



Líðan manna sem nýlega hafa greinst með blóðruhálskirtilskrabbamein:

Tengsl milli tjáningahamla varðandi krabbameinið, vanlíðanar
og forðunar hugsana

María Þóra Þorgeirsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

**Líðan manna sem nýlega hafa greinst með
blöðruhálskirtilskrabbamein:**
*Tengsl milli tjáningahamla varðandi krabbameinið, vanlíðanar og forðunar
hugsana*

María Þóra Þorgeirsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði
Leiðbeinendur: Heiðís Valdimarsdóttir og Fanney Þórsdóttir

Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands
Júní 2011

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© María Þóra Þorgeirsdóttir 2011

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2011

Efnisyfirlit

Útdráttur	6
Inngangur	6
Blöðruhálskirtilskrabbamein	6
<i>Nýgengi</i>	6
<i>Orsakir, einkenni og greining</i>	7
<i>Stig sjúkdómsins, meðferðir og aukaverkanir</i>	7
<i>Heilsutengd lífsgæði</i>	9
Kenningar um hugrænt úrvinnslumódel	11
<i>Áhrif áfalla á grundvallarhugmyndir um heiminn</i>	11
<i>Ágengar hugsanir og forðun í hugrænni úrvinnslu</i>	12
<i>Félagsstuðningur</i>	13
Félagslegar hömlur.....	14
<i>Áhrif á líðan</i>	15
<i>Félagslegar hömlur hjá körlum með blöðruhálskirtilskrabbamein</i>	15
<i>Forðun sem milligönguliður milli félagslegra hamla og vanlíðanar</i>	16
Markmið rannsóknar og tilgátur	16
Aðferð.....	18
Þátttakendur	18
Mælitæki	18
Framkvæmd	20
Tölfræðileg úrvinnsla.....	21
Niðurstöður	22
Lýsandi tölfræði	22
Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og vanlíðanar	23
Umræða	26
Heimildir.....	29

Töfluyfirlit

Tafla 1. Almennar upplýsingar um þátttakendur.	22
Tafla 2. Meðaltöl, staðalfrávik og spönn kvarða.	23
Tafla 3. Meðaltöl og staðalfrávik eftir að þátttakendum hefur verið skipt í tvo hópa eftir magni félagslegra hamla.....	23

Myndayfirlit

Mynd 1. Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og vanlíðanar eins og tilgátur rannsóknarinnar spá fyrir um.....	17
Mynd 2. Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og kvíða. Leiðrétt var fyrir aldri og hjúskaparstöðu.....	24
Mynd 3. Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og þunglyndis. Leiðrétt var fyrir aldri og hjúskaparstöðu.....	25

Blöðruhálskirtilskrabbamein er algengasta krabbamein karla á Íslandi. Ýmis meðferðarúrræði eru í boði en þar má helst nefna skurðaðgerð, geislameðferð og hormónameðferð. Andleg vanlíðan er aukin hjá þessum hópi manna en sumum liður verr en öðrum. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hvort mönnum sem fannst þeir ekki geta rætt tilfinningar sínar varðandi blöðruhálskirtilskrabbameinið vegna hamla frá umhverfi liði verr en þeir sem ekki upplifðu þessar hömlur. Enn fremur var kannað hvort tengsl milli hamla frá umhverfi og vanlíðanar væru tilkomin vegna forðunar hugsana tengdum krabbameininu. 71 þátttakandi tók þátt í rannsókninni, allt karlmenn nýgreindir með krabbamein í blöðruhálskirtli. Spurningalistar voru lagðir fyrir og studdu niðurstöður tilgátur okkar. Marktæk tengsl fundust milli félagslegra hamla og vanlíðanar; félagslegra hamla og forðunar; og forðunar og vanlíðanar. Enn fremur hurfu tengsl milli hamla og vanlíðanar þegar leiðrétt var fyrir forðun. Rannsóknin er sú fyrsta sem kannar andlegt ástand nýgreindra manna með blöðruhálskirtilskrabbamein og geta niðurstöður verið leiðbeinandi við þróun sálfræðimeðferða fyrir þennan hóp.

Blöðruhálskirtilskrabbamein

Nýgengi

Blöðruhálskirtilskrabbamein er algengasta krabbamein karla í allri Norður- og Vestur-Evrópu. Um 220 manns greinast með krabbameinið hér á landi ár hvert en nálægt 50 látast af völdum þess á sama tíma. Meinið greinist fyrst og fremst hjá eldri mönnum og er meðalaldur við greiningu um 70 ár. Um það bil 74 prósent þeirra sem greinast eru yfir 65 ára aldri, en krabbameinið er afar sjaldgæft hjá mönnum undir fimmtugu. Faraldsfræðilegar rannsóknir sýna mikinn breytileika á nýgengi blöðruhálskirtilskrabbameins í heiminum. Sjúkdómurinn er til að mynda töluvert tíðari í Evrópu, Bandaríkjunum, Kanada og Ástralíu, en í Asíu. Breytileikinn virðist meðal annars stafa af nýjum og bættum aðferðum við greiningu sem leiða til þess að sjúkdómurinn uppgötvast fyrr en áður (Eiríkur Jónsson, 2010; Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir, 2008; Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands, e.d).

Orsakir, einkenni og greining

Orsakir blöðruhálskirtilskrabbameins eru óljósar en talið er að erfðir, umhverfisáhrif, mataræði og hormónabúskapur, svo sem testósterón, komi þar við sögu (Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir, 2008).

Sjúkdómurinn er oft einkennalaus þegar krabbameinið er á frumstigi og bundið við kirtilinn sjálfan. Þar sem krabbameinið myndast oftast yst í kirtlinum og vöxtur þess er mjög hægfara getur liðið langur tími þar til einkenna verður vart. Tregða við að hefja og ljúka þvagláti eða tæma blöðruna til fulls og tíðari næturþvaglát koma fram þegar æxli er farið að vaxa út fyrir kirtilinn. Þessi einkenni eru í raun þau sömu og við góðkynja stækkun kirtilsins eftir miðjan aldur en ef einkenni koma snögglega fram getur það verið merki um krabbameinsmyndun. Oft koma einkennin ekki fram fyrr en æxlið er orðið það stórt að það hefur dreift sér út fyrir blöðruhálskirtilshýðið og til annarra líffæra sem meinvörp. Bakverkir, þreyta og þyngdartap eru dæmigerð einkenni meinvarpa (Félag íslenskra þvagfæraskurðlækna, e.d.; Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir, 2008).

