η ύπαρξη δυσνόητων λέξεων και πιθανές ασάφειες που δυσχέραιναν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, ο ερευνητής χορήγησε τα ερωτηματολόγια σε δύο άτομα με μορφή συνέντευξης. Με τον τρόπο αυτό ο ερευνητής είχε την ευκαιρία να διερευνήσει όλα τα παραπάνω προσωπικά, να κάνει περαιτέρω διευκρινιστικές ερωτήσεις όπου κρινόταν αναγκαίο (κυρίως για το τι αντιλαμβάνονταν ότι μετράει το κάθε ερωτηματολόγιο), να ρωτήσει για θέματα δεοντολογίας κατά την συμπλήρωση και να εξετάσει το κίνητρο των ερωτηθέντων για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Λαμβάνοντας υπόψη την επανατροφοδότηση από τους ερωτηθέντες έκανε τις τελευταίες προσαρμογές στις μεταφράσεις, όπως αντικατάσταση δυσνόητων λέξεων με συνώνυμες, όπου κρίθηκε απαραίτητο, απλοποίηση σύνθετων δομικά προτάσεων και σαφή αναδιατύπωση προτάσεων που δυσκόλευαν τους ερωτηθέντες. Μετά την συγκέντρωση των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν τα απαραίτητα ψυχομετρικά τεστ για να εξετασθεί η

εγκυρότητα και η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων. Τέλος, προτάσεις σχετικά με την ποιότητα των μεταφράσεων και προτάσεις για πιθανές βελτιώσεις έγιναν από τον ερευνητή, όπου κρίθηκε αναγκαίο.

3.6. Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης των Δεδομένων

3.6.1. Υπολογισμός Μεγέθους Δείγματος

Ένα βασικό ερώτημα που τίθεται από τον ερευνητή είναι ποιο πρέπει να είναι το μέγεθος του δείγματος για να ικανοποιεί τους βασικούς στόχους μιας μελέτης; Αν το δείγμα είναι πολύ μικρό υπάρχει ο κίνδυνος να μην εντοπιστούν σημαντικά αποτελέσματα, ενώ αν είναι πολύ μεγάλο υπάρχει ο κίνδυνος για απώλεια χρόνου και πόρων. Ένα ικανοποιητικό μέγεθος δείγματος είναι εκείνο που μας βοηθάει να ελαχιστοποιήσουμε τους δύο τύπους σφάλματος. Γενικά το μέγεθος του δείγματος καθορίζεται από την επιθυμητή ακρίβεια που έχει τεθεί σαν στόχος από τον ερευνητή, τον αριθμό και τα είδη συγκρίσεων/στατιστικών αναλύσεων που θα γίνουν, ο αριθμός των μεταβλητών που εξετάζονται και πόσο ετερογενής είναι ο υπό μελέτη πληθυσμός. Συγκεκριμένα στην παρούσα μελέτη θέλαμε να εξασφαλίσουμε ότι το μέγεθος του δείγματος είναι αρκετό για ερευνητικούς στόχους που είχαμε θέσει (π.χ. την στάθμιση των ερωτηματολογίων, τον έλεγχο υποθετικών μοντέλων της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες).

Πιο συγκεκριμένα, για να εξασφαλίσουμε ότι το μέγεθος του δείγματος ήταν ικανοποιητικό για τις παραγοντικές αναλύσεις ακολουθήσαμε τους εμπειροτεχνικούς κανόνες (rules of thumbs) από ερευνητές που έχουν ασχοληθεί συστηματικά με το θέμα. Οι Gorsuch (1983) και Kline (1979) προτείνουν τον κανόνα των 100 υποκειμένων, δηλαδή προτείνουν ότι το μέγεθος του δείγματος για τις παραγοντικές αναλύσεις δεν μπορεί να είναι κάτω από 100 υποκείμενα (ακόμα και αν ο αριθμός των προτάσεων των ερωτηματολογίων είναι λιγότερος από 20). Λαμβάνοντας υπόψη μας την αναλογία δείγματος-μεταβλητών (STV ratio) οι Costello & Osborne (2005) έκαναν μια ανασκόπηση δύο ετών άρθρων με παραγοντικές αναλύσεις, δημοσιευμένων στο PsychINFO και ανέφεραν ότι οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούσαν STV αναλογία 2:1 έως 5:1 (25.8%, 40.5% cumulative). Ο Gorsuch (1983) προτείνει ως κατάλληλη STV αναλογία την παρακάτω: 3-5 υποκείμενα για

κάθε μεταβλητή/πρόταση του ερωτηματολογίου. Στην δική μας περίπτωση το PAIS-SR ήταν το ερωτηματολόγιο με τις περισσότερες προτάσεις (46), και η STV αναλογία ήταν 4:1, η οποία κρίνεται ικανοποιητική. Για τις αναλύσεις διαδρομής (AMOS) η βιβλιογραφία προτείνει ότι χρειάζονται 15 άτομα για κάθε «ανεξάρτητη» μεταβλητή (Bentler & Chou, 1987). Στην μελέτη μας οι αναλύσεις AMOS περιελάμβαναν το ανώτερο 8 «ανεξάρτητες» μεταβλητές. Επομένως, η παρούσα έρευνα πληρούσε τις προϋποθέσεις σχετικά με το μέγεθος του δείγματος.

3.6.2. Διαχείριση Δεδομένων /Αριθμητικά Περιληπτικά Μέτρα

Στην πρώτη φάση της επεξεργασίας των ερευνητικών μας δεδομένων, πριν προχωρήσουμε στη διερεύνηση των ερευνητικών μας υποθέσεων, εξετάσαμε τα αριθμητικά περιληπτικά μέτρα των μεταβλητών. Αρχικά, ελέγξαμε την ποιότητα των δεδομένων μας, ώστε να αποκλείσουμε λάθη εισαγωγής και κάναμε τις απαραίτητες διορθώσεις. Σύμφωνα με τις οδηγίες βαθμολόγησης για το εκάστοτε ψυχομετρικό εργαλείο, ετοιμάσαμε τις βαθμολογίες των κλιμάκων και υποκλιμάκων, προσθέτοντας τις σχετικές προτάσεις. Να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο, ότι πριν προσθέσουμε τις προτάσεις κάθε κλίμακας (ή υποκλίμακας) επανακωδικοποιήσαμε τις προτάσεις που ήταν αρνητικά διατυπωμένες (recoding). Στην συνέχεια, προχωρήσαμε στην περιγραφική φάση της ανάλυσης των δεδομένων εξυπηρετώντας τους δύο παρακάτω σκοπούς: α) την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος, και β) τη διερεύνηση της φύσης των μεταβλητών για να διαπιστώσουμε αν παραβιάζουν τις θεμελιώδεις παραδοχές (assumptions) που αποτελούν προϋποθέσεις για τις στατιστικές αναλύσεις που θα εφαρμόσουμε. Τα αριθμητικά περιληπτικά μέτρα που υπολογίσαμε διακρίνονται: 1) στα μέτρα κεντρικής τάσης (μέση τιμή [mean], διάμεσο [median] και επικρατούσα τιμή [mode]), 2) στα μέτρα διασποράς (διασπορά [variance], τυπική απόκλιση [standard deviation] και ενδοτεταρτημοριακό εύρος [interquartile range]). Για στατιστικές κατανομές που ακολουθούν την κανονική κατανομή το κατάλληλο μέτρο κεντρικής τάσης είναι η μέση τιμή, ενώ για μη κανονικές κατανομές προτιμούμε τη διάμεσο. Αναφορικά με τα μέτρα διασποράς, για κανονικές διασπορές χρησιμοποιούμε την τυπική απόκλιση, ενώ για μη κανονικές κατανομές χρησιμοποιούμε το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Γαλάνης, 2009).

Με τη βοήθεια των περιληπτικών μέτρων συγκεντρώσαμε τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την κατανομή των μεταβλητών, δηλαδή για την συμμετρία

και την κύρτωση (skewness & kurtosis). Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών είναι απαραίτητος για να αποφασίσουμε αν θα εφαρμόσουμε παραμετρικές ή μη-παραμετρικές αναλύσεις, αλλά και για να μπορούμε να αξιολογήσουμε την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μας. Αρχικά εξετάσαμε τις τιμές συμμετρίας και κύρτωσης. Ο γραφικός έλεγχος της κανονικότητας έγινε με ιστογράμματα και διαγράμματα πιθανοτήτων (Normal Q-Q Plot & το Detrended Normal Q-Q Plot). Εξετάσαμε επίσης την συμμετρία των κατανομών μέσω των ιστογραμμάτων και του βαθμού ασυμμετρίας.

Παράλληλα, εξετάσαμε τα δεδομένα μας για να δούμε αν υπάρχουν ακραίες τιμές (outliers), καθώς πολλές από τις στατιστικές αναλύσεις που θα πραγματοποιήσουμε είναι ευαίσθητες στις ακραίες τιμές. Αρχικά εξετάσαμε τα ιστογράμματα για να διαπιστώσουμε αν υπάρχουν «απομονωμένες» τιμές στα άκρα της κατανομής. Επίσης συμβουλευτήκαμε τον σταθμισμένο (*trimmed*) μέσο όρο, για να δούμε πόσο διαφέρει ο προσαρμοσμένος μέσος όρος μετά από την αφαίρεση του 5% των ανώτερων και κατώτερων τιμών από τον κανονικό μέσο όρο. Αν οι δύο τιμές διαφέρουν σημαντικά τότε πρέπει να υποψιαστούμε ότι στα δεδομένα μας υπάρχουν ακραίες τιμές (outliers). Στην συνέχεια επιθεωρήσαμε τα θηκογράμματα (boxplot). Ακολουθώντας την πρόταση κάποιων στατιστικών (Pallant, 2011) αφού εντοπίσαμε τις ακραίες τιμές τις αλλάξαμε σε λιγότερο ακραίες, διατηρώντας με τον τρόπο αυτό τις περιπτώσεις αυτές στις αναλύσεις μας, αλλά αποτρέποντας τις συγκεκριμένες τιμές να στρεβλώσουν τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων.

Στις κοινωνικές επιστήμες, όταν χορηγείς ψυχομετρικά εργαλεία για την συγκέντρωση πληροφοριών θεωρείται αδύνατον να συγκεντρώσεις πλήρη αρχεία δεδομένων. Η παρουσία ελλειπουσών τιμών (missing values) χρειάζεται να διερευνηθεί, να περιγραφεί και να αντιμετωπισθεί με τις κατάλληλες μεθόδους, ώστε να μην επηρεάσει τις στατιστικές αναλύσεις. Σε περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες ακολουθούσαν συγκεκριμένες οδηγίες (π.χ. PAIS-SR) διαχειριστήκαμε τις ελλείπουσες τιμές σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών των ερωτηματολογίων.

3.6.3. Ψυχομετρικές Ιδιότητες Ερωτηματολογίων

Στην επόμενη φάση των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων μας ελέγξαμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες των μη σταθμισμένων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα. Συγκεκριμένα, εξετάσαμε την αξιοπιστία τους και την εγκυρότητά τους.

Η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου αναφέρεται στην ακρίβεια του και την σταθερότητα/συνέπεια με την οποία μετρά την έννοια για την οποία έχει κατασκευαστεί να μετρά. Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήσαμε την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability), η οποία εκτιμά αν οι συμμετέχοντες έχουν απαντήσει με παρόμοιο τρόπο στις διαφορετικές προτάσεις (items) των ερωτηματολογίων. Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του Cronbach's alpha (α) χρειάζεται να είναι $\geq .70$. Ωστόσο, τιμές $\alpha \geq .65$ υποδηλώνουν, επίσης, αποδεκτή αξιοπιστία (Litwin, 1995). Να σημειώσουμε ότι ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας είναι ευαίσθητος στον αριθμό θεμάτων μιας κλίμακας. Όσο μικρότερος είναι ο αριθμός των θεμάτων, τόσο χαμηλότερη τείνει να είναι και η τιμή του alpha (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992). Υπάρχει διαφωνία σχετικά με το ποιος είναι ο κατάλληλος δείκτης αξιοπιστίας που πρέπει να εκτιμηθεί για μια κλίμακα που αποτελείται από μόνο 2 θέματα. Κάποιοι ερευνητές χρησιμοποιούν τον Cronbach's alpha, κάποιοι άλλοι προτιμούν να μετρούν τον δείκτη συνάφειας pearson r , ενώ ορισμένοι ερευνητές προτείνουν ως κατάλληλο τον συντελεστή Spearman – Brown (Eisinga et al., 2013). Σύμφωνα με τις προτάσεις πρόσφατης βιβλιογραφίας, όταν έχουμε μια κλίμακα που αποτελείται από 2 θέματα είναι προτιμότερο να εξετάζουμε τον συντελεστή Spearman – Brown, ο οποίος στις περισσότερες περιπτώσεις είναι κάπως υψηλότερος από τον Cronbach's alpha (Eisinga et al., 2013).

Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου αναφέρεται στο βαθμό που ένα ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια την οποία έχει κατασκευαστεί για να μετράει. Για τις ανάγκες της έρευνάς μας εξετάσαμε την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, η οποία αφορά στο κατά πόσο το ερωτηματολόγιο αντανάκλα τη θεωρητική έννοια που έχει κατασκευαστεί για να μετρήσει. Ελέγξαμε λοιπόν την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής με παραγοντικές αναλύσεις, την συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα.

Όπως προαναφέραμε, πραγματοποιήσαμε μια σειρά από διερευνητικές παραγοντικές αναλύσεις για να εξετάσουμε τη δομική εγκυρότητα των μη σταθμισμένων ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο παραγοντοποίησης κύριου άξονα (Principal Axis Factoring - PAF) ώστε να εξετάσουμε τους παράγοντες που προκύπτουν και αντανακλούν επιμέρους διαστάσεις της έννοιας που μελετάμε. Αν οι συσχετίσεις αναμενόταν να είναι ισχυρές χρησιμοποιήσαμε την λοξή περιστροφή τύπου Promax (oblique rotation). Στις περιπτώσεις που η βιβλιογραφία προτείνει ότι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου δεν συσχετίζονταν επιλέξαμε την ορθογώνια περιστροφή τύπου Varimax. Για να ελέγξουμε τα κριτήρια καταλληλότητας εφαρμογής παραγοντικής ανάλυσης εφαρμόσαμε τα παρακάτω κριτήρια (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992):

- Οι συντελεστές συσχέτισης των θεμάτων (μεταβλητών) του ερωτηματολογίου πρέπει να είναι υψηλοί για να δημιουργηθούν παράγοντες. Για να καθορίσουμε αν ο πίνακας συσχετίσεων των θεμάτων είναι κατάλληλος για παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's test of sphericity), το οποίο πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικό.
- Οι συντελεστές μερικής συσχέτισης μεταξύ των ζευγών μεταβλητών πρέπει να είναι χαμηλοί. Ο δείκτης «KMO», το μέτρο επάρκειας της δειγματοληψίας των Kaiser-Meyer-Olkin, αποτελεί ένα δείκτη σύγκρισης των μεγεθών των παρατηρηθέντων συντελεστών συσχέτισης προς τους συντελεστές μερικής συσχέτισης και πρέπει να είναι υψηλός (να πλησιάζει την τιμή του 1).
- Οι τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities) δεν πρέπει να είναι κοντά στο 0 (καλύτερα να είναι $>.35$), γεγονός που σημαίνει ότι οι κοινοί παράγοντες ερμηνεύουν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης και το κάθε θέμα δεν μετρά κάτι μοναδικό.

Μετά από την πρώτη διερευνητική παραγοντική ανάλυση εφαρμόσαμε κάποια κριτήρια για να καταλήξουμε στους τελικούς παράγοντες:

- Επιλέξαμε τους παράγοντες που είχαν ιδιοτιμή >1 (κριτήριο Kaiser).
- Ελέγξαμε την γραφική παράσταση με μορφή «αποτόμου κλιτύος» (scree plot), όπου το σημείο καμπής των ιδιοτιμών αντιστοιχεί στον αριθμό παραγόντων που είναι κατάλληλοι για την παραγοντική ανάλυση.

- Λάβαμε υπόψη μας το ποσοστό συνολικής διακύμανσης που εξηγούν οι παράγοντες.
- Εφαρμόσαμε την μέθοδο της παράλληλης ανάλυσης.

Τέλος εξετάσαμε την συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα για τα μη σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία εξετάσαμε το βαθμό συσχέτισης ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο που ελέγχουμε και ερωτηματολόγια που έχουν κατασκευαστεί για να μετρούν παρόμοιες έννοιες (αναμένουμε ισχυρό βαθμό συσχέτισης/ συγκλίνουσα εγκυρότητα). Για να εξετάσουμε την αποκλίνουσα εγκυρότητα εξετάσαμε το βαθμό συσχέτισης των ερωτηματολογίων αυτής της έρευνας με ερωτηματολόγια που μετρούν διαφορετικές έννοιες.

3.6.4. Έλεγχος Υποθέσεων και Στατιστική Σημαντικότητα

Μετά από την κωδικοποίηση και την εισαγωγή των δεδομένων το επόμενο βήμα ήταν η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Επομένως, ο ερευνητής θέλει να εξετάσει αν μια υπόθεση που έχει διατυπώσει ισχύει στο συγκεκριμένο δείγμα ή όχι και αυτό το κάνει με τη βοήθεια στατιστικών μεθόδων. Στόχος της διαδικασίας ελέγχου των υποθέσεων είναι να απορρίψουμε ή να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση. Χρησιμοποιούμε στατιστικά κριτήρια για να διαπιστώσουμε αν τα αποτελέσματα μας οφείλονται σε τυχαίους παράγοντες ή όχι. Για να διαπιστώσουμε την στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων ορίζουμε την πιθανότητα σφάλματος τα αποτελέσματα να είναι τυχαία. Στην παρούσα έρευνα ορίσαμε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το .05 (5%). Στην περίπτωση των πολυμεταβλητών αναλύσεων (path analyses), εφαρμόσαμε επιπλέον το Bonferroni Test. Η διόρθωση Bonferroni είναι μια διαδικασία προσαρμογής του επιπέδου σημαντικότητας ανάλογα με τον αριθμό των μεταβλητών που συμπεριλαμβάνονται στις πολυμεταβλητές στατιστικές αναλύσεις. Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγουμε να απορρίψουμε εσφαλμένα την μηδενική υπόθεση. Συγκεκριμένα, εφαρμόσαμε τον τύπο $.05/\text{αριθμός μεταβλητών}$, ο οποίος μας έδωσε ένα πιο συντηρητικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για κάθε ανάλυση (Γναρδέλλης, 2003).

3.6.5. Κύριες Στατιστικές Τεχνικές- Διερεύνηση Συσχετίσεων Ανάμεσα σε Μεταβλητές

Το επόμενο βήμα των στατιστικών αναλύσεων ήταν ο έλεγχος των στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Λέγοντας συσχέτιση αναφερόμαστε στο βαθμό με τον οποίο σχετίζονται ή συμμεταβάλλονται δύο (απλή συσχέτιση) ή περισσότερες μεταβλητές (πολλαπλή συσχέτιση). Εξετάσαμε αν η συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές είναι γραμμική ή μη γραμμική. Η γραμμική συσχέτιση μπορεί να είναι θετική, αρνητική ή μηδενική. Το είδος και το μέγεθος της γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή μετρήθηκαν με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson r (Pearson's coefficient of correlation) που λαμβάνει τιμές από -1 έως +1.

Πέρα από την ανάλυση της απλής συσχέτισης, εφαρμόσαμε και την ανάλυση της μερικής συσχέτισης (partial correlations) για να διερευνήσουμε το βαθμό και την κατεύθυνση της σχέσης σε ένα ζευγάρι μεταβλητών ελέγχοντας παράλληλα την ενδεχόμενη επίδραση τρίτων μεταβλητών (control variables). Για να επιλέξουμε τις τρίτες εκείνες μεταβλητές που ενδέχεται να επηρέαζαν την σχέση των υπο εξέταση παραγόντων, εφαρμόσαμε αναλύσεις συσχέτισης ανάμεσα στις κύριες μεταβλητές και τις τρίτες μεταβλητές για να δούμε αν παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις, καθώς επίσης ανατρέξαμε στην σχετική βιβλιογραφία. Στις αναλύσεις μερικής συσχέτισης συμπεριλάβαμε ως μεταβλητές ελέγχου μόνο εκείνες που εμφάνιζαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις με έναν τουλάχιστον από τους υπό μελέτη παράγοντες. Για να προχωρήσουμε στις αναλύσεις συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών ελέγξαμε αρχικά αν πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις (assumptions): α) οι κλίμακες μέτρησης είναι συνεχείς, β) οι κατανομές των υπό μελέτη μεταβλητών είναι κανονικές, γ) η σχέση των υπό μελέτη μεταβλητών είναι ευθύγραμμη και δ) η διακύμανση των τιμών της μίας μεταβλητής δεν διαφέρει σημαντικά από τη διακύμανση τιμών της άλλης (homoscedasticity).

3.6.6. Πολυπαραγοντικές Αναλύσεις - Έλεγχος Άμεσων και Έμμεσων Σχέσεων

3.6.6.1. Θεωρητικά Ζητήματα

Όταν μελετάμε τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επηρεάζει μια τρίτη μεταβλητή την σχέση δύο άλλων τότε συνήθως μιλάμε για τρία ενδεχόμενα σενάρια: α) η τρίτη αυτή μεταβλητή να λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας (confounding variable), β) να λειτουργεί ως ρυθμιστής (moderator), ή γ) να διαμεσολαβεί την σχέση των άλλων δύο μεταβλητών (mediator).

Συγχυτικοί παράγοντες: όπως αναφέραμε και προηγουμένως χρησιμοποιήσαμε τους δείκτες συνάφειας και μερικής συνάφειας για να εξετάσουμε την αρχική συνάφεια ανάμεσα σε δύο μεταβλητές και την ενδεχόμενη αλλαγή σε αυτή την συνάφεια μετά τον έλεγχο μιας τρίτης (ή περισσοτέρων) μεταβλητών. Η επιλογή αυτών των μεταβλητών στηριζόταν αρχικά στη βιβλιογραφία και επιβεβαιωνόταν (ή όχι) στατιστικά.

Διαμεσολάβηση: Οι ενδιάμεσες μεταβλητές γίνονται αντιληπτές ως ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο X παράγοντας επηρεάζει τον Y. Με άλλα λόγια η διακύμανση της μεταβλητής X προκαλεί μεταβολή στην μεταβλητή M, που με την σειρά της προκαλεί μεταβολή στην μεταβλητή Y. Συγκεκριμένα, μέσω αναλύσεων μονοπατιών (path analysis) επιχειρήσαμε να εξετάσουμε τα δύο ενδεχόμενα «μονοπάτια» επίδρασης: ένα άμεσο (direct effect) και ένα έμμεσο (indirect effect).

Ρύθμιση (Moderation): Εκτός από τον μηχανισμό διαμεσολάβησης, εξετάσαμε και τις περιοριστικές συνθήκες (boundary conditions) για την ύπαρξη μιας συσχέτισης ανάμεσα σε δύο μεταβλητές μέσω της ανάλυσης ρύθμισης (moderator analysis). Σε γενικές γραμμές, θεωρούμε ότι η σχέση δύο μεταβλητών ρυθμίζεται από μια τρίτη (ή τον συνδυασμό κάποιων μεταβλητών) όταν το μέγεθος ή/και το πρόσημο της σχέσης εξαρτάται από μια τρίτη μεταβλητή.

3.6.6.2. Αναλύσεις Διαδρομής (Path Analyses/AMOS) και Έλεγχος Ρυθμιστικών Μεταβλητών (Πρόγραμμα PROCESS)

Η πραγματοποίηση των πολυπαραγοντικών αναλύσεων για την ταυτόχρονη διερεύνηση, άμεσων (direct), έμμεσων (indirect) και συνολικών (total) σχέσεων των υπό μελέτη μεταβλητών, καθώς επίσης την καταλληλότητα των υποθετικών μοντέλων που κατασκευάσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε με τη βοήθεια του AMOS 22.0 στατιστικού λογισμικού. Το AMOS 22.0 αποτελεί μια πρόσθετη ενότητα στο SPSS η οποία επιτρέπει την παράλληλη πραγματοποίηση μιας σειράς αναλύσεων παλινδρόμησης και δίνει τη δυνατότητα εφαρμογής αναλύσεων διαδρομής (Arbuckle, 2013). Πρόκειται για ένα οπτικό πρόγραμμα με τη βοήθεια του οποίου σχεδιάζουμε μοντέλα με απλά εργαλεία σχεδίασης και στην συνέχεια το πρόγραμμα AMOS εκτελεί τους υπολογισμούς για το μοντέλο που σχεδιάστηκε και παρουσιάζει τα αποτελέσματα. Μέσω αυτού του λογισμικού προγράμματος ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να διευκρινίσει ένα υποθετικό μοντέλο μέσα από την γραφική παράσταση του, να εκτελέσει γρήγορα τους σχετικούς υπολογισμούς και να παρουσιάσει το τελικό μοντέλο (path model).

Πριν την εξέταση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων ελέγξαμε την καταλληλότητα του προτεινόμενου μοντέλου. Για να απαντήσουμε σχετικά με την καταλληλότητα του μοντέλου χρειάζεται να συμβουλευτούμε μια σειρά από στατιστικούς δείκτες που προμηθευόμαστε από τα αποτελέσματα των αναλύσεων (model good fit) (Hu & Bentler, 1999):

- 1) η στατιστική χ^2 (χ^2) πρέπει να είναι μικρή και όχι στατιστικά σημαντική ($p < .05$).
- 2) η τιμή CMIN/df να είναι μικρότερη του 2,
- 3) ο δείκτης κατάλληλης προσαρμογής [goodness of fit index (GFI)] να είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 0.95,
- 4) ο κανονικοποιημένος δείκτης προσαρμογής [non-normed fit index (NFI)] να είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 0.90,
- 5) η τιμή Tucker–Lewis Index (TLI) να είναι ίση ή μεγαλύτερη του 0.95,

6) ο συγκριτικός δείκτης προσαρμογής [comparative fit index (CFI)] να είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 0.95,

7) η τετραγωνική ρίζα του μέσου του λάθους της εκτίμησης [root-mean-square error of approximation (RMSEA)] να είναι μικρότερη από 0.06.

Για την καλύτερη δυνατή κατασκευή του μοντέλου μας στηριχθήκαμε στη βιβλιογραφία και τις θεωρητικές υποθέσεις και στατιστικά αξιοποιήσαμε την τεχνική του AMOS των δεικτών διόρθωσης του μοντέλου (modification indices), ελέγχοντας πάντα αν οι προτάσεις του προγράμματος συμφωνούν με το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου. Κατά την εξέταση των αποτελεσμάτων, εξετάσαμε τις άμεσες και τις έμμεσες επιδράσεις των «ανεξάρτητων» μεταβλητών στις «εξαρτημένες». Για τον έλεγχο σημαντικότητας των αποτελεσμάτων μας χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο αναδειγματοληψίας (μέθοδος του bootstrap) στις 5.000 επαναλήψεις. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήσαμε τα διορθωμένα από τη μεροληψία διαστήματα εμπιστοσύνης (Bias-corrected confidence intervals/ BC confidence level = 95) για να ελέγξουμε την στατιστική σημαντικότητα των έμμεσων επιδράσεων του μοντέλου. Κατά τον έλεγχο των αποτελεσμάτων, η μέθοδος αυτή μας προσφέρει, εκτός από το ανώτερο και το κατώτερο όριο, τον δείκτη στατιστικής σημαντικότητας μιας σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές.

Για να εξετάσουμε τον ενδεχόμενο ρυθμιστικό ρόλο μιας μεταβλητής στην σχέση δύο άλλων, χρησιμοποιήσαμε το πρόγραμμα PROCESS και το μοντέλο της απλής ρύθμισης (μοντέλο 1 - simple moderation), με τις παρακάτω επιλογές: α) κεντροποίηση παραγόντων, β) Ετεροσκεδαστικότητα (consistent SEs), γ) OLS/ML διαστήματα εμπιστοσύνης, δ) δημιουργία δεδομένων για διάγραμμα και ε) Johnson-Neyman τεχνική (μέσος όρος και ± 1 τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο).

3.8. Θέματα Δεοντολογίας

Οι Επιστημονικές Επιτροπές Έρευνας και τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο Νοσοκομείων από τα οποία προμηθευτήκαμε το δείγμα μας ενέκριναν το ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο είχε κατατεθεί και περιελάμβανε την παρουσία του θέματος,

της μεθοδολογίας και των ερωτηματολογίων που θα χρησιμοποιούνταν. Ακολούθησαν συναντήσεις με το διοικητικό προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων και τους ιατρούς για να τους ενημερώσουμε προσωπικά για την έρευνα, τον ενδεχόμενο ρόλο τους, αλλά και να πάρουμε κάποιες πρακτικές πληροφορίες ώστε να σχεδιάσουμε όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ελάμβαναν μια συνοδευτική επιστολή που τις ενημέρωνε σχετικά με το σκοπό και τα αναμενόμενα οφέλη της μελέτης, για την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και τη δυνατότητα να αρνηθούν να συμμετέχουν στην έρευνα. Επίσης, η συνοδευτική επιστολή διαβεβαίωνε συμμετέχοντες για την τήρηση του απορρήτου και τον σεβασμό των προσωπικών δεδομένων. Τέλος, σχετικά με τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν επικοινωνήσαμε με τους κατασκευαστές (ή τους Έλληνες ερευνητές που είχαν κάνει την προσαρμογή) και πήραμε την άδεια να τα χρησιμοποιήσουμε (π.χ. NEO-FFI) και να τα μεταφράσουμε και να τα σταθμίσουμε στην Ελληνική γλώσσα (PAIS-SR).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Σε πρώτο χρόνο ελέγξαμε τα δεδομένα μας σχετικά με τις ελλείπουσες τιμές (missing values). Στην πλειοψηφία τους οι ελλείπουσες τιμές δεν ξεπερνούσαν το 2%. Σε ερωτηματολόγια όπως το PAIS-SR και το SF-36 ακολουθήθηκαν οι οδηγίες των κατασκευαστών για την αντικατάσταση των ελλειπουσών τιμών. Εξετάσαμε τα ενδεχόμενα αίτια και διαπιστώσαμε ότι: α) στο PAIS-SR, και σύμφωνα με τις οδηγίες που είχαμε δώσει, κάποιες ερωτήσεις έμεναν αναπάντητες σκόπιμα (π.χ. ερωτήσεις σχετικά με τον σύντροφο και τις ερωτικές σχέσεις στην περίπτωση που δεν υπήρχε σύντροφος)· στην συγκεκριμένη περίπτωση ακολουθήσαμε τις οδηγίες του κατασκευαστή για την αναπλήρωση των τιμών που δεν είχαν συμπληρωθεί, β) τα μεγαλύτερα σε έκταση ερωτηματολόγια (PAIS-SR & SF-36) παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά ελλειπουσών τιμών, πιθανότατα λόγω κόπωσης. Και στα δύο παραπάνω ερωτηματολόγια έγινε διαχείριση των τιμών που έλειπαν με βάση τις οδηγίες των κατασκευαστών.

Στην συνέχεια, εξετάσαμε την ύπαρξη ακραίων τιμών που επηρέαζαν την κανονικότητα της κατανομής (ενδεχομένως οδηγούσαν σε στρεβλές κατανομές τιμών) και κατ' επέκταση καθιστούσαν αυτές τις μεταβλητές μη ικανές για παραμετρικές αναλύσεις εφόσον θα επηρέαζαν αρνητικά την αξιοπιστία των παραμετρικών στατιστικών δεικτών (π.χ. του αριθμητικού μέσου όρου). Εξετάσαμε το διάγραμμα κορμού και φύλλων (stem & leaf) το θηκόγραμμα (box plot) και τον σταθμισμένο (trimmed) μέσο όρο. Επιλέξαμε να μην βασιστούμε εξολοκλήρου στο Shaphiro-Wilk τεστ, διότι είναι πολύ αυστηρό και συχνά τα αποτελέσματά του χαρακτηρίζουν κάποιες κατανομές ως μη κανονικές, ακόμα και αν αυτές απέχουν ελάχιστα από το κανονικό. Τα αποτελέσματά μας υπέδειξαν την ύπαρξη ενός αριθμού απομακρυσμένων τιμών (outliers) που επηρέαζαν και τις τιμές της λοξότητας (skewness) και κύρτωσης (kurtosis) των μεταβλητών. Για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ζητήματος επιλέξαμε να ακολουθήσουμε την παρακάτω διορθωτική διαδικασία: α) εντοπίσαμε τις απομακρυσμένες τιμές, β) βρήκαμε την πρώτη αποδεκτή τιμή της μεταβλητής (κατώτερη και ανώτερη) αμέσως πριν ή μετά από την

πρώτη απομακρυσμένη τιμή, γ) προσθέσαμε ή αφαιρέσαμε 1 μονάδα, και δ) αντικαταστήσαμε τις απομακρυσμένες τιμές με αυτήν την νέα τιμή. Ο στόχος μας ήταν να περιορίσουμε την επίδραση των ακραίων τιμών στην κανονικότητα της κατανομής, αλλά την ίδια στιγμή να σεβαστούμε την επιλογή των συγκεκριμένων υποκειμένων. Στην συνέχεια, επαναλάβαμε τις αναλύσεις για την εξέταση ύπαρξης απομακρυσμένων τιμών και την κανονικότητα της μεταβλητής. Ως προς την επισκόπηση της κανονικότητας, όλες οι ψυχολογικές μεταβλητές που συμπεριλάβαμε στις αναλύσεις μας είχαν κανονικές κατανομές, καθώς οι τιμές λοξότητας και κύρτωσης κυμαίνονταν μεταξύ των αποδεκτών ορίων του -1.5 έως +1.5 (Kline, 2005).

Στην επόμενη φάση των στατιστικών αναλύσεων προχωρήσαμε στον υπολογισμό των μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μελέτη και με τη βοήθεια του t-test συγκρίναμε τη διαφορά ανάμεσα στην μέση τιμή αυτών με την μέση τιμή που είχαν αναφέρει προηγούμενοι ερευνητές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.1. Παρατηρήσαμε ότι η μέση τιμή της κλίμακας που μετράει την μη εποικοδομητική γνωστική επεξεργασία σε επίπεδο σταθερού γνωρίσματος στο δείγμα μας ήταν χαμηλότερο από το δείγμα κατασκευής της, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα μας παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικού στυλ γνωστικής επεξεργασίας. Αντίστοιχα, η σύγκριση των μέσων τιμών των κλιμάκων που αναφέρονται στη γνωστική αντανάκλαση μας υποδεικνύει ότι οι γυναίκες του δείγματος μας είχαν την τάση να χρησιμοποιούν πιο συχνά τον εποικοδομητικό τύπο γνωστικής επεξεργασίας. Επιπλέον, οι γυναίκες του δείγματος μας ανέφεραν στατιστικά υψηλότερο επίπεδο αισιοδοξίας και γνωστικής αναπλαισίωσης και χαμηλότερο επίπεδο αυτομομφής συγκριτικά με τα δείγματα στάθμισης σε ελληνικό πληθυσμό. Τέλος, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ανέφεραν περισσότερο μετατραυματικό στρες και χαμηλότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε σύγκριση με τα επίπεδα που ανέφεραν δύο έρευνες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και ογκολογικούς ασθενείς, αντίστοιχα, στις Η.Π.Α.

Πίνακας 4.1 Μέσες Τιμές, Τυπικές Αποκλίσεις, Εύρος Διακύμανσης και Τιμές Λοξότητας-Κύρτωσης των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών (N=125)

Μεταβλητή/ Παράγοντας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Εύρος Διακύμανσης	Λοξότητα	Κύρτωση	Επισκόπηση Ιστογράμματος Κανονικότητας	Μέση τιμή σε Ογκολογικούς Ασθενείς/Πληθυσμό Κατασκευής ή Στάθμισης Ερωτηματολογίου
LOT-R	15.59	5.03	0-24	-0.50	0.06	Κανονική	14.4 ¹ [$t(399) = -2.5, p = .01$]
Openness Scale	39.31	6.29	12-60	0.18	-0.22	Κανονική	38.05 (γυναίκες) ² [$t(246) = -1.65, p = .09$]
Brooding Trait Scale	34.21	8.87	12-60	0.06	-0.69	Κανονική	41.47 ³ [$t(393) = 7.15, p < .001$]
Reflection Trait Scale	42.72	8.38	12-60	-0.180	-0.53	Κανονική	39.27 ³ [$t(393) = -3.67, p < .001$]
Brooding State Scale	18.19	5.50	12-48	0.65	0.33	Κανονική	M/Δ
Reflection State Scale	33.73	4.60	12-48	-0.19	-0.22	Κανονική	M/Δ
SCS Scale	27.30	8.78	15-60	0.89	0.25	Κανονική	26.75 ⁴ [$t(325) = -0.55, p = .58$]
BCOPE Religious coping	4.80	2.29	2-8	-0.73	-1.46	Κανονική	4.82 ⁵ [$t(795) = 0.11, p = .91$]
BCOPE Positive reappraisal	5.87	2.07	2-8	-0.71	-0.65	Κανονική	6.48 ⁵ [$t(795) = 3.91, p < .001$]
BCOPE Self Blame	4.04	1.85	2-8	0.66	-0.40	Κανονική	5.85 ⁵ [$t(795) = 12.77, p < .0001$]
BCOPE Avoidant coping	12.98	3.61	8-32	0.71	0.62	Κανονική	M/Δ
PCL-C (Total)	30.06	11.43	17-85	0.99	0.60	Κανονική	26.6 ⁶ [$t(205) = -2.57, p = .01$]
PTGI (Total)	64.79	21.12	0-105	-0.65	0.02	Κανονική	66.74 ⁷ [$t(325) = 0.77, p = .44$]
PAIS-SR TOTAL (T-Score)	52.90	10.73	23-75	0.16	-0.39	Κανονική	50 ⁸ [$t(237) = -2.16, p = .03$]

¹ Δείγμα στάθμισης Lyrakos et al. 2010, ² Δείγμα στάθμισης Panayiotou et al. 2004,

³ Έρευνα της Kane, 2009 σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ⁴ Δείγμα στάθμισης Koutrouli et al., 2016,

⁵ Δείγμα στάθμισης Kapsou et al. 2010, ⁶ Έρευνα των Andrykowski & Cordova, 1998 σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού,

⁷ Έρευνα των Koutrouli et al., 2016 σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού,

⁸ Πληθυσμός κατασκευής ερωτηματολογίου, M/Δ: Μη Διαθέσιμο

4.2. Μέτρηση του Δείκτη Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) τόσο στις ήδη σταθμισμένες κλίμακες, όσο και στις κλίμακες που δεν είχαν σταθμισθεί στο παρελθόν. Για τις υποκλίμακες του Brief COPE εκτιμήθηκε ο συντελεστής Spearman – Brown, καθώς θεωρείται πιο κατάλληλος στις περιπτώσεις που μια κλίμακα αποτελείται από 2 θέματα (Eisinga, et al., 2013). Η επισκόπηση του πίνακα 4.2. μας δείχνει ότι η πλειοψηφία των κλιμάκων έχει ικανοποιητικό έως υψηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, εκτός από έναν περιορισμένο αριθμό κλιμάκων και υποκλιμάκων. Η υποκλίμακα *Στάση για την Φροντίδα της Υγείας* του PAIS-SR βρέθηκε να έχει χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ($\alpha = .57$). Η συγκεκριμένη υποκλίμακα έχει γενικότερα χαμηλό συντελεστή εσωτερικής αξιοπιστίας σε όλες τις έρευνες (και στο δείγμα κατασκευής) και η παραγοντική ανάλυση της (τόσο στο παρόν δείγμα, όσο και σε προηγούμενες μελέτες) φανερώνει πρόβλημα δομής και αντιπροσωπευτικότητας των ερωτήσεων. Ωστόσο, στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήσαμε μόνο την συνολική κλίμακα, η οποία είχε υψηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας.

Η κλίμακα Ανοιχτότητας βρέθηκε να έχει χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ($\alpha = .57$). Ανάλογα χαμηλός ήταν και ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας αυτής στο δείγμα στάθμισης ($\alpha = .51$; Panayiotou et al., 2004), ενώ στον πληθυσμό κατασκευής (Η.Π.Α.) ο συντελεστής ήταν υψηλότερος ($\alpha = .73$). Να αναφέρουμε ότι η υποκλίμακα με 12 ερωτήματα που χρησιμοποιήσαμε, αποτελεί σύντομη εκδοχή μιας μεγαλύτερης υποκλίμακας με 48 ερωτήματα. Οι κατασκευαστές (Costa & McCrea, 1991) επέλεξαν τις 12 εκείνες προτάσεις με τις υψηλότερες φορτίσεις (loadings) στον παράγοντα ανοιχτότητα στην εμπειρία. Ωστόσο, η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι συσχετίσεις των προτάσεων αυτών με τον παράγοντα της ανοιχτότητας παρουσιάζουν προβλήματα (Connelly, Ones, Davies, & Birkland, 2014; McCrae et al., 1998; McCrae & Sutin, 2009). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι πολλά από τα ερωτήματα της συγκεκριμένης κλίμακας αγγίζουν αφηρημένες έννοιες και γενικά γνωρίσματα που είναι δύσκολο να τα μετρήσεις (Rollock & Lui, 2015). Επιπλέον, σε μια άλλη μελέτη σχετικά με την παραγοντική δομή του NEO-FFI

(μετά από την εξέταση πέντε διαφορετικών μορφών παραγοντικής ανάλυσης) φάνηκε ότι οι προτάσεις της υποκλίμακας της ανοιχτότητας είχαν κακή απόδοση, με μόνο το 45% των ερωτημάτων να παρουσιάζουν καλή απόδοση. Στην ίδια μελέτη γίνεται αναφορά για τον χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας που θέτει ζήτημα ακεραιότητας της υποκλίμακας (Hull et al., 2010). Την ίδια εικόνα παρουσιάζει και η μελέτη στάθμισης της ελληνικής εκδοχής του NEO-FFI (Panayiotou et al., 2004).

Πίνακας 4.2 Δείκτες Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας

METABΛΗΤΕΣ	Cronbach's Alpha
Κλίμακα Μετατραυματικής Ανάπτυξης	
1. Διαπροσωπικές Σχέσεις	.85
2. Νέες Πιθανότητες	.81
3. Προσωπική Δύναμη	.77
4. Πνευματική Ανάπτυξη	.72
5. Εκτίμηση Ζωής	.81
Μετατραυματική Ανάπτυξη-Σύνολο	.94
Κλίμακα Μετατραυματικού Στρες	
1. Αναβίωση	.89
2. Αποφυγή	.74
3. Υπερδιέγερση	.85
Μετατραυματικό Στρες-Σύνολο	.90
Κλίμακα Αισιοδοξίας	.76
Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών	.89
Κλίμακα Ανοιχτότητας	.57
Κλίμακα Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού	.87
Κλίμακα Γνωστικής Αντανάκλασης	.85
Κλίμακα Γνωστικής Αντανάκλασης (Σχετικά με Καρκίνο)	.71
Κλίμακα Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού (Σχετικά με Καρκίνο)	.93
Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης	
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.64
Θετική Αναπλαισίωση	.76 (Spearman - Brown)
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.91 (Spearman – Brown)
Αυτομομφή	.63 (Spearman - Brown)
SF-36	
Ψυχική υγεία	.85
PAIS-SR Κλίμακα Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια	
Στάση για την Φροντίδα της Υγείας	.57
Εργασιακό Περιβάλλον	.83
Οικογενειακό Περιβάλλον	.76
Σεξουαλικές Σχέσεις	.86
Διευρυμένες Οικογενειακές Σχέσεις	.87
Κοινωνικό Περιβάλλον	.93
Ψυχολογική Δυσφορία	.86
PAIS-SR Συνολικό Σκορ	.93

4.3. Διερευνητικές Παραγοντικές Αναλύσεις για τις Κλίμακες Συλλογής Δεδομένων

Στην συνέχεια προχωρήσαμε στην πραγματοποίηση διερευνητικών παραγοντικών αναλύσεων για τα τρία ερωτηματολόγια που δεν διέθεταν επίσημη ελληνική μετάφραση και στάθμιση σε ελληνικό δείγμα (Rumination Reflection Questionnaire, Brooding vs Reflection McFarland Scale, PAIS-SR).

4.3.1. Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού & Γνωστικής Αντανάκλασης

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 24 προτάσεις, από τις οποίες οι 12 αναφέρονται στον Αρνητικό Γνωστικό Μηρυκασμό και οι άλλες 12 στην Γνωστική Αντανάκλαση. 17 από αυτές τις προτάσεις είναι διατυπωμένες θετικά και 7 είναι διατυπωμένες αρνητικά.

Για την παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο του κυρίαρχου άξονα (Principal Axis Factoring-PAF) με πλάγια περιστροφή Oblimin, καθώς υποθέσαμε ότι οι παράγοντες που θα προκύψουν θα εμφανίζουν κάποια συσχέτιση μεταξύ τους και δεν είναι ανεξάρτητοι. Εξετάσαμε τα αποτελέσματα για να επιβεβαιώσουμε ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση. Το κριτήριο επάρκειας δειγματοληψίας έδωσε $KMO = .77$, τιμή θεωρούμενη ικανοποιητική. Οι τιμές επάρκειας δειγματοληψίας των θεμάτων (μεταβλητών) κυμαίνονταν από $.51 - .86$, εκτός από το θέμα # 6 που είχε τιμή $.38$ και για τον λόγο αυτό ήταν υποψήφιο για απομάκρυνση από τις αναλύσεις. Επιπλέον, το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett ήταν στατιστικά σημαντικό [$\chi^2 (276) = 1238.218, p < .001$]. Αναφορικά με τις τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities), 22 (από τις 24) τιμές ήταν $> .46$. Εμφανίστηκαν δύο τιμές που ήταν $< .35$: το θέμα # 6 ($.28$) και το θέμα # 10 ($.28$). Το θέμα # 6 αφαιρέθηκε από τις υπόλοιπες αναλύσεις διότι είχε και χαμηλή τιμή επάρκειας δειγματοληψίας.

Ο αρχικός προσδιορισμός του αριθμού των παραγόντων που διατηρήθηκαν προσδιορίστηκε βάσει των ιδιοτιμών (eigenvalues). Στο πίνακα των ιδιοτιμών

εμφανισθηκαν 7 παράγοντες που ερμήνευαν το 72.65% της διακύμανσης. Ωστόσο παρατηρήσαμε ότι από τον τρίτο παράγοντα και μετά η συνεισφορά των παραγόντων στην ερμηνεία της διακύμανσης ήταν περιορισμένη. Επιπλέον, στην σχηματική απεικόνιση της ολικής διακύμανσης που αποδίδεται σε κάθε παράγοντα διακρίναμε μια διακοπή της συνέχειας μετά τον τρίτο παράγοντα αναφορικά με τους αρχικούς παράγοντες με μεγάλες ιδιοτιμές και των βαθμιαία φθινουσών ιδιοτιμών των υπόλοιπων παραγόντων. Ωστόσο, η παραγοντική λύση των 3 παραγόντων απορρίφθηκε, διότι η παρουσία του τρίτου παράγοντα δεν ήταν αρκετά ισχυρή ούτε εννοιολογικά, ούτε στατιστικά (αποτελούνταν από 3 θέματα με χαμηλές φορτίσεις και το ένα θέμα φόρτιζε εξίσου σε δύο παράγοντες [cross-loading]). Για τον λόγο αυτό, προχωρήσαμε στην παραγοντική ανάλυση με υποχρεωτική διεξαγωγή 2 παραγόντων (forced two-factor solution), η οποία βρισκόταν σε συμφωνία και με τις προτάσεις των κατασκευαστών. Η λύση των δύο παραγόντων ερμήνευε το 47.58% της διακύμανσης, με ιδιοτιμή 6.154 και 4.79 αντίστοιχα.

Οι δύο παράγοντες περιστράφηκαν πλαγίως με την μέθοδο Oblimin. Παρατηρήσαμε ότι οι φορτίσεις που εμφάνιζαν τα περισσότερα θέματα ήταν πολύ υψηλές στον παράγοντα που αναμενόταν σύμφωνα με την αρχική κλίμακα. Δεν παρατηρήθηκαν θέματα που να έχουν υψηλές φορτίσεις και στους δύο παράγοντες. Δύο μόνο θέματα φάνηκαν να βρίσκονται στο μεταίχμιο ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες. Συγκεκριμένα το θέμα # 13 φόρτιζε αρνητικά στην υποκλίμακα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού και θετικά με χαμηλή φόρτιση (.136) στην υποκλίμακα της γνωστικής αντανάκλασης. Το θέμα # 14 φόρτιζε στην αναμενόμενη υποκλίμακα, αλλά με χαμηλή φόρτιση (.167). Ο πρώτος παράγοντας του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 12 θέματα. Υψηλές τιμές στον παράγοντα δηλώνουν συχνότερη χρήση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού. Περιελάμβανε τα 11 θέματα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού (από την αρχική κλίμακα) και επιπλέον ένα θέμα της γνωστικής αντανάκλασης διατυπωμένης αρνητικά. Ο δεύτερος παράγοντας του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 11 θέματα. Υψηλότερες τιμές δηλώνουν συχνότερη χρήση της γνωστικής αντανάκλασης. Περιελάμβανε τα υπόλοιπα 11 θέματα της γνωστικής αντανάκλασης (σύμφωνα με την αρχική κλίμακα) (βλ. πίνακα 4.3). Οι ελάχιστες διαφοροποιήσεις που παρατηρήθηκαν σε ορισμένα θέματα ενδέχεται να οφείλονται στην μετάφραση και προσαρμογή της κλίμακας στην

ελληνική γλώσσα. Τέλος, ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες ήταν χαμηλός ($r = .16$, $p < .05$). Οι κατασκευαστές ανέφεραν, επίσης, χαμηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο υποκλιμάκων με $r = .22$ ($p < .05$) (Trapnell & Campbell, 1999).

Τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης μπορεί να θεωρηθούν ενδεικτικά για την ομαδοποίηση των θεμάτων σε δύο υποκλίμακες. Ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν υψηλός για την υποκλίμακα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ($\alpha = .87$) και βελτιωνόταν ελάχιστα με την αφαίρεση της πρότασης 6 ($\alpha = .89$). Για τον λόγο αυτό επιλέξαμε να διατηρήσουμε στις αναλύσεις αυτούσια την συγκεκριμένη υποκλίμακα. Επίσης, ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν υψηλός και για την υποκλίμακα της γνωστικής αντανάκλασης ($\alpha = .85$) και βελτιωνόταν ελάχιστα με την αφαίρεση της πρότασης 13 ($\alpha = .87$) και 14 ($\alpha = .87$). Για τον λόγο αυτό επιλέξαμε να την κρατήσουμε αυτούσια στις αναλύσεις.

Πίνακας 4.3 Παραγοντική Δομή Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης (N = 125)

Αριθμός Πρότασης	Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντες	
		I. Αρνητικός Μηρυκασμός	II. Γνωστική Αντανάκλαση
5	Συνηθίζω να συλλογίζομαι ή να «κολλάω» σε πράγματα που μου συμβαίνουν, για πολύ καιρό μετά.	.845	
3	Μερικές φορές μου είναι δύσκολο να σταματήσω σκέψεις που κάνω σχετικά με τον εαυτό μου.	.804	
11	Συλλογίζομαι συχνά περασμένες καταστάσεις που δεν θα έπρεπε να με απασχολούν πλέον.	.781	
12	Αφιερώνω πολύ χρόνο για να σκέπτομαι ξανά και ξανά δυσάρεστες και ενοχλητικές προσωπικές μου στιγμές.	.780	
4	Εξακολουθώ να σκέπτομαι μια παρεξήγηση ή διαφωνία και πολύ αργότερα αφού έχει πλέον λήξει.	.708	
2	Πολύ συχνά σκέφτομαι και ξανασκέφτομαι πράγματα που έχω πρόσφατα πει ή κάνει.	.686	
7	Συχνά ξαναφέρνω στο μυαλό μου το πώς αντέδρασα σε μια προηγούμενη κατάσταση.	.684	
1	Συχνά η προσοχή μου είναι στραμμένη σε πτυχές του εαυτού μου που δεν θα ήθελα πια να σκέφτομαι.	.547	
8	Συχνά σκέφτομαι αν ήταν σωστό ή λάθος κάτι που έκανα πριν.	.533	
10	Μου είναι δύσκολο να διώχνω ανεπιθύμητες σκέψεις από το μυαλό μου.	.437	
9	Συνήθως απομακρύνω δυσάρεστες σκέψεις που κάνω για τον εαυτό μου.	.426	
13	Είμαι ένας άνθρωπος που δεν φιλοσοφεί και δεν στοχάζεται αφηρημένα σχετικά με την ζωή του.	-.343	.136
23	Μου αρέσει να φιλοσοφώ και να αναλύω αυτά που συμβαίνουν στη ζωή μου.		.854
22	Μου αρέσει να συλλογίζομαι ποια είναι η ουσία και το νόημα των πραγμάτων.		.813
21	Έχω έμφυτη περιέργεια και ενδιαφέρον σχετικά με το τι άνθρωπος είμαι.		.802

Πίνακας 4.3 Συνέχεια

Αριθμός Πρότασης	Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντες	
		I. Αρνητικός Μηρυκασμός	II. Γνωστική Αντανάκλαση
18	Μου αρέσει να αναλύω τους λόγους για τους οποίους συμπεριφέρομαι με συγκεκριμένο τρόπο.		.700
19	Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι ένας βαθύς άνθρωπος που παρατηρεί προσεκτικά τον εαυτό του.		.693
15	Μου αρέσει πολύ να εξερευνώ τον εσωτερικό μου κόσμο.		.680
16	Με ενδιαφέρει πολύ το πώς αντιδρώ και τι νιώθω για αυτά που συμβαίνουν στη ζωή μου.		.667
24	Μου φαίνεται κουραστικό να συλλογίζομαι και να εξετάζω τον εαυτό μου.		.658
20	Μου είναι αδιάφορο να αναλύω τον εαυτό μου.		.475
17	Δεν με ενδιαφέρει να σκέφτομαι και να παρατηρώ τον εαυτό μου.		.390
14	Δεν είμαι στοχαστικός τύπος ανθρώπου.		.167

Σημείωση: Μέθοδος Εξαγωγής Παραγόντων: Μέθοδος των Κύριων Αξόνων (Principal Axis Factoring)

Μέθοδος Περιστροφής Παραγόντων: Πλάγια Περιστροφή Oblimi (Promax with Kaiser Normalization)

4.3.2. Διερεύνηση Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός & Γνωστική Αντανάκλαση

Στην συνέχεια προχωρήσαμε στον έλεγχο της συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας του ερωτηματολογίου της γνωστικής επεξεργασίας με τις δύο διακριτές διαστάσεις – αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός και γνωστική αντανάκλαση - εξετάζοντας την σχέση τους με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν την ίδια χρονική στιγμή, στο ίδιο δείγμα. Για την μέτρηση της σχέσης χρησιμοποιήσαμε τον δείκτη συνάφειας Pearson r .

