



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
Σχολή Επιστημών του Ανθρώπου
Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Συμβουλευτική στην
Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία»

**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ,
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΥΠΑΡΕΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγγραφή: Διάκου Ελένη

Μέλη τριμελούς επιτροπής:

Κλεφτάρας Γιώργος-Επιβλέπων Καθηγητής

Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής Παν. Θεσσαλίας

Βλάχου Αναστασία

**Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής Παν.
Θεσσαλίας**

Λουμάκου Μαρία

Καθηγήτρια Τμήματος Ψυχολογίας Εθνικού & Καποδιστριακού Παν. Αθηνών

ΒΟΛΟΣ ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Λιάκου Έλενα, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Καταθλιπτική Συμπτωματολογία, Πνευματικότητα, Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων και Υπαρξιακό Άγχος σε άτομα με Καρκίνο», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη και η αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ατόμων με καρκίνο στην Ελλάδα, σε σχέση με την πνευματικότητα (ο προσανατολισμός σε μια υπερβατική πραγματικότητα, η πίστη σε μια ανώτερη δύναμη), τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες ενός ατόμου να διαχειριστεί, δηλαδή να μειώσει, να αποφύγει ή να ανεχθεί αγχογόνες καταστάσεις) και το υπαρξιακό άγχος (το άγχος που αναδύεται από την ενασχόληση με θεμελιώδη υπαρξιακά ερωτήματα), καθώς ο συγκεκριμένος πληθυσμός θεωρείται επιρρεπής στην κατάθλιψη.

Η έρευνα έγινε σε δείγμα 79 ατόμων που νοσούν ή έχουν νοσήσει από καρκίνο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (QD2. Pichot, Boyer, Pull, Rein, Simon & Thibault, 1984), η Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων (ASPIRES. Piedmont, 1999), η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ. Καραδήμας, 1998, προσαρμογή του Ways of Coping Questionnaire των Lazarus & Folkman, 1984) και το Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακού Άγχους (EAQ. Weems, Costa, Dehon, & Berman, 2004).

Σε γενικές γραμμές, οι υποθέσεις μας επιβεβαιώθηκαν όσον αφορά τη σημαντική συσχέτιση του υπαρξιακού άγχους και ορισμένων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με την κατάθλιψη, εν μέρει επιβεβαιώθηκε η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της πνευματικότητας, ενώ επιβεβαιώθηκε η υπόθεση μας ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παρουσιάζει μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία

Λέξεις-Κλειδιά: Καταθλιπτική συμπτωματολογία, πνευματικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, υπαρξιακό άγχος, άτομα με καρκίνο.

ABSTRACT

The purpose of the present study was the investigation and the evaluation of the depressive symptomatology of cancer patients in Greece, in relation to spirituality (the connection to some larger reality, the belief in superior meaning and purpose to life), stress-related coping strategies (cognitive and behavioral efforts of a person to minimize, overcome or tolerate stress) and existential anxiety (the anxiety that may arise from the contemplation of life's ultimate questions), since this population is considered vulnerable to developing depressive symptoms.

The sample of the present study consisted of 79 cancer patients. The questionnaires that were administered were the Questionnaire of Self Evaluated Depressive Symptomatology (QD2. Pichot, 1984), the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments Scale (ASPIRES. Piedmont, 1999), the Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1984) and the Existential Anxiety Questionnaire (EAQ. Weems, Costa, Dehon, & Berman, 2004).

Generally, the hypothesis of the significant correlations between depressive symptomatology and spirituality, stress-related coping strategies and existential anxiety partly confirmed, whereas the hypothesis that the sample shows high depressive symptomatology was confirmed.

Key Words: Depressive symptomatology, spirituality, stress-related coping strategies, existential anxiety, cancer patients.

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελέτες έχουν δείξει πως τα άτομα με καρκίνο παρουσιάζουν και κατάθλιψη. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ατόμων με καρκίνο στην Ελλάδα, σε σχέση με την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και το υπαρξιακό άγχος, καθώς η κατάθλιψη δεν έχει διερευνηθεί στον Ελλαδικό χώρο, μέσα από το πρίσμα των παραπάνω μεταβλητών και μάλιστα σε δείγμα ατόμων με καρκίνο.

Συνολικά 79 άτομα που βρίσκονταν σε διάφορες φάσεις της ασθένειας, συμμετείχαν στην έρευνα. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω των Συλλόγων Καρκινοπαθών Έδεσσας και Λάρισας και ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (QD2. Pichot, Boyer, Pull, Rein, Simon & Thibault, 1984), η Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων (ASPIRES. Piedmont, 1999), η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ. Καραδήμας, 1998, προσαρμογή του Ways of Coping Questionnaire των Lazarus & Folkman, 1984) και το Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακού Άγχους (EAQ. Weems, Costa, Dehon, & Berman, 2004).

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 54,94 έτη, με διάφορους τύπους καρκίνου και με μέσο όρο έτους διάγνωσης το 2010. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι τα άτομα με καρκίνο εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα που χαρακτηρίζονται από μέτρια έως σοβαρά. Η διάσταση της πνευματικότητας, πιο συγκεκριμένα η πίστη σε μια ανώτερη δύναμη και σκοπό, σχετίστηκε αρνητικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, ενώ το υπαρξιακό άγχος φάνηκε να συνυπάρχει με την κατάθλιψη. Επιπλέον, όταν τα άτομα με καρκίνο αντιμετωπίζουν την κατάσταση τους με έναν θετικό τρόπο, χρησιμοποιώντας στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα και δρώντας ενεργητικά και διεκδικητικά, έχουν μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ όταν τείνουν να ξεπερνούν τα πιθανά προβλήματα τους, ευχόμενοι να συμβεί ένα θαύμα οι πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνονται. Η συναισθηματική αντίδραση της άρνησης, δηλαδή η τάση του ατόμου να

επανεκτιμά την κατάσταση, μειώνοντας ή αγνοώντας την πραγματική σημασία της, συνδέθηκε αρνητικά με την κατάθλιψη.

Επιπλέον, όσο τα άτομα προχωρούν από τη θεραπεία στην παρακολούθηση και τελικά στην ίαση, τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το υπαρξιακό άγχος ενώ αυξάνεται η τάση για αναζήτηση νοήματος και σκοπό στη ζωή και παράλληλα αναζητούν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη.

Τέλος, η έρευνα μας έδειξε ότι οι πιθανοί παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την κατάθλιψη στα άτομα με καρκίνο είναι η αναζήτηση σκοπού και νοήματος στη ζωή, η επαναξιολόγηση και ο επαναπροσδιορισμός των καταστάσεων με θετικό τρόπο και η έννοια της αυτοεπιβεβαίωσης όσον αφορά την ηθική, το να ζει δηλαδή το άτομο σύμφωνα με ορισμένα καθολικά πρότυπα.

Η παρούσα έρευνα, φανερώνει την ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων συμβουλευτικής για άτομα με καρκίνο, τα οποία θα λαμβάνουν υπόψη τους την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτό, καθώς και τις μεταβλητές της πνευματικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του υπαρξιακού άγχους, που μπορεί να μειώνουν ή να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το καθηγητή και πρόεδρο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» κ. Γιώργο Κλεφτάρα, κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την υπομονή κατά τη διάρκεια υλοποίησης της διπλωματικής εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την ψυχολόγο και συνεργάτη του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία», Κυριακή Γιώτα, για την πολύτιμη βοήθεια, την καθοδήγηση και τις χρήσιμες συμβουλές που μου παρείχε.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και στην οικογένεια μου για τη στήριξη της με κάθε τρόπο, σε όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	1
1.1 Καρκίνος.....	1
1.2 Καρκίνος και Κατάθλιψη.....	2
1.3 Καρκίνος και Πνευματικότητα.....	4
1.4 Πνευματικότητα και Κατάθλιψη.....	7
1.5 Καρκίνος και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων.....	8
1.6 Κατάθλιψη και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων.....	12
1.6.1 Η Πνευματικότητα σαν Στρατηγική Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων.....	13
1.7 Καρκίνος και Υπαρξιακό Άγχος.....	15
1.8 Κατάθλιψη και Υπαρξιακό Άγχος.....	17
1.9 Σύνθεση - Υποθέσεις.....	18
1.9.1 Υποθέσεις.....	20
1.9.1.1 Γενικές υποθέσεις.....	20
1.9.1.2 Ειδικές υποθέσεις.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	20
2.1 Δείγμα.....	20
2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	23
2.2.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών.....	24
2.2.2 Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive - QD2).....	24
2.2.3 Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων (Assessment of Spirituality and Religion Sentiments - SPIRES).....	25
2.2.4 Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων - ΣΑΑΚ (Ways of Coping).....	27
2.2.5 Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακού Άγχους (Existential Anxiety Questionnaire - EAQ).....	28
2.3 Διαδικασία - Συλλογή υλικού.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	29
3.1 Παραγοντική Δομή των Ερωτηματολογίων.....	29
3.1.1 Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive - QD2).....	30
3.1.2 Παραγοντική ανάλυση Κλίμακας Αξιολόγησης των Πνευματικής Υπερβατικότητας (ST) από την Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων (Assessment of Spirituality and Religion Sentiments - SPIRES).....	32
3.1.3 Παραγοντική ανάλυση Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων - ΣΑΑΚ (Ways of Coping).....	35
3.1.4 Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Υπαρξιακού Άγχους (Existential Anxiety Questionnaire - EAQ).....	37
3.2 Συγκρίσεις μέσω όρων μεταξύ των ατόμων με την χαμηλή, μέτρια και υψηλή Καταθλιπτική Συμπτωματολογία.....	39

3.3 Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με τη Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος.....	40
3.3.1 Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή Καταθλιπτική Συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις της Πνευματικότητας, των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων και του Υπαρξιακού Άγχους.....	43
3.4 Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας, της παρακολούθησης-follow up και της ίασης ως προς την Καταθλιπτική Συμπτωματολογία, την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος.....	50
3.5 Προβλεπτικοί Παράγοντες της Κατάθλιψης.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	55
4.1 Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος.....	56
4.1.1 Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και την υψηλή Καταθλιπτική Συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις της Πνευματικότητας, των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων καταστάσεων και του Υπαρξιακού Άγχους.....	60
4.2 Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας, της παρακολούθησης-follow up και της ίασης ως προς την Καταθλιπτική Συμπτωματολογία, την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος.....	61
4.3 Προβλεπτικοί Παράγοντες Κατάθλιψης.....	63
4.4 Περιορισμοί Έρευνας.....	66
4.5 Προτάσεις.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Καρκίνος

Ο καρκίνος είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και μία από τις σημαντικότερες ασθένειες που προκαλούν το θάνατο (Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Combet & Boyle, 2007. Spoletini, Gianni, Repetto, Bria, Caltagirone, Bossu, & Spalletta, 2008). Ο καρκίνος αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας για τις ανεπτυγμένες χώρες και ευθύνεται για το 13% όλων των θανάτων παγκοσμίως (Καραπούλιος, Γκέτσιος, Ρίζου, Τσικλιτάρα, Κωστοπούλου, Μπαλοδήμου & Μάργαρη, 2013). Παρά την πρόοδο στην πρόληψη, στη διάγνωση αλλά και στη θεραπεία της δυσίατης αυτής ασθένειας, ο αριθμός των ατόμων με ιστορικό καρκίνου συνεχίζει να αυξάνεται (Ηγουμενίου, 2010). Μια τέτοια ασθένεια προκαλεί δυσκολίες στη ζωή ενός ατόμου που μπορεί να είναι εξαιρετικά σοβαρές, δεδομένου ότι είναι απειλητική για την ίδια τη ζωή του (Ferlay et al., 2007).

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι πιο συχτές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως, κατά φθίνουσα σειρά, είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα
- Ο καρκίνος του στομάχου
- Ο καρκίνος του ήπατος
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου
- Ο καρκίνος του μαστού (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υ.Υ.Κ.Α., 2011)

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό,τι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες. Μεταξύ των 34 χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α, η Ελλάδα κατατασσόταν το 2004 στη 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23η στις γυναίκες (Υ.Υ.Κ.Α, 2011).

Ωστόσο στη χώρα μας, σε αντίθεση με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, παρατηρείται μεταξύ των ετών 1980-2004, σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Στους άνδρες (αλλά τώρα πια και στις γυναίκες), πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο

καρκίνος του πνεύμονα, και ακολουθούν του προστάτη και του παχέος εντέρου. Στις γυναίκες, πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθούν του μαστού και του παχέος εντέρου. Μια πρόσφατη μελέτη, έδειξε ότι η θνησιμότητα εξαιτίας του καρκίνου μειώθηκε κατά 30,5% μετά από σύγκριση που έγινε μεταξύ των περιόδων 1980-1984 και 2000-2007, γεγονός που εν μέρει αποδίδεται στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Υ.Υ.Κ.Α, 2011).

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), λόγω της αυξητικής τάσης του καρκίνου σε όλο τον κόσμο, οι θάνατοι, από 7,6 εκατομμύρια που ήταν το 2008, μέχρι το 2030 αναμένεται να φτάσουν 13,1 εκατομμύρια (Υ.Υ.Κ.Α, 2011).

Η φροντίδα του ασθενή με καρκίνο συχνά εκτείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και περιλαμβάνει τα στάδια της διερεύνησης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της παρακολούθησης και της αποκατάστασης (Spoletini et al., 2008). Η αντιμετώπιση του καρκίνου περιλαμβάνει έναν συνδυασμό από ιατρικές παρεμβάσεις. Το άτομο που νοσεί από καρκίνο είναι πιθανό να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, σε χημειοθεραπεία, σε ακτινοβολία και να λάβει φαρμακευτική αγωγή (World Health Organization, 2009).

Ο καρκίνος επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή. Σωματικά, επέρχεται η σταδιακή εξασθένιση λόγω της κακοήθειας, αλλά και των παρενεργειών της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς είναι ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι ιατρικές παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην οικογένεια ή στον σύντροφο, οι επιπτώσεις στη δουλειά, το σχολείο ή σε ασχολίες στο σπίτι, το άγχος και η υπερένταση, ο φόβος, η κατάθλιψη, η κατάρπωση (Massie, 2004. Καραπούλιος και συν., 2013).

1.2. Καρκίνος και Κατάθλιψη

Παρά την έγκαιρη ανίχνευση και την αποτελεσματική θεραπεία, ο καρκίνος παραμένει μια από τις πιο επίφοβες ασθένειες, εξαιτίας της σχέσης του όχι μόνο με το θάνατο, αλλά και με την κακή ποιότητα ζωής. Ανάμεσα στα πιο κοινά συμπτώματα του καρκίνου είναι η κατάθλιψη. (Massie, 2004. Carr, Goudas, Lawrence, Pirl, Lau, DeVine, Kupelnick, & Miller, 2002. Καραπούλιος και συν., 2013).

Η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα, μέχρι την βαριά κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998. Kleftaras, 2004). Σήμερα, η κατάθλιψη εκτιμάται να επηρεάζει 350 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως (Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012). Αποτελεί μια από τις πιο συχνές και θεραπεύσιμες ψυχικές διαταραχές και σχετίζεται με την απώλεια της ελπίδας και του νοήματος στη ζωή ενός ατόμου. (Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps, & Klip, 2001). Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Κλεφτάρας, 1998. Kleftaras, 2004). Περιλαμβάνει συμπτώματα όπως απώλεια ενδιαφερόντων, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής, αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές στον ύπνο ή/και στην όρεξη και μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης. Στην πιο βαριά μορφή της, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Όταν είναι ήπια, οι άνθρωποι μπορούν να την αντιμετωπίσουν χωρίς φάρμακα, αλλά όταν η κατάθλιψη είναι σοβαρή χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία (Marcus et al, 2012). Είναι σημαντικό να γίνει διαχωρισμός της φυσιολογικής καταθλιπτικής διάθεσης ή θλίψης που μπορεί να συμβεί στον καθένα, με την κατάθλιψη ως ψυχοπαθολογική διαταραχή (Κλεφτάρας, 1998. Kleftaras, 2004). Σε γενικές γραμμές, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

- Συναίσθημα (καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος)
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα (διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, ψυχοκινητική επιβράδυνση/διέγερση, κόπωση, εξάντληση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης)
- Κινητοποίηση (απώλεια ενδιαφέροντος, ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας)
- Σκέψη-Αντίληψη (σκέψεις/αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση) (Μάνος, 1997).

Ο καρκίνος και οι καταθλιπτικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν. Μετά τη διάγνωση της νόσου, το άτομο αντιμετωπίζει έντονες προσωπικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις σαν αποτέλεσμα της προσπάθειάς του να αντιμετωπίσει την νέα οδυνηρή αυτή κατάσταση (Stanton, Danoff-Burg, &

Huggins, 2002). Μεταξύ των ατόμων με διάγνωση καρκίνου, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα υψηλό ποσοστό, με ένα μέσο σημείο επικράτησης 15% έως 29% που είναι περίπου τρεις, έως πέντε φορές μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό (Carr et al., 2002. Spiegel & Giese-Davis, 2003). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μισοί περίπου ασθενείς με καρκίνο, αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες, ανάμεσα στις οποίες είναι και η κατάθλιψη (Sellick & Crook, 1999). Έτσι, σε μια σειρά πρόσφατων ερευνών, βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του καρκίνου (Καραπούλιος και συν., 2013. Kadan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang & Prigerson, 2005. Miovic & Block, 2007). Ωστόσο, ποικίλα αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και αυτό εξαιτίας της ετερογένειας των διαγνώσεων καρκίνου καθώς και των τύπων καρκίνου (Loberiza, Rizzo, Bredeson, Antin, Horowitz, Weeks & Lee, 2002).

Υπάρχει μια ποικιλία ερωτηματολογίων αυτο-αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται σε διάφορες μελέτες για τον εντοπισμό των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ άλλες μελέτες χρησιμοποιούν δομημένες συνεντεύξεις για τη διάγνωση. Διαφορετικές ρυθμίσεις, διαφορετικές χρονικές στιγμές μέτρησης, διαφορετικοί πολιτισμοί και διαφορετικές μορφές καρκίνου αλλά και άλλοι παράγοντες καθιστούν ακόμα πιο δύσκολη την αξιολόγηση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο (Mitchell, Chan, Bhatti, Halton, Grassi, & Johansen, 2011. Sharpe, Strong, Allen, Rush, Postma & Tulloh, 2004).

Σε μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που βρίσκονταν σε φάση χημειοθεραπείας, βρέθηκαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης ήταν 18%, ενώ του άγχους 10% επί του δείγματος (128 ασθενείς) (Καραπούλιος και συν., 2013).

1.3. Καρκίνος και Πνευματικότητα

Η διάσταση της πνευματικότητας φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους. Τα επίπεδα πνευματικότητας και πνευματικής ευημερίας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο (Peteet & Balboni, 2013. Puchalski, 2012). Η έννοια της πνευματικότητας μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να βρουν ένα βαθύτερο νόημα και να βιώσουν μια αίσθηση προσωπικής

ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου αλλά και αφού το ξεπεράσουν (Vachon, 2008).

Η πνευματικότητα ορίζεται ως μια υπερβατική διάσταση, εντός της ανθρώπινης εμπειρίας και αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αναζητούν και εκφράζουν το νόημα και το σκοπό της ζωής τους και στον τρόπο που βιώνουν τις στιγμές, τη σύνδεση με τον εαυτό τους, με τους άλλους, με τη φύση (Ver Beek, 2000). Η πνευματικότητα αφορά την αίσθηση της σύνδεσης του ατόμου με μια υπερβατική δύναμη ή έναν υπερβατικό σκοπό και μπορεί να διακριθεί σε θρησκευτική, με προσανατολισμό το Θεό, σε φυσική, προσανατολισμένη στη σχέση του ανθρώπου με τη φύση και ανθρωπιστική, με επίκεντρο τον άνθρωπο και τις δυνατότητες του (Zinnbauer, Pargament, Cole, Rye, Butter, Belavich, Hipp, Scott, & Kadar, 1997. Mytko & Knight, 1999).

Το στοιχείο της πίστης στην πνευματικότητα, συνδέεται συχνότερα με τη θρησκεία και τη θρησκευτική πίστη, ενώ το στοιχείο της υπερβατικής διάστασης στην πνευματικότητα, αποτελεί μια ευρύτερη έννοια όπου υπάρχει σε θρησκευόμενα και μη άτομα (Τζούνης, Τζούνη, Γκούβα, Παπασταύρου, Κοτρώτσιου, & Γουργουλιάνης, 2009). Η θρησκεία και η πνευματικότητα είναι δυο έννοιες που συχνά επικαλύπτονται και η προσπάθεια μέτρησης της πνευματικότητας σαν μια ξεχωριστή μεταβλητή από την θρησκευτικότητα είναι αρκετά δύσκολη (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson & Zinnbauer, 2000). Η θρησκευτικότητα ορίζεται ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με μια οργανωμένη δομή και αναφέρεται στη συμμετοχή ενός ατόμου σε ένα σύστημα λατρείας και την ενεργή άσκηση θρησκευτικών καθηκόντων. Ωστόσο, σκοπός των περισσότερων θρησκειών είναι να καλλιεργούν την πνευματικότητα στα μέλη της, και αυτό πιθανόν να προκαλεί την επικάλυψη μεταξύ των εννοιών της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (Hill et al, 2000).

Η πνευματικότητα μπορεί να είναι ως εκ τούτου, μέρος μιας πίστης ή μιας θρησκευτικής κοινότητας (θρησκευτική πνευματικότητα), αλλά όχι κατ' ανάγκη, ενσωματώνοντας επίσης μη θρησκευτικές έννοιες (φυσικό/ανθρωπιστική πνευματικότητα) (Mytko & Knight, 1999. Τζούνης, Παπασταύρου, Γκούβα, Κοτρώτσιου, Παραλίκας, Παπαθανασίου, Λαχανά, & Τζούνη, 2008).

Μερικές από τις πιο κοινές μετρήσεις της θρησκευτικότητας αφορούν τη συχνότητα συμμετοχής σε θρησκευτικές τελετές, το νόημα της θρησκείας σε ένα άτομο και την εγγύτητα προς τους άλλους σε μια θρησκευτική ομάδα. Οι μετρήσεις της πνευματικότητας συνήθως περιλαμβάνουν την πίστη κάποιου στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη, την ατομική προσευχή ή το διαλογισμό, την αίσθηση της παρουσίας ή την καθοδήγηση του Θεού εν μέσω των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου, το να βιώνει μια σύνδεση με τη ζωή και τη φύση (Ver Beek, 2000). Με τη στενή έννοια, η πνευματικότητα μπορεί να οριστεί ως μια αναζήτηση του «ιερού» στη ζωή, μέσω οποιασδήποτε εμπειρίας ή διαδρομής. (Mytko & Knight, 1999).

Σύμφωνα με τον Breitbart (2001), υπαρξιακά και πνευματικά θέματα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των νέων προσεγγίσεων που αφορούν την φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. Έννοιες όπως το νόημα της ζωής, η ελπίδα και η πνευματικότητα, λαμβάνουν όλο και περισσότερο την προσοχή των επιστημόνων και ερευνητών που ασχολούνται με τον καρκίνο. Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμπεριέλαβε στον οδηγό φροντίδας των ασθενών με καρκίνο τη διάσταση της πνευματικότητας, καθώς θεωρήθηκε ως ένας σημαντικότερος παράγοντας για την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών (Breitbart, 2001. Gordon & Mitchell, 2004).

Πολλοί ασθενείς με καρκίνο βασίζονται στις πνευματικές ή θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και πρακτικές, προκειμένου να βοηθηθούν για να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους (Whitman, 2007. McClain, Rosenfeld & Breitbart, 2003). Στην έρευνα των Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, Peteet και Prigerson (2007), εξετάστηκαν, μέσα από συνεντεύξεις, οι πνευματικές και οι θρησκευτικές πρακτικές των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο πριν και μετά τη διάγνωση, προκειμένου να ερευνηθεί η συσχέτιση των πρακτικών αυτών με την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η πνευματική στήριξη που έλαβαν μέσω των θρησκευτικών κοινοτήτων ή μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συνδέεται σημαντικά με την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους (Balboni et al., 2007).

Οι πνευματικές ανάγκες που προκύπτουν από υπαρξιακές ανησυχίες σε πολλούς τομείς, αποτελούν πηγή σημαντικού άγχους και η φροντίδα των αναγκών αυτών έχει συσχετιστεί με την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς.

Πρόσθετες μελέτες έχουν βρει παρόμοια αποτελέσματα που φανερώνουν ότι η διάσταση της πνευματικότητας επηρεάζει την ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο, να ελέγξουν τον πόνο και αλλά συμπτώματα και να προλάβουν την έναρξη της κατάθλιψης (McClain et al., 2003. Brady, Peterman & Fitchett, 1999).

Στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, η πίστη τους σχετίστηκε με ένα συναίσθημα εσωτερικής γαλήνης, που είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου και τη καλύτερη λειτουργικότητα ενώ για τους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, η πνευματική ευημερία δύναται να επηρεάσει το άγχος που αισθάνονται απέναντι στο θάνατο (Breitbart, Gibson, Poppito & Berg, 2004. Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Galietta, 2002. Zavala, Maliski, Kwan, Fink, & Litwin, 2009. Johnson, Tulskey, Hays, Arnold, Olsen, Lindquist & Steinhauser, 2011).

1.4. Πνευματικότητα και Κατάθλιψη

Όπως προαναφέρθηκε, οι έννοιες της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας συχνά επικαλύπτονται. Παρακάτω αναφέρονται εμπειρικά στοιχεία που σχετίζονται και με τις δυο αυτές έννοιες.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι θρησκευτικές και οι πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές, δείχνουν να βοηθούν στη πρόληψη ψυχικών διαταραχών, μειώνοντας τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και επιβραδύνοντας τη θεραπεία τους. Επιπλέον, ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν αναδείξει τις ανάγκες που σχετίζονται με την έννοια της πνευματικότητας, σαν έναν σοβαρό παράγοντα που συμβάλλει στην ανακούφιση τους από τα συμπτώματα αλλά και στη γενικότερη ευημερία τους (Koenig, 2002. Doolittle & Farrell, 2004).