Stig sjúkdómsins, meðferðir og aukaverkanir

Hægt er að greina á milli þriggja stiga sjúkdómsins. Á fyrsta stigi er meinið bundið við kirtilinn sjálfan og er vöxtur þess hægfara. Í um 90 prósent greiningartilfella er meinið á frumstigi. Á næsta stigi hefur vöxturinn náð út fyrir mörk blöðruhálskirtilsins og yfir í nálæga vefi, til dæmis þvagblöðru. Meinið hefur ekki dreift sér til eitla eða í bein þó að líkur á því séu meiri en á fyrsta stigi. Á þriðja og síðasta stiginu hefur krabbameinið dreift sér út til annarra líkamshluta sem meinvörp (Eton og Lepore, 2002; Félag íslenskra þvagfæralækna, e.d.).

Nokkrar gerðir meðferðar eru í boði en þar má helst nefna skurðaðgerð, geislameðferð og hormónameðferð. Skurðaðgerð, þar sem allur kirtilinn er numinn á brott (*radical prostatectomy*), er algengasta meðferðin fyrir sjúklinga með staðbundið krabbamein í blöðruhálskirtli. Aðgerðin er þó ekki hættulaus. Henni geta fylgt blæðingar, blóðtappamyndun í ganglimum og í vissum tilfellum þvagleki. Hún getur einnig leitt til risvandamála og getuleysis þar sem taugar og æðar sem tengjast stinningu limsins liggja mjög nærri blöðruhálskirtlinum og geta skaddast við aðgerðina. Ekki verður tap á kynhvöt (*libido*) einstaklingsins þar sem aðgerðin hefur ekki áhrif á hormónaflæði (Félag íslenskra þvagfæraskurðlækna, e.d.; Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir, 2008).

Geislameðferð er annar róttækur meðferðarkostur sem helst er beitt á fyrsta stigs mein. Hægt er að velja um ýmsar gerðir geislameðferðar þó ekki séu þær allar í boði á Íslandi. Meðferðin er þrenns konar; ytri geislun þar sem geislavirki gjafinn er staðsettur fyrir utan sjúklinginn; innri geislun þar sem geislavirkum kornum er varanlega komið fyrir inni í blöðruhálskirtlinum; og háskammta innri geislun þar sem geislavirkur gjafi er settur inn í blöðruhálskirtil í stutta stund og síðan fjarlægður. Aukaverkunum geislameðferðar má skipta niður í þær sem koma strax í kjölfar meðferðar og þær sem komið geta síðar. Í kjölfar meðferðar geta ýmis þvag- og hægðavandamál komið fram. Síðbúnar aukaverkanir eru mögulegar, jafnvel mörgum árum eftir meðferð. Þar má nefna tíðari losun þvags og hægða og óþægindi við endaparm. Risvandamál og getuleysi geta einnig komið fram hjá einstaklingum sem gangast undir geislameðferð, en slíkar aukaverkanir fara eftir aldri sjúklings og risvirkni fyrir meðferð (Eton og Lepore, 2002; Félag íslenskra þvagfæraskurðlækna, e.d.).

Þriðja meðferðin við blöðruhálskirtilskrabbameini er hormónameðferð en henni er beitt á öllum stigum sjúkdómsins. Ýmsar tegundir eru í boði en þar má nefna brottám eistnavefjar og stungulyfjameðferð. Báðar aðferðirnar minnka eða fjarlægja karlhormónið testósterón úr líkama sjúklingsins. Einnig er mögulegt að taka inn andhormón sem koma í veg fyrir að testósterón komist til æxlisins. Líkt og skurð- og geislameðferðir, þá er hormónameðferð ekki laus við aukaverkanir. Þar má nefna minnkaða kynhvöt, rístruflanir, hitakóf, svita, beinþynningu og brjóstastækkun (Félag íslenskra þvagfæralækna, e.d; Eton og Lepore, 2002).

Loks er mögulegt að velja reglubundið eftirlit (*watchful waiting*). Þá er tekin meðvituð ákvörðun um að grípa ekki inn í heldur bíða átekta og fylgjast með framvindu sjúkdómsins. Þetta úrræði stendur öllum sjúklingum með staðbundið mein til boða, en aldur við greiningu og stig meinsins eru leiðbeinandi við ákvörðunina (Eton og Lepore, 2002; Félag íslenskra þvagfæralækna, e.d).

Eins og sjá má þarf að huga að ýmsu þegar meðferð er valin. Fyrir utan stig meinsins þarf að taka þætti svo sem lífslíkur, aldur, óskir sjúklings og sjúkdómssögu með í reikninginn. Meðferðarval er sérstaklega erfitt hjá sjúklingum með staðbundið mein. Oft er vöxtur staðbundins meins hægfara og getur jafnvel stöðvast. Í þeim tilfellum getur verið betra að bíða átekta frekar en að ganga í gegnum erfiða meðferð og aukaverkanir. Hins vegar kemur fyrir að meinið vaxi hratt og þá er augljóslega mikilvægt að grípa fljótt inn í. Læknir og sjúklingur þurfa því að reyna að spá fyrir um hegðun meinsins, sem getur verið erfitt, ásamt því að huga að aldri og heilsu við ákvarðanatökuna (National Comprehensive Cancer Network, 2010).

Heilsutengd lífsgæði

Blöðruhálskirtilskrabbamein hefur greinileg áhrif á andlega líðan (Sharpley, Christie og Bitsika, 2010). Áhyggjur af dauða vakna við greiningu (Andersen, 1992). Kvíði varðandi val á meðferð og síðar meir endurkomu sjúkdóms er einnig algengur (Hedestig, Sandman, Tomic og Widmark, 2005). Margir hverjir hafa miklar áhyggjur af einkennum sjúkdómsins og meðferðaraukaverkunum svo sem þvag- og hægðavandamálum og síðast en ekki síst risvandamálum. Með síðastnefndu erfiðleikunum minnkar sjálfstraust manna, þeim finnst karlmennsku sinni ógnað og hafa áhyggjur af því að geta ekki uppfyllt þarfir makans (Clark o.fl., 2003).