Συγκεκριμένα, ελέγχθηκε η σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως σταθερού χαρακτηριστικού, με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό ως έναν καταστασιακός παράγοντα (αναμένεται θετική συσχέτιση), με την αισιοδοξία (αναμένεται αρνητική συσχέτιση) και με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης (αναμένεται θετική συσχέτιση). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις μας. Η κλίμακα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως σταθερού γνωρίσματος προσωπικότητας παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μέτριου βαθμού και προς την σωστή κατεύθυνση ($r = .42, p < .01$) με την κλίμακα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως καταστασιακής μεταβλητής. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν τον συγκεκριμένο τρόπο γνωστικής επεξεργασίας σαν στυλ προσωπικότητας, έτειναν να τον χρησιμοποιούν και σε συγκεκριμένες καταστάσεις όπως είναι η εμπειρία του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, η εξέταση της σχέσης της αισιοδοξίας (ως σταθερού χαρακτηριστικού προσωπικότητας) με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό (ως στυλ προσωπικότητας) μας έδειξε ότι ανάμεσα στις δύο έννοιες υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση μέτριου βαθμού και προς την αναμενόμενη κατεύθυνση ($r = -.53, p < .01$). Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που διατηρούν ένα λιγότερο αισιόδοξο στυλ ερμηνείας των γεγονότων τείνουν να χρησιμοποιούν επίσης έναν μη εποικοδομητικό τρόπο σκόπιμης σκέψης. Τέλος, εξετάσαμε την σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση προς την σωστή κατεύθυνση ($r = .33, p < .01$). Με άλλα λόγια, οι γυναίκες που κατέφευγαν στις παραπάνω στρατηγικές αντιμετώπισης για να διαχειριστούν το στρες φαίνεται ότι χρησιμοποιούσαν, επίσης, μη εποικοδομητικό στυλ γνωστικής επεξεργασίας.

Στην συνέχεια, εξετάσαμε την σχέση της γνωστικής αντανάκλασης, της εποικοδομητικής μορφής σκόπιμης επεξεργασίας, με τις παρακάτω εννοιολογικές διαστάσεις: ανοιχτότητα στην εμπειρία και γνωστική αντανάκλαση (σε επίπεδο κατάστασης). Η θετική σχέση της γνωστικής αντανάκλασης με την ανοιχτότητα εξετάστηκε και επιβεβαιώθηκε και από τους κατασκευαστές του RRQ ερωτηματολογίου (Trapnell & Campbell, 1999). Στην παρούσα μελέτη βρήκαμε ότι οι δύο έννοιες εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική σχέση μέτριου βαθμού προς την σωστή κατεύθυνση ($r = .40, p < .01$). Στην συνέχεια, εξετάσαμε την σχέση της γνωστικής αντανάκλασης ως σταθερού χαρακτηριστικού με την γνωστική αντανάκλαση σε επίπεδο κατάστασης. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση χαμηλού βαθμού προς την σωστή κατεύθυνση. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που συνηθίζουν να υιοθετούν εποικοδομητικό στυλ γνωστικής επεξεργασίας γενικά στη ζωή τους, τείνουν σε μικρό βαθμό να χρησιμοποιούν το στυλ αυτό και ειδικότερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού ($r = .21, p < .05$). Ωστόσο, φαίνεται ότι η υιοθέτηση της γνωστικής αντανάκλασης σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες.

4.3.3. Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός – Γνωστική Αντανάκλαση σε Επίπεδο Κατάστασης

Στην συνέχεια, προχωρήσαμε σε διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου μέτρησης Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός – Γνωστική Αντανάκλαση (Reflective vs Ruminative Mood Orientation Scale; McFarland & Buhler, 1998), το οποίο αξιολογεί δύο τρόπους γνωστικής επεξεργασίας, μια εποικοδομητική (γνωστική αντανάκλαση) και μια μη εποικοδομητική (αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός) σε επίπεδο κατάστασης (στην συγκεκριμένη περίπτωση οι συμμετέχοντες έπρεπε να απαντήσουν σχετικά με την εμπειρία του καρκίνου). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από μια υποκλίμακα με 12 προτάσεις που αναφέρονται στον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό και μια υποκλίμακα με 12 προτάσεις που αναφέρονται στην γνωστική αντανάκλαση. Όλες οι προτάσεις είναι θετικά διατυπωμένες. Για την παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο του κυρίαρχου άξονα (Principal Axis Factoring-PAF) με πλάγια περιστροφή Oblimin, καθώς υποθέσαμε ότι οι παράγοντες που θα προκύψουν θα εμφανίζουν κάποια

συσχέτιση μεταξύ τους και δεν είναι ανεξάρτητοι. Εξετάσαμε τα αποτελέσματα για να επιβεβαιώσουμε ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση. Το κριτήριο επάρκειας δειγματοληψίας έδωσε KMO = .81, τιμή θεωρούμενη αρκετά ικανοποιητική. Οι τιμές επάρκειας δειγματοληψίας των θεμάτων (μεταβλητών) κυμαίνονταν από .55 έως .93 εκτός από την πρόταση 13 που είχε τιμή .44 και για τον λόγο αυτό ήταν υποψήφια για απομάκρυνση από τις αναλύσεις. Επιπλέον, το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett ήταν στατιστικά σημαντικό [$\chi^2(276) = 1068.233, p < .001$]. Αναφορικά με τις τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities), 22 (από τις 24) τιμές ήταν $> .43$. Εμφανίστηκαν δύο τιμές που ήταν $< .35$: το θέμα # 1 (.25) και το θέμα # 7 (.24).

Ο αρχικός προσδιορισμός του αριθμού των παραγόντων που διατηρήθηκαν προσδιορίστηκε βάσει των ιδιοτιμών (eigenvalues). Στο πίνακα των ιδιοτιμών εμφανίστηκαν 6 παράγοντες που ερμήνευαν το 67.8 % της διακύμανσης. Ωστόσο παρατηρήσαμε ότι από το δεύτερο παράγοντα και μετά η συνεισφορά των παραγόντων στην ερμηνεία της διακύμανσης ήταν περιορισμένη. Επιπλέον, στην σχηματική απεικόνιση της ολικής διακύμανσης που αποδίδεται σε κάθε παράγοντα διακρίναμε μια διακοπή της συνέχειας μετά το δεύτερο παράγοντα αναφορικά με τους αρχικούς παράγοντες με μεγάλες ιδιοτιμές και των βαθμιαία φθινουσών ιδιοτιμών των υπόλοιπων παραγόντων. Η λύση των δύο παραγόντων ερμήνευε το 42.37% της διακύμανσης, με ιδιοτιμή 7.257 και 2.912 αντίστοιχα.

Οι δύο παράγοντες περιστράφηκαν πλαγίως με την μέθοδο Oblimin. Παρατηρήσαμε ότι οι φορτίσεις που εμφάνιζαν τα περισσότερα θέματα ήταν πολύ υψηλές στον παράγοντα που αναμενόταν σύμφωνα με την αρχική κλίμακα. Δεν παρατηρήθηκαν θέματα που να έχουν υψηλές φορτίσεις και στους δύο παράγοντες. Ένα θέμα (# 13) διατηρούσε χαμηλή φόρτιση και στους δύο παράγοντες. Δύο μόνο θέματα (από την υποκλίμακα της γνωστικής αντανάκλασης) δεν είχαν φόρτιση στον αναμενόμενο παράγοντα. Συγκεκριμένα, ο πρώτος παράγοντας του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 14 θέματα. Υψηλές τιμές στον παράγοντα δηλώνουν συχνότερη χρήση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Περιελάμβανε τα 12 θέματα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού (από την αρχική κλίμακα) και επιπλέον δύο θέματα της γνωστικής αντανάκλασης: # 18 και # 19. Ο δεύτερος παράγοντας του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 9 θέματα, ενώ

μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν συχνότερη χρήση της γνωστικής αντανάκλασης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Περιελάμβανε τα 9 θέματα της γνωστικής αντανάκλασης (σύμφωνα με την αρχική κλίμακα) (βλ. πίνακα 4.4). Μια ενδεχόμενη ερμηνεία για τις διαφορές που παρατηρήθηκαν είναι ότι ο τρόπος που είναι διατυπωμένα τα συγκεκριμένα 2 θέματα της υποκλίμακας της γνωστικής αντανάκλασης ενδέχεται παραπέμπουν σε αρνητικά συναισθήματα σχετικά με τον καρκίνο. Συγκεκριμένα, το θέμα # 19 αναφέρει «παραδέχομαι ότι έχω ακόμα κάποια συγκεκριμένα δυσάρεστα συναισθήματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού». Αν και στοχεύει να μετρήσει την παραδοχή των αρνητικών συναισθημάτων, ενδέχεται ο τρόπος που είναι διατυπωμένο να ρίχνει το βάρος στην ύπαρξη δυσάρεστων συναισθημάτων. Ανάλογη είναι και η περίπτωση του θέματος 18 που αναφέρει «αντιλαμβάνομαι την αρνητική στάση που πιθανά έχω κάποιες φορές σχετικά με την πάθησή μου». Και σε αυτή την περίπτωση το βάρος ενδέχεται να πέφτει στην ύπαρξη αρνητικής στάσης και όχι στη δυνατότητα αντίληψης της αρνητικής κατάστασης. Να επισημάνουμε ότι τα δύο αυτά θέματα διαδέχονται το ένα το άλλο και ίσως να επηρεάζουν προς αυτή την κατεύθυνση τις απαντήσεις. Το θέμα # 13 «Δεν σκέφτομαι, ούτε μιλώ συνεχώς για τα συναισθήματα μου που αφορούν τον καρκίνο του μαστού» φαίνεται να μην είναι ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικό για κανέναν από τους δύο παράγοντες. Τέλος, ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες έχει μέτριο βαθμό συσχέτισης ($r = -.43, p < .01$) που σημαίνει ότι πρόκειται για δύο διαφορετικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου που παρουσιάζουν μέτρια αρνητική συνάφεια. Τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης μπορεί να θεωρηθούν ενδεικτικά για την ομαδοποίηση των θεμάτων σε δύο υποκλίμακες. Οι τρεις προτάσεις που διαφοροποιήθηκαν από την αρχική κλίμακα δεν φαίνεται να επηρεάζουν την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των δύο υποκλιμάκων. Συγκεκριμένα, ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν υψηλός για την υποκλίμακα του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ($\alpha = .93$) και μειώθηκε με την προσθήκη των προτάσεων 18 & 19 ($\alpha = .91$). Για τον λόγο αυτό επιλέξαμε να κρατήσουμε αυτούσια την συγκεκριμένη υποκλίμακα. Επίσης, ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν ικανοποιητικός για την υποκλίμακα της γνωστικής αντανάκλασης ($\alpha = .71$) και βελτιωνόταν ελάχιστα με την αφαίρεση της πρότασης 18 ($\alpha = .74$), 13 ($\alpha = .73$) και 19 ($\alpha = .73$). Για τον λόγο αυτό επιλέξαμε να κρατήσουμε αυτούσια και αυτή την υποκλίμακα.

Πίνακας 4.4 Παραγοντική Δομή Ερωτηματολογίου Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής Αντανάκλασης σε Επίπεδο Κατάστασης (N = 125)

Αριθμός Πρότασης	Προτάσεις Ερωτηματολογίου	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
		Παράγοντας Ι. Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός	Παράγοντας II. Γνωστική Αντανάκλαση
5	Αναρωτιέμαι συνεχώς γιατί αντιδρώ με τον ίδιο πάντα τρόπο σε ό,τι αφορά την πάθηση μου.	.923	
4	Σκέφτομαι και ξανασκέφτομαι γιατί νιώθω έτσι όταν φέρνω στο μυαλό μου εμπειρίες παρόμοιες με αυτή του καρκίνου του μαστού.	.853	
8	Εστιάζω όλη μου την προσοχή στον εαυτό μου, σαν να τον παρατηρώ, χωρίς όμως να καταλήγω κάπου.	.769	
10	Έχω ανάμεικτα συναισθήματα σχετικά με την πάθηση μου και δεν μπορώ να τα προσδιορίσω εύκολα.	.766	
3	Αναρωτιέμαι (χωρίς να βρίσκω κάποια απάντηση) γιατί αισθάνομαι έτσι όπως αισθάνομαι για την πάθηση μου.	.700	
11	Δεν είναι εύκολο να αλλάξω ή να βελτιώσω τη διάθεση μου, μιας και δεν ξέρω συγκεκριμένα τι να αλλάξω.	.689	
7	Θέλω να μένω μόνη μου και να αναλύω διαρκώς τις αντιδράσεις μου και την συμπεριφορά μου σχετικά την πάθηση μου.	.657	
1	Η προσοχή μου είναι στραμμένη σε αυτά που νιώθω σχετικά με την πάθηση μου και δεν μπορώ να ξεκολλήσω.	.550	
2	Αισθάνομαι κουρασμένη (από τις συνεχόμενες σκέψεις που κάνω σχετικά με την πάθηση μου).	.540	
6	Ασχολούμαι συνεχώς με τα συναισθήματα μου.	.515	
12	Ακόμα και όταν γνωρίζω τι νιώθω σχετικά με την πάθηση μου δεν ξέρω πώς να διαχειριστώ τα συναισθήματά μου.	.452	
9	Σκέφτομαι γενικά και αφηρημένα τι μπορεί να δείχνει η συμπεριφορά μου σχετικά με τον χαρακτήρα μου	.399	

Πίνακας 4.4 Συνέχεια			
Αριθμός Πρότασης	Προτάσεις Ερωτηματολογίου	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
		Παράγοντας Ι. Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός	Παράγοντας II. Γνωστική Αντανάκλαση
18	Αντιλαμβάνομαι την αρνητική στάση που πιθανά έχω κάποιες φορές σχετικά με την πάθησή μου.	.359	
19	Παραδέχομαι ότι έχω ακόμα κάποια συγκεκριμένα δυσάρεστα συναισθήματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.	.355	
13	Δεν σκέφτομαι, ούτε μιλώ συνεχώς για τα συναισθήματα μου που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.	.200	.144
23	Όταν αναγνωρίζω και συνειδητοποιώ τι νιώθω μπορώ να αλλάξω την κακή μου διάθεση.		.725
22	Μπορώ να αλλάξω και να βελτιώσω αυτό που νιώθω		.689
14	Όταν νιώθω άσχημα σχετικά με την πάθησή μου κάνω κάτι για να αισθανθώ καλύτερα.		.662
24	Σκέφτομαι θετικά έτσι ώστε να απομακρύνω κάθε αρνητικό συναίσθημα που έχω σχετικά με την πάθηση μου.		.624
15	Καταφέρνω να απομακρύνω την προσοχή μου από αυτά που αισθάνομαι σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.		.621
16	Προσπαθώ να επαναλάβω κάτι που μου είχε δώσει χαρά στο παρελθόν.		.531
21	Μπορώ να ελέγξω τα συναισθήματα μου.		.427
20	Είμαι πρόθυμη να εξετάσω και να καταλάβω τα συναισθήματα μου σχετικά με την πάθησή μου.		.421
17	Τα συναισθήματα μου σχετικά με την πάθηση μου είναι ξεκάθαρα και μπορώ να τα προσδιορίσω εύκολα.		.255
Σημείωση: Μέθοδος Εξαγωγής Παραγόντων: Μέθοδος των Κύριων Αξόνων (Principal Axis Factoring) Μέθοδος Περιστροφής Παραγόντων: Πλάγια Περιστροφή (Promax with Kaiser Normalization)			

4.3.4. Διερεύνηση Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός & Γνωστική Αντανάκλαση σε Επίπεδο Κατάστασης

Στην συνέχεια προχωρήσαμε στον έλεγχο της συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας του ερωτηματολογίου της σκόπιμης γνωστικής επεξεργασίας (σε επίπεδο κατάστασης) με τις δύο διακριτές διαστάσεις – αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός & γνωστική αντανάκλαση - εξετάζοντας την σχέση τους με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν την ίδια χρονική, στο ίδιο δείγμα και μετρούν παρόμοιες εννοιολογικές διαστάσεις. Για την μέτρηση της σχέσης χρησιμοποιήσαμε τον δείκτη συνάφειας Pearson r .

Συγκεκριμένα, ελέγχθηκε η σχέση της υποκλίμακας αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως καταστασιακός παράγοντας με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό ως σταθερό γνώρισμα, (αναμένεται θετική συσχέτιση), με την αισιοδοξία (αναμένεται αρνητική συσχέτιση) και με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης (αναμένεται θετική συσχέτιση). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις μας. Όπως είδαμε παραπάνω, η υποκλίμακα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως σταθερού γνώρισματος προσωπικότητας εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως καταστασιακής μεταβλητής μέτριου βαθμού και προς την σωστή κατεύθυνση ($r = .42, p < .01$). Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν τον συγκεκριμένο τρόπο γνωστικής επεξεργασίας σαν στυλ προσωπικότητας τείνουν να υιοθετούν τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό και σε συγκεκριμένες καταστάσεις όπως είναι η εμπειρία του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, η εξέταση της σχέσης της αισιοδοξίας (ως σταθερού χαρακτηριστικού προσωπικότητας) με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό (ως καταστασιακής μεταβλητής) μας έδειξε ότι ανάμεσα στις δύο έννοιες εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μέτριου βαθμού και προς την αναμενόμενη κατεύθυνση (αρνητική σχέση) ($r = -.29, p < .01$). Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που αναφέρουν λιγότερη αισιοδοξία, τείνουν να αναφέρουν περισσότερο αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό, ως αρνητικό τρόπο σκέψης. Τέλος, εξετάσαμε την σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού σε επίπεδο κατάστασης με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση προς την σωστή κατεύθυνση ($r = .49, p < .01$). Με άλλα λόγια, οι γυναίκες που τείνουν να

καταφεύγουν στην αποφυγή για να διαχειριστούν το στρες είναι πιθανόν να αναφέρουν περισσότερη μη εποικοδομητική σκέψη.

Εξετάσαμε την σχέση της γνωστικής αντανάκλασης ως σταθερού χαρακτηριστικού με την γνωστική αντανάκλαση σε επίπεδο κατάστασης και βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση χαμηλού βαθμού προς την σωστή κατεύθυνση ($r = .21, p < .05$). Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που υιοθετούσαν εποικοδομητικό στυλ γνωστικής επεξεργασίας γενικά στη ζωή τους, έτειναν, σε μικρό βαθμό, να χρησιμοποιούν την αντανάκλαση και ειδικότερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, φαίνεται ότι η υιοθέτηση της γνωστικής αντανάκλασης σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού (επίπεδο κατάστασης) επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες. Στην συνέχεια εξετάσαμε την σχέση της αντανάκλασης σε επίπεδο κατάστασης με την κλίμακα ανοιχτότητας, αλλά δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η αντανάκλαση σε επίπεδο κατάστασης επηρεάζεται λιγότερο από την ανοιχτότητα σε νέες εμπειρίες ως σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Αντίθετα, η αντανάκλαση σε επίπεδο σταθερού χαρακτηριστικού σχετιζόταν με την ανοιχτότητα στις εμπειρίες. Τέλος, η γνωστική αντανάκλαση σε επίπεδο κατάστασης βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με μέτριου βαθμού συντελεστή συνάφειας, προς την σωστή κατεύθυνση, με τη γνωστική αναπλαισίωση ($r = .30, p < .01$). Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν τη γνωστική αναπλαισίωση ως στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων, τείνουν να χρησιμοποιούν και περισσότερη γνωστική αντανάκλαση για θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

4.3.5. Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness Scale, PAIS-SR)

Τέλος, προχωρήσαμε σε διερευνητική παραγοντική ανάλυση του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής (Psychosocial Adjustment to Illness Scale, PAIS-SR; Derogatis & Derogatis, 1990) το οποίο αξιολογεί την προσαρμογή στην ασθένεια σε επτά διαφορετικούς τομείς: 1) στάση για την φροντίδα υγείας, 2) εργασιακό περιβάλλον, 3) οικογενειακό περιβάλλον, 4) σεξουαλικές σχέσεις, 5) σχέσεις με διευρυμένη οικογένεια, 6) κοινωνικό περιβάλλον και 7) ψυχολογική δυσφορία.

Πραγματοποιήσαμε διερευνητική παραγοντική ανάλυση με την μέθοδο του κυρίαρχου άξονα (PAF) με ορθογώνια περιστροφή (Varimax rotation method). Επιλέξαμε την συγκεκριμένη μέθοδο περιστροφής βασισμένοι στη βιβλιογραφία που προτείνει ότι το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά διακριτούς παράγοντες της προσαρμογής που σχετίζονται σε χαμηλό βαθμό μεταξύ τους (Derogatis, 1986; Merluzzi & Martinez Sanchez, 1997; Rodrigue et al., 2000). Όπως συνέβη και στα δύο προηγούμενα ερωτηματολόγια εξετάσαμε και αξιολογήσαμε την καταλληλότητα των δεδομένων μας. Επίσης, χρησιμοποιήσαμε τρεις μεθόδους για να ορίσουμε τον αριθμό των παραγόντων που θα διατηρούσαμε: α) ελέγξαμε τις ιδιοτιμές και κρατήσαμε εκείνες που είναι > 1 , β) εξετάσαμε το διάγραμμα ιδιοτιμών/την γραφική παράσταση με μορφή «αποτόμου κλιτύος» (scree plot), και γ) εφαρμόσαμε την μέθοδο της παράλληλης ανάλυσης (parallel analysis). Σύμφωνα με τις αρχές της παράλληλης ανάλυσης (PA) οι παράγοντες που αντιστοιχούν σε ιδιοτιμές (eigenvalues) που είναι μεγαλύτερες από τις μέσες ιδιοτιμές της παράλληλης ανάλυσης πρέπει να διατηρηθούν. Αντίθετα, οι παράγοντες που αντιστοιχούν σε ιδιοτιμές μικρότερες ή ίσες προς τις μέσες τυχαίες ιδιοτιμές της παράλληλης ανάλυσης πρέπει να αποκλείονται, διότι θεωρείται ότι οφείλονται σε σφάλμα της δειγματοληψίας (Hayton et al., 2004).

Η επισκόπηση του πίνακα συσχετίσεων μας έδειξε ότι 490 (47.35%) συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των θεμάτων που περιλαμβάνονται στην ανάλυση είναι μεγαλύτεροι του .30 (στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο .001). Επίσης, το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett's έδειξε στατιστικά δυνατές συσχετίσεις ανάμεσα στα items [$\chi^2 = 4738.292, p < .001$], απορρίπτοντας την μηδενική υπόθεση ότι τα θέματα είναι μεταξύ τους ανεξάρτητα. Επιπλέον, εξετάσαμε το μέτρο της επάρκειας της δειγματοληψίας για κάθε μεταβλητή (MSA) και βρήκαμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (73%) είχε τιμές $> .70$, ενώ το εύρος των τιμών κυμαινόταν από .42 – .91. Το ποσοστό των στοιχείων του αντισυμμετρικού πίνακα (anti-image matrix) εκτός διαγωνίου με τιμή μεγαλύτερη του .20 ήταν σχετικά μικρός (19.8%). Ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin για την επάρκεια της δειγματοληψίας ήταν ίσος με .82, τιμή θεωρούμενη πολύ ικανοποιητική. Τα παραπάνω αποτελέσματα μας επιτρέπουν να προχωρήσουμε σε ανάλυση παραγόντων.

Κατόπιν προχωρήσαμε στην προκαταρκτική εξαγωγή παραγόντων και για κάθε θέμα υπολογίστηκε το ποσοστό της διακύμανσης για το θέμα αυτό που ερμηνεύεται από τους κοινούς παράγοντες. Όλες οι τιμές των αρχικών κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων ήταν $> .30$, ενώ το 82% από αυτές ήταν $\geq .50$, υποδεικνύοντας ότι όλες οι μεταβλητές συνεισέφεραν στη διασπορά.

Ο αρχικός προσδιορισμός του αριθμού των παραγόντων που διατηρήθηκαν προσδιορίστηκε βάσει των ιδιοτιμών και της παράλληλης ανάλυσης. Συγκεκριμένα, προέκυψε ένα παραγοντικό μοντέλο με 11 παράγοντες, με τους 4 τελευταίους παράγοντες (από τους 11) να ερμηνεύουν μόνο το 12% της συνολικής διακύμανσης. Επιπλέον, μόνο 6 θέματα φόρτιζαν συνολικά και στους 4 αυτούς παράγοντες. Στην συνέχεια πραγματοποιήσαμε την μέθοδο της παράλληλης ανάλυσης για να εξετάσουμε ποια παραγοντική λύση/μοντέλο ερμηνεύει καλύτερα τη διακύμανση, όταν οι ιδιοτιμές των δεδομένων συγκρινόμενες με το 95^ο εκατοστημόριο της δειγματοληπτικής κατανομής εκπροσωπούν τα τυχαία σύνολα δεδομένων. Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της παράλληλης ανάλυσης παρατηρήσαμε ότι μόνο οι επτά πρώτες πραγματικές ιδιοτιμές ήταν μεγαλύτερες από αυτές που παρήχθησαν από την παράλληλη ανάλυση για τα κριτήρια τόσο του μέσου όρου όσο και της 95^{ης} ποσοστιαίας. Για τον λόγο αυτό ήταν προτιμότερο να διατηρήσουμε τους επτά παράγοντες, μια επιλογή που επιβεβαιώθηκε και από την εξέταση της γραφικής παράστασης ιδιοτιμών με μορφή «αποτόμου κλιτύος» (scree plot).

Για να ελέγξουμε αν το μοντέλο των επτά παραγόντων αναπαράγει ικανοποιητικά τις παρατηρηθείσες συσχετίσεις μεταξύ των θεμάτων, υπολογίστηκε το υπόλοιπο (residual) για κάθε θέμα. Ο πίνακας των αναπαραχθειςών συσχετίσεων περιείχε σχετικά μικρό ποσοστό (18%) των υπολοίπων με τιμή μεγαλύτερη του .05. Το αποτέλεσμα αυτό δηλώνει ότι το μοντέλο των επτά παραγόντων αναπαράγει αρκετά καλά τις παρατηρηθείσες συσχετίσεις μεταξύ των θεμάτων.

Στην συνέχεια, πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση κυρίαρχου άξονα (principal axis factoring) με ορθογώνια περιστροφή (varimax rotation method) με υποχρεωτική διεξαγωγή επτά παραγόντων. Το μοντέλο των επτά παραγόντων ερμήνευε το 56.5% της συνολικής διακύμανσης. Δεν παρατηρήθηκαν θέματα που είχαν υψηλές φορτίσεις σε δύο παράγοντες. Οι επτά παράγοντες που προέκυψαν επισημαίνονται ως: 1)

Κοινωνικό Περιβάλλον: ερμήνευε το 23.5% της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 10.81) και περιελάμβανε 6 θέματα· πρόκειται για όλες τις προτάσεις της πρωτότυπης υποκλίμακας κοινωνικό περιβάλλον, 2) Εργασιακά και Οικοκυρικά Καθήκοντα (Εργασιακό Περιβάλλον): ερμήνευε το 7.7% της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 3.52) και περιελάμβανε 9 θέματα · περιελάμβανε τις 6 προτάσεις της πρωτότυπης υποκλίμακας εργασιακό περιβάλλον και επιπλέον 3 προτάσεις από την υποκλίμακα οικογενειακό περιβάλλον, 3) Ψυχολογική Δυσφορία: ερμήνευε το 6.7 % της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 3.03) και περιελάμβανε 8 θέματα· περιελάμβανε τις επτά προτάσεις της πρωτότυπης υποκλίμακας ψυχολογική δυσφορία και μία πρόταση από την υποκλίμακα φροντίδα σε θέματα υγείας, 4) Σεξουαλικές Σχέσεις: ερμήνευε το 5.7 % της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 2.63) και περιελάμβανε 5 θέματα· περιελάμβανε 5 από τις 6 προτάσεις της πρωτότυπης υποκλίμακας σεξουαλικές σχέσεις, 5) Διευρυμένες Οικογενειακές Σχέσεις: ερμήνευε το 4.9 % της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 2.28) και περιελάμβανε 5 θέματα (τις προτάσεις της αντίστοιχης πρωτότυπης υποκλίμακας), 6) Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους: ερμήνευε το 4.1 % της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 1.9) και περιελάμβανε 7 θέματα· περιελάμβανε 5 προτάσεις από την πρωτότυπη υποκλίμακα οικογενειακό περιβάλλον, 1 πρόταση από τις σεξουαλικές σχέσεις και 1 πρόταση από την υποκλίμακα φροντίδα σε θέματα υγείας και 7) Φροντίδα σε Θέματα Υγείας»: ερμήνευε το 4% της συνολικής διακύμανσης (ιδιοτιμή = 1.8) και περιελάμβανε 6 θέματα (6 από τις 8 προτάσεις της πρωτότυπης υποκλίμακας φροντίδα σε θέματα υγείας) (βλέπε πίνακα 4.7). Η ερμηνευθείσα διακύμανση ήταν μικρότερη από ό,τι στην πρωτότυπη κλίμακα. Ωστόσο, αυτή η διαφορά ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι η παραγοντική ανάλυση που περιγράφεται από τους κατασκευαστές εφαρμόστηκε σε δεδομένα που είχαν συγκεντρωθεί με τη βοήθεια του PAIS που είχε μορφή συνέντευξης (Derogatis, 1986; Merluzzi & Martinez Sanchez, 1997).

Επιπλέον, εξετάσαμε τις συσχετίσεις ανάμεσα στις πρωτότυπες υποκλίμακες και τις εμπειρικές υποκλίμακες που προήλθαν από την παραγοντική ανάλυση στο δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού και παρατηρήσαμε ότι υπήρχε σημαντική επικάλυψη μεταξύ τους με τους συντελεστές συνάφειας να κυμαίνονται από .77 (Οικογενειακό Περιβάλλον) έως .99 (Ψυχολογική Δυσφορία). Με ορισμένες μόνο

εξαιρέσεις σε συγκεκριμένα θέματα, οι πρωτότυπες υποκλίμακες, όπως αυτές είχαν περιγραφεί από τον κατασκευαστή, κατάφεραν να αναδυθούν στην παρούσα μελέτη. Ειδικότερα, τέσσερις υποκλίμακες («κοινωνικό περιβάλλον», «εργασιακό περιβάλλον», «ψυχολογική δυσφορία» & «διευρυμένες οικογενειακές σχέσεις») προέκυψαν αυτούσιες στο παραγοντικό μοντέλο των επτά παραγόντων. Από την άλλη πλευρά, η αρχική υποκλίμακα «φροντίδα σε θέματα υγείας» αναδύθηκε εν μέρει στον 7ο παράγοντα, ενώ τα τρία από τα έξι θέματα εμφάνισαν χαμηλές φορτίσεις στον παράγοντα ($< .35$). Ως εκ τούτου, εγείρονται ερωτήματα για το κατά πόσο τα θέματα αυτά όντως μετρούν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον τομέα της φροντίδας της υγείας.

Πίνακας 4.5 Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR) (N = 243)

Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντας I Κοινωνικό Περιβάλλον	Παράγοντας II Επαγγελματικά & Οικογενειακά Καθήκοντα	Παράγοντας III Ψυχολογική Δυσφορία	Παράγοντας IV Σεξουαλικές Σχέσεις	Παράγοντας V Σχέσεις με τη Διευρυμένη Οικογένεια	Παράγοντας VI Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους	Παράγοντας VII Φροντίδα σε Θέματα Υγείας
Ενδιαφέρεστε ακόμα για τις δραστηριότητες ή τα χόμπι που είχατε στον ελεύθερό σας χρόνο, πριν από την ασθένεια (ΚΠ1)	.740						
Συμμετέχετε ακόμα ενεργά σε αυτές τις δραστηριότητες (ΚΠ 2)	.703						
Ενδιαφέρεστε για οικογενειακές δραστηριότητες κατά τον ελεύθερό σας χρόνο (π.χ., χαρτιά ή επιτραπέζια, εκδρομές, κολύμπι στην θάλασσα, κλπ.) όπως και πριν την ασθένεια (ΚΠ 3)	.754						
Συμμετέχετε ακόμα σε αυτές τις δραστηριότητες στον ίδιο βαθμό που συμμετείχατε πριν την ασθένεια (ΚΠ 4)	.766						
Έχετε διατηρήσει το ενδιαφέρον σας για κοινωνικές δραστηριότητες (συμμετοχή σε κοινωνικές λέσχες ή ομάδες, έξοδοι για σινεμά κλπ.) από τότε που αρρωστήσατε (ΚΠ 5)	.703						
Βγαίνετε ακόμα με τους φίλους σας για να κάνετε πράγματα (ΚΠ 6)	.689						
Η ασθένειά έχει επηρεάσει αρνητικά την ικανότητά σας να φέρετε εις πέρας την εργασία σας (ή τις σπουδές σας) (ΕΠ 1)		.768					
Πόσο καλά εκτελείτε σωματικά την εργασία σας (τις σπουδές σας) (ΕΠ 2)		.784					

Πίνακας 4.5 Συνέχεια							
Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντας I Κοινωνικό Περιβάλλον	Παράγοντας II Επαγγελματικά & Οικογενειακά Καθήκοντα	Παράγοντας III Ψυχολογική Δυσφορία	Παράγοντας IV Σεξουαλικές Σχέσεις	Παράγοντας V Σχέσεις με τη Διευρυμένη Οικογένεια	Παράγοντας VI Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους	Παράγοντας VII Φροντίδα σε Θέματα Υγείας
Τις τελευταίες 30 ημέρες έχετε απουσιάσει από την εργασία σας (ή τις σπουδές σας) εξαιτίας της ασθένειας (ΕΠ 3)		.556					
Είναι η δουλειά σας (ή οι σπουδές) το ίδιο σημαντική για εσάς τώρα, όσο και πριν την ασθένεια (ΕΠ 4)		.363					
Χρειάστηκε να αλλάξετε τους στόχους σας σχετικά με την εργασία σας (ή τις σπουδές σας) εξαιτίας της ασθένειάς σας (ΕΠ 5)		.592					
Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση των προβλημάτων με τους συνεργάτες σας (συμφοιτητές, γείτονες) από τότε που αρρωστήσατε (ΕΠ 6)		.556					
Πόσο έχει επηρεάσει η ασθένεια την εργασία σας ή τις ευθύνες σας μέσα στο σπίτι (ΟΠ 3)		.607					
Έχετε νιώσει κάποια σωματική αναπηρία εξαιτίας της ασθένειάς σας (ΟΠ 7)		.289					
Μια ασθένεια όπως η δική σας μπορεί μερικές φορές να εξαντλήσει τα οικονομικά αποθέματα της οικογένειας. Αντιμετωπίζετε δυσκολία στο να αντεπεξέλθετε οικονομικά στις απαιτήσεις της ασθένειας (ΟΠ 8)		.358					
Έχετε τελευταία αισθανθεί φοβισμένος/η, σφιγμένος/η, νευρικός/η, ή ανήσυχος/η (ΨΔ 1)			.798				
Έχετε τελευταία αισθανθεί λυπημένος/η, θλιμμένος/η, χωρίς ενδιαφέρον για τα πράγματα ή χωρίς ελπίδα (ΨΔ 2)			.821				
Έχετε τελευταία αισθανθεί θυμωμένος/η, οξύθυμος/η, ή είχατε δυσκολία να ελέγξετε τα νεύρα σας (ΨΔ 3)			.635				
Έχετε πρόσφατα κατηγορήσει τον εαυτό σας για διάφορα ζητήματα, έχετε νιώσει ένοχος/η, ή σαν να έχετε απογοητεύσει κάποιους ανθρώπους (ΨΔ 4)			.515				

Πίνακας 4.5 Συνέχεια							
Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντας I Κοινωνικό Περιβάλλον	Παράγοντας II Επαγγελματικά & Οικογενειακά Καθήκοντα	Παράγοντας III Ψυχολογική Δυσφορία	Παράγοντας IV Σεξουαλικές Σχέσεις	Παράγοντας V Σχέσεις με τη Διευρυμένη Οικογένεια	Παράγοντας VI Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους	Παράγοντας VII Φροντίδα σε Θέματα Υγείας
Τον τελευταίο καιρό νιώθετε ανήσυχου/ες για την υγείας σας, ή για άλλα θέματα (ΨΔ 5)			.679				
Έχετε πρόσφατα αισθανθεί ότι υποτιμάτε τον εαυτό σας, ή ότι αξίζετε λιγότερο σαν άτομο (ΨΔ 6)			.482				
Έχετε τελευταία ανησυχήσει ότι η ασθένειά σας έχει προκαλέσει αλλαγές στην εξωτερική σας εμφάνιση που σαν κάνουν λιγότερο ελκυστικό/ή (ΨΔ 7)			.389				
Όταν οι άνθρωποι αρρωσταίνουν έχουν διαφορετικές προσδοκίες και τοποθετούνται με διαφορετικό τρόπο απέναντι στην ασθένειά τους. Παρακαλούμε επιλέξτε την πρόταση που περιγράφει πιο καλά τα συναισθήματά σας (ΦΘΥ 05)			.446				
Μερικές φορές όταν οι άνθρωποι είναι άρρωστοι αναφέρουν έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Έχει μειωθεί το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον από τότε που αρρωστήσατε (ΣΣ 2)				.841			
Η ασθένεια μερικές φορές προκαλεί μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Έχει μειωθεί η συχνότητα της σεξουαλικής σας δραστηριότητας (ΣΣ 3)				.882			
Έχει υπάρξει κάποια αλλαγή στην ευχαρίστηση ή στην ικανοποίηση που παίρνετε συνήθως από το σεξ (ΣΣ 4)				.887			
Μερικές φορές μια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει σεξουαλικά ακόμα κι αν το άτομο ενδιαφέρεται ακόμα για το σεξ. Έχει συμβεί κάτι τέτοιο σε σας, και αν ναι, σε ποιο βαθμό (ΣΣ 5)				.859			

Πίνακας 4.5 Συνέχεια							
Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντας I Κοινωνικό Περιβάλλον	Παράγοντας II Επαγγελματικά & Οικογενειακά Καθήκοντα	Παράγοντας III Ψυχολογική Δυσφορία	Παράγοντας IV Σεξουαλικές Σχέσεις	Παράγοντας V Σχέσεις με τη Διευρυμένη Οικογένεια	Παράγοντας VI Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους	Παράγοντας VII Φροντίδα σε Θέματα Υγείας
Μερικές φορές η ασθένεια θα επηρεάσει αρνητικά την φυσιολογική σεξουαλική σχέση του ζευγαριού και θα προκαλέσει διαπληκτισμούς ή προβλήματα μεταξύ τους . Έχετε εσείς και ο/η σύντροφός σας τέτοιου είδους διαπληκτισμούς, και αν ναι, σε τι βαθμό(ΣΣ 6)				.361			
Έχετε την ίδια επαφή που είχατε συνήθως (είτε προσωπικά είτε τηλεφωνικά) με συγγενικά πρόσωπα που δεν μένουν μαζί σας, από τότε που αρρωστήσατε (ΔΟΣ 1)					.827		
Έχετε το ίδιο ενδιαφέρον που είχατε πριν την ασθένεια να βρεθείτε με αυτά τα συγγενικά πρόσωπα (ΔΟΣ 2)					.713		
Μερικές φορές όταν οι άνθρωποι αρρωσταίνουν είναι υποχρεωμένοι να εξαρτώνται από συγγενικά πρόσωπα εκτός σπιτιού για βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα. Χρειάζεστε τέτοιου είδους πρακτική βοήθεια από αυτά τα πρόσωπα, και αν ναι σας την παρέχουν (ΔΟΣ 3)					.281		
Κάποιοι άνθρωποι έχουν πολλές κοινωνικές επαφές με συγγενικά πρόσωπα που δεν μένουν μαζί τους στο ίδιο σπίτι. Έχετε κοινωνικές επαφές με τέτοια συγγενικά πρόσωπα, και αν ναι έχουν μειωθεί αυτές μετά την ασθένεια (ΔΟΣ 4)					.735		
Γενικά, πώς είναι οι σχέσεις σας με αυτά τα συγγενικά πρόσωπα (που δεν μένουν μαζί σας) τελευταία (ΔΟΣ 5)					.829		
Πώς θα περιγράφατε την σχέση με τον/την σύζυγο σας (ή σύντροφό σας) από τότε που αρρωστήσατε (ΟΠ 1)						.735	
Πώς θα περιγράφατε γενικά τις σχέσεις σας με άλλα άτομα που μένετε μαζί (π.χ., παιδιά, γονείς, συγγενείς) από τότε που αρρωστήσατε (ΟΠ 2)						.461	

Πίνακας 4.5 Συνέχεια							
Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντας I Κοινωνικό Περιβάλλον	Παράγοντας II Επαγγελματικά & Οικογενειακά Καθήκοντα	Παράγοντας III Ψυχολογική Δυσφορία	Παράγοντας IV Σεξουαλικές Σχέσεις	Παράγοντας V Σχέσεις με τη Διευρυμένη Οικογένεια	Παράγοντας VI Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους	Παράγοντας VII Φροντίδα σε Θέματα Υγείας
Στους τομείς που η ασθένειά σας έχει προκαλέσει προβλήματα με τις δουλειές του σπιτιού, πόσο έχει προσπαθήσει η οικογένεια σας να σας βοηθήσει (αναλαμβάνοντας ο καθένας διαφορετικά καθήκοντα) (ΟΠ 4)						.486	
Είχε η ασθένειά σας ως αποτέλεσμα να μειωθεί η επικοινωνία σας με τα μέλη της οικογένειάς σας (ΟΠ 5)						.496	
Κάποιοι άνθρωποι με ασθένεια όπως η δική σας νιώθουν ότι χρειάζονται τη βοήθεια άλλων ατόμων (φίλων, γειτόνων, οικογένειας, κλπ) για να φέρουν εις πέρας κάποια πράγματα στην καθημερινότητα τους. Νιώθετε ότι χρειάζεστε τέτοιου είδους βοήθεια και υπάρχει κάποιος να σας την παρέχει (ΟΠ 6)						.315	
Μερικές φορές μια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε μια σχέση. Έχει η ασθένειά σας δημιουργήσει προβλήματα με τον/την σύζυγό (ή τον/την σύντροφό) σας (ΣΣ 1)						.691	
Η παρούσα ασθένειά σας πιθανόν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα από τη δική σας πλευρά. Παρακαλώ επιλέξτε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα την αντίδρασή σας (ΦΘΥ 2)						.186	.132
Ποια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει καλύτερα την στάση που κρατάτε συνήθως σχετικά με την φροντίδα της υγείας σας (ΦΘΥ 1)							.211
Γενικά, πώς νιώθετε για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που είναι διαθέσιμη σήμερα και τους γιατρούς που την παρέχουν (ΦΘΥ 3)							.264

Πίνακας 4.5 Συνέχεια							
Προτάσεις Ερωτηματολογίου	Παράγοντας I Κοινωνικό Περιβάλλον	Παράγοντας II Επαγγελματικά & Οικογενειακά Καθήκοντα	Παράγοντας III Ψυχολογική Δυσφορία	Παράγοντας IV Σεξουαλικές Σχέσεις	Παράγοντας V Σχέσεις με τη Διευρυμένη Οικογένεια	Παράγοντας VI Σχέσεις με την Οικογένεια και τους Σημαντικούς Άλλους	Παράγοντας VII Φροντίδα σε Θέματα Υγείας
Κατά την διάρκεια της ασθένειάς σας λάβατε κάποια θεραπεία και από γιατρούς και από άλλο προσωπικό. Πώς νιώθετε για αυτούς και για την θεραπεία στην οποία υποβλήθήκατε (ΦΘΥ 4)							.332
Η ασθένεια είναι μια εμπειρία που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση. Κάποιοι ασθενείς αισθάνονται ότι δεν λαμβάνουν αρκετές πληροφορίες και λεπτομέρειες από τους γιατρούς τους και από το προσωπικό σχετικά με την ασθένεια τους. Παρακαλούμε επιλέξτε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα τα συναισθήματά σας σχετικά με αυτό το ζήτημα. (ΦΘΥ 6)							.639
Σε μια ασθένεια όπως η δική σας, οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές απόψεις και προσδοκίες σχετικά με την θεραπεία. Παρακαλούμε επιλέξτε τη πρόταση που περιγράφει καλύτερα τι είναι αυτό που περιμένετε σχετικά με την θεραπεία σας (ΦΘΥ 7)							.399
Σε μια ασθένεια όπως η δική σας, δεν δέχονται όλοι οι ασθενείς την ίδια πληροφόρηση για την θεραπεία τους. Παρακαλούμε επιλέξτε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα την πληροφόρηση που έχετε πάρει σχετικά με τη θεραπεία σας (ΦΘΥ 8)							.724

Σημείωση. ΚΠ = Κοινωνικό Περιβάλλον, ΔΟΣ = Διευρυμένες Οικογενειακές Σχέσεις, ΕΠ = Επαγγελματικό Περιβάλλον, ΟΠ = Οικογενειακό Περιβάλλον, ΦΘΥ = Φροντίδα σε Θέματα Υγείας, ΨΔ = Ψυχολογική Δυσφορία, ΣΣ = Σεξουαλικές Σχέσεις.

4.3.6. Διερεύνηση Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια

Στο συγκεκριμένο δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας για το συνολικό ερωτηματολόγιο ήταν .92. Αναφορικά με τις υποκλίμακες, πραγματοποιήσαμε αναλύσεις αξιοπιστίας τόσο στις πρωτότυπες, όσο και στις εμπειρικές και βρήκαμε ότι οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας κυμαίνονται από .58 έως .92 και από .62 έως .92 αντίστοιχα (πίνακας 4.6). Ωστόσο, όταν η πρόταση 1 (από την πρωτότυπη υποκλίμακα «φροντίδα σε θέματα υγείας») αφαιρούνταν από τον παράγοντα όπου φόρτιζε πιο υψηλά (δηλαδή από τις «σχέσεις με την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους»), ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της εμπειρικής αυτής υποκλίμακας («σχέσεις με την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους») αυξανόταν στο .75. Επιπλέον, όταν η πρόταση 1 (από την πρωτότυπη υποκλίμακα «φροντίδα σε θέματα υγείας») διαγραφόταν, ο δείκτης αξιοπιστίας για την συγκεκριμένη υποκλίμακα αυξανόταν στο .68. Για τις επόμενες αναλύσεις για τη διερεύνηση εγκυρότητας αποφασίσαμε να παραλείψουμε τις δύο αυτές προτάσεις, διότι έδειξαν χαμηλές παραγοντικές φορτίσεις και μείωναν την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και των δύο σχετικών υποκλιμάκων.

Πίνακας 4.6 Δείκτες Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνέπειας του Ερωτηματολογίου
Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Πρωτότυπες και Εμπειρικές)

Πρωτότυπες Υποκλίμακες PAIS-SR	Cronbach's Alpha
Στάση για την Φροντίδα σε Θέματα Υγείας	.57
Επαγγελματικό Περιβάλλον	.83
Οικογενειακό Περιβάλλον	.76
Σεξουαλικές Σχέσεις	.86
Σχέσεις Διευρυμένης Οικογένειας	.87
Κοινωνικό Περιβάλλον	.93
Ψυχολογική Δυσφορία	.86
Συνολική Κλίμακα	.92
Εμπειρικές Υποκλίμακες	
Κοινωνικό Περιβάλλον	.92
Επαγγελματικά και Οικογενειακά καθήκοντα	.82
Ψυχολογική Δυσφορία	.85
Σεξουαλικές Σχέσεις	.90
Σχέσεις με Οικογένεια και Σημαντικούς άλλους	.65 (.75 αν η πρόταση ΦΘΥ 2 αφαιρεθεί)
Σχέσεις Διευρυμένης Οικογένειας	.83
Φροντίδα σε Θέματα Υγείας	.62 (.68 αν η πρόταση ΦΘΥ1 αφαιρεθεί)
Συνολική Κλίμακα	.92

Σημείωση. ΦΘΥ = Φροντίδα σε Θέματα Υγείας

4.3.7. Διερεύνηση Εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR)

Στην συνέχεια εξετάσαμε την συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα της συγκεκριμένης κλίμακας ελέγχοντας την σχέση της με άλλες ψυχολογικές έννοιες που μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα και αναμέναμε (σύμφωνα με τη βιβλιογραφία) να σχετίζονται δηλώνοντας ότι μετρούν συγγενείς έννοιες. Χρησιμοποιήσαμε τους εμπειρικούς παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση για να εξετάσουμε την σχέση τους με την έννοια της ποιότητας ζωής και το μετατραυματικό στρες (Rodrigue et al., 2000). Χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson r , για να μετρήσουμε τις γραμμικές συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες του PAIS-SR και τις σχετικές έννοιες.

Μετρήσαμε την ποιότητα ζωής με την κλίμακα υγείας SF-36. Όπως αναμέναμε, οι υποκλίμακες του PAIS-SR σχετίζονταν θετικά με τα δύο περιληπτικά σκορ της κλίμακας SF-36 (με δυνατές και μέτριες συσχετίσεις) υποδεικνύοντας ότι καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, το περιληπτικό σκορ της σωματικής υγείας (SF-36) σχετιζόταν σε μέτριο βαθμό με την υποκλίμακα της ψυχολογικής δυσφορίας (PAIS-SR) ($r = .42$, $p < .01$), του κοινωνικού περιβάλλοντος ($r = .52$, $p < .01$) και του εργασιακού περιβάλλοντος (επαγγελματικά και οικογενειακά καθήκοντα) ($r = .40$, $p < .01$). Το περιληπτικό σκορ της ψυχικής υγείας του SF-36 παρουσίαζε ισχυρές συσχετίσεις με τις υποκατηγορίες του PAIS-SR που αναφέραμε παραπάνω: ψυχολογική δυσφορία ($r = .52$, $p < .01$), κοινωνικό Περιβάλλον ($r = .51$, $p < .01$), και εργασιακό περιβάλλον (εργασιακά και οικογενειακά καθήκοντα) ($r = .32$, $p < .01$).

Αναφορικά με την σχέση του μετατραυματικού στρες με υποκλίμακες της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παρατηρήσαμε υψηλές στατιστικές συσχετίσεις της ψυχολογικής δυσφορίας ($r = -.68, p < .01$), της προσαρμογής στο κοινωνικό περιβάλλον ($r = -.42, p < .01$), της προσαρμογής στο εργασιακό περιβάλλον ($r = -.43, p < .01$) με το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα αυτά δηλώνουν ότι περισσότερο μετατραυματικό στρες συνδέεται με φτωχότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο, ιδιαίτερα στους προαναφερθέντες τομείς.

4.4. Επίπεδα Μετατραυματικής Ανάπτυξης, Μετατραυματικού Στρες και Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στις Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Αναφορικά με τα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης στο δείγμα μας βρήκαμε ότι η μέση τιμή ήταν 64.79 (Τυπική Απόκλιση = 21.12, Εύρος = 0-105). Για τα στατιστικά όλων των παραγόντων της μετατραυματικής ανάπτυξης βλέπε πίνακα 4.7. Το 25% του δείγματος μας είχε βαθμολογία έως 54, χαμηλότερη της μέσης τιμής, 40% των γυναικών είχε βαθμολογία μεγαλύτερη του 72, ενώ 25% είχε γενική βαθμολογία > 80. Η μέση βαθμολογία για τις 21 προτάσεις του ερωτηματολογίου ήταν 3.16 (Εύρος Βαθμολογικής Κλίμακας 0-5) που σημαίνει ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού επέλεξαν βαθμολογία > 3 (άνω του μέτριου βαθμού). Οι τρεις προτάσεις με την μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν «έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους» (M.O = 3.93, Τυπική Απόκλιση = 1.42), «εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα» (M.O = 3.9, Τυπική Απόκλιση = 1.33) και «ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες» (Τυπική Απόκλιση = 3.85, Τυπική Απόκλιση = 1.33). Οι λιγότερο βαθμολογημένες προτάσεις ήταν «νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες, οι οποίες δεν υπήρχαν πριν» (M.O = 2.37, Τυπική Απόκλιση = 1.7) και «έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου» (M.O = 2.40, Τυπική Απόκλιση = 1.74).