Για εκείνους που βρίσκουν νόημα στη ζωή τους μέσα από τη θρησκεία ή την πνευματικότητα, η συμμετοχή στην εκκλησία συνδέεται συχνά (αν και όχι πάντοτε) με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και αυτό ισχύει τόσο για ενήλικες, όσο και για παιδιά και νέους ανθρώπους. Ένας τρόπος για να κατανοήσουμε αυτό το φαινόμενο, είναι η πιθανότητα ότι ορισμένες θρησκευτικές κοινότητες προωθούν την κοινωνική ένταξη, γεγονός που επηρεάζει τόσο την εμφάνιση όσο και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ομοίως, σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας, δείχνει ότι τα θρησκευόμενα άτομα που ενθαρρύνονται να εσωτερικεύσουν ένα σύνολο αξιών, βρίσκονται με σημαντικά μειωμένο τον κίνδυνο της κατάθλιψης, σε

σύγκριση με αυτούς που πηγαίνουν στην εκκλησία λόγω υποχρέωσης. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και μεταξύ εκείνων που πιστεύουν σε μια υπερβατική ύπαρξη ή ανώτερη δύναμη και εκείνων που ανήκουν σε μια κοινότητα με κοινές αξίες και κοινούς σκοπούς. (Wright, Frost & Wisecarver, 1993. McCullough & Larson, 1999. Richards, Owens & Stein, 1993).

Από σχετικές έρευνες προκύπτει ότι, οι πνευματικές και θρησκευτικές αναζητήσεις των ατόμων, ανεξάρτητα από τη θρησκεία τους, την εθνικότητα και την κοινωνικο-οικονομική τους προέλευση, σχετίζονται με μειωμένη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Desrosiers & Miller, 2007) και ότι τα υψηλά ποσοστά πνευματικότητας συνυπάρχουν με υψηλά ποσοστά κοινωνικής υποστήριξης και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Bennett & Shepherd, 2013).

Όπως φάνηκε, από την ανασκόπηση μελετών, η έννοια της θρησκευτικότητας και η κατάθλιψη σχετίζονται κυρίως αρνητικά. Ωστόσο, κάποιες μορφές θρησκευτικότητας μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (McCullough & Larson, 1999). Υπάρχουν μελέτες που φανερώνουν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την θρησκεία, μέσω του φόβου και της ενοχής, συναισθήματα που προκύπτουν από την πεποίθηση του ατόμου ότι διέπραξε μια ασυγχώρητη αμαρτία (Exline, Yali & Sanderson, 2000. Blazer, 2012).

1.5. Καρκίνος και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου αποτελούν αδιαμφισβήτητα παράγοντες που προκαλούν άγχος και στρες στο άτομο που νοσεί (Buchanan, Milroy, Baker, Thompson & Levack, 2010. Schwarz, Krauss, Höckel, Meyer, Zenger & Hinz, 2008. Jadoon, Munir, Shahzad, & Choudhry, 2010).

Ο άνθρωπος, βιώνει το άγχος, όταν οι απαιτήσεις από το περιβάλλον του υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους του και ως εκ τούτου, επιβάλλονται διαδικασίες αξιολόγησης και αντιμετώπισης της κατάστασης (Kasl & Cooper, 1987). Η διαδικασία αξιολόγησης, η εκτίμηση δηλαδή της προσωπικής σημασίας του αγχογόνου γεγονότος για το άτομο και της επάρκειας των υφιστάμενων πόρων αντιμετώπισης, μπορεί να χωριστεί στη πρωτογενή και δευτερογενή αξιολόγηση. Η πρωτογενής αξιολόγηση, αναφέρεται στην εκτίμηση του αγχογόνου παράγοντα

ως μια πιθανή πρόκληση ή ως μια πιθανή απειλή, επηρεαζόμενη από τις πεποιθήσεις και τις αξίες του ατόμου και η δευτερογενής αξιολόγηση αναφέρεται στην εκτίμηση του δυναμικού του ατόμου, στο να έρθει αντιμέτωπο με την αγχογόνο εμπειρία. Με άλλα λόγια, η δευτερογενής αξιολόγηση, αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο αντιλαμβάνεται την κατάσταση ως ελεγχόμενη ή τροποποιήσιμη (Lazarus & Folkman, 1984. Folkman & Greer, 2000).

Οι διαδικασίες αξιολόγησης και αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων επηρεάζονται από το χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντος του, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του ανθρώπου να εκτιμήσει τις καταστάσεις ρεαλιστικά, να επιλέξει την κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης και να τη χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά (Casey & Brown, 2003. Acaroğlu, Kaya, Sendir, Tosun & Turan, 2008).

Η έννοια των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων ορίστηκε αρχικά από τους Lazarus και Folkman (1984), ως οι συνεχώς διαφοροποιούμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες ενός ατόμου να διαχειριστεί, δηλαδή να μειώσει, να αποφύγει ή να ανεχθεί τις εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις, οι οποίες θεωρούνται υπερβολικές ή και πάνω από τις δυνάμεις του. Σύμφωνα με τους ίδιους, ο χαρακτηρισμός των απαιτήσεων αυτών ως υπερβολικές, δημιουργεί δύο βασικά στοιχεία: την ανάγκη για ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης και την παρουσία άγχους. Οι Lazarus και Folkman, εντόπισαν δύο κατηγορίες στρατηγικών αντιμετώπισης: α) τις στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, όπως η άμεση δράση, η αναζήτηση πληροφοριών και ο επαναπροσδιορισμός του προβλήματος και β) τις στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, όπως η χαλάρωση, η έκφραση συναισθημάτων και παραπόνων, η άρνηση, η κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοτρόπων φαρμάκων, η απόδοση ευθύνης και η αποφυγή. (Lazarus & Folkman, 1984. Καραδήμας, 1998. Carver & Scheier, 1989. Acaroğlu et al. 2008. Grootenhuis & Last, 1997. Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996).

Οι Lazarus και Folkman, υποστήριξαν ότι όταν το άτομο εφαρμόζει στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος, εγκλωβίζεται σε ένα φαύλο κύκλο. Βραχυπρόθεσμα, μπορεί να περιορίζει τη δυσφορία και τα συνοδά συναισθήματα, αλλά αφήνει ανεπηρέαστη την πηγή των αρνητικών συναισθημάτων. Μετά από κάποιο σημείο, η πηγή προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη

δυσφορία, η οποία διογκώνεται συνεχώς. Αντίθετα, σύμφωνα με τους ερευνητές, η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα οδηγεί στην επίλυσή του προβλήματος και μακροχρόνια συμβάλλει στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας (Lazarus & Folkman, 1984. Βελάνα, Μπαρμπούνη, Μεράκου, Κουτής & Κρεμαστινού, 2012). Οι Carver & Scheier (1989), μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, καταλήγουν ότι η θετική επαναξιολόγηση, η κοινωνική υποστήριξη, η επίλυση του προβλήματος, ο σχεδιασμός και η θετική ενίσχυση διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου, όταν αντιμετωπίζει καταστάσεις που προκαλούν άγχος (Carver & Scheier, 1989. Βελάνα και συν., 2012).

Πρόσθετη στρατηγική αντιμετώπισης που αναγνωρίστηκε αργότερα είναι η στρατηγική που εστιάζει στο νόημα, όπου γνωστικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται προκειμένου να διαχειριστεί το άτομο το νόημα της κατάστασης, βασιζόμενο στις αξίες και τις πεποιθήσεις του, με στόχο να τροποποιήσει τη σημασία της κατάστασης, ειδικά στην περίπτωση του χρόνιου στρες που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (Folkman & Moskowitz, 2004).

Μια άλλη στρατηγική είναι αυτή που εστιάζει στην κοινωνική στήριξη, όπου το άτομο αναζητά κοινωνική υποστήριξη με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και την εξασφάλιση της κοινωνικής του ευημερίας (Thoits, 1995. Ognibene & Collins, 1998). Επιπλέον, στρατηγική αντιμετώπισης αγχογονων καταστάσεων θεωρείται και η πνευματικότητα και θα συζητηθεί παρακάτω.

Η ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει την ασθένεια του καρκίνου, εξαρτάται από το πώς αξιολογεί και εκτιμά την κατάσταση και από τους μηχανισμούς που διαθέτει προκειμένου να την αντιμετωπίσει. Η διαδικασία αξιολόγησης περιλαμβάνει πτυχές όπως είναι το στάδιο της ασθένειας, τα συμπτώματα της νόσου, προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου (εσωτερικών ή εξωτερικών συγκρούσεων), το είδος της θεραπείας, τη σχέση του ασθενή με το γιατρό, τη κοινωνική υποστήριξη, την οικονομική κατάσταση, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις διαθέσεις του ασθενούς (Martz & Livneh, 2007).

Αν και μπορεί να φαίνεται ότι ο καρκίνος είναι ένα αρνητικό γεγονός στη ζωή, που μπορεί να οδηγήσει μόνο σε πόνο και αρνητικά συναισθήματα, έχει στην πραγματικότητα μια διαφορετική σημασία για κάθε άνθρωπο. Ως εκ τούτου, η

ασθένεια του καρκίνου, μπορεί να οδηγήσει διαφορετικούς ασθενείς να χρησιμοποιούν μια σειρά από στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και της κατάστασης που βιώνει (Lazarus & Folkman, 1984).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που αναπτύσσουν τα άτομα με καρκίνο για την ψυχολογική τους προσαρμογή στην ασθένεια, έχουν προσελκύσει αρκετά την προσοχή των ερευνητών (Parle, Jones & Maguire, 1996). Στην έρευνα τους οι Kuo και Ma (2002), μελέτησαν τη σχέση του άγχους και των στρατηγικών αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.. Όταν τα άτομα κατά τη θεραπευτική διαδικασία, εκδήλωναν συμπτώματα άγχους ήπια έως μέτρια, συνδύαζαν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα και στο συναίσθημα, ενώ τα άτομα που εκδήλωναν ψηλά επίπεδα άγχους το αντιμετώπιζαν με επικέντρωση κυρίως στο συναίσθημα (Kuo & Ma, 2002).

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και άλλες μελέτες, μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού κοντά στη στιγμή της αρχικής διάγνωσης (Compas, Stoll, Thomsen, Oppedisano, Epping-Jordan & Krag, 1999), μεταξύ ασθενών με καρκίνο που βρίσκονταν σε φάση χημειοθεραπείας (Saniah & Zainal, 2010), μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού, σε διάφορες φάσεις της ασθένειας τους (Heim, Valach & Schaffner, 1997) και μεταξύ επιζώντων από καρκίνο του μαστού (Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichuvate, & Losawatkul, 2006), τα οποία φανέρωσαν ότι η χρήση των στρατηγικών που εστιάζουν στο συναίσθημα συνδέεται με μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία και μειωμένη προσαρμογή ενώ σαν καλές στρατηγικές αντιμετώπισης και ψυχολογικής προσαρμογής στην ασθένεια τους, φάνηκαν να είναι η κοινωνική υποστήριξη και ο αυτοέλεγχος. (Compas, et al., 1999. Saniah & Zainal, 2010. Heim, et al., 1997. Wonghongkul et al., 2006).

Φαίνεται λοιπόν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο συναίσθημα, συνδέονται με φτωχότερη προσαρμογή στην ασθένεια. Αντίθετα όταν οι ασθενείς επικεντρώνονται στην αποδοχή της κατάστασης και στην αναζήτηση λύσεων δείχνουν μια καλύτερη μεταγενέστερη προσαρμογή (Foster & McLellan, 2000. Epping-Jordan, Compas & Howell, 1994).

Ο καρκίνος αποτελεί ένα εξαιρετικά αγχωτικό γεγονός, που μπορεί ωστόσο να οδηγήσει στην προσωπική ανάπτυξη του ατόμου που νοσεί (Martz & Livneh, 2007). Στην πραγματικότητα, αρκετοί επιζώντες του καρκίνου συνδέουν πολλές θετικές αλλαγές στη ζωή τους με την εμπειρία της ασθένειας. Τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την αγχωτική ασθένεια του καρκίνου περιγράφονται με όρους όπως όφελος, προσωπική ανάπτυξη μέσω άγχους, μεταμόρφωση του εαυτού, μετα-τραυματική ωρίμανση (Cohen & Numa, 2011).

1.6. Κατάθλιψη και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων

Παρά το γεγονός ότι εμπλέκονται πολλοί παράγοντες στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή τους και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η χρήση ορισμένων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο συναίσθημα σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε αντίθεση με τη χρήση στρατηγικών που εστιάζουν στο πρόβλημα (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van Den Kommer, & Teerds, 2002. Qiu & Li, 2008. Rothrock, Lutgendorf & Kreder, 2003. Chan, 1995. Sherbourne, Hays & Wells, 1995. Crockett, Iturbide, Torres Stone, McGinley, Raffaelli & Carlo, 2007).

Ο Garnefski και οι συνεργάτες του (2002), συσχέτισαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εφήβων και ενηλίκων, με συμπτώματα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλες οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, αναφέρθηκαν από τους εφήβους σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από ό, τι στους ενήλικες. Και στις δύο ομάδες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτο-μομφής, του μηρυκασμού και της καταστροφολογίας φάνηκαν να παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο στην αναφορά των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας (Garnefski et al., 2002).

Ο κύριος στόχος μιας άλλης μελέτης, ήταν να προσδιορίσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης των φροντιστών ασθενών που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο και στη συνέχεια να εντοπίσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τα συμπτώματα κατάθλιψης των φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται πιο συχνά από τους φροντιστές ήταν ο

προγραμματισμός, η θετική επανεκτίμηση, η αποδοχή, η ενεργή συμμετοχή, η κοινωνική υποστήριξη και το χιούμορ. Η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, η γνωστική και η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, το οικογενειακό εισόδημα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η άρνηση, η αυτο-μομφή και η θρησκεία είχαν σημαντικές συσχετίσεις με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών. Οι πιο ισχυροί δείκτες συμπτωμάτων κατάθλιψης των φροντιστών ήταν η στρατηγική αντιμετώπισης της άρνησης και η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς (Qiu & Li, 2008).

Πρόσθετες έρευνες σε πληθυσμό γυναικών (Rothrock et al. 2003) και εφήβων (Chan, 1995), δείχνουν ότι η εσωστρέφεια, η αποφυγή και η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζονται με ψηλά ποσοστά κατάθλιψης ενώ η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης με χαμηλά

Επιπλέον, ο Sherbourne και οι συνεργάτες του (1995), διαπίστωσαν ότι οι καταθλιπτικοί συμμετέχοντες στην έρευνα τους, έδειξαν μεγάλη βελτίωση όταν άρχισαν να χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα αντί για στρατηγικές αποφυγής. Στη μελέτη τους συσχέτισαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ εξακοσίων τεσσάρων καταθλιπτικών ασθενών σε δυο φάσεις, δώδεκα μήνες μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και εικοσιτέσσερις μήνες μετά. Το ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι, η μεγαλύτερη βελτίωση εμφανίστηκε στα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη γεγονός που υποδηλώνει ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογονων καταστάσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα μπορεί να είναι το πιο αποτελεσματικό στυλ αντιμετώπισης στη βαριά κατάθλιψη (Sherbourne et al., 1995).

1.6.1. Η Πνευματικότητα σαν Στρατηγική Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα θεωρούνται παραδοσιακές στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογονων καταστάσεων, δεδομένου ότι προωθούν έναν εσωτερικό έλεγχο όταν υπάρχουν καταστάσεις που προκαλούν άγχος στο άτομο. Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την πνευματικότητα και την θρησκευτικότητα, βοηθούν το άτομο να επαναπροσδιορίσει τα γεγονότα που του προκαλούν άγχος με τέτοιο τρόπο που τελικά να τα αντιμετωπίσει (Barbarin, 1993).

Hefti, 2011). Για παράδειγμα, ο Barbarin (1993), υποστηρίζει ότι σε αγχογονες καταστάσεις η διάσταση της πνευματικότητας ενισχύει την ανθεκτικότητα και την αισιοδοξία του ατόμου (Barbarin, 1993). Ομοίως, ο Hefti (2011), ισχυρίζεται ότι η διάσταση της πνευματικότητας αυξάνει την προσωπική ενδυνάμωση του ατόμου όταν έρχεται αντιμέτωπο με καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, καθώς αισθάνεται ασφαλής θεωρώντας ότι προστατεύεται από μια ανώτερη δύναμη (Hefti, 2011). Το άτομο, τείνει να διαχειρίζεται καλύτερα την ψυχολογική πίεση μιας κατάστασης άγχους, όταν αισθάνεται ότι θα την αντιμετωπίσει με την υποστήριξη μιας ανώτερης οντότητας (Cohen, 2002).

Η στρατηγική αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων μέσω της πνευματικότητας που περιλαμβάνει τη σχέση με τον εαυτό, με τους άλλους, με τη φύση και με μια ανώτερη δύναμη, έχει διαπιστωθεί ότι βοηθά τα άτομα στην αντιμετώπιση των δυσκολιών τους (Baldacchino & Draper, 2001).

Σε μια έρευνα μελετήθηκε η πνευματικότητα σαν στρατηγική αντιμετώπισης αγχογονων καταστάσεων στις ψυχικές διαταραχές. Οι Perez, Chartier, Koopman, Vosvick, Gore-Felton και Spiegel (2009), βρήκαν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και μια θετική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και της στρατηγικής αντιμετώπισης της αποδοχής. Στη μελέτη αυτή, αναφέρεται επίσης, ότι η στρατηγική αντιμετώπισης της αποδοχής ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Perez et al. 2009).

Το νόημα της ζωής, η διάσταση της υπέρβασης και η αίσθηση του ανήκειν σε μια κοινότητα όπου μοιράζονται πνευματικές αξίες, σχετίστηκαν με αρνητική πρόβλεψη της κατάθλιψης στην μελέτη του Westgate (2011), ενώ οι Maselko, Gilman και Buka (2009), διαπίστωσαν ότι από τις δύο διαστάσεις, αυτές της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας, υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και της σοβαρότητας της κατάθλιψης, ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της κατάθλιψης (Westgate, 2011. Maselko et al., 2009).

Επιπλέον, στην έρευνα του ο Gall (2006), μεταξύ ενηλίκων ατόμων που είχαν υποστεί ως παιδιά σεξουαλική κακοποίηση, διαπίστωσε ότι η αποσύνδεση των ατόμων από την διάσταση της πνευματικότητας, σχετίζεται με την

καταθλιπτική διάθεση ενώ η πνευματική υποστήριξη αλλά και η προσευχή σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα καταθλιπτικής διάθεσης (Gall, 2006).

1.7. Καρκίνος και Υπαρξιακό Άγχος

Οι άνθρωποι δεν είναι μόνο βιολογικά, κοινωνικά και ψυχολογικά όντα, αλλά όντα που είναι ικανά να υπερβούν αυτές τις διαστάσεις και να φτάσουν σε ένα ανώτερο επίπεδο συνειδητότητας, όπου μπορούν να νιώσουν ελεύθεροι να δημιουργήσουν το δικό τους νόημα ζωής (Reker, 1992). Η αναζήτηση του νοήματος της ζωής, εκφράζει την ψυχολογική ανάγκη του ατόμου να κατανοήσει την ίδια του την ύπαρξη και σκοπός της αναζήτησης είναι η προσωπική του πληρότητα. Οι άνθρωποι, κατά την διάρκεια της ζωής τους, μέσω των γνωστικών τους διεργασιών και της συμπεριφοράς τους, προσπαθούν να κατανοήσουν τον εαυτό τους και τον κόσμο γύρω τους και να αποδώσουν ένα νόημα στη ζωή τους (Steger, Kashdan, Sullivan & Lorentz, 2008). Η έννοια του νοήματος της ζωής περιλαμβάνει τις προσωπικές αξίες ενός ατόμου και τους στόχους που επιθυμεί να κατακτήσει (Kennedy, Kanthamani & Palmer, 1994), ενώ παράλληλα περιλαμβάνει την κατανόηση και την αποδοχή του εαυτού, την ανάληψη των προσωπικών ευθυνών, την αναγνώριση των λαθών και τη διόρθωση τους και την κατανόηση των αδυναμιών και ελαττωμάτων των άλλων (Ventegodt, Andersen & Merrick, 2003).

Το υπαρξιακό άγχος θεωρείται βασικό ανθρώπινο ζήτημα και η έννοια του έχει τις ρίζες της στην υπαρξιακή φιλοσοφία και έχει διατυπωθεί από υπαρξιστές φιλοσόφους, όπως ο Kierkegaard, ο Nietzsche, ο Heidegger και ο Tillich. (Mcbride, 2011. Baldwin & Wesley, 1996).

Σύμφωνα με την υπαρξιακή προσέγγιση, το άγχος στον άνθρωπο δεν προκαλείται από καταπιεσμένα ένστικτα και ορμές αλλά από την αντιπαράθεση του ατόμου με τα δεδομένα της ύπαρξης του που δε μπορεί να αποφύγει. Αντίθετα με το άγχος που μπορεί να προκληθεί από ένα συγκεκριμένο γεγονός, το υπαρξιακό άγχος αναφέρεται σε αβεβαιότητες που σχετίζονται με την ανθρώπινη ύπαρξη και περιλαμβάνει μια αίσθηση ανησυχίας, φόβου ή πανικού που αναδύεται από την ενασχόληση με θεμελιώδη υπαρξιακά ερωτήματα (Yong, 2001. Baldwin & Wesley, 1996). Το υπαρξιακό άγχος είναι το αποτέλεσμα του συνεχούς εσωτερικού αγώνα που δίνει καθημερινά ο άνθρωπος, ερχόμενος αντιμέτωπος με

τα πιο φοβικά και αγχογόνα δεδομένα της ύπαρξής του, όπως είναι τα αρνητικά συναισθήματα, η ασθένεια, η απόγνωση, ο φόβος μπροστά στην ελευθερία, η μοναξιά, ο θάνατος (Baldwin & Wesley, 1996).

Ο Paul Tillich (1952), υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρία είδη υπαρξιακού άγχους. Το πρώτο αφορά τη μοίρα και το θάνατο. Ο θάνατος αποτελεί την απόλυτη απειλή της ύπαρξης του ανθρώπου, ενώ η μοίρα αποτελεί σχετική απειλή για κάτι που μπορεί να συμβεί και ο άνθρωπος δε το γνωρίζει. Το δεύτερο είδος, αναφέρεται στην κενότητα και την έλλειψη νοήματος και αφορούν το φόβο του ανθρώπου για την ασημαντότητα της ζωής και την έλλειψη νοήματος στην ύπαρξη του, ενώ το τρίτο είδος αναφέρεται στην ενοχή και την καταδίκη και σχετίζεται με την ανησυχία του ατόμου για την ηθική του ταυτότητα (Tillich, 1952. Weems, Costa, Dehon & Berman, 2004).

Από την υπαρξιακή σκοπιά, το άγχος αποτελεί θετικό παράγοντα στη ζωή του ατόμου καθώς είναι καταλύτης για την ωρίμανση του. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί σαν μια έκφανση μιας βαθύτερης ανησυχίας που σχετίζεται με το νόημα και το σκοπό στη ζωή (Yong, 2001).

Το άγχος είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα στους ασθενείς που νοσούν από καρκίνο (Stark & House, 2000. Stiefel & Razavi, 1994. Holland, 1989). Η υπαρξιακή διάσταση του άγχους σε άτομα που νοσούν από καρκίνο παρουσιάζει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον καθώς θέματα που αφορούν το νόημα και το σκοπό της ζωής, τα συναισθήματα κενότητας και ενοχής και φυσικά το άγχος το θανάτου, αναδύονται αναπόφευκτα στο συγκεκριμένο πληθυσμό (Halldórsdóttir & Hamrin, 1996. LeMay & Wilsonb, 2008).

Το άτομο που νοσεί από καρκίνο, μπορεί να βιώσει συναισθήματα ματαιότητας, αίσθημα αναξιοτήτας και κενότητας, ενοχές, διαταραχή της ταυτότητας του και το άγχος του θανάτου (Halldórsdóttir & Hamrin, 1996). Οι σωματικές και οι ψυχολογικές απώλειες που επιφέρει ο καρκίνος μπορούν να απειλήσουν την ακεραιότητα του ατόμου και το αίσθημα της συνέχισης, δημιουργώντας στον ασθενή την αίσθηση ότι η ταυτότητά του πρόκειται να χαθεί (Greenstain & Breitbart, 2000. Little & Sayers, 2004). Πολλοί ασθενείς αρχίζουν να διερωτώνται για το νόημα της ζωής, για το αν κατάφεραν να κάνουν σημαντικά πράγματα για το αν, σε περίπτωση που φύγουν από τη ζωή, θα αφήσουν μια

κληρονομιά, κάτι που θα συνεχίζει να υπάρχει και μετά το θάνατο τους. Οι ασθενείς μπαίνουν σε διαδικασία αυτο-εξέτασης και επαναπροσδιορισμού (Greenstain & Breitbart, 2000).

Στη μελέτη τους οι Halldórsdóttir και Hamrin, (1996), διερεύνησαν τις εμπειρίες των ατόμων που διαγνώστηκαν και δεχτήκαν θεραπεία για τον καρκίνο. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω συνεντεύξεων από εννέα άτομα που βρίσκονταν στη φάση της ανάρρωσης. Η κυρίαρχη κατηγορία που προέκυψε από τη βιωμένη εμπειρία των ατόμων, ήταν η υπαρξιακή αλλαγή ενώ οι πέντε βασικές υποκατηγορίες που εντοπίστηκαν ήταν, η αβεβαιότητα, η ευαλωτότητα, η απομόνωση, η δυσφορία και ο επαναπροσδιορισμός (Halldórsdóttir & Hamrin, 1996).

Σε μια έρευνα μεταξύ καρκινοπαθών τελικού σταδίου, οι υπαρξιακές ανησυχίες των ασθενών σχετίστηκαν με τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους, την απώλεια του ελέγχου, το συναίσθημα βάρους προς τους οικείους τους, το ανολοκλήρωτο έργο ζωής, με συναισθήματα ελπίδας και απελπισίας, και με την αποδοχή και την προετοιμασία για το θάνατο. Τα θέματα αυτά υπήρξαν καθολικά, ανεξάρτητα από πολιτισμικές διαφορές (Morita, Kawa, Honke, Kohara, Maeyama, Kizawa, Akechi & Uchitomi, 2004).

Οι έννοιες της υπαρξιακής αβεβαιότητας και της υπαρξιακής βεβαιότητας σε άτομα που διαγνώστηκαν με προχωρημένο καρκίνο του γαστρεντερικού και που λάμβαναν νοσοκομειακή φροντίδα, απασχόλησαν τους ερευνητές Karlsson, Friberg, Wallengren και Öhlén (2014). Διαπίστωσαν ότι τα άτομα ταλαντεύονται μεταξύ υπαρξιακής αβεβαιότητας και υπαρξιακής βεβαιότητας, εξαιτίας των σωματικών αλλαγών, των καθημερινών καταστάσεων, της συναναστροφής με άλλους ασθενείς, της κατάστασης της υγείας τους. Αποκαλύφθηκε επίσης, ότι οι συμμετέχοντες άρχισαν να σκέφτονται το πώς αυτή η νέα και αβέβαιη φάση της ζωής τους, θα τους καθορίσει και πως αυτή η εμπειρία μπορεί να θέσει τα θεμέλια για την προσωπική τους ανάπτυξη και ωρίμανση (Karlsson, et al., 2014).