Niðurstöður rannsókna sýna að blöðruhálskirtilskrabbameinssjúklingar hafa talsvert meira þunglyndi (Zabora, Brintzenhofeszc, Curbow, Hooker, og Piantadosi, 2001) og fjórum sinnum hærri sjálfsmorðstíðni en heilbrigðir jafnaldrar þeirra (Llorente o.fl., 2005). Þar að auki greindust átta prósent sjúklinga í einu úrtaki með áfallastreituröskun (Steginga, Pinnock, Gardner, Gardiner og Dunn, 2005). Carlson o.fl. (2004) greindu andlega vanlíðan hjá 26,6 prósentum af 523 manna úrtaki manna með blöðruhálskirtilskrabbameinsgreiningu en svipuð rannsókn hafði áður fengið töluna 30,5 prósent (Zabora, Brintzenhofeszc, Curbow, Hooker og Piantadosi, 2001). Couper o.fl. (2006) notuðu greiningarviðmið DSM-IV og greindu 5,6 prósent blöðruhálskirtilskrabbameinssjúklinga með alvarlegt þunglyndi. Það er 2,6 prósentum hærra en hlutfall þunglyndra í heildarþýði af sama þjóðerni, það er hjá Bandaríkjamönnum. Þegar farið er eftir greiningaskilmerkjum kvíða- og þunglyndiskvarðans HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) hafa 7 til 10 prósent blöðruhálskirtilskrabbameinssjúklinga greinst með kvíðaröskun (Cliff og Macdonagh, 2000; Bisson o.fl., 2002). Þótt niðurstöðum rannsókna beri ekki saman hvað varðar tíðni, þá er greinilegt að karlmönnum með krabbamein í blöðruhálskirtli líður illa og vilja hjálp. Í einni rannsókn sögðust 65 prósent manna vilja sálfræðilega aðstoð (Lintz o.fl., 2003) og í annarri þáðu um 80 prósent manna sálfræðiaðstoð þegar boðið var upp á hana (Nelson, 2006).

Margir þættir geta haft áhrif á þessar mismunandi niðurstöður. Sem dæmi má nefna ólík mælitæki. Zabora o.fl. (2001) notuðu BSI-kvarðann (*Brief Symptom Inventory*) sem metur almenna andlega vanlíðan, Cliff og Macdonagh (2000) lögðu fyrir HADS-kvarðann (*The hospital anxiety and depression scale*) sem mælir sérstaklega þunglyndis- og kvíðaeinkenni en Couper o.fl. (2006) voru með CIDI-kvarðann (*The composite international diagnostic interview*) sem er hannaður með hliðsjón af

greiningaskilmerkjum DSM-IV (1994) og mælir allar tegundir geðraskana. Þar sem ofangreindir kvarðar mæla ólíka andlega þætti þá hlýtur útkoman að verða ólík. Annar þáttur sem hefur áhrif á tíðni vanlíðanar er tími frá greiningu. Meðaltími frá krabbameinsgreiningu og þar til kvarðar voru lagðir fyrir var misjafn milli ofangreindra rannsókna; meðaltími var 2 ár hjá Cliff og Macdonagh (2000), 3,26 ár hjá Carlson o.fl. (2004) og 4,6 ár hjá Couper o.fl (2006).

Sharpley o.fl. (2010) gerðu einmitt áhugaverða rannsókn á tengslum milli vanlíðanar og tíma frá greiningu. Andlegt ástand manna var kannað yfir þriggja ára tímabil með kvíða- og þunglyndissjálfsmatskvarðanum (*Self-Rating Anxiety Scale og Self-Rating Depression Scale*) eftir Zung (1971, 1973). Kvarðarnir eru hannaðir út frá skilgreiningum DSM-IV-TR á þunglyndi og kvíða. Höfundarnir greindu 30 prósent manna með kvíða- og þunglyndisröskun samkvæmt greiningaskilmerkjum Zungs innan við þremur mánuðum frá greiningu. Líðanin skánaði síðan talsvert á næstu mánuðum og voru um 17 prósent með kvíðaröskun og 24 prósent með þunglyndisröskun níu mánuðum eftir greiningu. Vanlíðan náði hámarki um 24 mánuðum frá greiningu. Þá voru 45 prósent manna með kvíðaröskun og 39 prósent með þunglyndisröskun. Sharpley o.fl. skýra þennan breytileika með því að benda á hvar mennirnir voru staðsettir í meðferð. Álag er mikið við að greinast með mannskæðan sjúkdóm og svartsýni fylgir í kjölfarið. Líðan skánar síðan og um níu mánuðum eftir greiningu eru menn komnir af stað í meðferð. Því ferli fylgir hjartsýni og léttir við að eitthvað sé verið að gera í málinu. Vanlíðan eykst hins vegar aftur tæpum tveimur árum eftir greiningu, líklega hjá þeim mönnum sem ekki hafa fengið jákvæða svörun við meðferðinni (Sharpley o.fl., 2010).

Eins og ofangreindar niðurstöður sýna er andleg vanlíðan algeng hjá mönnum með krabbamein í blöðruhálskirtli. Mönnum líður þó misjafnlega vel og sumir komast auðveldar í gegnum reynsluna en aðrir. Ástæður að baki vanlíðanar þessa hóps hafa ekki mikið verið kannaðar né orsakir fyrir mismunandi viðbrögðum manna við greiningu. Slíkar rannsóknir eru mikilvægar til að vita hverjir séu í mestri hættu fyrir vanlíðan svo hægt sé að grípa inn í sem allra fyrst.

Kenningar um hugrænt úrvinnslumódel

Hugrænt úrvinnslumódel (*cognitive processing model*) getur mögulega hjálpað til við að skilja breytileika í líðan og sjá hverjir eru í mestri hættu á vanlíðan. Hugræn úrvinnsla virðist hafa áhrif á andlegt ástand og kenningar um hana reyna að útskýra vanlíðan í kjölfar áfalls (Epstein, 1991; Lepore, 2001).

Áhrif áfalla á grundvallarhugmyndir um heiminn

Samkvæmt hugræna úrvinnslumódelinu skapast vanlíðan meðal annars vegna þess að grundvallarhugmyndir fólks um sjálf sig og heiminn og sú þýðing sem áfall hefur fara ekki saman (Epstein, 1991). Slíkar grundvallarhugmyndir (*core assumptions*) eru einhvers konar hugræn skemu (*mental models*) sem fólk notar við að skynja, skipuleggja og bregðast við áreitum. Fólk reynir að láta raunveruleikann passa inn í þessi skemu sem auðveldar þeim þannig að skilja það sem er að gerast hverju sinni, sjá tilgang með atburðum og finna fyrir stjórn á aðstæðum (Janoff-Bulman, 1992).