Πίνακας 4.7 Στατιστικά Στοιχεία της Κλίμακας της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

	PTGI Συνολικό Σκορ	PTGI Σχέση με Άλλους	PTGI Νέες Πιθανότητες	PTGI Προσωπική Δύναμη	PTGI Πνευματικότητα	PTGI Εκτίμηση Ζωής
Μέση Τιμή	64.79	21.43	12.94	14.20	5.58	10.43
Διάμεσος	68	23	13	15	6	12
Τυπική Απόκλιση	21.12	8.22	5.99	4.32	3.26	3.77
Εύρος	105	35	25	20	10	15
Ελάχιστη Τιμή	0	0	0	0	0	0
Ανώτερη Τιμή	105	35	25	20	10	15

Σημείωση: PTGI = Posttraumatic Growth Inventory

Ο μέσος όρος του μετατραυματικού στρες στην παρούσα μελέτη ήταν 30.06 (Τυπική Απόκλιση = 11.43) και εύρος απαντήσεων 17-85. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές, το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες για τις γυναίκες που εμφανίζουν σκορ άνω της τιμής 50 (τιμή αποκοπής = 50). Στο δείγμα μας ένα ποσοστό 9.7% των γυναικών είχε σκορ άνω του 50 και επομένως μπορούσε να διαγνωσθεί με μετατραυματική διαταραχή στρες. Ένας δεύτερος, περισσότερο αναλυτικός τρόπος αξιοποίησης των απαντήσεων του ερωτηματολογίου για τη διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες είναι η διερεύνηση των απαντήσεων με βάση τις τρεις ομάδες διαγνωστικών κριτηρίων του DSM IV-TR. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 1-5 αναφέρονται στην πρώτη ομάδα συμπτωμάτων (αναβίωση τραυματικού γεγονότος), τα ερωτήματα 6-12 αναφέρονται στη δεύτερη ομάδα συμπτωμάτων (αποφυγή/ μούδιασμα), ενώ οι ερωτήσεις 13-17 αναφέρονται στην τρίτη ομάδα συμπτωμάτων (υπερδιέγερση). Σύμφωνα με το DSM- IV- TR για να αποδοθεί η διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες πρέπει το άτομο να εμφανίζει ένα σύμπτωμα από την πρώτη ομάδα, τρία από τη δεύτερη και δύο από την τρίτη. Σε επίπεδο ερωτηματολογίου, για να διαγνωσθεί ένα άτομο με μετατραυματική διαταραχή στρες πρέπει να έχει βαθμολογήσει με σκορ από 3 και άνω ένα τουλάχιστον ερώτημα από τις ερωτήσεις 1-5, τρία ερωτήματα τουλάχιστον από τις ερωτήσεις 6-12 και δύο ερωτήματα από τις ερωτήσεις 13-17. Τα αποτελέσματα δεν απείχαν πολύ από τα αποτελέσματα που μας έδωσε η προηγούμενη διαγνωστική μέθοδος. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την παρούσα μέθοδο, 10.11% γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια (1+3+2) για τη διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες. Μια σύγκριση των περιπτώσεων που διαγνώστηκαν με μετατραυματική διαταραχή στρες με το κριτήριο του κατώτερου σκορ και των περιπτώσεων που η διάγνωση βασίστηκε στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM - IV-TR, μας έδειξε ότι 7.3% των γυναικών με καρκίνο του μαστού πληρούσαν τα κριτήρια παρουσίας των διαγνωστικών κριτηρίων και της έντασης των συμπτωμάτων. Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν οφείλονταν σε δύο κύριους λόγους: 1) το συνολικό σκορ ήταν κάτω από το 50, αλλά οι γυναίκες πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια και 2) υπήρχε βαθμολογία > 50, αλλά δεν πληρούσαν το 2^ο διαγνωστικό κριτήριο, δηλαδή 3 συμπτώματα αποφυγής ή μούδιασματος. Στο δείγμα μας φαίνεται ότι ο συνδυασμός των δύο διαγνωστικών μεθόδων θα μπορούσε να δώσει περισσότερες πληροφορίες για τις γυναίκες που είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο

να εμφανίσουν μετατραυματική διαταραχή στρες. Η βιβλιογραφία (Sand et al., 2015) προτείνει τον συνδυασμό των δύο μεθόδων για τον προσδιορισμό των περιστατικών εκείνων που βρίσκονται σε κίνδυνο για τη διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής στρες. Σε επίπεδο ερωτημάτων (items) βλέπουμε (βλ. πιν. 4.8) ότι το ερώτημα με την υψηλότερη μέση τιμή είναι το ερώτημα 14 που ανήκει στην 3^η ομάδα συμπτωμάτων (υπερδιέγερση). Το ερώτημα με την χαμηλότερη μέση τιμή ανήκει στην 2^η ομάδα συμπτωμάτων (αποφυγή/ μούδιασμα).

Πίνακας 4.8 Στατιστικά Ερωτημάτων της Κλίμακας Μετατραυματικού Στρες

Ερωτήσεις	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Είστε ευερέθιστος ή έχετε εκρήξεις θυμού (14)	2.41	1.21
Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις, σκέψεις ή εικόνες ενός τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος, που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναστάτωση (1)	2.38	1.25
Δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος ή να παραμείνετε κοιμισμένος/η για πολύ (13)	2.32	1.42
Νιώθετε ότι το μέλλον σας μπορεί να είναι κατά κάποιο τρόπο πιο σύντομο, ότι δεν θα έχετε φυσιολογική διάρκεια ζωής αλλά μικρότερη, ή ότι δεν θα πραγματοποιήσετε μελλοντικά σχέδια (12)	2.21	1.26
Υπάρχει έντονη αναστάτωση και ταραχή όταν κάτι σας υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος (4)	2.08	1.23
Νιώθετε ότι βρίσκεστε σε κατάσταση υπερβολικής επαγρύπνησης, σε υπερδιέγερση, σε εγρήγορση, σε επιφυλακή, και δεν μπορείτε να ησυχάσετε (16)	2.07	1.26
Δυσκολεύεστε να συγκεντρώσετε την προσοχή σας και να μην διασπάται η σκέψη σας (15)	2.02	1.14
Αποφεύγετε σκέψεις ή συνομιλίες που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, ή αποφεύγετε να νιώσετε και απωθείτε τα συναισθήματα που σχετίζονται με αυτό το γεγονός (6)	1.94	1.25
Νιώθετε να αιφνιδιάζεστε εύκολα, να πετιέστε από τη θέση σας απότομα, ή να έχετε αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος και να τρομάζετε εύκολα (17)	1.88	1.19
Αποφεύγετε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες ή να βρεθείτε σε καταστάσεις που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος (7)	1.87	1.25
Νιώθετε να έχετε σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολίες στην αναπνοή ή ιδρώμα, όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος (5)	1.83	1.20
Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος (2)	1.63	1.11
Ξαφνικά δράτε ή αισθάνεστε σαν να ξανασυμβαίνει τώρα το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, να ξαναζωντανεύει και να το ξαναζείτε (3)	1.62	1.13
Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που σας άρεσαν, σας ευχαριστούσαν ή που απολαμβάνατε στο παρελθόν (9)	1.49	0.90
Νιώθετε απομάκρυνση, συναισθηματική απόσταση ή αποξένωση από τους άλλους ανθρώπους, σαν ξεκομμένος από αυτούς (10)	1.48	0.97
Έχετε πρόβλημα και δυσκολία στο να θυμηθείτε σημαντικές πλευρές του τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος (8)	1.48	0.97
Νιώθετε συναισθηματικό μούδιασμα ή νιώθετε αδύναμος/η να έχετε συναισθήματα αγάπης για τους κοντινούς σας ανθρώπους (11)	1.43	1.03

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια είναι μια πολυπαραγοντική έννοια που περιλαμβάνει ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά παράγοντες, οι οποίοι καλύπτουν διαφορετικούς τομείς της ζωής μιας γυναίκας: α) φροντίδα σε θέματα υγείας, β) εργασιακό περιβάλλον, γ) οικογενειακό περιβάλλον, δ) σεξουαλικές σχέσεις, ε) σχέσεις με την ευρύτερη οικογένεια, στ) κοινωνικό περιβάλλον και ζ) ψυχολογική δυσφορία. Ο μέσος όρος της συνολικής κλίμακας ήταν 29.81 (Τυπική Απόκλιση = 16.41). Σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή (Derogatis & Derogatis, 1990) υπολογίσαμε τις τιμές T-Scores με μέση τιμή το 50 και τυπική απόκλιση 10. Για την μετατροπή χρησιμοποιήσαμε τις δημοσιευμένες νόρμες του κατασκευαστή (1990) για ογκολογικούς ασθενείς (καρκίνος του μαστού, Hodgkin και non-Hodgkin λέμφωμα, λευχαιμία, καρκίνος του πνεύμονα και καρκίνος της άνω αναπνευστικής οδού). Αν και πρόκειται για νόρμες που στηρίχτηκαν σε ασθενείς που νοσούσαν από διαφορετικές μορφές καρκίνου, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (73 από τους 114). Κατά τη διαδικασία μετατροπής επικοινωνήσαμε και με τον κατασκευαστή για να λάβουμε επιμέρους διευκρινίσεις. Στο αρχικό ερωτηματολόγιο, οι υψηλότερες τιμές δηλώνουν χαμηλότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια.

Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος μας ανέφεραν ικανοποιητικά επίπεδα προσαρμογής στην ασθένεια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ωστόσο, προσέξαμε ότι υπάρχει μια διακύμανση στις βαθμολογίες οι οποίες κυμαίνονται από 23 έως 75. Η μέση τιμή T-Scores για την συνολική κλίμακα ήταν 52.90 (Τυπική Απόκλιση = 10.73). Ο παράγοντας «ψυχολογική δυσφορία» είχε την υψηλότερη μέση τιμή (55.83), δηλώνοντας ότι οι γυναίκες του δείγματός μας ανέφεραν προβλήματα προσαρμογής στον συγκεκριμένο τομέα περισσότερο από ό,τι στους άλλους τομείς. Αντιθέτως, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη ανέφεραν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή στους τομείς κοινωνικό περιβάλλον (43.40) και οικογενειακό περιβάλλον (49.60). Οι T-score τιμές για τους επτά παράγοντες και για την συνολική κλίμακα στο δείγμα μας φαίνεται να είναι υψηλότερες από αυτές που ανέφεραν προηγούμενες μελέτες που εξέτασαν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες με παραπλήσιο προφίλ με αυτό του δείγματος μας (αναφορικά με την ηλικία, το στάδιο προς νόσου

και τον χρόνο που έχει παρέλθει από τη διάγνωση). Να αναφέρουμε ότι στο πλαίσιο της δικής μας έρευνας προτιμήσαμε να αντιστρέψουμε το πρόσημο της κλίμακας με τις υψηλότερες τιμές να σημαίνουν καλύτερο επίπεδο προσαρμογής.

4.5. Συσχετίσεις

4.5.1. Συσχετίσεις Ανάμεσα στις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

Η επισκόπηση του πίνακα 4.9 μας έδειξε ότι η αισιοδοξία σχετίζεται αρνητικά και στατιστικώς σημαντικά με τους κοινωνικούς περιορισμούς, τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό και τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Θετικά σχετίζεται μόνο με την γνωστική αντανάκλαση σχετικά με τον καρκίνο. Η ανοιχτότητα σχετίζεται θετικά και στατιστικώς σημαντικά με την γνωστική αντανάκλαση ως σταθερό στυλ γνωστικής επεξεργασίας. Οι κοινωνικοί περιορισμοί βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό, με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, την αυτομομφή, αλλά και τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός βρέθηκε να σχετίζεται θετικά και στατιστικώς σημαντικά με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Πίνακας 4.9 Συσχετίσεις Μεταξύ των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών (N = 125)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Αισιοδοξία	-										
2. Ανοιχτότητα		-									
3. Κοινωνικοί Περιορισμοί	-.33**		-								
4. Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σταθερό Γνώρισμα)	-.53**		.25**	-							
5. Γνωστική Αντανάκλαση (Σταθερό Γνώρισμα)		.40**			-						
6. Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σχετικά με Καρκίνο)	-.29**		.39**	.42**		-					
7. Γνωστική Αντανάκλαση (Σχετικά με Καρκίνο)	.18*				.21*		-				
8. Θετική Αναπλαισίωση				.24**	.18*		.30**	-			
9. Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης			.20*	.28**				.26**	-		
10. Αυτομομφή			.25**	.43**	.24**	.30**		.40**	.20*	-	
11. Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	-.31**		.42**	.33**		.49**		.21*	.35**	.34**	-

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

4.5.2. Μετατραυματική Ανάπτυξη & Συσχετίσεις με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

4.5.2.1. Συσχετίσεις Ανάμεσα στην Μετατραυματική Ανάπτυξη και τις Δημογραφικές/Ιατρικές Μεταβλητές

Αρχικά, διερευνήσαμε την πιθανή σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης - τόσο του συνολικού σκορ, όσο και των 5 παραγοντικών σκορ - με τις κοινωνικό/δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές. Για τις μεταβλητές ηλικία και χρόνος που έχει παρέλθει από την ολοκλήρωση της θεραπείας χρησιμοποιήσαμε τον παραμετρικό συντελεστή συνάφειας Pearson r ενώ για τις υπόλοιπες μεταβλητές χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο one-way ANOVA και t-τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων. Η επισκόπηση του πίνακα 4.10. μας υποδεικνύει ότι μόνο μια ιατρική μεταβλητή, το στάδιο ασθένειας, βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την μετατραυματική ανάπτυξη σε επίπεδο συνολικού σκορ και σε επίπεδο παραγόντων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με πιο σοβαρό στάδιο της νόσου ήταν πιθανότερο να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης συνολικά και ειδικότερα στους παράγοντες: νέες πιθανότητες και εκτίμηση ζωής, σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο της ασθένειας. Ωστόσο, η στατιστική σημαντικότητα είναι μικρή ($p = .035$) και για τον λόγο αυτό δεν θα συμπεριληφθεί στο μοντέλο ανάλυσης ως πιθανός συγχυτικός παράγοντας [μόνο οι εν δυνάμει συγχυτικοί παράγοντες με στατιστική σημαντικότητα $p < .025$ μπορούσαν να συμπεριληφθούν στις αναλύσεις διαδρομής (Lemeshaw, 1989; Cohee et al., 2016)]. Επιπλέον, η ηλικία βρέθηκε να παίζει έναν περιορισμένο ρόλο (οριακά μη στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα) στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης και συγκεκριμένα για τους υποπαράγοντες εκτίμηση ζωής και νέες πιθανότητες. Ενδιαφέρον είναι ότι αν και σε όλες τις συσχετίσεις το πρόσημο είναι αρνητικό (νεότερες γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ανάπτυξης) στην περίπτωση της πνευματικότητας το πρόσημο ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι θετικό. Αναφορικά με τον χρόνο από την ολοκλήρωση της θεραπείας, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τον τύπο θεραπείας, ούτε το συνολικό σκορ της μετατραυματικής ανάπτυξης, ούτε οι επιμέρους παράγοντες βρέθηκαν να εμφανίζουν κάποια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 4.10 *Συσχετίσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με Κοινωνικό-Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές (N = 125)*

Μεταβλητές	Μετατραυματική Ανάπτυξη
Ηλικία	Συνολικό σκορ: $r = -.06$ ($p = .51$) Σχέση με άλλους: $r = -.01$ ($p = .92$) Εκτίμηση ζωής: $r = -.17$ ($p = .06$) Πνευματικότητα: $r = .14$ ($p = .12$) Προσωπική δύναμη: $r = -.06$ ($p = .49$) Νέες πιθανότητες: $r = -.17$ ($p = .06$)
Χρόνος από Ολοκλήρωση Θεραπείας	Συνολικό σκορ: $r = -.01$ ($p = .88$) Σχέση με άλλους: $r = -.01$ ($p = .95$) Εκτίμηση ζωής: $r = -.003$ ($p = .98$) Πνευματικότητα: $r = .10$ ($p = .25$) Προσωπική δύναμη: $r = -.04$ ($p = .66$) Νέες πιθανότητες: $r = -.01$ ($p = .92$)
Εκπαιδευτικό Επίπεδο Χαμηλό = 20.27 % Μεσαίο = 43.24 % Υψηλό = 36.49 %	Συνολικό σκορ: $F(2,121) = 1.408$ ($p = .25$) Σχέση με άλλους: $F(2,121) = 2.283$ ($p = .11$) Εκτίμηση ζωής: $F(2,121) = .275$ ($p = .76$) Πνευματικότητα: $F(2,121) = 2.362$ ($p = .01$) Προσωπική δύναμη: $F(2,121) = 2.706$ ($p = .07$) Νέες πιθανότητες: $F(2,121) = .071$ ($p = .93$)
Οικογενειακή Κατάσταση Άγαμες = 15.3 % Έγγαμες = 75.3% Χήρα = 9.4 %	Συνολικό σκορ: $F(2,122) = .069$ ($p = .93$) Σχέση με άλλους: $F(2,122) = .241$ ($p = .79$) Εκτίμηση ζωής: $F(2,122) = .026$ ($p = .97$) Πνευματικότητα: $F(2,122) = 1.303$ ($p = .28$) Προσωπική δύναμη: $F(2,122) = .406$ ($p = .67$) Νέες πιθανότητες: $F(2,122) = .188$ ($p = .83$)
Αριθμός Είδους Θεραπείας Απλή θεραπεία = 34.3% Συνδυαστική θεραπεία = 65.7%	Συνολικό σκορ: $t(106) = -.60$ ($p = .55$) Σχέση με άλλους: $t(106) = -.27$ ($p = .80$) Εκτίμηση ζωής: $t(106) = -.94$ ($p = .35$) Πνευματικότητα: $t(106) = .61$ ($p = .54$) Προσωπική δύναμη: $t(106) = -.75$ ($p = .46$) Νέες πιθανότητες: $t(106) = -.79$ ($p = .43$)

Πίνακας 4.10 Συνέχεια	
Μεταβλητές	Μετατραυματική Ανάπτυξη
Στάδιο Ασθένειας, Έως και I = 48.5% II A & II B = 40.4% Άνω του II B = 11.1 %	Συνολικό σκορ: $F(2,122) = 3.434$ ($p = .035$) (στο post hoc test οριακά στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην κατηγορία 1-έως στάδιο I-και την κατηγορία 3-άνω του II ^{B/} διαφορά μέσης τιμής = 14.280 [$p = .03$]) Σχέση με άλλους: $F(2,122) = 2.853$ ($p = .06$) Εκτίμηση ζωής: $F(2,122) = 4.710$ ($p = .01$) (στο post hoc test στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην κατηγορία 1-έως στάδιο I-και την κατηγορία 3-άνω του II ^{B/} διαφορά μέσης τιμής = 2.963 [$p = .09$]) Πνευματικότητα: $F(2,122) = .450$ ($p = .64$) Προσωπική δύναμη: $F(2,122) = 1.038$ ($p = .36$) Νέες πιθανότητες: $F(2,122) = 3.802$ ($p = .03$) (στο post hoc test στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην κατηγορία 1-έως στάδιο I-και την κατηγορία 3-άνω του II ^{B/} διαφορά μέσης τιμής= 4.189 [$p = .02$])

4.5.2.2. Συσχετίσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

Στην συνέχεια εξετάσαμε την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές πραγματοποιώντας παραμετρικές αναλύσεις (Pearson r). Σε πρώτη φάση, εξετάσαμε αν η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης (συνολική κλίμακα) με τις μεταβλητές αυτές είναι ευθύγραμμη και συνεχίσαμε με τις αναλύσεις συσχέτισης. Η επισκόπηση του παρακάτω πίνακα μας δείχνει ότι, σε συμφωνία με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, η μετατραυματική ανάπτυξη τόσο σε συνολικό σκορ, όσο και οι επιμέρους υποκλίμακες, σχετίζονται θετικά με τη γνωστική αντανάκλαση ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο. Δύο αναπάντεχα ευρήματα ήταν ότι ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός και η αυτομομφή βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά (με χαμηλό βαθμό συσχέτισης) με την μετατραυματική ανάπτυξη. Επιπλέον, η ανάπτυξη βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και τη θετική αναπλαισίωση. Οι μεταβλητές προσωπικότητας αισιοδοξία και ανοιχτότητα δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Σε γενικές γραμμές το συνολικό σκορ της ανάπτυξης και οι επιμέρους υποκλίμακες εμφάνισαν παραπλήσια εικόνα όσον αφορά τις συσχετίσεις με τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Μικρές διαφοροποιήσεις εντοπίσαμε στους τομείς νέες πιθανότητες, προσωπική δύναμη και πνευματικότητα. Επίσης, να αναφέρουμε ότι η υψηλή συνάφεια ανάμεσα στην πνευματική ανάπτυξη και τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης φανερώνει μια σημαντική επικάλυψη στο τι μετράνε οι δύο μεταβλητές.

Στην συνέχεια εξετάσαμε τις μερικές συσχετίσεις (partial correlations) ανάμεσα στο συνολικό σκορ της μετατραυματικής ανάπτυξης και τις ανεξάρτητες μεταβλητές ελέγχοντας την ενδεχόμενη επίδραση συγχυτικών παραγόντων (confounding variables) όπως είναι η ηλικία και το στάδιο ασθένειας. Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα δεν άλλαξαν σημαντικά την εικόνα των συσχετίσεων.

Πίνακας 4.11 *Συσχετίσεις της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές (N = 125)*

	PTGI Συνολικό	PTGI Διαπροσωπικές Σχέσεις	PTGI Νέες Πιθανότητες	PTGI Προσωπική Δύναμη	PTGI Πνευματικότητα	PTGI Εκτίμηση Ζωής
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Γνώρισμα)	.27**	.33**		.22*	.22*	.23*
Γνωστική Αντανάκλαση (Γνώρισμα)	.35**	.33**	.23**	.28**	.28**	.40**
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Κατάσταση)	.23*	.27**	.19*		.18*	.27**
Γνωστική Αντανάκλαση (Κατάσταση)	.32**	.28**		.44**	.20*	.30**
Θετική Αναπλαισίωση	.43**	.38**	.37**	.31**	.28**	.39**
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.46**	.42**	.29**	.29**	.74**	.29**
Αυτομομφή	.24**	.21*	.21*	.21*		.27**

Σημείωση: ** $p < .01$; * $p < .05$; PTGI = Posttraumatic Growth Inventory

4.5.3. Μετατραυματικό Στρες & Συσχετίσεις με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

4.5.3.1. Συσχετίσεις του Μετατραυματικού Στρες με Κοινωνικό-Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές

Στην συνέχεια, προχωρήσαμε στη διερεύνηση της σχέσης του μετατραυματικού στρες με τις κοινωνικό-δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές. Η μόνη ιατρική μεταβλητή που βρέθηκε να έχει κάποια σχέση με το μετατραυματικό στρες ήταν ο αριθμός των θεραπειών στις οποίες είχαν υποβληθεί οι γυναίκες. Οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε ένα μόνο τύπο θεραπείας (για παράδειγμα μόνο χημειοθεραπεία, ή μόνο ακτινοθεραπεία) εμφάνιζαν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και συγκεκριμένα αναβίωσης του τραύματος. Ωστόσο, η στατιστική σημαντικότητα είναι μικρή ($p = .030$) και για τον λόγο αυτό δεν θα συμπεριληφθεί στο μοντέλο ανάλυσης ως πιθανός συγχυτικός παράγοντας [μόνο οι εν δυνάμει συγχυτικοί παράγοντες με στατιστική σημαντικότητα $p < .025$ μπορούσαν να συμπεριληφθούν στις αναλύσεις διαδρομής (Lemenshaw, 1989; Cohee et al., 2016)].

Πίνακας 4.12 Συσχετίσεις Μετατραυματικού Στρες με Κοινωνικό-Δημογραφικές & Ιατρικές Μεταβλητές (N = 125)

Μεταβλητές	Μετατραυματικό Στρες
Ηλικία	Συνολικό Σκορ: $r = -.06$ ($p = .54$) Αναβίωση τραύματος: $r = .06$ ($p = .49$) Αποφυγή: $r = -.01$ ($p = .92$) Υπερδιέγερση: $r = .12$ ($p = .17$)
Χρόνος από Ολοκλήρωση Θεραπείας	Συνολικό Σκορ: $r = .00$ ($p = 1.00$) Αναβίωση τραύματος: $r = .06$ ($p = .53$) Αποφυγή: $r = -.04$ ($p = .70$) Υπερδιέγερση: $r = -.01$ ($p = .92$)
Εκπαιδευτικό Επίπεδο Χαμηλό = 20.27 % Μεσαίο = 43.24% Υψηλό = 36.49%	Συνολικό Σκορ: $F(2,121) = .547$ ($p = .58$) Αναβίωση τραύματος: $F(2,121) = .979$ ($p = .38$) Αποφυγή: $F(2,121) = .159$ ($p = .85$) Υπερδιέγερση: $F(2,121) = .412$ ($p = .66$)
Οικογενειακή Κατάσταση Άγαμες = 15.3 % Έγγαμες = 75.3 % Χήρα = 9.4 %	Συνολικό Σκορ: $F(2,122) = .577$ ($p = .56$) Αναβίωση τραύματος: $F(2,122) = .691$ ($p = .50$) Αποφυγή: $F(2,122) = .684$ ($p = .51$) Υπερδιέγερση: $F(2,122) = 1.726$ ($p = .18$)
Αριθμός Είδους Θεραπείας Απλή θεραπεία = 34.3% Συνδυαστική θεραπεία = 65.7 %	Συνολικό Σκορ: $t(106) = 2.26$ ($p = .03$) Αναβίωση Τραύματος: $t(106) = 2.31$ ($p = .02$) Αποφυγή: $t(106) = 1.78$ ($p = .08$) Υπερδιέγερση: $t(106) = 1.41$ ($p = .16$)
Στάδιο Ασθένειας, Έως και I = 48.5% II ^A & II ^B = 40.4 % Άνω του II ^B = 11.1 %	Συνολικό Σκορ: $F(2,122) = .339$ ($p = .67$) Αναβίωση τραύματος: $F(2,122) = .964$ ($p = .38$) Αποφυγή: $F(2,122) = .584$ ($p = .56$) Υπερδιέγερση: $F(2,122) = .405$ ($p = .67$)

4.5.3.2. Συσχετίσεις του Μετατραυματικού Στρες με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

Το επόμενο βήμα μας ήταν να εξετάσουμε την σχέση του μετατραυματικού στρες (τόσο του συνολικού σκορ, όσο και των τριών παραγόντων) με τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Η επισκόπηση του πίνακα 4.13 μας δείχνει ότι το μετατραυματικό στρες σχετιζόταν αρνητικά με την αισιοδοξία και θετικά με τους κοινωνικούς περιορισμούς και τον αρνητικό μηρυκασμό (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο). Επίσης, οι γυναίκες που εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης και αυτομομφής. Επιπλέον, βρέθηκε μια χαμηλού βαθμού συσχέτιση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Στην συνέχεια εξετάσαμε τις μερικές συσχετίσεις (partial correlations) ανάμεσα στο συνολικό σκορ του μετατραυματικού στρες και τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές ελέγχοντας την ενδεχόμενη επίδραση συγχυτικών παραγόντων (confounding variables) όπως είναι η ηλικία, το στάδιο ασθένειας και ο τύπος θεραπείας. Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα δεν άλλαξαν σημαντικά την εικόνα των συσχετίσεων.

Πίνακας 4.13 *Συσχετίσεις Μετατραυματικού Στρες με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές (N = 125)*

	Μετατραυματικό Στρες	Παρεισφρητικές Σκέψεις	Αποφυγή	Υπερδιέγερση
Αισιοδοξία	-.44**	-.32**	-.36**	-.33**
Κοινωνικοί Περιορισμοί	.46**	.44**	.39**	.43**
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (γνώρισμα)	.44**	.31**	.34**	.39**
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Κατάσταση)	.59**	.58**	.55**	.49**
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.49**	.52**	.43**	.37**
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.22*	.21*		
Αυτομομφή	.29**	.20*	.28**	.26**

** p < .01 * p < .05

4.5.4. Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή & Συσχετίσεις με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

4.5.4.1. Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής με Κοινωνικό-Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές

Αρχικά, εξετάσαμε τις συσχετίσεις που ενδέχεται να υπάρχουν ανάμεσα στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (σε επίπεδο συνολικής βαθμολογίας και των 7 παραγόντων) με δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές. Η επισκόπηση του πίνακα 4.14 μας δείχνει ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια εμφάνισε περιορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με κοινωνικό-δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές, κυρίως σε επίπεδο υποκλιμάκων. Συγκεκριμένα, η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά (σε μικρό βαθμό) με την υποκατηγορία «ψυχολογική δυσφορία» με τις νεότερες γυναίκες να εμφανίζουν περισσότερη ψυχολογική δυσφορία. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο επίπεδο προσαρμογής ανάμεσα στις γυναίκες χωρίς σχέση και τις γυναίκες τόσο σε σχέση όσο και σε κατάσταση χηρείας, με την πρώτη κατηγορία να αναφέρει περισσότερα προβλήματα προσαρμογής όσον αφορά την φροντίδα που έχουν λάβει από επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που ήταν σε σχέση ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής αναφορικά με τις σεξουαλικές σχέσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες σε κατάσταση χηρείας. Τέλος, το στάδιο της ασθένειας βρέθηκε να σχετίζεται με τον τομέα «οικογενειακό περιβάλλον». Οι γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού σε πιο προχωρημένο στάδιο ($> \text{II}^{\text{B}}$) ανέφεραν μεγαλύτερα προβλήματα προσαρμογής σε θέματα που αφορούσαν την οικογένειά τους και τις οικογενειακές υποχρεώσεις τους.

Πίνακας 4.14 Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια με Κοινωνικό-Δημογραφικές Μεταβλητές

Μεταβλητές	Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια
Ηλικία	Συνολικό Σκορ: $r = .13$ ($p = .14$) Υγειονομική Φροντίδα : $r = .10$ ($p = .27$) Εργασιακό Περιβάλλον: $r = .002$ ($p = .98$) Οικογενειακό Περιβάλλον: $r = .17$ ($p = .06$) Σεξουαλικές Σχέσεις: $r = .05$ ($p = .62$) Σχέσεις με Διευρυμένη Οικογένεια: $r = .09$ ($p = .33$) Κοινωνικό Περιβάλλον: $r = .14$ ($p = .13$) Ψυχολογική Δυσφορία: $r = -.24^{**}$ ($p = .01$)
Χρόνος από Ολοκλήρωση Θεραπείας	Συνολικό Σκορ: $r = .144$ ($p = .109$) Υγειονομική Φροντίδα : $r = .041$ ($p = .653$) Εργασιακό Περιβάλλον: $r = .075$ ($p = .405$) Οικογενειακό Περιβάλλον: $r = .150$ ($p = 0.96$) Σεξουαλικές Σχέσεις: $r = .090$ ($p = .317$) Σχέσεις με Διευρυμένη Οικογένεια: $r = .111$ ($p = .216$) Κοινωνικό Περιβάλλον: $r = .042$ ($p = .642$) Ψυχολογική Δυσφορία: $r = .136$ ($p = .129$)
Εκπαιδευτικό Επίπεδο Χαμηλό = 20.27 % Μεσαίο = 43.24% Υψηλό = 36.49%	Συνολικό σκορ: $F(2,121) = 1.714$ ($p = .233$) Υγειονομική Φροντίδα : $F(2,121) = 2.635$ ($p = .076$) Εργασιακό Περιβάλλον: $F(2,121) = 1.194$ ($p = .152$) Οικογενειακό Περιβάλλον: $F(2,121) = .070$ ($p = .932$) Σεξουαλικές Σχέσεις: $F(2,121) = 1.725$ ($p = 0.182$) Σχέσεις με Διευρυμένη Οικογένεια: $F(2,121) = 2.905$ ($p = .059$) Κοινωνικό Περιβάλλον: $F(2,121) = .203$ ($p = .817$) Ψυχολογική Δυσφορία: $F(2,121) = 2.330$ ($p = .102$)
Οικογενειακή Κατάσταση Άγαμες = 15.3 % Σε Σχέση = 75.3% Χήρα = 9.4%	Συνολικό Σκορ: $F(2,122) = 2.620$ ($p = .077$) <u>Υγειονομική Φροντίδα :</u> $F(2,122) = 8.331$ ($p < .001$) (στο post hoc test στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στις κατηγορίες 1-άγαμη-και 3-χήρα/ διαφορά μέσης τιμής = 3.521 [$p = .001$] και τις κατηγορίες 1-άγαμη-και 2-σε σχέση / διαφορά μέσης τιμής = 2.477 [$p = .001$]) Εργασιακό Περιβάλλον: $F(2,122) = .188$ ($p = .83$) Οικογενειακό Περιβάλλον: $F(2,122) = 1.926$ ($p = .15$) <u>Σεξουαλικές Σχέσεις:</u> $F(2,122) = 5.149$ ($p = .07$) (στο post hoc test στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην κατηγορία 2-έγγαμη και 3-χήρα/ διαφορά μέσης τιμής = 3.478 [$p = .009$]) Σχέσεις με Διευρυμένη Οικογένεια: $F(2,122) = 1.096$ ($p = .34$) Κοινωνικό Περιβάλλον: $F(2,122) = .190$ ($p = 0.83$) Ψυχολογική Δυσφορία: $F(2,122) = 2.547$ ($p = .08$)

Πίνακας 4.14 Συνέχεια

Μεταβλητές	Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια
Αριθμός Είδους Θεραπείας Απλή Θεραπεία = 34.3% Συνδυαστική Θεραπεία = 65.7 %	Συνολικό Σκορ: $t(106) = .47$ ($p = .64$) Υγειονομική Φροντίδα : $t(106) = .13$ ($p = .90$) Εργασιακό Περιβάλλον: $t(106) = -.35$ ($p = .73$) Οικογενειακό Περιβάλλον: $t(106) = -.44$ ($p = .66$) Σεξουαλικές Σχέσεις: $t(106) = -1.16$ ($p = .11$) Σχέσεις με Διευρυμένη Οικογένεια: $t(106) = 1.42$ ($p = .16$) Κοινωνικό Περιβάλλον: $t(106) = .19$ ($p = .85$) Ψυχολογική Δυσφορία: $t(106) = .10$ ($p = .92$)
Στάδιο Ασθένειας, Έως και I = 48.5% II ^A & II ^B = 40.4 % Άνω του II ^B = 11.1 %	Συνολικό σκορ: $F(2,122) = 1.214$ ($p = .30$) Υγειονομική Φροντίδα : $F(2,122) = .396$ ($p = .67$) Εργασιακό Περιβάλλον: $F(2,122) = 2.151$ ($p = .12$) <u>Οικογενειακό Περιβάλλον: $F(2,122) = 3.110$ ($p = .05$)</u> (στο post hoc test στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην κατηγορία 1-έως στάδιο I-και την κατηγορία 3-άνω του II ^B / διαφορά μέσης τιμής = 2.233 [$p = .038$]) Σεξουαλικές Σχέσεις: $F(2,122) = .967$ ($p = .38$) Σχέσεις με Διευρυμένη Οικογένεια: $F(2,122) = 2.253$ ($p = .11$) Κοινωνικό Περιβάλλον: $F(2,122) = 1.116$ ($p = .33$) Ψυχολογική Δυσφορία: $F(2,122) = 1.055$ ($p = .35$)

4.5.4.2. Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής με Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

Το επόμενο βήμα ήταν να εξετάσουμε τις συσχετίσεις που υπάρχουν ανάμεσα στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια και τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Συγκεκριμένα, η αισιοδοξία βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την προσαρμογή σε επίπεδο συνολικού σκορ και στους επιμέρους τομείς εκτός από την προσαρμογή στο εργασιακό περιβάλλον και τις σεξουαλικές σχέσεις. Η ανοιχτότητα στην εμπειρία βρέθηκε να σχετίζεται θετικά (με χαμηλό δείκτη συνάφειας) με την προσαρμογή στους τομείς εργασιακό περιβάλλον και κοινωνικές σχέσεις. Οι κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονταν με φτωχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε όλους σχεδόν τους τομείς. Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (κυρίως σε επίπεδο κατάστασης) βρέθηκε να εμφανίζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την προσαρμογή σε όλους τους τομείς ζωής. Αντιθέτως, η γνωστική αντανάκλαση σχετίζεται θετικά μόνο με την φροντίδα σε θέματα υγείας και την απουσία ψυχολογικής δυσφορίας. Από τις στρατηγικές αντιμετώπισης, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (σχεδόν σε όλους του τομείς).

Στην συνέχεια εξετάσαμε τις μερικές συσχετίσεις (partial correlations) ανάμεσα στο συνολικό σκορ της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και τις ανεξάρτητες μεταβλητές ελέγχοντας την ενδεχόμενη επίδραση συγχυτικών παραγόντων (confounding variables) όπως είναι η ηλικία, το στάδιο ασθένειας και ο τύπος θεραπείας. Τα αποτελέσματα δεν άλλαξαν σημαντικά την εικόνα των συσχετίσεων.

Πίνακας 4.15 *Συσχετίσεις της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια με τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές*

	PAIS-SR Συνολικό Σκορ	PAIS-SR Φροντίδα Υγείας	PAIS-SR Εργασιακό Περιβάλλον	PAIS-SR Οικογενειακό Περιβάλλον	PAIS-SR Σεξουαλικές Σχέσεις	PAIS-SR Σχέσεις Διευρυμένης Οικογένειας	PAIS-SR Κοινωνικές Σχέσεις	PAIS-SR Ψυχολογική Δυσφορία
Αισιοδοξία	.37**	.22**		.23**		.36**	.27**	.57**
Ανοιχτότητα			.24**				.33**	
Κοινωνικοί Περιορισμοί	-.49**		-.31**	-.44**	-.23**	-.44**	-.30**	-.53**
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Γνώρισμα)	-.27**						-.22*	-.52**
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Κατάσταση)	-.52**		-.42**	-.35**	-.23**	-.40**	-.52**	-.64**
Αντανάκλαση (Γνώρισμα)		.25**						.18*
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης			-.19*			-.21*		
Αυτομομφή	-.29**	-.20**	-.18*	-.27**		-.21*		-.38**
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	-.32**		-.28**	-.25**	-.23**	-.25**	-.35**	-.44**

Σημείωση: **p < .01; * p < .05; PAIS-SR = Psychosocial Adjustment to Illness Scale – Self Report

4.6. Αναλύσεις AMOS

4.6.1. Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

Στην συνέχεια επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε το AMOS 22 στατιστικό λογισμικό, που αποτελεί μια πρόσθετη ενότητα στο SPSS για να πραγματοποιήσουμε αναλύσεις διαδρομής (path analysis). Η διαδικασία προϋποθέτει τον σχεδιασμό υποθετικών μοντέλων με απλά εργαλεία σχεδίασης, την εκτέλεση των υπολογισμών με το πρόγραμμα AMOS (**A**nalysis of **M**oment **S**tructures) και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Η βασική διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής: 1) αρχικά ο ερευνητής σχεδιάζει με τη βοήθεια του προγράμματος το υποθετικό μοντέλο και ονομάζει τις μεταβλητές, 2) στην συνέχεια ρυθμίζει τις παραμέτρους της ανάλυσης, 3) «τρέχει» την ανάλυση, 4) διαβάζει τα αποτελέσματα και ερμηνεύει την καταλληλότητα και τις σχέσεις του διαγράμματος. Βασικές προϋποθέσεις για την χρήση του AMOS λογισμικού είναι οι παρακάτω: 1) κατάλληλο μέγεθος δείγματος, 2) ευθύγραμμες σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές 3) απουσία συμμεταβλητότητας, 4) εισαγωγή μεταβλητών που έχουν θεωρητικό υπόβαθρο, 5) απουσία ακραίων τιμών και 6) κανονικές κατανομές.

Κατά τη διαδικασία των αναλύσεων διαδρομής θέσαμε τα παρακάτω ερωτήματα τα οποία μας βοήθησαν να κατανοούμε σε κάθε βήμα τις ενέργειες μας, να ελέγχουμε την ορθότητα των αναλύσεων και την καταλληλότητα του προτεινόμενου μοντέλου, αλλά και να ερμηνεύσουμε σωστά τα αποτελέσματα: α) πόσες μεταβλητές μετράει το διάγραμμα, β) πόσες και ποιες είναι οι εξωγενείς μεταβλητές του διαγράμματος (εξωγενής παράγοντας είναι εκείνος για τον οποίο δεν ενδιαφερόμαστε να κατανοήσουμε τα αίτια που ερμηνεύουν τη διακύμανση του), γ) πόσες και ποιες είναι οι ενδογενείς μεταβλητές του διαγράμματος (ενδογενής παράγοντας είναι εκείνος για τον οποίο ενδιαφερόμαστε να κατανοήσουμε τα αίτια που ερμηνεύουν τη διακύμανση του), ε) είναι το μοντέλο που προτείνουμε προσδιορισμένο (identified); Το βασικό ερώτημα στις αναλύσεις διαδρομής αφορά στην καταλληλότητα του προτεινόμενου μοντέλου και για να απαντήσουμε χρειάζεται να συμβουλευτούμε μια σειρά από στατιστικούς δείκτες που προμηθευόμαστε από τα αποτελέσματα των αναλύσεων (model good fit) (Hu & Bentler, 1999):

α) η στατιστική χ^2 (χ^2) πρέπει να είναι μικρή και όχι στατιστικά σημαντική ($p < .05$).

- β) η τιμή CMIN/df να είναι μικρότερη του 2,
- γ) ο δείκτης κατάλληλης προσαρμογής [goodness of fit index (GFI)] να είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 0.95,
- δ) ο κανονικοποιημένος δείκτης προσαρμογής [non-normed fit index (NFI)] να είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 0.90,
- ε) η τιμή Tucker–Lewis Index (TLI) να είναι ίση ή μεγαλύτερη του 0.95,
- στ) ο συγκριτικός δείκτης προσαρμογής [comparative fit index (CFI)] να είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 0.95,
- ζ) η τετραγωνική ρίζα του μέσου του λάθους της εκτίμησης [root-mean-square error of approximation (RMSEA)] να είναι μικρότερη από 0.06.

Μέσω του προγράμματος AMOS οι ερευνητές μπορούν να δοκιμάσουν τα υποθετικά τους μοντέλα δημιουργώντας το διάγραμμα αυτών και ελέγχοντας τις άμεσες, έμμεσες και συνολικές επιδράσεις ανάμεσα στις μεταβλητές. Η στατιστική σημαντικότητα των έμμεσων σχέσεων έγινε με τη βοήθεια της τεχνικής αναδειγματοληψίας (bootstrap).

4.6.2. Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Στο δεύτερο κεφάλαιο προτείναμε κάποια υποθετικά μοντέλα τα οποία συνδέουν τις μεταβλητές μεταξύ τους και προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις σχέσεις ανάμεσα σε αυτές. Βασιζόμενοι στο αρχικό υποθετικό μας μοντέλο, αλλά και στα αποτελέσματα των αναλύσεων συσχέτισης, προχωρήσαμε στην εξέταση ενός αναθεωρημένου υποθετικού μοντέλου της μετατραυματικής ανάπτυξης. Το συγκεκριμένο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης περιελάμβανε, επίσης, τις παρακάτω μεταβλητές: α) τη γνωστική αντανάκλαση ως σταθερό χαρακτηριστικό και σε επίπεδο κατάστασης, β) τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό ως σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας και σε επίπεδο κατάστασης, γ) την αυτομομφή, δ) τη θετική αναπλαισίωση και ε) τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Σχετικά με τους δυνητικά συγχυτικούς παράγοντες, δεν κρίθηκε αναγκαία η προσθήκη της μεταβλητής του σταδίου της

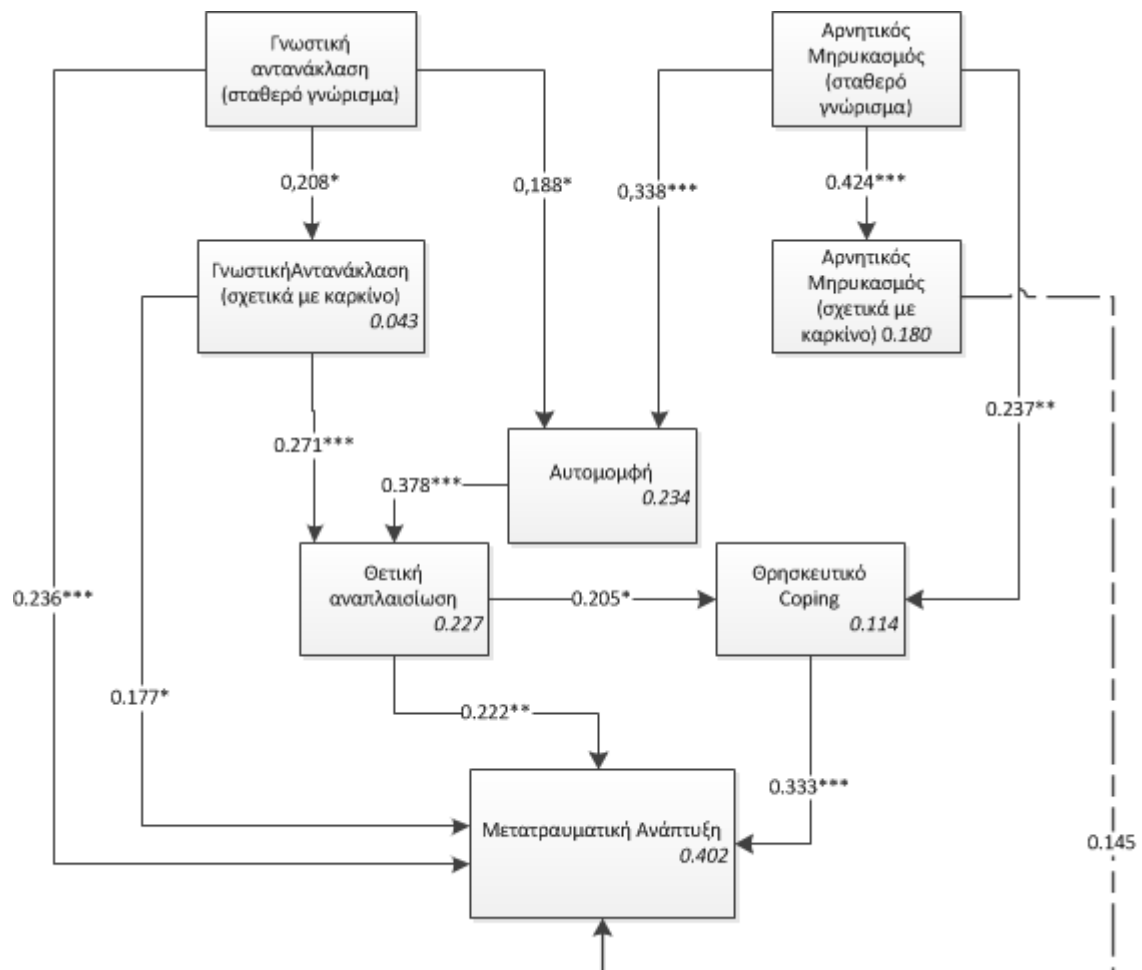
ασθένειας εφόσον η συσχέτιση της με την ανάπτυξη ήταν μικρότερη του $p = .025$ (Lemenshaw, 1989; Cohee et al., 2016).

Οι δείκτες προσαρμογής (goodness of fit) του συγκεκριμένου μοντέλου ήταν ικανοποιητικοί: $\chi^2 = 6.559 / p = .92$, CMIN/DF = 0.51, GFI = 0.99, NFI = 0.96, TLI = 1.09, CFI = 1.000, RMSEA = 0.000 [90% Διαστήματα Εμπιστοσύνης/ΔΕ (κατώτερο, ανώτερο) = 0.00 - 0.030]. Όπως μπορούμε να δούμε στο διάγραμμα 4.1 και τον πίνακα 4.16, οι μεταβλητές εκείνες που βρέθηκαν να σχετίζονται άμεσα και στατιστικώς σημαντικά με την μετατραυματική ανάπτυξη είναι η γνωστική αντανάκλαση ως σταθερό γνώρισμα και σε επίπεδο κατάστασης, η γνωστική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Αν και σε επίπεδο συσχετίσεων ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός εμφάνισε θετικές συσχετίσεις με την ανάπτυξη, στο συγκεκριμένο μοντέλο, η σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως σταθερό γνώρισμα με την μετατραυματική ανάπτυξη διαμεσολαβείται τελείως από τις τρεις μορφές στρατηγικών αντιμετώπισης: αυτομομφή, θετική αναπλαισίωση και θρησκευτικότητα. Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σε επίπεδο κατάστασης εμφάνισε μια αδύναμη άμεση θετική συσχέτιση με την ανάπτυξη, η οποία δεν ήταν πλέον στατιστικώς σημαντική μετά την εφαρμογή της μεθόδου αναδειγματοληψίας (bootstrap) ($p = .078$). Ενδιαφέρον ήταν το εύρημα ότι εκτός από τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό και η γνωστική αντανάκλαση, ως σταθερό γνώρισμα, σχετιζόταν θετικά με την αυτομομφή. Επιπλέον, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (ως σταθερό γνώρισμα) βρέθηκε να έχει θετική σχέση με τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ, η γνωστική αντανάκλαση σε επίπεδο κατάστασης βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την θετική αναπλαισίωση. Με την σειρά της η αυτομομφή σχετιζόταν θετικά με τη θετική αναπλαισίωση, ενώ η θετική αναπλαισίωση σχετιζόταν θετικά με τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Επίσης, εφαρμόσαμε την bonferroni διόρθωση στο επίπεδο σημαντικότητας, για να επιβεβαιώσουμε ότι δεν απορρίψαμε εσφαλμένα την μηδενική υπόθεση αναφορικά με τις μεταβλητές που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, το προσαρμοσμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p = .007$ ($0.05/7$). Σύμφωνα με το πιο συντηρητικό επίπεδο σημαντικότητας, παρατηρούμε ότι οι άμεσες επιδράσεις της γνωστικής αντανάκλασης (ως σταθερό γνώρισμα) και των θρησκευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης στην μετατραυματική ανάπτυξη

συνεχίζουν να είναι στατιστικά σημαντικές. Επιπλέον, σε επίπεδο συνολικών επιδράσεων, μόνο ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός δεν βρέθηκε να σχετίζεται με στατιστικώς σημαντικό τρόπο με την μετατραυματική ανάπτυξη, μετά την bonferroni διόρθωση.

Περαιτέρω, εξετάσαμε τις έμμεσες σχέσεις (βλ. πίνακα 4.17) που εμφανίστηκαν στο συγκεκριμένο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης και βρήκαμε τα παρακάτω αποτελέσματα: α) η σχέση της αρνητικής μηρυκαστικής σκέψης με την μετατραυματική ανάπτυξη διαμεσολαβείται ολοκληρωτικά από τις στρατηγικές αντιμετώπισης που περιελάμβανε το μοντέλο, β) η σχέση της γνωστικής αντανάκλασης με την μετατραυματική ανάπτυξη διαμεσολαβείται μερικώς από τις τρεις στρατηγικές αντιμετώπισης, γ) η σχέση τόσο της γνωστικής αντανάκλασης, όσο και του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού (ως σταθερό γνώρισμα) με τη θετική αναπλαισίωση βρέθηκε να διαμεσολαβείται από την αυτομομφή, δ) η σχέση της αυτομομφής με τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και την μετατραυματική ανάπτυξη διαμεσολαβείται εξολοκλήρου από τη θετική αναπλαισίωση, ε) τέλος, η σχέση της θετικής αναπλαισίωσης με την μετατραυματική ανάπτυξη διαμεσολαβείται μερικώς από τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Το συγκεκριμένο μοντέλο βρέθηκε να ερμηνεύει ένα σημαντικό ποσοστό (40 %) της συνολικής διακύμανσης της μετατραυματικής ανάπτυξης.