1.8. Κατάθλιψη και Υπαρξιακό Άγχος

Το υπαρξιακό άγχος που εμπεριέχει το άγχος του θανάτου, το αίσθημα κενότητας και την ενοχή όπως το περιέγραψε ο Tillich (1952), μπορεί να σχετίζεται ιδιαίτερα με κλινικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης καθώς και

άλλες μορφές ψυχολογικής δυσφορίας. Σύμφωνα με τη γνωστική προσέγγιση, οι συναισθηματικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη, προέρχονται από τον αρνητικό τρόπο σκέψης του ατόμου. Από την υπαρξιακή σκοπιά, το άγχος και η κατάθλιψη προέρχονται με τον ίδιο σχεδόν τρόπο από δυσπροσαρμοστικές σκέψεις για τον εαυτό (ενοχή/καταδίκη), για το μέλλον (θάνατος/μοίρα) και τον κόσμο (έλλειψη νοήματος/κενότητα) (Tillich, 1952. Weems et al., 2004).

Σε αντίθεση με τον καρκίνο, την πνευματικότητα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, δε φαίνεται να έχει διερευνηθεί επαρκώς η σχέση μεταξύ του υπαρξιακού άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η κατάθλιψη έχει σχετιστεί με το νόημα της ζωής, με το άγχος του θανάτου και με συναισθήματα ενοχής, αλλά δεν έχει μελετηθεί αρκετά η συσχέτιση της με την ευρεία έννοια του υπαρξιακού άγχους όπως τη συνέλαβε ο Tillich (Weems et al, 2004).

Σε δύο έρευνες του Weems και των συνεργατών του (2004), μεταξύ ενηλίκων, το υπαρξιακό άγχος φάνηκε να σχετίζεται με την κατάθλιψη και μάλιστα η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης με το υπαρξιακό άγχος υπήρξε πιο ισχυρή από τη σχέση μεταξύ του άγχους με το υπαρξιακό άγχος (Weems et al, 2004).

1.9. Σύνοψη - Υποθέσεις

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη και η αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ατόμων με καρκίνο στην Ελλάδα, σε σχέση με την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και το υπαρξιακό άγχος.

Η ασθένεια του καρκίνου φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη (Karapoulios et al., 2013. Kadan-Lottick et al., 2005. Miovic & Block, 2007). Αν και οι δύο αυτές μεταβλητές έχουν μελετηθεί διεθνώς στη βιβλιογραφία, καταδεικνύοντας την ύπαρξη κατάθλιψης στον πληθυσμό των καρκινοπαθών, στην Ελλάδα, από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες πρόσφατα, με ελάχιστες εξαιρέσεις, που να μελετούν το συγκεκριμένο φαινόμενο. Οι πιο πρόσφατες έρευνες στην Ελλάδα σε σχέση με τον καρκίνο και την κατάθλιψη, αφορούν το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που βρίσκονται σε φάση χημειοθεραπείας (Karapoulios et al., 2013) και

την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο (Φασόη-Μπαρκά, Κελέση-Σταυροπούλου, Κουτσοπούλου-Σοφικήτη, Θεοδοσοπούλου, Μπίρμπας & Κατοστάρας, 2010. Μπελλάλη, Αβραμικά, Μαστροκώστας & Γκριζιώτη. 2011).

Συνεπώς, η κατάθλιψη δεν έχει διερευνηθεί στον Ελλαδικό χώρο, μέσα από το πρίσμα της πνευματικότητας, του υπαρξιακού άγχους και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογονων καταστάσεων και μάλιστα σε δείγμα ατόμων με καρκίνο.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν έρευνες που συνδυάζουν κάποιες από τις παραπάνω μεταβλητές. Οι πιο πρόσφατες αφορούν την μελέτη της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας μεταξύ καρκινοπαθών (Balboni et al., 2007), την μελέτη της πνευματικότητας και της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου (Nelson et al., 2002), και σε γυναίκες ασθενείς με γυναικολογικούς καρκίνους (Boscaglia, Clarke, Jobling & Quinn, 2005), την μελέτη της κατάθλιψης και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογονων καταστάσεων σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Saniah & Zainal, 2010), την μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε άτομα με καρκίνο του πνεύμονα (Kuo & Ma, 2002) και την μελέτη των υπαρξιακών ανησυχιών ατόμων που διαγνώστηκαν με καρκίνο και λαμβάνουν θεραπεία (Karlsson et al., 2014).

Είναι ενδιαφέρον λοιπόν, εφόσον δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες που να συμπεριλαμβάνουν και τις τέσσερις αυτές μεταβλητές, να δούμε πως επιδρούν η πνευματικότητα, το υπαρξιακό άγχος και οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στην κατάθλιψη, καθώς έτσι ίσως προσεγγίσουμε τους λόγους για τους οποίους τα άτομα με καρκίνο παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση των ανθρώπων με καρκίνο και να συμβάλλουν στον τρόπο που μπορούν να προσεγγίζονται θεραπευτικά.

1.9.1. Υποθέσεις

Με βάση τα παραπάνω, οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

1.9.1.1. Γενικές Υποθέσεις:

- α) Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παρουσιάζει μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία.
- β) Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.
- γ) Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας
- δ) Υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική σχέση μεταξύ του υπαρξιακού άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.
- ε) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο στάδιο της νόσου των ατόμων με καρκίνο (θεραπείας, παρακολούθησης-follow up, ίασης) σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και το υπαρξιακό άγχος.

1.9.1.2. Ειδικές Υποθέσεις

- α) Υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα και την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα με καρκίνο.
- β) Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο συναίσθημα και την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα με καρκίνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν, συμπληρώνοντας μια σειρά ψυχομετρικών εργαλείων, εβδομήντα εννέα (79) ενήλικες, ηλικίας 25 έως 85 χρόνων, με μέση ηλικία τα 55 χρόνια, που βρίσκονταν σε διάφορες φάσεις της ασθένειας (θεραπεία, παρακολούθηση-follow up, ίαση) και από τους οποίους οι 57

ήταν γυναίκες (72.2%) και οι 22 άντρες (27.8%). Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας (ή δειγματοληψία ευκολίας), που βασίζεται στη συλλογή ατόμων που είναι άμεσα διαθέσιμοι, προσβάσιμοι και πρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα σε εθελοντική βάση, μέσω των Συλλόγων Καρκινοπαθών Έδεσσας και Λάρισας.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι (73.4%) ενώ όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1), όπου παρατίθενται αναλυτικά στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν απόφοιτοι λυκείου (32.9%) και ΑΕΙ/ΤΕΙ (31.6%). Επιπλέον, από τα άτομα που αποτελούσαν το δείγμα μας, τα ποσοστά των εργαζομένων ανέρχονταν στο 53.1% και των ανέργων στο 6.3%.

Ο μέσος όρος έτους διάγνωσης των συμμετεχόντων ήταν το 2010. Το 36.7% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν καρκίνο του μαστού, το 10.1% καρκίνο του παχέως εντέρου, το 8.9% καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το 7.6% μεταστατικό καρκίνο. Ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά διάφοροι τύποι καρκίνου, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2. Το 45.6% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα μας, δήλωσαν πως βρίσκονται υπό παρακολούθηση-follow up, σε ότι αφορά την ασθένεια τους, το 27.8% βρίσκεται στο στάδιο της ίασης και το υπόλοιπο 26.6% υπό θεραπεία (Πίνακας 2).

Πίνακας 1

Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N=79	(%)
Φύλο		
Άνδρες	22	27.8
Γυναίκες	57	72.2
Οικογενειακή Κατάσταση		
Ανύπαντρος/η	5	6.3
Παντρεμένος/η	58	73.4
Διαζευγμένος/η	11	13.9
Μονογονεϊκή	1	1.3
Χήρος/α	4	5.1
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	10	12.6
Γυμνάσιο	17	21.5
Λύκειο	26	32.9
ΤΕΙ/ΑΕΙ	25	31.6
Επαγγελματική Κατάσταση		
Δημόσιος Υπάλληλος	18	22.8
Ιδιωτικός Υπάλληλος	12	15.2
Άνεργος	5	6.3
Οικιακά	13	16.4
Επιχείρηση	10	12.6
Συνταξιούχος	10	12.6
Αγρότης	2	2.5
Οικονομική Κατάσταση		
0 έως 15.000 €	45	57
15.000 έως 25.000 €	33	41.8
25.000 € και άνω	1	1.3

Πίνακας 2
Ιστορικό Ασθένειας

	N=79	(%)
Τύπος Καρκίνου		
Μαστού	29	36.7
Παχέως εντέρου	8	10.1
Τραχήλου	7	8.9
Μεταστατικός	6	7.6
Στομάχου	5	6.3
Non Hodgkin	5	6.3
Πνεύμονα	3	3.8
Προστάτη	3	3.8
Ωοθηκών	2	2.5
Λάρυγγα	2	2.5
Ουροδόχου Κύστεως	2	2.5
Θυρεοειδούς	1	1.3
Όρχη	1	1.3
Νωτιαίου Μυελού	1	1.3
Νεφρού	1	1.3
Λευχαιμία	1	1.3
Πολλαπλό Μυέλωμα	1	1.3
Ήπατος	1	1.3
Έτος Διάγνωσης		
2015	6	7.5
Πριν 1 χρόνο	10	12.6
Πριν 2 χρόνια	13	16.4
Πριν 3 χρόνια	8	10.1
Πριν 4 χρόνια	3	3.8
Πριν 5 χρόνια	5	6.3
Πάνω από 5 χρόνια πριν	33	41.7
Στάδιο Νόσου		
Θεραπεία	21	26.6
Παρακολούθηση-Follow up	35	45.6
Ίαση	22	27.8

2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια, πέραν του ερωτηματολογίου για τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Τα εργαλεία αυτά έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης και η συμπλήρωσή τους διαρκεί τριάντα (30) περίπου λεπτά. Αποτελούνται από ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, κλίμακες διαβάθμισης, κλίμακες τύπου Likert καθώς και απαντήσεις «Σωστό/Λάθος». Αναλυτικά, τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

2.2.1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Οι ερωτήσεις αφορούσαν τα προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση), καθώς και πληροφορίες για την ασθένεια τους, όπως το έτος διάγνωσης, τον τύπο καρκίνου, το στάδιο της ασθένειας. Η πλήρης λίστα των προτάσεων του ερωτηματολογίου βρίσκεται στο Παράρτημα Α.

2.2.2. Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive - QD2)

Το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας - QD2 κατασκευάστηκε από τους Pichot, Boyer, Pull, Rein, Simon & Thibault, (1984), με βάση την ανάλυση περιεχομένου των ερωτημάτων των τεσσάρων πιο γνωστών ερωτηματολογίων κατάθλιψης: α) της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Hopkins Symptoms Check List (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), β) της γαλλικής έκδοσης της Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Pichot, Piret & Clyde, 1966), γ) της κλίμακας *D* του Πολυφασικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας της Μινεσότα - *MMPI-D* (Hathaway & Mckinley, 1942) και δ) της Κλίμακας Αυτό-αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung - *SDS* (Zung, 1965). Αναφέρεται σε μια ποικιλία συναισθηματικών, γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης όπως παρουσιάζονται σε ενήλικα άτομα. Περιλαμβάνει 52 προτάσεις/δηλώσεις για τις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει επιλέγοντας «Σωστό» ή «Λάθος». Το άθροισμα των απαντήσεων «Σωστό» αποτελεί τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 52. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει σοβαρότερη μορφή κατάθλιψης.

Η στάθμιση του σε γαλλικό πληθυσμό φυσιολογικών και καταθλιπτικών ατόμων, έδειξε ότι ένας μέσος όρος 32.22 (*T.A.*=11.07) στο ερωτηματολόγιο αυτό δείχνει σημαντική κατάθλιψη, ενώ ένας μέσος όρος κατάθλιψης 9.57 (*T.A.*=7.67) αντιστοιχεί σε φυσιολογικές περιπτώσεις (Pichot et al., 1984). Στη διερευνητική παραγοντική ανάλυση των δεδομένων από τη χορήγηση της κλίμακας προσδιορίστηκαν τρεις κύριες διαστάσεις, α) αίσθημα απώλειας της ζωτικής

δύναμης π.χ. «Τελευταία έχω δυσκολία να πάρω μπρος» β) καταθλιπτική-απαισιόδοξη διάθεση π.χ. «Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό» και γ) άγχος π.χ. «Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου χτυπά πιο γρήγορα απ' ότι συνήθως ή ότι φτερουγίζει».

Το ερωτηματολόγιο *QD2* παρουσιάζει καλή ομοιογένεια με σημαντικούς δείκτες ομοιογένειας Φ (*phi*) σχεδόν σε όλες τις ερωτήσεις, σε επίπεδα ανώτερα του .01 και καλή αξιοπιστία μελετημένη σε τέσσερις ομάδες: καταθλιπτικών (.93), φυσιολογικών (.92), οργανικών (.95) και ψυχιατρικών ασθενών (.94) (Pichot et al., 1984). Επιπλέον, παρουσιάζει ικανοποιητική παραγοντική δομή, μελετημένη τόσο σε δείγματα νέων όσο και ηλικιωμένων. Τέλος, παρουσιάζει καλή συγχρονική εγκυρότητα συγκρίνοντας καταθλιπτικά και μη καταθλιπτικά άτομα.

Το ερωτηματολόγιο *QD2* μεταφράστηκε αρχικά από τα γαλλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα γαλλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μία ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων. Αν και η εγκυρότητά του δεν έχει μελετηθεί στην Ελλάδα, η παραγοντική δομή της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου, όπως μελετήθηκε σε πληθυσμό νέων και ηλικιωμένων ατόμων, αποδείχτηκε ικανοποιητική. Σύμφωνα με την «Ανάλυση Βασικών Συνιστωσών», εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα και οι ορθογόνιες περιστροφές Varimax έδωσαν τους αναμενόμενους παράγοντες (Kleftaras & Tzonichaki, 2010), επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα των αντίστοιχων μελετών στη Γαλλία (Kleftaras, 2000. Pichot et al., 1984).

2.2.3. Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων (Assessment of Spirituality and Religion Sentiments - *ASPIRES*)

Η Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων - *ASPIRES* κατασκευάστηκε από τον Piedmont (1999) και αποτελεί μια κατάλληλη μέτρηση για θρησκευόμενα άτομα και μη. Η κλίμακα αφορά δύο διαστάσεις: τις Θρησκευτικές Πεποιθήσεις (Religious Sentiments, *RS*) και την Πνευματική Υπερβατικότητα (Spiritual Transcendence, *ST*). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα της Πνευματικής Υπερβατικότητας (Spiritual Transcendence Scale, *ST*). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 23 προτάσεις/δηλώσεις, που αντανακλούν την ικανότητα ενός ατόμου να θέτει τον εαυτό του σε ένα

ευρύτερο οντολογικό πλαίσιο, καθώς και τη συνειδητοποίηση μιας υπερβατικής διάστασης όπου περιλαμβάνεται η σχέση με μια ανώτερη δύναμη (Katsogianni & Kleftaras, 2015).

Οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν το βαθμό κατά τον οποίο οι προτάσεις ανταποκρίνονται στη δική τους περίπτωση, με βάση τη διαβάθμιση μιας 5-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, από το 1 (*Συμφωνώ απόλυτα*) μέχρι το 5 (*Διαφωνώ απόλυτα*). Επιπλέον, υπάρχει ένας αριθμός προτάσεων (1,2,3,7,11,13,14,15,18,23) που έχει αντίστροφη βαθμολόγηση.

Περιέχει τρεις διαστάσεις: α) την εκπλήρωση μέσω της προσευχής (τη δημιουργία προσωπικού χώρου όπου το άτομο αισθάνεται τη σύνδεση με μια υπερβατική πραγματικότητα) π.χ. *«αντλώ εσωτερική δύναμη και/ή γαλήνη από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου»* β) την καθολικότητα (την πίστη σε έναν ανώτερο σκοπό και νόημα στη ζωή) π.χ. *«νιώθω ότι σε ένα ανώτερο επίπεδο όλοι μας μοιραζόμαστε έναν κοινό δεσμό»* και γ) τη συνεκτικότητα (το αίσθημα του ανήκειν και το αίσθημα της ευθύνης απέναντι στους ανθρώπους) π.χ. *«έχω κάνει πράγματα στη ζωή μου, επειδή πίστευα ότι θα ευχαριστούσαν ένα γονιό, ένα συγγενή ή ένα φίλο που έχει πεθάνει»*.

Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α) των τριών παραγόντων βρέθηκε αρκετά υψηλή: .95 για την εκπλήρωση μέσω της προσευχής, .82 για την καθολικότητα, .68 για την συνεκτικότητα και .89 για το συνολικό σκορ (Katsogianni & Kleftaras, 2015).

Η κλίμακα *ASPIRES* μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μία ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων. Αν και η εγκυρότητά της δεν έχει μελετηθεί στην Ελλάδα, η παραγοντική δομή της Ελληνικής έκδοσης της κλίμακας, όπως μελετήθηκε σε πληθυσμό νέων ατόμων (18-48 ετών), αποδείχτηκε ικανοποιητική. Σύμφωνα με την «Ανάλυση Βασικών Συνιστωσών», εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα και οι ορθογώνιες περιστροφές Varimax έδωσαν τους αναμενόμενους παράγοντες (Katsogianni & Kleftaras, 2015).

2.2.4. Η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων - ΣΑΑΚ (Ways of Coping)

Η κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων - ΣΑΑΚ, αξιολογεί τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν μια αγχογόνο κατάσταση ή ένα αγχογόνο γεγονός (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012). Η κλίμακα αποτελεί προσαρμογή του Ways of Coping των Lazarus και Folkman (1984) (Καραδήμας, 1998).

Περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις και οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν το βαθμό κατά τον οποίο οι προτάσεις ανταποκρίνονται στη δική τους περίπτωση, με βάση τη διαβάθμιση μιας 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, από το 0 (*Ποτέ*) μέχρι το 3 (*Συχνά*) (Καραδήμας, 1998).

Στη διαδικασία προσαρμογής της κλίμακας στην Ελλάδα συμμετείχαν 403 άτομα (158 άνδρες και 245 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 36.7 έτη. Έπειτα από ορισμένες αλλαγές και γλωσσικές βελτιώσεις, η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε πέντε παράγοντες, α) θετική προσέγγιση (με δυο διαστάσεις: θετική επαναξιολόγηση π.χ. «*άλλαξα ή ωρίμαξα ως πρόσωπο*» και επίλυση προβλήματος π.χ. «*εύρισκα μια-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα*»), β) αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης π.χ. «*ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι*», γ) ευχολογία/ονειροπόληση (με δυο διαστάσεις: ευχολογία π.χ. «*ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν*» και αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης π.χ. «*εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό*»), δ) αποφυγή/διαφυγή (με δυο διαστάσεις: παραίτηση π.χ. «*αποδεχόμουν τη μοίρα μου. Μερικές φορές απλά δεν έχω τύχη*» και άρνηση π.χ. «*προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα*») και ε) διεκδικητική επίλυση προβλήματος π.χ. «*πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα*». Οι παράγοντες ΣΑΑΚ που προέκυψαν μπορούν να χωριστούν σε «παράγοντες που εστιάζουν στο πρόβλημα» (επίλυση προβλήματος, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, διεκδικητική επίλυση προβλήματος) και σε «παράγοντες που εστιάζουν στο συναίσθημα» (θετική επαναξιολόγηση, ευχολογία/ονειροπόληση, και γενικά και ως προς τις δυο διαστάσεις της, καθώς και η αποφυγή/διαφυγή και γενικά και ως προς τις δυο διαστάσεις της) (Καραδήμας, 1998. Σταλίκας, & συν., 2012).

Η κλίμακα ΣΑΑΚ μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από δυο απόφοιτους της Αγγλικής Φιλολογίας. Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α) των πέντε παραγόντων βρέθηκε αρκετά υψηλή και κυμάνθηκε μεταξύ .60 και .79, ενώ η αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης (Pearson's r) κυμάνθηκε μεταξύ .56 και .85 (Καραδήμας, 1998).

2.2.5. Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακού Άγχους (Existential Anxiety Questionnaire - EAQ)

Το Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακού Άγχους - EAQ κατασκευάστηκε από τους Weems, Costa, Dehon, και Berman (2004), για να αξιολογήσει τα βασικά είδη του υπαρξιακού άγχους όπως τα επισήμανε στη θεωρία του ο Tillich (1952).

Αποτελείται από 13 προτάσεις, με δυνατότητα απάντησης «Σωστό» ή «Λάθος» που αξιολογούν την κατανόηση των έξι εννοιών (θάνατος, μοίρα, κενότητα, έλλειψη νοήματος, ενοχή και καταδίκη). Υπάρχουν δύο προτάσεις για κάθε μια από τις έννοιες με την μια πρόταση διατυπωμένη θετικά και την άλλη αρνητικά. Για τη «μοίρα» υπάρχουν τρεις προτάσεις, δύο αρνητικά διατυπωμένες και μια θετικά. Οι αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις (2,4,7,9,10,12,13), έχουν αντίστροφη βαθμολόγηση.

Το ερωτηματολόγιο EAQ μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μία ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων. Το EAQ παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha=.71$), αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης (Pearson's $r=.72$) και παραγοντική δομή συνεπή με τη θεωρία (Weems, et al., 2004).

Η πλήρης λίστα των προτάσεων των παραπάνω ερωτηματολογίων βρίσκεται στο Παράρτημα Α. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια δεν έχουν σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, ούτε έχει μελετηθεί η αξιοπιστία τους. Για το λόγο αυτό, κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η παραγοντική τους δομή και η αξιοπιστία των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των προτάσεων στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ικανοποιητικά και παρουσιάζονται λεπτομερώς στο Κεφάλαιο 3.

2.3. Διαδικασία - Συλλογή υλικού

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας και τη συλλογή δεδομένων ήταν η μέθοδος της συμπτωματικής δειγματοληψίας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, ενώ η ερευνητική διαδικασία περιλάμβανε τη συμπλήρωση των κλιμάκων-ερωτηματολογίων ατομικά, χωρίς την παρουσία ή παρέμβαση του ερευνητή. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι τα αποτελέσματα θα ήταν διαθέσιμα, με το πέρας της έρευνας. Η συνολική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερέβαινε τα τριάντα (30) λεπτά για το σύνολο των ερωτήσεων, συμπεριλαμβανομένων και των επεξηγήσεων που τυχόν απαιτήθηκαν.

Βασικό κριτήριο συμμετοχής στην έρευνα αποτελούσε η ύπαρξη της ασθένειας του καρκίνου και η ηλικία άνω των 18 ετών. Οι συμμετέχοντες της έρευνας επιλέγονταν σε εθελοντική βάση και προσεγγίζονταν μέσω των συλλόγων των καρκινοπαθών. Παράλληλα, δημιουργήθηκε με τη χρήση του διαδικτυακού εργαλείου *google forms* ένας σύνδεσμος (link) με το ερωτηματολόγιο της έρευνας ο οποίος κοινοποιήθηκε στα ηλεκτρονικά ταχυδρομεία (e-mails) των συλλόγων των καρκινοπαθών. Η εφαρμογή παρείχε τη δυνατότητα απευθείας αποστολής των δεδομένων στον ερευνητή σε μορφή αρχείου excel, διατηρώντας παράλληλα την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η αποστολή και η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε μεταξύ των μηνών Ιανουαρίου (2015) και Ιουνίου (2015). Συνολικά, έγινε διανομή 150 ερωτηματολογίων στους συλλόγους καρκινοπαθών Έδεσσας, Λάρισας, «Άλμα Ζωής» (Θεσσαλονίκη) και «Αέλια» (Θεσσαλονίκη) ενώ επέστρεψαν συμπληρωμένα 91 ερωτηματολόγια. Δώδεκα ερωτηματολόγια είχαν ελλιπή στοιχεία οπότε δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Έγινε προσέγγιση και άλλων συλλόγων καρκινοπαθών για την αποστολή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ωστόσο η απάντηση ήταν αρνητική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Παραγοντική Δομή των ερωτηματολογίων

Πριν προχωρήσουμε στις κυρίως αναλύσεις της έρευνάς μας, κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήσαμε - του *QD2* για την καταθλιπτική συμπτωματολογία, του *ST* από το *ASPIRES* για την πνευματικότητα, του *ΣΑΑΚ* για τις στρατηγικές

αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του *EAQ* για το υπαρξιακό άγχος - καθώς τα συγκεκριμένα δεν έχουν σταθμιστεί στην Ελλάδα.