Þessi skemu fólks eru ómeðvituð en lita alla atburði. Yfirleitt eru þau jákvætt skekkt; sem dæmi má taka skema einstaklings um að hann sé góð manneskja, hæfileikaríkur í starfi eða ástrikur maki. Almennari skemu gætu verið hugmyndir viðkomandi um að það sé tilgangur með lífinu og að góðir hlutir gerist eingöngu fyrir gott fólk. Erfitt er að hreyfa við þessum skemum og þau breytast sjaldan þó einstöku atburðir passi ekki inn í þau. Áföllum geta hins vegar fylgt upplýsingar sem rekast svo harkalega á skemun að það hriktir í stoðum þeirra. Skyndilega er hrist upp í þeim hugmyndum sem fólk hefur um sjálf sig, um sambönd sín við aðra og framtíð sína (Janoff-Bulman, 1992).

Krabbameinsgreining er áfall sem getur umbylt lífsskoðunum fólks (American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders; Janoff-Bulman, 1992). Weisman og Worden (1976) lýsa tímanum eftir krabbameinsgreiningu sem tilvistarkreppu þar sem áhyggjur af eigin heilsu og öryggi eru miklar og hugsanir um líf og dauða áberandi. Fólk fer að leita að tilgangi með lífinu, reyna að skilja veikindin og af hverju það fékk krabbamein frekar en einhver annar (Dirksen, 1995; Halldorsdóttir og Hamrin 1996; O'Conner, Wicker og Germino, 1990). Vandamál karla sem greinast með krabbamein í blöðruhálskirtli eru sum hver einstök fyrir þann sjúkdóm. Menn finna fyrir vanmætti gagnvart eigin líkama, hafa áhyggjur af því að þeir geti ekki lengur séð fyrir fjölskyldu sinni, sýn á framtíðina og ellina breytist og vegið er að karlmenskunni með vandamálum í svefnherberginu (Helgeson og Lepore, 1996). Ef

mönnum tekst að aðlaga þessa nýju upplifun að fyrri lífsskoðunum þá ætti andleg heilsa að batna samhliða (Janoff-Bulman, 1992).

Fyrri skemu löguð að krabbameinsreynslu

Samkvæmt hugræna úrvinnslumódelinu þá ætti líðan fólks að batna ef því tekst að brúa bilið milli þeirrar þýðingar sem áfallið hefur og eldri hugmynda þess um sjálft sig og heiminn. Það gerist við það að horfast í augu við, íhuga og endurmeta áreiti tengd áfallinu (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman 1992; van der Kolk og van der Hart, 1991; McCann og Pearlman 1990; Parkes, 1971; Rachman 1980).

Lepore (2001) lýsir tvenns konar hugrænni úrvinnslu þar sem hægt er að láta nýjar upplýsingar og gömul skemu fara saman. Í fyrsta lagi nefnir hann samlögun (*assimilation*) en þá eru nýjar hugmyndir tilkomnar vegna áfallsins samlagaðar fyrri skemum. Hin leiðin er aðhæfing (*accommodation*) en þá er gömlum skemum breytt þannig að nýju upplýsingarnar passi inn í þau. Með þessum tveimur leiðum getur fólk með krabbamein túlkað og sett eigin merkingu í veikindin, unnið úr ógnandi og ruglandi þáttum sem tengjast sjúkdómnum og raðað þeim saman í skiljanlega heild (Epstein, 1985; Greenberg, 1995; Janoff-Bulman, 1992; Marris, 1975; McCann og Pearlman, 1990; Parkes, 1975). Sem dæmi má nefna að viðkomandi getur endurheimt tilfinningu um stjórn á lífinu ef hann getur útskýrt krabbameinsgreiningu út frá fyrri reykingum sínum, frekar en að finna enga ástæðu fyrir veikindunum. Í stað samlögunar gæti viðkomandi líka breytt fyrri viðhorfum sínum gagnvart því að þurfa að hafa stjórn á eigin lífi, sætt sig við að sumt sé ekki hægt að vita eða hafa stjórn á (Lepore, 2001).

Ágengar hugsanir og forðun í hugrænni úrvinnslu

Horowitz (1986) telur að hugræn úrvinnsla áfalla einkennist af ágengum hugsunum og forðun á víxl. Ágengar hugsanir eru óboðnar hugsanir og myndir um atburðinn sem þröngva sér í meðvitund, forðun er tilraun til að hugsa ekki um atburðinn. Tvennt ofangreint telst til áfallaeinkenna og er algengt hjá krabbameinssjúklingum. Einkennin geta jafnvel viðhaldist í mörg ár eftir greiningu (Alter o.fl., 1996; Cella og Tross 1986; Cordova o.fl., 1995; Epping-Jordan, Compas og Howell, 1994; Horowitz, 1982; Lepore og Helgeson, 1998).

Ágengar hugsanir hafa sína kosti. Þær geta örvað úrvinnslu úr áfalli með því að færa minningar af atburði upp á yfirborðið og þröngva einstakling til að gera eitthvað við þær. Á sama tíma geta hugsanirnar verið tilfinningalega erfiðar og því þróa sumir með

sér forðunarleiðir. Með forðuninni verða tilfinningar við áfallatengd áreiti ekki eins yfirþyrmandi (Horowitz, 1986). Ef fólk reynir stöðugt að forðast hugsanir eða samræðu um atburðinn fær það hins vegar ekki tækifæri til að vinna úr upplifuninni og venjast tilhugsuninni um hana (Lepore, Silver, Wortman og Wayment, 1996). Raunar sýna rannsóknir að tilraunir til að forðast hugsanir hafi þveröfug áhrif og auki tíðni þeirra (Gold og Wegner, 1995; Wegner, 1994a). Það virðist því betri leið að vinna hugrænt úr atburðinum, það er horfast í augu við, hugsa um og endurmeta hann, heldur en að forðast allt sem honum tengist (Lepore, 2001).

Samkvæmt Horowitz (1986) eru ágengar hugsanir tilkomnar vegna þarfar einstaklings til að aðlaga áfallatengdar hugsanir að fyrri lífshugmyndum. Þegar fólk tekst ekki að vinna fullkomlega úr áfalli getur minning þess viðhaldist í minni. Þannig halda ágengar hugsanir áfram að skjóta upp kollinum og eru slíkar hugsanir því notaðar sem mælikvarði á það hvort búið sé að vinna úr áfalli (Horowitz, 1986).

Félagsstuðningur

Sumum fórnarlömbum áfalla virðist ekki takast að losna við ágengar hugsanir (Baum, Cohen og Hall, 1993; Lehman, Wortman og Williams, 1987) eða forðast stöðugt hugsanir um áfallið. Hins vegar eru sumir sem losna við ágengar hugsanir og forðun stuttu eftir áfall. Lepore og fleiri hafa kannað hvað orsaki þennan persónulega mun á hugrænni úrvinnslu. Þeir telja að félags- og umhverfisbreytur hafi þar mikið að segja (Lepore, 2001).