Διάγραμμα 4.1 Σταθμισμένο Μοντέλο Μετατραυματικής Ανάπτυξης

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Πίνακας 4.16 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Συνολικών και Άμεσων Επιδράσεων της Γνωστικής Επεξεργασίας και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης στην Μετατραυματική Ανάπτυξη (N = 125)

Συνολικές Επιδράσεις				
Μετατραυματική Ανάπτυξη				
	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
		ΑΟ	ΚΟ	p
Γνωστική Αντανάκλαση (Σταθερό Στυλ)	0.309 (0.077)	0.146	0.450	.001
Γνωστική Αντανάκλαση (Σχετικά με Καρκίνο)	0.256 (0.075)	0.102	0.390	.004
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σταθερό Στυλ)	0.184 (0.049)	0.093	0.285	.001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σχετικά με Καρκίνο)	0.161 (0.077)	0.004	0.306	.044
Αυτομομφή	0.110 (0.043)	0.037	0.204	.003
Θετική Αναπλαισίωση	0.290 (0.095)	0.095	0.469	.005
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.333 (0.064)	0.203	0.456	< .001
Άμεσες Επιδράσεις				
	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
		ΚΟ	ΑΟ	p
Γνωστική Αντανάκλαση (Σταθερό Στυλ)	0.236 (0.079)	0.079	0.387	.004
Γνωστική Αντανάκλαση (Σχετικά με Καρκίνο)	0.177 (0.077)	0.017	0.319	.030
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σχετικά με Καρκίνο)	0.145 (0.079)	-0.018	0.296	.078
Θετική Αναπλαισίωση	0.222 (0.091)	0.004	0.398	.018
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.333 (0.064)	0.203	0.456	< .001
Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = (Διορθωμένο από την Μεροληψία) Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης				

Πίνακας 4.17 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Έμμεσων Επιδράσεων Ανάμεσα στις Μεταβλητές του Μοντέλου Μετατραυματικής Ανάπτυξης (N = 125)

Ανεξάρτητη Μεταβλητή		Διαμεσολαβητής		Εξαρτημένη Μεταβλητή	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		p
						ΚΟ	ΑΟ	
ΓΑ (Στ)	→	ΓΑ (Καρ)-ΑΜ	→	ΘΑ	0.127 (0.049)	0.046	0.224	.002
ΓΑ (Στ)	→	ΓΑ (Καρ)-ΑΜ-ΘΑ	→	ΘΡ	0.026 (0.017)	0.004	0.072	.016
ΓΑ (Στ)	→	ΓΑ (Καρ)-ΑΜ-ΘΑ-ΘΡ	→	ΜΑ	0.074 (0.030)	0.025	0.148	.002
ΓΑ (Καρ)	→	ΘΑ	→	ΘΡ	0.056 (0.032)	0.007	0.133	.021
ΓΑ (Καρ)	→	ΘΑ-ΘΡ	→	ΜΑ	0.079 (0.037)	0.013	0.141	.018
ΑΓΜ (Στ)	→	ΓΑ (Καρ)-ΑΜ	→	ΘΑ	0.151 (0.040)	0.083	0.241	< .001
ΑΓΜ (Στ)	→	ΘΑ.	→	ΘΡ	0.031 (0.017)	0.006	0.075	.016
ΑΓΜ (Στ)	→	ΓΑ (Καρ)-ΑΜ-ΘΑ-ΘΡ	→	ΜΑ	0.184 (0.049)	0.093	0.285	.001
ΑΜ	→	ΘΑ	→	ΘΡ	0.078 (0.039)	0.012	0.162	.022
ΑΜ	→	ΘΑ- ΘΡ	→	ΜΑ	0.110 (0.043)	0.037	0.204	.003
ΘΑ	→	ΘΡ	→	ΜΑ	0.068 (0.032)	0.013	0.141	.018
Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = (Διορθωμένο από την Μεροληψία) Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης ΑΜ = Αυτομομφή, ΘΑ = Θετική αναπλαισίωση, ΘΡ = Θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ΓΑ (Στ) = Γνωστική αντανάκλαση (σταθερό γνώρισμα), ΓΑ (Καρ) = Γνωστική αντανάκλαση (σχετικά με καρκίνο), ΑΓΜ (Στ) = Αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (σταθερό γνώρισμα), ΜΑ = Μετατραυματική ανάπτυξη								

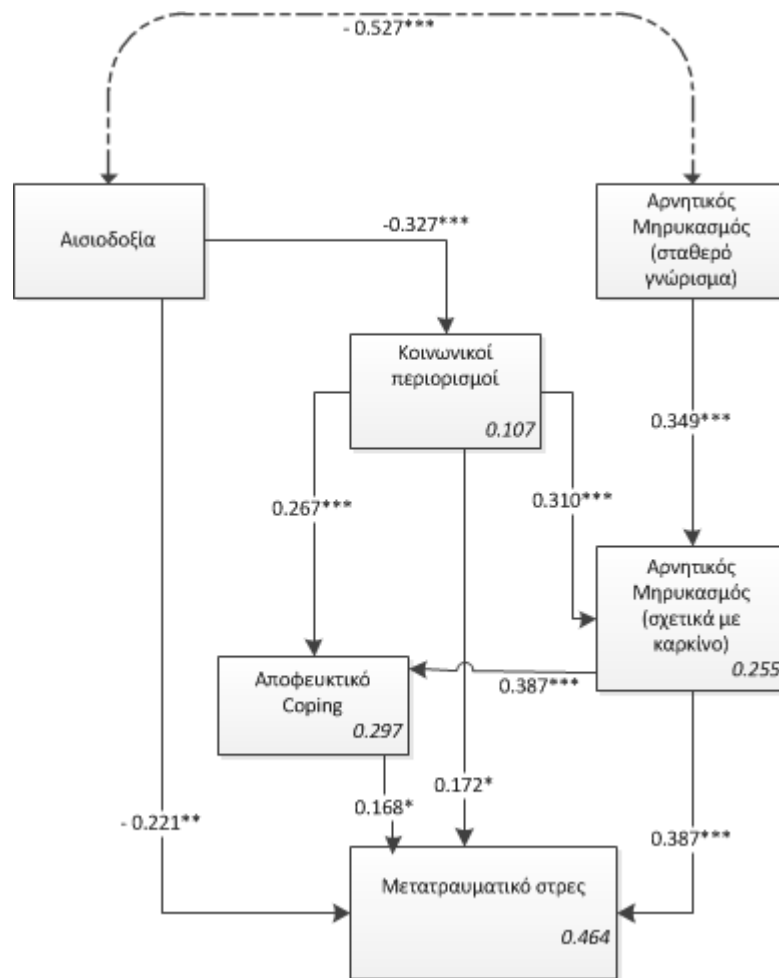
4.6.3. Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου της Μετατραυματικού Στρες

Στο δεύτερο κεφάλαιο προτείναμε ένα υποθετικό μοντέλο αναφορικά με την σχέση που ενδέχεται να υπάρχει ανάμεσα στις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και το μετατραυματικό στρες, αλλά και στα στατιστικώς σημαντικά μονοπάτια που εμφανίζονται ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές και τα οποία οδηγούν στο μετατραυματικό στρες. Στηριζόμενοι στο αρχικό υποθετικό μας μοντέλο και τα αποτελέσματα των αναλύσεων συνάφειας προχωρήσαμε στο τελικό μοντέλο μετατραυματικού στρες προς εξέταση, το οποίο περιελάμβανε τις παρακάτω μεταβλητές: α) αισιοδοξία ως σταθερό γνώρισμα προσωπικότητας, β) αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως σταθερό γνώρισμα προσωπικότητας, γ) κοινωνικοί περιορισμοί της έκφρασης ανησυχιών και σκέψεων σχετικά με τον καρκίνο, δ) αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός που αφορά συγκεκριμένα τα θέματα του καρκίνου και ε) οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Δεν κρίθηκε αναγκαία η προσθήκη της μεταβλητής του τύπου θεραπείας εφόσον η συσχέτιση της με το μετατραυματικό στρες ήταν μικρότερη του $p = .025$ (Lemeshaw, 1989; Cohee et al., 2016).

Οι δείκτες προσαρμογής (goodness of fit) του συγκεκριμένου μοντέλου ήταν ικανοποιητικοί: $\chi^2 = 6.214 / p = .286$, CMIN/DF = 1.24, GFI = 0.98, NFI = 0.97, TLI = 0.98, CFI = 0.99, RMSEA = 0.044 [90% ΔΕ (κατώτερο, ανώτερο) = 0.000-0.138]. Όπως μπορούμε να δούμε στο διάγραμμα 4.2 και τους πίνακες 4.18 & 4.19 οι μεταβλητές εκείνες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με το μετατραυματικό στρες με άμεσο τρόπο είναι η αισιοδοξία, οι κοινωνικοί περιορισμοί, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο και οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Η άμεση επίδραση των κοινωνικών περιορισμών στο μετατραυματικό στρες βρέθηκε να είναι μικρή με το μεγαλύτερο μέρος της επίδρασης να διαμεσολαβείται κυρίως από τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό και τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι μεταβλητές αισιοδοξία και αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως σταθερό γνώρισμα βρέθηκαν να αλληλεπιδρούν αρνητικά με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($- .527$, $p = .001$). Χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας σχετίζονταν με περισσότερους κοινωνικούς περιορισμούς. Με την σειρά τους οι

κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα αρνητικής μηρυκαστικής σκέψης για τον καρκίνο του μαστού. Τόσο οι κοινωνικοί περιορισμοί, όσο και ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετίζονταν με περισσότερες αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Η σχέση της αισιοδοξίας και του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως σταθερό γνώρισμα με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης διαμεσολαβείται από τους κοινωνικούς περιορισμούς και τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο. Το συγκεκριμένο μοντέλο ερμήνευε ένα σημαντικό μέρος (46 %) της συνολικής διακύμανσης του μετατραυματικού στρες.

Μετά την Bonferroni διόρθωση το προσαρμοσμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p = .01$ ($0.05/5$). Σύμφωνα με αυτό, σε επίπεδο άμεσων επιδράσεων, οι συσχετίσεις των κοινωνικών περιορισμών και των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης με το μετατραυματικό στρες δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντικές. Η συνολική επίδραση των κοινωνικών περιορισμών στο μετατραυματικό στρες ήταν στατιστικώς σημαντική και σύμφωνα με το πιο αυστηρό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.



Διάγραμμα 4.2. Σταθμισμένο Μοντέλο Μετατραυματικού Στρες

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Πίνακας 4.18 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Συνολικών και Άμεσων Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας, των Κοινωνικών Περιορισμών & των Αποφευκτικών Στρατηγικών Αντιμετώπισης στο Μετατραυματικό Στρες (N = 125)

Συνολικές Επιδράσεις				
	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
		ΚΑ	ΑΟ	p
Αισιοδοξία	-0.336 (0.057)	-0.446	0.218	< .001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σταθερό Γνώρισμα)	0.153 (0.045)	0.072	0.246	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί	0.353 (0.096)	0.152	0.531	.001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σχετικά με Καρκίνο)	0.438 (0.063)	0.315	0.559	< .001
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.138 (0.085)	0.002	0.336	.048
Άμεσες Επιδράσεις				
	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
		ΚΟ	ΑΟ	p
Αισιοδοξία	0.221 (0.079)	-0.373	0.063	.007
Κοινωνικοί Περιορισμοί	0.172 (0.097)	-0.024	0.351	.088
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (Σχετικά με Καρκίνο)	0.373 (0.073)	0.234	0.518	< .001
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.168 (0.085)	0.002	0.336	.048
ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = (Διορθωμένο από Μεροληψία) Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο 95% Διαστήματος Εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% Διαστήματος Εμπιστοσύνης				

Πίνακας 4.19 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Έμμεσων Επιδράσεων Ανάμεσα στις Μεταβλητές του Μοντέλου Μετατραυματικού Στρες(N = 125)

Ανεξάρτητη Μεταβλητή		Διαμεσολαβητής		Εξαρτημένη Μεταβλητή	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
						KO	AO	p
ΑΙΣ	→	ΚΠ	→	ΑΓΜ (Καρ)	-0.101 (0.034)	-0.181	-0.045	.001
ΑΙΣ	→	ΚΠ - ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	-0.126 (0.038)	-0.213	-0.059	.001
ΑΙΣ	→	ΚΠ - ΑΓΜ (Καρ)- ΑΠ	→	ΜΣ	-0.115 (0.049)	-0.228	-0.035	.001
ΑΓΜ (Στ)	→	ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	0.135 (0.045)	0.056	0.229	< .001
ΑΓΜ (Στ)	→	ΑΓΜ (Καρ) – ΑΠ	→	ΜΣ	0.153 (0.045)	0.072	0.246	< .001
ΚΠ	→	ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	0.120 (0.037)	0.056	0.202	< .001
ΚΠ	→	ΑΓΜ (Καρ) – ΑΠ	→	ΜΣ	0.181 (0.048)	0.095	0.283	< .001
ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	→	ΜΣ	0.065 (0.037)	0.006	0.153	.003
Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = (Διορθωμένο από Μεροληψία) Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΙΣ = Αισιοδοξία, ΚΠ = Κοινωνικοί περιορισμοί, ΑΓΜ (Καρ) = Αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (σχετικά με τον καρκίνο), ΑΠ = Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης, ΜΣ = Μετατραυματικό στρες, ΑΓΜ (Στ) = Αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (σταθερό γνώρισμα)								

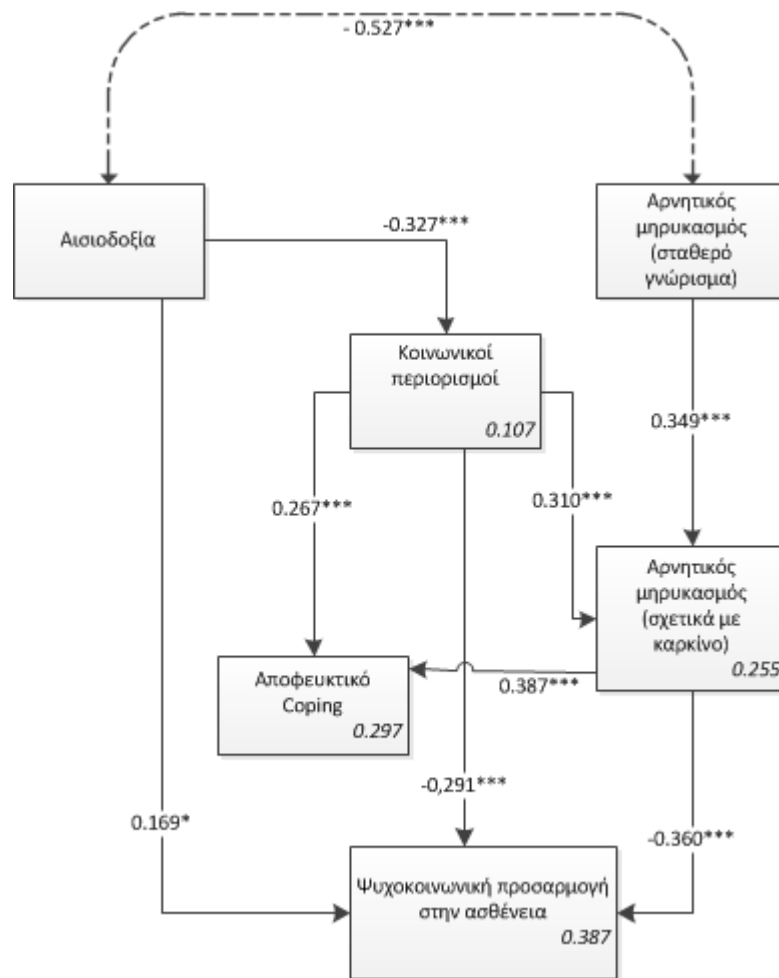
4.6.4. Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια

Στηριζόμενοι στις αναλύσεις συνάφειας προχωρήσαμε στην κατασκευή ενός υποθετικού μοντέλου για να εξετάσουμε τον τρόπο που οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Οι μεταβλητές που συμπεριλήφθησαν στο μοντέλο της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ομοιάζαν με αυτές που συμπεριλήφθησαν στο μοντέλο του μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα η αισιοδοξία και ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως σταθερό γνώρισμα ήταν οι δύο εξωγενείς μεταβλητές, ενώ οι κοινωνικοί περιορισμοί, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και τέλος η ψυχοκοινωνική προσαρμογή ήταν οι ενδογενείς μεταβλητές του μοντέλου.

Οι δείκτες βαθμού προσαρμογής του μοντέλου για τα δεδομένα μας (goodness of fit) ήταν ικανοποιητικοί. Το επίπεδο πιθανότητας δεν ήταν στατιστικώς σημαντικό ($p = .472$) και το στατιστικό χ^2 ήταν 5.577. Οι υπόλοιποι δείκτες προσαρμογής ήταν ικανοποιητικοί: CMIN/DF = .93, NFI = .97, CFI = 1.000, GFI = .98, TLI = 1.01, RMSEA = .000 (LO= .000, HI= .112). Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 4.3 και στον πίνακα 4.20, η χαμηλή αισιοδοξία σχετίζεται με φτωχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, αλλά και με την παρουσία κοινωνικών περιορισμών. Η χαμηλή αισιοδοξία επίσης αλληλεπιδρά σημαντικά με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό ως σταθερό γνώρισμα. Υψηλά επίπεδα αρνητικής μηρυκαστικής σκέψης ως σταθερό γνώρισμα σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού που αφορά συγκεκριμένα τον καρκίνο του μαστού. Με την σειρά της, η μεγαλύτερη χρήση της αρνητικής μηρυκαστικής σκέψης αναφορικά με τον καρκίνο σχετίζεται με περισσότερους κοινωνικούς περιορισμούς και χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Περισσότεροι κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονται, επίσης, με περισσότερες αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια. Τέλος, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης δεν βρέθηκαν να έχουν κάποια επίδραση στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή.

Μετά την Bonferroni διόρθωση το προσαρμοσμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p = .01$ ($0.05/5$). Και σύμφωνα με το πιο αυστηρό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, όλες οι συσχετίσεις παρέμειναν στατιστικά σημαντικές.

Η διερεύνηση των έμμεσων σχέσεων που εμφανίζονται στο μοντέλο μας (βλ. πίνακα 4.21) μας έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα: α) η επίδραση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ως σταθερό γνώρισμα στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή διαμεσολαβείται εξολοκλήρου από την αρνητική μηρυκαστική σκέψη σε επίπεδο κατάστασης, β) ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο σχετίζεται με την προσαρμογή στην ασθένεια διαμεσολαβεί μερικώς την σχέση των κοινωνικών περιορισμών με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή, γ) εκτός από την άμεση επίδραση, η αισιοδοξία επιδρά στην προσαρμογή και μέσω των κοινωνικών περιορισμών. Το παραπάνω μοντέλο φαίνεται να ερμηνεύει το 39% της συνολικής διακύμανσης της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια.



Διάγραμμα 4.3 Σταθμισμένο Μοντέλο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Πίνακας 4.20 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Συνολικών και Άμεσων Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας και των Κοινωνικών Περιορισμών στην Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια (N = 125)

Συνολικές Επιδράσεις				
	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
		KO	AO	p
Αισιοδοξία	0.301 (0.071)	0.150	0.429	.001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (σταθερό γνώρισμα)	-0.125 (0.041)	-0.218	-0.059	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί	-0.402 (0.077)	-0.542	-0.242	< .001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (σχετικά με καρκίνο)	-0.360 (0.075)	-0.496	-0.205	< .001
Άμεσες Επιδράσεις				
	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		p
Αισιοδοξία	0.169 (0.066)	0.031	0.295	.017
Κοινωνικοί Περιορισμοί	-0.291 (0.082)	-0.444	-0.125	.001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (σχετικά με καρκίνο)	-0.360 (0.075)	-0.496	-0.205	< .001
Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης, KO = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, AO = Ανώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης				

Πίνακας 4.21 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Έμμεσων Επιδράσεων Ανάμεσα στις Μεταβλητές του Μοντέλου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (N = 125)

Ανεξάρτητη Μεταβλητή		Διαμεσολαβητής		Εξαρτημένη Μεταβλητή	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		p
						ΚΟ	ΑΟ	
ΑΙΣ	→	ΚΠ	→	ΑΓΜ (Στ)	-0.101 (0.034)	-.181	-0.045	.001
ΑΙΣ	→	ΚΠ – ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	-0.126 (0.038)	-0.213	-0.059	.001
ΑΙΣ	→	ΚΠ - ΑΓΜ (Καρ)	→	ΨΚΠ	0.131 (0.043)	0.059	0.227	.001
ΑΓΜ (Στ)	→	ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	0.135 (0.045)	0.056	0.229	<.001
ΑΓΜ (Στ)	→	ΑΓΜ (Καρ)	→	ΨΚΠ	-0.125 (0.041)	-0.218	-0.059	<.001
ΚΠ	→	ΑΓΜ (Καρ)	→	ΑΠ	0.120 (0.037)	0.056	0.202	<.001
ΚΠ	→	ΑΓΜ (Καρ)	→	ΨΚΠ	-0.111 (0.037)	-0.196	-0.049	<.001

Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% Διαστήματος Εμπιστοσύνης, ΑΙΣ = Αισιοδοξία, ΚΠ= Κοινωνικοί περιορισμοί, ΑΓΜ (Καρ) = Αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με καρκίνο, ΑΠ = Αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ΨΚΠ = Ψυχοκοινωνική προσαρμογή, ΑΓΜ (Στ) = Αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (Σταθερό γνώρισμα)

4.6.5. Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες

Ένα επιπλέον θέμα που έθεσε η παρούσα μελέτη σχετικά με την μετατραυματική προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού, ήταν να διερευνήσει την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και την μετατραυματική ανάπτυξη. Συγκεκριμένα, θέσαμε τρία υποερωτήματα τα οποία προσπαθήσαμε να απαντήσουμε με τις κατάλληλες στατιστικές μεθόδους. Αρχικά, εξετάσαμε αν οι δύο μεταβλητές εμφανίζουν κάποιο βαθμό συσχέτισης, πραγματοποιώντας αναλύσεις συνάφειας. Στην συνέχεια, εξετάσαμε αν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες είναι κοινές ή διαφοροποιούνται, χρησιμοποιώντας το λογισμικό AMOS. Τέλος, εξετάσαμε αν η σχέση των δύο υπό μελέτη μεταβλητών ρυθμίζεται από κάποιον τρίτο παράγοντα, χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα PROCESS.

4.6.5.1. Αναλύσεις Συσχέτισης Μετατραυματικής Ανάπτυξης και Μετατραυματικού Στρες

Πριν προχωρήσουμε στις αναλύσεις συσχέτισης επιβεβαιώσαμε με το διάγραμμα διασποράς (scatter plot) ότι η σχέση ανάμεσα στα ζεύγη μεταβλητών ήταν ευθύγραμμη. Στην συνέχεια χρησιμοποιήσαμε τον παραμετρικό συντελεστή συνάφειας Pearson r για να εξετάσουμε την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες σε επίπεδο συνολικών κλιμάκων και υποκλιμάκων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δύο μεταβλητές δεν εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση σε επίπεδο συνολικής κλίμακας. Οι μόνοι δείκτες συνάφειας που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί ήταν ανάμεσα στην ανάπτυξη προσωπικής δύναμης και τα μετατραυματικά συμπτώματα αναβίωσης εμπειριών ($r = -.19, p = .04$) και αποφυγής ($r = -.23, p = .008$).

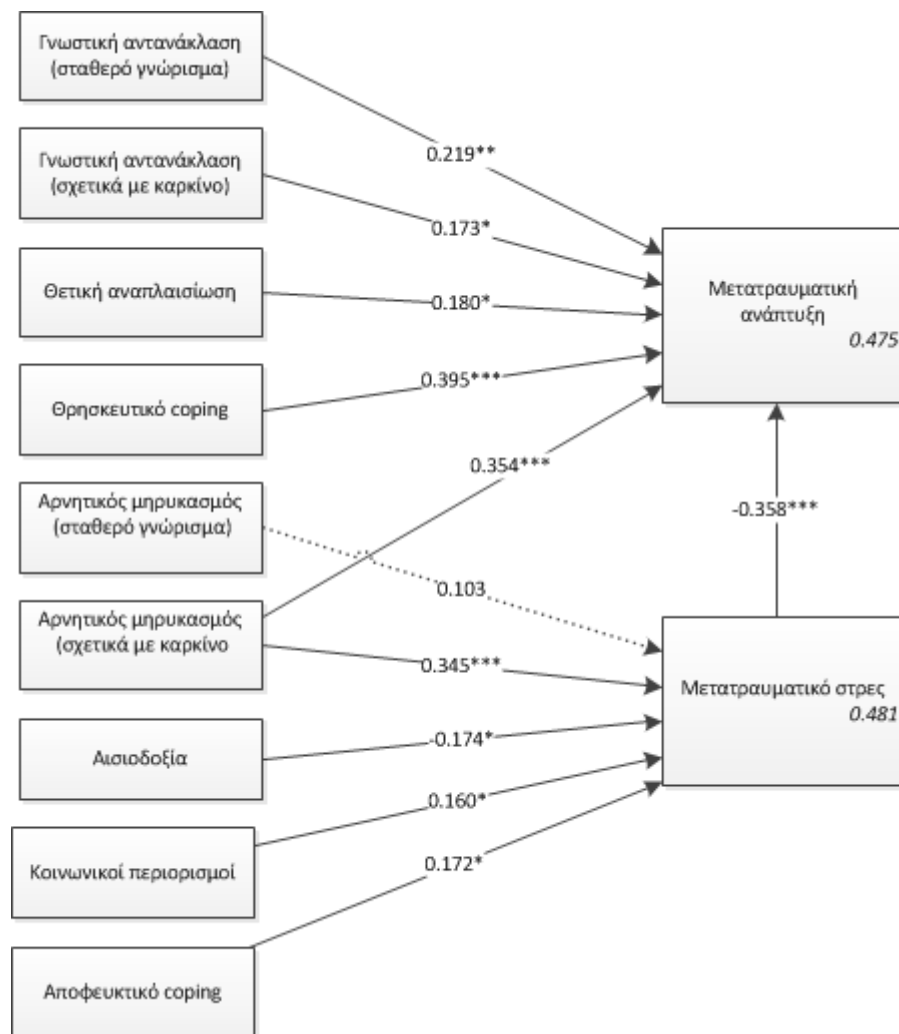
4.6.5.2. Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου για την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες

Στο επόμενο στάδιο, εξετάσαμε κατά πόσο οι μεταβλητές της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες (σε επίπεδο συνολικής κλίμακας) σχετίζονται με κοινές ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, όπως είναι η αισιοδοξία, οι κοινωνικοί περιορισμοί, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός και η γνωστική αντανάκλαση, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, η θετική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό AMOS 22.0 και πραγματοποιήσαμε αναλύσεις διαδρομής με την μέθοδο της μέγιστης πιθανότητας (maximum likelihood) για να ελέγξουμε δύο διαφορετικά μοντέλα και να αξιολογήσουμε ποιο από τα δύο ταιριάζει καλύτερα στα δεδομένα μας. Και στα δύο μοντέλα τοποθετήσαμε ως εξωγενείς μεταβλητές την αισιοδοξία, τους κοινωνικούς περιορισμούς, τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο), τη γνωστική αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο), τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, τη θετική αναπλαισίωση και τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες τοποθετήθηκαν ως ενδογενείς παράγοντες. Από τους εξωγενείς παράγοντες ξεκινούσαν βέλη απλής κατεύθυνσης προς τις δύο μεταβλητές τα οποία αντιπροσώπευαν τους συντελεστές παλινδρόμησης. Επιπλέον, εξετάσαμε τις συνδιακυμάνσεις ανάμεσα στους εξωγενείς παράγοντες (covariates). Το υποθετικό μας μοντέλο δημιουργήθηκε με βάση τα αποτελέσματα των προηγούμενων αναλύσεων διαδρομής της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα, μονοπάτια συνέδεαν τις μεταβλητές γνωστική αντανάκλαση, θετική αναπλαισίωση και θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης με την μετατραυματική ανάπτυξη και την αισιοδοξία, τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό, τους κοινωνικούς περιορισμούς και τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης με το μετατραυματικό στρες. Επιπλέον, προσθέσαμε μονοπάτια ανάμεσα στον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό (ως σταθερό γνώρισμα και σε σχετικά με τον καρκίνο) προς την μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς το προηγούμενο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης έδειξε ότι οι συγκεκριμένες μεταβλητές φαίνεται να συσχετίζονται. Η σχέση του αρνητικού γνωστικού

μηρυκασμού ως σταθερό γνώρισμα με την μετατραυματική ανάπτυξη δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($\beta = 0.141, p = .12$) και για τον λόγο αυτό αφαιρέθηκε από τις επόμενες αναλύσεις. Αυτό το πρώτο μοντέλο που εξετάσαμε, στο οποίο η μετατραυματική ανάπτυξη δεν συνδεόταν με μονοπάτι με το μετατραυματικό στρες, δεν παρουσίασε ικανοποιητικό βαθμό προσαρμογής με τα δεδομένα μας ($p = .002$ & $\chi^2 = 22.188$). Επιπλέον, οι υπόλοιποι δείκτες δεν μπορούσαν να θεωρηθούν αποδεκτοί με βάση τη βιβλιογραφία: CMIN/DF = 3.17, NFI = .94, CFI = .95, GFI = .97, TLI = .65, RMSEA = .132 (LO = .073, HI = .196). Στο δεύτερο μοντέλο, όπου υποθέσαμε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες σχετίζονται με κάποιο τρόπο χρησιμοποιήσαμε την τεχνική «αναζήτηση διασάφησης» (*specification search*), που μας προσφέρει το AMOS για να διερευνήσουμε ποια από τις τρεις ενδεχόμενες μορφές σχέσης (δηλ. η μετατραυματική ανάπτυξη επιδρά στο μετατραυματικό στρες, το μετατραυματικό στρες επιδρά στην μετατραυματική ανάπτυξη, υπάρχει συνδιακύμανση των λαθών που είναι συνδεδεμένα με τις δύο μεταβλητές) εμφανίζει καλύτερο βαθμό προσαρμογής στα δεδομένα μας. Το μοντέλο που βρέθηκε να έχει τους καλύτερους δείκτες προσαρμογής είναι εκείνο όπου το μετατραυματικό στρες επιδρά στην μετατραυματική ανάπτυξη ($C/df = 1.589, p = .133$). Εξετάσαμε, λοιπόν, το υποθετικό μας μοντέλο με ένα επιπλέον μονοπάτι από το μετατραυματικό στρες προς την μετατραυματική ανάπτυξη. Στο συγκεκριμένο μοντέλο υπήρξε η τροποποιητική πρόταση του προγράμματος (*modification indices*) να προστεθεί ένα μονοπάτι συνδιακύμανσης ανάμεσα στον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό ως σταθερό γνώρισμα και το λάθος που είναι συνδεδεμένο με την μετατραυματική ανάπτυξη, για τη βελτίωση του βαθμού προσαρμογής του μοντέλου. Το τελικό μοντέλο που εξετάστηκε περιελάμβανε τα παρακάτω μονοπάτια: από τη γνωστική αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο), τον μηρυκασμό αρνητικών σκέψεων σχετικά με τον καρκίνο, τη θετική αναπλαισίωση, τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, και το μετατραυματικό στρες προς την μετατραυματική ανάπτυξη· από τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με καρκίνο), την αισιοδοξία, τους κοινωνικούς περιορισμούς και τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης προς το μετατραυματικό στρες. Τέλος, εξετάστηκε η συνδιακύμανση των εξωγενών μεταβλητών μεταξύ τους. Το δεύτερο αυτό μοντέλο εμφάνισε ικανοποιητικούς δείκτες προσαρμογής: $\chi^2 = 6.758$ ($p = .455$), CMIN/DF = .96, NFI = .98, CFI = 1.000, GFI = .99, TLI = 1.006, RMSEA =

.000 (LO = .000, HI = .108). Στο διάγραμμα 4.4 φαίνεται ότι η γνωστική αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο) και δύο μορφές στρατηγικών αντιμετώπισης, η θετική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης εμφάνισαν στατιστικώς σημαντική άμεση συσχέτιση με την μετατραυματική ανάπτυξη. Από την άλλη, σε συμφωνία με τις υποθέσεις μας, η χαμηλή αισιοδοξία, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο, οι κοινωνικοί περιορισμοί και οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με το μετατραυματικό στρες. Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως σταθερό γνώρισμα δεν βρέθηκε να σχετίζεται άμεσα με το μετατραυματικό στρες. Χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες βρέθηκαν να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης. Μετά την εφαρμογή της Bonferroni διόρθωσης, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τις πολυμεταβλητές αναλύσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν $p = .008$ (.05/6), ενώ για το μετατραυματικό στρες ήταν $p = .0125$ (.05/4). Παρατηρούμε, ότι ακόμα και με το πιο αυστηρό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, η γνωστική αντανάκλαση, οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και το μετατραυματικό στρες συσχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Η συσχέτιση του μετατραυματικού στρες με τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης δεν βρέθηκε να είναι πλέον στατιστικώς σημαντική.

Πέρα από τις άμεσες επιδράσεις, παρουσιάστηκαν τρεις έμμεσες στατιστικώς σημαντικές επιδράσεις: α) οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονταν αρνητικά με την μετατραυματική ανάπτυξη, μέσω του μετατραυματικού στρες ($\beta = -0.057$, $p = .05$), β) η αισιοδοξία σχετιζόταν θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη μέσω του μετατραυματικού στρες ($\beta = 0.062$, $p = .03$) και τέλος ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο σχετιζόταν αρνητικά την μετατραυματική ανάπτυξη, όταν διαμεσολαβείται από το μετατραυματικό στρες ($\beta = -0.123$, $p = <.001$). Τα αποτελέσματα σχετικά με τις τιμές των συνολικών επιδράσεων και την συνδιακύμανση ανάμεσα στις εξωγενείς μεταβλητές παρουσιάζονται στους πίνακες 4.22 & 4.23, αντίστοιχα. Τέλος, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συμπεριλήφθησαν στο μοντέλο φαίνεται να ερμηνεύουν 47.5% της συνολικής διακύμανσης της μετατραυματικής ανάπτυξης και 48.1% του μετατραυματικού στρες.



Διάγραμμα 4.4. Σταθμισμένο Μοντέλο της Σχέσης Ανάμεσα σε Μετατραυματική Ανάπτυξη και Μετατραυματικό Στρες

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Πίνακας 4.22 Σταθμισμένοι Συντελεστές Παλινδρόμησης (beta) Συνολικών Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας, των Κοινωνικών Περιορισμών και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης στην Μετατραυματική Ανάπτυξη και το Μετατραυματικό Στρες (N = 125)

	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
Μετατραυματική Ανάπτυξη		ΚΟ	ΑΟ	p
Αισιοδοξία	-0.062 (0.033)	0.006	0.139	.030
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (σχετικά με καρκίνο)	0.230 (0.078)	0.071	0.380	.008
Γνωστική Αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα)	0.219 (0.077)	0.066	0.370	.003
Γνωστική Αντανάκλαση (σχετικά με καρκίνο)	0.173 (0.072)	0.024	0.308	.029
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.395 (0.065)	0.259	0.513	<.001
Θετική Αναπλαισίωση	0.180 (0.091)	-0.001	0.357	.050
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	-0.057 (0.036)	-0.141	-0.001	.049
Μετατραυματικό Στρες	-0.358 (0.080)	-0.519	-0.208	<.001
Μετατραυματικό Στρες	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		p
		ΚΟ	ΑΟ	
Αισιοδοξία	-0.174 (0.082)	-0.340	-0.013	.027
Αρνητικός Μηρυκασμός (σχετικά με καρκίνο)	0.345 (0.076)	0.197	0.497	.001
Κοινωνικοί Περιορισμοί	0.172 (0.095)	-0.021	0.349	.021
Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.160 (0.086)	-0.009	0.327	.041
Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = (Διορθωμένο από Μεροληψία) Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης				

Πίνακας 4.23 Συνδιακύμανση Ανάμεσα στις Εξωγενείς Μεταβλητές (N= 125)

Ζεύγη Μεταβλητών	Τιμές <i>r</i>	<i>p</i>
Αισιοδοξία - Κοινωνικοί Περιορισμοί	-.33	< .001
Αισιοδοξία - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα	-.53	.002
Αισιοδοξία - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός Σχετικά με Καρκίνο	-.29	< .001
Αισιοδοξία - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	-.31	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα	.25	.006
Κοινωνικοί Περιορισμοί - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός Σχετικά με Καρκίνο	.40	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί - Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.20	.028
Κοινωνικοί Περιορισμοί - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.42	< .001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός Σχετικά με Καρκίνο	.42	< .001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός Σχετικά με καρκίνο - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.49	< .001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα - Θετική Αναπλαισίωση	.24	.009
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα - Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.28	.002
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.34	< .001
Γνωστική Αντανάκλαση ως Σταθερό Γνώρισμα - Γνωστική Αντανάκλαση Σχετικά με Καρκίνο	.21	.023
Γνωστική Αντανάκλαση ως Σταθερό Γνώρισμα - Θετική Αναπλαισίωση	.18	.044
Γνωστική Αντανάκλαση Σχετικά με Καρκίνο - Θετική Αναπλαισίωση	.30	.002
Θετική Αναπλαισίωση - Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.26	.005
Θετική Αναπλαισίωση - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.21	.023
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.35	< .001
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα - Λάθος Συνδεδεμένο σε Μετατραυματική Ανάπτυξη	.14	.039

4.6.6. Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην ασθένεια

Τέλος, η παρούσα μελέτη διερεύνησε ποια ήταν η σχέση ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Συγκεκριμένα, θέσαμε τρία υποερωτήματα τα οποία προσπαθήσαμε να απαντήσουμε με τις κατάλληλες στατιστικές μεθόδους. Αρχικά, εξετάσαμε αν οι δύο μεταβλητές εμφανίζουν κάποιο βαθμό συσχέτισης, πραγματοποιώντας αναλύσεις συσχέτισης. Στην συνέχεια, εξετάσαμε αν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που επιδρούν στην μετατραυματική ανάπτυξη και την προσαρμογή είναι κοινές ή διαφοροποιούνται, χρησιμοποιώντας το λογισμικό AMOS. Τέλος, στην επόμενη ενότητα εξετάσαμε αν η σχέση των δύο υπό μελέτη μεταβλητών ρυθμίζεται από κάποιον τρίτο παράγοντα, χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα PROCESS.

4.6.6.1. Αναλύσεις Συσχέτισης Μετατραυματικής Ανάπτυξης και Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια

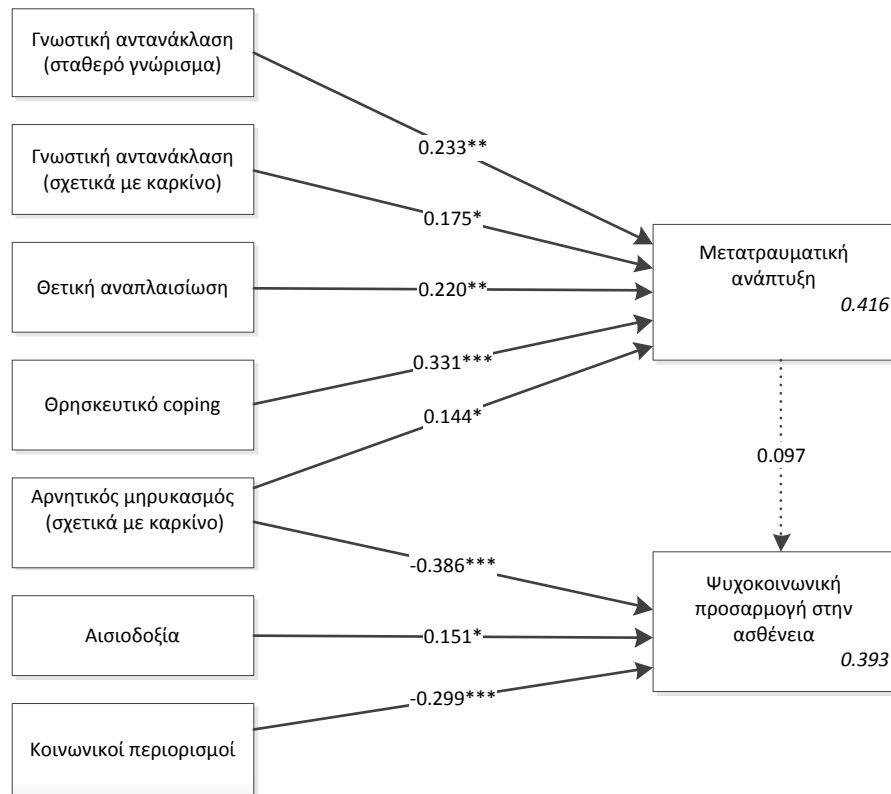
Αφού ελέγξαμε ότι η σχέση ανάμεσα στις δύο υπό μελέτη μεταβλητές είναι ευθύγραμμη, εξετάσαμε τους συντελεστές συνάφειας ανάμεσα στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια και την μετατραυματική ανάπτυξη. Σε επίπεδο συνολικών κλιμάκων, οι δύο έννοιες δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($r = -.015$, $p = .867$). Στην συνέχεια θελήσαμε να εξετάσουμε αν υπάρχουν κάποιες στατιστικά σημαντικές συνάφειες ανάμεσα στις υποκλίμακες. Συγκεκριμένα βρήκαμε ότι οι γυναίκες που ανέφεραν περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη στις διαπροσωπικές σχέσεις ανέφεραν επίσης περισσότερα προβλήματα προσαρμογής στο εργασιακό περιβάλλον ($r = -.182$, $p = .043$), ενώ εκείνες που αναφέρουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη στην προσωπική δύναμη ήταν πιθανότερο να αναφέρουν καλύτερα επίπεδα προσαρμογής στο οικογενειακό τους περιβάλλον ($r = .185$, $p = .038$). Ωστόσο, παρατηρούμε ότι οι συσχετίσεις που εμφανίσθηκαν ήταν πολύ χαμηλές και μόνο σε επίπεδο υποκλιμάκων. Στην παρούσα μελέτη εστιάσαμε στη διερεύνηση της σχέσης των δύο εννοιών σε επίπεδο συνολικής κλίμακας.

4.6.6.2. Έλεγχος του Υποθετικού Μοντέλου για την Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

Στην συνέχεια, χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό AMOS 22.0 και πραγματοποιήσαμε αναλύσεις διαδρομής με την μέθοδο της μέγιστης πιθανότητας (maximum likelihood) για να ελέγξουμε ανταγωνιστικά μοντέλα σχετικά με τις μεταβλητές που σχετίζονται με τις δύο υπό μελέτη έννοιες, αλλά και την φύση της μεταξύ τους σχέσης. Και στα δύο μοντέλα τοποθετήσαμε ως εξωγενείς τις παρακάτω μεταβλητές: αισιοδοξία, κοινωνικοί περιορισμοί, αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο), γνωστική αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο), αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, θετική αναπλαισίωση και θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Η μετατραυματική ανάπτυξη και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού τοποθετήθηκαν ως ενδογενείς παράγοντες. Από τους εξωγενείς παράγοντες ξεκινούσαν βέλη απλής κατεύθυνσης προς τις δύο εξαρτημένες μεταβλητές, τα οποία αντιπροσώπευαν τους συντελεστές παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα, μονοπάτια συνέδεαν τις μεταβλητές γνωστική αντανάκλαση, θετική αναπλαισίωση και θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης με την μετατραυματική ανάπτυξη και την αισιοδοξία, τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό, τους κοινωνικούς περιορισμούς και τις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Επιπλέον, προσθήσαμε μονοπάτια ανάμεσα στον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο) προς την μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς το προηγούμενο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης έδειξε ότι οι συγκεκριμένες μεταβλητές φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της ανάπτυξης. Η πρώτη ανάλυση έδειξε ότι δύο μεταβλητές, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός ως σταθερό γνώρισμα δεν βρέθηκαν να σχετίζονται ούτε με την μετατραυματική ανάπτυξη, ούτε με την προσαρμογή ($\beta = 0.079$, $p = .348$ & $\beta = -0.038$, $p = .689$, αντίστοιχα), όπως επίσης οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την προσαρμογή ($\beta = -0.023$, $p = .770$). Για τον λόγο αυτό οι παραπάνω μεταβλητές δεν συμπεριλήφθησαν στις επόμενες αναλύσεις μας. Τα ανταγωνιστικά μοντέλα που εξετάσαμε διαφοροποιούνταν αναφορικά με την σχέση της ανάπτυξης με την προσαρμογή. Συγκεκριμένα, στο πρώτο μοντέλο που εξετάσαμε, η μετατραυματική ανάπτυξη δεν

συνδεόταν με κάποιο μονοπάτι με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Το υποθετικό αυτό μοντέλο παρουσίασε ικανοποιητικό βαθμό προσαρμογής με τα δεδομένα μας (goodness of fit). Συγκεκριμένα, το επίπεδο πιθανότητας ήταν στατιστικώς σημαντικό ($p = .394$) με $\chi^2 = 7.347$ και οι υπόλοιποι δείκτες μπορούσαν να θεωρηθούν αποδεκτοί: CMIN/DF = 1.050, NFI = 0.97, CFI = 0.998, GFI = 0.99, TLI = 0.99, RMSEA = .020 (LO = .000, HI = .113). Στην συνέχεια, εξετάσαμε εναλλακτικά μοντέλα στα οποία η μετατραυματική ανάπτυξη σχετιζόταν με τρεις διαφορετικούς τρόπους με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήσαμε το εργαλείο αναζήτηση διασάφησης (*specification search*) που μας παρέχει το AMOS, για να διερευνήσουμε αν το μοντέλο μας βελτιώνεται με την σύνδεση των δύο υπό μελέτη μεταβλητών (π.χ. η μετατραυματική ανάπτυξη επιδρά στην προσαρμογή, η προσαρμογή επιδρά στην μετατραυματική ανάπτυξη, ή υπάρχει συνδιακύμανση των λαθών που είναι συνδεδεμένα με τις δύο μεταβλητές). Το μοντέλο που βρέθηκε να έχει βελτιωμένους δείκτες προσαρμογής είναι εκείνο στο οποίο προστέθηκε ένα μονοπάτι από την μετατραυματική ανάπτυξη στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Το μοντέλο αυτό εμφάνισε ελαφρώς βελτιωμένους δείκτες προσαρμογής, σε σχέση με το προηγούμενο (στο οποίο η ανάπτυξη και η προσαρμογή δεν συνδέονταν μεταξύ τους με κάποιο μονοπάτι): $\chi^2 = 5.598$ ($p = .470$), CMIN/DF = 0.933, NFI = 0.975, CFI = 1.000, GFI = 0.99, TLI = 1.013, RMSEA = .000 (LO = .000, HI = .112). Παρατηρούμε ότι και τα δύο ανταγωνιστικά μοντέλα έχουν ικανοποιητικούς δείκτες προσαρμογής, με το δεύτερο να φαίνεται ελαφρώς πιο βελτιωμένο. Πέρα από τους απόλυτους δείκτες προσαρμογής και τους δείκτες επαυξητικής προσαρμογής, τους οποίους έχουμε αξιολογήσει έως τώρα, τα δύο ανταγωνιστικά μοντέλα μπορούν να συγκριθούν και ως προς τους δείκτες φειδωλότητας (*parsimonious*): α) ο φειδωλός κανονικοποιημένος δείκτης προσαρμογής (PNFI; Parsimonious Normed Fixed Index)· οι υψηλότερες τιμές είναι καλύτερες και β) το πληροφοριακό κριτήριο του Akaike (AIC; Akaike Information Criterion)· οι χαμηλότερες τιμές είναι καλύτερες. Συγκρίνοντας τα δύο ανταγωνιστικά μοντέλα (με διαφορετικούς βαθμούς οικονομίας) παρατηρούμε ότι το μοντέλο που δεν περιλαμβάνει μονοπάτι που συνδέει την ανάπτυξη με την προσαρμογή ($df = 7$) έχει ελαφρώς καλύτερους δείκτες φειδωλότητας: PNFI = 0.188 & AIC = 83.347. Το μοντέλο που συνδέει την ανάπτυξη με την προσαρμογή ($df = 6$) εμφανίζει τους παρακάτω δείκτες φειδωλότητας: PNFI = 0.163 & AIC = 83.598. Αν και η διαφορά του δείκτη PNFI είναι 0.025, μικρότερη

από αυτή που προτείνει η βιβλιογραφία για να υπάρχει ένδειξη ουσιαστικής διαφοράς στα ανταγωνιστικά μοντέλα (η τιμή της διαφοράς στο δείκτη PNFI πρέπει να κυμαίνεται από 0.06 έως και 0.09 για να αποτελεί ένδειξη ουσιαστικής διαφοράς) (Williams & Hazer, 1986) μπορούμε να πούμε ότι το μοντέλο στο οποίο δεν συνδέονται οι δύο εξαρτημένες μεταβλητές είναι οικονομικότερο για τα δεδομένα μας. Επιπλέον, όπως μπορούμε να δούμε στο διάγραμμα 4.5 και στον πίνακα 4.24 ο συντελεστής παλινδρόμησης για την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξη με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή δεν ήταν στατιστικώς σημαντικός. Σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονταν με τις δύο ενδογενείς μεταβλητές, τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι η γνωστική αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα και σχετικά με τον καρκίνο), ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο (σε μικρό βαθμό) και δύο μορφές στρατηγικών αντιμετώπισης, η θετική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης εμφάνισαν στατιστικώς σημαντική άμεση σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη. Από την άλλη, σε συμφωνία με τις υποθέσεις μας, η χαμηλή αισιοδοξία, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο και οι κοινωνικοί περιορισμοί βρέθηκαν να σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Μετά την εφαρμογή της Bonferroni διόρθωσης, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τις πολυμεταβλητές αναλύσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν $p = .01$ (.05/5), ενώ για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ήταν $p = .02$ (.05/3). Παρατηρούμε, ότι ακόμα και με το πιο αυστηρό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, η γνωστική αντανάκλαση, οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η θετική αναπλαισίωση συσχετίζονταν με την μετατραυματική ανάπτυξη. Πέρα από τις άμεσες επιδράσεις, δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές έμμεσες επιδράσεις. Τα αποτελέσματα σχετικά με την συνδιακύμανση ανάμεσα στους εξωγενείς παράγοντες παρουσιάζονται στον πίνακα 4.25. Τέλος, το μοντέλο σχετικά με την σχέση της ανάπτυξης με την προσαρμογή ερμήνευε 41.6% της συνολικής διακύμανσης της μετατραυματικής ανάπτυξης και 39.7% της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια. Να σημειώσουμε ότι το μοντέλο στο οποίο δεν προστέθηκε μονοπάτι από την μετατραυματική ανάπτυξη στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή ερμήνευε το 39.3% της συνολικής διακύμανσης της προσαρμογής, υποδεικνύοντας ότι η προσθήκη του μονοπατιού αυτού δεν φάνηκε να κάνει μια σημαντική προσθήκη στην τιμή R^2 .



Διάγραμμα 4.5 Σταθμισμένο Μοντέλο της Σχέσης Ανάμεσα σε Μετατραυματική Ανάπτυξη και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Πίνακας 4.25 Σταθμισμένοι Συντελεστές Συνολικών Επιδράσεων της Αισιοδοξίας, της Γνωστικής Επεξεργασίας, των Κοινωνικών Περιορισμών και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης στην Μετατραυματική Ανάπτυξη και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια (N = 125)

	Σταθμισμένος Συντελεστής (ΤΣ)	95% ΔΕ		
Μετατραυματική Ανάπτυξη		ΚΟ	ΑΟ	p
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (σχετικά με καρκίνο)	0.144 (0.078)	-0.018	0.292	.043
Γνωστική Αντανάκλαση (ως σταθερό γνώρισμα)	0.233 (0.079)	0.076	0.381	.004
Γνωστική Αντανάκλαση (σχετικά με καρκίνο)	0.175 (0.076)	0.017	0.316	.031
Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	0.331 (0.063)	0.201	0.450	< .001
Θετική Αναπλαισίωση	0.220 (0.090)	0.040	0.394	.018
	Σταθμισμένοι Συντελεστές (ΤΣ)	95% ΔΕ		
Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια		ΚΟ	ΑΟ	p
Αισιοδοξία	0.151 (0.066)	0.016	0.279	.030
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός (σχετικά με καρκίνο)	-0.372 (0.074)	-0.504	-0.216	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί	-0.299 (0.083)	-0.456	-0.131	< .001
Σημείωση. ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα, ΔΕ = (Διορθωμένο από Μεροληψία) Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΚΟ = Κατώτερο Όριο του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης, ΑΟ = Ανώτερο Όριο του 95% Διαστήματος Εμπιστοσύνης				

Πίνακας 4.26 Συνδιακύμανση Ανάμεσα στις Εξωγενείς Μεταβλητές

Ζεύγη Μεταβλητών	Τιμές <i>r</i>	<i>p</i>
Αισιοδοξία - Κοινωνικοί Περιορισμοί	-.33	< .001
Αισιοδοξία - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός Σχετικά με Καρκίνο	-.29	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί - Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός Σχετικά με Καρκίνο	.40	< .001
Κοινωνικοί Περιορισμοί - Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.20	.028
Αρνητικός Γνωστικός Μηρυκασμός ως Σταθερό Γνώρισμα - Αποφευκτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.39	< .001
Γνωστική Αντανάκλαση ως Σταθερό Γνώρισμα - Γνωστική Αντανάκλαση Σχετικά με Καρκίνο	.21	.023
Γνωστική Αντανάκλαση ως Σταθερό Γνώρισμα - Θετική Αναπλαισίωση	.18	.044
Γνωστική Αντανάκλαση Σχετικά με Καρκίνο - Θετική Αναπλαισίωση	.30	.002
Θετική Αναπλαισίωση - Θρησκευτικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης	.26	.005

4.7. Στατιστικές Αναλύσεις με το Λογισμικό PROCESS

Στο τελευταίο μέρος των αναλύσεων προσπαθήσαμε να κατανοήσουμε τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που εξετάσαμε στην παρούσα μελέτη διερευνώντας μια επιπλέον πτυχή: τον ενδεχόμενο ρυθμιστικό ρόλο μιας τρίτης μεταβλητής στην σχέση δύο άλλων παραγόντων. Συγκεκριμένα, εξετάσαμε αν α) η σχέση ανάμεσα στον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο και την μετατραυματική ανάπτυξη ρυθμίζεται από τα επίπεδα των κοινωνικών περιορισμών, β) η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες ρυθμίζεται από τα επίπεδα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού σχετικά με τον καρκίνο, γ) η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια ρυθμίζεται από τα επίπεδα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού σχετικά με τον καρκίνο και δ) η σχέση του μετατραυματικού στρες με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια ρυθμίζεται από τα επίπεδα του μετατραυματικού στρες. Για τις παραπάνω αναλύσεις χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό PROCESS.

4.7.1. Ρυθμιστικός Ρόλος των Κοινωνικών Περιορισμών στην Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με τον Αρνητικό Γνωστικό Μηρυκασμό Σχετικά με τον Καρκίνο

Οι προηγούμενες αναλύσεις μας έδωσαν δύο ενδιαφέροντα αποτελέσματα: πρώτον, σε αντίθεση με τις υποθέσεις μας, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετικά με τον καρκίνο βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη· δεύτερον, η μεταβλητή των κοινωνικών περιορισμών δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με κάποιο τρόπο με την έννοια της μετραυματικής ανάπτυξης. Θέλοντας να φωτίσουμε περαιτέρω τον τρόπο που συνδέονται οι παραπάνω τρεις μεταβλητές, εξετάσαμε αν η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με τον μηρυκασμό αρνητικών σκέψεων ρυθμίζεται από τους κοινωνικούς περιορισμούς. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό λογισμικό PROCESS και συγκεκριμένα το μοντέλο 1 (απλή ρύθμιση/simple moderation), με τις παρακάτω επιλογές: α) κεντροποίηση παραγόντων, β) ετεροσκεδαστικότητα (consistent SEs), γ) OLS/ML διαστήματα εμπιστοσύνης, δ) δημιουργία δεδομένων για διάγραμμα και ε) Johnson-Neyman τεχνική (μέσος όρος και $+ - 1$ τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο). Στην

συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση ορίσαμε την μετατραυματική ανάπτυξη ως εξαρτημένη μεταβλητή, τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο ως ανεξάρτητη μεταβλητή και τους κοινωνικούς περιορισμούς ως ρυθμιστικό παράγοντα της σχέσης των δύο προηγούμενων μεταβλητών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η αλληλεπίδραση των κοινωνικών περιορισμών με τον μηρυκασμό αρνητικών σκέψεων σχετικά με τον καρκίνο ήταν στατιστικά σημαντική ($\beta = -0.08$, $t(121) = -2.69$, $p = .008$), ενώ η αλληλεπίδραση των δύο αυτών μεταβλητών έκανε μια σημαντική προσθήκη στο μοντέλο που ερμήνευε την μετατραυματική ανάπτυξη ($R^2 = 0.040$, $F(1,121) = 7.231$, $p = .008$). Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού με την μετατραυματική ανάπτυξη ήταν στατιστικά σημαντική και με θετικό πρόσημο για τις γυναίκες που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα κοινωνικών περιορισμών. Η σχέση αυτή βρέθηκε να αποδυναμώνεται σταδιακά, ενώ έπαψε να είναι στατιστικά σημαντική για τις τιμές των κοινωνικών περιορισμών που ήταν 1 τυπική απόκλιση (Τυπική Απόκλιση = 8.78) πάνω από τον μέσο όρο. Επιπλέον, να σημειώσουμε ότι το πρόσημο γινόταν αρνητικό για τις γυναίκες που ανέφεραν πολύ υψηλά επίπεδα κοινωνικών περιορισμών (δηλ. τιμή 11.5 πάνω από τον μέσο όρο).