3.1.1. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive - *QD2*)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 52 προτάσεις του ερωτηματολογίου *QD2*, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι όλες οι προτάσεις του ερωτηματολογίου μετρούν κάτι το ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα των Katsogianni & Klefтарas, 2015) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας Κατάθλιψης». Από την παραγοντική ανάλυση, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν τρεις παράγοντες που εξηγούσαν το 43.66% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's *a* για το ερωτηματολόγιο *QD2* στο σύνολο του ήταν $a=.95$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 24 στοιχεία (ιδιοτιμή=16.17, Cronbach's $a=.95$) και ερμηνεύει το 31.10% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Άγχος». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

21. Αυτή την περίοδο, αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.....	(.841)
40. Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος.....	(.788)
37. Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό από ότι συνήθως.....	(.782)
45. Είμαι πιο ευερέθιστος/η από ότι συνήθως.....	(.751)
32. Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο.....	(.736)
4. Αυτή την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου.....	(.720)
6. Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό.....	(.695)
5. Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στον λαιμό.....	(.665)
12. Είμαι χωρίς ενέργεια.....	(.657)
27. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος/η.....	(.655)
44. Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.....	(.653)
16. Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό,τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει.....	(.644)
48. Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταράζουν και με βασανίζουν.....	(.617)
46. Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά.....	(.613)
14. Τελευταία αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός/η.....	(.601)
26. Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να είμαι μόνος/η.....	(.593)
17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος/η από ότι συνήθως χωρίς λόγο.....	(.564)
43. Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δε με καταλαβαίνουν.....	(.560)
7. Οτι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο από ότι συνήθως.....	(.537)
15. Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια.....	(.528)
1. Τελευταία έχω δυσκολία να πάρω μπρος.....	(.512)
13. Αισθάνομαι ένοχος/η.....	(.493)
31. Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζουν.....	(.493)
20. Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος/η ή εμποδισμένος/η για να κάνω το παραμικρό πράγμα.....	(.402)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 13 στοιχεία (ιδιοτιμή=3.51, Cronbach's α =.86) και ερμηνεύει το 6.76% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Αίσθημα απώλειας της ζωτικής δύναμης». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

34. Ότι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα από ότι συνήθως.....	(.677)
33. Αυτή την περίοδο μου είναι αδύνατον να μείνω στην ίδια θέση.....	(.621)
52. Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας.....	(.588)
49. Είμαι γεμάτος/η από αίσθημα φόβου.....	(.562)
50. Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν.....	(.552)
24. Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου χτυπά πιο γρήγορα από ότι συνήθως ή ότι φτερουγίζει.....	(.541)
41. Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός από ότι συνήθως.....	(.540)
2. Είμαι υποχρεωμένος/η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω.....	(.532)
22. Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση.....	(.517)
9. Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ζανά επαληθεύω αυτό που κάνω.....	(.468)
11. Η μνήμη μου φαίνεται λιγότερο καλή από ότι συνήθως.....	(.439)
51. Αυτή την περίοδο η ζωή μου, μου φαίνεται άδεια.....	(.419)
36. Είμαι υποχρεωμένος/η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε.....	(.400)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 7 στοιχεία (ιδιοτιμή=3.01, Cronbach's α =.57) και ερμηνεύει το 5.79% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Καταθλιπτική διάθεση». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

23. Θα θελα να τελειώνα με τη ζωή.....	(.808)
38. Σκέφτομαι ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος/η.....	(.808)
8. Αισθάνομαι άχρηστος/η.....	(.590)
19. Είμαι απογοητευμένος/η και αηδιασμένος/η με τον εαυτό μου.....	(.576)
25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός/η και έξυπνος/η από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων.....	(.542)
3. Πέτυχα λιγότερο στη ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.....	(.516)
39. Δεν είμαι ικανός/η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως.....	(.430)

3.1.2. Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Αξιολόγησης της Πνευματικής Υπερβατικότητας (ST) από την Κλίμακα Αξιολόγησης των Πνευματικών και Θρησκευτικών Πεποιθήσεων (Assessment of Spirituality and Religion Sentiments - SPIRES)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 23 προτάσεις της κλίμακας ST, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το

γεγονός αυτό, δείχνει ότι όλες οι προτάσεις της κλίμακας μετρούν κάτι το ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα των Katsogianni & Kleftaras, 2015) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας πνευματικότητας». Από την παραγοντική ανάλυση, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν τρεις παράγοντες που εξηγούσαν το 56.34% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για την κλίμακα *ST* στο σύνολο του ήταν $\alpha=.90$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 16 στοιχεία (ιδιοτιμή=8.83, Cronbach's $\alpha=.93$) και ερμηνεύει το 38.40% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Εκπλήρωση μέσω της προσευχής». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

12. Αντλώ εσωτερική δύναμη και/ή γαλήνη από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.....	(.851)
8. Στη γαλήνη των προσευχών μου και/ή του διαλογισμού μου βρίσκω ένα αίσθημα πληρότητας.....	(.837)
17. Κάνω διαλογισμό και/ή προσεύχομαι έτσι ώστε να αναπτυχθώ ως άτομο.....	(.834)
2. Δεν νιώθω κάποια σύνδεση με μια ανώτερη Δύναμη ή Πραγματικότητα.....	(.830)
19. Οι προσευχές και/ή ο διαλογισμός μου παρέχουν ένα αίσθημα συναισθηματικής στήριξης.....	(.788)
1. Δεν έχω βιώσει ένα αίσθημα βαθιάς πληρότητας και ευδαιμονίας μέσα από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου....	(.778)
18. Η προσευχή και/ή ο διαλογισμός δεν ασκούν ιδιαίτερη έλξη πάνω μου.....	(.744)
4. Κάνω διαλογισμό και / ή προσεύχομαι έτσι ώστε να φτάσω σε ένα ανώτερο πνευματικό επίπεδο.....	(.712)
6. Υπάρχει μια «τάξη» στο σύμπαν η οποία υπερβαίνει την ανθρώπινη σκέψη.....	(.710)
5. Όλα στη ζωή συνδέονται μεταξύ τους.....	(.697)
15. Δεν υπάρχει ανώτερο επίπεδο συνειδητότητας ή πνευματικότητας που να συνδέει όλους τους ανθρώπους.....	(.612)
3. Δεν πιστεύω ότι με κάποιο τρόπο η ζωή μου είναι στενά συνδεδεμένη με όλη την ανθρωπότητα.....	(.607)
11. Η έννοια της «πνευματικότητας» δεν αποτελεί κεντρικό κομμάτι της ζωής μου.....	(.605)
21. Θέλω να έλθω πιο κοντά στο Θεό, έτσι όπως τον αντιλαμβάνομαι.....	(.601)
16. Αν και οι άνθρωποι σε προσωπικό επίπεδο μπορεί να είναι δύσκολοι, νοιώθω ένα συναισθηματικό δέσιμο με όλη την ανθρωπότητα.....	(.499)
13. Παρόλο που υπάρχει καλό και κακό στους ανθρώπους, πιστεύω ότι η ανθρωπότητα συνολικά είναι κατά βάση κακή.....	(.469)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 2 στοιχεία (ιδιοτιμή=2.23, Cronbach's α =.60) και ερμηνεύει το 9.72% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Συνεκτικότητα». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

14. Δεν έχω δυνατούς συναισθηματικούς δεσμούς με κάποιον που έχει πεθάνει.....	(.776)
7. Ο θάνατος πράγματι σταματάει το αίσθημα συναισθηματικής εγγύτητας που νοιώθουμε για κάποιον.....	(.723)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 4 στοιχεία (ιδιοτιμή=1.88, Cronbach's α =.61) και ερμηνεύει το 8.21% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να

οριστεί ως «Αίσθημα του Ανήκειν». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

9. Έχω κάνει πράγματα στη ζωή μου, επειδή πίστευα ότι θα ευχαριστούσαν ένα γονιό, ένα συγγενή ή ένα φίλο που έχει πεθάνει.....	(.703)
10. Αν και νεκροί, οι αναμνήσεις και οι σκέψεις κάποιων από τους συγγενείς μου συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή μου στο παρόν.....	(.663)
20. Νιώθω ότι σε ένα ανώτερο επίπεδο όλοι μας μοιραζόμαστε έναν κοινό δεσμό.....	(.614)
22. Ο έπαινος των άλλων σχετικά με τα επιτεύγματά μου, μου προσφέρει βαθιά ικανοποίηση.....	(.534)

3.1.3. Παραγοντική ανάλυση Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων - ΣΑΑΚ (Ways of Coping)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 38 προτάσεις της κλίμακας ΣΑΑΚ, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό, δείχνει ότι όλες οι προτάσεις της κλίμακας μετρούν κάτι το ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα του Καραδήμα, 1998) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων». Από την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας ΣΑΑΚ, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν πέντε παράγοντες που εξηγούσαν το 48.74% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α στο σύνολο του ήταν $\alpha=.83$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 16 στοιχεία (ιδιοτιμή=7.27, Cronbach's $\alpha=.88$) και ερμηνεύει το 19.15% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Θετική προσέγγιση/διεκδίκηση». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

20. <i>Εμπνεόμενοι να κάνω κάτι δημιουργικό.....</i>	(.760)
13. <i>Συνέχιζα σαν να μη συμβαίνει τίποτα.....</i>	(.752)
44. <i>Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ σοβαρά.....</i>	(.730)
46. <i>Πείσματα και πολέμους να πετύχω ότι ήθελα.....</i>	(.712)
15. <i>Προσπαθούσα να δω την θετική πλευρά των πραγμάτων.....</i>	(.685)
65. <i>Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.....</i>	(.649)
38. <i>Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.....</i>	(.630)
39. <i>Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.....</i>	(.609)
49. <i>Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω.....</i>	(.601)
21. <i>Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.....</i>	(.589)
30. <i>Έβγαينا από την εμπειρία καλύτερος από πριν.....</i>	(.583)
23. <i>Άλλαζα ή ωρίμαζα ως πρόσωπο.....</i>	(.536)
52. <i>Εύρισκα μια-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.....</i>	(.464)
5. <i>Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.....</i>	(.436)
3. <i>Στρεφόμουν στη δουλειά ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα για να ξεχαστώ.....</i>	(.422)
34. <i>Τολμούσα κάτι πολύ ρισκοκίνδυνο.....</i>	(.416)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 στοιχεία (ιδιοτιμή=3.51, Cronbach's α =.78) και ερμηνεύει το 9.24% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

42. <i>Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.....</i>	(.803)
45. <i>Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.....</i>	(.778)
8. <i>Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα από την κατάσταση.....</i>	(.735)
31. <i>Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.....</i>	(.649)
18. <i>Αποδεχόμουν τη συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.....</i>	(.520)
28. <i>Άφηνα τα συναισθήματα μου να ξεσπάσουν με κάποιο τρόπο.....</i>	(.471)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 3 στοιχεία (ιδιοτιμή=3.15, Cronbach's α =.79) και ερμηνεύει το 8.31% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «ευχολογία/θεϊκή παρέμβαση». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

60. Προσευχόμεουν.....	(.786)
36. Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.....	(.737)
11. Ηλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.....	(.610)

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 5 στοιχεία (ιδιοτιμή=2.29, Cronbach's α =.61) και ερμηνεύει το 6.04% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «παραίτηση/άρνηση». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

12. Αποδεχόμεουν τη μοίρα μου. Μερικές φορές απλά δεν έχω τύχη.....	(.773)
4. Θεωρούσα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.....	(.697)
14. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματα μου για τον εαυτό μου.....	(.599)
48. Βασιζόμεουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.....	(.443)
24. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.....	(.429)

Παράγοντας 5: Αποτελείται από 5 στοιχεία (ιδιοτιμή=2.27, Cronbach's α =.64) και ερμηνεύει το 5.98% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «ευχολογία/ονειροπόληση». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

58. Ευχόμεουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμεουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτήν.....	(.696)
59. Φανταζόμεουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.....	(.675)
57. Ονειροπολούσα ή φανταζόμεουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν.....	(.613)
55. Ευχόμεουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.....	(.552)
47. Ξεσπούσα στους άλλους.....	(.450)

3.1.4. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Υπαρξιακού Άγχους (Existential Anxiety Questionnaire - EAQ)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 13 προτάσεις του EAQ, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό, δείχνει ότι όλες οι προτάσεις του ερωτηματολογίου μετρούν κάτι το ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα των Weems et al., 2004) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός

παράγοντας Υπαρξιακού Άγχους». Από την παραγοντική ανάλυση, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν έξι παράγοντες που εξηγούσαν το 76.06% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το EAQ στο σύνολο του ήταν $\alpha=.69$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 2 στοιχεία (ιδιοτιμή=2.96, Cronbach's $\alpha=.77$) και ερμηνεύει το 22.83% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «άγχος για θάνατο/μοίρα». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

11. Σκέφτομαι συχνά για τη μοίρα/τύχη και αυτό μου προκαλεί άγχος.....	(.878)
1. Συχνά σκέφτομαι τον θάνατο και αυτό μου προκαλεί άγχος/στρες.....	(.864)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 3 στοιχεία (ιδιοτιμή=2.34, Cronbach's $\alpha=.66$) και ερμηνεύει το 18.00% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «νόημα». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

13. Το ξέρω ότι η ζωή έχει νόημα.....	(.805)
6. Συχνά αγχώνομαι γιατί νιώθω καταδικασμένος/η στη ζωή.....	(.721)
3. Συχνά αγχώνομαι γιατί ανησυχώ ότι η ζωή μπορεί να μην έχει νόημα.....	(.664)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 2 στοιχεία (ιδιοτιμή=1.50, Cronbach's $\alpha=.53$) και ερμηνεύει το 11.58% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «απραξία/μοίρα». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

7. Ποτέ δεν μου περνούν σκέψεις για κάποιο κενό μέσα μου.....	(.806)
2. Δεν αγχώνομαι για τη μοίρα/τύχη μου γιατί έχω αφεθεί σε αυτή.....	(.763)

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 2 στοιχεία (ιδιοτιμή=1.11, Cronbach's $\alpha=.62$) και ερμηνεύει το 8.57% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να

οριστεί ως «άγχος για μέλλον». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

12. Δεν αγχώνομαι για τη μοίρα/τύχη γιατί είμαι σίγουρος/η ότι τα πράγματα θα πάνε καλά.....	(.891)
10. Δεν αγχώνομαι για το θάνατο γιατί είμαι προετοιμασμένος/η για οτιδήποτε μπορεί να φέρει.....	(.606)

Παράγοντας 5: Αποτελείται από 3 στοιχεία (ιδιοτιμή=0.99 Cronbach's α =.42) και ερμηνεύει το 7.66% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «ενοχή». Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

5. Συχνά αγχώνομαι λόγω αισθημάτων ενοχής.....	(.758)
4. Δεν ανησυχώ ούτε σκέφτομαι ότι είμαι ένοχος/η για κάτι.....	(.581)
9. Ποτέ δεν νιώθω άγχος για το ότι μπορεί να είμαι καταδικασμένος/η στη ζωή.....	(.532)

Παράγοντας 6: Αποτελείται από 1 στοιχείο (ιδιοτιμή=0.96) και ερμηνεύει το 7.40% της συνολικής διακύμανσης. Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «κενότητα». Η πρόταση που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν η εξής:

8. Συχνά σκέφτομαι ότι τα πράγματα που ήταν κάποτε σημαντικά στη ζωή, είναι πλέον κενά.....	(.913)
---	--------

Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα των παραγοντικών αναλύσεων είναι ικανοποιητικά, και θεωρούμε ότι όποιες διαφορές παρουσιάστηκαν στην παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων, σε σχέση με αυτή που βρέθηκε στο εξωτερικό, οφείλονται πιθανόν στο μικρό δείγμα, στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και δευτερευόντως σε πολιτισμικούς παράγοντες. Για τους παραπάνω λόγους, θεωρούμε, ότι παρά τις όποιες επιφυλάξεις, τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς.

3.2. Συγκρίσεις μέσω όρων μεταξύ των ατόμων με την χαμηλή, μέτρια και υψηλή Καταθλιπτική Συμπτωματολογία

Με στόχο να επιβεβαιώσουμε την πρώτη υπόθεση (Y_1), ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παρουσιάζει μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, το δείγμα χωρίστηκε με βάση τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης σε τρεις ομάδες. Την πρώτη ομάδα αποτέλεσαν τα

άτομα τα οποία στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης είχαν βαθμολογία που κυμαινόταν μεταξύ 2-14. Τη δεύτερη ομάδα αποτέλεσαν αυτοί των οποίων η βαθμολογία ήταν μεταξύ 15-28, ενώ την τρίτη αυτοί των οποίων η βαθμολογία ήταν μεταξύ 29-44. Από την ανάλυση διακύμανσης βρέθηκε ότι οι διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ήταν στατιστικά σημαντικές [$F(2,76)=341.98, p=.00$]. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, η πρώτη ομάδα με τα λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, αποτελούνταν από 24 άτομα (30.4%) και είχε μέσο όρο $M.O.=6.63$ ($T.A.=3.16$), η δεύτερη ομάδα, που αποτελούνταν από 25 άτομα (31.6%), είχε $M.O.=21.08$ ($T.A.=4.38$), και η τρίτη ομάδα, με τα περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, αποτελούνταν από 30 άτομα (38.0%) με $M.O.=35.17$ ($T.A.=4.21$). Οι παραπάνω μέσοι όροι αντιστοιχούν στους μέσους όρους που υποδεικνύει ο Richot και οι συνεργάτες του (1984), για το ποιοι (μέσοι όροι) δείχνουν χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Συνεπώς, με βάση την παραπάνω ανάλυση, η υπόθεσή μας (Y_a), επιβεβαιώνεται, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (30 άτομα), εμπίπτει στην κατηγορία των πιο καταθλιπτικών ατόμων.

Πίνακας 3

Κατανομή συχνοτήτων, σύγκριση μέσων όρων (M.O.) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα

Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	N=79	%	M.O. (T.A.)
Χαμηλή	24	30.4	6.63 (3.16)
Μέτρια	25	31.6	21.08 (4.38)
Υψηλή	30	38.0	35.17 (4.21)

3.3. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος

Για τον έλεγχο των αρχικών, γενικών και ειδικών μας υποθέσεων ($Y_b, Y_g, Y_d, E.Y_a, E.Y_b$), σύμφωνα με τις οποίες, η καταθλιπτική συμπτωματολογία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχωγόνων καταστάσεων και το υπαρξιακό άγχος, υπολογίστηκε ο

δείκτης συσχέτισης r του Pearson. Ο πίνακας των συσχετίσεων, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Σε ό, τι αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας συνολικά, αλλά και των τριών διαστάσεων της (εκπλήρωση μέσω της προσευχής, καθολικότητα, συνεκτικότητα) με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, τα αποτελέσματα έδειξαν, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μόνο με τη διάσταση της καθολικότητας ($r=.266, p=.02$). Δηλαδή, όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου για την πίστη σε έναν ανώτερο σκοπό και νόημα στη ζωή, μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. Επιβεβαιώνεται λοιπόν εν μέρει, η αρχική μας υπόθεση (Υβ) ότι όσο αυξάνεται η πνευματικότητα μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, πρέπει να σημειωθεί ότι για τις συσχετίσεις της με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, χρησιμοποιήθηκαν οι βαθμολογίες των υποκειμένων στους παράγοντες και στις διαστάσεις μέσα στους παράγοντες, όπως παρουσιάζονται από τον Καραδήμα, (1998): α) «θετική προσέγγιση» με τις διαστάσεις της *θετικής επαναξιολόγησης* και της *επίλυσης προβλήματος*, β) «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», γ) «ευχολογία/ονειροπόληση» με τις διαστάσεις της *ευχολογίας* και της *αναζήτησης θεϊκής παρέμβασης*, δ) «αποφυγή/διαφυγή» με τις διαστάσεις της *παραίτησης* και της *άρνησης* και ε) «διεκδικητική επίλυση προβλήματος». Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τον παράγοντα της θετικής προσέγγισης ($r= -.565, p=.00$) και των δύο διαστάσεων του, της θετικής επαναξιολόγησης ($r= -.582, p=.00$) και της επίλυσης προβλήματος ($r= -.423, p=.00$) (Πίνακας 4). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει κατά έναν θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις, μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. Επιπλέον, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4, παρουσιάστηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της άρνησης ($r= -.332, p=.00$), από τον παράγοντα «αποφυγή/διαφυγή». Δηλαδή, όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να μειώνει ή να αγνοεί την πραγματική σημασία της κατάστασης, μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αντίστροφα. Από την άλλη, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ

της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της ευχολογίας ($r=.281$, $p=.01$) (Πίνακας 4), από τον παράγοντα «ευχολογία/ονειροπόληση». Όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να ξεπερνά τα πιθανά προβλήματα του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα, αυξάνεται και η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. Επιβεβαιώνεται λοιπόν, εν μέρει, η υπόθεση μας ($Y\gamma$) ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Επιπλέον, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4, βρέθηκε στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα ($r= -.281$, $p=.01$). Όσο το άτομο επιλέγει στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, όπως η άμεση δράση και η αναζήτηση πληροφοριών, τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ως εκ τούτου, η ειδική μας υπόθεση ($E.Y\alpha$), επιβεβαιώνεται. Δεν επιβεβαιώνεται ωστόσο η ειδική μας υπόθεση ($E.Y\beta$), σχετικά με την θετική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο συναίσθημα, καθώς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση.

Τέλος, στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση υπήρξε και μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και όλων των διαστάσεων του υπαρξιακού άγχους. Του θανάτου ($r=.535$, $p=.00$), της μοίρας ($r=.490$, $p=.00$), του νοήματος ($r=.554$, $p=.00$), της ενοχής ($r=.241$, $p=.03$), της καταδίκης ($r=.512$, $p=.00$) και της κενότητας ($r=.236$, $p=.04$) και του υπαρξιακού άγχους συνολικά ($r=.664$, $p=.00$) (Πίνακας 4). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται το υπαρξιακό άγχος, αυξάνονται και τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η αρχική μας υπόθεση ($Y\delta$) λοιπόν, επιβεβαιώνεται πλήρως.

Πίνακας 4

Συνάφειες μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της πνευματικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του υπαρξιακού άγχους

		Καταθλιπτική Συμπτωματ.
Πνευματικότητα	Εκπλήρωση	-.209
	Καθολικότητα	-.266*
	Συνεκτικότητα	.113
	Συνολικό σκορ	-.160
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	Θετική προσέγγιση	-.565***
	Θετική επαναξιολόγηση	-.582***
	Επίλυση προβλήματος	-.423***
	Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	-.158
	Ευχολογία/Ονειροπόληση	.221
	Ευχολογία	.281*
	Αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης	.082
	Αποφυγή/Διαφυγή	-.111
	Παραίτηση	.135
	Άρνηση	-.332**
	Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	.042
	Στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα	-.281*
	Στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα	-.225
Υπαρξιακό Άγχος	Θάνατος	.535***
	Μοίρα	.490***
	Νόημα	.554***
	Ενοχή	.241*
	Καταδίκη	.512***
	Κενότητα	.236*
	Συνολικό σκορ	.664***

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

3.3.1. Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή Καταθλιπτική Συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις της Πνευματικότητας, των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων καταστάσεων και του Υπαρξιακού Άγχους

Με στόχο να διερευνήσουμε, πως οι διαστάσεις της πνευματικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του υπαρξιακού άγχους διαφέρουν ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (χαμηλή, μέτρια, υψηλή), εφαρμόσαμε την ανάλυση της

διακύμανσης με έναν παράγοντα (one way ANOVA). Ο πίνακας των μέσων όρων παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Έτσι, όσον αφορά τις διαστάσεις της πνευματικότητας (εκπλήρωση μέσω της προσευχής, καθολικότητα, συνεκτικότητα), φάνηκε από την ανάλυση διακύμανσης, ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, παρουσιάζουν στατιστικά οριακά διαφορές μόνο ως προς την διάσταση της καθολικότητας [$F(2,76)=3.01, p=.05$] (Πίνακας 5). Από τον έλεγχο Bonferroni, φάνηκε στατιστικά οριακή διαφορά μόνο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά υψηλότερη βαθμολογία στην καθολικότητα ($M.O.=27.04, T.A.=3.35$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=24.40, T.A.=4.85$). Η ομάδα με τη μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τις άλλες δύο. Κατά τη σύγκριση των τριών ομάδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς την πνευματικότητα συνολικά, δε φάνηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα [$F(2,76)=1.44, p=.24$] (Πίνακας 5).

Σχετικά με τη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς τους πέντε παράγοντες και τις διαστάσεις μέσα στους παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, φάνηκε ότι ορισμένοι παράγοντες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την ανάλυση διακύμανσης φάνηκε ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς: α) τη θετική προσέγγιση [$F(2,76)=17.96, p=.00$] και τις διαστάσεις της, τη θετική επαναξιολόγηση [$F(2,76)=19.60, p=.00$] και την επίλυση προβλήματος [$F(2,76)=8.33, p=.00$], β) την ευχολογία [$F(2,76)=3.27, p=.04$] από τον παράγοντα ευχολογία/ονειροπόληση και γ) την άρνηση [$F(2,76)=5.52, p=.01$] από τον παράγοντα αποφυγή/διαφυγή (Πίνακας 5). Επιπλέον, οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές και ως προς τις στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα [$F(2,76)=3.58, p=.03$] (Πίνακας 5).

Συγκεκριμένα, ως προς τη θετική προσέγγιση, φάνηκε από τον έλεγχο Bonferonni, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ και των τριών ομάδων καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (χαμηλή-μέτρια, χαμηλή-υψηλή, μέτρια-υψηλή). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θετική προσέγγιση ($M.O.=27.42$, $T.A.=3.52$), από την ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=23.52$, $T.A.=4.39$) και από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=20.43$, $T.A.=4.64$). Επιπλέον, η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=23.52$, $T.A.=4.39$), παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θετική προσέγγιση από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=20.43$, $T.A.=4.64$). Η ίδια συμπεριφορά παρατηρήθηκε και ως προς τη διάσταση της θετικής επαναξιολόγησης, όπου και οι τρεις ομάδες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θετική επαναξιολόγηση ($M.O.=18.92$, $T.A.=2.30$), από την ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=16.44$, $T.A.=3.01$) και από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=14.43$, $T.A.=2.48$). Επίσης, η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=16.44$, $T.A.=3.01$) παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θετική προσέγγιση από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=14.43$, $T.A.=2.48$) (Πίνακας 5). Όσον αφορά τη διάσταση της επίλυσης προβλήματος, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο μεταξύ της ομάδας με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε υψηλότερη βαθμολογία στην επίλυση προβλήματος ($M.O.=8.50$, $T.A.=1.76$) σε σχέση με την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=6.00$, $T.A.=2.53$). Για τη διάσταση της ευχολογίας, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο μεταξύ της ομάδας με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε χαμηλότερη βαθμολογία στην ευχολογία ($M.O.=11.54$, $T.A.=2.26$) σε σχέση με την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=12.90$, $T.A.=1.51$) (Πίνακας 5). Σχετικά με τη διάσταση

της άρνησης, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και με τη μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε υψηλότερη βαθμολογία στην άρνηση ($M.O.=8.71$, $T.A.=2.07$) σε σχέση με την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=6.90$, $T.A.=1.97$) και η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε υψηλότερη βαθμολογία στην άρνηση ($M.O.=8.44$, $T.A.=2.51$), σε σχέση με την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=6.90$, $T.A.=1.97$) (Πίνακας 5). Τέλος, όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε υψηλότερη βαθμολογία στις στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα ($M.O.=28.21$, $T.A.=4.69$) σε σχέση με την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=24.80$, $T.A.=4.87$).

Η σύγκριση των τριών ομάδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς το υπαρξιακό άγχος συνολικά, φανέρωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα [$F(2,76)=35.38$, $p=.00$] (Πίνακας 3). Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στο υπαρξιακό άγχος ($M.O.=4.00$, $T.A.=1.79$), από την ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=6.00$, $T.A.=1.91$) και από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=8.43$, $T.A.=2.06$). Επιπλέον, η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=6.00$, $T.A.=1.91$) παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στο υπαρξιακό άγχος από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=8.43$, $T.A.=2.06$). Αναφορικά με τις διαστάσεις του υπαρξιακού άγχους (θάνατος, μοίρα, νόημα, ενοχή, καταδίκη, κενότητα), φάνηκε, από την ανάλυση διακύμανσης, ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς: α) τον θάνατο [$F(2,76)=15.41$, $p=.00$], β) τη μοίρα [$F(2,76)=12.07$, $p=.00$],

γ) το νόημα [$F(2,76)=17.69, p=.00$], και δ) την καταδίκη [$F(2,76)=15.47, p=.00$] (Πίνακας 5).