Félagslegt umhverfi getur auðveldað hugræna úrvinnslu úr áfalli (Lepore, 2001). Fólk virðist einmitt hafa mikla þörf fyrir að ræða um upplifun sína af áfalli og deila henni með öðrum (Janoff-Bulman, 1992; Rimé, 1995). Það virðist ekki síst eiga við um krabbameinssjúklinga. Í rannsókn Mitchell og Glicksman (1977) á viðhorfum krabbameinssjúklinga sögðust 86 prósent óska þess að þeir hefðu getað rætt ástand sitt meira en þeir höfðu gert og 91 prósent krabbameinssjúklinga í rannsókn Smith, Redman, Burns og Sagert (1985) töldu mikilvægasta félagsstuðninginn vera manneskju sem hægt væri að ræða við um sjúkdóminn og hlustaði vel á.

Samtal um áfallið virðist hafa ýmis konar jákvæð áhrif á hugræna úrvinnslu og stuðla að því að áfallareynsla og grundvallarhugmyndir einstaklings lagi sig hvor að öðru (Lepore, 1997; Lepore o.fl., 1996). Í fyrsta lagi getur samtal veitt fórnarlambi áfalls staðfestingu á því að aðstandendum sé ekki sama og að tilfinningar þess séu góðar og gildar (Silver og Wortman, 1980). Slík sannfæring eykur sjálfstraust viðkomandi og

minnkar tilhneigingu til að forðast hugsanir um áfallið. Í öðru lagi getur samtalið gefið einstaklingi nýja sýn á aðstæður sínar (Clark, 1993), hjálpað honum við að finna tilgang með reynslunni (Silver, Boon og Stones, 1983) eða upplýst hann um það hvernig hægt sé að stjórna tilfinningum sínum og ráða við erfiðleikana. Slíkt aðstoðar enn frekar við að aðlaga áfallatengdar hugsanir við grundvallarhugmyndir. Í þriðja lagi getur samtalið haft jákvæð áhrif á líkamleg einkenni. Streituviðbrögð geta fylgt endurupplifun á áfalli en slík viðbrögð trufla hugræna ferla. Við það að ræða atburðinn geta streituviðbrögð við áfallaáreitum minnkað (Lepore, 1995) sem stuðlar að því að einstaklingur forðast síður slík áreiti og frekari úrvinnsla getur átt sér stað (Rachman, 1980).

Ofangreindur ávinningur virðist þó ekki verða vegna tjáningarinnar einnar og sér (Rimé, 1995) heldur ráðast áhrifin mikið til af viðbrögðum hlustandans við tjáningunni (Lepore o.fl., 1996). Lepore, Ragan og Jones (2000) könnuðu hvort mismunandi viðbrögð hlustenda hefðu áhrif á streitueinkenni. Þeir báru saman hóp sem ekkert hafði rætt um streituvaldandi atburð við þá sem höfðu rætt atburðinn einir, við stuðningsríkan aðila eða óstuðningsríkan aðila. Ágengar hugsanir og streitueinkenni minnkuðu hjá þeim sem höfðu rætt um atburðinn við sjálfa sig eða góðan hlustanda, en jákvæð áhrif hurfu ef hlustandi var ekki skilningsríkur og urðu engu meiri en ef viðkomandi ræddi ekkert atburðinn. Af þessu má sjá að jákvæð áhrif samræðu verða ef viðmælandinn sýnir stuðning, hlustar vel og gagnrýnir ekki þann sem talar (Lepore, 2001).

Félagslegar hömlur

Þrátt fyrir mikla þörf fólks fyrir að ræða um áföll sín þá finna margir fyrir hömlum frá umhverfinu. Fólk verður hrætt við að deila tilfinningum sínum vegna ótta við neikvæð viðbrögð og lítinn stuðning. Fólk getur til dæmis fundið fyrir því að aðstandandi forðist umræðu um áfallið, bregðist óþægilega við heimsókn viðkomandi, eigi í erfiðleikum með að ræða um áfallið eða segi eitthvað óviðeigandi (Lepore og Helgeson, 1998). Slíkar hindranir frá umhverfi kallast félagslegar hömlur (*social constraints*). Þær koma í veg fyrir að talað sé um hlutina og viðkomandi vinnur því ekki úr streituvaldandi atburðum (Kliewer, Lepore, Oskin og Johnson, 1998; Lepore, 1997; Lepore og Helgeson, 1998; Lepore o.fl., 1996) sem getur valdið andlegri vanlíðan (Major o.fl., 1990; Major, Zubeck, Cooper, Cozzarelli og Richards, 1997). Ef einstaklingar geta ekki rætt um áfallið fá þeir ekki þann ávinning sem verður vegna tjáningar svo sem að öðlast nýja sýn á reynsluna, fækka ágengum hugsunum, finna tilgang með atburðinum eða

venjast áfallatengdum áreitum. Viðbrögð aðstandenda og annarra við umræðunni skipta því miklu máli fyrir úrvinnslu áfalla (Lepore, 2001; Janoff-Bulman, 1992).

Áhrif á líðan

Rannsóknir á félagslegum hömlum styðja hugmyndir um hugræna úrvinnslu og áhrif hennar á líðan. Sem dæmi má nefna rannsókn Lepore o.fl. (1996), en þeir könnuðu líðan kvenna sem misst höfðu börn sín úr vöggudauða. Viðtöl við þær voru tekin þremur vikum, þremur mánuðum og 18 mánuðum eftir missinn. Eftir að hafa leiðrétt fyrir upphaflegu andlegu ástandi þá fundust neikvæð tengsl milli ágengra hugsana á þriðju viku og þess hversu mikið konurnar ræddu um áfallið þremur og 18 mánuðum síðar, en aðeins hjá þeim konum sem fundu fyrir félagslegum hömlum. Með öðrum orðum, því meiri sem ágengar hugsanir voru hjá konum í kjölfar áfalls, því minna ræddu þær um áfallið ef þær fundu fyrir hömlum frá umhverfi. Hins vegar voru tengslin jákvæð hjá þeim konum sem ekki fundu fyrir félagslegum hömlum, það er þær ræddu meira um áfall eftir því sem ágengar hugsanir jukust. Niðurstöðurnar sýndu að konur sem höfðu álika mikið af ágengum hugsunum um barnsmissinn töluðu misjafnlega mikið um hann, allt eftir viðbrögðum umhverfisins. Enn fremur var fylgni milli ágengra hugsana og þunglyndiseinkenna síðar meir, en einungis hjá þeim hópi sem fann fyrir félagslegum hömlum. Ágengar hugsanir voru því einstaklega þungbærar fyrir þær konur sem töldu sig ekki geta tjáð sig um þær.