4.7.2. Ρυθμιστικός Ρόλος του Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού σχετικά με τον Καρκίνο στην Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες

Για να κατανοήσουμε καλύτερα την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες διερευνήσαμε κατά πόσο η σχέση αυτή ρυθμίζεται από κάποια τρίτη μεταβλητή και συγκεκριμένα από τον μηρυκασμό αρνητικών σκέψεων σχετικά με τον καρκίνο. Οι προηγούμενες αναλύσεις διαδρομής μας έδειξαν ότι το μονοπάτι που συνέδεε το μετατραυματικό στρες με την μετατραυματική ανάπτυξη ήταν στατιστικά σημαντικό με αρνητικό πρόσημο. Στην συνέχεια χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό PROCESS για να διερευνήσουμε αν η σχέση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με τα επίπεδα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού σχετικά με τον καρκίνο. Συγκεκριμένα εφαρμόσαμε το 1^ο μοντέλο (απλής ρύθμισης) με τις παρακάτω επιλογές: α) κεντροποίηση παραγόντων, β) ετεροσκεδαστικότητα (consistent SEs), γ) OLS/ML διαστήματα εμπιστοσύνης, δ) δημιουργία δεδομένων για διάγραμμα και ε) Johnson-Neyman τεχνική (μέσος όρος και ± 1 τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο).

Για στατιστικούς λόγους, ορίσαμε την μετατραυματική ανάπτυξη ως εξαρτημένη μεταβλητή, το μετατραυματικό στρες ως ανεξάρτητη μεταβλητή και τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο ως ρυθμιστικό παράγοντα της σχέσης των δύο προηγούμενων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν η αλληλεπίδραση του μετατραυματικού στρες με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο του μαστού ήταν στατιστικά σημαντική ($\beta = -0.06$, $t(121) = -2.22$, $p = .03$), ενώ η αλληλεπίδραση των δύο αυτών μεταβλητών έκανε μια σημαντική προσθήκη στο μοντέλο που ερμήνευε την μετατραυματική ανάπτυξη ($R^2 = 0.037$, $F(1,121) = 4.953$, $p = .003$). Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο αυξανόταν το μετατραυματικό στρες μειωνόταν η μετατραυματική ανάπτυξη για τις γυναίκες που ανέφεραν μέτριο και υψηλό βαθμό [μέση τιμή και μία τυπική απόκλιση (Τυπική Απόκλιση = 5.50) πάνω από την μέση τιμή], αλλά όχι χαμηλό βαθμό μηρυκαστικής σκέψης (μία τυπική απόκλιση κάτω από την μέση τιμή).

4.7.3. Ρυθμιστικός Ρόλος του Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού Σχετικά με τον Καρκίνο στην Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

Τα αποτελέσματα των προηγούμενων αναλύσεων, τόσο των αναλύσεων συνάφειας, όσο και των αναλύσεων διαδρομής, δεν πρότειναν κάποια συσχέτιση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Στην συνέχεια χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό PROCESS για να διερευνήσουμε αν η σχέση των δύο αυτών μεταβλητών ρυθμίζεται από μια τρίτη μεταβλητή και συγκεκριμένα από τον μηρυκασμό αρνητικής σκέψης σχετικά με τον καρκίνο, που όπως είδαμε ρύθμιζε την σχέση του στρες με την ανάπτυξη. Συγκεκριμένα εφαρμόσαμε το 1^ο μοντέλο (απλής ρύθμισης) με τις παρακάτω επιλογές: α) κεντροποίηση παραγόντων, β) ετεροσκεδαστικότητα (consistent SEs), γ) OLS/ML διαστήματα εμπιστοσύνης, δ) δημιουργία δεδομένων για διάγραμμα και ε) Johnson-Neyman τεχνική (μέσος όρος και $+ - 1$ τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο). Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης στατιστικής ανάλυσης, ορίσαμε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια ως εξαρτημένη μεταβλητή, τη μετατραυματική ανάπτυξη ως ανεξάρτητη μεταβλητή και τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο ως ρυθμιστικό παράγοντα της σχέσης των δύο

προηγούμενων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αλληλεπίδραση της μετατραυματικής ανάπτυξης με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό σχετικά με τον καρκίνο του μαστού δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($\beta = 0.007$, $t(121) = 1.09$, $p = .276$), ενώ η αλληλεπίδραση των δύο αυτών μεταβλητών δεν έκανε κάποια σημαντική προσθήκη στο μοντέλο που ερμήνευε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια ($R^2 = 0.006$, $F(1,121) = 1.197$, $p = .276$). Επομένως, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τα επίπεδα αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού ρυθμίζουν με κάποιο τρόπο την σχέση της ανάπτυξης με την προσαρμογή.

4.7.4. Ρυθμιστικός Ρόλος της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στην Σχέση του Μετατραυματικού Στρες με την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

Τέλος, εξετάσαμε αν η μετατραυματική ανάπτυξη ενδέχεται να παίζει κάποιο προστατευτικό ρόλο στην επιβαρυντική επίδραση του μετατραυματικού στρες στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό PROCESS για να διερευνήσουμε αν η αλληλεπίδραση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες ρυθμίζει την σχέση του μετατραυματικού στρες με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Συγκεκριμένα εφαρμόσαμε το 1^ο μοντέλο (απλής ρύθμισης) με τις παρακάτω επιλογές: α) κεντροποίηση παραγόντων, β) ετεροσκεδαστικότητα (consistent SEs), γ) OLS/ML διαστήματα εμπιστοσύνης, δ) δημιουργία δεδομένων για διάγραμμα και ε) Johnson-Neyman τεχνική (μέσος όρος και ± 1 τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο). Για την συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση, ορίσαμε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια ως εξαρτημένη μεταβλητή, το μετατραυματικό στρες ως ανεξάρτητη μεταβλητή και την μετατραυματική ανάπτυξη ως ρυθμιστικό παράγοντα της σχέσης των δύο προηγούμενων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι η αλληλεπίδραση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($\beta = 0.0003$, $t(121) = 0.055$, $p = .956$), και δεν έκανε κάποια σημαντική προσθήκη στο μοντέλο που ερμήνευε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια ($R^2 = 0.000$, $F(1,121) = 0.003$, $p = .956$). Επομένως, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη έπαιζε κάποιο προστατευτικό ρόλο στην αρνητική επίδραση του στρες στην προσαρμογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη, ακολουθώντας τις σύγχρονες τάσεις της ψυχοογκολογίας, επιχείρησε να φωτίσει τους μηχανισμούς εκείνους που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τα φαινόμενα της μετατραυματικής ανάπτυξης, του μετατραυματικού στρες και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια, σε ένα δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα, εντοπίσαμε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση των παραπάνω φαινομένων, εξετάσαμε την σχέση των τριών δεικτών μετατραυματικής προσαρμογής μεταξύ τους (δηλ. μετατραυματική ανάπτυξη, μετατραυματικό στρες και ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια) και διερευνήσαμε τον ενδεχόμενο ρυθμιστικό ρόλο τρίτων παραγόντων στην σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με άλλες μεταβλητές.

5.1. Ερμηνεία Κύριων Ευρημάτων

5.1.1. Μετατραυματική Ανάπτυξη

Η υπόθεση μας ότι η πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού θα αναφέρουν κάποια εμπειρία μετατραυματικής ανάπτυξης επιβεβαιώθηκε. Οι γυναίκες του δείγματος μας ανέφεραν βελτιωμένες διαπροσωπικές σχέσεις και μεγαλύτερη εκτίμηση ζωής, αλλά δεν βρέθηκε να αναγνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό νέες προοπτικές. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, αλλά και σε διαφορετικές μορφές καρκίνου. Συγκεκριμένα, ο Sears και οι συνεργάτες του (2003) ανέφεραν ότι 83% από τις γυναίκες του δείγματός τους ανέφεραν κάποια θετική αλλαγή στη ζωή τους μετά την εμπειρία της ασθένειας. Θετικές μετατραυματικές αλλαγές έχουν αναφερθεί και σε έρευνες με διάφορες μορφές καρκίνου, με τα ποσοστά να κυμαίνονταν από 60% έως 95% (Fritz & Williams, 1988; Wasserman et al, 1987). Επίσης, όπως και στην παρούσα έρευνα, οι δύο πιο συχνά αναφερόμενες αλλαγές είναι η ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων και η αυξημένη εκτίμηση ζωής (Cella & Tross, 1986; Cordova et al., 2001; Petrie et al., 1999; Sears et al., 2003).

Επιπλέον, η βιβλιογραφία προτείνει ότι σημαντικές θετικές αλλαγές μπορούν να αναφερθούν ως αποτέλεσμα της αντιμετώπισης και άλλων χρόνιων ασθενειών (πέρα από τον καρκίνο), όπως είναι το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV/AIDS), η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Ackroyd et al., 2011; Amos, 2015; Milam, 2004; Mo, Lau, & Gu, 2014; Barskova & Oesterreich, 2009; Bluvstein, Moravchick, Sheps, Schreiber, & Bloch, 2013; Sawyer, Ayers, & Field, 2010; Wei et al., 2016). Για παράδειγμα, τα εμπειρικά δεδομένα προτείνουν ότι παιδιά που έχουν προσβληθεί από HIV, αλλά και παιδιά με γονείς που έχουν μολυνθεί από HIV αναφέρουν θετικές αλλαγές σε διάφορους τομείς της ζωής τους, αλλαγές που φαίνεται να σχετίζονται θετικά με αυξημένη κοινωνική υποστήριξη, καθώς επίσης με καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων (Mo, Lau, & Gu, 2014; Wei et al., 2016). Επίσης σε μια μελέτη σε άτομα με σοβαρές καρδιαγγειακές παθήσεις, η μετατραυματική ανάπτυξη βρέθηκε να αμβλύνει τις αρνητικές συνέπειες του στρες στην ψυχική υγεία (Bluvstein, Moravchick, Sheps, Schreiber, & Bloch, 2013).

Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες και ιατρικές παράμετροι: Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση μας ότι η νεαρή ηλικία θα σχετιζόταν με περισσότερη ανάπτυξη. Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα αναφορικά με την σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την ηλικία είναι αντικρουόμενα. Ένας αριθμός μελετών απέτυχε να βρει κάποια στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και την ηλικία (Cordova et al., 2001; Petrie et al., 1999; Thornton et al., 2005; Urcuyo et al., 2005; Weiss, 2004). Άλλοι ερευνητές ανέφεραν ότι οι νεότερες γυναίκες αναφέρουν περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Bower et al., 2005; Carpenter et al., 1999; Lechner et al., 2003; Manne et al., 2004; Widows et al., 2005). Οι ερευνητές που βρήκαν σημαντική συνάφεια ανάμεσα στην ηλικία και την ανάπτυξη πρότειναν ως πιθανή εξήγηση ότι για τις νεότερες γυναίκες ο καρκίνος αποτελεί μια ισχυρότερη «σεισμική δόνηση» σε μια περίοδο της ζωής τους που δεν ανέμεναν την εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας και για τον λόγο αυτό ήταν πιθανότερο να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός της μετατραυματικής ανάπτυξης. Επιπλέον, οι γυναίκες νεότερης ηλικίας ακριβώς επειδή ήρθαν αντιμέτωπες με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ενδέχεται να εκφράσουν

μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή, να αισθανθούν σταδιακά πιο δυνατές για να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο μέλλον και θεωρήσουν ότι έχουν το περιθώριο για αλλαγές και νέες πιθανότητες στη ζωή τους. Ωστόσο, τα αντικρουόμενα αποτελέσματα μαρτυρούν ότι ο ρόλος της ηλικίας στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν έχει ακόμα κατανοηθεί επαρκώς. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι η ηλικία από μόνη της δεν είναι αυτή που διευκολύνει ή όχι την μετατραυματική ανάπτυξη, αλλά το πώς σχετίζεται η ηλικία με άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με προηγούμενα ευρήματα που υποστηρίζουν ότι τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με μια πιο προχωρημένη μορφή της ασθένειας είναι πιθανότερο να εκφράσουν θετική αλλαγή σε κάποιο τομέα της ζωής τους, σε σύγκριση με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια πιο ήπια μορφή της νόσου (Andrykowski et al., 1996; Fromm et al., 1996; Tomich & Helgeson, 2004; Urcuyo et al., 2005). Τα ευρήματα μας βρίσκονται σε συμφωνία με τις θεωρίες της μετατραυματικής ανάπτυξης (Janoff-Bulman & Berger, 2000; Tedeschi & Calhoun, 2004) που προτείνουν ότι η εμπειρία μιας σοβαρής ασθένειας που απειλεί τη ζωή και εγείρει σοβαρά ζητήματα θνησιμότητας είναι πιθανότερο να ενεργοποιήσει τον μηχανισμό εύρεσης νοήματος και κατ' επέκταση να ενισχύσει τη διαδικασία εύρεσης θετικών συνεπειών που προκύπτουν από την αντιμετώπιση της ασθένειας. Αντιθέτως, όταν η ασθένεια βρίσκεται σε αρχικό στάδιο ενδέχεται να μην «ταρακουνήσει» επαρκώς το άτομο και τις υπάρχουσες θεμελιώδεις αντιλήψεις του για τη ζωή. Επομένως, το άτομο αυτό ενδέχεται να μην μπει στη διαδικασία γνωστικής ανασυγκρότησης που μπορεί να οδηγήσει στην μετατραυματική ανάπτυξη. Ο Lechner και οι συνεργάτες του (2003) υποστήριξαν ότι τα μικρότερα ποσοστά αναφορών μετατραυματικής ανάπτυξης έχουν προέλθει από άτομα με στάδιο νόσου 0, I & IV. Επιπλέον, είναι ενδιαφέρον ότι το στάδιο της ασθένειας φάνηκε να είναι σημαντικός παράγοντας κυρίως για τους τομείς εκτίμηση ζωής και νέες πιθανότητες. Η γυναίκα που αισθάνεται ότι απειλείται σοβαρά η ζωή της ενδέχεται να νιώσει μεγαλύτερη εκτίμηση για αυτή και να αναζητήσει νέες προοπτικές και δυνατότητες.

Αναφορικά με τον χρόνο που έχει παρέλθει από τη διάγνωση και τη θεραπεία, η παρούσα μελέτη δεν βρήκε κάποια στατιστικώς σημαντική σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες που πρότειναν

ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στον χρόνο από τη διάγνωση και την ολοκλήρωση της θεραπείας και την μετατραυματική ανάπτυξη (Andrykowski et al., 1993; Andrykowski et al., 1996; Lechner et al., 2003; Urcuyo et al., 2005; Widows et al., 2005). Από την άλλη, ένας αριθμός ερευνών έχει δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα, είτε προτείνοντας θετική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004; Sears et al., 2003), είτε αρνητική (Fromm et al., 1996; Weiss, 2004). Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες είχαν λάβει τη διάγνωση της νόσου τουλάχιστον 6 μήνες πριν την συμμετοχή τους στην έρευνα. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι ο χρόνος παίζει σημαντικότερο ρόλο στο πρώτο διάστημα από τη διάγνωση, όταν τα άτομα καλούνται να ανταπεξέλθουν σε απαιτητικές διαδικασίες, όπως είναι η αποδοχή της διάγνωσης, το χειρουργείο, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της θεραπείας, με όλες τις πρακτικές και ψυχικές συνέπειες που έχουν τα παραπάνω (Stanton et al., 2006). Οι διαχρονικές μελέτες είναι πιο κατάλληλες από τις συγχρονικές για να αξιολογήσουν το φαινόμενο της ανάπτυξης από την αρχή της εμπειρίας του καρκίνου και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές/ορόσημα της πορείας της νόσου και της προσωπικής πορείας του ατόμου.

Γνωρίσματα προσωπικότητας: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν επιβεβαίωσαν τις ερευνητικές υποθέσεις μας ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετιζόταν θετικά με την αισιοδοξία και την ανοιχτότητα. Η βιβλιογραφία έχει δώσει αντικρουόμενα και ασταθή αποτελέσματα αναφορικά με την σχέση της αισιοδοξίας με την μετατραυματική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της Bostock και των συνεργατών της (2009) μόνο τέσσερις μελέτες είχαν αναφέρει μια άμεση θετική σχέση ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και την αισιοδοξία (Hart, Vella & Mohr, 2008; Lechner, 2000, Milam, 2004; Urcuyo et al., 2005) με συσχετίσεις που ποίκιλαν από μικρές, έως μετρίως μεγάλες. Μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση ανέφερε ότι η αισιοδοξία και η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να σχετίζονται με μέτριας ισχύος δείκτες συνάφειας που κυμαίνονταν από .27 - .45 (Shand, Cowlisha, Brooker, & Ricciardelli, 2015). Από την άλλη πλευρά και σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα, αρκετές έρευνες απέτυχαν να βρουν κάποια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αισιοδοξία και την μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi & Blank, 2006; Danhauer et al., 2013; Sandoval, 2005; Sears et

al., 2003; Tomich & Helgeson, 2006). Επίσης να σημειώσουμε ότι, σχετικά με το ερωτηματολόγιο μέτρησης της αισιοδοξίας, οι Zoellner & Maercker (2006) ανέφεραν ότι η αναθεωρημένη εκδοχή του ερωτηματολογίου (LOT-R) φαίνεται να παρουσιάζει μικρότερες συσχετίσεις με την μετατραυματική ανάπτυξη σε σύγκριση με την προηγούμενη εκδοχή (LOT). Σε γενικές γραμμές, τα αντικρουόμενα αποτελέσματα στη βιβλιογραφία μαρτυρούν την σύνθετη και δυναμική φύση της σχέσης των δύο μεταβλητών (Lechner & Weaver, 2009). Η αισιοδοξία ενδέχεται να διευκολύνει την μετατραυματική ανάπτυξη, αλλά είναι πιθανόν να μην αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση της (Werdel & Wicks, 2012). Επιπλέον, ενδέχεται η σχέση της αισιοδοξίας με την μετατραυματική ανάπτυξη να διαμεσολαβείται από την μείωση του μετατραυματικού στρες, όπως φάνηκε και στην παρούσα μελέτη. Επομένως, είναι σημαντικό τόσο σε επίπεδο ερευνητικού σχεδιασμού, όσο και στατιστικών αναλύσεων, να εξετάζουμε αν η σχέση της αισιοδοξίας με την ανάπτυξη δεν είναι πάντα άμεση, αλλά διαμεσολαβείται από κάποιο τρίτο παράγοντα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση μας ότι υψηλότερα επίπεδα ανοιχτότητας θα σχετίζονταν με περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη. Ομοίως, ο Zoellner και οι συνεργάτες του (2008) απέτυχαν να βρουν κάποια συσχέτιση ανάμεσα στην ανοιχτότητα και την μετατραυματική ανάπτυξη σε άτομα που επέζησαν από τροχαίο ατύχημα. Σε προηγούμενη έρευνα, οι Tedeschi & Calhoun (1996) βρήκαν χαμηλές συσχετίσεις ανάμεσα στην ανοιχτότητα και τις δύο υποκλίμακες της μετατραυματικής ανάπτυξης: νέες πιθανότητες και προσωπική δύναμη. Στην παρούσα μελέτη, η μη εύρεση κάποιας στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην ανοιχτότητα και την ανάπτυξη ενδέχεται να οφείλεται στο ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε. Όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η κλίμακα της ανοιχτότητας είχε χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, γεγονός που μας προβληματίζει σχετικά με την ικανότητα του συγκεκριμένου ψυχομετρικού εργαλείου να αξιολογήσει την συγκεκριμένη έννοια. Η μεταβλητή της ανοιχτότητας και η σχέση της με την μετατραυματική ανάπτυξη χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και χρειάζεται να εξεταστούν θέματα μέτρησης.

Γνωστική επεξεργασία του τραύματος: Σύμφωνα με το μοντέλο που έχουν προτείνει οι Tedeschi και Calhoun (1995; 2004) η σκόπιμη γνωστική επεξεργασία των τραυματικών γεγονότων αποτελεί σημαντική παράμετρο του μηχανισμού εμφάνισης

της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η σκόπιμη γνωστική επεξεργασία, ανάλογα με το περιεχόμενο της, μπορεί να διακριθεί στον μηρυκασμό αρνητικών σκέψεων και τη γνωστική αντανάκλαση. Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός αφορά μια λιγότερο εποικοδομητική μορφή σκέψης, ενώ η γνωστική αντανάκλαση έχει θετικό περιεχόμενο και θεωρείται ως μια πιο λειτουργική μορφή σκέψης (Nolen-Hoeksema & Davis, 2004). Στην παρούσα μελέτη κρίθηκε αναγκαίο να εξετάσουμε την σκόπιμη γνωστική επεξεργασία ως γενικό στυλ, αλλά και ως καταστασιακό παράγοντα (δηλ. σχετικά με τον καρκίνο του μαστού), καθώς οι δύο κλίμακες φάνηκε να διαφέρουν αναφορικά με τις πτυχές εκείνες της γνωστικής επεξεργασίας που επιχειρούν να φωτίσουν. Η κλίμακα που μετρά τη γνωστική επεξεργασία ως σταθερό στυλ εστιάζει, κυρίως, στον τρόπο σκέψης και αντίληψης των γεγονότων, ενώ η κλίμακα που μετρά τη γνωστική επεξεργασία σε επίπεδο κατάστασης προσπαθεί να ρίξει φως κυρίως στο τι σκέφτεται ένα άτομο για τα συναισθήματα του και τον τρόπο που διαχειρίζεται αυτά. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν την υπόθεση μας ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετιζόταν σημαντικά και με θετικό πρόσημο με την γνωστική αντανάκλαση. Η γνωστική αντανάκλαση θεωρείται ότι αποτελεί μια πιο αντιπροσωπευτική μορφή της σκόπιμης επεξεργασίας (συγκριτικά με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό) (Werdel & Wicks, 2012), η οποία συνδέεται σταθερά με την μετατραυματική ανάπτυξη (Hallam & Morris, 2014; Koutrouli et al., 2016; Lancaster, Klein, Nadia, Szabo, & Mogerman, 2015; Phelps, Williams, Raichle, Turner, & Ehde, 2008; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve 2012). Η γνωστική αντανάκλαση φαίνεται να είναι μια ενεργητική μορφή επεξεργασίας των στρεσογόνων πληροφοριών, η οποία διευκολύνει την επιτυχή αντιμετώπιση του τραύματος (Teasedale, 1999; Watkins, 2004). Η εποικοδομητική γνωστική επεξεργασία βοηθάει το άτομο να αντιληφθεί τα αρνητικά συναισθήματα σχετικά με το τραύμα ως σαφή και ελεγχόμενα, τα οποία μπορούν να τροποποιηθούν και να ρυθμιστούν (McFarland & Buhler, 1998; Trapnell & Campbell, 1999). Πρόκειται για μια σύνθετη και απαιτητική διαδικασία καθώς οι προτραυματικές πεποιθήσεις και στόχοι που συχνά καλείται να αναθεωρήσει το άτομο αποτελούν θεμελιακά στοιχεία της κοσμοεικόνας του και της ταυτότητάς του (Calhoun & Tedeschi, 1998). Η γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων εμπεριέχει τη διάσταση του πένθους, εφόσον ένα τραυματικό γεγονός αφορά κάποια μορφή απώλειας και τα άτομα καλούνται να εμπλακούν σε γνωστικές διεργασίες που θα επιτρέψουν την

συναισθηματική ρύθμιση, αλλά και την επίλυση του όποιου προβλήματος προκύπτει εξαιτίας της απώλειας (Calhoun & Tedeschi, 1998). Σε συμφωνία με τις υποθέσεις μας και με το μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης που προτείναμε στην παρούσα μελέτη, η γνωστική αντανάκλαση σχετιζόταν θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη όχι μόνο άμεσα, αλλά και μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την υιοθέτηση της θετικής αναπλαισίωσης και των θρησκευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης που με την σειρά τους διευκολύνουν σημαντικά την μετατραυματική ανάπτυξη. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία που προτείνει ότι η γνωστική αντανάκλαση ως θετική και ενεργητική μορφή σκέψης συνδέεται με προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Ένα αναπάντεχο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η γνωστική αντανάκλαση σχετιζόταν θετικά με την αυτομομφή, η οποία με την σειρά της σχετιζόταν με περισσότερη θετική αναπλαισίωση. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι η αυτομομφή ενδέχεται να λειτουργεί ως γνωστική στρατηγική αντιμετώπισης και ως τέτοια να επηρεάζεται θετικά από μια εποικοδομητική μορφή σκέψης που στοχεύει στην κατανόηση του τραύματος και την αποκατάσταση της αίσθησης ελέγχου.

Ένα επιπλέον αναπάντεχο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι, εκτός από τη γνωστική αντανάκλαση και ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός, σε μικρότερο βαθμό, βρέθηκε να έχει κάποια θετική συσχέτιση με την μετατραυματική ανάπτυξη. Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός, σε αντίθεση με την αντανάκλαση, διατηρεί ορισμένα στοιχεία της αυτόματης, επαναλαμβανόμενης σκέψης (automatic rumination) που εμφανίζεται κυρίως σε αρχικά στάδια μιας τραυματικής εμπειρίας (Werdel & Wicks, 2012). Μια σύγχρονη μελέτη σχετικά με την φύση και τον ρόλο των επαναλαμβανόμενων σκέψεων προτείνει ότι η διάκριση της σκέψης σε εποικοδομητική ή μη, εξαρτάται από μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραμέτρων όπως: α) την ένταση που έχει το περιεχόμενο των σκέψεων, β) το ενδοπροσωπικό και το διαπροσωπικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιούνται οι γνωστικές αυτές επεξεργασίες και γ) το πόσο συγκεκριμένες ή γενικές και αφηρημένες είναι οι σκέψεις (Watkins, 2008). Ο Watkins (2008) αναφέρει ότι οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μπορεί να είναι λειτουργικές όταν: α) εστιάζουν σε θετικές πτυχές και οφέλη από το τραύμα με έναν αφηρημένο και γενικό τρόπο, ή β) εστιάζουν στο αρνητικό

περιεχόμενο της τραυματικής εμπειρίας, αλλά με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι ο γνωστικός μηρυκασμός αρνητικών σκέψεων αν και σχετίζεται κυρίως με αρνητικές συνέπειες (π.χ. αυξημένο στρες) όταν διαμεσολαβείται από λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η θετική αναπλαισίωση και η θρησκευτικότητα, μπορεί να διευκολύνει την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Αντιθέτως, όταν διαμεσολαβείται από υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες, τότε σχετίζεται με λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη. Επιπλέον, η θετική αυτή σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού και της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να εμφανισθεί μέσα σε ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον που δεν επικρίνει και δεν λογοκρίνει την έκφραση των γυναικών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού. Η σχέση της γνωστικής αντανάκλασης με την μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να είναι πιο σταθερή και άμεση, συγκριτικά με τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό, ο οποίος μπορεί να διευκολύνει ή όχι την μετατραυματική ανάπτυξη ανάλογα με τη διαμεσολάβηση κάποιων ψυχολογικών μεταβλητών και την ρύθμιση από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα. Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που χρησιμοποιούν διαφορετικές μορφές σκέψης και λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι πιθανότερο να αποδεσμευτούν από προτραυματικές πεποιθήσεις, οι οποίες δεν βρίσκουν εφαρμογή κάτω από τις νέες συνθήκες (Werdel & Wicks, 2012).

Στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες: Οι ερευνητικές υποθέσεις μας ότι η θετική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης θα σχετίζονταν θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Η βιβλιογραφία έχει υποστηρίξει τη θετική συσχέτιση ανάμεσα σε στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, την θετική αναπλαισίωση, την ενεργητική αποδοχή και θρησκευτικότητα με την μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi et al., 2010; Bellizzi & Blank, 2006; Bussell et al., 2010; Lerolain et al., 2010; Sears et al, 2003). Συγκεκριμένα, η θετική αναπλαισίωση, σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, βρέθηκε να διευκολύνει την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Bussell & Naus, 2010; Danhauer et al., 2013; Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003; Tedeschi & Calhoun, 2004). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι η επικέντρωση σε θετικές πτυχές μιας κατάστασης και η προσπάθεια μιας νέας ανάγνωσης της

πραγματικότητας μέσα από μια πιο θετική προοπτική, ενδέχεται να βοηθήσει το άτομο να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει, δίνοντας παράλληλα έμφαση στα πιθανά οφέλη που μπορεί να αποκομίσει από την κρίση. Μια γυναίκα που βιώνει μια απειλητική για τη ζωή της ασθένεια είναι πιθανόν να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει την έλλειψη ελέγχου και τον απρόβλεπτο χαρακτήρα της ασθένειας μέσω της υιοθέτησης γνωστικών στρατηγικών που θα την βοηθήσουν να νοσηματοδοτήσει την κατάσταση και να ανακτήσει ένα βαθμό ελέγχου. Υπό αυτές τις συνθήκες ο καρκίνος μπορεί να φαίνεται λιγότερο απειλητικός και το άτομο να αναπτύξει παράλληλα με το αρνητικό συναίσθημα μια θετική στάση απέναντι στα πράγματα (Germino, Fife, & Funk, 1995).

Μια δεύτερη στρατηγική αντιμετώπισης που βρέθηκε να είναι ένας σημαντικός σταθμός στο μονοπάτι που οδηγεί στην μετατραυματική ανάπτυξη είναι η θρησκευτικότητα, με την μορφή της προσευχής ή του διαλογισμού και την εύρεση ανακούφισης στην θρησκεία ή σε άλλες πνευματικές ενασχολήσεις. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση ανέφερε ότι οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης εμφανίζουν θετική και στατιστικά σημαντική σχέση με την ανάπτυξη με δείκτες συνάφειας που κυμαίνονται από .28 έως .56 (Shand et al., 2015). Αν και η στροφή προς τη θρησκεία συχνά ταυτίζεται με παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης ή γίνεται αντιληπτή ως ένας αμυντικός μηχανισμός, υπάρχουν έρευνες που την παρουσιάζουν ως μια πιο σύνθετη στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που δεν περιορίζεται στο δίπολο ενεργητικών-παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Jenkins & Pargament, 1995). Η θρησκευτικότητα ως τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων έχει κάποια στοιχεία ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης και αποτελεί μια προσπάθεια για γνωστική επανεκτίμηση του τραυματικού γεγονότος μέσα από την πνευματικότητα (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Folkman & Lazarus, 1988; Jackson & Coursey, 1988; Pargament et al., 1988). Η σημαντικότητα των θρησκευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι μπορεί να εξυπηρετήσει διαφορετικές ανάγκες σε διαφορετικές φάσεις της ασθένειας. Με άλλα λόγια μπορεί να συμβάλει στην μείωση της εσωτερικής έντασης, στην ενίσχυση της κοινωνικής δικτύωσης και την αύξηση της οικειότητας καθώς επίσης στην νοσηματοδότηση του τραύματος και την αύξηση της προσωπικής επάρκειας (Jenkins & Pargament, 1995). Επιπλέον, υπάρχουν περιπτώσεις που οι προσωπικοί και κοινωνικοί πόροι δεν

επαρκούν για να αντιμετωπίσει το άτομο ένα στρεσογόνο γεγονός και σε αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται να αποζητά την υποστήριξη από τη θρησκεία (McCrea, 1984). Μέσα από τις θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού ενδέχεται να ανακτούν την αίσθηση του ελέγχου, να αυξάνουν το υποστηρικτικό τους δίκτυο, να νοηματοδοτούν την τραυματική εμπειρία και γενικά να αναθεωρούν την «τραυματισμένη» κοσμοεικόνα τους (Pargament et al., 1988; Park, Mills-Baxter, & Fenster, 2005; Park, 2013; Shaw, Joseph & Linley, 2005). Η Park (2010) έχει αμφισβητήσει ότι η χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης που επικεντρώνουν στην επίλυση του προβλήματος ή την ρύθμιση του συναισθήματος, επαρκούν για την αντιμετώπιση ενός τραύματος που ξεφεύγει από τα γνωστά και τα συνηθισμένα. Η βιβλιογραφία έχει προτείνει ότι η σχέση της θρησκευτικότητας με την ανάπτυξη σε μεγάλο βαθμό εξηγείται από την σχέση της θρησκευτικότητας με την εύρεση νοήματος (Werdell & Wicks, 2012). Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που δεν έχουν καταφέρει να υποστηρίξουν την σχέση της θρησκευτικότητας (ή έστω ορισμένων πτυχών της) με την μετατραυματική ανάπτυξη (Cadell et al., 2003; Calhoun et al., 2000; Gall, Charbonneau, & Florack, 2011). Τα αντιφατικά και ασταθή αποτελέσματα ενδέχεται να οφείλονται στα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται και τις πτυχές της θρησκευτικότητας που επιλέγονται να αξιολογηθούν (π.χ. θετικές ή αρνητικές πλευρές της). Αν θέλουμε να εξετάσουμε πιο αναλυτικά το ρόλο των θρησκευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης στην μετατραυματική ανάπτυξη και προσαρμογή χρειάζεται να αξιολογήσουμε παραμέτρους όπως είναι α) η απαρτίωση επιμέρους πτυχών της θρησκευτικότητας (πεποιθήσεις, πρακτικές και βιώματα) σε ένα λειτουργικό σύνολο, β) η πνευματική ευελιξία και γ) η πνευματική ανοιχτότητα (ικανότητα να είσαι ανοιχτός και ανεκτικός σε νέες ιδέες) (Pargament, Desai, & McConnell, 2006). Επιπλέον, πολιτιστικά ζητήματα, όπως είναι το είδος της θρησκείας και οι ιδιαίτερες αρχές που την διέπουν, ο ρόλος της μέσα στην κοινωνία, καλό θα ήταν να εξετάζονται παράλληλα. Τέλος, συμπεριφορές που ενδέχεται να σχετίζονται με την θρησκευτικότητα, όπως είναι η συγχώρεση και η έμπρακτη παροχή βοήθειας σε άλλους θα μπορούσαν να διερευνηθούν συστηματικά.

Ένα αναπάντεχο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η αυτομομφή σχετιζόταν άμεσα και με θετικό πρόσημο με τη θετική αναπλαισίωση και έμμεσα με την

μετατραυματική ανάπτυξη. Ο ενδεχόμενος θετικός ρόλος της αυτομομφής στην μετατραυματική ανάπτυξη έχει προταθεί και από προηγούμενους ερευνητές, οι οποίοι υποστήριξαν ότι λειτουργεί ενδεχομένως ως χρήσιμη γνωστική στρατηγική αντιμετώπισης (Kaye-Tzadok, & Davidson-Arad, 2016; Park, 2009). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η αυτομομφή θα μπορούσε να διευκολύνει την αυτογνωσία και την ανάκτηση του προσωπικού ελέγχου. Η Janoff-Bulman (1985) έχει κάνει τη διάκριση ανάμεσα σε μια «χαρακτηρολογική» αυτομομφή και μια «συμπεριφορική» αυτομομφή. Όταν η αυτομομφή αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και γίνεται αντιληπτή ως μια «δίκαιη» τιμωρία σχετίζεται περισσότερο με τη θυματοποίηση του άτομου και έχει αρνητικές συνέπειες (π.χ. αύξηση στρες). Η δεύτερη μορφή σχετίζεται με συγκεκριμένες καταστάσεις και το άτομο μέσα από την γνωστική επεξεργασία των ερεθισμάτων προσπαθεί να βρει τα πιθανά αίτια της κρίσης και να τροποποιήσει την συμπεριφορά του έτσι ώστε να έχει μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασης. Σε αυτή την περίπτωση η αυτομομφή, με την μορφή της ανάληψης ευθύνης και της ανάκτησης του ελέγχου, ενδέχεται να σχετίζεται σε έναν βαθμό με την μετατραυματική ανάπτυξη. Υπάρχουν έρευνες που έχουν εντοπίσει θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στην συμπεριφορική αυτομομφή και τις λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Baum, Fleming, & Singer, 1983; Timko & Janoff-Bulman, 1985). Η πρόταση αυτή υποστηρίζεται και από την παρούσα μελέτη, καθώς η αυτομομφή σχετίζεται με μια λειτουργική γνωστική στρατηγική, τη θετική αναπλαισίωση. Οι γυναίκες που ασκούσαν αυτοκριτική και προσπαθούσαν παράλληλα να επανεκτιμήσουν μέσα από ένα θετικό πρίσμα την κατάσταση, ήταν πιο πιθανόν να αναφέρουν μετατραυματική ανάπτυξη. Μια άλλη εξήγηση για τη θετική σχέση της αυτομομφής με την ανάπτυξη θα μπορούσε να είναι ότι οι γυναίκες που αναφέρουν περισσότερη αυτομομφή ενδέχεται να βιώσουν περισσότερο στρες, το οποίο με την σειρά του ενεργοποιεί τον μηχανισμό της μετατραυματικής ανάπτυξης (Kaye & Davinson-Arad, 2016). Ωστόσο, πρέπει να αναφέρουμε ότι η υποκλίμακα της αυτομομφής είχε σχετικά χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας και τα συγκεκριμένα αποτελέσματα καλό είναι να διερευνηθούν περαιτέρω.

Σε γενικές γραμμές, η παρούσα μελέτη προτείνει ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν μια σημαντική πτυχή του μηχανισμού της μετατραυματικής ανάπτυξης. Διαφορετικές μορφές γνωστικής επεξεργασίας μπορούν να διευκολύνουν άμεσα την

εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, αλλά και μέσω διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Affleck & Tennen, 1996; Calhoun et al., 2006; Park & Helgeson, 2006). Μια σημαντική παράμετρος της εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης φαίνεται να είναι η ικανότητα του ατόμου, μέσα από τα ιδιαίτερα ιδιοσυγκρασιακά γνωρίσματα του και τον τρόπο γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος, να επιλέγει τις κατάλληλες εκείνες στρατηγικές αντιμετώπισης που με την σειρά τους διευκολύνουν την μετατραυματική προσαρμογή. Όπως έχουν αναφέρει οι Tedeschi & Calhoun (1995) τα άτομα που βιώνουν μετατραυματική ανάπτυξη θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως δημιουργικοί «copers», δηλαδή άνθρωποι που διαθέτουν την απαραίτητη ευελιξία και είναι σε θέση να αναζητούν και να βρίσκουν δημιουργικές λύσεις, ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Κοινωνικοί περιορισμοί: Σε αντίθεση με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, οι κοινωνικοί περιορισμοί δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα που δέχονται κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να επιλέγουν πιο λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό την μετατραυματική προσαρμογή (Moos & Schaefer, 1993). Από την άλλη, οι κοινωνικοί περιορισμοί και γενικότερα ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον, κυρίως όταν το άτομο έχει την ανάγκη να εκφράσει δυσάρεστα συναισθήματα, ενδέχεται να μειώσει τις πιθανότητες για μετατραυματική ανάπτυξη (Calhoun & Tedeschi, 2006; Ingram et al., 2001). Ωστόσο, προηγούμενες έρευνες απέτυχαν να βρουν κάποια σημαντική στατιστική σχέση ανάμεσα στην απουσία κοινωνικών περιορισμών και την μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2007; Koutrouli et al., 2016; Nenova et al., 2013). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί μπορεί να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων προσαρμογής και μετατραυματικού στρες, αλλά η απουσία τους δεν διευκολύνει απαραίτητα την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ακόμα και αν ένα άτομο βιώνει περιορισμούς στην ελεύθερη έκφραση των σκέψεων και συναισθημάτων σχετικά με την ασθένεια, ενδέχεται να βρει διαφορετικούς τρόπους αυτοέκφρασης και να αναπτύξει στρατηγικές που διευκολύνουν την μετατραυματική ανάπτυξη. Ας μην ξεχνάμε ότι τα άτομα που αναφέρουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και να είναι πιο ανθεκτικά. Οπότε, είναι πιθανόν να μην επηρεάζονται και τόσο από τους όποιους

περιορισμούς, ενώ παράλληλα, επειδή έχουν την ικανότητα και την ευελιξία να «διαβάζουν» καλύτερα το περιβάλλον τους, ενδέχεται να ρυθμίζουν κατάλληλα την συμπεριφορά τους και τον τρόπο που επικοινωνούν, ώστε να αποφύγουν δυσάρεστες καταστάσεις (Schmidt & Andrykowski, 2004).

Το θεωρητικό υπόβαθρο της μετατραυματικής ανάπτυξης προτείνει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις, οικογενειακές σχέσεις και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο ενός ατόμου μπορεί να επηρεάσει τη γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων και τον τρόπο που θα εκφράσει κάποιος τις σκέψεις του και τα συναισθήματα του (Calhoun & Tedeschi, 2006). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, εξετάσαμε κατά πόσο οι κοινωνικοί περιορισμοί μπορεί να μην επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, αλλά να ρυθμίζουν την σχέση της ανάπτυξης με άλλες μεταβλητές, όπως είναι η γνωστική επεξεργασία. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστήριξαν ότι ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός μπορούσε να διευκολύνει την μετατραυματική ανάπτυξη μόνο όταν οι γυναίκες βίωναν χαμηλό ή μέτριο βαθμό κοινωνικών περιορισμών. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι σε ένα επικριτικό και περιοριστικό κοινωνικό περιβάλλον, η αρνητική και παθητική σκέψη παγιώνεται και ενισχύεται καθώς δεν δίνονται οι απαραίτητες ευκαιρίες να εκφραστεί και να αντικατασταθεί σταδιακά από μια θετικότερη και ενεργητικότερη μορφή σκέψης. Αντιθέτως, σε ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον, η επικέντρωση σε αρνητικές πτυχές του τραύματος μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια γνωστική διαδικασία που ενισχύει την αυτογνωσία και τον αυτοέλεγχο. Στην περίπτωση αυτή, το κοινωνικό περιβάλλον ενδέχεται να βοηθήσει περαιτέρω στην υιοθέτηση λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης (π.χ. θετική αναπλαισίωση) αμβλύνοντας με τον τρόπο αυτό τις αρνητικές επιπτώσεις του γνωστικού μηρυκασμού. Σύμφωνα με την θεωρία της ανάπτυξης μέσα από τις αντιξοότητες, των Joseph & Linley (*Organismic Valuing Theory of Growth through Adversity*; 2005) - μια θεωρία που έχει επηρεαστεί από το κοινωνικο-γνωστικό μοντέλο του Lepore (*Social-Cognitive Processing Theory*; 2001) – το κοινωνικό περιβάλλον που ενισχύει την αυτονομία διευκολύνει την προσαρμογή και είναι αναγκαίο για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Scrignaro et al., 2011).

5.1.2. Μετατραυματικό Στρες

Τα χαμηλά ποσοστά μετατραυματικού στρες που βρήκαμε στο δείγμα μας συνάδουν με τα ποσοστά που αναφέρει η βιβλιογραφία. Οι Kangas, Henry, & Bryant (2002) σε μια μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν για 13 μελέτες που διερεύνησαν το φαινόμενο της μετατραυματικής διαταραχής στρες σε ογκολογικούς ασθενείς ανέφεραν ότι 0-32% των γυναικών με καρκίνο του μαστού πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια. Τα αντικρουόμενα πολλές φορές αποτελέσματα εξηγούνται από το γεγονός ότι κάποιες μελέτες εξέτασαν την παρουσία ορισμένων μόνο συμπτωμάτων, ενώ άλλες εξέτασαν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια. Επιπλέον οι διαφορές που παρατηρούνται ενδέχεται να οφείλονται στα διαφορετικά ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης. Για παράδειγμα το PCL-C φαίνεται να μετρά μια διάχυτη συναισθηματική δυσφορία και προβλήματα προσαρμογής και όχι ακριβή συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες (όπως κάνει το SCID) (Mehnert & Koch, 2007). Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι οι ογκολογικοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα που σχετίζονται με την μετατραυματική διαταραχή στρες, όπως διάχυτο άγχος, παρεισφρητικές σκέψεις και αποφευκτικές συμπεριφορές (Kornblith et al., 1992; Lesko et al., 1992). Ωστόσο, ο καρκίνος είναι μια ασθένεια με οργανικά συμπτώματα και επίπονες θεραπείες οι οποίες επιβαρύνουν επιπλέον την σωματική κατάσταση του άτομου. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα υπερδιέγερσης θα μπορούσαν να αποδοθούν τόσο σε ψυχολογικούς παράγοντες, όσο και σε οργανικούς. Η κατάσταση αυτή καθιστά δύσκολη τη διάγνωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, ενώ η επικάλυψη των συμπτωμάτων που οφείλονται στην ίδια τη νόσο και τη θεραπεία της με τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής μπορεί να διογκώσουν πλασματικά την συχνότητα της μετατραυματικής διαταραχής στρες στους ογκολογικούς ασθενείς. Το DSM-5 έχει συμπεριλάβει μια επιπλέον ομάδα διαγνωστικών συμπτωμάτων, που αφορούν αλλαγές στη γνωστική λειτουργία και θέτει ως προϋπόθεση για την διάγνωση της διαταραχής, η μείωση της λειτουργικότητας να μην οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες. Ωστόσο, επειδή είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε τα οργανικά από τα ψυχικά συμπτώματα, ίσως να είναι καλό οι ειδικοί να χρησιμοποιούν παράλληλα και ψυχομετρικά εργαλεία ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, εστιάζοντας στη διάγνωση και αντιμετώπιση διαταραχών προσαρμογής στην ασθένεια (Shad et al., 2015).

Κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες και ιατρικές παράμετροι: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας ότι η νεαρή ηλικία και το προχωρημένο στάδιο της ασθένειας θα αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για μετατραυματικό στρες. Προηγούμενες έρευνες έχουν προτείνει ότι η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998; Knobf, 2007; Vinokur et al., 1990). Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενες ενότητες, οι νεότερες γυναίκες φαίνεται να αντιδρούν πιο αρνητικά στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου καθώς η απειλή του θανάτου ή της σωματικής ακεραιότητας δεν «συνάδει» με το νεαρό της ηλικίας τους. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες έρευνες που απέτυχαν να βρουν στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το μετατραυματικό στρες (Naidich & Motta, 2000; O'Connor et al., 2011; Pitman et al., 2001). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι δεν είναι η ηλικία που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του μετατραυματικού στρες, αλλά κάποια χαρακτηριστικά που σχετίζονται μεν, αλλά δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από την ηλικία. Επομένως, το αν μια γυναίκα βιώσει τον καρκίνο του μαστού ως μια απειλητική και εξαιρετικά στρεσογόνο κατάσταση δεν εξαρτάται μόνο από την ηλικία της, αλλά από τις γενικότερες συνθήκες μέσα στις οποίες βιώνει το γεγονός, αλλά και από ιδιαίτερα γνωρίσματα της προσωπικότητάς της.

Αναφορικά με την υπόθεσή μας ότι το στάδιο της ασθένειας θα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν κατάφεραν να την επιβεβαιώσουν. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Green et al., 1998; Jacobsen et al., 2002; Kangas et al., 2005). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι το αντικειμενικό στάδιο της νόσου δεν φαίνεται να καθορίζει την υποκειμενική αντίληψη για την σοβαρότητα της ασθένειας. Με άλλα λόγια, η υποκειμενική αντίληψη ενός ατόμου σχετικά με την σοβαρότητα της κατάστασης είναι αυτή που ενδέχεται να ενεργοποιήσει τον μηχανισμό εμφάνισης του μετατραυματικού στρες (Andrykowski & Cordova, 1998; Jacobsen et al., 1998; Vinokur et al., 1990). Μια ενδιαφέρουσα παράμετρος είναι ότι τα άτομα φαίνεται να κρίνουν την σοβαρότητα της ασθένειας από τα σωματικά συμπτώματα που παρουσιάζουν (Vinokur et al., 1990) και μέσα από τα διαθλαστικά φίλτρα προσωπικών χαρακτηριστικών και ψυχολογικών διεργασιών (Paterson & Neufeld, 1987). Ενδέχεται τα άτομα με

καρκίνο να μην είναι επαρκώς ενημερωμένα σχετικά με το στάδιο της ασθένειας και να διατηρούν μια εσφαλμένη αντίληψη σχετικά με την αντικειμενική σοβαρότητα και απειλητικότητα της ασθένειας (κυρίως σε πρώιμα στάδια της νόσου) (Vinokur et al., 1990).

Η μόνη ιατρική παράμετρος που εμφάνισε μια χαμηλή συσχέτιση με το μετατραυματικό στρες ήταν η θεραπεία και συγκεκριμένα ο αριθμός των τύπων θεραπείας στις οποίες υποβλήθηκε μια ασθενής. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε ένα μόνο τύπο θεραπείας (π.χ. μόνο ακτινοβολία, ή μόνο χημειοθεραπεία) εμφάνιζαν ελαφρώς περισσότερα συμπτώματα στρες (Deimling et al., 1997; Deimling et al., 2002). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι γυναίκες που έλαβαν περισσότερες από μία θεραπείες (εκτός από την χειρουργική επέμβαση) ενδέχεται να ένιωθαν μεγαλύτερη σιγουριά για την ορθή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου και περισσότερη ασφάλεια σχετικά την καλή πρόγνωση της αυτής. Αντίθετα, οι γυναίκες που έλαβαν μεμονωμένες θεραπείες ίσως να ανησυχούσαν περισσότερο για το αν έκαναν ό,τι καλύτερο για να προφυλαχτούν από μια ενδεχόμενη επανεμφάνιση της νόσου (Deimling et al., 2002). Ωστόσο, χρειάζεται να αναφέρουμε ότι ο ρόλος της θεραπείας στην προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού ενδέχεται να είναι περισσότερο σύνθετος και ο τύπος θεραπείας ή η ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων να μην είναι αντιπροσωπευτικοί δείκτες. Για παράδειγμα, δύο άτομα μπορεί να έλαβαν χημειοθεραπεία, αλλά τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολούθησαν ενδέχεται να μην ήταν τα ίδια (αναφορικά με χρονική διάρκεια, ένταση, παρενέργειες, κα). Μια επιπλέον παράμετρος που θα ήταν καλό να εξετάζεται είναι κατά πόσο ο/η ασθενής συμμετείχε ενεργητικά στη διαδικασία λήψης απόφασης για την εφαρμογή του κατάλληλου θεραπευτικού πρωτοκόλλου (Hack et al., 2010).

Γνωρίσματα προσωπικότητας: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν την ερευνητική μας υπόθεση ότι χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας θα σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες. Η αρνητική σχέση της αισιοδοξίας με το μετατραυματικό στρες είναι επαρκώς τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία (Brandão et al., 2016; Wenninger et al., 2013). Τα άτομα που υιοθετούν μια αισιόδοξη στάση απέναντι σε στρεσογόνες εμπειρίες της ζωής, έναντι εκείνων που υιοθετούν μια λιγότερο αισιόδοξη στάση, φαίνεται ότι διαφέρουν στα παρακάτω: 1) στο πώς

αντιλαμβάνονται τις αντιξοότητες, 2) πώς διαχειρίζονται και αντιμετωπίζουν τα προβλήματα και 3) ποιοι είναι οι διαθέσιμοι για αυτούς πόροι, προσωπικοί και κοινωνικοί (Carver et al., 2010). Μια πιθανή ερμηνεία για την αρνητική σχέση της αισιοδοξίας με το στρες θα μπορούσε να είναι ότι οι γυναίκες με χαμηλή αισιοδοξία αντιλαμβάνονται την εμπειρία του καρκίνου του μαστού ως περισσότερο απειλητική και λιγότερο ελεγχόμενη που ενδέχεται να μην έχει καλή έκβαση, βιώνοντας έτσι περισσότερο στρες. Στο μοντέλο του μετατραυματικού στρες της παρούσας μελέτης, η αισιοδοξία βρέθηκε να επιδρά στο μετατραυματικό στρες και μέσω των κοινωνικών περιορισμών, των γνωστικών διεργασιών και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα με χαμηλή αισιοδοξία ενδέχεται να βιώνουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις από το κοινωνικό τους περιβάλλον (Lepore & Ituarte, 1999) και να μη ενθαρρύνονται να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τον καρκίνο (Lepore & Kernan, 2009). Αντιθέτως, τα αισιόδοξα άτομα φαίνεται να μπορούν να βοηθηθούν περισσότερο από το κοινωνικό τους περιβάλλον και είναι πιθανότερο να διαθέτουν ένα ευρύ και υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο (MacLeod & Conway, 2005). Η βιβλιογραφία έχει προτείνει ότι οι αισιόδοξοι άνθρωποι γίνονται πιο εύκολα αρεστοί και αποδεκτοί από τους άλλους, σε σχέση με τους λιγότερο αισιόδοξους ανθρώπους (Carver, Kus, & Scheier, 1994; Helweg-Larsen, Sadeghian, & Webb, 2002), ενώ βιώνουν και πιο θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Ruiz et al., 2006). Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας ενδέχεται να οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα στρες και μέσω της ενίσχυσης του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού και των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα έχουν υποστηρίξει την επίδραση της χαμηλής αισιοδοξίας στο στρες μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης (Carver et al., 1993). Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι ο ρόλος της αισιοδοξίας στο στρες είναι σημαντικός και σύνθετος. Χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά μια σειρά από ψυχοκοινωνικούς πόρους που διαθέτει ένα άτομο, το οποίο μέσα από την εμπειρία κοινωνικών περιορισμών, αρνητικής σκέψης και αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσει μετατραυματικό στρες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν κατάφεραν να βρουν κάποια στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στην ανοιχτότητα και το μετατραυματικό στρες. Η βιβλιογραφία έχει ασχοληθεί κυρίως με μια άλλη διάσταση της

προσωπικότητας, τον νευρωτισμό, που φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες (Brodaty et al., 2004; Casella & Motta 1990; Chung et al., 2006; Holeva & Tarrier, 2001; Lawrence & Fauerbach, 2003; Talbert et al., 1993). Η ανοιχτότητα στην εμπειρία είναι μια από τις διαστάσεις που δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα σε σχέση με το μετατραυματικό στρες. Κάποιοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι τα άτομα που αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ανοιχτότητας στην εμπειρία φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητα στο στρες. Επίσης, εκείνα που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ανοιχτότητας φαίνεται να έχουν κάποια ανθεκτικότητα και να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες (Lee-Baggle, Preece, & DeLongis, 2005; Williams, et al., 2009). Ωστόσο οι απόψεις αυτές δεν κατάφεραν να επιβεβαιωθούν από άλλες μελέτες. Ο Chung και οι συνεργάτες του (2007) δεν κατάφεραν να βρουν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ανοιχτότητα και το μετατραυματικό στρες σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Επιπλέον, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρη η σχέση της ανοιχτότητας με τους μηχανισμούς της κοινωνικής υποστήριξης και των στρατηγικών αντιμετώπισης, παράγοντες που έχουν σημαντική επίδραση στο μετατραυματικό στρες (Caska & Renshaw, 2013). Ωστόσο, τα αποτελέσματα σχετικά με την μεταβλητή της ανοιχτότητας χρειάζεται να αξιολογηθούν με επιφύλαξη διότι η κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε είχε χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας.