Συγκεκριμένα, ως προς τον θάνατο, φάνηκε από τον έλεγχο Bonferonni, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία και μεταξύ των ομάδων με την χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του θανάτου ($M.O.=.46, T.A.=.58$), από την ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=1.00, T.A.=.57$) και η ομάδα με την χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην έννοια του θανάτου ($M.O.=.46, T.A.=.58$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=1.40, T.A.=.67$) (Πίνακας 5). Ως προς τη διάσταση της μοίρας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και μεταξύ των ομάδων με την μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της μοίρας ($M.O.=.71, T.A.=.75$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=1.87, T.A.=.97$) και η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της μοίρας ($M.O.=1.24, T.A.=.83$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=1.40, T.A.=.67$). Όσον αφορά τη διάσταση του νοήματος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και μεταξύ των ομάδων με την μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του νοήματος ($M.O.=.00, T.A.=.00$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=.73, T.A.=.64$) και η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του νοήματος ($M.O.=.24, T.A.=.43$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=.73, T.A.=.64$) (Πίνακας 5). Τέλος, για την έννοια της καταδίκης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά

μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και μεταξύ των ομάδων με την μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της καταδίκης ($M.O.=.50$, $T.A.=.51$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=1.37$, $T.A.=.66$) και η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της καταδίκης ($M.O.=.68$, $T.A.=.62$), από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=1.37$, $T.A.=.66$).

Πίνακας 5

Συγκρίσεις μέσων όρων της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος

Καταθλιπτική Συμπτωματολογία

	Χαμηλή (N=24) M.O (T.A)	Μέτρια (N=25) M.O (T.A)	Υψηλή (N=30) M.O (T.A)	F
Πνευματικότητα				
Εκπλήρωση	37.88 (1.31)	36.24 (6.21)	34.27 (8.21)	1.74
Καθολικότητα	27.04 (3.35)	25.28 (3.23)	24.40 (4.85)	3.01*
Συνεκτικότητα	22.42 (3.37)	22.44 (3.21)	23.23 (2.75)	.62
Πνευματικότητα συνολικά	87.33 (10.00)	83.96 (9.95)	81.90 (14.08)	1.44
ΣΑΑΚ				
Θετική				
Προσέγγιση	27.42 (3.52)	23.52 (4.39)	20.43 (4.64)	17.96***
Θετ. επαναξιολόγηση	18.92 (2.30)	16.44 (3.01)	14.43 (2.48)	19.60***
Επίλ. προβλήματος	8.50 (1.76)	7.08 (2.25)	6.00 (2.53)	8.33**
Αναζητ. Κοινωνικής				
Υποστήριξης	13.67 (3.04)	12.88 (2.55)	12.57 (2.88)	1.03
Ευχολογία/				
Ονειροπόληση	17.46 (4.04)	18.12 (3.25)	19.23 (2.64)	1.99
Ευχολογία	11.54 (2.26)	12.12 (2.10)	12.90 (1.51)	3.27*
Αναζήτηση θεϊκής				
παρέμβασης.	5.92 (2.33)	6.00 (2.21)	6.33 (1.97)	.28
Αποφυγή/				
Διαφυγή	17.58 (3.83)	18.08 (4.33)	16.60 (3.67)	1.01
Παραίτηση	8.88 (2.62)	9.64 (2.56)	9.70 (2.24)	.87
Άρνηση	8.71 (2.07)	8.44 (2.51)	6.90 (1.97)	5.52**
Διεκδικητική Επίλυση				
Προβλήματος	6.04 (1.85)	6.20 (2.06)	6.23 (1.71)	.07
ΣΑΑΚ Εστίαση στο Πρόβλημα	28.21 (4.69)	26.16 (4.31)	24.80 (4.87)	3.58*
ΣΑΑΚ Εστίαση στο Συναισθημα	53.96 (7.94)	52.64 (7.69)	50.27 (7.10)	1.67
Υπαρξιακό				
Άγχος				
Θάνατος	.46 (.58)	1.00 (.57)	1.40 (.67)	15.41***
Μοίρα	.71 (.75)	1.24 (.83)	1.87 (.97)	12.07***
Νόημα	.00 (.00)	.24 (.43)	.73 (.64)	17.69***
Ενοχή	.88 (.61)	1.16 (.74)	1.30 (.75)	2.43
Καταδίκη	.50 (.51)	.68 (.62)	1.37 (.66)	15.47***
Κενότητα	1.46 (.65)	1.68 (.47)	1.77 (.43)	2.39
Υπαρξιακό Άγχος συνολικά	4.00 (1.79)	6.00 (1.91)	8.43 (2.06)	35.38***

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

3.4. Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας, της παρακολούθησης-follow up και της ίασης ως προς την Καταθλιπτική Συμπτωματολογία, την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος

Για τον έλεγχο της πέμπτης υπόθεσης (Y_5), ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο στάδιο της ασθένειας των ατόμων με καρκίνο (θεραπείας, παρακολούθησης-follow up, ίασης) σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και το υπαρξιακό άγχος, εφαρμόσαμε την ανάλυση της διακύμανσης με έναν παράγοντα (one way ANOVA). Ο πίνακας των μέσων όρων παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Σχετικά με τη σύγκριση των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων [$F(2,76)=13.63, p=.00$] (Πίνακας 6). Από τον έλεγχο Bonferroni, φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όλων των ομάδων (θεραπείας-παρακολούθησης, θεραπείας-ίασης και παρακολούθησης-ίασης). Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 6, η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία παρουσίασε στατιστικά υψηλότερη βαθμολογία στην καταθλιπτική συμπτωματολογία ($M.O.=30.52, T.A.=8.91$), από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης ($M.O.=22.89, T.A.=11.92$) και από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=13.36, T.A.=10.51$), ενώ η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης ($M.O.=22.89, T.A.=11.92$), παρουσίασε στατιστικά υψηλότερη βαθμολογία στην καταθλιπτική συμπτωματολογία από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=13.36, T.A.=10.51$).

Όσον αφορά τις διαστάσεις της πνευματικότητας (εκπλήρωση μέσω της προσευχής, καθολικότητα, συνεκτικότητα), φάνηκε, από την ανάλυση διακύμανσης, ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς την διάσταση της καθολικότητας [$F(2,76)=3.48, p=.04$] (Πίνακας 6). Από τον έλεγχο

Bonferroni, φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων της θεραπείας και της ίασης. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 6, η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία παρουσίασε στατιστικά χαμηλότερη βαθμολογία στην καθολικότητα ($M.O.=24.05$, $T.A.=3.65$), από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=27.18$, $T.A.=3.60$). Όσον αφορά τη σύγκριση των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας ως προς την πνευματικότητα συνολικά, δε φάνηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους [$F(2,76)=1.42$, $p=.24$] (Πίνακας 6).

Σχετικά με τη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της νόσου ως προς τους πέντε παράγοντες και τις διαστάσεις μέσα στους παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, φάνηκε ότι μόνο ο παράγοντας της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης διαφέρει με οριακά στατιστικά σημαντικό τρόπο [$F(2,76)=3.09$, $p=.05$] (Πίνακας 6), μεταξύ των ομάδων της παρακολούθησης και της ίασης. Η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 6, παρουσίασε οριακά στατιστικά χαμηλότερη βαθμολογία στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ($M.O.=12.28$, $T.A.=2.89$), από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=14.14$, $T.A.=2.67$). Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της νόσου ως προς τις στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα [$F(2,76)=1.30$, $p=.27$] και τις στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα [$F(2,76)=.234$, $p=.79$] (Πίνακας 6).

Τέλος, όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της νόσου ως προς το υπαρξιακό άγχος και τις διαστάσεις του (θάνατος, μοίρα, νόημα, ενοχή, καταδίκη, κενότητα), η ανάλυση διακύμανσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, φανέρωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας ως προς το υπαρξιακό άγχος συνολικά [$F(2,76)=3.34$, $p=.04$] και ως προς τις διαστάσεις του θανάτου [$F(2,76)=5.88$, $p=.00$], της μοίρας [$F(2,76)=3.53$, $p=.03$] και της καταδίκης [$F(2,76)=8.69$, $p=.00$]. Συγκεκριμένα, ως προς το υπαρξιακό άγχος συνολικά, φάνηκε από τον έλεγχο Bonferroni, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων θεραπείας και ίασης. Η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία, παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του υπαρξιακού άγχους ($M.O.=7.24$,

$T.A.=2.50$), από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=5.23$, $T.A.=2.61$) (Πίνακας 6). Η σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας, ως προς τη διάσταση του θανάτου, έδειξε στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ των ομάδων θεραπείας-ίασης και παρακολούθησης-ίασης. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 6, η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης, παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του θανάτου ($M.O.=.59$, $T.A.=.59$), από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας ($M.O.=1.29$, $T.A.=.71$) και από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης ($M.O.=1.06$, $T.A.=.71$). Σχετικά με τη διάσταση της μοίρας και τη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας, ο έλεγχος Bonferonni φανέρωσε στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ των ομάδων της παρακολούθησης και της ίασης. Η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης ($M.O.=1.53$, $T.A.=.97$), παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της μοίρας, από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=.86$, $T.A.=.88$) (Πίνακας 6). Τέλος, η σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων του σταδίου της ασθένειας, ως προς τη διάσταση της καταδίκης, έδειξε στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ των ομάδων θεραπείας-παρακολούθησης και θεραπείας-ίασης. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, η ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας ($M.O.=1.38$, $T.A.=.66$), παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της καταδίκης, από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης ($M.O.=.64$, $T.A.=.68$) και από την ομάδα με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ίασης ($M.O.=.82$, $T.A.=.58$).

Πίνακας 6

Συγκρίσεις μέσω των όρων του Σταδίου της Ασθένειας με την Καταθλιπτική Συμπτωματολογία, την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος

Στάδιο Ασθένειας

	Θεραπεία (N=21) M.O (T.A)	Παρακολ. Follow--up (N=36) M.O (T.A)	Ίαση (N=22) M.O (T.A)	F
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	30.52 (8.91)	22.89 (11.92)	13.36 (10.51)	13.63***
Πνευματικότητα				
Εκπλήρωση	36.48 (7.75)	34.50 (7.59)	37.95 (5.45)	1.67
Καθολικότητα	24.05 (3.65)	25.28 (4.27)	27.18 (3.60)	3.48*
Συνεκτικότητα	22.52 (2.97)	22.92 (2.91)	22.64 (3.55)	.12
Πνευματικότητα συνολικά	83.05 (12.01)	82.69 (12.43)	87.77 (10.09)	1.42
ΣΑΑΚ				
Θετική				
Προσέγγιση	22.24 (4.12)	23.17 (4.74)	25.36 (6.10)	2.26
Θετ. επαναξιολόγηση	15.62 (2.85)	16.14 (2.89)	17.68 (3.65)	2.65
Επίλ. προβλήματος	6.62 (2.26)	7.03 (2.33)	7.68 (2.73)	1.05
Αναζητ. Κοινωνικής				
Υποστήριξης	13.05 (2.61)	12.28 (2.89)	14.14 (2.67)	3.09*
Ευχολογία/ Ονειροπόληση	19.24 (3.12)	18.11 (3.16)	17.86 (3.82)	1.06
Ευχολογία	12.43 (2.15)	12.39 (1.99)	11.82 (1.94)	.66
Αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης.	6.81 (2.20)	5.72 (1.89)	6.05 (2.40)	1.74
Αποφυγή/ Διαφυγή	17.52 (4.46)	17.28 (3.39)	17.36 (4.41)	.02
Παραίτηση	10.10 (2.64)	9.28 (2.25)	9.05 (2.60)	1.10
Άρνηση	7.43 (2.46)	8.00 (2.09)	8.32 (2.51)	.81
Διεκδικητική Επίλυση				
Προβλήματος	6.52 (1.66)	6.19 (1.84)	5.77 (2.02)	.89
ΣΑΑΚ Εστίαση στο Πρόβλημα	26.19 (4.36)	25.50 (4.28)	27.59 (5.83)	1.30
ΣΑΑΚ Εστίαση στο Συναίσθημα	52.38 (7.62)	51.53 (6.10)	52.91 (9.83)	.23
Υπαρξιακό Άγχος				
Θάνατος	1.29 (.71)	1.06 (.71)	.59 (.59)	5.88**
Μοίρα	1.43 (.97)	1.53 (.97)	.86 (.88)	3.53*
Νόημα	.48 (.60)	.36 (.59)	.23 (.42)	1.08
Ενοχή	.90 (.76)	1.19 (.71)	1.23 (.68)	1.37
Καταδίκη	1.38 (.66)	.64 (.68)	.82 (.58)	8.69***
Κενότητα	1.76 (.43)	1.67 (.53)	1.50 (.59)	1.36
Υπαρξιακό Άγχος συνολικά	7.24 (2.50)	6.44 (2.60)	5.23 (2.61)	3.34*

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

3.5. Προβλεπτικοί Παράγοντες της Κατάθλιψης

Προκειμένου να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της κατάθλιψης από: α) την πνευματικότητα, β) τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και γ) το υπαρξιακό άγχος, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης. Ο πίνακας της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές λοιπόν, με βάση τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις (Πίνακας 4), χρησιμοποιήθηκαν ο ένας παράγοντας της πνευματικότητας (καθολικότητα), οι τέσσερις διαστάσεις μέσα στους παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (θετική επαναξιολόγηση και επίλυση προβλήματος από τον παράγοντα της θετικής προσέγγισης, ευχολογία από τον παράγοντα ευχολογία/ονειροπόληση και άρνηση από τον παράγοντα αποφυγή/διαφυγή) καθώς και ο γενικότερος παράγοντας των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εστίασης στο πρόβλημα και οι έξι διαστάσεις του υπαρξιακού άγχους (θάνατος, μοίρα, νόημα, ενοχή, καταδίκη, κενότητα), ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, η απόλυτη τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης είναι $R=.78$, με το μοντέλο να εξηγεί το 62% της μεταβλητότητας των δεδομένων [$F(12,66)=8.82, p=.00$]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες της κατάθλιψης ήταν η έννοια του νοήματος ($\beta=.31, p=.00$), η διάσταση της θετικής επαναξιολόγησης ($\beta= -.32, p=.02$) και η έννοια της καταδίκης ($\beta=.21, p=.03$).

Πίνακας 7

Πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τους προγνωστικούς παράγοντες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

$$R=.78$$
$$R^2=.62$$
$$F(12,66)= 8.82, p=.000$$

Μεταβλητές	<i>B^a</i>	<i>SE B^b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
Πνευματικότητα				
Καθολικότητα	.29	.30	.09	.97
ΣΑΑΚ				
Θετική επαναξιολόγηση	-1.28	.53	-.32	-2.41*
Επίλυση προβλήματος	.25	.65	.04	.38
Ευχολογία	.92	.50	.15	1.82
Άρνηση	.06	.55	.01	.11
Εστίαση στο πρόβλημα	.02	.31	.00	.06
Υπαρξιακό Άγχος				
Θάνατος	2.52	2.13	.14	1.18
Μοίρα	1.23	1.59	.09	.77
Νόημα	7.11	2.48	.31	2.86**
Ενοχή	.04	1.53	.00	.03
Καταδίκη	3.72	1.67	.21	2.21*
Κενότητα	2.38	2.08	.10	1.14

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

Οι πίνακες των συσχετίσεων, των συγκρίσεων των μέσων όρων και της ανάλυσης παλινδρόμησης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Γ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται πως τα άτομα που νοσούν από καρκίνο παρουσιάζουν και κατάθλιψη (Καραπούλιος και συν., 2013. Kadan-Lottick, et al., 2005. Miovic & Block, 2007. Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards & Ramirez, 2005. Stanton et al., 2002. Carr et al., 2002. Spiegel & Giese-Davis, 2003. Sellick & Crook, 1999). Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, η υπόθεσή μας (*Υα*) ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός παρουσιάζει μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, επιβεβαιώθηκε. Το 69.6% του δείγματος φάνηκε να έχει συμπτώματα κατάθλιψης που χαρακτηρίζονται από μέτρια (31.6%) έως σοβαρά (38.0%). Στην έρευνα τους οι Καραπούλιος και συνεργάτες (2013), σε

ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία, το ποσοστό της κατάθλιψης στο δείγμα έφτασε στο 18%, ενώ στην έρευνα των Burgess και συνεργατών (2005), περίπου το 50% των γυναικών με καρκίνο του μαστού εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα ένα χρόνο μετά τη διάγνωση και το 25% στα δυο, τρία και τέσσερα χρόνια μετά τη διάγνωση.

4.1. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος

Στόχος της παρούσας έρευνας, ήταν η διερεύνηση της σχέσης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και το υπαρξιακό άγχος. Η υπόθεσή μας (Υβ), που αφορά τη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την πνευματικότητα επιβεβαιώθηκε μερικώς. Από τις τρεις διαστάσεις της πνευματικότητας, α) εκπλήρωση μέσω της προσευχής, β) συνεκτικότητα και γ) καθολικότητα, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά αρνητική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μόνο με την διάσταση της «καθολικότητας». Δηλαδή, όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου για την πίστη σε έναν ανώτερο σκοπό και νόημα στη ζωή, μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. Το αποτέλεσμα αυτό, είναι παρόμοιο με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών που δείχνουν ότι η αίσθηση του νοήματος στους ασθενείς με καρκίνο, αποτελεί έναν σημαντικό προγνωστικό δείκτη για την υψηλή αυτοεκτίμηση και για τη μείωση του άγχους, ενώ η εμπειρία της αναζήτησης σκοπού και νοήματος στη ζωή σχετίζεται θετικά με την ψυχολογική ευεξία (Jaarsma, Pool, Ranchor, & Sanderman, 2007. Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006. Lewis, 1989). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε για το παραπάνω εύρημα, ότι όταν ένα άτομο βιώνει το αίσθημα του σκοπού και κατέχει την πεποίθηση ότι η ζωή έχει αξία, είναι δυνατόν να περιορίσει τις αρνητικές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα και να παρουσιάζει λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από ένα άτομο που δεν έχει τον αντίστοιχο προσανατολισμό.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τους πέντε παράγοντες και τις διαστάσεις μέσα στους παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων α) θετική προσέγγιση, με τις διαστάσεις

της θετικής επαναξιολόγησης και της επίλυσης προβλήματος, β) αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, γ) ευχολογία/ονειροπόληση, με τις διαστάσεις της ευχολογίας και της αναζήτησης θεϊκής παρέμβασης, δ) αποφυγή/διαφυγή, με τις διαστάσεις της παραίτησης και της άρνησης και ε) διεκδικητική επίλυση του προβλήματος, η υπόθεση μας (Υγ) που αφορά τη μεταξύ τους σχέση επιβεβαιώνεται μερικώς.

Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως υπάρχει ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της στρατηγικής της θετικής προσέγγισης και των δύο διαστάσεων της (θετική επαναξιολόγηση, επίλυση προβλήματος). Η στρατηγική της θετικής προσέγγισης, σχετίζεται με τις προσωπικές ερμηνείες που δίνει το άτομο σε σχέση με τα βιώματα και τα συναισθήματα του. Υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα που αναδεικνύουν τη θετική συσχέτιση της υποκειμενικής ευεξίας με τη βελτίωση δεικτών υγείας και την αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και νοσηρότητας (Τσιρίκος, 2011). Η προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει την αγχογόνο κατάσταση με έναν θετικό τρόπο, φαίνεται να μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Έρευνες μεταξύ καρκινοπαθών, δείχνουν ότι η θετική επανεκτίμηση των καταστάσεων αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην καλή διάθεση του ασθενούς, στην ομαλή προσαρμογή του στη θεραπεία και γενικότερα στην καλή έκβαση της υγείας του (Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003. Cohen & Numa, 2011). Επίσης, τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι όταν το άτομο επιλέγει τη στρατηγική της επίλυσης του προβλήματος, μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με αποτελέσματα ερευνών (Crockett et al. 2007. Visser, Heijenbrok-Kal, van Spijker, Oostra, Busschbach & Ribbers, 2015), που φανερώνουν την αρνητική συσχέτιση μεταξύ της στρατηγικής της επίλυσης του προβλήματος και της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με το παραπάνω εύρημα, μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν άμεσα μια κατάσταση ή ένα πρόσωπο που τους δημιουργεί πρόβλημα (Καραδήμας, 1998), είναι λιγότερο επιρρεπή στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Θετική σχέση με την κατάθλιψη φάνηκε να έχει η διάσταση της ευχολογίας από τη στρατηγική της ευχολογίας/ονειροπόλησης. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (1998), τα άτομα που χρησιμοποιούν τη στρατηγική της

ευχολογίας/ονειροπόλησης, προσπαθούν να ξεπεράσουν τα πιθανά προβλήματα τους ευχόμενα να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας το πώς θα ήταν τα πράγματα αν δεν είχε συμβεί κάτι αρνητικό. Στην έρευνα της Bemana (2011), μεταξύ ατόμων που νοσούν από καρκίνο, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα χρησιμοποιούσαν τις στρατηγικές της αποφυγής, της ευχολογίας και της αυτο-μομφής (Bemana, 2011), ενώ σε έρευνα μεταξύ ατόμων με φλεγμονώδη αρθρίτιδα η στρατηγική της ευχολογίας συνδέθηκε με αυξημένα επίπεδα άγχους (Ramjeet, Koutantji, Barrett & Scott, 2005). Η ευχολογία αποτελεί αποφευκτική στρατηγική και χρησιμοποιείται από το άτομο όταν προσπαθεί να αποσπάσει την προσοχή του από τον στρεσογόνο παράγοντα (Carver et al., 1989). Η θετική συσχέτιση της στρατηγικής της ευχολογίας με την κατάθλιψη υπάρχει πιθανόν, γιατί ο στεσογονος παράγοντας με τη χρήση αυτής της στρατηγικής, τελικά δεν απομακρύνεται. (Holahan, Moos, Holahan, Brennan & Schutte, 2005).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει, στην παρούσα έρευνα η αρνητική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την διάσταση της άρνησης που εμπεριέχεται στην στρατηγική της αποφυγής/διαφυγής. Όταν το άτομο χρησιμοποιεί την στρατηγική της άρνησης μειώνει ή αγνοεί την πραγματική σημασία του αγχογόνου παράγοντα (Καραδήμας, 1998). Η στρατηγική της άρνησης ανήκει στις αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και έχει σχετιστεί με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μια σειρά από έρευνες (Holahan, et al., 2005. Crockett, et al., 2007. Penland, Masten, Zelhart, Fournet & Callahan, 2000). Θεωρείται μια παθητική στρατηγική αντιμετώπισης και στην ουσία αποτυγχάνει να απομακρύνει τον αγχογόνο παράγοντα (Holahan, et al., 2005). Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που η άρνηση σχετίζεται με τη μείωση της ψυχολογική δυσφορίας (Greer, 1992). Σε ένα άτομο που αντιμετωπίζει την πρόκληση της ασθένειας του καρκίνου, η στρατηγική της άρνησης μπορεί να λειτουργήσει προσαρμοστικά, δίνοντας του χρόνο να επεξεργαστεί τις οδυνηρές πληροφορίες με ένα πιο διαχειρίσιμο ρυθμό (Rabinowitz & Peirson, 2006). Επιπλέον, με την στρατηγική της άρνησης, το άτομο είναι δυνατόν να επιλέγει να μην αφήσει τον έλεγχο της ζωής του στην ασθένεια του και αντί αυτού να δημιουργεί μια θετική προοπτική (Vos & de Haes, 2007). Σύμφωνα με τον Kreitler (1999), η χρήση της άρνησης, είτε με θετικό είτε με αρνητικό αποτελέσματα

ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης, την προσωπικότητα του ασθενούς, και το οικογενειακό και πολιτιστικό υπόβαθρο του (Kreitler, 1999).

Οι Lazarus και Folkman, υποδεικνύουν δύο κύριες ομάδες στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων: εκείνες που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα και εκείνες που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Lazarus & Folkman, 1984). Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα και αυτές που εστιάζουν στο συναίσθημα (E.Υα,β). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μόνο με τις στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα. Όσο τα άτομα επιλέγουν να αντιμετωπίσουν τις αγχογόνες καταστάσεις με στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με αντίστοιχα ευρήματα ερευνών (Kuo & Ma, 2002. Wonghongkul, et al., 2006. Heim, et al., 1997) που φανερώνουν ότι η υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης που εστιάζουν το πρόβλημα και χαρακτηρίζονται από διεκδίκηση και αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση λιγότερων καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα.

Επιπρόσθετα, στην έρευνα μας, έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του υπαρξιακού άγχους. Το υπαρξιακό άγχος αναφέρεται σε αβεβαιότητες που σχετίζονται με την ανθρώπινη ύπαρξη (Yong, 2001. Baldwin & Wesley, 1996) και περικλείει τις διαστάσεις του θανάτου, της μοίρας, της κενότητας, της έλλειψης νοήματος, της ενοχής και της καταδίκης (Weems et al., 2004). Η υπόθεσή μας (Υδ), που αφορούσε τη θετική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του υπαρξιακού άγχους επιβεβαιώθηκε. Όσο αυξάνεται το υπαρξιακό άγχος, αυξάνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αντίστροφα. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της έρευνας του Weems και των συνεργατών του (Weems et al., 2004).