Rannsóknir sýna ekki síður fram á áhrif félagslegra hamla hjá krabbameinssjúklingum. Til dæmis fundu Widows, Jacobsen og Fields (2000) tengsl milli félagslegra hamla frá maka við einkenni áfallastreituröskunar hjá krabbameinssjúklingum. Enn fremur hafa hömlur verið tengdar við minni almenna vellíðan, aukði þunglyndi og ágengar hugsanir um krabbamein hjá konum sem greindust með brjóstakrabbamein (Cordova, Cunningham, Carlson og Andrykowski, 2001). Í rannsókn Schnur, Valdimarsdóttir, Nevid og Bovbjerg (2004) á konum í áhættuhópi fyrir brjóstakrabbamein var jákvæð fylgni milli félagslegra hamla og ágengra hugsana annars vegar og vanlíðanar hins vegar.

Félagslegar hömlur hjá körlum með blöðruhálskirtilskrabbamein

Lepore og Helgeson (1998) könnuðu félagslegar hömlur hjá mönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein. Þeir fundu neikvæðari tengsl milli andlegrar líðanar og ágengra hugsana ef karlarnir fundu fyrir félagslegum hömlum við samræðu um

krabbameinið. Þar kom enn fremur fram að hömlur frá maka höfðu neikvæðari áhrif á líðan heldur en hömlur frá fjölskyldu og vinum. Það virðist því vera að viðbrögð maka skipti miklu máli þegar kemur að úrvinnslu áfalla.

Forðun sem milligönguliður milli félagslegra hamla og vanlíðanar

Tengsl milli félagslegra hamla og vanlíðanar hafa meðal annars verið útskýrð með forðunarhegðun. Samkvæmt hugræna úrvinnslumódelinu forðast fórnarlömb áfalla hugsanir og tilfinningar varðandi atburðinn ef þeir fá neikvæð viðbrögð við tilraunum til tjáningar um hann (Kliewer o.fl., 1998; Lepore, 1997; Lepore og Helgeson 1998; Lepore o.fl., 1996). Slík forðun er hins vegar ekki árangursrík og hefur neikvæðar afleiðingar, getur bæði aukið tíðni ágengra hugsana og hindrað að unnið sér úr erfiðleikunum (Wegner, 1994b).

Rannsóknir hafa stutt ofangreindar tilgátur. Lepore og Helgeson (1998) könnuðu menn með blöðruhálskirtilskrabbamein og fundu meiri forðunarhegðun hjá þeim sem voru félagslega hamlaðir. Enn fremur virtist forðunarhegðun vera að hluta til milligönguliður milli félagslegra hamla og andlegs ástands þar sem fylgni milli félagslegra hamla og vanlíðanar minnkaði þegar leiðrétt var fyrir forðun. Schnur o.fl. (2004) komust að svipuðum niðurstöðum. Þegar leiðrétt var fyrir forðun hugsana á krabbameinstengdum áreitum þá hurfu tengsl milli félagslegra hamla og vanlíðanar. Vanlíðan jókst því ekki með félagslegum hömlum ef viðkomandi forðaðist ekki áfallatengdar hugsanir. Í niðurstöðum Manne og Glassman (2000) var forðun millibreyta milli lítils stuðnings maka og vanlíðanar hjá konum með brjóstakrabbamein. Það virðist því vera forðun hugsana, ekki félagslegar hömlur sem slíkar, sem hafi neikvæð áhrif á vanlíðan.

Markmið rannsókna og tilgátur

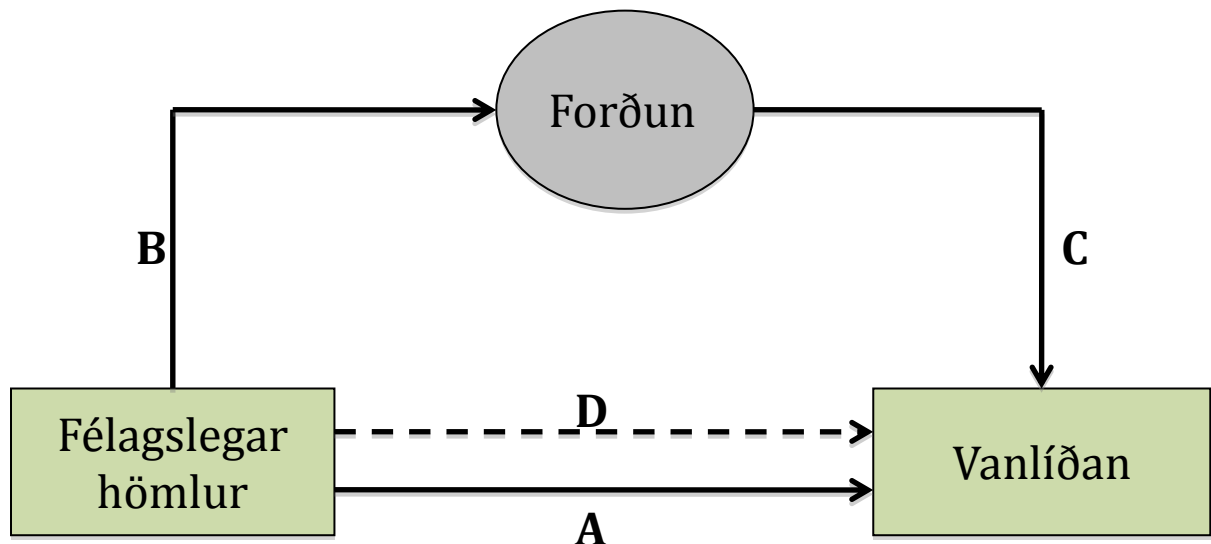
Tilgangur rannsóknarinnar var í fyrsta lagi að kanna hvort vanlíðan væri meiri hjá þeim nýgreindu körlum með blöðruhálskirtilskrabbamein sem finna fyrir félagslegum hömlum. Slík tengsl hafa áður fundist hjá svipuðum hópi manna (Lepore og Helgeson, 1998). Í öðru lagi vildum við athuga hvort forðun orsakaði þessi tengsl milli félagslegra hamla og vanlíðanar þannig að þeir sem ekki geta tjáð sig um krabbameinsgreininguna forðist frekar hugsanir tengdar sjúkdóminum sem leiðir til þess að þeir vinna síður úr áfallinu og líður þar af leiðandi verr. Ekki hafa áhrif forðunar á tengsl milli félagslegra

hamla og vanlíðanar áður verið könnuð hjá nýgreindum mönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein.