Γνωστική επεξεργασία & στρατηγικές αντιμετώπισης: Η παρούσα μελέτη θέλησε να εξετάσει την σχέση ανάμεσα στην σκόπιμη γνωστική επεξεργασία και την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Οι περισσότερες θεωρίες που επιχειρούν να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν τον τρόπο που ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα τραυματικό γεγονός τονίζουν τον σημαντικό ρόλο που διατηρεί η γνωστική επεξεργασία για την επιτυχή απαρτίωση των τραυματικών ερεθισμάτων και πληροφοριών στα ήδη υπάρχοντα γνωστικά σχήματα (Creamer, Burgess, & Pattison, 1992; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεση μας ότι ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες. Γενικά, η παθητική και αρνητική σκέψη σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα στρες, μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής και περισσότερα σωματικά προβλήματα (Baum, Cohen, & Hall, 1993; Clohessy & Ehlers, 1999; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001;

Ehlers & Steil, 1995; Murray, et al., 2002; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Sergestorm & Alden, 2000; Segerstrom et al., 2003; Steil & Ehlers, 2000), ενώ φαίνεται να συμβάλει στην παγίωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες (Ehlers & Clark, 2000). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα αρνητικού μηρυκασμού υιοθετούν μια παθητική και άγονη στάση απέναντι στο τραυματικό γεγονός, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν έχουν περισσότερο παρεισφρητικό και αναπόδραστο χαρακτήρα (McFarland & Buhler, 1998; Trapnell & Campbell, 1999). Μια μη εποικοδομητική μορφή σκέψης εστιάζει κυρίως σε ερωτήματα που είναι δύσκολο να απαντηθούν, αποτρέπει από μια ενεργητική και προσανατολισμένη στο μέλλον γνωστική επεξεργασία του τραύματος, ενώ παράλληλα δυσχεραίνει την αποδέσμευση από προτραυματικές νοητικές κατασκευές (που δεν είναι πλέον λειτουργικές) και την αναπροσαρμογή στόχων και ρόλων σύμφωνα με τις νέες συνθήκες (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Soo & Sherman, 2015).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σε συμφωνία και με ευρήματα προηγούμενων ερευνών, επιβεβαίωσαν την υπόθεση μας ότι υψηλότερα επίπεδα αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες (Brandão, et al., 2016; Carver et al., 1993; Brewin et al., 2000; Hampton & Frombach, 2000; Widows, Jacobsen & Fields, 2000). Μια πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν ενεργητικά τα προβλήματα τους, έχουν λιγότερες πιθανότητες να βρουν μια λύση και να απομακρύνουν την πηγή της ανησυχίας τους (Carver et al., 1993). Επομένως, η αίσθηση απειλής και αγωνίας παρατείνεται και παγιώνεται. Επιπλέον, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης ενδέχεται να δυσχεραίνουν την υιοθέτηση άλλων πιο λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). Σε γενικές γραμμές, οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να βοηθούν το άτομο να νιώσει καλύτερα βραχυπρόθεσμα, αλλά μακροπρόθεσμα συνήθως συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας (Holahan & Moos, 1987). Σύμφωνα με τις θεωρίες του μετατραυματικού στρες, η αποφυγή αποτελεί τροχοπέδη για την επιτυχή επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών, την εξοικείωση με τα αρνητικά συναισθήματα και την

άμβλυνση της αγωνίας που σχετίζεται με το τραύμα (Foa & Rothbaum, 1998; Keane & Barlow, 2002).

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη αναδύθηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης στην σχέση του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού με το μετατραυματικό στρες. Η παθητική σκέψη, σε γενικές γραμμές, φαίνεται να σχετίζεται με αποφευκτικές, μη προσαρμοστικές, στρατηγικές αντιμετώπισης (Burwell & Shirk, 2007; Fresco et al., 2002; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008; Soo, & Sherman, 2015). Μια πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός επικεντρώνεται στα προβλήματα και αποδυναμώνει το κίνητρο του ατόμου για δράση και ενεργητική αναζήτηση λύσεων (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999). Οι γυναίκες που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα μηρυκασμού αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, ενδέχεται να αποφεύγουν να βρουν λύση στα προβλήματα που σχετίζονται με την νόσο και αντί αυτού βιώνουν μια συνεχή ανησυχία (Michael et al., 2007).

Κοινωνικοί περιορισμοί: Σε συμφωνία με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που ανέφεραν περισσότερους κοινωνικούς περιορισμούς, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες. Η θετική σχέση ανάμεσα στους κοινωνικούς περιορισμούς και το στρες έχει υποστηριχθεί από αρκετές μελέτες (Adams, Winger, & Mosher, 2015; Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2005; Danoff-Burg et al., 2004; Lepore et al., 1996; Lepore & Helgeson, 1998; Manne et al., 2000; Manne et al., 2005; Schmidt & Andrykowski, 2004; Schnur et al., 2004; Widows et al., 2000; Zakowski et al., 2004). Οι κοινωνικο-γνωστικές θεωρίες έχουν προτείνει ότι το στρες που προκαλείται από την ασυμφωνία που προκύπτει ανάμεσα στις προ-τραυματικές πεποιθήσεις και τις μετατραυματικές εμπειρίες θα μπορούσε να περιοριστεί μέσα από τους μηχανισμούς της αφομοίωσης και της συμμόρφωσης (assimilation & accommodation mechanism)· το χάσμα θα μπορούσε να περιοριστεί μέσα από την απαρτίωση των τραυματικών πληροφοριών στις προϋπάρχουσες γνωστικές δομές, αλλά και την αναπροσαρμογή των βασικών προσωπικών πεποιθήσεων σύμφωνα με τις νέες εμπειρίες (Lepore, 2001). Ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον ενδέχεται να συμβάλει σημαντικά στην επιτυχή έκβαση των παραπάνω γνωστικών διεργασιών επιτρέποντας στις γυναίκες να εκφράσουν τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους και να αναπτύξουν ένα πιο θετικό και συνεκτικό

αφήγημα σχετικά με την ασθένεια. Αντιθέτως, οι κοινωνικοί περιορισμοί και η επικριτική στάση ενδέχεται να οδηγούν σε περισσότερο μετατραυματικό στρες, καθώς εμποδίζουν την επιτυχή γνωστική επεξεργασία των τραυματικών ερεθισμάτων, στερούν από το άτομο την ευκαιρία να «εκτεθούν» σε διαφορετικές απόψεις, να λάβουν νέες πληροφορίες και να αποκτήσουν μεγαλύτερη κατανόηση σχετικά με το τραύμα (Lepore, 2001). Το κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζει την γνωστική επεξεργασία των στρεσογόνων ερεθισμάτων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που επιλέγει ένα άτομο ώστε, υπό θετικές συνθήκες, να διευκολύνει την μετατραυματική προσαρμογή (Schaefer & Moos, 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004). Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να συμβάλει στην «χαρτογράφηση» των μονοπατιών που συνδέουν τους κοινωνικούς περιορισμούς με το μετατραυματικό στρες. Η βιβλιογραφία έχει προτείνει ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί έχουν δυσμενή επίδραση στις γνωστικές διεργασίες, ενισχύοντας τη δυσλειτουργική σκέψη και την αποφυγή (Manne, et al., 2005; Schmidt & Andrykowski, 2004; Schnur, Valdimarsdottir, Montgomery, Nevid, & Bovbjerg, 2004). Το άτομο που καλείται να διαχειριστεί ένα τραυματικό γεγονός μέσα σε ένα περιοριστικό και επικριτικό κοινωνικό περιβάλλον έχει λιγότερες ευκαιρίες να έρθει σε επαφή με νέες απόψεις και προοπτικές, να επανεξετάσει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τα πράγματα και να αποδεχτεί τα συναισθήματά του. Αντιθέτως, ένα άτομο που διατηρεί μια ανοιχτή συναλλαγή με το κοινωνικό του περιβάλλον και είναι σε θέση να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του συνήθως λαμβάνει περισσότερη υποστήριξη που με την σειρά της συμβάλλει στην αποτελεσματική γνωστική επεξεργασία του τραύματος (Lepore, 2001). Ωστόσο, με ποιο τρόπο και πόση υποστήριξη θα λάβει ένα άτομο εξαρτάται από έναν συνδυασμό ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών παραγόντων, όπως είναι οι ευκαιρίες που έχει το άτομο για επικοινωνία, η κοινωνική αποδοχή ή ο στιγματισμός του ατόμου εξαιτίας της ασθένειας, καθώς επίσης χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια, ή την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα αυτής (Henderson et al., 2002). Στη δική μας μελέτη φάνηκε ότι ένα σταθερό γνώρισμα προσωπικότητας, η αισιοδοξία επηρέαζε την εμφάνιση κοινωνικών περιορισμών. Άτομα με λιγότερο αισιόδοξη στάση απέναντι στα πράγματα, που βλέπουν τις δυσκολίες ως απειλή, ενδέχεται να μην γίνονται και τόσο αρεστά στο περιβάλλον τους, δυσκολεύονται στην επικοινωνία

τους με τους άλλους και μπορεί να βιώσουν περισσότερους κοινωνικούς περιορισμούς.

5.1.3. Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

Ο βαθμός στον οποίο τα άτομα προσαρμόζονται επιτυχώς ή όχι σε μια χρόνια ασθένεια μπορεί να αξιολογηθεί με ποικίλους δείκτες προσαρμογής, όπως είναι η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οργανικά συμπτώματα και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή, η οποία αποτέλεσε τον τρίτο δείκτη μετατραυματικής προσαρμογής που εξετάσαμε στην παρούσα μελέτη. Τα αποτελέσματα μας βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που έχουν δείξει ότι το 20-30% των ασθενών με διάγνωση διαφόρων τύπων καρκίνου και 38% των ασθενών με καρκίνο του μαστού αναφέρουν κάποια προβλήματα στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (Galica, 2008). Ο τομέας στον οποίο οι γυναίκες φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα προσαρμογής είναι η ψυχολογική δυσφορία (psychological distress), καθώς αναφέρουν αισθήματα ανησυχίας, θυμού, στρες, λύπης και ενοχής. Το αποτέλεσμα αυτό μας δείχνει, ότι ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ένα ποσοστό γυναικών με καρκίνο του μαστού συνεχίζει να ανησυχεί και να φοβάται για θέματα σχετικά με την ασθένεια, ενώ συναισθήματα λύπης και αυτουποτίμησης ενδέχεται να δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής τους. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες του δείγματος μας ανέφεραν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή στους τομείς κοινωνικό περιβάλλον και οικογενειακό περιβάλλον. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με προηγούμενα ευρήματα που υποστηρίζουν ότι η κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου είναι ο τομέας που επηρεάζεται λιγότερο μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Μόνο μια μειοψηφία γυναικών φαίνεται να αντιμετωπίζει προβλήματα με τις υποχρεώσεις του σπιτιού και τις κοινωνικές τους δράσεις. Αν και αμέσως μετά τη διάγνωση και κατά την περίοδο της θεραπείας οι συγκεκριμένοι τομείς επηρεάζονται αρνητικά, με την πάροδο του χρόνου τα προβλήματα προσαρμογής υποχωρούν (Andersen et al., 1989; Meyerowitz, 1980; Vinokur et al., 1989).

Κοινωνικό-δημογραφικοί και ιατρικοί παράγοντες: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση μας ότι η νεαρή ηλικία και το προχωρημένο

στάδιο της νόσου θα σχετίζονταν με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε επίπεδο συνολικής κλίμακας. Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας ανέφεραν περισσότερα αισθήματα ανησυχίας, θυμού, στρες, λύπης και ενοχής. Προηγούμενες έρευνες έχουν προτείνει ότι η νεαρή ηλικία συσχετίζεται με φτωχότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Arndt et al., 2004; Cordova et al., 1995; Costanzo, Ryff & Singer, 2009; Kantor & Houldin, 1999; Mor et al., 1994; Siegel, Gluhoski, & Gorey, 1999; Vinokur et al., 1990; Wenzel et al., 1999), υποστηρίζοντας ότι οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας καλούνται να αντιμετωπίσουν προβλήματα που δεν απασχολούν τόσο έντονα γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, όπως η ύπαρξη ανήλικων παιδιών και ο φόβος του θανάτου, απώλεια γονιμότητας, προβλήματα σχετικά με την εικόνα του σώματος και ανασφάλεια σχετικά με την επανεμφάνιση της ασθένειας (Avis, Crawford, & Manuel, 2004; Mor et al., 1994). Οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας μπορεί να αναφέρουν καλύτερη οργανική κατάσταση και λειτουργικότητα, ωστόσο οι μεγαλύτερες γυναίκες φαίνεται να τα πηγαίνουν καλύτερα σε συναισθηματικό επίπεδο (Ganz et al., 1998). Επιπλέον, η νεαρή ηλικία ενδέχεται να επηρεάσει τομείς όπως οι εργασιακές, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις κατά την φάση της διάγνωσης, ωστόσο τα προβλήματα ίσως υποχωρούν και η προσαρμογή αποκαθίσταται σημαντικά μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Compas et al, 1999).

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που ήταν σε σχέση ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής αναφορικά με τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες σε κατάσταση χηρείας. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι γυναίκες σε σχέση είναι πιθανόν να μην αισθάνονται αρκετά επαρκείς σχετικά με την σεξουαλική τους λειτουργικότητα (είτε λόγω οργανικών προβλημάτων, είτε λόγω συναισθηματικών δυσκολιών). Επιπλέον να σημειώσουμε ότι ενδέχεται να μην είναι η οικογενειακή κατάσταση αυτή καθεαυτή που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την προσαρμογή, αλλά η ικανοποίηση από τις οικογενειακές και συντροφικές σχέσεις. Ενώ έχει βρεθεί ότι τα άτομα που έχουν οικογένεια φαίνεται να έχουν καλύτερη προσαρμογή (Bennett, 1993; Zeldow & Pavlou, 1984), ενδέχεται προβληματικές οικογενειακές σχέσεις να αποτελέσουν πηγή στρες (Manne & Zautra, 1989).

Σε αντίθεση με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, το στάδιο της ασθένειας δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια σε επίπεδο συνολικής κλίμακας. Ωστόσο, οι γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού σε πιο προχωρημένο στάδιο ανέφεραν ελαφρώς φτωχότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή κυρίως σε θέματα που αφορούσαν την ικανότητα τους να αντεπεξέλθουν σε θέματα οικογένειας, την ύπαρξη προβλημάτων επικοινωνίας στο σπίτι, καθώς επίσης οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας της ασθένειας. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι το πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου συνοδεύεται και από περισσότερα οργανικά συμπτώματα και εξασθένηση της σωματικής λειτουργίας, που με την σειρά τους ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις οικογενειακές υποχρεώσεις. Καλό είναι να αναφέρουμε ωστόσο, ότι οι περισσότερες έρευνες που μελετούν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή περιλαμβάνουν γυναίκες που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου (ενώ τα προχωρημένα στάδια δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς) και αυτό πιθανότατα δυσχεραίνει τη διερεύνηση του ρόλου του σταδίου της νόσου στη μακροπρόθεσμη προσαρμογή στην ασθένεια (Stanton et al., 1999).

Γνωρίσματα προσωπικότητας: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν τις ερευνητικές μας υποθέσεις ότι η αισιοδοξία θα σχετιζόταν σημαντικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια και ένα μέρος αυτής της σχέσης θα διαμεσολαβείται από τους κοινωνικούς περιορισμούς και τη γνωστική επεξεργασία. Τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών υποστηρίζουν την σημασία της αισιόδοξης στάσης ζωής για την επιτυχή προσαρμογή στην ασθένεια (Carver et al., 1993; Carver et al., 1994; Chang, 1998; Glinder & Compas, 1999; Epping-Jordan et al., 1999; Matthews, 2000; Montgomery et al., 2003; Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988; Taylor et al., 1992). Μια πιθανή ερμηνεία για τα αποτελέσματα μας είναι ότι τα αισιόδοξα άτομα ενδέχεται να έχουν την ικανότητα να διακρίνουν εγκαίρως με επιτυχία ποια προβλήματα μπορούν να λυθούν και ποια όχι και να οργανώνουν τη δράση τους ανάλογα (Aspinwall et al., 2001). Με άλλα λόγια, η αισιόδοξη ή μη στάση επηρεάζει τον τρόπο που ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια κατάσταση σε πρώτη φάση (π.χ. ως ελεγχόμενη ή μη) και καθορίζει σε ένα βαθμό τον τρόπο που θα αλληλεπιδράσει με το περιβάλλον του, πώς θα επεξεργαστεί γνωστικά τα θέματα που τον απασχολούν και ποιες ενέργειες θα ακολουθήσει για την αντιμετώπιση του

προβλήματος. Τα άτομα με χαμηλή αισιοδοξία πιθανότατα εστιάζουν σε πτυχές της ασθένειας που δεν βρίσκονται στον άμεσο έλεγχο τους και εμπλέκονται σε επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις και αισθήματα ματαίωσης που επιβαρύνουν περαιτέρω την αρνητική εικόνα που διατηρούν για την κατάσταση. Επιπλέον, μια αισιόδοξη ή μη στάση απέναντι σε ένα τραυματικό γεγονός, δεν επηρεάζει μόνο τις ενδοατομικές διεργασίες, αλλά επηρεάζει σε ένα βαθμό και τον τρόπο που κάποιος σχετίζεται με το περιβάλλον του. Σε γενικές γραμμές, τα χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας φαίνεται να σχετίζονται με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη (Nolen-Hoeksema et al., 1994).

Οι γυναίκες του δείγματος μας που ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο ανοιχτότητας στην εμπειρία, ανέφεραν καλύτερη προσαρμογή στο κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή στη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, το ενδιαφέρον και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες και χόμπι καθώς επίσης τις κοινωνικές επαφές με φίλους, αλλά και στο εργασιακό περιβάλλον. Αν και δεν μπορούμε να στηριχτούμε σε προηγούμενη βιβλιογραφία καθώς, η ανοιχτότητα δεν έχει μελετηθεί ξανά σε σχέση με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, ωστόσο μπορούμε να πούμε ότι το εύρημα αυτό φαίνεται ερμηνεύσιμο. Όπως έχουμε περιγράψει και παραπάνω, η έννοια της ανοιχτότητας καλύπτει έξι διαφορετικές πτυχές της έννοιας: α) φαντασία, β) αισθητική, γ) συναισθήματα, δ) δράσεις, ε) ιδέες και στ) αξίες (Costa & McCrea, 1985). Μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού που διαθέτει τις παραπάνω ποιότητες, αναμένεται ότι α) θα στραφεί στο κοινωνικό της περιβάλλον προς αναζήτηση νέων ευχάριστων εμπειριών που θα την βοηθήσουν να βελτιώσει τη διάθεση της, β) θα είναι πιο αρεστή από το κοινωνικό της περιβάλλον και θα δέχεται περισσότερες προτάσεις για συμμετοχή σε δραστηριότητες και γ) θα μπορεί να βρει εναλλακτικές μορφές διασκέδασης, ακόμα και αν κάποιες παλαιότερες δεν είναι πλέον εφικτές. Επιπλέον, η ανοιχτότητα στην εμπειρία ενδέχεται να επηρεάζει θετικά την αναζήτηση και εύρεση εναλλακτικών λύσεων σε προβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν λόγω της ασθένειας στο εργασιακό τομέα και να αποτελεί ένα «οπλοστάσιο» για τις γυναίκες που καλούνται να αναθεωρήσουν τον εργασιακό τους ρόλο και αναπροσαρμόσουν τους εργασιακούς τους στόχους. Ωστόσο, χρειάζεται να αντιμετωπίσουμε με επιφυλακτικότητα το αποτέλεσμα αυτό εξαιτίας του χαμηλού δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας της ανοιχτότητας.

Γνωστική επεξεργασία και στρατηγικές αντιμετώπισης: Στη παρούσα μελέτη, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υιοθετούσαν μια μη εποικοδομητική, παθητική μορφή σκέψης ήταν σε μεγαλύτερο ρίσκο για την εμφάνιση προβλημάτων ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Όπως έχουμε προαναφέρει, ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός αποτελεί μια μορφή σκέψης που εστιάζει σε αρνητικές καταστάσεις και αναζητά μέσα από επαναλαμβανόμενα ερωτήματα να αποδώσει ευθύνες για ό,τι συνέβη. Οι γυναίκες που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα μηρυκαστικής σκέψης, ενδέχεται να βιώνουν τα αρνητικά τους συναισθήματα με έναν πιεστικό και αναπόδραστο τρόπο (McFarland & Buhler, 1998; Trapnell & Campbell, 1999). Η βιβλιογραφία προτείνει ότι αυτή η μορφή γνωστικής επεξεργασίας σχετίζεται σταθερά με υψηλότερα επίπεδα στρες, χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας και περισσότερα σωματικά προβλήματα (Segerstrom et al., 2003). Τα άτομα που καταφεύγουν σε ένα άγονο αναμύσημα στρεσογόνων εμπειριών και αναμνήσεων, φαίνεται ότι έχουν την τάση να ερμηνεύουν τις καταστάσεις αρνητικά και να βλέπουν ακόμα και θετικές καταστάσεις μέσα από αρνητικά «φίλτρα» (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema et al., 1993). Επιπλέον, αντιλαμβάνονται τις αρνητικές καταστάσεις ως περισσότερο σταθερές και διαρκείς από αυτό που είναι στην πραγματικότητα, γεγονός που συνδέεται με πιο αρνητικά συναισθήματα (Just & Alloy, 1997; Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998; Nolen-Hoeksema, 1991; 2000). Τον επιβαρυντικό ρόλο της παθητικής γνωστικής επεξεργασίας στην μετατραυματική προσαρμογή έχουν προτείνει και οι Morrow & Nolen-Hoeksema (1990). Ο αρνητικός γνωστικός μηρυκασμός φαίνεται να εμποδίζει την επίλυση προβλημάτων που προκαλούνται από το τραύμα, προβλημάτων που όσο μένουν άλυτα αποτελούν πηγή αρνητικών συναισθημάτων και δυσχεραίνουν την μετατραυματική ανάκαμψη και προσαρμογή.

Αντίθετα με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, στην παρούσα μελέτη δεν βρήκαμε στατιστικά σημαντική σχέση των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Το αποτέλεσμα αυτό δεν συνάδει με προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα που έχουν προτείνει ότι οι αποφευκτικές στρατηγικές επιβαρύνουν την προσαρμογή (Felton & Revenson 1984; Hack & Degner 2004; Lutgendorf et al. 2002; McCaul et al., 1999; Roesch et al., 2005; Smith & Wallston, 1992; Stanton & Snider 1993). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι

αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης ενδέχεται να επηρεάζουν περισσότερο επιμέρους τομείς της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και η επίδραση αυτή να μην φαίνεται σε επίπεδο συνολικής κλίμακας. Επίσης, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, ότι η υιοθέτηση αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης επηρεάζει αρνητικά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή μέσω της ενίσχυσης μη εποικοδομητικών μορφών σκέψης και την περαιτέρω επιβάρυνση των διαπροσωπικών σχέσεων.

Κοινωνικοί Περιορισμοί: Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν τις ερευνητικές μας υποθέσεις ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί αποτελούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για φτωχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, τόσο άμεσα, όσο και μέσω της μη εποικοδομητικής γνωστικής επεξεργασίας. Η σχετική βιβλιογραφία υποστηρίζει την άποψη ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων προσαρμογής σε ένα τραυματικό γεγονός (Cordova et al., 2001; Eton, Lepore, 1997; Lepore, 2001; Lepore, & Helgeson, 2001; Lepore & Helgeson, 1998; Lepore & Ituarte, 1999; Manne et al., 2005; Schmidt & Andrykowski, 2004; Widows et al., 2000; Zakowski et al., 2004). Η παρεμπόδιση της έκφρασης δυσάρεστων συναισθημάτων και σκέψεων σχετικά με ένα τραυματικό γεγονός έχει σχετισθεί με αυξημένα επίπεδα παθητικής σκέψης, στρες και διαταραχές της διάθεσης (Larson & Chastain, 1990; Pennebaker & O' Herron, 1984; Roemer & Borkovec, 1994), με αυξημένη σωματική εγρήγορση (Gross & Levenson, 1993), καθώς επίσης περισσότερα οργανικά συμπτώματα (Pennebaker & O' Herron, 1984).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προσφέρουν στήριξη στο κοινωνικο-γνωστικό μοντέλο επεξεργασίας (Lepore et al., 1996), σύμφωνα με το οποίο οι κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονται με μη εποικοδομητική σκέψη και αποφευκτική συμπεριφορά, δυσχεραίνοντας σημαντικά την προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια. Ο καρκίνος προκαλεί αυξημένες ανάγκες, ψυχικές και οργανικές και η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος φαίνεται να βοηθάει το άτομο να επεξεργασθεί πιο αποτελεσματικά αρνητικά και επιβαρυντικά στοιχεία που άπτονται της ασθένειας και των συνεπειών της. Όταν ένα άτομο βιώνει κοινωνικούς περιορισμούς από τα μέλη του περιβάλλοντός του, λαμβάνει το μήνυμα ότι αυτά δεν επιθυμούν να μοιραστούν προβλήματα του και ανησυχίες του που αφορούν την ασθένεια (Manne, 1999). Το άτομο αυτό ενδέχεται να νιώσει αβοήθητο, αποξενωμένο

και παρεξηγημένο σχετικά με τις ανάγκες του, τα συναισθήματά του και τις προθέσεις του. Ο Lepore (2001) έχει τονίσει την σχέση των κοινωνικών περιορισμών με την γνωστική επεξεργασία του τραύματος και την επίδραση αυτής της σχέσης στην προσαρμογή. Συγκεκριμένα, έχει προτείνει ότι όταν το άμεσο περιβάλλον επιτρέπει σε έναν ογκολογικό ασθενή να μιλήσει και να μοιραστεί σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με τον καρκίνο, τότε είναι πιο πιθανό να διευκολυνθεί η εξοικείωση του ασθενή με τα θέματα της ασθένειας. Επιπλέον, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον είναι πιο πιθανόν να προσφέρει στο άτομο χρήσιμες πληροφορίες και ιδέες που θα το βοηθήσουν να εμπλουτίσει τους γνωστικούς πόρους που διαθέτει ώστε να δει τα θέματα που αφορούν τον καρκίνο από μια άλλη προοπτική. Συζητώντας προβλήματα, ανησυχίες και ματαιώσεις που αφορούν στον καρκίνο και τις συνέπειες του, μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού μπορεί να «ακούσει» τον εαυτό της καλύτερα και να σκεφτεί άλλες παραμέτρους που μέχρι τότε δεν είχε φωτίσει επαρκώς. Επιπλέον, ενδέχεται να πάρει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το πώς αντιμετώπισε κάποιος άλλος δύσκολες στιγμές στη ζωή του και ποιοι προσωπικοί και κοινωνικοί πόροι αποδείχτηκαν αποτελεσματικοί για εκείνον. Τέλος, ο διάλογος ενδέχεται να βοηθήσει τη γυναίκα να διαμορφώσει σταδιακά το προσωπικό της αφήγημα σχετικά με την ασθένεια και τη θέση που καταλαμβάνει αυτή η εμπειρία στη ζωή της. Αντιθέτως, η παρουσία κοινωνικών περιορισμών θέτει εμπόδια στους παραπάνω μηχανισμούς δυσχεραίνοντας την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Τα άτομα που επιθυμούν να μιλήσουν για την εμπειρία του καρκίνου και δεν βρίσκουν ανταπόκριση, ή αντιμετωπίζουν μια επικριτική στάση και αναγκάζονται ή να σιωπήσουν να αυτολογοκριθούν, είναι πολύ πιθανόν να αποφύγουν, όχι μόνο να μιλήσουν για την ασθένεια, αλλά και να σκεφτούν διεξοδικά και εποικοδομητικά όσα τους απασχολούν, εμποδίζοντας περαιτέρω την υιοθέτηση μιας θετικής και ενεργητικής μορφής σκέψης, η οποία είναι κρίσιμη για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού.

5.1.4. Σχέση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με το Μετατραυματικό Στρες και την Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή στην Ασθένεια

Σχέση μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες: Ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα θέματα στη βιβλιογραφία της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η σχέση της με το μετατραυματικό στρες, ένα ζήτημα που άπτεται της προσαρμοστικής

αξίας της μετατραυματικής ανάπτυξης (Zoellner & Maercker, 2006). Η βιβλιογραφία έχει προτείνει ότι οι δύο αυτές έννοιες ενδέχεται α) να μην σχετίζονται μεταξύ τους (Cordova et al., 2007), β) να σχετίζονται μεταξύ τους με θετικό πρόσημο (Wu, Xu, & Sui, 2016), γ) να σχετίζονται μεταξύ τους με αρνητικό πρόσημο (Yi & Kim, 2014), ή δ) να συνδέονται με καμπυλόγραμμη σχέση (Tsai, El-Gabalawy, Sledge, Southwick, & Pietrzak, 2015). Προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα πρότειναν ότι οι δύο αυτές έννοιες, αν και φαίνεται να μοιράζονται κάποιους επιμέρους κοινούς προβλεπτικούς παράγοντες, ακολουθούν διαφορετικές διαδρομές (Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008). Στην παρούσα μελέτη, στηριζόμενοι σε προηγούμενες ερευνητικές προσπάθειες (Lancaster, et al., 2015; Triplett, et al., 2012), επιχειρήσαμε να εξετάσουμε ένα συνθετικό μοντέλο που περιελάμβανε ως εξωγενείς παράγοντες τις μεταβλητές που βρέθηκαν στις προηγούμενες αναλύσεις να σχετίζονται σημαντικά με την μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες και ως ενδογενείς τις δύο αυτές έννοιες. Τα αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με την άποψη ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες διαφοροποιούνται αρκετά αναφορικά με τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που σχετίζονται με την εμφάνιση τους (Chan et al., 2011; Park et al., 2008). Η γνωστική αντανάκλαση, η θετική αναπλαισίωση και οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να διευκολύνουν άμεσα την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, ενώ η αισιοδοξία, οι κοινωνικοί περιορισμοί και οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης βρέθηκαν να σχετίζονται αποκλειστικά με το μετατραυματικό στρες. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη εντόπισε ένα σημείο τομής ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες: τον αρνητικό γνωστικό μηρυκασμό. Ο μηρυκασμός αρνητικών σκέψεων συνδέεται με χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας, ένα επικριτικό και περιοριστικό περιβάλλον και αποφευκτική συμπεριφορά, και μέσα σε αυτό το πλαίσιο, αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Από την άλλη, η αρνητική μηρυκαστική σκέψη κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες - όταν οι γυναίκες μπορούν να αναπλαισιώσουν τις εμπειρίες στους μέσα από μια πιο θετική ματιά και να ανακτήσουν τον έλεγχο, ή να ρυθμίσουν το συναίσθημά τους μέσω πνευματικών ενασχολήσεων – μπορεί ενδεχομένως να διευκολύνει τις γυναίκες να βιώσουν μετατραυματική ανάπτυξη. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν περισσότερη αρνητική μηρυκαστική σκέψη και παράλληλα βιώνουν υψηλά επίπεδα

μετατραυματικού στρες, είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν μετατραυματική ανάπτυξη. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι γυναίκες που βιώνουν υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες μπορεί να μην είναι σε θέση να υιοθετήσουν λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η θετική αναπλαισίωση και η πνευματικότητα· αντιθέτως, καταφεύγουν σε επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις και αποφευκτικές συμπεριφορές, τα οποία τροφοδοτούν περαιτέρω το στρες και απομακρύνουν τις γυναίκες από την εμπειρία μετατραυματικής ανάπτυξης.

Η παρούσα μελέτη παρέχει υποστήριξη στην ερευνητική εκείνη γραμμή που προτείνει την αρνητική σχέση ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες (Yi & Kim, 2014). Όπως αναφέραμε παραπάνω, τα υψηλά επίπεδα στρες ενδέχεται να εμποδίζουν τις διεργασίες εκείνες που σχετίζονται με την εμφάνιση της ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, το στρες μπορεί να εμποδίζει την υιοθέτηση επικοδομητικών μορφών σκέψης και λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης που ενισχύουν την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης· αντιθέτως, η μείωση του μετατραυματικού στρες ενδέχεται να διευκολύνει τη λειτουργία του μηχανισμού που σχετίζεται με αυτήν (Holtmaat, van der Spek, Cuijpers, Leemans, & Verdonck-de Leeuw, 2016; Wagner et al., 2016). Ωστόσο, λόγω της συγχρονικής φύσης της μελέτης μας, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε και την πιθανότητα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και το στρες. Με άλλα λόγια, ενδέχεται η παρουσία της μετατραυματικής ανάπτυξης να διευκολύνει την μείωση του μετατραυματικού στρες και την ενίσχυση του θετικού συναισθήματος (Wang, Chang, Chen, Chen, & Hsu, 2014; Willie et al., 2016). Διαχρονικές έρευνες είναι απαραίτητες για την συστηματική εξέταση των μηχανισμών της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες και της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα τους σε βάθος χρόνου.

Σχέση μετατραυματικής ανάπτυξης με ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια: Την τελευταία δεκαετία έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των μελετών που διερευνούν τον τρόπο που συνδέονται η μετατραυματική ανάπτυξη με το μετατραυματικό στρες. Από την άλλη πλευρά, η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (όπως αυτή αξιολογείται με το PAIS-SR) δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Συγκεκριμένα, εντοπίσαμε μια μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού συστήματος, η οποία απέτυχε να βρει κάποια στατιστικώς

σημαντική σχέση ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Gouzman et al., 2015). Στην παρούσα μελέτη, η μετατραυματική ανάπτυξη και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια φάνηκε να λειτουργούν ως δύο ανεξάρτητες έννοιες που ακολουθούν διαφορετικές οδούς, χωρίς να επηρεάζει η μία την άλλη, ή να επηρεάζονται από κάποια τρίτη μεταβλητή. Αν και η μετατραυματική ανάπτυξη έχει βρεθεί να προβλέπει χαμηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης (Carver & Antoni, 2004), ο ρόλος της για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί. Μια ενδεχόμενη ερμηνεία για τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσε να είναι ότι η μετατραυματική ανάπτυξη έχει θετική επίδραση στην γενική ευημερία του ατόμου, αλλά αυτή η επίδραση είναι κυρίως έμμεση (Calhoun et al., 2010; Triplett et al., 2012). Με άλλα λόγια, η μετατραυματική ανάπτυξη θα μπορούσε να βελτιώνει την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια μέσω της αύξησης των θετικών συναισθημάτων και της μείωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παράγοντες που ωστόσο δεν έχουν συμπεριληφθεί στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, στις στατιστικές αναλύσεις συμπεριλάβαμε μόνο τις συνολικές βαθμολογίες των δύο κλιμάκων και δεν εξετάσαμε τις σχέσεις που ενδέχεται να υπάρχουν ανάμεσα στους πέντε παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης και τους επτά τομείς της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

5.1.5. Συζήτηση για τις Ψυχομετρικές Ιδιότητες του Ερωτηματολογίου Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR)

Το ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (PAIS-SR) (Derogatis & Derogatis, 1990) κατασκευάστηκε τη δεκαετία του 90' για να καλύψει το κενό που υπήρχε στην μέτρηση της προσαρμογής στην ασθένεια ως μια πολυπαραγοντική έννοια. Με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έγινε μια προσπάθεια να αξιολογηθεί η προσαρμογή ατόμων, που αντιμετωπίζουν κάποια μορφή ασθένειας, σε διαφορετικούς ψυχοκοινωνικούς τομείς, στοχεύοντας με τον τρόπο αυτό στην καλύτερη δυνατή αποτύπωση της συνολικής, αλλά και ειδικότερης εικόνας. Αν και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στις αγγλοσαξονικές χώρες και έχει μεταφρασθεί σε αρκετές γλώσσες (Ισπανικά, Τουρκικά, Εβραϊκά, Νορβηγικά, Κινέζικα, κ.α.), το

συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει χρησιμοποιηθεί (επίσημα τουλάχιστον) σε Ελληνικό πληθυσμό. Η μετάφραση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε, αφού πρώτα επικοινωνήσαμε με τον κατασκευαστή και πήραμε επίσημη άδεια.

Η παραγοντική δομή της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου επιβεβαίωσε την παραγοντική δομή της πρωτότυπης κλίμακας, καθώς προέκυψαν επτά παράγοντες που ταίριαζαν σε μεγάλο βαθμό με τους πρωτότυπους παράγοντες της κλίμακας. Επίσης, οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, τόσο για την συνολική κλίμακα, όσο και για τους επτά επιμέρους παράγοντες ήταν από ικανοποιητικούς έως πολύ καλούς. Ο μόνος παράγοντας που εμφάνισε χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ήταν η *φροντίδα σε θέματα υγείας*, επιβεβαιώνοντας έτσι αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που αμφισβητούσαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της συγκεκριμένης υποκλίμακας. Τα αποτελέσματα σχετικά με τη διερεύνηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, μας υπέδειξαν ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, όπως μετριέται από το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο, σχετίζεται θετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής (όπως μετριέται από το SF-36) και αρνητικά με την έννοια του μετατραυματικού στρες (όπως αυτό μετριέται από το PCL-C), ενώ παρατηρούμε κάποιες διαφοροποιήσεις στις σχέσεις αυτές σε επίπεδο υποκλιμάκων. Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν την πολυπαραγοντικότητα της έννοιας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να φανεί πολύτιμο στον χώρο της ψυχοογκολογίας επιτελώντας διττό ρόλο: από την μια μπορεί να βοηθήσει στην συστηματική έρευνα της έννοιας της προσαρμογής σε διαφορετικές μορφές ασθένειας, μετρώντας ταυτόχρονα κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις· από την άλλη θα μπορούσε να λειτουργήσει ως διαγνωστικό εργαλείο για τον εντοπισμό των ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής συνολικά, αλλά και σε επιμέρους τομείς.

5.2. Περιορισμοί & Πλεονεκτήματα της Παρούσας Μελέτης

5.2.1. Περιορισμοί της Παρούσας Μελέτης

Και η παρούσα μελέτη, όπως κάθε μελέτη στις κοινωνικές επιστήμες, παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς, σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι οι παρακάτω: α) αρχικά, είναι απαραίτητο να υπενθυμίσουμε ότι η παρούσα μελέτη ακολούθησε συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό. Όπως είναι γνωστό, σε μια συγχρονική έρευνα, δεν είμαστε σε θέση να μιλήσουμε για αιτιώδεις σχέσεις και να προσδιορίσουμε την κατεύθυνση των συσχετισμών που εμφανίστηκαν. Για παράδειγμα, δεν μας επιτρέπεται να εξάγουμε το συμπέρασμα ότι οι μεταβλητές της αισιοδοξίας, του αρνητικού γνωστικού μηρυκασμού και των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης οδηγούν στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Με βάση τη βιβλιογραφία και τα θεωρητικά μοντέλα στα οποία στηριχτήκαμε, κατασκευάσαμε τα υποθετικά μοντέλα, τα οποία αξιολογήσαμε με τη βοήθεια των αναλύσεων διαδρομής (path analyses). Ωστόσο, πρέπει να αναφέρουμε ότι όλες οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν σε συγχρονικά δεδομένα και για τον λόγο αυτό μπορούμε να μιλάμε για συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές και όχι για προβλεπτικούς παράγοντες, β) η συλλογή των δεδομένων έγινε εξολοκλήρου με την χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Παρόλο που οι συμμετέχοντες έλαβαν τις ίδιες οδηγίες να απαντήσουν αυθόρμητα και με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο κάποιες απαντήσεις να μην είναι απολύτως ειλικρινείς και να αποκρύπτουν την πραγματική ψυχοκοινωνική κατάσταση των συμμετεχόντων. Ωστόσο, όπως ήδη αναφέραμε, οι συμμετέχοντες στην μελέτη έλαβαν τις ίδιες γραπτές οδηγίες και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια χωρίς την παρουσία ενός συνεντευκτή, που θα μπορούσε να επηρεάσει τις απαντήσεις. Επιπλέον, είχαν ενημερωθεί για την τήρηση του απορρήτου, ώστε να νιώθουν ασφαλείς να μας αποκαλύψουν προσωπικά δεδομένα. Αν και προσπαθήσαμε να το ελέγξουμε, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο σφάλματος κοινωνικής αποδοχής (social desirability bias) (το οποίο εντείνεται από την παρέμβαση εξωτερικών παραγόντων και όχι μόνο από την επιθυμία των συμμετεχόντων να γίνουν αρεστοί στον ερευνητή), ή το ενδεχόμενο σφάλματος αναφοράς (reporting bias), γ) οι γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη συμπλήρωναν το πακέτο ερωτηματολογίων στο σπίτι τους. Επομένως, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι τα συμπλήρωσαν μόνες τους και δεν

δέχτηκαν κάποια βοήθεια από συγγενικά τους πρόσωπα. Είχε δοθεί γραπτή και προφορική οδηγία να απαντηθούν οι ερωτήσεις από τις ίδιες τις γυναίκες με ειλικρίνεια και αυθορμητισμό, χωρίς την παρέμβαση/βοήθεια κάποιου άλλου. Μάλιστα, είχαμε τονίσει ότι δεν υπάρχει σωστό ή λάθος, καθώς επίσης ότι κανένας άλλος δεν μπορούσε να γνωρίζει καλύτερα από την ίδια τη γυναίκα πώς βίωνε την εμπειρία του καρκίνου του μαστού, δ) το δείγμα μας συνίστατο από γυναίκες που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη. Αν και το ποσοστό των γυναικών που αρνήθηκε να συμμετέχει στην παρούσα μελέτη ήταν μικρό (παραπλήσιο του ποσοστού που αναφέρουν οι περισσότερες μελέτες), ωστόσο δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι δεν πρόκειται για γυναίκες που αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα προσαρμογής και υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες. Προσπαθήσαμε να κατανοήσουμε τους λόγους μη συμμετοχής και μη επιστροφής του πακέτου ερωτηματολογίων παίρνοντας την πληροφορία αυτή από τις ίδιες τις γυναίκες (είτε κατά τη διάρκεια της αρχικής συνάντησης, είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας). Η πλειοψηφία των γυναικών απάντησε ότι δεν μπορούσε να συμμετέχει στην μελέτη διότι ο αριθμός των ερωτηματολογίων προς συμπλήρωση ήταν μεγάλος και δεν διέθεταν τον απαραίτητο χρόνο, ε) στο ίδιο πλαίσιο, χρειάζεται να αναφέρουμε ότι το δείγμα της παρούσας μελέτης συνίστατο από γυναίκες που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου Μαστού των Νοσοκομείων για τον τακτικό ιατρικό έλεγχο, σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Επομένως, αναφερόμαστε σε γυναίκες που ανεξάρτητα από το επίπεδο προσαρμογής, επιλέγουν να τηρήσουν το ιατρικό πρωτόκολλο που προτείνεται από το γιατρό τους. Είναι πιθανόν να υπάρχει μια ομάδα γυναικών που αποφεύγουν τον ιατρικό έλεγχο, οι οποίες δεν αντιπροσωπεύονταν στο δείγμα μας. Θα ήταν ενδιαφέρον να γνωρίζουμε το ψυχοκοινωνικό προφίλ των γυναικών που απέχουν από τον τακτικό ιατρικό έλεγχο για να κατανοήσουμε με ποιο τρόπο διαφοροποιούνται σε σχέση με τις γυναίκες που είναι συνεπείς ως προς τις ετήσιες εξετάσεις τους. Ωστόσο, φαίνεται να πρόκειται για μια απαιτητική διαδικασία, εφόσον είναι δύσκολο να βρούμε τις γυναίκες αυτές και να τις εμπλέξουμε σε μια σχετική έρευνα. Μια πρόταση είναι να υπάρχουν ερωτήσεις (στο ερωτηματολόγιο με τις κοινωνικό-δημογραφικές & ιατρικές πληροφορίες) αναφορικά με την συχνότητα πραγματοποίησης ιατρικού ελέγχου και τήρησης του ιατρικού πρωτοκόλλου και πιθανούς λόγους μη τήρησης του, ώστε να εντοπίσουμε τουλάχιστον την ομάδα εκείνη των γυναικών με καρκίνο του μαστού που

καθυστερούν να κάνουν τις εξετάσεις τους και να εξετάσουμε αν και με ποιο τρόπο διαφοροποιούνται από τις γυναίκες που δείχνουν συνέπεια, στ) το μέγεθος του δείγματος μπορεί να θεωρηθεί μέτριο. Ωστόσο, ακολουθήσαμε εμπειροτεχνικούς κανόνες (rules of thumbs) που προτείνει η βιβλιογραφία για να εξασφαλίσουμε ότι το δείγμα μας ήταν επαρκές για τις στατιστικές αναλύσεις που είχαμε την πρόθεση να εφαρμόσουμε. Η παρούσα μελέτη δεν διέφερε σημαντικά από το μέγεθος του δείγματος προηγούμενων ερευνών που εξέταζαν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης και την μετατραυματική προσαρμογή σε ασθενείς (π.χ. Boyers, 2000- 125 γυναίκες με καρκίνο του μαστού; Senol-Durak & Belgin Ayvasik, 2010- 148 άτομα με καρδιοπάθεια; Triplett et al., 2012- δύο μελέτες με 148 & 185 φοιτητές, αντίστοιχα; Manne et al., 2004- 162 γυναίκες με καρκίνο του μαστού; Ho, Chan, Yau, & Yeung, 2011- 90 γυναίκες με καρκίνο του μαστού; Gallagher-Ross, 2012-139 γυναίκες με καρκίνο του μαστού) και τέλος, ζ) κάποιες από τις κλίμακες που χρησιμοποιήσαμε δεν εμφάνισαν ικανοποιητικούς δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας. Συγκεκριμένα, η κλίμακα ανοιχτότητα στην εμπειρία και η υποκλίμακα της αυτομομφής εμφάνισαν χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας. Στην συζήτηση των ευρημάτων αναφέραμε τις επιφυλάξεις μας κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

5.2.2. Πλεονεκτήματα της Παρούσας Μελέτης

Παρά τους περιορισμούς που προαναφέραμε, η παρούσα μελέτη παρουσιάζει μια σειρά από πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα, α) το δείγμα των γυναικών με καρκίνο του μαστού προήλθε από το κέντρο μαστού δύο διαφορετικών δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής. Ο Άγιος Σάββας είναι ένα Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο που καλύπτει ένα μεγάλο μέρος από τις ανάγκες των ογκολογικών ασθενών της Ελλάδας. Στην κλινική μαστού του Νοσοκομείου γίνεται διάγνωση, χειρουργείο, χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες. Ένα μέρος του δείγματος μας προήλθε από τα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ελενα Βενιζέλου» που επίσης θεωρείται από τα κέντρα μαστού με σημαντική επισκεψιμότητα. Με τον τρόπο αυτό ήμασταν πιο κοντά στην εξασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος μας. Τα δύο νοσοκομεία επισκέπτονται γυναίκες με καρκίνο του μαστού από την Αττική και από την επαρχία με ποικίλα κοινωνικά και ιατρικά χαρακτηριστικά,

γεγονός που επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα μας, β) η συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης έγινε με την χρήση αξιόπιστων και έγκυρων ερωτηματολογίων που έχουν χρησιμοποιηθεί και στο παρελθόν σε έρευνες στον χώρο της ψυχοογκολογίας. Επιπλέον, ακολουθήσαμε το επίσημο πρωτόκολλο για την μετάφραση και στάθμιση των ερωτηματολογίων που δεν υπήρχαν στην ελληνική γλώσσα. Η παρούσα μελέτη έδωσε επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες των ήδη μεταφρασμένων ερωτηματολογίων και εμπλούτισε την Ελληνική βιβλιογραφία με νέες κλίμακες που δεν υπήρχαν στην ελληνική γλώσσα, γ) η μελέτη μας μέτρησε την γνωστική επεξεργασία με ένα γενικό ερωτηματολόγιο (ως ένα σταθερό γνώρισμα) και με ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που εστίαζε στην εμπειρία του καρκίνου του μαστού. Αυτό μας έδωσε τη δυνατότητα να εξετάσουμε το διαφοροποιημένο ρόλο που ενδέχεται να παίζει ένα γενικό στυλ γνωστικής επεξεργασίας σε σχέση με συγκεκριμένες διεργασίες που αφορούν αποκλειστικά τον καρκίνο, δ) η παρούσα έρευνα εφάρμοσε πολυπαραγοντικές στατιστικές αναλύσεις, όπως είναι οι αναλύσεις διαδρομής (path analyses) του λογισμικού προγράμματος AMOS, για να ελέγξουμε και να επιβεβαιώσουμε τα υποθετικά μας μοντέλα αναφορικά με τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στις μεταβλητές· αλλά και αναλύσεις με το λογισμικό PROCESS, για την εύρεση πιθανών ρυθμιστών στις σχέσεις δύο μεταβλητών, ε) ένα πρόσθετο πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι διερευνήσαμε στο ίδιο δείγμα την σχέση ανάμεσα σε τρεις διαφορετικούς δείκτες προσαρμογής: την μετατραυματική ανάπτυξη, ως δείκτη θετικής προσαρμογής, το μετατραυματικό στρες, και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια. Συγκεκριμένα, εξετάσαμε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κάθε μία από τις παραπάνω μεταβλητές, διερευνώντας τη διαδρομή που φαίνεται να ακολουθούν το μετατραυματικό στρες, η ανάπτυξη και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή και κατά πόσο αυτές οι διαδρομές ομοιάζουν ή διαφέρουν. Τέλος, διερευνήσαμε αν η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ρυθμιζόταν από έναν τρίτο παράγοντα, όπως ήταν η γνωστική επεξεργασία. Με τους παραπάνω τρόπους θέλαμε να φωτίσουμε τον σύνθετο τρόπο με το οποίο φαίνεται να σχετίζεται η μετατραυματική ανάπτυξη με άλλους δείκτες προσαρμογής· στ) μεταφράσαμε και προσαρμόσαμε στην ελληνική γλώσσα ένα ερωτηματολόγιο ψυχοκοινωνικής

προσαρμογής στην ασθένεια, το οποίο δεν είχε έως τώρα χρησιμοποιηθεί επίσημα σε ελληνικό πληθυσμό.

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων λάβαμε υπόψη μας τόσο τους περιορισμούς που προαναφέραμε, όσο και τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η παρούσα μελέτη. Οι περιορισμοί δεν κρίθηκαν ικανοί να εμποδίσουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο γενικότερο πληθυσμό των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Τέλος, οι περιορισμοί και τα πλεονεκτήματα αποτέλεσαν την αφετηρία για τη διατύπωση προτάσεων για μελλοντικές ερευνητικές δραστηριότητες.

5.3. Προτάσεις για Μελλοντικές Ερευνητικές Δραστηριότητες

Μια σημαντική λειτουργία κάθε έρευνας είναι, πέρα από τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων και την αξιοποίηση των ευρημάτων, να ανοίξει νέους δρόμους για μελλοντικές έρευνες.

1) Κρίνεται σημαντικό να σχεδιασθούν και να εκπονηθούν *διαχρονικές μελέτες*, οι οποίες θα εξετάζουν τους μηχανισμούς εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης του μετατραυματικού στρες και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και φάσεις της ασθένειας. Μέρος των αντικρουόμενων ερευνητικών ευρημάτων ενδέχεται να οφείλεται στην διαφορετική χρονική φάση της εμπειρίας του καρκίνου κατά την οποία συγκεντρώνει τα δεδομένα του κάθε ερευνητής. Θα ήταν χρήσιμο να εξετάσουμε τα μονοπάτια από τα οποία προκύπτουν η μετατραυματική ανάπτυξη, το μετατραυματικό στρες και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή, σε βάθος χρόνου και να διερευνήσουμε την σχέση διαφορετικών δεικτών προσαρμογής σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Επιπλέον, οι διαχρονικές έρευνες θα μας επιτρέψουν να εξετάσουμε την σταθερότητα του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης μέσα στον χρόνο.

2) Για την καλύτερη δυνατή κατανόηση του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης μελλοντικές έρευνες θα ήταν καλό να εξετάσουν την σχέση της *με θετικές πτυχές της μετατραυματικής προσαρμογής* και όχι μόνο την απουσία αρνητικών συμπτωμάτων. Θα ήταν ενδιαφέρον να εξετασθεί αν σχετίζεται περισσότερο με την

παρουσία θετικών παραμέτρων της ποιότητας ζωής, όπως είναι η παρουσία θετικού συναισθήματος και η υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, όπως είναι αυξημένη κοινωνική δράση (π.χ. εθελοντική προσφορά σε οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον χώρο της ψυχοογκολογίας).

3) Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να συνδυάζουν ποσοτικό και ποιοτικό ερευνητικό σχεδιασμό. Μέσα από τις συνεντεύξεις μπορεί να δοθεί η ευκαιρία στους ερευνητές να διευρύνουν την κατανόηση της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης και της σχέσης της με άλλους δείκτες προσαρμογής.

4) Σε συνεχή διάλογο με την κλινική εμπειρία, ερευνητές θα μπορούσαν να σχεδιάσουν μελέτες παρέμβασης, ώστε να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που βασίζονται στις αρχές της θετικής ψυχολογίας και στοχεύουν στην ενίσχυση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Οι έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων συνήθως περιορίζονται στην πρώτη φάση της εμπειρίας του καρκίνου, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η περίοδος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, ενώ υπάρχουν στοιχεία ότι οι παρεμβάσεις κατά την περίοδο πριν και κατά τη θεραπεία έχουν μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις (Stanton, 2006).