Ο θάνατος αποτελεί τον «απόλυτο» φόβο και σύμφωνα με τη θεωρία του Tillich (1952) για το υπαρξιακό άγχος, εμπεριέχει όλους τους υπόλοιπους φόβους. Το υπαρξιακό άγχος προέρχεται από το φόβο της απόλυτης εκμηδένισης που μπορεί να προκύψει από τον θάνατο (Weems et al., 2004). Πρόσφατες έρευνες

αναδεικνύουν τη σχέση του υπαρξιακού άγχους με την κατάθλιψη, με το άγχος και με την κακή ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων με καρκίνο (Gonen, Kaymak, Cankurtaran, Karslioglu, Ozalp & Soygur, 2012. Sherman, Norman & McSherry, 2010. Tang, Chiou, Lin, Wang & Liand, 2011). Η έλλειψη του νοήματος στη ζωή, δηλαδή η απώλεια του ενδιαφέροντος για τη ζωή, για το μέλλον, για τον κόσμο, αποτελεί ισχυρό παράγοντα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με καρκίνο (Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006). Επίσης, το συναίσθημα της ενοχής μπορεί να εμφανιστεί στο ασθενή με καρκίνο, όταν αυτός αισθάνεται ότι κατά κάποιον τρόπο προκάλεσε ο ίδιος τον καρκίνο στον εαυτό του, παραδείγματος χάριν με τη περίπτωση του καπνίσματος και την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα (LoConte, Else-Quest, Eickhoff, Hyde & Schiller, 2008). Ένας άλλος παράγοντας που αποτελεί αιτία ενοχών στους ασθενείς με καρκίνο, είναι η αίσθηση ότι ταλαιπωρούνται οι συγγενείς τους εξαιτίας τους, όχι μόνο γιατί διαθέτουν τον χρόνο τους και παραμελούν τη δουλειά και τις άλλες υποχρεώσεις τους, αλλά και γιατί τους επιβαρύνουν οικονομικά (Simmons, 2007). Επίσης, τα άτομα που έχουν θεραπευθεί από την ασθένεια του καρκίνου μπορεί να νιώσουν ενοχές γιατί αυτοί επέζησαν ενώ κάποιοι άλλοι ασθενείς, με του οποίους μπορεί να είχαν έρθει κοντά κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, δεν κατάφεραν να επιζήσουν (Maxwell & Aldredge-Clanton, 1994). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε για το παραπάνω εύρημα, ότι τα άτομα που νοσούν από καρκίνο βιώνουν μια υπαρξιακή κρίση και συναισθήματα κενότητας, ενοχής και φυσικά το άγχος το θανάτου, αναδύονται αναπόφευκτα στο συγκεκριμένο πληθυσμό (Halldórsdóttir & Hamrin, 1996. LeMay & Wilsonb, 2008) με αποτέλεσμα την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

4.1.1. Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και την υψηλή Καταθλιπτική Συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις της Πνευματικότητας, των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων καταστάσεων και του Υπαρξιακού Άγχους

Η σύγκριση μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις της πνευματικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του υπαρξιακού άγχους, φανέρωσε σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων της κατάθλιψης, στους ίδιους παράγοντες που σχετίστηκαν παραπάνω με την ύπαρξη καταθλιπτικών

συμπτωμάτων. Έτσι, τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, διαφέρουν σημαντικά ως προς την τάση για την πίστη σε έναν ανώτερο σκοπό και νόημα στη ζωή (καθολικότητα), την επαναξιολόγηση της κατάστασης που προκαλεί άγχος με έναν θετικό τρόπο (θετική επαναξιολόγηση), την άμεση αντιμετώπιση ενός προβλήματος (επίλυση προβλήματος), την ελάφρυνση της σημασίας ενός αγχογόνου παράγοντα (άρνηση) και γενικότερα την εύρεση λύσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα (στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο πρόβλημα), από τα άτομα που παρουσιάζουν μέτρια και χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Επιπλέον, τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, διαφέρουν σημαντικά ως προς την τάση να ξεπερνούν τα πιθανά προβλήματα τους ευχόμενα να συμβεί ένα θαύμα αλλά και ως προς το άγχος που προκύπτει από της αβεβαιότητες της ύπαρξης (υπαρξιακό άγχος-θάνατος, μοίρα, νόημα, ενοχή, καταδίκη, κενότητα), από τα άτομα που παρουσιάζουν μέτρια και χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

4.2. Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας, της παρακολούθησης-follow up και της ίασης ως προς την Καταθλιπτική Συμπτωματολογία, την Πνευματικότητα, τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων και το Υπαρξιακό Άγχος

Όσον αφορά τα αποτελέσματα από τις συγκρίσεις μεταξύ των τριών σταδίων της ασθένειας, α) θεραπείας, β) παρακολούθησης-follow up και γ) ίασης και των μεταβλητών της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της πνευματικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του υπαρξιακού άγχους, φάνηκαν διαφορές ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, τη διάσταση της καθολικότητας, τη στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης και του υπαρξιακού άγχους, κυρίως στις έννοιες του θανάτου, της μοίρας και της καταδίκης.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών σταδίων της ασθένειας, με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κατάθλιψη από τα άτομα που βρίσκονται στα στάδια της παρακολούθησης και της

ίαςης. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών που φανερώνουν την ύπαρξη υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, κατά το χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση (Wolfgang, Vodermaier, MacKenzie & Greig, 2012. Montazeri, Milroy, Hole, McEwen & Gillis, 1998) και κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Tasmuth, von Smitten & Kalso, 1996. Burgess et al., 2005. Korfage, Essink-Bot, Janssens, Schröder & de Koning, 2006. Redeker, Lev & Ruggiero, 2000. Roscoe, Morrow, Hickok, Bushunow, Matteson, Rakita & Andrews, 2002). Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που αναδεικνύουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μετά την ίαση από τον καρκίνο. Η κατάθλιψη σε αυτές τις περιπτώσεις, σχετίζεται με τον φόβο της επανεμφάνισης του καρκίνου, με την ανασφάλεια που προκύπτει από την απώλεια της επαφής με το ιατρικό προσωπικό και τη φροντίδα που παρείχαν στον ασθενή αλλά και με στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου (Bower, Meyerowitz, Desmond, Bernaards, Rowland & Ganz, 2005. Kenyon, Mayer & Owens, 2014. Ness, Kokal, Fee-Schroeder, Novotny, Satele & Barton, 2013. Schmitz, Speck, Rye, Di Sipio & Hayes, 2012).

Όσον αφορά τη διάσταση της πνευματικότητας, μόνο στην καθολικότητα παρουσιάστηκαν διαφορές μεταξύ των ατόμων που βρίσκονταν σε θεραπεία και των ατόμων που βρίσκονταν στο στάδιο της ίασης. Τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της θεραπείας είχαν μικρότερη βαθμολογία στην τάση για πίστη σε έναν ανώτερο σκοπό και νόημα στη ζωή από τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της ίασης. Κατά την περίοδο της διάγνωσης της ασθένειας του καρκίνου και κατά το στάδιο της θεραπείας το άτομο είναι δυνατόν να βιώσει συναισθήματα ανικανότητας και αποτυχίας, απελπισία, δυσφορία, αποθάρρυνση και απώλεια του νοήματος στη ζωή (Mehnert & Vehling, 2011). Ο επαναπροσδιορισμός των καταστάσεων και η αναζήτηση νέου νοήματος και σκοπού στη ζωή, αποτελούν συνθήκες που μπορεί να βιώσει το άτομο μετά την εμπειρία της ασθένειας του καρκίνου (Fife, 1994. Dirksen, 1995).

Ενδιαφέρον ήταν το εύρημα που προέκυψε από τη σύγκριση μεταξύ του σταδίου της ασθένειας και της στρατηγικής της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της παρακολούθησης, παρουσίασαν στατιστικά σημαντική (οριακά) χαμηλότερη βαθμολογία στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, από τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της ίασης. Η στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης, αναφέρεται στην

προσπάθεια του ατόμου να βρει κατάλληλη υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του (Καραδήμας, 1998). Το παραπάνω αποτέλεσμα λοιπόν, φανερώνει ότι τα άτομα που νοσούν από καρκίνο κι είναι στο στάδιο της παρακολούθησης, αναζητούν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη από τα άτομα που έχουν θεραπευθεί από τον καρκίνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται, μεταξύ άλλων, και στο «στίγμα» που υπάρχει γύρω από την ασθένεια του καρκίνου το οποίο επιβάλλει στους ασθενείς με καρκίνο έναν κώδικα σιωπής. Τα στερεότυπα και οι αρνητικές αντιλήψεις που υπάρχουν γύρω από τον καρκίνο, αναγκάζουν τα άτομα που νοσούν να απομονώνονται και να σιωπούν σχετικά με την ασθένεια τους (Klawiter, 2000). Επιπλέον, ο φόβος της διαφοροποίησης από τους υγιείς άλλους, ο φόβος μην αποκαλυφθούν σημάδια αδυναμίας και η επιθυμία διατήρησης του εαυτού ως «φυσιολογικό», όσο το δυνατόν (Chapple, Ziebland & McPherson, 2004), μπορεί να αποτρέπουν τους ασθενείς με καρκίνο να μοιραστούν τις ανησυχίες τους και να αναζητήσουν υποστήριξη από τους άλλους.

Τέλος, κατά τη σύγκριση μεταξύ των σταδίων της ασθένειας και του υπαρξιακού άγχους, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που βρίσκονταν στα στάδια της θεραπείας, της παρακολούθησης και της ίασης, ως προς τις έννοιες του θανάτου, της μοίρας και της καταδίκης. Οι έννοιες αυτές προβληματίζουν περισσότερο τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας, από τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης και της ίασης. Σχετικές έρευνες επιβεβαιώνουν αυτό το αποτέλεσμα, αναφέροντας ότι η ασθένεια του καρκίνου δημιουργεί μια υπαρξιακή κρίση και εγείρει μια σειρά από υπαρξιακά ζητήματα σχετικά με τη ζωή και το θάνατο. Ο καρκίνος προκαλεί τους ανθρώπους να εξετάσουν το σκοπό και το νόημα της ζωής και το αναπόφευκτο του θανάτου (Henoch & Danielson, 2009. Weisman & Sobel, 1979. Weisman & Worden, 1977). Στην έρευνα των Morita και συνεργατών (2004), μεταξύ ασθενών με καρκίνο, αναδυθήκαν θέματα που σχετίζονται με την απομόνωση και τη μοναξιά, τον αποχωρισμό από την οικογένεια, την απώλεια του ελέγχου, το ανεκπλήρωτο έργο ζωής (Morita et al., 2004).

4.3. Προβλεπτικοί Παράγοντες Κατάθλιψης

Όπως αναλύσαμε παραπάνω, η κατάθλιψη αποτελεί μια διαδεδομένη ψυχική διαταραχή και πολλές φορές φαίνεται να συνυπάρχει με την ασθένεια του

καρκίνου. Για το λόγο αυτό προσπαθήσαμε να δούμε ποιες από τις μεταβλητές της έρευνάς μας μπορούν να προβλέψουν, κατά μία έννοια, την κατάθλιψη. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, ο ένας παράγοντας της πνευματικότητας, η «καθολικότητα», οι τέσσερις διστάσεις μέσα στους παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, η «θετική επαναξιολόγηση» η «επίλυση προβλήματος», η «ευχολογία» και η «άρνηση» καθώς και ο γενικότερος παράγοντας των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων της «εστίασης στο πρόβλημα» και οι έξι έννοιες του υπαρξιακού άγχους, ο «θάνατος», η «μοίρα», το «νόημα», η «ενοχή», η «καταδίκη» και η «κενότητα».

Τον πρώτο παράγοντα πρόβλεψης αποτέλεσε η έννοια του νοήματος, από την γενικότερη μεταβλητή του υπαρξιακού άγχους, το οποίο είχε θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη, κάτι που σημαίνει πως όσο αυξάνεται η έλλειψη νοήματος στη ζωή ενός ατόμου, αυξάνονται και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Δεύτερος παράγοντας πρόβλεψης της κατάθλιψης βρέθηκε να είναι η διάσταση της θετικής επαναξιολόγησης, που σχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη. Όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να επαναξιολογεί την προβληματική κατάσταση με έναν θετικό τρόπο, τόσο μειώνεται η κατάθλιψη. Η επικράτηση των δύο αυτών παραγόντων, του νοήματος και της θετικής επαναξιολόγησης, ως προς την πρόβλεψη της κατάθλιψης, συνάδει με την έννοια της μετα-τραυματικής ωρίμανσης. Ο όρος μετα-τραυματική ωρίμανση αφορά τις θετικές ψυχολογικές αλλαγές που ακολουθούν ένα τραυματικό γεγονός και επηρεάζουν θετικά τη λειτουργικότητα του ατόμου (Tedeschi & Calhoun, 1996). Αποτελέσματα ερευνών μεταξύ ατόμων που έχουν θεραπευθεί από τον καρκίνο, αλλά και ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία, αναδεικνύουν τις θετικές επιδράσεις που μπορεί να έχει στο άτομο η εμπειρία της ασθένειας του καρκίνου όπως τον επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων και των αναγκών τους, τη βελτίωση των σχέσεων τους με τους άλλους, την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και την ευγνωμοσύνη για την ίδια τη ζωή (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001. Morris, Shakespeare-Finch & Scott, 2012. Lelorain, Bonnaud-Antignac & Florin, 2010).

Τρίτο και τελευταίο προβλεπτικό παράγοντα της κατάθλιψης αποτέλεσε η έννοια της καταδίκης. Σύμφωνα με τον Tillich, η έννοια της καταδίκης αφορά την ανησυχία του ατόμου, ότι δεν έχει ζήσει τη ζωή του σύμφωνα με ορισμένα

καθολικά πρότυπα (Tillich, 1952). Στην παρούσα έρευνα, το αποτέλεσμα αυτό, που παρουσιάζει την έννοια της καταδίκης σαν προβλεπτικό παράγοντα της κατάθλιψης, πιθανόν να σχετίζεται με το αίσθημα της τιμωρίας που μπορεί να βιώνουν τα άτομα που νοσούν από καρκίνο. Ερευνητικά ευρήματα, φανερώνουν τη σχέση των συναισθημάτων ενοχής και τιμωρίας με την ασθένεια του καρκίνου, όπου τα άτομα θεωρούν ότι κάποια ανώτερη δύναμη τους τιμωρεί ή τους υποβάλλει σε μια δοκιμασία, καθώς έχουν υποπέσει σε ασέβειες και σε ανήθικες πράξεις (Azaiza & Cohen, 2008. Lopez-Class, Perret-Gentil, Kreling, Caicedo, Mandelblatt & Graves, 2011. Eidinger & Schapira, 1984).

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ότι τα άτομα με καρκίνο εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα που χαρακτηρίζονται από μέτρια έως σοβαρά. Όσον αφορά την πνευματικότητα, η διάσταση της καθολικότητας, δηλαδή η τάση του ατόμου για την πίστη σε έναν ανώτερο σκοπό και νόημα στη ζωή, φαίνεται να περιορίζει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης έχουν και τα άτομα με καρκίνο που αντιμετωπίζουν την κατάσταση τους με έναν θετικό τρόπο χρησιμοποιώντας στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα και δρώντας ενεργητικά και διεκδικητικά. Επιπλέον, όταν τα άτομα με καρκίνο επιλέγουν να μειώσουν ή να ελαφρύνουν την κατάσταση τους φαίνεται να διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο παρουσίασης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Στον αντίποδα, το υπαρξιακό άγχος, το άγχος που πηγάζει από τις αβεβαιότητες της ύπαρξης όπως ο θάνατος, η μοίρα, το νόημα η ενοχή, η κενότητα και η καταδίκη, συνυπάρχει με την κατάθλιψη στα άτομα με καρκίνο. Όσο αυξάνεται το υπαρξιακό άγχος, τόσο αυξάνεται η κατάθλιψη και αντίστροφα. Το ίδιο συμβαίνει και όταν τα άτομα με καρκίνο αντιμετωπίζουν την κατάσταση τους με έναν παθητικό τρόπο, έχοντας την τάση να ξεπερνούν τα προβλήματα τους ευχόμενα να συμβεί ένα θαύμα

Επιπλέον, όσο τα άτομα προχωρούν από τη θεραπεία στην παρακολούθηση και τελικά στην ίαση, τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το υπαρξιακό άγχος ενώ αυξάνεται η τάση για αναζήτηση νοήματος και σκοπό στη ζωή και παράλληλα αναζητούν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη.

Τέλος, η έρευνα μας έδειξε ότι οι πιθανοί παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την κατάθλιψη στα άτομα με καρκίνο είναι η αναζήτηση σκοπού και νοήματος στη ζωή, η επαναξιολόγηση και ο επαναπροσδιορισμός της κατάστασης

με θετικό τρόπο και η έννοια της καταδίκης που περιλαμβάνει την ανησυχία του ατόμου, ότι δεν έχει ζήσει τη ζωή του σύμφωνα με ορισμένα καθολικά πρότυπα.

4.4. Περιορισμοί Έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρουσιάζουν κάποιους περιορισμούς. Συγκεκριμένα, το δείγμα των ατόμων με καρκίνο είναι μικρό (79 άτομα) και ως εκ τούτου τα συμπεράσματά μας δε μπορούν να γενικευτούν στο γενικό πληθυσμό των ατόμων με καρκίνο. Επίσης, τα άτομα της έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικά για κάθε στάδιο της νόσου - για παράδειγμα, τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας είναι αρκετά λιγότερα από τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της παρακολούθησης - κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Άλλο ένα γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα είναι ότι ο αριθμός των αντρών της έρευνας είναι πολύ μικρός

Ακόμη ένας σημαντικός περιορισμός που χρήζει προσοχής σχετίζεται με τον όρο κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, που μελετάται στην παρούσα έρευνα, αφορά μόνο καταθλιπτικά συμπτώματα, και όχι καταθλιπτική διαταραχή κλινικά διαγνωσμένη. Η κλίμακα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι αυτό-αναφορική, συμπληρώνεται από τα ίδια τα υποκείμενα και χρησιμοποιείται για ερευνητικούς λόγους. Επιπροσθέτως, πρέπει να αναφέρουμε ότι τα ψυχομετρικά εργαλεία, που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα, παρόλο που προσαρμόστηκαν στα Ελληνικά και έχουν καλή αξιοπιστία και παραγοντική δομή, δεν έχουν σταθμιστεί στην Ελλάδα.

Ένας επιπλέον περιορισμός αυτής της έρευνας είναι ότι τα αποτελέσματά μας στηρίζονται σε συσχετίσεις, γεγονός που δε μας επιτρέπει να καταλήξουμε σε συμπεράσματα αιτίας-αιτιατού, σε ό, τι αφορά τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών μας (καταθλιπτική συμπτωματολογία, πνευματικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, υπαρξιακό άγχος).

4.5. Προτάσεις

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι υποθέσεις μας επιβεβαιώθηκαν όσον αφορά τη σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με το υπαρξιακό άγχος, εν μέρει επιβεβαιώθηκε η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της πνευματικότητας και της κατάθλιψης με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, ενώ

επιβεβαιώθηκε η υπόθεση μας ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παρουσιάζει μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να δίνουν τη δυνατότητα αξιοποίησης για μελλοντικές έρευνες. Για παράδειγμα, θα παρουσίαζε ερευνητικό ενδιαφέρον, να διερευνηθεί σε ένα δείγμα ατόμων με καρκίνο που δέχτηκαν συμβουλευτική στήριξη, είτε ατομικά είτε ομαδικά, πως διαφοροποιούνται οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιούν πριν και μετά τη συμβουλευτική στήριξη. Τα ευρήματα μιας τέτοιας μελέτης, ίσως αποκάλυπταν το ρόλο που μπορεί να παίζει μια θεραπευτική παρέμβαση στον τρόπο που οι άνθρωποι αντιδρούν σε αγχογόνες καταστάσεις, και κατά συνέπεια αλλάζουν τον τρόπο αντίδρασης τους. Για παράδειγμα από μια αντίδραση που περιλαμβάνει παραίτηση ή ονειροπόληση σε μια αντίδραση διεκδικητικής επίλυσης ή θετικής προσέγγισης του προβλήματος

Επιπλέον, η παρούσα έρευνα, θεωρούμε ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης για άτομα με καρκίνο, τα οποία θα λαμβάνουν υπόψη τους την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον πληθυσμό αυτό καθώς και τις μεταβλητές της πνευματικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και του υπαρξιακού άγχους, που μπορεί να μειώνουν ή να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης.

Με δεδομένη την αυξανόμενη αναγνώριση της επίδρασης της πνευματικότητας στην υγεία, θεωρείται χρήσιμη για το ιατρικό προσωπικό και τους ειδικούς συμβουλευτικής και ψυχολογίας, μια βαθύτερη κατανόηση του πώς η διάσταση της πνευματικότητας βοηθά τους ασθενείς να διαχειριστούν τη ψυχική τους δυσφορία. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιώντας κατάλληλα «εργαλεία», θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογούν τις πνευματικές ανάγκες των ατόμων με καρκίνο και να κρίνουν εάν η διάσταση της πνευματικότητας είναι σημαντική σε έναν ασθενή και εάν μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της ψυχολογίας του. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται το υπαρξιακό άγχος που πιθανόν να βιώνει το άτομο με καρκίνο και να προσπαθούν όσο το δυνατόν να ελαχιστοποιούν τις αβεβαιότητες που σχετίζονται με αυτό. Κλείνοντας, οι ειδικοί οφείλουν να είναι σε θέση να ανιχνεύουν και να αντιμετωπίζουν έγκαιρα την κατάθλιψη των ατόμων με καρκίνο ώστε να μην επιβαρύνεται επιπλέον ο, ούτως ή άλλως, δύσκολος αγώνας τους για την επιβίωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acaroqlu, R., Kaya, H., Sendir, M., Tosun, K. & Turan, Y. (2008). Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *Neurosciences*, 13(1), 41-45.
- Aldwin, C., Sutton, K., Chiara, G. & Spiro, A. (1996). Age Differences in Stress, Coping and Appraisal: Finding from the Normative Aging Study. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(4), 179-188.
- Azaiza F. & Cohen, M. (2008). Between traditional and modern perceptions of breast and cervical cancer screenings: a qualitative study of Arab women in Israel. *Psycho-Oncology*, 17(1), 34-41.
- Balboni, T., Vanderwerker, L., Block, S., Paulk, M., Lathan, C., Peteet, J. & Prigerson, H. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Baldacchino, D. & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833-841.
- Baldwin, M. & Wesley, R. (1996). Effects of existential anxiety and self-esteem on the perception of others. *Basic and Applied Social Psychology*, 18(1), 75-95.
- Barbarin, O. (1993). Coping and resilience: Exploring the inner lives of African American children. *Journal of Black Psychology*, 4(19), 478-492.
- Βελάνα, Μ., Μπαρμπούνη, Α., Μεράκου, Κ., Κουτής, Χ. & Κρεμαστινού, Τ. (2012). Μελέτη διερεύνησης της ποιότητας ζωής σε φοιτητές Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών της Δημόσιας Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2), 195-201.
- Bennett, K. & Shepherd, J. (2013). Depression in Australian women: The varied roles of spirituality and social support. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 429-438.
- Bemana, S. (2011). Depression and Coping Skills Between Patients Living with Cancer. *World Applied Sciences Journal*, 15(1), 114-119.

- Blazer, D. (2012). Religion/Spirituality and Depression: What Can We Learn From Empirical Studies? *The American Journal of Psychiatry*, *169*(1), 10-12.
- Boscaglia, N., Clarke, D., Jobling, T. & Quinn M. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, *15*(5), 755-761.
- Bower, J., Meyerowitz, B., Desmond, K., Bernaards, C., Rowland, J. & Ganz, P. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, *29*(3), 236-245.
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case of including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*. *8*(5), 417-428.
- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, *10*(4), 272-280.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(6), 366-372.
- Buchanan, D., Milroy, R., Baker, L., Thompson, A. & Levack, P. (2010). Perceptions of anxiety in lung cancer patients and their support network. *Support Care Cancer* *18*(1), 29-36.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal* *330*(7493), 702.
- Cancers: The Problem. (NMH Fact sheet January 2010). *World Health Organization*. http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_cancers_en.pdf
- Carr, D., Goudas, L., Lawrence, D., Pirl, W., Lau, J., DeVine, D., Kupelnick, B. & Miller, K. (2002). Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue. *Agency for Healthcare Research and Quality, Evidence Report Technology Assessment*, 62.

- Carver, C. & Scheier, M. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casey, R. & Brown, R. (2003). Psychological aspects of hematologic diseases. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 567-584.
- Chan, D. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267-279.
- Chapple, A., Ziebland, S. & McPherson, A. (2004). Stigma, Shame, and Blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal*, 328(7454), 1470.
- Cohen, A. (2002). The Importance of Spirituality in Well-Being for Jews and Christians. *Journal of Happiness Studies*, 3(3), 287-310.
- Cohen, M. & Numa, M. (2011). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: a comparison of volunteers and non-volunteers. *Psycho-Oncology*, 20(1), 69-76.
- Compas, B., Stoll, M., Thomsen, A., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. & Krag, D. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54(3), 195-203.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C. & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Crockett, J., Iturbide, I., Torres Stone, A., McGinley, M., Raffaelli, M. & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347-355.
- Derogatis, L, Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Sciences*, 19(1), 1-15.
- Desrosiers, A. & Miller, L. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 1021-1037.
- Dirksen, S. (1995). Search for meaning in long-term cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 628-633.

- Doolittle, B. & Farrell, M. (2004). The Association Between Spirituality and Depression in an Urban Clinic. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 114-118.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, 2011-2015. (2011). Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας. http://www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDrasis_24selido.pdf
- Eidinger, R. & Schapira D. (1984). Cancer patients' insight into their treatment, prognosis, and unconventional therapies. *Oncology & Radiotherapy: Cancer*, 53(12), 2736-2740.
- Epping-Jordan, J., Compas, B. & Howell, D. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13(6), 539-47.
- Exline, J., Yali, A. & Sanderson, W. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481-1496.
- Φασόη-Μπαρκά, Γ., Κελέση-Σταυροπούλου, Μ., Κουτσοπούλου-Σοφικήτη, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε., Μπίρμπας, Κ. & Κατοστάρας, Θ. (2010). Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 77-99.
- Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue, M., Combet, M. & Boyle, P. (2007). Estimates of the Cancer Incidence and Mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592.
- Fife, B. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Social Science Medicine*, 38(2), 309-316.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting Psychological Well-Being in the Face of Serious Illness: When Theory, Research and Practice Inform Each Other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- Foster, L. & McLellan, L. (2000). Cognition and the cancer experience: Clinical implications. *Oncology & Radiotherapy Cancer Practice*, 8(1), 25-31.
- Gall, T. (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(7), 829-844.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T. & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.
- Gordon, T. & Mitchell, D. (2004). A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliative Medicine*. 18(7), 646-651.
- Greenstain, M. & Breitbart, W. (2000). Cancer and the Experience of Meaning: a Group Psychotherapy Program for People with Cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 54(4), 486-500.
- Greer, S. (1992). The management of denial in cancer patients. *Oncology (Williston Park)*, 6(12), 33-40.
- Gonen, G., Kaymak, S., Cankurtaran, E., Karslioglu, E., Ozalp, E. & Soygur, H.(2012). The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 347-358.
- Grootenhuis, M. & Last, B. (1997). Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer*, 5(6), 466-484.
- Halldórsdóttir, S. & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 29-36.
- Hathaway, S. & McKinley J. (1942). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press.
- Ηγουμένου, Α. (2010). Σχέση κατάθλιψης και καρκίνου. *Ψυχιατρική*, 21(3), 205-216.
- Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611-627.
- Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychosocial Adaptation: Longitudinal Effects Over Time and Stages in Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.