Rannsókn þessi er jafnframt sú fyrsta sem vitað er um sem kannar andlegt ástand manna með blöðruhálskirtilskrabbamein svo stuttu eftir greiningu, það er að segja innan við tvo mánuði. Með vitneskju um líðan svo snemma í krabbameinsferlinu er auðveldara að greina þá menn sem eru í áhættuhópi fyrir vanlíðan svo hægt sé að grípa sem fyrst inn í.

Tilgátur okkar varðandi karlmenn með blöðruhálskirtilskrabbamein voru eftirfarandi (sjá einnig mynd 1):

1. Jákvæð fylgni er á milli félagslegra hamla og andlegrar vanlíðanar, bæði kvíða og þunglyndis (sjá línu A á mynd 1). Því meiri sem hömlur á tjáningu eru, því meiri er vanlíðanin.
2. Jákvæð fylgni er á milli félagslegra hamla og forðunarhegðunar (sjá línu B á mynd 1). Því meiri sem hömlur frá umhverfi eru, því meira forðast menn krabbameinstengdar hugsanir.
3. Jákvæð fylgni er á milli forðunarhegðunar og vanlíðanar (sjá línu C á mynd 1). Meiri forðunarhegðun tengist auknu þunglyndi og kvíða.
4. Forðunarhegðun miðlar tengslunum á milli félagslegra hamla og andlegrar vanlíðanar þannig að ef leiðrétt er fyrir forðunarhegðun hverfa tengslin (sjá línu D á mynd 1).



Mynd 1. Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og vanlíðanar eins og tilgátur rannsóknarinnar spá fyrir um.

Aðferð

Pátttakendur

Pátttakendur voru 71 karlmaður, allir nýgreindir með blöðruhálskirtils-krabbamein á frumstigi (*early stage*). Val á pátttakendum fór þannig fram að þvagfæraskurðlæknar óskuðu eftir leyfi hjá nýgreindum einstaklingum að haft yrði samband við þá og þeim boðið að taka þátt í rannsókninni. Samtals samþykktu 91 maður að haft yrði samband við sig en 20 þeirra neituðu frekari pátttöku. Svörun var því 78%.

Meðalaldur pátttakenda var 66 ár ($sf=8,77$). Mennirnir voru allir íslenskir ríkisborgarar, 79% þeirra voru búsettir á höfuðborgarsvæðinu og 82% voru giftir eða í sambúð. Um það bil helmingur var á vinnumarkaði og 41% höfðu frekari menntun en framhaldsskólapróf. Meirihluti, eða 70% karlmanna, tóku þátt í rannsókninni innan fjögurra vikna frá greiningu og 95% innan tveggja mánaða frá greiningu.

Mælitæki

Prófkvarðar heildarrannsóknarinnar, sem fjallað er um hér á eftir, voru 24 talsins, en fjórir kvarðar voru notaðir í þessari rannsókn.

Lýðfræðilegar upplýsingar. Spurt var um aldur, búsetu, starfsaðstæður, menntun, hjúskaparstöðu, hæð, þyngd og ríkisborgararétt, samtals níu spurningar. Í spurningu um menntunarstig var boðið upp á valmöguleikann „annað hvað“ sem var númer 5. 11 menn merktu við þann möguleika. Til að geta haft þá menn með í gagnasafni var svörum þeirra breytt. Einn svaraði „sjálfsmenntaður“ og annar „farskóli 10 mánuðir“. Svörum þeirra var breytt í möguleika 1 sem var „grunnskóli eða samsvarandi“. Einn maður skrifaði „Verslunarskólinn“, annar „Samvinnuskólinn“, þriðji „vélfraeðingur“, fjórði „löggingarnám fasteignasala“, fimmti „Vélskóli Íslands“, sjötti „Iðnskóli - Bændaskóli“, og sjöundi og áttundi skráðu „Stýrimannaskólinn“. Svörum þessara átta manna var breytt í valmöguleika 2, „framhaldsskóli, verknám eða samsvarandi“. Einn skráði „meistararéttindi í bifvélavirkjun“ og var hans svari breytt í valmöguleika 3, „verknám að loknum framhaldsskóla“.

Félagslegar hömlur. Til að meta félagslegar hömlur var samnefndur kvarði notaður (*Social Constraints Scale, SCS*). Kvarðinn mælir hversu þvinguð samskipti einstaklinga eru við fólkið í lífi þeirra og hversu mikilli hömlun þeir finna fyrir við tjáningu á streitutengdum hugsunum og tilfinningum. Kvarðinn var hannaður af Lepore o.fl. (1996) og Lepore og Ituarte (1999) og byggist á rannsóknum þeirra á félagslegum

hömlum á tjáningu tilfinninga og hugsana um streituvaldandi atburði. Spurningarnar eru lagaðar að streituvaldandi atburði sem við á hverju sinni; í þessari rannsókn áttu þær við tjáningu er varðaði blöðruhálskirtilskrabbameinsgreiningu.

Kvarðinn samanstendur af 14 atriðum og eru fjórir valmöguleikar við hverri spurningu, frá „aldrei“ og yfir í „alltaf“. Prófið skiptist í tvo undirkvarða, annar kannar félagslegar hömlur frá maka og hinn frá vini eða fjölskyldumeðlimi. Innri áreiðanleiki (*Cronbach's Alpha*) hefur mælst frá 0,85 til 0,95 (Lepore og Revensson, 2007). Áslaug Kristinsdóttir þýddi SCS kvarðann árið 2007 og Jakob Smári bakþýddi hann. Innri áreiðanleiki íslenska kvarðans mældist 0,82. Í þessari rannsókn mældist hann 0,84.

Andleg vanlíðan. Til að meta almenna vanlíðan var kvíða- og þunglyndis-kvarðinn HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) notaður. Zigmond og Snaith (1983) hönnuðu kvarðann til að skima eftir andlegri vanlíðan hjá líkamlega veiku fólki. Reynt var að útiloka líkamleg einkenni úr spurningunum svo aðrir sjúkdómar hefðu ekki áhrif á svörin. Kvarðinn skiptist í tvo undirkvarða. Annar mælir þunglyndi (HADSd) með spurningum svo sem um áhugaleysi og skort á gleði, hinn mælir kvíða (HADSa) með spurningum til dæmis um óróleika, áhyggjur og hræðslu. Í þessari rannsókn voru einstaklingarnir beðnir að svara spurningunum með tilliti til líðanar þeirra síðustu vikuna. Undirkvarðarnir virðast greina kvíða og þunglyndi vel í sundur og fylgni milli þeirra hefur ekki mælst marktæk (Zigmond og Snaith, 1983).