5) Αναφορικά με τον σχεδιασμό μελλοντικών μελετών που εξετάζουν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης, ενδιαφέρον θα ήταν να συμπεριλαμβάνονται και ομάδες ελέγχου με γυναίκες χωρίς διαγνωσμένη ασθένεια, ώστε να εξετάζεται κατά πόσο οι αναφορές ανάπτυξης οφείλονται όντως στην εμπειρία του καρκίνου και όχι στον χρόνο και την εξελικτική πορεία του ατόμου. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν σε μελλοντικές έρευνες όχι μόνο γυναίκες με καρκίνο του μαστού, αλλά και οι σύντροφοί τους. Με τον τρόπο αυτό ο ερευνητής μπορεί να εξετάσει αν οι αυτοαναφορές μετατραυματικής ανάπτυξης από τις γυναίκες γίνονται αντιληπτές και αναγνωρίζονται ως τέτοιες και από τους συντρόφους τους.

6) Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν τον ρόλο της μετατραυματικής ανάπτυξης και σε άλλους πληθυσμούς με χρόνιες ασθένειες. Για παράδειγμα, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί η συχνότητα του φαινομένου σε ασθενείς με HIV και σκλήρυνση κατά πλάκας και να περιγραφούν οι ιδιαίτεροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που ενδέχεται να διευκολύνουν ή να εμποδίζουν την εμφάνισή του, αλλά

και ποιο ρόλο παίζει η μετατραυματική ανάπτυξη στη γενικότερη προσαρμογή των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με τις προαναφερθείσες ασθένειες.

7) Μια ψυχοκοινωνική παράμετρος που βρέθηκε να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην μετατραυματική προσαρμογή γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι η γνωστική επεξεργασία. Είναι αναγκαίο να διερευνηθούν και διαφορετικές παράμετροι της γνωστικής επεξεργασίας, όπως είναι η γνωστική ευελιξία και η επίδραση τους στην μετατραυματική ανάπτυξη και προσαρμογή. Τέλος, η αξιολόγηση του τρόπου σκέψης ατόμων που ανήκουν στο περιβάλλον των γυναικών με καρκίνο του μαστού (co-ruminations) θα μπορούσε να φωτίσει περαιτέρω την αλληλεπίδραση των γνωστικών και κοινωνικών παραμέτρων και τον ρόλο τους στην μετατραυματική προσαρμογή. Ο αξιόπιστος και έγκυρος τρόπος μέτρησης διαφορετικών μορφών της γνωστικής επεξεργασίας αποτελεί ένα καίριο μεθοδολογικό ζήτημα.

8) Ο χρόνος αποτελεί μια παράμετρο που έχει τεθεί προς εξέταση από τις περισσότερες μελέτες, αλλά με έναν πολύ περιορισμένο τρόπο: τη διερεύνηση του ρόλου που διαδραματίζει ο χρόνος που έχει παρέλθει από τη διάγνωση και τη θεραπεία στην μετατραυματική προσαρμογή ασθενών με καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, μια από τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις που ενδέχεται να κλονισθεί σοβαρά από την εμπειρία της ασθένειας είναι το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τον χρόνο και μάλιστα την έννοια του μέλλοντος. Προβλήματα που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη του χρόνου ενδέχεται να επηρεάζουν τη διαδικασία αναθεώρησης και αναπροσαρμογής των στόχων, το κίνητρο επίτευξης αυτών, κ.α.

9) Ένα καίριο ζήτημα αναφορικά με την προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού αποτελεί ο στιγματισμός που ενδέχεται να βιώσουν οι γυναίκες εξαιτίας της ασθένειας. Η συστηματική διερεύνηση του θέματος θα μας βοηθούσε να κατανοήσουμε καλύτερα τον ρόλο που παίζουν τα στερεότυπα που διατηρούν οι ίδιες οι γυναίκες για τον καρκίνο και τα στερεότυπα που διατηρεί το περιβάλλον τους και πώς αυτά ενδέχεται να επηρεάζουν την στιγματοποίηση των γυναικών, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στρες και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (π.χ. στις εργασιακές και κοινωνικές σχέσεις).

10) Στο μέλλον θα ήταν χρήσιμο να εξεταστεί η διαπολιτισμική διάσταση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να διερευνήσουν αν οι

αναφορές μετατραυματικής ανάπτυξης εμφανίζονται σε διαφορετικά πολιτιστικά περιβάλλοντα και αν παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις που χρειάζεται να καταγραφούν και να εξετασθούν.

11) Τέλος, οι έννοιες της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής θα έπρεπε να διερευνηθούν όχι μόνο σε επίπεδο συνολικής κλίμακας, αλλά και στους επιμέρους τομείς. Ενδέχεται, για παράδειγμα, οι υποπαράγοντες της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής να επηρεάζονται από διαφορετικές ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και παράλληλα να διαφοροποιούνται στον τρόπο που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη, σε επίπεδο συνολικής κλίμακας και υποκλιμάκων.

5.4. Προτάσεις για την Εφαρμογή των Αποτελεσμάτων της Παρούσας Έρευνας από Ειδικούς Ψυχικής Υγείας

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν αφετηρία για την διατύπωση προτάσεων για την κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας και τον σχεδιασμό ψυχο-εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων.

Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι μια ομάδα γυναικών με καρκίνο του μαστού βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες και προβλημάτων ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Επομένως, κρίνεται αναγκαίο να εντοπισθούν εγκαίρως οι γυναίκες που διαθέτουν λιγότερους ψυχοκοινωνικούς πόρους και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τη βίωση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και προβλημάτων προσαρμογής. Θα μπορούσε να αναπτυχθεί ένα πρωτόκολλο για την εξέταση και έγκαιρη διάγνωση των γυναικών που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν αρνητικά συμπτώματα μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή. Η ψυχολογική αξιολόγηση των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι καλό να γίνεται εγκαίρως (αμέσως μετά τη διάγνωση και πριν τη θεραπεία) με την χρήση ενός πακέτου έγκυρων και αξιόπιστων ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων. Με τον τρόπο αυτό επιτρέπεται η δημιουργία ενός ψυχολογικού προφίλ για κάθε γυναίκα, το οποίο θα παρουσιάζει τους διαθέσιμους ψυχοκοινωνικούς πόρους και θα εντοπίζει τους παράγοντες κινδύνου. Η αξιολόγηση των επιπέδων στρες και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής χρειάζεται να επαναλαμβάνεται σε καθορισμένα

χρονικά διαστήματα, κυρίως για τις γυναίκες που φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Μετά τη διαδικασία της αρχικής αξιολόγησης, οι ειδικοί θα είναι σε θέση να διακρίνουν ποιες γυναίκες εμφανίζουν κάποια ψυχική διαταραχή (π.χ. μετατραυματική διαταραχή στρες) και χρήζουν ειδικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης και αντιμετώπισης. Μια δεύτερη ομάδα γυναικών αναμένεται να βρίσκεται σε κίνδυνο για την εμφάνιση ψυχολογικής δυσφορίας και προβλημάτων προσαρμογής και θα χρειασθεί να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα συμβουλευτικής/ψυχο-εκπαίδευσης. Τέλος, κάποιες γυναίκες θα διαθέτουν περισσότερους ψυχοκοινωνικούς πόρους και θα χρειασθούν λιγότερο συστηματική παρέμβαση και περισσότερο κάποια υποστήριξη στις περιόδους μετάβασης.

Ήδη εφαρμόζονται ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο στοχεύοντας στην καλύτερη δυνατή προσαρμογή του ατόμου στην εμπειρία του καρκίνου. Οι παρεμβάσεις αυτές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων και πολλές από αυτές συνδυάζουν διαφορετικές τεχνικές. Για παράδειγμα μια παρέμβαση μπορεί να συνδυάζει κάποια μορφή εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο και τη θεραπεία του, παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, ψυχο-εκπαίδευση για την ενδυνάμωση των δεξιοτήτων που αφορούν τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, αμφισβήτηση των μη βοηθητικών γνώσιών, καθώς επίσης προγράμματα χαλάρωσης για την κλιμάκωση του στρες (Stanton, 2006). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν την ανάπτυξη και εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των «υγιών» μερών μιας γυναίκας και την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων (π.χ. επικοινωνιακή γνωστική επεξεργασία, λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ενδυνάμωση κοινωνικού δικτύου) και την αποδυνάμωση και αλλαγή των επιβαρυντικών λειτουργιών (π.χ. παθητική γνωστική επεξεργασία, αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης).

Οι περισσότερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις εφαρμόζονται μετά τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η παρούσα μελέτη υπέδειξε ότι ένας αριθμός γυναικών ενδέχεται να βιώσει μετατραυματικό στρες και προβλήματα προσαρμογής και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, όταν έχει παρέλθει αρκετός χρόνος από τη διάγνωση του καρκίνου. Επομένως, κρίνεται αναγκαίο να σχεδιαστούν παρεμβάσεις οι οποίες να απευθύνονται σε γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και έχουν επιστρέψει στην καθημερινότητά τους, αντιμετωπίζοντας, ωστόσο, τις

μακροχρόνιες ψυχοκοινωνικές συνέπειες του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, η χρήση ενός πολυπαραγοντικού ψυχομετρικού εργαλείου, όπως είναι το PAIS-SR, θα μπορούσε να συμβάλει στη δημιουργία ενός προφίλ ψυχοκοινωνικής προσαρμογής για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, στο οποίο θα εντοπίζονται οι τομείς που χρήζουν υποστήριξης μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης. Για παράδειγμα, η προσαρμογή στον εργασιακό τομέα είναι ένα θέμα που δεν έχει τύχει ιδιαίτερης προσοχής. Η οικονομική κρίση επιδεινώνει την κατάσταση και οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού φαίνεται να αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα που αντιμετωπίζει προβλήματα στην εύρεση και διατήρηση μιας ποιοτικής εργασίας. Ένα πρόσθετο πρόβλημα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο και πώς αυτές μπορεί να επηρεασθούν αρνητικά από την εμπειρία του καρκίνου. Διλήμματα όπως η κοινοποίηση ή μη της ασθένειας, ο φόβος για έναν ενδεχόμενο στιγματισμό, η παρεμπόδιση της ελεύθερης έκφρασης από συναδέλφους είναι μερικά από τα ζητήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Σύμφωνα με το μοντέλο εμφάνισης μετατραυματικού στρες που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την μείωση του στρες χρειάζεται να εστιάσουν στις παρακάτω κατηγορίες μεταβλητών: ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, τρόποι γνωστικής επεξεργασίας, στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και κοινωνικές σχέσεις. Ιδιαίτερη μέριμνα χρειάζεται να δοθεί στον τρόπο σκέψης που υιοθετεί μια γυναίκα για να κατανοήσει και να νοσηματοδοτήσει την τραυματική εμπειρία του καρκίνου. Τέλος, οι παρεμβάσεις σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζεται να στοχεύουν στην ενίσχυση της ικανότητας τους να εντοπίζουν, να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τους κοινωνικούς περιορισμούς στην επικοινωνία με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους. Οι κοινωνικοί περιορισμοί ενδέχεται να επηρεάσουν την μετατραυματική προσαρμογή με ποικίλους τρόπους, είτε προκαλώντας άμεσα υψηλότερα επίπεδα στρες και προβλήματα προσαρμογής, είτε μέσω της αρνητικής επίδρασης στον τρόπο σκέψης και τις στρατηγικές αντιμετώπισης, είτε ακόμα ρυθμίζοντας την σχέση άλλων μεταβλητών (όπως της μη εποικοδομητικής σκέψης με την ανάπτυξη). Για τις γυναίκες που βιώνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικών περιορισμών, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να εστιάσουν στην ενίσχυση της ικανότητας τους να αναπτύσσουν και να διατηρούν ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο.

Παράλληλα με τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικού στρες και προβλημάτων προσαρμογής, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν και να δοκιμαστούν παρεμβάσεις που θα ενισχύουν την αναζήτηση και εύρεση θετικών αλλαγών που προέρχονται από την εμπειρία του καρκίνου. Αν και οι περισσότερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επιχειρούν να μειώσουν τις αρνητικές συνέπειες του καρκίνου του μαστού, τα ερευνητικά στοιχεία ολοένα και περισσότερο υποστηρίζουν τη σημασία της εμπειρίας θετικών αλλαγών ως συνέπεια της αντιμετώπισης του καρκίνου. Επομένως, δεν αρκεί να εφαρμόζονται ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που μειώνουν τους κινδύνους για στρες, αλλά χρειάζεται να σχεδιάζονται ψυχο-εκπαιδευτικά και συμβουλευτικά προγράμματα που θα καλλιεργούν τους παράγοντες που οδηγούν σε μετατραυματική ανάπτυξη. Οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που χρειάζεται να ενδυναμωθούν είναι η εποικοδομητική γνωστική επεξεργασία και μια ευέλικτη και πλουραλιστική χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του τραύματος. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προτείνουν ότι η μείωση του μετατραυματικού στρες ενδέχεται να διευκολύνει την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, ενώ και η μετατραυματική ανάπτυξη θα μπορούσε να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα για την ρύθμιση του στρες. Επομένως, στοχευμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των στοιχείων εκείνων που διευκολύνουν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού να αναζητούν και να αξιοποιούν με δημιουργικότητα και ευελιξία εναλλακτικούς ψυχοκοινωνικούς πόρους. Οι προτάσεις για την εφαρμογή της θεωρίας της μετατραυματικής ανάπτυξης στο κλινικό πεδίο δεν επιχειρούν να αντικαταστήσουν τις υπάρχουσες μεθόδους και προσεγγίσεις, αλλά στοχεύουν στην συμπλήρωση αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackroyd, K., Fortune, D. G., Price, S., Howell, S., Sharrack, B., & Isaac, C. L. (2011). Adversarial growth in patients with multiple sclerosis and their partners: relationships with illness perceptions, disability and distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(4), 372-379.
- Adams, R. N., Winger, J. G., & Mosher, C. E. (2015). A meta-analysis of the relationship between social constraints and distress in cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 294-305.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Affleck, G., Tennen, H., & Croog, S. (1987). Causal attributions, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8 year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.
- Ai, A. L., Cascio, T., Santangelo, L. K., & Evans-Campbell, T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 523-548.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development*. New York: Guilford Press.
- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A., & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2015.
- American Joint Committee on Cancer, (1992). *Cancer staging manual*. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*. Washington D.C.: A.P.A.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. 4th ed. Washington, DC.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Washington D.C.: A.P.A.

American Psychosocial Oncology Society. Retrieved from: <https://apos-society.org/>.

Amir, M., & Ramati, A. (2002). Posttraumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long- term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of anxiety disorders*, 16, 191-206.

Amos, I. (2015). What is known about the post-traumatic growth experiences among people diagnosed with HIV/AIDS? A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Counselling Psychology Review*, 30(3), 47-56.

Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14, 1959-1965.

Anagnostopoulos, F. & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer. A comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 58, 327-334.

Andersen, B. L. (1994). Surviving cancer. *Cancer*, 74, 1484-1495.

Andersen, B. L., Anderson, B., & de Prose, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer. Sexual functioning outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 683-697.

Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psychooncology*, 2, 261–276.

Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with posttraumatic stress disorder symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189-203.

- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Grath, P. V., Sloan, D. A., & Kenday, D. E. (2000). Stability and change in PTSD symptoms following breast cancer treatment: a one- year follow- up. *Psychooncology*, 9, 69-78.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Studts, J. L., & Miller, T. W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-590.
- Andrykowski, M. A., Curran, S. L., Studts, J. L., Cunningham, L., Carpenter, J. S., McGrath, P. C., et al. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 827–834.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M. et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbuckle, J. L. (2013). IBM SPSS AMOS 22: User's Guide. Available at: http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/SPSS_Amos_User_Guide_22.pdf.
- Arndt, J., Cook, A., & Routledge, C. (2004). The blueprint of terror management: Understanding the cognitive architecture of psychological defense against the awareness of death. In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 35 –53). New York: Guilford.
- Ashing Giwa, K. T., Padill, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., & Hillis, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian, American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 408- 428.

Aspinwall, L. G., Richter, L., & Hoffman, R. R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of behavior and beliefs. In: E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research, and practice* (pp. 217–239). Washington, D.C: American Psychological Association.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989–1003.

Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology*, 13(5), 295-308.

Baider, L., Peretz, T., & De-Nour, A. K. (1993). Holocaust cancer patients: a comparative study. *Psychiatry*, 56(4), 349-355.

Baker, P., Beesley, H., Fletcher, I., Ablett, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2016). 'Getting back to normal' or 'a new type of normal'? A qualitative study of patients' responses to the existential threat of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 25(1), 180-189.

Baltes, P. B., & Smith, J. (1990). The psychology of wisdom and its ontogenesis. In R. J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: its nature, origins, and development* (pp. 87-120). New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.

Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 31(21), 1709-1733.

Baum, A., Cohen, L., & Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 274-286.

Baum, A., Fleming, R. E., & Singer, J. E. (1983). Coping with technological disaster. *Journal of social issues*, 39, 117-138.

- Bellizzi, K. M. (2003). *Understanding the dynamics of posttraumatic growth in breast cancer survivors*. Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 64(5-A), 1798.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*, 47–56.
- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meesky, K., Baumgartner, K. B., & Ballard-Barbash, R. (2010). Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology, 15*, 615-626.
- Bellizzi, K. M., Wilder- Smith, A., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., Baumgartner, K. B., & Ballard- Barbash, R. R. (2009). Posttraumatic growth and health related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology, 15*, 615-626.
- Bennett, S. J. (1993). Relationships among selected antecedent variables and coping effectiveness in postmyocardial infarction patients. *Research in Nursing and Health, 16*(2), 131-139.
- Bentler, P. M. & Chou, C. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods and Research, 16*, 78–117.
- Bernhard, J., Phil, L., & Ganz, P. A. (1991). Psychosocial issues in lung cancer patients (part 2). *Chest, 99*, 480-485.
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 48*, 219-232.
- Blank, A. S. (1993). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In M. D. Davidson, & E. B. Foa (Eds.) *Posttraumatic stress disorder DSM- IV and beyond* (pp. 3-22). Washington D.C.: American Psychiatry Press.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine, 16*, 1328-1338.

- Bluvstein, I., Moravchick, L., Sheps, D., Schreiber, S., & Bloch, M. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 164-172.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic Growth and optimism in health-related trauma: A systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 281-296.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD 4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979–986.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 236–245.
- Boyers, A. E. (2000). *The influence of cognitive-behavioral stress management, optimism, and coping on positive growth in women with breast cancer*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61(10-B), 5552.
- Bozo O, Gundogdu, E., & Buyukasik-Colak, C. (2009). The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009-1020.
- Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology*, 26(7), 917-926.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychology Review*, 103, 670–686.
- Brodaty, H., Joffe, C., Luscombe, G., & Thompson, C. (2004). Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morbidity in aged holocaust survivors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 968–79.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 631–635.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Gandek, B., Wagner, A., Aaronson, N., Bech, P., et al. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 913–923.
- Burke, S. M., Sabiston, C. M., & Vallerand, R. J. (2012). Passion in breast cancer survivors: Examining links to emotional well-being. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1161–1175.
- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56–65.
- Bussell, V. A. & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 61–78.
- Butler, L. D., Field, N. P., Busch, A. L., Seplaki, J. E., Hastings, T. A., & Spiegel, D. (2005). Anticipating loss and other temporal stressors predict traumatic stress symptoms among partners of metastatic/recurrent breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 14, 492–502.

Buyukasik-Colak, C., Gundogdu-Akturk, E., & Bozo, O. (2012). Mediating Role of Coping in the Dispositional Optimism–Posttraumatic Growth Relation in Breast Cancer Patients. *The Journal of Psychology*, 146(5), 471–483.

Cadell, S., Regerh, C. & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279-287.

Calbari, E., & Anagnostopoulos, F. (2010). Exploratory factor analysis of the Greek adaptation of the PTSD checklist-civilian version. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 15, 339-350.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521–527.

Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Socio-cultural considerations. In: T. Weiss & R. Berger (Eds.). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). Hoboken, NJ: Wiley.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1990). Positive Aspects of Critical Life Problems: Recollections of Grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 20(4), 265-272.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998b). PTG: Future directions. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 215-238). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: a clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Calhoun, L. G., & R. G. Tedeschi. (2004). The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of posttraumatic growth*, (pp. 3–23). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Carpenter, J. S, Brockopp, D. Y., & Andrykowski, M. A. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1402-1411.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Carver C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.

Carver, C. S., Kus, L. A., & Scheier, M. F. (1994). Effects of good versus bad mood and optimistic versus pessimistic outlook on social acceptance versus rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 138–151.

Carver, C. S., Lehman, J. M., & Antoni, M. H. (2004). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 813-821.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. 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.

Carver, C. S., & Scheier, M. P. (1981). Attention and self-regulation: *A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1999). Optimism. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 182–204). New York: Oxford University Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-83.

Casella, L., & Motta, R. W. (1990). Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 67(2), 595-605.

Caska, C. M., & Renshaw, K. D. (2013). Personality traits as moderators of the associations between deployment experiences and PTSD symptoms in OEF/OIF service members. *Anxiety, Stress, and Coping*, 26(1), 36-51.

Cella, D. F. (1992). Quality of life: the concept. *Journal of Palliative Care*, 8(3), 8-13.

Cella, D. F., & Tross, F. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 616- 622.

Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psychooncology*, 20, 544–552.

Chang, E. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109- 120.

Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis*. (3rd ed.). New York, NY: Continuum International Publishing Group.

Chung, M. C., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2006). Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction (Post-MI PTSD) among older patients: the role of personality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1163-1174.

- Chung, M. C., Berger, Z., Rudd, H. (2007). Comorbidity and personality traits in patients with different levels of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction. *Psychiatry Research*, 152, 243–252.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2002). Rumination, Negative Cognition, and Their Interactive Effects on Depressed Mood. *Emotion*, 7(3), 555-565.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 251-265.
- Cohee, A. A., Stump, T., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P. O., Cella, D., & Champion, V. L. (2016). Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 25, 1991-1997.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stress of illness. In C. G. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology: A handbook*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Cohen, M., & Numa, M. (2011). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: a comparison of volunteers and non-volunteers. *Psychooncology*, 20, 69–76.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-57.
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203.
- Connelly, B. S., Ones, D. S., Davies, S. E., & Birkland, A. (2014). Opening up Openness: A theoretical sort following critical incidents methodology and meta-analytic investigation of the trait family measures. *Journal of Personality Assessment*, 96, 17-28.

- Conti, J. (1995). Job discrimination against people with a cancer history. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 26(2), 12–16.
- Cordova, M. J. (1999). *Cognitive processing and the positive and negative psychosocial sequelae of breast cancer*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60(11-B), 5767.
- Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., & McGrath, P. C. (1995). Frequency and correlates of PTSD-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 981–986.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 706–711.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, V. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology and Medical Studies*, 14, 308–319.
- Cordova, M., Walser, R., Neff, J., & Ruzek, J. I. (2005). Predictions of emotional adjustment following traumatic injury. Personal, social and material resources. *Prehospital and Disaster Medicine*, 20(1), 7-13.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Costanzo, E. S., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156.

- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 452-459.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4) 349-354.
- Curbow, B., Somerfield, R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplant. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 423-443.
- Danoff-Burg, S., Revenson, T., Trudeau, K., & Paget, S. (2004). Unmitigated communion, social constraints, and psychological distress among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality, 72*(1), 29-46.
- Danhauer, S. C., Douglas Case, S., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevski, T., Triplett, K., Ip, E. H., Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology, 22*, 2676-2683
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(2), 561-574.
- Denford, S., Harcourt, D., Rubin, L., & Pusic, A. (2011). Understanding normality: a qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery. *Psychooncology, 20*(5), 553-558.
- Derogatis, L. R. (1986). Psychological Adjustment of Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research, 30*(1), 77-91.
- Derogatis, L. R., & Derogatis, M. A. (1990). *PAIS and PAIS-SR: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. & Fleming, M. P. (1996) Psychosocial Adjustment to Illness Scale. In B. Spilker (Ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, (2nd ed.). Raven Press, New York, NY.

Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., & Scmale, A. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.

Dimitrova, N., Parkinson, Z., S., Bramesfeld, A., Ulutürk, A., Bocchi, G., López-Alcalde, J., Pylkkanen, L., Neamțiu, L., Ambrosio, M., Deandrea, S., Lerda, D. (2016). *European Guidelines for Breast Cancer Screening and Diagnosis—the European Breast Guidelines*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Dirik, G., & Karanci, N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 193-203.

Dohrenwend, B. S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-15.

Donnelly, B. (2000). Do increased 5-year survival rates in prostate cancer indicate better outcomes? *JAMA*, 284(16), 2053-2054.

Dow, K. H. (1991). The growing phenomenon of cancer survivorship. *Journal of Professional Nursing*, 7(1), 54-60.

Dow, K. H., & Lafferty, P. (2000). Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 27(10), 1555-1564.

Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour, Research and Therapy*, 39(9), 1063-1084.

Ehlers, A., & Clark, D. M., (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032.

Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 217-249.

Eisinga, R., Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The reliability of two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637-642.

Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136-153.

Epping- Jordan, J. E., Compas, B. E., & Howell, D. C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13, 539-547.

Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315–26.

Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential Self-theory. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and research: Theory and research* (pp. 165-192). NY: Guilford Publications, Inc.

Eton, D. T., Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (2001). Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma: an examination of treatment-related, demographic, and psychosocial factors. *Cancer*, 92(6), 1451-9.

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., Forman, D., Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49 (6), 1374-403.

Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343-53.

- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Figley, C. R. (1978). *Stress Disorders among Vietnam Veterans*. New York: Brunner/Mazel.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Finkel, N. J. (1975). Stress, traumas and trauma resolution. *American Journal of Community Psychology*, 3, 173-178.
- Fiske, S. T. (2004). Mind the gap: in praise of informal sources of formal theory. *Personality and Social Psychology Review*, 8(2), 132-137.
- Fitzpatrick, R. (2000). Measurement issues in health-related quality of life: Challenges for health psychology. *Psychology and Health*, 15, 99-109.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioural/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 155-176.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-21.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*, 9(1):11-9.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-70.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-75.

Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1979). Cognitive processes and mediators of stress and coping. In: V. Hamilton, & D. Warburton (Eds.) *Human stress and cognition* (pp. 265-298). Chichester, UK: Wiley.

Fontaine, K., Manstead, A. S. R., & Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, 7(4), 267-281.

Fontana, A., & Rosenberg, R. (1998). Focus on women: duty- related and sexual stress in the etiology of PTSD among women veterans who seek treatment. *Psychiatric Services*, 49, 658-662.

Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.

Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048 – 1055.

Frazier, P., & Kaler, M. E. (2006). Assessing the validity of self-reported stress-related growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 859–869.

Freitas, A. L., Gollwitzer, P. M., & Trope, Y. (2004). The influence of abstract and concrete mindsets on anticipating and guiding others' self-regulatory efforts. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 739–752.

Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179–188.

Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. F., & Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 595-603.

Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., Smith, F. E., & Dworkin, R. J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic

environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 127–141.

Fritz, G. K., & Williams, J. R. (1988). Issues of adolescent development for survivors of childhood cancer. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 712-5.

Fromm, K., Andrykowski, M. A., & Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221–240.

Galica, J. (2008). *The Impact of cognitive dysfunction upon the non-metastatic colorectal cancer patient's psychosocial adjustment and quality of life*. MA thesis, University of Windsor.

Gall, T. L., Charbonneau, C., & Florack, P. (2011). The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. *Psychology and Health*, 26(3), 287-305.

Gallagher-Ross, S. (2012). Predictors of posttraumatic growth in breast cancer survivors: An analysis of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. *ETD Collection for Fordham University. Paper AAI3452789*.

Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 183- 199.

Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-14.

Gates, C. C (1988). The "most-significant-other" in the care of the breast cancer patient. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 38(3), 146-153.

- Geers, A. L., Reilly, S. P., & Dember, W. N. (1998). Optimism, pessimism and friendship. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 17, 3–19.
- Germino, B. B., Fife, B. L., & Funk, S. G. (1995). Cancer and the partner relationship: what is its meaning? *Seminars in Oncology Nursing*, 11(1), 43-50.
- Giesler, R. B. (2000). Assessing the quality of life in patients with cancer. *Current Problems in Cancer*, 24(2):58-92
- Glinde, J. G., & Compas, B. E. (1999). Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: A prospective study of psychological adjustment. *Health Psychology*, 18, 475-481.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Goss, R. E., & Klass, D. (2005). *Dead but not lost- grief narratives in tradition*. Lahman, MD: Altamira Press.
- Gouzman, J, Cohen, M., Ben-Zur, H., Shacham-Shmueli, E., Aderka, D., Siegelmann-Danieli, N., & Beny, A. (2015). Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(1), 1-13.
- Gray, R. E., Fitch, M. & Greenberg, M. (1998). A comparison of physician and patient perspectives on unconventional cancer therapies. *Psychooncology*, 7, 445–452.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26, 499-510.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: an update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 341–362.
- Green, B. L., Grace, M. C., Lindy, J. D., et al (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 729–733.
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Epstein, S. A., Stockton, P., Spertus, I., & Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18(5), 1084-93.

Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N., Spertus, I. L., & Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102–111.

Greenberg, M. A. (1995). Cognitive Processing of Traumas: The Role of Intrusive Thoughts and Reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262–1296.

Greenwald, P. (1980). Assessment of risk factors for cancer. *Preventive Medicine*, 9(2), 260-263.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-86.

Gumus, A. B., Cam, O., & Malak, A.T. (2011). Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 433-38.

Gurevich, M., Devins, G. M., & Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259–281.

Hack, T. F., & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology*, 13(4), 235-47.

Hack, T. F., Pickles, T., Ruether, J. D., Weir, L., Bultz, B. D., Mackey, J., & Degner, L. F. (2010). Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology*, 19(6), 606-616.

Hall, B. J., Hobfoll, S. E., Canetti D., Johnson, R. J., & Galea, S. (2009). The defensive nature of benefit finding during ongoing terrorism: An examination of a national sample of Israeli Jews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 993–1021.

Hall, B. J., Hobfoll, S. E., Palmieri, P. A., Canetti-Nisim, D., Shapira, O., & Galea, S. (2008). The Psychological Impact of Impending Forced Settler Disengagement in Gaza: Trauma and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 22–29.

- Hallam, W., & Morris, R. (2014). Post-traumatic growth in stroke carers: A comparison of theories. *British Journal of Health Psychology*, 19, 619-635.
- Hampton, M. R., & Frombach, I. (2000). Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Women International*, 21, 67-76.
- Harper, F. W., Schmidt, J. E., Beacham, A. O., Salsman, J. M., Averill, A. J., Graves, K. D., & Andrykowski, M. A. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psychooncology*, 16(1), 79-91.
- Harrison, J., Maguire, P., & Pitceathly, C. (1995). Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Social Science and Medicine*, 41(9), 1255-1260.
- Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17(8), 1117-1128.
- Hart, S. L., Vella, L., & Mohr, D. C. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychology*, 27(2), 230-8.
- Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis. A regression-based approach*. New York, London: The Guilford Press.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004) Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: A Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods*, 7, 191-205.

- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L., Clay, K. F., & Ahles, T. A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, *107*, 2924–2931.
- Helgeson, V. S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology*, *18*, 561–569.
- Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, *23*(1), 3–15.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 797–816.
- Helweg-Larsen, M., Sadeghian, P., & Webb, M. A. (2002). The stigma of being pessimistically biased. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *21*, 92–107.
- Henderson, B. N., Davison, K. P., Pennebaker, J. W., Gatchel, R. J., & Baum, A. (2002). Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychology and Health*, *17*, 51–62.
- Ho, S. M. Y., Chan, C. L. W. & Ho, R. T. H. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psychooncology*, *13*, 377–389.
- Ho, S. M. Y., Chan, M. W. Y., Yau, T. K., & Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology and Health*, *26*(3), 269–285.
- Hobfall, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*, 513–524.
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, *56*, 345–366.

- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- Holeva, V., & Tarrier, N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 687-692.
- Holland, J., & Wellisch, D. (1988). Introduction: Psychosocial issues and cancer. CA: *A Cancer Journal for Clinicians*, 38, 130–132.
- Holtmaat, K., van der Spek, N., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). Posttraumatic growth among head and neck cancer survivors with psychological distress. *Psycho-oncology*, 26(1), 96-101.
- Hoover, S. (2005). *Posttraumatic growth: Assessing stress-related growth in early remission breast cancer survivors*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 66(10-B), pp. 5683.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Hull, D. M., Beaujean, A. A., Worrell, F. C., & Verdisco, A. E. (2010). An Item-Level Examination of the Factorial Validity of NEO Five-Factor Inventory Scores. *Educational and Psychological Measurement*, 70(6), 1021-1041.
- Hunter, D. J., Spiegelman, D., Adami, H. O., Beeson, L., van den Brandt, P. A., Folsom, A. R., Fraser, G. E. et al. (1996). Cohort Studies of Fat Intake and the Risk of Breast Cancer—A Pooled Analysis. *New England Journal of Medicine*, 334, 356–61.
- ICD-10 Version 2010. *Reaction to severe stress, and adjustment disorders*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F43>

- Iconomou, G., Mega, V., Koutras, A., Iconomou, A. V. & Kalofonos, H. P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer*, 101(2), 404-411.
- Ingram, K. M., Betz, N. E., Mindes, E. J., Schmitt, M. M., & Smith, N. G. (2001). Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: Development of the Unsupportive Social Interactions Inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 174-208.
- Jackson, L. E., & Coursey, R. D. (1988). The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping, and purpose in life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(3), 399-410.
- Jacobsen, P. B., Sadler, I. J., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M. A., & Fields, K. K. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 235–240.
- Jacobsen, P. B., Widows, M. R., Hann, D. M., Andrykowski, M. A., Kronish, L. E., & Fields, K. K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms following bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 366–371.
- Jangra, D., Ganesh, A., Thackray, R., Austin, L., Ulster, A., Sutherland, J., & Levin, A.V. (2007). Psychosocial adjustment to visual loss in patients with retinitis pigmentosa. *Ophthalmic Genetics*, 28(1), 25-30.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. NY: Brunner/Mazel.
- Janoff- Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In: L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.) *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81-99). Mahweh, NJ: Lawrence Erlbaum.

Janoff-Bulman, R., & Berger, A. R. (2000). The other side of trauma: Towards a psychology of appreciation. In J. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and Trauma Handbook*. NY: Bruner/Mazel.

Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.

Jenkins, R., & Pargament, K. I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 51-74.

Jim, H. S., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *Cancer Journal*, 14, 414- 419.

Johnson, R. H., Chien, F. L., & Bleyer, A. (2013). Incidence of Breast Cancer With Distant Involvement Among Women in the United States 1976 to 2009. *JAMA*, 309(8), 800-805.

Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262–280.

Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041-1053.

Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(4), 316-325.

Joseph, S., & Williams, R. (2005). Understanding posttraumatic stress: Theory, reflections, context, and future. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 423-441.

Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221-229.

Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books.

Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 67, 79–87.

Kane, J. Q. (2007). *An examination of a two-factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder (PTSD)*. (Thesis). George Mason University. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1920/5635>.

Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). PTSD following cancer: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.

Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. *Health Psychology*, 24(6), 579-85.

Kantor, D. E., & Houldin, A. (1999). Breast cancer in older women: treatment, psychosocial effects, interventions, and outcomes. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(7), 19-25.

Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of Health Psychology*, 15, 215-229.

Karademas, E. C., Argyropoulou, K., & Karvelis, S. (2007). Psychological Symptoms of Breast Cancer Survivors: A Comparison with Matched Healthy Controls and the Association with Cancer-Related Stress and Coping. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3), 59-74.

Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of “benefit finding” in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561–571.

Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2016). Posttraumatic growth among women survivors of childhood sexual abuse: Its relation to cognitive strategies, posttraumatic

symptoms, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 550-558.

Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.) (pp. 418-453). New York: Guilford Press.

Kendler, K. S. (1997). Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1398-404.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychology*, 62(6), 593-602.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic-stress-disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kierkegaard, S. (1983). *Fear and Trembling/Repetition : Kierkegaard's Writings*, Vol. 6 (H. V. Hong & E .H. Hong, Trans. & Ed.). Princeton: Princeton.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537-547.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C. R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake* (pp. 113-141). New York: Bruner/Mazel.

King, S. (2006). *Pink ribbons, Inc.: Breast cancer and the politics of philanthropy*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., & Gudanowski, D. M. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 520-531.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 22*(1), 45–52.
- Kline, P. (1979). *Psychometrics and psychology*. London: Academic Press.
- Kline, P. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in oncology nursing, 23*(1), 71-83.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1-11.
- Kocaman, N., Kutlu, Y., Ozkan, M., & Ozkan, S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3A), 6-16.
- Kolb, L. (1987). A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 989-995.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Missitzis, I. (2016). Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Factor structure, reliability, and validity assessment in a sample of Greek breast cancer patients. *Women & Health, 57*(6), 705-722.
- Kornblith, A. B., Anderson, J., Cella, D. F., Tross, S., Zuckerman, E., Cherin, E., et al. (1992). Hodgkin's disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer, 70*, 2214–2224.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., Tsikkinis, A., Papastylianou, D., & Lepore, S. (2015). Psychometric properties of the Greek version of the Social Constraints Scale in a sample of women with breast cancer. *Women and Health, 23*, 1-15.

- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., Griva, F., Gourounti, K., Kolokotroni, F., Efstathiou, V., Mellon, R., Papastylianou, D., Niakas, D., & Potamianos, D. (2016). Exploring the relationship between posttraumatic growth, cognitive processing, psychological distress, and social constraints in a sample of breast cancer patients. *Women & Health*, doi: 10.1080/03630242.2015.1118725.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111.
- Krystal, H. (1984). Psychoanalytic views on human emotional damages. In B.A. van der Kolk (Ed.) *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae* (pp.1-28). Washington D.C. American Psychiatric Press.
- Lancaster, S. L., Klein, K. R., Nadia, C., Szabo, L., & Mogerman, B. (2015). An Integrated Model of Posttraumatic Stress and Growth. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16(4), 399-418.
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 439–455.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.), *The denial of stress* (pp. 1-30). New York: International Universities Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus R. S, & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- Lazarus, R. S., & Launier, R., (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287–327). New York: Plenum.

- Lauver, D., & Tak, Y. (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptom. *Nursing Research*, 44(4), 202-207.
- Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *The Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24(1), 63-72.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828-840.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology*, 12(5), 491-499.
- Lee-Baggle, D., Preece, M., & Delongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: role of big five traits. *Journal of Personality*, 73(5), 1141-1180.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence-a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology*, 6(2), 95-105.
- Lehman, D., Davis, C., DeLongis, A., Wortman, C., Bluck, S., Mandel, D., & Ellard, J. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 90-112.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2010). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639.
- Lemenshaw, D. (1989). *Applied logistic regression*. New York, NY: Wiley.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., et al. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science*, 19, 14-27.

Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A. G., et al. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: toward a theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17, 1-13.

Lepore, S. J. (1992). Social conflict, social support, and psychological distress: evidence of cross-domain buffering effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 857-867.

Lepore, S. J. (1997). Social constraints, intrusive thoughts, and negative affect in women with cancer. *Paper presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine*. San Francisco, CA.

Lepore, S. J. (2001). A social cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer*, (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association.

Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.

Lepore, S. J., & Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social interactions. *Cancer Research, Therapy and Control*, 8, 165–174.

Lepore, S. J., Ragan, J. D., & Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 499-508.

Lepore, S. J., Revenson, T. A., Weinberg, S. L., Weston, P., Frisina, P. G., Robertson, R., Portillo, M. M., Jones, H., Cross, W. (2006). Effects of social stressors on cardiovascular reactivity in Black and White women. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 120-127.

Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.

Lesko, L., Ostroff, I., Mumma, G., et al (1992). Long-term psychological adjustment of acute leukemia survivors: impact of bone marrow transplantation vs. conventional chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 54, 30-47.

Lewis, J. A., Manne, L. S., DuHamel, K. N., Johnson Vickburg, S. M., Bovbjerg, D. H., Currie, V., Winkel, G., & Redd, W. H. (2001). Social Support, Intrusive Thoughts and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 231-245.

Liberman, N., Sagristano, M. D., & Trope, Y. (2002). The effect of temporal distance on level of mental construal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 523–534.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.

Litwin, M. S. (1995). *How to measure survey reliability and validity*. London: Sage Publications.

Little, M., Paul, K., Jordens, C. F., & Sayers, E. J. (2002). Survivorship and discourses of identity. *Psychooncology*, 11(2), 170-178.

Little, M., & Sayers, E. J. (2004). While there's life ... hope and the experience of cancer. *Social Science and Medicine*, 59(6), 1329-37.

Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 83, 12- 20.

Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Ullrich, P., Johnsen, E. L., Buller, R. E., Sood, A. K., Sorosky, J. I., & Ritchie, J. (2002). Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer*, 94(1), 131-40.

Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., & Dimoliatis, I. D. K. (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*, 95(1), 129-142.

Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166-177.

Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., & Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 276–304.

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190.

Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two- component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41-48.

Manne, S. L. (1999). Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: the role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 539-546.

Manne, S., Glassman, M., & DuHamel, K. (2000). Intrusion, avoidance and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 63, 658–667.

- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidance and distress among women with early stage breast cancer: Patient and partner perspectives. *Health Psychology, 24*(6), 635–641.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Post-traumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*, 442–454.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(4), 608-617.
- Markman, K. D., & McMullen, M. N. (2003). A reflection and evaluation model of comparative thinking. *Personality and Social Psychology Review, 7*(3), 244-267.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer (Ed.), *Advances in social cognition* (Vol. IX, pp. 1-47). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Martin, L. L., Tesser, A., & McIntosh, W.D. (1993). Wanting but not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 552-572). Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Matsuoka, Y., Nakano, T., Inagaki, M., Sugawara, Y., Akechi, T., Imoto, S., Murakami, K., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (2002). Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: a preliminary study. *Breast Cancer Research and Treatment, 76*, 117–124.
- Matthews, K. A., Räikkönen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. H. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women, *Psychosomatic Medicine, 66*, 640–644.
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S., & Musil, C. (2011). Predictors of psychosocial adjustment during the post radiation treatment transition. *Western Journal of Nursing Research, 33*(4), 540–559.

- Mazzarella, D. (2006). *The mediating effects of perceived control, self-efficacy, and coping on the relationship between social support and adjustment to illness*. PhD Dissertation, University of Denver.
- McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Fullerton, C. S. (1995). Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13-15-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 939-941.
- McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology*, 8(3), 230-236.
- McCrae, R. & Costa, P. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McCrae, R. R., & Sutin, A. R. (2009). Openness to Experience. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 257-273). New York: Guilford.
- McCrae, R. R., Yik, M. S. M., Trapnell, P. D., Bond, M. H., & Paulhus, D. L. (1998). Interpreting personality profiles across cultures: Bilingual, acculturation, and peer rating studies of Chinese undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1041-1055.
- McFarland, C., & Buehler, R. (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: The role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1424-1440.
- McFarland, C., Buehler, R., von Ruti, R., Nguyen, L., & Alvaro, C. (2007). The impact of negative moods on self-enhancing cognitions: The role of reflective versus ruminative mood orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 728-750.
- McFarlane, A. C. (1989). The treatment of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Medical Psychology*, 62(1), 81-90.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in

adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812-821.

Macleod, A. K., & Conway, C. (2005). Well-being and the anticipation of future positive experiences: The role of income, social networks, and planning ability. *Cognition and Emotion*, 19(3), 357-374.

McMillen, J. C. (2004). Posttraumatic growth: What's it all about? *Psychological Inquiry*, 15, 48-52.

McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 733-739.

McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91-99.

Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology*, 18, 1273-1280.

Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and posttraumatic stress disorder and co morbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16, 181-188.

Merluzzi, T., & Martinez Sanchez, M. A. (1997). Factor structure of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale (Self-Report) for persons with cancer. *Psychological Assessment*, 9(3), 269-276.

Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87(1), 108-131.

Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307-317.

- Milam, J. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of applied Social Psychology*, 34(11), 2353–2376.
- Miller, W. R. & C' de Baca, J. (1994). Quantum change: Toward a psychology of transformation. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 253-280). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Mo, P. K. H., Lau, J. T. F., Yu, X., & Gu, J. (2014). The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China. *AIDS Care*, 26(12), 1526-1533.
- Montgomery, G. H., David, D., Goldfarb, A. B., Silverstein, J. H., Weltz, C. R., Birk, J. S., & Bovbjerg, D. H. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 153–164.
- Moorey, S. & Greer, S. (2012). *The Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed., pp. 234-257). New York: Free Press.
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(4), 638-662.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Claire Dees, E., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of posttraumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology*, 17, 948–953.
- Morris, T., Pettingale, K. W., & Haybittle, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psychooncology*, 1, 105-114.
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psychooncology*, 20(11), 1176-1183.

- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 519-527.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273.
- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R. (2002). Dissociation and posttraumatic stress disorder: two prospective studies of motor vehicle accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363–368.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 17, 382-386.
- Naidich, J. B., & Motta, R. W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy and Individual Practice*, 1, 35–54.
- National Cancer Institute. *Breast cancer*. Retrieved from <http://www.cancer.gov/types/breast>.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Social Psychology*, 61(2), 221-234.
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(6-10), 485-498.
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W. H. (2013). Posttraumatic growth, social support and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psychooncology*, 22, 195-202.
- Nerken, I. R. (1993). Grief and the reflective self: Toward a clearer model of loss and growth. *Death Studies*, 17, 1-2.
- Nes, L. S. & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251.
- Nietzsche, F. (1955). *Beyond good and evil* (M. Cowan, Trans.). Chicago: Henry Regnery.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504-511.

Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*, 60-64.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115-121.

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 20-28.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(1), 92-104.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.

O'Leary, V. E., Alday, C. S., & Ickovics, I. R. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in changes in the aftermath of crisis* (pp. 127-151). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women and Health, 1*(2), 121-142.

Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology, 24*(2), 123-132.

Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS, 4th edition*. Australia: Allen & Unwin.

Palmer, S. C., Kagee, A., Coyne, J. C., & DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 258–264.

Pals, J. L., & McAdams, D. P. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 65-69.

Palyo, S. A., & Beck, J. G. (2005). Post-traumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: associations with psychosocial and physical functioning. *Pain*, 117, 121–127.

Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Spanoudis, S. (2004). Searching for the “Big Five” in a Greek context: The NEO-FFI under the microscope. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1841-1854.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 3-20). England: Wiley.

Pargament, K. I., Desai, K. M., & McConnell, K. M. (2006). Spirituality: A pathway to posttraumatic growth or decline? In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 121-137). Mahway, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.

Park, C. L. (1998). Implication of posttraumatic growth for individuals. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: positive change in the aftermath of crisis* (pp. 153-177), Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69-76.

- Park, C. L. (2008). Estimated longevity and changes in spirituality in the context of advanced congestive heart failure. *Palliative and Supportive Care*, 6, 3-11.
- Park, C. L. (2009). Overview of theoretical perspectives. In C. L. Park, S. Lechner, M. H. Antoni & A. Stanton (Eds.), *Positive life change in the context of medical illness: can the experience of serious illness lead to transformation?* (pp. 11-30). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257–301.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to Posttraumatic Growth Versus Posttraumatic Stress: Coping and Emotional Reactions Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 300-312.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Park, C. L., & Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 195–215.
- Park, C. L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events – Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 791–796.
- Park, C. L., & Lechner, S. C. (2006). Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, (pp. 47-67). New York & London: Psychology Press.

- Park, C. L. Mills-Baxter, M. A., & Fenster, J. R. (2005). Post-Traumatic Growth from Life's Most Traumatic Event: Influences on Elders' Current Coping and Adjustment. *Traumatology*, 11(4), 297-306.
- Paterson, R. J., & Neufeld, R. W. (1987). Clear danger: situational determinants of the appraisal of threat. *Psychological Bulletin*, 101(3), 404-416.
- Pennebaker, J. W. (1990). *Opening Up: The Healing Powers of Confiding in Others*. New York: William Morrow.
- Pennebaker, J. W., & Harber, K. D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*, 49, 125-145.
- Pennebaker, J. W., & O'Herron, R. C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental-death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 473-476.
- Peretz, T., Baider, L., Ever-Hadani, P., & De-Nour, A. K. (1994). Psychological distress in female cancer patients with Holocaust experience. *General Hospital Psychiatry*, 16(6), 413-418.
- Peterson, C., Seligman, M. E., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 537-543.
- Phelps, L. F., Williams, R. H., Raichle, K. A., Turner, A. P., & Ehde, D. M. (2008). The importance of cognitive processing to adjustment in the first year following amputation. *Rehabilitation Psychology*, 53, 28-38.
- Pitman, R. K., Lanes, D. M., Williston, S. K., Guillaume, J. L., Metzger, L. J., Gehr, G. M., & Orr, S. P. (2001). Psychophysiologic assessment of post traumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42, 133-140.

- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R.G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 14(5), 364-388.
- Rasmussen, D., & Elverdam, B. (2007). Cancer survivors experience of time-time disruption and time appropriation. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 614-622.
- Redd, W. H. (1988). Behavioral approaches to treatment-related distress. CA: A *Cancer Journal for Clinicians*, 38(3), 138-145.
- Ridner, S. H., (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545.
- Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1673-1681.
- Rizalar, S., Ozbas, A., Acyolcu, N., & Gungor, B. (2014). Effect of social support on Psychosocial Adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(8), 3429-3344.
- Rodrigue, J. R., Kanasky, W. F., Jackson, S. I., & Perri, M. G. (2000). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale—Self-Report: Factor structure and item stability. *Psychological Assessment*, 12(4), 409-413.
- Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 467-474.
- Roesch, S. C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, .P, Tran, C., Pekin, S., & Vaughn, A. A. (2005). Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281-293.

- Rollock, D., & Lui, P. P. (2016). Measurement Invariance and the Five-Factor Model of Personality: Asian International and Euro American Cultural Groups. *Assessment*, 23(5), 571-587.
- Roos, S., & Neimeyer, R. A. (2007). Reauthoring the self: chronic sorrow and posttraumatic stress following the onset of CID. In: E. Martz & H. Livneh (Eds), *Coping with chronic illness and disability. Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 89-107). Springer US.
- Russi, P., & Vassilaki, E. (2001). The applicability of the multiaxial model of coping to a Greek population. *Anxiety Stress and Coping*, 14, 125-147.
- Rowland, J. H. (2008). What are cancer survivors telling us? *Cancer*, 14, 361-368.
- Ruiz, J. M., Matthews, K. A., Scheier, M. F., & Schulz, R. (2006). Does who you marry matter for your health? Influence of patients' and spouses' personality on their partners' psychological well-being following coronary artery bypass surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 255–267.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Salander, P. (2000). Using beliefs and magical thinking to fight cancer distress-a case study. *Psychooncology*, 9(1), 40-43.
- Salander, P. (2007). Attributions of lung cancer: my own illness is hardly caused by smoking. *Psychooncology*, 16(6), 587-592.
- Salander, P. (2012). Cancer and "playing" with reality: clinical guidance with the help of the intermediate area and disavowal. *Acta Oncologica*, 51(4), 541-560.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436-447.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping, theory, research, and application* (pp. 149–170). Westport, CT: Praeger.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Schain, W. S. (1988). The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 38(3), 154-161.

Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M., & Carver, C. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being: The Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189–216). Washington, DC: American Psychological Association.

Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024–1040.

Scheier, M., Wemtraub, J., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257- 1264.

Schmidt, J. E., (2002). *The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer*. University of Kentucky Master's Theses (p. 386). Retrieved from http://uknowledge.uky.edu/gradschool_theses/386.

Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study. *Health Psychology*, 23(3), 259-266.

Schnipper, H. H. (2001). Life after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(15), 3581-3584

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. *Psychooncology*, 7(2), 69-77.

Schnur, J. B., Valdimarsdottir, H. B., Montgomery, G. H., Nevid, J. S., & Bovbjerg, D. H. (2004). Social constraints and distress among women at familial risk for breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(2), 142-148.

Schreurs, K. M., & de Ridder, D. T. (1997). Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 89-112.

Schroevers, M. J., Ranchor, A.V., & Sanderman, R. (2004). The role of age at the onset of cancer in relation to survivors' long-term adjustment: a controlled comparison over an eight-year period. *Psychooncology*, 13(10), 740-752.

Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.

Sergestorm, S., & Alden, L. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6) 671-688.

Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E., & Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: what's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 909-921.

Senol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(2), 150-158.

Shand, L. K., Brooker, J. E., Burney, S., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. A. (2015). Symptoms of Posttraumatic stress in Australian women with ovarian cancer. *Psychooncology*, 24, 190-196.

Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 24(6), 624-634.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.

Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religiosity, spirituality and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8, 1-11.

Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 165-172.

Siegel, K., Gluhoski, V., & Gorey, E. (1999). Age-related distress among young women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(1), 1-20.

Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2007). The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 11(3), 421-433.

Siegle, G. J., Moore, P. M., & Thase, M. E. (2004). Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 645-668.

- Silberfarb, P. M. (1988). Psychiatric treatment of the patient during cancer therapy. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 38(3), 133-137.
- Silver, R. C., Wortman, C. B., & Crofton, C. (1990). The role of coping in support provision: The self-presentational dilemma of victims of life crises. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social Support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012a). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology and Health*, 27(11), 1323-1341.
- Silva, S. M., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 16, 323–340.
- Silva, S. M., Moreira, H. C., & Canavarro, M. C. (2012b). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology*, 21(4), 409-418.
- Smith, C. A., & Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychology*, 11(3), 151-162.
- Snape, M. C. (1997). Reactions to a traumatic event: The good, the bad and the ugly? *Psychology, Health and Medicine*, 2, 237-242.
- Solomon, S. D., Regier, D. A., & Burke, J. D. (1989). Role of perceived control in coping with disaster. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 376–392.
- Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology*, 18(8), 1021-1034.
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and posttraumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 24, 70-79.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*, 49, 624–629.

Stalker, M., Johnson, P., & Cimma, C. (1989). Supportive activities requested by survivors of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7(4), 21–31.

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(5), 875–882.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 350–362.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Snider, P. R., & Kirk, S. B. (1999). Social comparison and adjustment to breast cancer: an experimental examination of upward affiliation and downward evaluation. *Health Psychology*, 18(2), 151–158.

Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16–23.

Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Post-traumatic growth after cancer. In: L.G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of post-traumatic growth: research and practice* (pp. 138–175). Mahwah NJ: Erlbaum.

Stanton, A. L., Ganz, P. A., Kwan, L., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Leedham, B., & Belin, T. R. (2005). Outcomes from the moving beyond cancer: Psycho- educational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6009–6018.