- Henoch, I. & Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psychooncology*, 18(3), 225-36.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D. & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J., Kamps, W. & Klip, E. (2001) Psychological Adaptation and Social Support of Parents of Pediatric Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(4), 225-235.
- Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K., Brennan, P., & Schutte, K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666.
- Holland, J. (1989). Anxiety and cancer: The patient and the family. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50(11), 20-25.
- Jaarsma, T., Pool, G., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology* 16, 241-248.
- Jadoon, N., Munir, W., Shahzad, M. & Choudhry, Z. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 10, 594.
- Jim, H., Purnell, J., Richardson, S., Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*, 15(8), 1355-1371.
- Jim, H., Richardson, S., Golden-Kreutz, D. & Andersen B. (2006). Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Johnson, K., Tulskey, J., Hays, J., Arnold, R., Olsen, M., Lindquist, J. & Steinhauser, K. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 751-758.

- Kadan-Lottick, N., Vanderwerker, L., Block, S., Zhang, B. & Prigerson, H. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer. A Report from the Coping with Cancer Study. *Cancer*, 104(12), 2872-2881.
- Καραδήμας, Ε. (1998). Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 5(3), 260-273.
- Καραπούλιος, Δ., Γκέτσιος, Ι., Ρίζου, Β., Τσικλιτάρα, Α., Κωστοπούλου, Σ., Μπαλοδήμου, Χ. & Μάργαρη, Ν. (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιξης HADS. *Το Βήμα το Ασκληπιού*, 12(4), 428-440.
- Karlsson, M., Friberg, F., Wallengren, C. & Öhlén, J. (2014). Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 11, 13-28.
- Kasl, S. & Cooper, C. (1987). *Stress and health: issues in research methodology*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Katsogianni, I. & Kleftaras, G. (2015). Spirituality, Meaning in Life and Depressive Symptomatology in Drug Addiction. *The International Journal of Religion and Spirituality in Society*, 5(2), 12-25.
- Kennedy, J., Kanthamani, H. & Palmer, J. (1994). Psychic And Spiritual Experiences, Health, Well-Being, and Meaning in Life. *The Journal of Parapsychology*, 58, 353-383.
- Kenyon, M., Mayer, D. & Owens, A. (2014). Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43, 382-398.
- Klawiter, Maren. 2000. From Private Stigma to Global Assembly: Transforming the Terrain of Breast Cancer. In Burawoy, M., Blum, J., George, S., Gille, Z., Gowan, T., Haney, L., Klawiter, M., Lopez, S., Riain, S. & Thayer, M (Eds.), *Global Ethnography: Forces, Connection, and Imaginations a Postmodern World* (pp. 299-334). Berkeley: University of California Press.

- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η Κατάθλιψη Σήμερα. Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kleftaras, G. (2000). Interpersonal problem-solving of means-ends thinking, frequency and strength of pleasant and unpleasant activities and symptoms of depression in French older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 17(4)*, 43-63.
- Kleftaras, G. (2004). *La dépression: Approche cognitive et comportementale*. Paris: L'Harmattan.
- Κλεφτάρας, Γ., Ψαρρά, Ε. & Καλαντζη-Αζίζι, Α. (2007). Νόημα Ζωής: Συγκριτική μελέτη μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. *Ψυχολογία, 14(3)*, 311-325.
- Kleftaras, G., & Tzonichaki, I. (2010). Perceived locus of control and depression among Greek young and older adults. *Review of Counselling and Guidance, 92-93*, 33-46.
- Koenig, H. (2002). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Korfage, I., Essink-Bot, M., Janssens, C., Schröder, F. & de Koning, H. (2006). Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *British Journal of Cancer, 94(8)*, 1093-1098.
- Kreitler, S. (1999). Denial in Cancer Patients. *Cancer Investigation, 17(7)*, 514-534.
- Kuo, T.T & Ma, F.C. (2002). Symptom Distresses and Coping Strategies in Patients With Non-small Cell Lung Cancer. *Cancer Nursing, 25(4)*, 309-317.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac A. & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(1)*, 14-22.

- LeMay, K. & Wilsonb, K. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 472-493.
- Lewis, F. (1989). Attributions of Control, Experienced Meaning, and Psychosocial Well-being in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7(1-2), 105-119.
- Little, M. & Sayers, E. (2004). While there's life... hope and the experience of cancer. *Social Science and Medicine*, 59(6), 1329-1337.
- Loberiza, F., Rizzo, J., Bredeson, C., Antin, J., Horowitz, M., Weeks, J., & Lee, S. (2002). Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2118-2126.
- LoConte, N., Else-Quest, N., Eickhoff, J., Hyde, J. & Schiller, J. (2008). Assessment of Guilt and Shame in Patients with Non–Small-Cell Lung Cancer Compared with Patients with Breast and Prostate Cancer. *Clinical Lung Cancer*, 9(3), 171-178.
- Lopez-Class, M., Perret-Gentil, M., Kreling, B., Caicedo, L., Mandelblatt, J. & Graves, K. (2011). Quality of Life Among Immigrant Latina Breast Cancer Survivors: Realities of Culture and Enhancing Cancer Care. *Journal of Cancer Education*, 26(4), 724-733.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Marcus, M., Yasamy, T., van Ommeren, M., Chisholm, D. & Saxena, S. (2012). *Depression: A Global Public Health Concern*. in World Federation for Mental Health. Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day, October 10, 6-8.
- Martz, E. & Livneh H. (2007). *Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. New York: Springer.
- Maselko, J., Gilman, S. & Buka, S. (2009). Religious service attendance and spiritual well- being are differentially associated with risk of major depression. *Psychology Medicine*, 39(6), 1009-1017.
- Massie, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 32, 57-71.

- Maxwell, T. & Aldredge-Clanton, J. (1994). Survivor guilt in cancer patients: a pastoral perspective. *Journal of Pastoral Care*, 48(1), 25-31.
- McBride, M. (2011). The Logic of Terrorism: Existential Anxiety, the Search for Meaning, and Terrorist Ideologies. *Terrorism and Political Violence*, 23(4), 560-581.
- McClain, C., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of Spiritual Well Being on End of Life Despair in Terminally-Ill Cancer Patients. *Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- McCullough, M. & Larson, D. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research* 2(2), 126-136.
- Mehnert, A. & Vehling, S. (2011). Cancer patients: Loss of meaning, demoralization and embitterment. In Linden, M. & Maercker, A. (Eds.), *Embitterment. Societal, psychological, and clinical perspectives*. (pp. 142-153). New York: Springer.
- Miovic, M. & Block S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8), 1665-1676.
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L. & Johansen, C. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview based studies. *Lancet Oncology*, 12 (2), 160-174.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J. & Gillis C. (1998). Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. *Journal of Epidemiology Community Health*, 52(3), 203-204.
- Morita, T., Kawa, M., Honke, Y., Kohara, H., Maeyama, E., Kizawa, Y., Akechi, T. & Uchitomi, Y. (2004). Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer*, 12(2), 137-140.
- Morris, B., Shakespeare-Finch, J. & Scott, J. (2012). Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 749-756.

- Μπελλάλη, Θ., Αβραμικά, Μ., Μαστροκόστας, Α. & Γκριζιώτη, Μ. (2011). Μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(4), 515-525.
- Mytko, J. & Knight, S. (1999). Body, Mind and Spirit: Toward the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. *Psycho-Oncology*, 8(5), 439-450.
- Nelson, C, Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002) Spirituality, depression and religion in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D. & Barton, D. (2013). Concerns across the survivorship trajectory: Results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 35-42.
- Ognibene, T. & Collins, N. (1998). Adult Attachment Styles, Perceived Social Support and Coping Strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323-345.
- Parle, M., Jones. B. & Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine*, 26(4), 735-744.
- Penland, E., Masten, W., Zelhart, P., Fournet, G., & Callahan, T. (2000). Possible selves, depression, and coping skills in university students. *Journal of Personality and Individual Differences*, 29(5), 963-969.
- Perez, J., Chartier, M., Koopman, C., Vosvick, M., Gore-Felton, C. & Spiegel, D. (2009). Spiritual striving, acceptance coping, and depressive symptoms among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 88-97.
- Peteet, J. & Balboni, M. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinician*, 63(4), 280-289.
- Pichot, J., Piret, J. & Clyde, D. (1966). Analyse de la symptomatologie depressive subjective. Factorial analysis of symptoms of depression. *Revue de Psychologie Appliquée*, 16(2), 105-115.
- Pichot, P., Boyer, P., Pull, C.B., Rein, W., Simon, M. & Thibault, A. (1984). Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive, le Questionnaire QD2, I. Construction, structure factorielle et propriétés métrologiques. *Revue de Psychologie Appliquée*, 34(3), 229-250.

- Piedmont, R. (1999). Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 67(6), 985-1013.
- Puchalski, C. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(3), 49-55.
- Qiu, Y. & Li, S. (2008). Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalization. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1563-1573.
- Rabinowitz, T. & Peirson, R. (2006). "Nothing is Wrong, Doctor": Understanding and Managing Denial in Patients with Cancer. *Cancer Investigation*, 24(1), 68-76.
- Ramjeet, J., Koutantji, M., Barrett, E. & Scott, D. (2005). Coping and psychological adjustment in recent-onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age. *Rheumatology (Oxford)*, 44(9), 1166-1168.
- Redeker, N., Lev, E. & Ruggiero J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Scholar Inquiry for Nursing Practice*, 14(4), 275-290.
- Reker, G. (1992). *Life Attitude Profile-Revised*. [Manual]. Students Psychology Press.
- Richards, P. Owens, L. & Stein, S. (1993). A religiously oriented group counseling intervention for self-defeating perfectionism: A pilot study. *Counseling and Values*, 37(2), 96-104.
- Roscoe, J., Morrow, G., Hickok, J., Bushunow, P., Matteson, S., Rakita, D. & Andrews, P. (2002). Temporal interrelationships among fatigue, circadian rhythm and depression in breast cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Supportive Care in Cancer*, 10(4), 329-336.
- Rothrock, N., Lutgendorf, S. & Kreder, K. (2003). Coping Strategies in Patients with Interstitial Cystitis: Relationships with Quality of Life and Depression. *The Journal of Urology*, 169(1), 233-236.
- Saniah, A. & Zainal, N. (2010). Anxiety, Depression and Coping Strategies in Breast Cancer Patients on Chemotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2).

- Schmitz, K., Speck, R., Rye, S., DiSipio, T. & Hayes, C. (2012). Prevalence of breast cancer treatment sequelae over 6 years of follow-up. *Cancer, 118*(8), 2217-2225.
- Schwarz, R., Krauss, O., Höckel, M., Meyer, A., Zenger, M. & Hinz, A. (2008). The Course of Anxiety and Depression in Patients with Breast Cancer and Gynaecological Cancer. *Breast Care, 3*(6), 417-422.
- Sears, S., Stanton, A. & 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.
- Sellick, S., & Crook, D. (1999). Depression and cancer: An appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology, 8*(4), 315-333.
- Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., Rush, R., Postma, K. & Tulloh, A. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer center: screening and unmet treatment needs. *British Journal of Cancer, 90*(2), 314-320.
- Sherbourne, C., Hays, R. & Wells, K. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 345-355.
- Sherman, D., Norman, R. & McSherry, C. (2010). A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 21*(2), 99-112.
- Simmons, L. (2007). Self-perceived burden in cancer patients - Validation of the self-perceived burden scale. *Cancer Nursing, 30*(5), 405-411.
- Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry Journal, 54*(3), 269-282.
- Spoletini, I., Gianni, W., Repetto, L., Bria, P., Caltagirone, C., Bossu, P. & Spalletta, G. (2008). Depression and cancer: An unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 65*(2), 143-155.
- Σταλίκας, Σ., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και*

καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στο Ελληνικό χώρο. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

- Stanton, A., Danoff-Burg, S. & Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology*, 11(2), 93-102.
- Stark, D. & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267.
- Steger, M., Kashdan, T., Sullivan, B. & Lorentz, D. (2008). Understanding the Search for Meaning in Life: Personality, Cognitive Style, and the Dynamic Between Seeking and Experiencing Meaning. *Journal of Personality*, 76(2), 199-228.
- Stiefel, F. & Razavi, D. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2(4), 233-237.
- Tang, P., Chiou, C., Lin, H., Wang, C. & Liand, S. (2011). Correlates of Death Anxiety Among Taiwanese Cancer Patients. *Cancer Nursing* 34(4), 286-292.
- Tasmuth, T., von Smitten, K. & and Kalso, E. (1996). Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 74(12), 2024-2031.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Τζούνης, Ε., Παπασταύρου, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε. & Τζούνη, Μ. (2008). Η διερεύνηση της πνευματικότητας σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(4), 321-342.
- Τζούνης, Ε., Τζούνη, Μ., Γκούβα, Μ., Παπασταύρου, Ε., Κοτρώτσιου, Ε. & Γουργουλιάνης, Κ. (2009). Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα: Μια ποιοτική ανάλυση σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. *Interscientific Health Care*, 1(2), 67-76.
- Thoits, P. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 53-79.

- Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Yale University Press, New Haven.
- Τσιρίκος, Α. (2011). Θετικά συναισθήματα και καρδιαγγειακές παθήσεις. Στο Σταλίκας, Α. & Μυτσκίδου, Π (Επιμελητές), Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία. (σσ. 383-400). Αθήνα: Τόπος.
- Vachon, M. (2008). Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 218-225.
- Ventegodt, S., Andersen., N., & Merrick, J. (2003). Quality of Life Philosophy V. Seizing the Meaning of Life and Becoming Well Again. *The Scientific World Journal*, 3, 1210-1229.
- Ver Beek, K. (2000). Spirituality: a development taboo. *Development in Practice*, 10(1), 21-43.
- Visser, M., Heijenbrok-Kal, M., van Spijker, A., Oostra, K., Busschbach, J. & Ribbers, G. (2015). Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1492-1498.
- Vos, M. & de Haes, J. (2007). Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology*, 16(1), 12-25.
- Weems, C., Costa, N., Dehon, C. & Berman, S. (2004). Paul Tillich's Theory of Existential Anxiety: A Preliminary Conceptual Empirical Examination. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal* 17(4), 383-399.
- Weisman, A. & Sobel H. (1979). Coping with cancer through self-instruction: a hypothesis. *Journal of Human Stress*, 5(1), 3-8.
- Weisman, A. & Worden J. (1977). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 1-15.
- Westgate, C. (2011). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling and Development*, 75(1), 26-35.
- Whitman, S. (2007). Pain and suffering as viewed by the Hindu religion. *The Journal of Pain*. 8(8), 607-613.

- Wolfgang, L., Vodermaier, A., MacKenzie, R. & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 343-351.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L. & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty Appraisal Coping and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250-257.
- Wright, L., Frost, C. & Wisecarver, S. (1993). Church attendance, meaningfulness of religion, and depressive symptomology among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(5), 559-568.
- Yong, T. K. (2001). Existential Psychotherapy as a Foundation of Transcendence. *Torch Trinity Journal*, 4, 46-66.
- Zavala, M., Maliski, S., Kwan, L., Fink, A. & Litwin, M. (2009). Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 753-761.
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E., Belavich, T., Hipp, K., Scott, A. & Kadar, J. (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549-564.
- Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Α: Συνοδευτική Επιστολή και Κλίμακες-Ερωτηματολόγια

Αξιότιμοι κυρίες/κύριοι,

Ονομάζομαι Λιάκου Έλενα και είμαι τελειόφοιτη του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Τα ερωτηματολόγια που κρατάτε στα χέρια σας, αφορούν την έρευνα που διεξάγω σχετικά με τις κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με καρκίνο, καθώς και τις στρατηγικές που αναπτύσσουν προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις παραπάνω δυσκολίες.

Σε κανένα σημείο των ερωτηματολογίων δεν ζητώ να γράψετε το όνομα σας.

Τέτοιου είδους έρευνες δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά οπότε η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική και ουσιώδης, καθώς βοηθάτε με τον τρόπο αυτό στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε. Επίσης, βοηθάτε και άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν την ίδια κατάσταση και γενικότερα συμβάλλετε στην παροχή κάθε δυνατής βοήθειας, πληροφόρησης και άλλης μορφής συμπαράστασης στα άτομα με καρκίνο και στις οικογένειες τους.

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας και το χρόνο που σκοπεύετε να αφιερώσετε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Είμαι στη διάθεση σας για οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την έρευνα.

Με εκτίμηση

Έλενα Λιάκου

Τηλέφωνο επικοινωνίας: **6947810166**

e-mail: elenaldawst@yahoo.gr

Ερωτηματολόγιο Α

1. Φύλο: 1. Άντρας 2. Γυναίκα	2. Ηλικία:
3. Οικογενειακή Κατάσταση: 1. Ανύπαντρος-η 2. Παντρεμένος-η 3. Διαζευγμένος-η 4. Μονογονεϊκή οικογένεια 5. Άλλο:	4. Εκπαίδευση: 1. Δημοτικό 2. Γυμνάσιο 3. Λύκειο 4. ΙΕΚ 5. ΤΕΙ/ΑΕΙ
5. Αριθμός παιδιών:	6. Επάγγελμα:
7. Μορφή εργασίας : 1. Καμία Απασχόληση 2. Περιστασιακή Απασχόληση 3. Μερική Απασχόληση 4. Πλήρης Απασχόληση 5. Συνταξιούχος	8. Οικονομική κατάσταση (ετήσιο εισόδημα) : 1. 0 έως 15.000 € 2. 15.000 € έως 25.000 € 3. 25.000 και άνω €
9. Τύπος καρκίνου (περιγράψτε):	10. Έτος Διάγνωσης:
11. Στάδιο νόσου (παρακαλώ περιγράψτε, π.χ. μετά τη διάγνωση, σε θεραπεία, σε παρακολούθηση, ίαση και οτιδήποτε επιθυμείτε να συμπληρώσετε):	
12. Έχετε κάνει χειρουργική επέμβαση για τον καρκίνο; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ	13. Πρόκειται να κάνετε χειρουργική επέμβαση; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ
14. Λαμβάνετε θεραπεία με ακτινοβολία; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ	15. Βρίσκεστε σε φάση χημειοθεραπείας; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ
16. Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ	
17. Δέχετε στήριξη από τον/την σύζυγο σας; 1. Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ	

18. Δέχετε στήριξη από τα παιδιά σας; 1.Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ
19. Δέχετε στήριξη από συγγενείς; 1.Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ
20. Δέχετε στήριξη από τους γονείς σας; 1.Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ
21. Δέχετε στήριξη από φίλους; 1.Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ
22. Δέχετε στήριξη από Δίκτυα Κοινωνικής Υποστήριξης (συλλόγους, κοινωνικούς φορείς κ.λπ.); 1.Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ
23. Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία; 1. Ποτέ 2. Λίγες φορές το χρόνο 3. Μία φορά το μήνα 4. Μια φορά τη βδομάδα 5. Πάρα πολύ
24. Θεωρείτε ότι υπάρχει κάποια ανώτερη δύναμη; 1. Όχι 2. Μάλλον όχι 3. Δεν είμαι σίγουρος/η 4. Μάλλον ναι 5. Ναι, σίγουρα
25. Προσεύχεστε; 1.Καθόλου 2. Λίγο 3. Μέτρια 4. Πολύ 5. Πάρα πολύ

Ερωτηματολόγιο Β

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει 52 προτάσεις. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και σημειώστε την ένδειξη **ΣΩΣΤΟ** (με τον αριθμό **1**) αν η πρόταση αυτή αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση. Αν αντίθετα, αυτή η πρόταση, δεν αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση, σημειώστε την ένδειξη **ΛΑΘΟΣ** (με τον αριθμό **2**). Δεν υπάρχουν καλές ή κακές απαντήσεις!

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1.Τελευταία έχω δυσκολία να πάρω μπρος	1	2
2.Είμαι υποχρεωμένος-η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω	1	2
3.Πετυχα λιγότερο στη ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	1	2
4. Αυτή την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου	1	2
5.Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στο λαιμό	1	2
6.Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό	1	2
7.Ό,τι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο από ό,τι συνήθως	1	2
8.Αισθάνομαι άχρηστος-η	1	2
9.Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ξαναεπαληθεύω αυτό που κάνω	1	2
10.Ίδρώνω περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	1	2
11.Η μνήμη μου μου φαίνεται λιγότερο καλή απ' ό,τι συνήθως	1	2
12.Είμαι χωρίς ενέργεια	1	2
13.Αισθάνομαι ένοχος	1	2
14.Τελευταία, αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός	1	2
15.Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια	1	2
16.Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό,τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει	1	2
17.Αισθάνομαι πιο κουρασμένος-η απ' ό,τι συνήθως χωρίς λόγο	1	2
18.Τελευταία, η όρεξή μου είναι λιγότερο καλή	1	2
19.Είμαι απογοητευμένος-η και αηδιασμένος-η από τον εαυτό μου	1	2
20.Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος-η ή εμποδισμένος-η για να κάνω το παραμικρό πράγμα	1	2
21.Αυτή την περίοδο, αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	1	2
22.Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση	1	2
23.Θα 'θελα να τελειώνα με τη ζωή	1	2
24.Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου κτυπά πιο γρήγορα από ό,τι συνήθως φτερουγίζει	1	2

25.Αισθάνομαι λιγότερο ικανός-η και έξυπνος από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων	1	2
26.Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να 'μαι μόνος-η	1	2
27.Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος-η	1	2
28.Το βάρος μου άλλαξε	1	2
29.Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον	1	2
30.Έχω πόνους στη μέση	1	2
31.Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζουν	1	2
32.Το ηθικό μου είναι πεσμένο	1	2
33.Αυτή την περίοδο μου είναι αδύνατο να μείνω στην ίδια θέση	1	2
34.Ό,τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα απ' ό,τι συνήθως	1	2
35.Αυτή την περίοδο είμαι πιο δυσκοίλιος-α απ' ό,τι συνήθως	1	2
36.Είμαι υποχρεωμένος-η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε	1	2
37.Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ' ό,τι συνήθως	1	2
38.Σκέφτομαι ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος-η	1	2
39.Δεν είμαι ικανός-η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως	1	2
40.Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος-η	1	2
41.Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός απ' ό,τι συνήθως	1	2
42.Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα	1	2
43.Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δε με καταλαβαίνουν	1	2
44.Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω	1	2
45.Είμαι πιο ευερέθιστος-η απ' ό,τι συνήθως	1	2
46.Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά	1	2
47.Ανησυχώ για την υγεία μου	1	2
48.Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταράζουν και με βασανίζουν	1	2
49.Είμαι γεμάτος-η από αίσθημα φόβου	1	2
50.Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν	1	2
51.Αυτή την περίοδο η ζωή μου μού φαίνεται άδεια	1	2
52.Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας	1	2

Ερωτηματολόγιο Γ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αξιολογούν τις απόψεις και τη θέση σας σε σχέση με τις έννοιες της πνευματικότητας. Με τον έννοια «πνευματικότητα» ορίζουμε τις προσπάθειες ενός ατόμου να δημιουργήσει μία ευρεία αίσθηση προσωπικού νοήματος και σκοπού στη ζωή του, έχοντας παράλληλα επίγνωση της δικής του θνητότητας. Την πανανθρώπινη, δηλαδή εγγενή τάση του ατόμου να υπερβαίνει και να στέκεται πέρα από τη δική του ατομική ύπαρξη, ώστε να αντιλαμβάνεται τη ζωή μέσα από μια ευρύτερη και πιο ολοκληρωμένη οπτική γωνία. Πρόκειται με άλλα λόγια για τη σταδιακή και σε διαφορετικό βαθμό συνειδητοποίηση ότι υπάρχει ένα ευρύτερο νόημα και σκοπός στη ζωή μας. Μεταφορικά θα λέγαμε ότι κατανοούμε πως ο καθένας από εμάς δεν αποτελεί παρά μια μεμονωμένη κλωστή στο μεγάλο χαλί της ύπαρξης.

Με τον όρο «διαλογισμό» εννοούμε μία μορφή πνευματικής συγκέντρωσης που επιτυγχάνεται με βαθιά χαλάρωση και απομάκρυνση κάθε σκέψης και εξωτερικών ερεθισμάτων από το άτομο. Σκοπός του διαλογισμού, για τους εσωτεριστές, είναι η άντληση γνώσης ή και εμπειριών άμεσα, χωρίς τη χρήση των αισθητηρίων οργάνων του ανθρώπου και οποιασδήποτε άλλης πηγής πληροφόρησης. Γενικότερα θεωρείται και μέσο ψυχικής χαλάρωσης, ευεξίας και θεραπείας.

Για να απαντήσετε στις συγκεκριμένες ερωτήσεις παρακαλούμε να σημειώσετε με X το βαθμό τον οποίο αισθάνεστε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος/ η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Δεν έχω βιώσει ένα αίσθημα βαθιάς πληρότητας και ευδαιμονίας μέσα από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.					
2. Δεν νιώθω κάποια σύνδεση με μια ανώτερη Δύναμη ή Πραγματικότητα.					
3. Δεν πιστεύω ότι με κάποιο τρόπο η ζωή μου είναι στενά συνδεδεμένη με όλη την ανθρωπότητα.					

4. Κάνω διαλογισμό και / ή προσεύχομαι έτσι ώστε να φτάσω σε ένα ανώτερο πνευματικό επίπεδο.					
5. Όλα στη ζωή συνδέονται μεταξύ τους					
6. Υπάρχει μια «τάξη» στο σύμπαν η οποία υπερβαίνει την ανθρώπινη σκέψη.					
7. Ο θάνατος πράγματι σταματάει το αίσθημα συναισθηματικής εγγύτητας που νοιώθουμε για κάποιον.					
8. Στη γαλήνη των προσευχών μου και/ή του διαλογισμού μου βρίσκω ένα αίσθημα πληρότητας.					
9. Έχω κάνει πράγματα στη ζωή μου, επειδή πίστευα ότι θα ευχαριστούσαν ένα γονιό, ένα συγγενή ή ένα φίλο που έχει πεθάνει.					
10. Αν και νεκροί, οι αναμνήσεις και οι σκέψεις κάποιων από τους συγγενείς μου συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή μου στο παρόν.					
11. Η έννοια της «πνευματικότητας» δεν αποτελεί κεντρικό κομμάτι της ζωής μου.					
12. Αντλώ εσωτερική δύναμη και/ή γαλήνη από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.					
13. Παρόλο που υπάρχει καλό και κακό στους ανθρώπους, πιστεύω ότι η ανθρωπότητα συνολικά είναι κατά βάση κακή.					
14. Δεν έχω δυνατούς συναισθηματικούς δεσμούς με κάποιον που έχει πεθάνει.					
15. Δεν υπάρχει ανώτερο επίπεδο συνειδητότητας ή πνευματικότητας που να συνδέει όλους τους ανθρώπους.					
16. Αν και οι άνθρωποι σε προσωπικό επίπεδο μπορεί να είναι δύσκολοι, νοιώθω ένα συναισθηματικό δέσιμο με όλη την ανθρωπότητα.					