Stanton, A. L., & Low, C. A., (2004). Toward understanding posttraumatic growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry*, 15, 76–80.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–92.

Steil, R., & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 537-558.

Strickland, J. T. (2003). *Women's psychosocial adjustment in the post-treatment phase of breast cancer*. MA Thesis, University of New Brunswick.

Sumalla, E. C., Ochoa, C. & Blanco, I. (2009). Posttraumatic Growth in cancer: Reality or illusion. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33.

Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 298-306.

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 129-136.

Talbert, F. S., Braswell, L. C., Albrecht, J. W., Hyer, L. A., & Boudewyns, P. A. (1993). NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. *Journal of Clinical Psychology*, 49(5), 663-669.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

Taylor, S. E., & Levin, S. (1977). The psychological impact of breast cancer: Theory and practice. In A. J. Enelow & D. M. Panagis (Eds.), *Psychological aspects of breast cancer* (Tech. Bulletin No. 1). San Francisco: West Coast Cancer Foundation.

Taylor, S. E., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., & Aspinwall, L. G. (1991). Assault on the self: Positive illusions and adjustment to threatening events. In G. A. Goethals & J. A.

Strauss (Eds.), *The self: An interdisciplinary perspective* (pp. 239-254). New York: Springer-Verlag.

Taylor, S. E., & Seeman, T. E., (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 210-225.

Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind, and prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 553–577.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence Transformed: Posttraumatic Growth in Survivors and their Societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319-341.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1993). Using the support group to respond to the isolation of bereavement. *Journal of Mental health*, 15, 47-54

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks CA: Sage.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Target article. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.

Tennen, H., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108, 209–232.

Tennen, H., & Affleck, G. (1998). Personality and transformation in the face of adversity. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 65–98). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Tennen, H., & Affleck, G. (1999). Finding benefits in adversity. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 279-304). New York: Oxford University Press.

Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psychooncology*, 13(3), 177-1789.

- Thomas, S. F., Glynne-Jones, R., Chait, I., Marks, D. F. (1997). Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psychooncology*, 6(3), 190–196.
- Thompson, R. J., Gustafson, K. E., Hamlett, K. W., & Spock, A. (1992). Stress, coping, and family functioning in the psychological adjustment of mothers of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 573-585.
- Thornton, A. A., Madlensky, L., Flatt, S. W., Kaplan, R. M., & Pierce, J. P. (2005). The impact of a second breast cancer diagnosis on health related quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92(1), 25-33.
- Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology*, 15, 285-296.
- Timko, C. & Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability, and psychological adjustment: The case of breast cancer. *Health Psychology*, 4(6), 521-544.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*, 11, 154-169.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16–23.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 400-410.
- Tsai, J., El-Gabalawy, R., Sledge, W. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2015). Post-traumatic growth among veterans in the USA: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychological Medicine*, 45, 165-179.

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of our relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.

Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health, 20*, 175–192.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Kao, T. C., & Bhartiya, V. R. (1995). Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(1), 36-42.

Val, E. B., & Linley, P. A. (2006). Posttraumatic Growth, Positive Changes, and Negative Changes in Madrid Residents following the March 11, 2004, Madrid Train Bombings. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 409–424.

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

Vinokur, A. D., Threatt, B. A., Vinokur-Kaplan, D., & Satariano, W. A. (1990). The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year. *Cancer, 65*(5), 1242-1254.

Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S. H., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). The role of posttraumatic growth in a randomized controlled trial of cognitive – behavioral conjoint therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 29*(4), 379-383.

Wang, A. W., Chang, C. S., Chen, S. T., Chen, D. R., Hsu, W. Y. (2014). Identification of posttraumatic growth trajectories in the first year after breast cancer surgery. *Psycho-oncology, 23*, 1399-1405.

Ware, J. E. (1999). Future directions in health status assessment. *Journal of Clinical Outcomes Management, 6*, 34-37.

Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 945-952.

- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
- Wasserman, A. L., Thompson, E. I., Williams, J. A., & Fairclough, D. L. (1987). The physiological status of childhood/adolescent Hodgkin's disease. *American Journal of Diseases in Children*, 141, 626-631.
- Watkins, E. R. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-1052.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5(3), 319-328.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 353-357.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 1-8.
- Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-mac: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.
- Weathers, F. W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). *The PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C)*. Boston: Weathers, F.W. National Center for PTSD, Boston Veterans Affairs Medical Center.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *PTSD Checklist (PCL)*. Boston: National Center for PTSD.

Wei, W., Li, X., Tu, X., Zhao, J., & Zhao, G. (2016). Perceived social support, hopefulness, and emotional regulations as mediators of the relationship between enacted stigma and post-traumatic growth among children affected by parental HIV/AIDS in rural China. *AIDS CARE*, 28(S1), 99-105.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733–746.

Weiss, T., Weinberger, M., Schwerd, A. M., & Holland, J. (2012). A 30-year perspective on psychosocial issues in lung cancer: how lung cancer "Came out of the Closet". *Thoracic Surgical Clinics*, 22(4), 449-456.

Wenninger, K., Helmes, A., Bengel, J., Lauten, M., Volkel, S., & Niemeyer, C. M. (2013). Coping in long-term survivors of childhood cancer: relations to psychological distress. *Psychooncology*, 22, 854-861.

Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., Brady, M. J., et al. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86, 1768-1774.

Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth. An introduction and guide*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Westbrook, J. M. (2005). *Attachment, optimism, coping, and social support as predictors of psychosocial and psychological adjustment in women with breast cancer*. PhD Dissertation, Fielding Graduate University.

Wheeler, L. (1966). Motivation as a determinant of upward comparison. *Journal of Experimental Social Psychology, Supplement 1*, 27-31.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of post-traumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24, 266–273.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., & Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873–882.

Wild, N., & Paivio, S. (2003). Psychological adjustment, coping and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 8, 97-122.

Wilhelmsen I., Bakke, A., Tangen Haug, I., Endresen, I. M., & Berstad, A. (1994). Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR) in a Norwegian material of patients with functional dyspepsia, duodenal ulcer, and urinary bladder dysfunction. Clinical validation of the instrument. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 29, 611- 617.

Williams, L. J., & Hazer, J. T. (1986). Antecedents and consequences of satisfaction and commitment in turnover models: A re-analysis using latent variable structural equation methods. *Journal of Applied Psychology*, 71, 219-231.

Williams, P. G., Rau, H. K., Cribbet, M. R., & Gunn, H. E. (2009). Openness to Experience and stress regulation. *Journal of Research in Personality*, 43, 777-784.

Willie, T. C., Overstreet, N. M., Peasant, C., Kershaw, T., Sikkema, K. J., & Hansen, N. (2016). Anxiety and depressive symptoms among people living with HIV and childhood sexual abuse: the role of shame and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior*, 20(8), 1609-1620.

Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J. P., Harris, S. D., & Antoni, M. H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 300-311.

Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15(1), 81-90

Wu, Z., Xu, J., & Sui, Y. (2016). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth coexistence and the risk factors in Wenchuan earthquake survivors. *Psychiatry Research*, 237, 49-54.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334-345.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(1), 34-39.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705-1713.
- Yi, J., & Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: how is posttraumatic stress related to posttraumatic growth? *Journal of Traumatic Stress*, 27, 461-467.
- You J., & Lu, Q. (2014). Social constraints and quality of life among Chinese-speaking breast cancer survivors: a mediation model. *Quality of Life Research*, 23(9), 2577-2584.
- Yuen, A. N. Y., Ho, S. M. Y., & Chan, C. K. Y. (2014). The mediating roles of cancer-related rumination in the relationship between dispositional hope and psychological outcomes among childhood cancer survivors. *Psychooncology*, 23, 412-419.
- Zakowski, S. G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., & Flanigan, R. (2004). Emotional Disclosure Buffers the Effects of Social Constraints on Distress Among Cancer Patients. *Health Psychology*, 23(6), 555-563.
- Zeldow, P. B., & Pavlou, M. (1984). Physical disability, life stress, and psychosocial adjustment in multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 80-84.
- Zemore, R., & Shepel, L. F. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, 28(1), 19-27.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology- A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 245-263.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5(3), 183-202.

Γαλάνης, Π. (2009). Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(5), 699-711.

Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Γουρουντή, Κ. (2001). *Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στη κύηση-προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή: ΠΑΝΤΕΙΟ Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Δαρδαβέσης, Θ. Ι. (2009). Η επιδημιολογία του καρκινώματος του μαστού. *Η Ιατρική Σήμερα*, 56, 12-15.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015. Καρκίνος μαστού. Ανακτήθηκε από <http://www.cancer.gov/types/breast>.

Ιωαννίδου-Μουζάκα, Α., Μανδρέκας, Α., & Μπαρμπούνης, Β. (Επιμ.) (2007). *Σύγχρονη μαστολογία II*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Κουτρούλη, Ν. Ε. (2015). *Μετατραυματική διαταραχή του στρες και μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: συχνότητα εμφάνισης, παράγοντες καθορισμού, συσχέτιση εννοιών*. Διδακτορική Διατριβή: ΠΑΝΤΕΙΟ Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Λινός, Δ. (2008). Αυτοεξέταση μαστού και κλινική εξέταση. Στο Δ.Β. Σκάρλος (Επιμ.), *Πάνω απ' όλα Γυναίκα: Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού*. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Εκδόσεις Διόπτρα.

Μαμαλάκης, Γ. & Τριλίβα, Σ. (2002). Τεστ Προσανατολισμού για τη ζωή-Αναθεωρημένο (Life Orientation Test-Revised-LOT-R). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα και Π. Ρούσση (Επιμ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σελ. 336-337). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press

Μουσσάς, Γ. Ι., Παπαδοπούλου, Α. Γ., Χριστοδουλάκη, Α. Γ., & Καρκανιάς, Α. Π. (2012). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου. *Ψυχιατρική*, 23, 46–60.

Σακοράφος, Γ., & Σαφιολέα, Μ. (2009). *Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ., Αργυροπούλου, Α. & Δρόσος, Ν. (2010). Δυσκολίες Λήψης επαγγελματικών αποφάσεων και επαγγελματικές αξίες γυναικών με καρκίνο του μαστού. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 90-91, 245-256.

Σκάρλος, Δ. Β. (2008). Μαθαίνω για τον Καρκίνο Μαστού. Στο Δ.Β. Σκάρλος (Επιμ.), *Πάνω απ' όλα Γυναίκα: Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού*. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Εκδόσεις Διόπτρα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικές και ιατρικές πληροφορίες

1. Όνομα: _____

2. Επώνυμο: _____

3. Ημ/νια Γέννησης: _ _ / _ _ / _ _ _ _

4. Εθνικότητα: _____

5. Τόπος Μόνιμης Κατοικίας

☐ Πόλη (με περισσότερους από 100.000 κατοίκους)

☐ Πόλη (από 15.000 μέχρι 100.000 κατοίκους)

☐ Κωμόπολη (από 1.500 μέχρι 15.000 κατοίκους)

☐ Χωριό (μέχρι 1.500 κατοίκους)

☐ Άλλο: _____

6. Εκπαίδευση

☐ Καθόλου εκπαίδευση

☐ Δημοτικό

☐ Γυμνάσιο

☐ Λύκειο

☐ Τ.Ε.Ι

☐ Α.Ε.Ι

☐ Μεταπτυχιακός Τίτλος

☐ Άλλο _____

7. Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμος/η

2. Έγγαμος/η

3. Διαζευγμένος/η

4. Χήρος/α

5. Άλλο (προσδιορίστε:)

8. Έχετε παιδιά;

☐ Όχι

☐ Ναι: Πόσα: _____

9. Επαγγελματική κατάσταση

☐ Άνεργη

☐ Μερική απασχόληση

☐ Πλήρης απασχόληση

☐ Άλλο _____

10. Επάγγελμα: _____

11. Έτος διάγνωσης του καρκίνου του μαστού: _____

12. Έτος επέμβασης για τον καρκίνο του μαστού: _____

13. Υποβληθήκατε σε κάποια θεραπεία;

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

Αν ναι, ποιο ήταν το είδος της θεραπείας; _____

και πότε ολοκληρώσατε τη θεραπεία σας; _____

14. Εκτός από τον καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

Αν ναι σας παρακαλώ περιγράψτε: _____

16. Έχει διαγνωσθεί κάποια υποτροπή του καρκίνου του μαστού;

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

Αν ναι ποιο έτος; _____

17. Έκτος από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, έχετε αντιμετωπίσει κάποια δύσκολη εμπειρία την οποία θα χαρακτηρίζατε «τραυματική» (που να σας προκάλεσε πολύ στρες και λύπη);

☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

Αν ναι, σας παρακαλώ περιγράψτε:

18. Έχετε ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια σας;

☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

Αν ναι αναφέρετε πιο συγκεκριμένα: _____

19. Κατά τη δική σας άποψη, πώς θα κρίνατε την κατάσταση της υγείας σας;

☐ Πολύ σοβαρή ☐ Σοβαρή ☐ Μέτριας σοβαρότητας ☐ Λίγο σοβαρή

☐ Καθόλου σοβαρή

20. Κατά τη δική σας άποψη, πόσο απειλητική κρίνετε ότι είναι η ασθένεια για την υγεία σας;

☐ Καθόλου απειλητική ☐ Σε μικρό βαθμό απειλητική

☐ Σε μέτριο βαθμό απειλητική ☐ Σε μεγάλο βαθμό απειλητική

☐ Εξαιρετικά απειλητική

Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test- Revised [LOT-R])

Παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Σε κάθε μια από τις περιπτώσεις σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε/διαφωνείτε χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

- 0= Διαφωνώ απόλυτα
 1= Διαφωνώ ως ένα βαθμό
 2= Ουδέτερη
 3= Συμφωνώ ως ένα βαθμό
 4= Συμφωνώ απόλυτα

Παρακαλώ, να είστε όσο πιο ειλικρινείς γίνεται και να μην επιτρέψετε οι απαντήσεις σας σε κάποια ερώτηση να επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή εσφαλμένες απαντήσεις.

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ ως ένα βαθμό	Ουδέτερη	Συμφωνώ ως ένα βαθμό	Συμφωνώ απόλυτα
1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως αναμένω να συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4
2.	Είναι εύκολο για μένα να χαλαρώνω.	0	1	2	3	4
3.	Εάν υπάρχει η πιθανότητα κάτι να πάει στραβά, στα σίγουρα έτσι θα μου πάει (στραβά, δηλαδή).	0	1	2	3	4
4.	Πάντα είμαι αισιόδοξη για το μέλλον.	0	1	2	3	4
5.	Τα περνάω πολύ καλά με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4
6.	Είναι σημαντικό για μένα να είμαι συνεχώς απασχολημένη.	0	1	2	3	4
7.	Σπάνια περιμένω τα πράγματα να μου πάνε όπως θέλω.	0	1	2	3	4
8.	Δεν χαλάω τη ζαχαρένια μου για ψύλλου πήδημα (δεν ταρασσομαι πάρα πολύ εύκολα).	0	1	2	3	4

9.	Σπάνια περιμένω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
10.	Γενικά, περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά παρά κακά πράγματα.	0	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας-Κλίμακα Ανοιχτότητας στην Εμπειρία (NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]- Openness Scale) *

Πώς θα χαρακτηρίζατε σήμερα τον εαυτό σας όσον αφορά τα παρακάτω σημεία. Χρησιμοποιείτε την παρακάτω κλίμακα:

1= δεν ισχύει καθόλου

2= Ισχύει λίγο

3= Ισχύει αρκετά

4= Ισχύει πολύ

5= Ισχύει απόλυτα

		Δεν ισχύει Καθόλου	Ισχύει Λίγο	Ισχύει Αρκετά	Ισχύει Πολύ	Ισχύει Απόλυτα
1.	Δεν μου αρέσει να χάνω τον χρόνο μου ονειροπολώντας.	1	2	3	4	5
2.	Όταν βρω τον σωστό τρόπο να κάνω κάτι, τον χρησιμοποιώ.	1	2	3	4	5
3.	Γοητεύομαι με τα μοτίβα που υπάρχουν στην τέχνη και την φύση.	1	2	3	4	5
4.	Πιστεύω ότι με το να αφήνουμε τους μαθητές να ακούν ομιλητές που αμφισβητούν τις καθιερωμένες απόψεις νιώθουν πιο μπερδεμένοι και αποπροσανατολισμένοι.	1	2	3	4	5
5.	Η ποίηση με αγγίζει ελάχιστα ή καθόλου.	1	2	3	4	5

* Παραθέτουμε 5 από τις 12 προτάσεις του ερωτηματολογίου

Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale)

Μερικές φορές ακόμα και όταν οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής μας (σύντροφος, οικογένεια, φίλοι) έχουν καλές προθέσεις, μπορεί να πουν ή να κάνουν πράγματα που μας αναστατώνουν. Σκέψου και απάντησε, για τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι σημαντικοί άνθρωποι στο περιβάλλον σου έκαναν τα παρακάτω. Χρησιμοποίησε την κλίμακα:

1= Ποτέ, 2= Σπάνια, 3= Μερικές φορές, 4= Συχνά

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου άλλαξαν θέμα όταν προσπαθούσες να μιλήσεις για την ασθένεια σου.	1	2	3	4
2.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να μην καταλαβαίνουν την κατάσταση σχετικά με την υγεία σου.	1	2	3	4
3.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε απέφευγαν.	1	2	3	4
4.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου ελαχιστοποιούσαν το πρόβλημα υγείας που έχεις αντιμετωπίσει.	1	2	3	4
5.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να κρύβουν τα συναισθήματα τους.	1	2	3	4
6.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου συμπεριφέρονταν αμήχανα όταν μιλούσες για την ασθένεια σου.	1	2	3	4
7.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου υποτιμούσαν το πρόβλημα της υγείας που έχεις αντιμετωπίσει.	1	2	3	4
8.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου παραπονιόντουσαν για τα δικά τους προβλήματα όταν εσύ ήθελες να μοιραστείς τα δικά σου προβλήματα σχετικά με την ασθένεια;	1	2	3	4
9.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου συμπεριφέρονταν με ένα χαρούμενο τρόπο γύρω σου για να κρύψουν τα αληθινά τους συναισθήματα και ανησυχίες.	1	2	3	4
10.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σου είπαν να μην ανησυχείς τόσο πολύ για την υγεία σου.	1	2	3	4
11.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σου είπαν να προσπαθήσεις να μην σκέφτεσαι την ασθένεια σου.	1	2	3	4
12.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου δεν ήθελαν να ακούσουν για το πρόβλημα της υγείας σου.	1	2	3	4

13.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον εαυτό σου τα συναισθήματα σου σχετικά με την ασθένεια σου, επειδή τους έκαναν να νιώθουν άβολα.	1	2	3	4
14.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον εαυτό σου τα συναισθήματα σου σχετικά με την ασθένεια, επειδή τους προκαλούσαν ανησυχία.	1	2	3	4
15.	Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε απογοήτευσαν επειδή δεν σου έδειχναν την αγάπη και την φροντίδα που θα ήθελες.	1	2	3	4

Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Brief COPE)

Ενδιαφερόμαστε να μάθουμε πώς αντιμετωπίζετε συνήθως το άγχος (στρες) στη ζωή σας. Σε σχέση με το πρόβλημα της ασθένειας σας, βάλτε έναν κύκλο στον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας. Χρησιμοποιείστε την παρακάτω κλίμακα:

1= Δεν ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>καθόλου</u>
2= Ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>λίγο</u>
3= Ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>σε μέτριο βαθμό</u>
4= Ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>πολύ</u>

		Καθόλου	Λίγο	Σε μέτριο βαθμό	Πολύ
1.	Στρέφομαι προς τη δουλειά και άλλες ασχολίες για να ξεχνάω το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
2.	Επικεντρώνω τις προσπάθειες μου για να κάνω κάτι σχετικά με το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
3.	Λέω στο εαυτό μου ότι "αυτό που μου συμβαίνει δεν είναι πραγματικότητα".	1	2	3	4
4.	Καταναλώνω αλκοόλ και/ή άλλες ουσίες για να αισθανθώ καλύτερα.	1	2	3	4
5.	Παίρνω συναισθηματική υποστήριξη από τους άλλους.	1	2	3	4
6.	Παραιτούμαι από κάθε προσπάθεια να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
7.	Παίρνω μέτρα για να βελτιώσω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι.	1	2	3	4
8.	Αρνούμαι να πιστέψω ότι μου συμβαίνει αυτό.	1	2	3	4
9.	Μιλάω για να εκτονώσω τα αρνητικά μου συναισθήματα.	1	2	3	4
10.	Δέχομαι βοήθεια και συμβουλές από τους άλλους.	1	2	3	4
11.	Χρησιμοποιώ διάφορες ουσίες (όπως αλκοόλ) για να ξεπεράσω το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
12.	Προσπαθώ να δω την κατάστασή μου με διαφορετικό τρόπο, να βρω κάτι θετικό.	1	2	3	4
13.	Ασκώ κριτική προς τον εαυτό μου.	1	2	3	4

14.	Προσπαθώ να καταστρώσω ένα στρατηγικό σχέδιο για το τι θα κάνω.	1	2	3	4
15.	Δέχομαι συμπόνια (παρηγοριά) και κατανόηση από τους άλλους.	1	2	3	4
16.	Εγκαταλείπω κάθε προσπάθεια να ανταπεξέλθω στην κατάσταση.	1	2	3	4
17	Ψάχνω να βρω κάτι καλό σε ό,τι έχει συμβεί.	1	2	3	4
18	Αστειεύομαι σχετικά με το πρόβλημά μου.	1	2	3	4
19	Κάνω διάφορα πράγματα για να σκέφτομαι λιγότερο το πρόβλημα μου, όπως πηγαίνω στον κινηματογράφο, βλέπω τηλεόραση, διαβάζω, ονειροπολώ, κοιμάμαι ή πάω για ψώνια.	1	2	3	4
20	Έχω αποδεχτεί ότι είναι πραγματικότητα αυτό που μου συνέβη.	1	2	3	4
21	Εκφράζω τα αρνητικά μου συναισθήματα.	1	2	3	4
22	Προσπαθώ να βρω ανακούφιση στη θρησκεία ή σε άλλες πνευματικές ενασχολήσεις.	1	2	3	4
23	Προσπαθώ να πάρω συμβουλές και βοήθεια από τους άλλους ανθρώπους σχετικά με το τι πρέπει να κάνω.	1	2	3	4
24	Προσπαθώ να μάθω να ζω με το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
25	Σκέφτομαι σοβαρά τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσω.	1	2	3	4
26	Κατηγορώ τον εαυτό μου σχετικά με όσα έγιναν.	1	2	3	4
27	Προσεύχομαι ή κάνω διαλογισμό.	1	2	3	4
28	Προσπαθώ να διακωμωδήσω την κατάσταση.	1	2	3	4

**Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής
Αντανάκλασης (The Rumination Reflection Questionnaire [RRQ])**

Διαβάστε προσεχτικά τις παρακάτω προτάσεις και σημειώστε το βαθμό που κάθε μία από αυτές ισχύει ή όχι για εσάς. Χρησιμοποιείτε την παρακάτω κλίμακα:

- 1= Δεν ισχύει καθόλου
 2= Δεν ισχύει συνήθως
 3= Ισχύει μερικές φορές
 4= Ισχύει συνήθως
 5= Ισχύει απόλυτα

π.χ. "Δεν αφιερώνω χρόνο για να ξανασκέφτομαι γεγονότα που έχουν λήξει". Αν αυτό δεν ισχύει συνήθως στην περίπτωση σας, διότι αφιερώνετε πολύ χρόνο για να ξανασκέφτεστε γεγονότα που έχουν λήξει τότε θα κυκλώσετε το 2 (Δεν ισχύει συνήθως).

		Δεν ισχύει καθόλου	Δεν ισχύει συνήθως	Ισχύει μερικές φορές	Ισχύει συνήθως	Ισχύει απόλυτα
1.	Συχνά η προσοχή μου είναι στραμμένη σε πτυχές του εαυτού μου που δεν θα ήθελα πια να σκέφτομαι.	1	2	3	4	5
2.	Πολύ συχνά σκέφτομαι και ξανασκέφτομαι πράγματα που έχω πρόσφατα πει ή κάνει.	1	2	3	4	5
3.	Μερικές φορές μου είναι δύσκολο να σταματήσω σκέψεις που κάνω σχετικά με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
4.	Εξακολουθώ να σκέφτομαι μια παρεξήγηση ή διαφωνία και πολύ αργότερα αφού έχει πλέον λήξει.	1	2	3	4	5
5.	Συνηθίζω να συλλογίζομαι ή να «κολλάω» σε πράγματα που μου συμβαίνουν, για πολύ καιρό μετά.	1	2	3	4	5
6.	Δεν αφιερώνω χρόνο για να ξανασκέφτομαι γεγονότα που έχουν λήξει.	1	2	3	4	5
7.	Συχνά ξαναφέρνω στο μυαλό μου το πώς αντέδρασα σε μια προηγούμενη κατάσταση.	1	2	3	4	5
8.	Συχνά σκέφτομαι αν ήταν σωστό ή λάθος κάτι που έκανα πριν.	1	2	3	4	5
9.	Συνήθως απομακρύνω δυσάρεστες σκέψεις που κάνω για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5

10.	Μου είναι δύσκολο να διώχνω ανεπιθύμητες σκέψεις από το μυαλό μου.	1	2	3	4	5
11.	Συλλογίζομαι συχνά περασμένες καταστάσεις που δεν θα έπρεπε να με απασχολούν πλέον.	1	2	3	4	5
12.	Αφιερώνω πολύ χρόνο για να σκέπτομαι ξανά και ξανά δυσάρεστες και ενοχλητικές προσωπικές μου στιγμές.	1	2	3	4	5
13.	Είμαι ένας άνθρωπος που δεν φιλοσοφεί και δεν στοχάζεται αφηρημένα σχετικά με την ζωή του.	1	2	3	4	5
14.	Δεν είμαι στοχαστικός τύπος ανθρώπου.	1	2	3	4	5
15.	Μου αρέσει πολύ να εξερευνώ τον εσωτερικό μου κόσμο.	1	2	3	4	5
16.	Με ενδιαφέρει πολύ το πώς αντιδρώ και τι νιώθω για αυτά που συμβαίνουν στη ζωή μου.	1	2	3	4	5
17.	Δεν με ενδιαφέρει να σκέφτομαι και να παρατηρώ τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
18.	Μου αρέσει να αναλύω τους λόγους για τους οποίους συμπεριφέρομαι με συγκεκριμένο τρόπο.	1	2	3	4	5
19.	Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι ένας βαθύς άνθρωπος που παρατηρεί προσεκτικά τον εαυτό του.	1	2	3	4	5
20.	Μου είναι αδιάφορο να αναλύω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
21.	Έχω έμφυτη περιέργεια και ενδιαφέρον σχετικά με το τι άνθρωπος είμαι.	1	2	3	4	5
22.	Μου αρέσει να συλλογίζομαι ποια είναι η ουσία και το νόημα των πραγμάτων.	1	2	3	4	5
23.	Μου αρέσει να φιλοσοφώ και να αναλύω αυτά που συμβαίνουν στη ζωή μου.	1	2	3	4	5
24.	Μου φαίνεται κουραστικό να συλλογίζομαι και να εξετάζω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5

**Ερωτηματολόγιο Αρνητικού Γνωστικού Μηρυκασμού και Γνωστικής
Αντανάκλασης -Επίπεδο Κατάστασης (Reflective vs. Ruminative Mood
Orientation Scale)**

Σημειώστε πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα έχετε λειτουργήσει στη ζωή σας με τον τρόπο που περιγράφεται στις παρακάτω προτάσεις, σχετικά με την εμπειρία του καρκίνου του μαστού. Χρησιμοποιείτε την παρακάτω κλίμακα:

- 1= Δεν λειτουργώ **σχεδόν ποτέ** με αυτό τον τρόπο.
 2= Λειτουργώ **μερικές φορές** με αυτό τον τρόπο.
 3= Λειτουργώ **συχνά** με αυτό τον τρόπο.
 4= Λειτουργώ **σχεδόν πάντα** με αυτό τον τρόπο.

		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1.	Η προσοχή μου είναι στραμμένη σε αυτά που νιώθω σχετικά με την πάθηση μου και δεν μπορώ να ξεκολλήσω.	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι κουρασμένη (από τις συνεχόμενες σκέψεις που κάνω σχετικά με την πάθηση μου).	1	2	3	4
3.	Αναρωτιέμαι (χωρίς να βρίσκω κάποια απάντηση) γιατί αισθάνομαι έτσι όπως αισθάνομαι για την πάθηση μου.	1	2	3	4
4.	Σκέφτομαι και ξανασκέφτομαι γιατί νιώθω έτσι όταν φέρνω στο μυαλό μου εμπειρίες παρόμοιες με αυτή του καρκίνου του μαστού.	1	2	3	4
5.	Αναρωτιέμαι συνεχώς γιατί αντιδρώ με τον ίδιο πάντα τρόπο σε ό,τι αφορά την πάθηση μου.	1	2	3	4
6.	Ασχολούμαι συνεχώς με τα συναισθήματα μου.	1	2	3	4
7.	Θέλω να μένω μόνη μου και να αναλύω διαρκώς τις αντιδράσεις μου και την συμπεριφορά μου σχετικά την πάθηση μου.	1	2	3	4
8.	Εστιάζω όλη μου την προσοχή στον εαυτό μου, σαν να τον παρατηρώ, χωρίς όμως να καταλήγω κάπου.	1	2	3	4
9.	Σκέφτομαι γενικά και αφηρημένα τι μπορεί να δείχνει η συμπεριφορά μου σχετικά με τον χαρακτήρα μου.	1	2	3	4
10.	Έχω ανάμεικτα συναισθήματα σχετικά με την πάθηση μου και δεν μπορώ να τα προσδιορίσω εύκολα.	1	2	3	4

11.	Δεν είναι εύκολο να αλλάξω ή να βελτιώσω τη διάθεση μου, μιας και δεν ξέρω συγκεκριμένα τι να αλλάξω.	1	2	3	4
12.	Ακόμα και όταν γνωρίζω τι νιώθω σχετικά με την πάθηση μου δεν ξέρω πώς να διαχειριστώ τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4

Αντανάκλαση

		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1.	Δεν σκέφτομαι, ούτε μιλώ συνεχώς για τα συναισθήματά μου που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.	1	2	3	4
2.	Όταν νιώθω άσχημα σχετικά με την πάθησή μου κάνω κάτι για να αισθανθώ καλύτερα.	1	2	3	4
3.	Καταφέρνω να απομακρύνω την προσοχή μου από αυτά που αισθάνομαι σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.	1	2	3	4
4.	Προσπαθώ να επαναλάβω κάτι που μου είχε δώσει χαρά στο παρελθόν.	1	2	3	4
5.	Τα συναισθήματά μου σχετικά με την πάθηση μου είναι ξεκάθαρα και μπορώ να τα προσδιορίσω εύκολα.	1	2	3	4
6.	Παραδέχομαι ότι έχω ακόμα κάποια συγκεκριμένα δυσάρεστα συναισθήματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.	1	2	3	4
7.	Αντιλαμβάνομαι την αρνητική στάση που πιθανά έχω κάποιες φορές σχετικά με την πάθησή μου.	1	2	3	4
8.	Είμαι πρόθυμη να εξετάσω και να καταλάβω τα συναισθήματά μου σχετικά με την πάθησή μου.	1	2	3	4
9.	Μπορώ να ελέγξω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4
10.	Μπορώ να αλλάξω και να βελτιώσω αυτό που νιώθω.	1	2	3	4
11.	Όταν αναγνωρίζω και συνειδητοποιώ τι νιώθω μπορώ να αλλάξω την κακή μου διάθεση.	1	2	3	4
12.	Σκέφτομαι θετικά έτσι ώστε να απομακρύνω κάθε αρνητικό συναίσθημα που έχω σχετικά με την πάθηση μου.	1	2	3	4

**Κλίμακας Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version
[PCL-C])**

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίδεται μια λίστα με προβλήματα και συμπτώματα που οι άνθρωποι παρουσιάζουν μερικές φορές, ως συνέπεια τραυματικών εμπειριών της ζωής τους. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση προσεκτικά και κυκλώστε το αντίστοιχο νούμερο ανάλογα με το κατά πόσο σας έχει ενοχλήσει το κάθε πρόβλημα (σχετικά με τον καρκίνο του μαστού) στη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1.	Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις, σκέψεις ή εικόνες ενός τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος, που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναστάτωση;	1	2	3	4	5
2.	Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
3.	Ξαφνικά δράτε ή αισθάνεστε σαν να ξανασυμβαίνει τώρα το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, να ξαναζωντανεύει και να το ξαναζείτε;	1	2	3	4	5
4.	Υπάρχει έντονη αναστάτωση και ταραχή όταν κάτι σας υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
5.	Νιώθετε να έχετε σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολίες στην αναπνοή ή ιδρώμα, όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
6.	Αποφεύγετε σκέψεις ή συνομιλίες που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, ή αποφεύγετε να νιώσετε και απωθείτε τα συναισθήματα που σχετίζονται με αυτό το γεγονός;	1	2	3	4	5
7.	Αποφεύγετε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες ή να βρεθείτε σε καταστάσεις που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5

8.	Έχετε πρόβλημα και δυσκολία στο να θυμηθείτε σημαντικές πλευρές του τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
9.	Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που σας άρεσαν, σας ευχαριστούσαν ή που απολαμβάνατε στο παρελθόν;	1	2	3	4	5
10.	Νιώθετε απομάκρυνση, συναισθηματική απόσταση ή αποξένωση από τους άλλους ανθρώπους, σαν ξεκομμένος από αυτούς;	1	2	3	4	5
11.	Νιώθετε συναισθηματικό μούδιασμα ή νιώθετε αδύναμος/η να έχετε συναισθήματα αγάπης για τους κοντινούς σας ανθρώπους;	1	2	3	4	5
12.	Νιώθετε ότι το μέλλον σας μπορεί να είναι κατά κάποιο τρόπο πιο σύντομο, ότι δεν θα έχετε φυσιολογική διάρκεια ζωής αλλά μικρότερη, ή ότι δεν θα πραγματοποιήσετε μελλοντικά σχέδια;	1	2	3	4	5
13.	Δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος ή να παραμείνετε κοιμισμένος/η για πολύ;	1	2	3	4	5
14.	Είστε ευερέθιστος ή έχετε εκρήξεις θυμού;	1	2	3	4	5
15.	Δυσκολεύεστε να συγκεντρώσετε την προσοχή σας και να μην διασπάται η σκέψη σας;	1	2	3	4	5
16.	Νιώθετε ότι βρίσκεστε σε κατάσταση υπερβολικής επαγρύπνησης, σε υπερδιέγερση, σε εγρήγορση, σε επιφυλακή, και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;	1	2	3	4	5
17.	Νιώθετε να αιφνιδιάζεστε εύκολα, να πετιέστε από τη θέση σας απότομα, ή να έχετε αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος και να τρομάζετε εύκολα;	1	2	3	4	5

Weathers, Huska, & Keane: PCL-C for DSM-IV. National Center for PTSD, 1991.
Προσαρμογή στα Ελληνικά: Ε. Κάλμπαρη & Φ. Αναγνωστόπουλος, 2010.

Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI])

Υποδείξτε για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις/προτάσεις το βαθμό στον οποίο αυτή η αλλαγή παρουσιάστηκε στη ζωή σας, ως αποτέλεσμα της ασθένειας σας, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα:

0= δεν βίωσα αυτή την αλλαγή σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου

1= βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου

2= βίωσα αυτή την αλλαγή σε μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου

3= βίωσα αυτή την αλλαγή σε μεσαίο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου

4= βίωσα αυτή την αλλαγή σε μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου

5= βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου

		Καθόλου	Σε <u>πολύ</u> μικρό βαθμό	Σε μικρό βαθμό	Σε μεσαίο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Σε <u>πολύ</u> μεγάλο βαθμό
1.	Άλλαξα τις προτεραιότητες μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3	4	5
2.	Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής.	0	1	2	3	4	5
3.	Έχω αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα	0	1	2	3	4	5
4.	Έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.	0	1	2	3	4	5
5.	Έχω μεγαλύτερη κατανόηση για πνευματικά θέματα.	0	1	2	3	4	5
6.	Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές.	0	1	2	3	4	5
7.	Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5
8.	Έχω πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους.	0	1	2	3	4	5
9.	Είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου.	0	1	2	3	4	5
10.	Ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες.	0	1	2	3	4	5
11.	Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω καλύτερα τη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5

12.	Μπορώ να αποδεχτώ περισσότερο το πώς εξελίσσονται τα πράγματα.	0	1	2	3	4	5
13.	Εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα.	0	1	2	3	4	5
14.	Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες, οι οποίες δεν υπήρχαν πριν.	0	1	2	3	4	5
15.	Έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5
16.	Προσπαθώ περισσότερο για τις σχέσεις μου.	0	1	2	3	4	5
17.	Προσπαθώ περισσότερο να αλλάξω πράγματα που χρειάζεται να αλλαχθούν.	0	1	2	3	4	5
18.	Έχω πιο έντονη την θρησκευτική μου πίστη.	0	1	2	3	4	5
19.	Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατή απ' ότι νόμιζα.	0	1	2	3	4	5
20.	Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.	0	1	2	3	4	5
21.	Αποδέχομαι καλύτερα πως έχω ανάγκη τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (Psychosocial Adjustment to Illness; Self – Report [PAIS-SR]) *

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την επίδραση που έχει σε εσάς η ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Μας ενδιαφέρει να μάθουμε πώς η ασθένεια έχει επηρεάσει τις οικογενειακές και τις προσωπικές σχέσεις σας, καθώς επίσης την ικανότητά σας να εκτελείτε την εργασία σας και τις δουλειές του σπιτιού. Άλλες ερωτήσεις εξετάζουν την επίδραση της ασθένειας στις κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες σας κατά τον ελεύθερο σας χρόνο, αλλά και πώς σας έχει επηρεάσει αυτή συναισθηματικά.

Για να απαντήσετε σε κάθε μία ερώτηση παρακαλώ κυκλώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα την εμπειρία σας. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις και προσπαθήστε να μην παραλείψετε καμία. **Αν καμιά από τις απαντήσεις δεν περιγράφει ακριβώς την εμπειρία σας τότε επιλέξτε αυτή που είναι πιο κοντά σε αυτό που έχετε βιώσει.**

Θα θέλαμε να αναφερθείτε στις **τελευταίες 30 ημέρες**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής. **Απαντήστε κάθε ερώτηση ανάλογα με την εμπειρία σας μέσα σε αυτό το διάστημα.** Σε περίπτωση που νοσηλεύεστε αυτή την στιγμή παρακαλώ αναφερθείτε στην εμπειρία σας για τις 30 ημέρες πριν μπείτε στο Νοσοκομείο.

Μερικές ερωτήσεις προϋποθέτουν ότι είστε έγγαμοι/ες ή ότι έχετε μόνιμο σύντροφο. Άλλες ερωτήσεις αναφέρονται στις οικογενειακές σας σχέσεις. Αν αυτές οι ερωτήσεις δεν σας αφορούν επειδή δεν είστε έγγαμοι/ες, ή δεν έχετε σύντροφο ή οικογένεια, σας παρακαλώ να τις αφήσετε κενές. Προσπαθήστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που σας αφορούν.

Κάποιες ερωτήσεις αναφέρονται στην εργασία και στην απόδοση που έχετε στην εργασία σας. Αν εργάζεσθε με πλήρη ή μερική απασχόληση απαντήστε αυτές τις ερωτήσεις αναφορικά με την εργασία που έχετε. Αν είστε φοιτητής/τρια απαντήστε σχετικά με τα μαθήματα σας. Αν ασχολείστε με τα οικιακά απαντήστε σαν οι δουλειές του σπιτιού, οι γείτονες κλπ. να είναι το επαγγελματικό σας περιβάλλον.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

1. Ποια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει καλύτερα την στάση που κρατάτε συνήθως σχετικά με την φροντίδα της υγείας σας;

- A) Ανησυχώ πολύ και δίνω μεγάλη προσοχή στην προσωπική μου υγεία.
- B) Τον περισσότερο καιρό φροντίζω την υγεία μου ανάλογα με τις ανάγκες που υπάρχουν.
- Γ) Συνήθως προσπαθώ να μεριμνώ για τα θέματα της υγείας μου, αλλά κάποιες φορές δεν τα καταφέρνω.
- Δ) Δεν με απασχολεί τόσο πολύ η φροντίδα της υγείας μου.

2. Η παρούσα ασθένειά σας πιθανόν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα από τη δική σας πλευρά. Παρακαλώ επιλέξτε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα την αντίδρασή σας.

A) Φροντίζω τον εαυτό μου σχεδόν με τον ίδιο τρόπο που πάντα τον φρόντιζα και δεν ανησυχώ, ούτε δίνω ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα που αφορούν την ασθένεια μου.

B) Προσπαθώ να κάνω όλα αυτά που χρειάζονται για να φροντίσω τον εαυτό μου, αλλά πολλές φορές το ξεχνάω ή είμαι πολύ κουρασμένος/η ή απασχολημένος/η.

Γ) Καταφέρνω καλά να φροντίζω για θέματα που αφορούν την παρούσα ασθένειά μου.

Δ) Δίνω μεγάλη προσοχή στις ανάγκες μου σχετικά με το πρόβλημα υγείας και κάνω ό,τι μπορώ για να φροντίσω τον εαυτό μου.

3. Γενικά, πώς νιώθετε για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που είναι διαθέσιμη σήμερα και τους γιατρούς που την παρέχουν;

A) Η ιατρική φροντίδα είναι καλύτερη από ποτέ και οι γιατροί που την παρέχουν κάνουν εξαιρετική δουλειά.

B) Η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται είναι πολύ καλή, αν και υπάρχουν ορισμένα σημεία που θα μπορούσαν να βελτιωθούν.

Γ) Η ιατρική φροντίδα και οι γιατροί δεν είναι της ίδιας ποιότητας που ήταν κάποτε.

Δ) Δεν έχω μεγάλη εμπιστοσύνη στους γιατρούς και την ιατρική φροντίδα σήμερα.

4. Κατά την διάρκεια της ασθένειάς σας λάβατε κάποια θεραπεία και από γιατρούς και από άλλο προσωπικό. Πώς νιώθετε για αυτούς και για την θεραπεία στην οποία υποβλήθήκατε;

A) Είμαι πολύ δυσαρεστημένος/η με την θεραπεία που έχω πάρει και δεν πιστεύω πως το προσωπικό έκανε ό,τι μπορούσε για εμένα.

B) Δεν έχω εντυπωσιαστεί με την θεραπεία που έλαβα, αλλά πιστεύω πως είναι πιθανότατα η καλύτερη που μπορούν να προσφέρουν.

Γ) Η θεραπεία ήταν αρκετά καλή στο σύνολό της, παρόλο που υπήρχαν μερικά προβλήματα.

Δ) Η θεραπεία και το προσωπικό υπήρξαν εξαιρετικοί.

ΕΝΟΤΗΤΑ II

1. Η ασθένειά έχει επηρεάσει αρνητικά την ικανότητά σας να φέρετε εις πέρας την εργασία σας (ή τις σπουδές σας);

A) Κανένα πρόβλημα με τη δουλειά μου.

B) Κάποια προβλήματα, αλλά μικρά.

Γ) Κάποια σοβαρά προβλήματα.

Δ) Η ασθένεια με έχει τελείως παρεμποδίσει στη δουλειά μου.

2. Πόσο καλά εκτελείτε σωματικά την εργασία σας (τις σπουδές σας);

A) Καθόλου καλά B) Όχι τόσο καλά Γ) Επαρκώς Δ) Πολύ καλά

6. Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση των προβλημάτων με τους συνεργάτες σας (συμφοιτητές, γείτονες) από τότε που αρρωστήσατε;

- A) Μεγάλη αύξηση των προβλημάτων.
- B) Μέτρια αύξηση των προβλημάτων.
- Γ) Ελάχιστη αύξηση των προβλημάτων.
- Δ) Καμία.

ΕΝΟΤΗΤΑ III

1. Πως θα περιγράφατε την σχέση με τον/την σύζυγο σας (ή σύντροφό σας) από τότε που αρρωστήσατε;

- A) Καλή B) Μέτρια Γ) Άσχημη Δ) Πολύ άσχημη

2. Πως θα περιγράφατε γενικά τις σχέσεις σας με άλλα άτομα που μένετε μαζί (π.χ., παιδιά, γονείς, συγγενείς) από τότε που αρρωστήσατε;

- A) Πολύ άσχημες
- B) Άσχημες
- Γ) Μέτριες
- Δ) Καλές

3. Πόσο έχει επηρεάσει η ασθένεια την εργασία σας ή τις ευθύνες σας μέσα στο σπίτι;

- A) Καθόλου
- B) Μικρά προβλήματα που ξεπερνιούνται εύκολα
- Γ) Μέτρια προβλήματα που δεν μπορούν όλα να ξεπερασθούν
- Δ) Σοβαρές δυσκολίες με τα καθήκοντα του νοικοκυριού

4. Στους τομείς που η ασθένειά σας έχει προκαλέσει προβλήματα με τις δουλειές του σπιτιού, πόσο έχει προσπαθήσει η οικογένειά σας να σας βοηθήσει (αναλαμβάνοντας ο καθένας διαφορετικά καθήκοντα);

- A) Η οικογένειά μου δεν έχει καταφέρει να με βοηθήσει καθόλου
- B) Η οικογένειά μου έχει προσπαθήσει να με βοηθήσει, αλλά πολλά πράγματα έχουν μείνει στην μέση.
- Γ) Η οικογένειά μου έχει καταφέρει να με βοηθήσει στα περισσότερα, εκτός από λίγα μικροπράγματα
- Δ) Δεν αντιμετωπίζω κανένα πρόβλημα με τις δουλειές του σπιτιού.

ΕΝΟΤΗΤΑ IV

1. Μερικές φορές μια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε μια σχέση. Έχει η ασθένειά σας δημιουργήσει προβλήματα με τον/την σύζυγό (ή τον/την σύντροφό) σας;

A) Δεν έχει υπάρξει αλλαγή στη σχέση μας

B) Έχουμε απομακρυνθεί κάπως από τότε που αρρώστησα

Γ) Έχουμε σίγουρα απομακρυνθεί από τότε που αρρώστησα

Δ) Έχουμε σοβαρά προβλήματα στην σχέση μας ή χωρίσαμε από τότε που αρρώστησα

2. Μερικές φορές όταν οι άνθρωποι είναι άρρωστοι αναφέρουν έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Έχει μειωθεί το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον από τότε που αρρωστήσατε;

A) Απολύτως κανέναν σεξουαλικό ενδιαφέρον από τότε που αρρώστησα

B) Μια αξιοσημείωτη μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος

Γ) Μια ελαφριά μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος

Δ) Καμία μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος

ΕΝΟΤΗΤΑ V

1. Έχετε την ίδια επαφή που είχατε συνήθως (είτε προσωπικά είτε τηλεφωνικά) με συγγενικά πρόσωπα που δεν μένουν μαζί σας, από τότε που αρρωστήσατε;

A) Η επαφή είναι η ίδια (ή και μεγαλύτερη) από τότε που αρρώστησα

B) Η επαφή έχει ελαττωθεί ελαφρώς

Γ) Η επαφή έχει ελαττωθεί αξιοσημείωτα

Δ) Καμία επαφή από τότε που αρρώστησα

2. Έχετε το ίδιο ενδιαφέρον που είχατε πριν την ασθένεια να βρεθείτε με αυτά τα συγγενικά πρόσωπα;

A) Λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον να βρεθώ μαζί τους

B) Το ενδιαφέρον είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με πριν

Γ) Το ενδιαφέρον είναι ελαφρώς μικρότερο

Δ) Το ενδιαφέρον είναι το ίδιο (ή μεγαλύτερο) από τότε που αρρώστησα

ΕΝΟΤΗΤΑ VI

1. Ενδιαφέρεστε ακόμα για τις δραστηριότητες ή τα χόμπι που είχατε στον ελεύθερό σας χρόνο, πριν από την ασθένεια;

A) Το ίδιο ενδιαφέρον με πριν

- B) Ελαφρώς μειωμένο ενδιαφέρον σε σχέση με πριν
- Γ) Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον σε σχέση με πριν
- Δ) Ελάχιστο ή καθόλου ενδιαφέρον σε σχέση με πριν

2. Συμμετέχετε ακόμα ενεργά σε αυτές τις δραστηριότητες?

- A) Ελάχιστη ή καθόλου συμμετοχή τώρα
- B) Η συμμετοχή μου έχει μειωθεί σημαντικά
- Γ) Η συμμετοχή μου έχει μειωθεί ελάχιστα
- Δ) Η συμμετοχή μου παραμένει η ίδια

ΕΝΟΤΗΤΑ VII

1. Έχετε τελευταία αισθανθεί φοβισμένος/η, σφιγμένος/η, νευρικός/η, ή ανήσυχος/η;

- A) Καθόλου B) Ελάχιστα Γ) Αρκετά Δ) Πάρα Πολύ

2. Έχετε τελευταία αισθανθεί λυπημένος/η, θλιμμένος/η, χωρίς ενδιαφέρον για τα πράγματα ή χωρίς ελπίδα;

- A) Πάρα Πολύ B) Αρκετά Γ) Ελάχιστα Δ) Καθόλου

Ευχαριστούμε για το χρόνο που αφιερώσατε για να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο. Σιγουρευτείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις. Αν έχετε απορίες μπορείτε να ρωτήσετε. Στην περίπτωση που θα απαντήσετε ταχυδρομικά, γράψτε τις απορίες σας στο χώρο που υπάρχει παρακάτω. Σας παρακαλούμε να επιστρέψετε το ερωτηματολόγιο το συντομότερο δυνατόν.

Copyright © 1978, 1983, 2010 by Leonard R. Derogatis, PhD. Translated with permission of the author. All rights reserved.

* Παραθέτουμε ένα μέρος του ερωτηματολογίου

Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

- Άριστη.....1
Πολύ καλή..... 2
Καλή..... 3
Κακή..... 4

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

- Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν..... 1
Κάπως καλύτερα τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν..... 2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν..... 3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν..... 4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν..... 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Πολύ	όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες , όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή το σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2

γ. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή των άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε πιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες.

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα.....	2
Μέτρια.....	3
Αρκετά.....	4
Πάρα πολύ.....	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου.....	1
Πολύ ήπιο.....	2
Ήπιο.....	3
Μέτριο.....	4
Έντονο.....	5
Πολύ έντονο.....	6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου.....	1
Λίγο.....	2
Μέτρια.....	3
Αρκετά.....	4
Πάρα πολύ.....	5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας **τις τελευταίες 4 εβδομάδες**. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

(βάλτε μέσα σε κύκλο ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6

δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Συνεχώς..... 1
 Το μεγαλύτερο διάστημα..... 2
 Μερικές φορές..... 3
 Μικρό διάστημα..... 4
 Καθόλου..... 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(βάλτε μέσα σε κύκλο ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα	1	2	3	4	5

χειροτερεύσει					
δ. Η υγεία μου είναι άριστη	1	2	3	4	5

SF-36® Health Survey © 1998, 2002 by J Ware, Jr., MOT, Health Assessmentt Lab, QualityMetric Incorporated-All rights reserved. SF-36® IS A REGISTERES TRADEMARK OF THE Medical Outcomes Trust (MOT) (IQOLA SF-36 Greek (Greece) Standard Version 1.1)



ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αντικείμενο έρευνας: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που προβλέπουν την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. **Σχολή/Τμήμα:** Πάντειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα Ψυχολογίας

1. Σκοπός:

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή και ψυχική υγεία γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά τη διάγνωση και την ολοκλήρωση της θεραπείας.

2. Διαδικασία:

Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου που έχει διαμορφωθεί στο πλαίσιο έρευνας για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής.

3. Κόστος έρευνας:

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

4. Οφέλη:

Οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών εκείνων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών με καρκίνο του μαστού καθώς επίσης στον σχηματισμό ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

5. Εμπιστευτικότητα:

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα, δεν τίθεται θέμα εμπιστευτικότητας.

6. Δικαίωμα μη – συμμετοχής:

Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στην έρευνα, με την μη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

7. Στοιχεία επικοινωνίας: Αν υπάρχουν επιπλέον ερωτήσεις ή σχόλια σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια ως ακολούθως: ...

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω πληροφορίες και συμφωνώ να παραλάβω το ερωτηματολόγιο.

Συνοδευτική Επιστολή

Αγαπητή κυρία,

Ο παρών φάκελος περιλαμβάνει ένα πακέτο ερωτηματολογίων τα οποία αναφέρονται στο πώς αντιμετωπίσατε το πρόβλημα της ασθένειας. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή και ψυχική υγεία γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά τη διάγνωση και την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που έχουν διαμορφωθεί στο πλαίσιο έρευνας για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις και προσπαθήστε να μην παραλείψετε καμιά (τα ερωτηματολόγια είναι τυπωμένα και στις δύο πλευρές).

Αφού συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που βρίσκονται στο φάκελο, σας παρακαλώ τοποθετείστε τα ξανά στον ίδιο φάκελο και ταχυδρομείστε τον. Ο κάθε φάκελος έχει πάνω τα απαραίτητα γραμματόσημα, ώστε να μην επιβαρυνθείτε εσείς οικονομικά. Το μόνο που χρειάζεται να κάνετε είναι να τα βάλετε σε ένα ταχυδρομικό κουτί. Θα ήταν ιδιαιτέρως σημαντικό ο φάκελος να επιστραφεί εντός μίας εβδομάδας.

Ο φάκελος περιέχει επίσης ένα δελτίο συγκατάθεσης το οποίο καλείστε να υπογράψετε αν θέλετε να συμμετάσχετε στην μελέτη. Αν και στις δημογραφικές ερωτήσεις ζητείται να αναφέρετε το όνομα σας δεν τίθεται θέμα εμπιστευτικότητας διότι στην συνέχεια τα ονόματα θα καταστραφούν και δεν θα αναφέρονται πουθενά.

Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη, διότι οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης θα συμβάλλουν στον σχηματισμό ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα αφιερώσετε για να συμπληρώσετε το παρόν πακέτο ερωτηματολογίων. Αν έχετε απορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στα τηλέφωνα ...