17. Κάνω διαλογισμό και/ή προσεύχομαι έτσι ώστε να αναπτυχθώ ως άτομο.					
18. Η προσευχή και/ή ο διαλογισμός δεν ασκούν ιδιαίτερη έλξη πάνω μου.					
19. Οι προσευχές και/ή ο διαλογισμός μου παρέχουν ένα αίσθημα συναισθηματικής στήριξης.					
20. Νιώθω ότι σε ένα ανώτερο επίπεδο όλοι μας μοιραζόμαστε έναν κοινό δεσμό.					
21. Θέλω να έλθω πιο κοντά στο Θεό, έτσι όπως τον αντιλαμβάνομαι					
22. Ο έπαινος των άλλων σχετικά με τα επιτεύγματά μου, μου προσφέρει βαθιά ικανοποίηση					
23. Δεν με απασχολούν οι προσδοκίες που έχουν τα αγαπημένα μου πρόσωπα από μένα.					

Ερωτηματολόγιο Δ

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

Στη συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιείτε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό. Παρακαλούμε διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω. Απαντήστε κυκλώνοντας τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνετε αυτό που λέει η πρόταση. Δηλαδή για το «ποτέ» κυκλώστε το 1, για το «σπάνια» κυκλώστε το 2, για το «μερικές φορές» κυκλώστε το 3 και για το «συχνά» κυκλώστε το 4.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
2. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα	1	2	3	4
3. Στρεφόμεν στην δουλειά ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα για να ξεχαστώ	1	2	3	4
4. Θεωρούσα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα	1	2	3	4
5. Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση	1	2	3	4
8. Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα από την κατάσταση	1	2	3	4
9. Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου	1	2	3	4
11. Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα	1	2	3	4
12. Αποδεχόμεν τη μοίρα μου. Μερικές φορές απλά δεν έχω τύχη	1	2	3	4
13. Συνέχιζα σαν να μη συμβαίνει τίποτα	1	2	3	4
14. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματα μου για τον εαυτό μου	1	2	3	4
15. Προσπαθούσα να δω την θετική πλευρά των πραγμάτων	1	2	3	4
17. Εξέφραζα θυμό στο πρόσωπο/α που δημιουργούσαν το πρόβλημα	1	2	3	4
18. Αποδεχόμεν τη συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου	1	2	3	4

20. Εμπνεόμενοι να κάνω κάτι δημιουργικό	1	2	3	4
21. Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα	1	2	3	4
23. Άλλαξα ή ωρίμαξα ως πρόσωπο	1	2	3	4
24. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε	1	2	3	4
28. Άφηνα τα συναισθήματα μου να ξεσπάσουν με κάποιο τρόπο	1	2	3	4
30. Έβγαινα από την εμπειρία καλύτερος από πριν	1	2	3	4
31. Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα	1	2	3	4
34. Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο	1	2	3	4
36. Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό	1	2	3	4
38. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή	1	2	3	4
39. Άλλαξα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα	1	2	3	4
42. Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι	1	2	3	4
44. Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ σοβαρά	1	2	3	4
45. Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω	1	2	3	4
46. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα	1	2	3	4
47. Ξεσπούσα στους άλλους	1	2	3	4
48. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις	1	2	3	4
49. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω	1	2	3	4
52. Εύρισκα μια-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα	1	2	3	4
55. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα	1	2	3	4
57. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	1	2	3	4
58. Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτήν	1	2	3	4
59. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα	1	2	3	4
60. Προσευχόμουν	1	2	3	4
65. Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Ε

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει 13 προτάσεις. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και κυκλώστε την ένδειξη **ΝΑΙ** αν η πρόταση αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση ή κυκλώστε την ένδειξη **ΟΧΙ** αν η πρόταση δεν αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση. Δεν υπάρχουν καλές ή κακές απαντήσεις!

ΝΑΙ ΟΧΙ	1. Συχνά σκέφτομαι τον θάνατο και αυτό μου προκαλεί άγχος/στρες.
ΝΑΙ ΟΧΙ	2. Δεν αγχώνομαι για τη μοίρα/τύχη μου γιατί έχω αφεθεί σε αυτή.
ΝΑΙ ΟΧΙ	3. Συχνά αγχώνομαι γιατί ανησυχώ ότι η ζωή μπορεί να μην έχει νόημα.
ΝΑΙ ΟΧΙ	4. Δεν ανησυχώ ούτε σκέφτομαι ότι είμαι ένοχος/η για κάτι.
ΝΑΙ ΟΧΙ	5. Συχνά αγχώνομαι λόγω αισθημάτων ενοχής.
ΝΑΙ ΟΧΙ	6. Συχνά αγχώνομαι γιατί νιώθω καταδικασμένος/η στη ζωή.
ΝΑΙ ΟΧΙ	7. Ποτέ δεν μου περνούν σκέψεις για κάποιο κενό μέσα μου.
ΝΑΙ ΟΧΙ	8. Συχνά σκέφτομαι ότι τα πράγματα που ήταν κάποτε σημαντικά στη ζωή, είναι πλέον κενά.
ΝΑΙ ΟΧΙ	9. Ποτέ δεν νιώθω άγχος για το ότι μπορεί να είμαι καταδικασμένος/η στη ζωή.
ΝΑΙ ΟΧΙ	10. Δεν αγχώνομαι για το θάνατο γιατί είμαι προετοιμασμένος/η για οτιδήποτε μπορεί να φέρει.
ΝΑΙ ΟΧΙ	11. Σκέφτομαι συχνά για τη μοίρα/τύχη και αυτό μου προκαλεί άγχος.
ΝΑΙ ΟΧΙ	12. Δεν αγχώνομαι για τη μοίρα/τύχη γιατί είμαι σίγουρος/η ότι τα πράγματα θα πάνε καλά.
ΝΑΙ ΟΧΙ	13. Το ξέρω ότι η ζωή έχει νόημα.

Παράρτημα Β: Παραγοντικές Αναλύσεις

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
KAT1	,512	,355	,201
KAT2	,073	,532	,071
KAT3	,402	-,191	,516
KAT4	,720	-,049	,169
KAT5	,665	,269	,123
KAT6	,695	,223	,103
KAT7	,537	,184	,060
KAT8	-,078	,414	,590
KAT9	,005	,468	,157
KAT10	,170	,393	,001
KAT11	,212	,439	-,002
KAT12	,657	,340	,242
KAT13	,493	-,108	,332
KAT14	,601	,172	-,064
KAT15	,528	,368	,119
KAT16	,644	,352	,088
KAT17	,564	,393	,162
KAT18	,312	,280	,173
KAT19	-,082	,424	,576
KAT20	,402	,342	,300
KAT21	,841	,184	,178
KAT22	,480	,517	,111
KAT23	-,014	,014	,808
KAT24	,128	,541	-,136
KAT25	,346	-,125	,542
KAT26	,593	,169	,100
KAT27	,655	,356	,106
KAT28	,282	,393	,007
KAT29	,247	,260	,088
KAT30	,333	-,139	-,084
KAT31	,493	,327	-,280
KAT32	,736	,286	,207
KAT33	-,172	,621	,009
KAT34	,159	,677	,100
KAT35	-,096	,351	-,144
KAT36	,376	,400	,300
KAT37	,782	,156	,071
KAT38	-,014	,014	,808
KAT39	,402	,239	,430
KAT40	,788	,344	,190
KAT41	,339	,540	,148

KAY42	,296	-,012	,007
KAT43	,560	-,039	-,326
KAT44	,653	,426	,130
KAT45	,751	,277	,069
KAT46	,613	-,052	-,003
KAT47	,330	,095	-,159
KAT48	,617	,360	,118
KAT49	,348	,562	-,024
KAT50	,499	,552	,058
KAT51	,291	,419	,370
KAT52	,475	,588	,235

ΠNEYMATIKOTHTA Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
ASP1	,778	,052	,029
ASP2	,830	,130	,003
ASP3	,607	,285	,022
ASP4	,712	-,255	,309
ASP5	,697	,005	,101
ASP6	,710	,069	-,014
ASP7	-,003	,723	,127
ASP8	,837	-,226	,198
ASP9	-,004	,127	,703
ASP10	-,113	,440	,663
ASP11	,605	,359	-,203
ASP12	,851	-,184	,277
ASP13	,469	,375	-,137
ASP14	,018	,776	,026
ASP15	,612	,345	-,034
ASP16	,499	,125	,204
ASP17	,834	-,172	,304
ASP18	,744	,223	-,122
ASP19	,788	,081	,245
ASP20	,518	,179	,614
ASP21	,601	,291	-,081
ASP22	,119	-,180	,534
ASP23	,343	,382	,179

ΣAAK Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
SAK2	,346	,250	-,191	,001	-,090
SAK3	,422	-,040	,087	,130	,335
SAK4	-,102	-,060	,253	,697	-,007
SAK5	,436	,255	-,047	,026	,307
SAK8	,118	,735	,064	,005	,109
SAK9	,186	,112	-,432	,081	,125
SAK11	-,035	,104	,610	,377	,013
SAK12	-,172	-,038	,149	,773	,062
SAK13	,752	-,201	,089	,056	,045
SAK14	,205	-,248	-,096	,599	,226
SAK15	,685	,065	,167	,178	-,086
SAK17	-,042	,322	-,162	,060	,073
SAK18	,308	,520	,243	-,040	-,077
SAK20	,760	-,070	-,046	-,053	-,032
SAK21	,589	-,250	,275	,065	,084
SAK23	,536	,195	-,430	,009	-,001
SAK24	,305	,160	-,130	,429	,213
SAK28	-,123	,471	-,124	,072	-,138
SAK30	,583	,144	-,451	,121	-,175
SAK31	,215	,649	,057	,009	,238
SAK34	,416	-,049	-,166	-,046	,085
SAK36	,292	,169	,737	,092	,147
SAK38	,630	,164	,033	,074	-,106
SAK39	,609	,202	-,113	,141	-,154
SAK42	,071	,803	,060	-,102	,020
SAK44	,730	,044	,358	-,101	-,089
SAK45	,009	,778	,189	-,097	-,140
SAK46	,712	,149	-,040	-,228	-,010
SAK47	-,190	,002	-,244	-,255	,450
SAK48	,168	,123	-,410	,443	-,145
SAK49	,601	,172	-,181	,428	-,058
SAK52	,464	,123	,000	,412	-,262
SAK55	-,300	-,053	,039	,087	,552
SAK57	,097	-,096	,084	,155	,613
SAK58	-,122	,212	,251	,033	,696
SAK59	,122	,043	-,033	-,028	,675
SAK60	,234	,241	,786	,089	,183
SAK65	,649	,084	,087	,031	,160

ΥΠΑΡΞΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
EAQ1	,864	,065	,077	,181	-,026	,023
EAQ2	,272	-,166	,763	,333	-,102	,101
EAQ3	,303	,664	-,156		,178	,120
EAQ4	,009	-,347	,355	-,135	,581	-,312
EAQ5	,081	,000	,003	,329	,758	,324
EAQ6	,425	,721	-,139	-,010	,073	,217
EAQ7	-,198	,091	,806	-,071	,214	-,011
EAQ8	,079	,042	,064	-,054	,007	,913
EAQ9	,122	,397	,170	,089	,532	-,296
EAQ10	,092	-,054	,542	,606	,222	-,015
EAQ11	,878	,080	-,039	,003	,139	,051
EAQ12	,100	,084	,047	,891	,085	-,055
EAQ13	-,246	,805	,121	-,113	-,185	-,144

ΠΑΡΑΤΗΜΑ Γ: Συσχετίσεις, Μέσοι όροι, Γραμμική παλινδρόμηση

		ΣΚΟΡ ΚΑΤ	ΠΡΟΣΕΥ	ΚΑΘΟΛ	ΣΥΝΕΚΤ	ΣΚΟΡΑΣΡ	ΘΠΡΣΕΓ	θεππαναξ	επρβλ
ΣΚΟΡ ΚΑΤ	Pearson Correlation	1	-,209	-,266 [*]	,113	-,189	-,565 ^{**}	-,582 ^{**}	-,423 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		,065	,018	,320	,095	,000	,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΠΡΟΣΕΥ	Pearson Correlation	-,209	1	,764 ^{**}	,215	,929 ^{**}	,230 [†]	,257 [†]	,146
	Sig. (2-tailed)	,065		,000	,057	,000	,041	,022	,199
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΚΑΘΟΛ	Pearson Correlation	-,266 [*]	,764 ^{**}	1	,289 ^{**}	,886 ^{**}	,279 [†]	,321 ^{**}	,165
	Sig. (2-tailed)	,018	,000		,010	,000	,013	,004	,147
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΣΥΝΕΚΤ	Pearson Correlation	,113	,215	,289 ^{**}	1	,492 ^{**}	,048	,038	,051
	Sig. (2-tailed)	,320	,057	,010		,000	,673	,739	,653
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΣΚΟΡΑΣΡ	Pearson Correlation	-,189	,929 ^{**}	,886 ^{**}	,492 ^{**}	1	,249 [†]	,277 [†]	,159
	Sig. (2-tailed)	,095	,000	,000	,000		,027	,013	,161
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΘΠΡΣΕΓ	Pearson Correlation	-,565 ^{**}	,230 [†]	,279 [†]	,048	,249 [†]	1	,930 ^{**}	,878 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000	,041	,013	,673	,027		,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
θεππαναξ	Pearson Correlation	-,582 ^{**}	,257 [†]	,321 ^{**}	,038	,277 [†]	,930 ^{**}	1	,642 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000	,022	,004	,739	,013	,000		,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
επρβλ	Pearson Correlation	-,423 ^{**}	,146	,165	,051	,159	,878 ^{**}	,642 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,199	,147	,653	,161	,000	,000	
	N	79	79	79	79	79	79	79	79

ΑΚΥ	Pearson Correlation	-,158	,155	,165	-,004	,150	,247 [†]	,249 [†]	,193
	Sig. (2-tailed)	,164	,173	,147	,969	,187	,028	,027	,089
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΕΥΧΟΝΕΙΡ	Pearson Correlation	,221	,463 ^{**}	,242 [†]	,253 [†]	,432 ^{**}	,032	,046	,007
	Sig. (2-tailed)	,050	,000	,032	,024	,000	,780	,686	,953
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ευχ	Pearson Correlation	,281 [†]	,098	,036	,048	,084	-,046	-,014	-,078
	Sig. (2-tailed)	,012	,391	,754	,677	,460	,685	,900	,494
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
αθεικβορηθ	Pearson Correlation	,082	,633 ^{**}	,344 ^{**}	,351 ^{**}	,596 ^{**}	,093	,086	,084
	Sig. (2-tailed)	,472	,000	,002	,002	,000	,412	,453	,463
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΑΠΔΙΑΦ	Pearson Correlation	-,111	,210	,094	,153	,200	,476 ^{**}	,485 ^{**}	,364 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,331	,063	,412	,179	,077	,000	,000	,001
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
παραιτ	Pearson Correlation	,135	-,022	-,154	,130	-,033	,246 [†]	,204	,249 [†]
	Sig. (2-tailed)	,237	,846	,175	,253	,775	,029	,072	,027
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
αρν	Pearson Correlation	-,332 ^{**}	,382 ^{**}	,324 ^{**}	,122	,377 ^{**}	,550 ^{**}	,610 ^{**}	,356 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,003	,001	,004	,285	,001	,000	,000	,001
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΔΙΕΚΕΠΡΟΒ	Pearson Correlation	,042	-,113	,054	,037	-,040	,265 [†]	,280 [†]	,190
	Sig. (2-tailed)	,714	,322	,635	,746	,724	,018	,012	,094
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΕΣΤΠΡΟΒ	Pearson Correlation	-,292 ^{**}	,122	,202	,038	,154	,694 ^{**}	,580 ^{**}	,694 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,009	,284	,075	,741	,176	,000	,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79

ΕΣΤΣΥΝΑΙ	Pearson Correlation	-,203	,420**	,289**	,206	,410**	,649**	,688**	,459**
	Sig. (2-tailed)	,073	,000	,010	,068	,000	,000	,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΘΑΝΑΤΟΣ	Pearson Correlation	,535**	-,113	-,155	,085	-,100	-,456**	-,443**	-,377**
	Sig. (2-tailed)	,000	,320	,174	,459	,379	,000	,000	,001
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΜΟΙΡΑ	Pearson Correlation	,490**	-,027	-,151	,113	-,039	-,478**	-,447**	-,416**
	Sig. (2-tailed)	,000	,815	,183	,322	,734	,000	,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΝΟΗΜΑ	Pearson Correlation	,554**	-,414**	-,508**	-,079	-,448**	-,466**	-,494**	-,330**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,489	,000	,000	,000	,003
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΕΝΟΧΗ	Pearson Correlation	,241 [†]	,114	,171	,205	,182	-,269 [†]	-,164	-,350**
	Sig. (2-tailed)	,033	,317	,132	,070	,108	,016	,150	,002
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΚΑΤΑΔΙΚΗ	Pearson Correlation	,512**	-,237 [†]	-,285 [†]	,166	-,199	-,345**	-,350**	-,265 [†]
	Sig. (2-tailed)	,000	,035	,011	,143	,078	,002	,002	,018
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΚΕΝΟΤΗΤΑ	Pearson Correlation	,236 [†]	-,189	-,229 [†]	,051	-,181	-,076	-,007	-,150
	Sig. (2-tailed)	,036	,095	,043	,654	,111	,504	,950	,187
	N	79	79	79	79	79	79	79	79
ΣΚΟΡΕΑQ	Pearson Correlation	,693**	-,198	-,280 [†]	,159	-,176	-,580**	-,529**	-,522**
	Sig. (2-tailed)	,000	,080	,012	,162	,122	,000	,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79

ΑΝΟΒΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜ/ΓΙΑ

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SKORASP	Between Groups	395,766	2	197,883	1,441	,243
	Within Groups	10434,993	76	137,303		
	Total	10830,759	78			
ΣΚΟΡΕΑQ	Between Groups	265,722	2	132,861	35,384	,000
	Within Groups	285,367	76	3,755		
	Total	551,089	78			
ΘΠΡΣΕΓ	Between Groups	650,231	2	325,115	17,964	,000
	Within Groups	1375,440	76	18,098		
	Total	2025,671	78			
θεπαναξ	Between Groups	268,007	2	134,004	19,609	,000
	Within Groups	519,360	76	6,834		
	Total	787,367	78			
επρβλ	Between Groups	83,350	2	41,675	8,338	,001
	Within Groups	379,840	76	4,998		
	Total	463,190	78			
AKY	Between Groups	16,660	2	8,330	1,036	,360
	Within Groups	611,340	76	8,044		
	Total	628,000	78			
ΕΥΧΟΝΕΙΡ	Between Groups	43,807	2	21,904	1,996	,143
	Within Groups	833,965	76	10,973		
	Total	877,772	78			
ευχ	Between Groups	25,132	2	12,566	3,278	,043
	Within Groups	291,298	76	3,833		
	Total	316,430	78			
αθεικβοηθ	Between Groups	2,690	2	1,345	,287	,752
	Within Groups	356,500	76	4,691		
	Total	359,190	78			
ΑΠΔΙΑΦ	Between Groups	31,481	2	15,741	1,013	,368
	Within Groups	1180,873	76	15,538		
	Total	1212,354	78			

παραιτ	Between Groups	10,682	2	5,341	,877	,420
	Within Groups	462,685	76	6,088		
	Total	473,367	78			
αρν	Between Groups	52,865	2	26,433	5,522	,006
	Within Groups	363,818	76	4,787		
	Total	416,684	78			
ΔΙΕΚΕΠΡΟΒ	Between Groups	,536	2	,268	,076	,926
	Within Groups	266,325	76	3,504		
	Total	266,861	78			
ΠΡΟΣΕΥ	Between Groups	175,936	2	87,968	1,740	,183
	Within Groups	3843,052	76	50,566		
	Total	4018,987	78			
ΚΑΘΟΛ	Between Groups	94,523	2	47,262	3,010	,055
	Within Groups	1193,198	76	15,700		
	Total	1287,722	78			
ΣΥΝΕΚΤ	Between Groups	12,058	2	6,029	,628	,536
	Within Groups	729,360	76	9,597		
	Total	741,418	78			
ΘΑΝΑΤΟΣ	Between Groups	11,829	2	5,915	15,416	,000
	Within Groups	29,158	76	,384		
	Total	40,987	78			
ΜΟΙΡΑ	Between Groups	18,104	2	9,052	12,072	,000
	Within Groups	56,985	76	,750		
	Total	75,089	78			
ΝΟΗΜΑ	Between Groups	7,649	2	3,825	17,695	,000
	Within Groups	16,427	76	,216		
	Total	24,076	78			
ΕΝΟΧΗ	Between Groups	2,449	2	1,225	2,431	,095
	Within Groups	38,285	76	,504		
	Total	40,734	78			
ΚΑΤΑΔΙΚΗ	Between Groups	11,568	2	5,784	15,475	,000
	Within Groups	28,407	76	,374		
	Total					

	Total	39,975	78			
ΚΕΝΟΤΗΤΑ	Between Groups	1,311	2	,655	2,399	,098
	Within Groups	20,765	76	,273		
	Total	22,076	78			
ΕΣΤΠΡΟΒ	Between Groups	155,299	2	77,650	3,589	,032
	Within Groups	1644,118	76	21,633		
	Total	1799,418	78			
ΕΣΤΣΥΝΑΙ	Between Groups	190,883	2	95,442	1,673	,194
	Within Groups	4334,585	76	57,034		
	Total	4525,468	78			

ΑΝΟΒΑ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΚΟΡΑΣΠ	Between Groups	390,305	2	195,152	1,421	,248
	Within Groups	10440,455	76	137,374		
	Total	10830,759	78			
ΣΚΟΡΕΑQ	Between Groups	44,527	2	22,263	3,340	,041
	Within Groups	506,562	76	6,665		
	Total	551,089	78			
ΘΠΡΣΕΓ	Between Groups	113,770	2	56,885	2,261	,111
	Within Groups	1911,900	76	25,157		
	Total	2025,671	78			
θεπαναξ	Between Groups	51,336	2	25,668	2,650	,077
	Within Groups	736,031	76	9,685		
	Total	787,367	78			
επρβλ	Between Groups	12,493	2	6,246	1,053	,354
	Within Groups	450,697	76	5,930		
	Total	463,190	78			
ΑΚΥ	Between Groups	47,234	2	23,617	3,091	,051
	Within Groups	580,766	76	7,642		
	Total	628,000	78			

ΕΥΧΟΝΕΙΡ	Between Groups	23,816	2	11,908	1,060	,352
	Within Groups	853,956	76	11,236		
	Total	877,772	78			
ευχ	Between Groups	5,459	2	2,730	,667	,516
	Within Groups	310,971	76	4,092		
	Total	316,430	78			
αθεικβοηθ	Between Groups	15,775	2	7,888	1,746	,181
	Within Groups	343,415	76	4,519		
	Total	359,190	78			
ΑΠΔΙΑΦ	Between Groups	,803	2	,402	,025	,975
	Within Groups	1211,551	76	15,941		
	Total	1212,354	78			
παραιτ	Between Groups	13,381	2	6,690	1,105	,336
	Within Groups	459,986	76	6,052		
	Total	473,367	78			
αρν	Between Groups	8,768	2	4,384	,817	,446
	Within Groups	407,916	76	5,367		
	Total	416,684	78			
ΔΙΕΚΕΠΡΟΒ	Between Groups	6,120	2	3,060	,892	,414
	Within Groups	260,741	76	3,431		
	Total	266,861	78			
ΠΡΟΣΕΥ	Between Groups	169,795	2	84,897	1,676	,194
	Within Groups	3849,193	76	50,647		
	Total	4018,987	78			
ΚΑΘΟΛ	Between Groups	108,274	2	54,137	3,488	,036
	Within Groups	1179,447	76	15,519		
	Total	1287,722	78			
ΣΥΝΕΚΤ	Between Groups	2,339	2	1,169	,120	,887
	Within Groups	739,079	76	9,725		
	Total	741,418	78			
ΘΑΝΑΤΟΣ	Between Groups	5,495	2	2,747	5,883	,004
	Within Groups					
	Total					

	Within Groups	35,493	76	,467		
	Total	40,987	78			
ΜΟΙΡΑ	Between Groups	6,383	2	3,191	3,530	,034
	Within Groups	68,706	76	,904		
	Total	75,089	78			
ΝΟΗΜΑ	Between Groups	,669	2	,334	1,086	,343
	Within Groups	23,407	76	,308		
	Total	24,076	78			
ΕΝΟΧΗ	Between Groups	1,422	2	,711	1,375	,259
	Within Groups	39,312	76	,517		
	Total	40,734	78			
ΚΑΤΑΔΙΚΗ	Between Groups	7,444	2	3,722	8,696	,000
	Within Groups	32,531	76	,428		
	Total	39,975	78			
ΚΕΝΟΤΗΤΑ	Between Groups	,766	2	,383	1,367	,261
	Within Groups	21,310	76	,280		
	Total	22,076	78			
ΕΣΤΠΡΟΒ	Between Groups	59,861	2	29,931	1,308	,276
	Within Groups	1739,556	76	22,889		
	Total	1799,418	78			
ΕΣΤΣΥΝΑΙ	Between Groups	27,726	2	13,863	,234	,792
	Within Groups	4497,743	76	59,181		
	Total	4525,468	78			
ΣΚΟΡΚΑΤ	Between Groups	3189,533	2	1594,767	13,637	,000
	Within Groups	8887,885	76	116,946		
	Total	12077,418	78			

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	7,742	11,786		,657	,514
ΚΑΘΟΛ	,294	,303	,096	,970	,336
θεπαναξ	-1,280	,530	-,327	-2,415	,018
επρβλ	,250	,652	,049	,383	,703
ευχ	,924	,508	,150	1,821	,073
αρν	,066	,551	,012	,119	,905
ΕΣΤΠΡΟΒ	,020	,310	,008	,065	,949
ΘΑΝΑΤΟΣ	2,522	2,131	,147	1,183	,241
ΜΟΙΡΑ	1,238	1,592	,098	,778	,439
ΝΟΗΜΑ	7,115	2,480	,318	2,869	,006
ΕΝΟΧΗ	,045	1,534	,003	,030	,977
ΚΑΤΑΔΙΚΗ	3,723	1,679	,214	2,218	,030
ΚΕΝΟΤΗΤΑ	2,388	2,081	,102	1,148	,255