Kvarðinn er samtals 14 atriði, fjórir valmöguleikar við hverri spurningu. Hvor undirkvarði skiptist í sjö atriði. Samkvæmt greiningaskilmerkjum telst viðkomandi innan eðlilegra marka með útkomu úr undirkvarða milli 0 og 7. Viðkomandi telst með vægan kvíða / þunglyndi með stig milli 8 og 10, stig milli 11 og 15 tákna nokkurn kvíða / þunglyndi og stig milli 16 og 21 tákna að einstaklingur hafi alvarlegan kvíða / þunglyndi. Innri áreiðanleiki (*Cronbach's Alpha*) kvíðakvarðans hefur mælst frá 0,68 til 0,93 en á bilinu 0,67 til 0,90 fyrir þunglyndiskvarðann (Bjelland, Dahl, Haug og Neckelmann, 2002). Högni Óskarsson þýddi kvarðann á íslensku og mældist innri áreiðanleiki kvíðakvarðans 0,79, þunglyndiskvarðans 0,82 og heildarkvarðans 0,87 (Schaaber, Jakob Smári og Högni Óskarsson, 1990) Í þessari rannsókn mældist innri áreiðanleiki kvíðakvarðans 0,85 og þunglyndiskvarðans 0,86.

Forðun. Undirkvarði um forðunarhegðun í heildarkvarðanum Áhrif streituvaldandi atburða (*Impact of Event Scale, IES*) var notaður til að meta forðun. Heildarkvarðinn, IES, mælir vanlíðan sem tengist áföllum, en í þessari rannsókn voru

spurningar einskorðaðar við áfallið að greinast með blöðruhálskirtilskrabbamein. Horowitz, Wilner og Alvarez (1979) hönnuðu IES-kvarðann upphaflega. Weiss og Marmar (1997) bættu síðar meir nokkrum atriðum við svo kvarðinn félli betur að greiningaskilmerkjum DSM-IV um áfallastreituröskun. Núverandi kvarði inniheldur þrjá undirkvarða en aðeins var sá sem metur forðun notaður í þessari rannsókn.

Forðunarundirkvarðinn inniheldur samtals átta atriði og eru fimm valmöguleikar við hverri spurningu, frá „aldrei“ og yfir í „mjög oft“. Í þessari rannsókn voru einstaklingar beðnir að svara spurningunum með tilliti til forðunarhugsana síðustu vikuna. Guðrún Árnadóttir (1995) þýddi heildarkvarðann, IES, á íslensku. Innri áreiðanleiki (*Cronbach's Alpha*) íslensku þýðingarinnar á forðunarundirkvarða var 0,82 (Liv Anna Gunnell, 2008). Í þessari rannsókn mældist hann 0,90.

Framkvæmd

Rannsókn þessi er hluti af stærra verkefni Sjafnar Ágústsdóttur doktorsnema í sálfræði við Háskóla Íslands. Vísindasiðanefnd og Persónuvernd veittu leyfi fyrir verkefninu en í því er verið að kanna áhrif skriflegrar tjáningar á líðan manna sem nýgreindir eru með blöðruhálskirtilskrabbamein. Heildarrannsóknin felst í grunnlínunælingu og inngrípi og síðan mælingum í eitt ár eftir það. Gagnasöfnun hófst í mars 2009 og er enn verið að afla gagna. Í þessari rannsókn var einungis notast við gögn úr grunnlínunælingum og lauk gagnasöfnun fyrir hana í mars 2011.

Þvágfæraskurðlæknar á Landspítalanum háskólasjúkrahúsi óskuðu eftir leyfi hjá nýgreindum sjúklingum sínum að hafa mætti samband við þá varðandi heildarrannsóknina. Rannsóknaraðili fékk nöfn þeirra í hendur sem veitt höfðu leyfi og hringdi í þá innan nokkurra daga og greindi frá rannsókninni. Ef þátttaka var samþykkt hittust rannsóknaraðili og þátttakandi í húsnæði Ráðgjafamiðstöðvar Krabbameinsfélags Íslands. Þar var rannsókn útskýrð ítarlega, þátttakandi beðinn um að skrifa undir upplýst samþykki í tveimur eintökum og fékk að halda öðru þeirra. Síðan voru 24 prófkvarðar ásamt lýðfræðilegum spurningum lögð fyrir hvern þátttakanda og tók útfylling listanna að meðaltali rúma klukkustund. Rannsóknaraðili var til taks og svaraði spurningum ef þörf var á.

Tölfræðileg úrvinnsla

Gögnin voru slegin inn í tölfræðiforritið SPSS en úrvinnsla gagna var framkvæmd bæði í SPSS og tölfræðiforritinu SAS. Áður en tilgátur rannsóknarinnar voru kannaðar, var tíðni og hlutfall á lýðfræðilegum breytum athuguð. Síðan var einhliða dreifigreining (ANOVA) framkvæmd til að kanna hvort marktæk fylgni væri milli bakgrunnsbreyta og fylgibreyta. Í ljós kom að marktæk neikvæð fylgni var á milli aldurs og forðunar ($r=-0,29$, $p=0,012$) og aldurs og kvíða ($r=-0,33$, $p=0,005$). Þeir sem voru eldri forðuðust frekar hugsanir um krabbameinið og höfðu aukinn kvíða en þeir sem yngri voru. Þá voru ógiftir menn marktækt þunglyndari ($F(1)=8,19$, $p=0,006$) en þeir sem voru kvæntir eða í sambúð. Vegna þessa var leiðrétt fyrir aldri og hjúskaparstöðu í frekari úrvinnslu gagna.

Þátttakendum var skipt í tvo hópa um miðgildið (*median split*) til að aðgreina þá sem höfðu litlar félagslegar hömlur ($N=33$) við þá sem höfðu miklar félagslegar hömlur ($N=38$). Síðan var dreifigreining notuð til að kanna hvort og hver tengslin væru á milli félagslegra hamla, vanlíðanar og forðunarhegðunar. Við fylgdum módeli Barons og Kenny (1986) um skilyrði fyrir milligöngubreytu (*mediator*). Samkvæmt módelinu verða fyrstu þrjár tilgátur þessarar rannsóknar að standast áður en hægt er að kanna tilgátu númer fjögur.

Niðurstöður

Lýsandi tölfræði

Alls voru svör 71 þátttakanda notuð við úrvinnslu gagna. Allir þátttakendur voru nýgreindir með krabbamein í blöðruhálskirtli. Í töflu 1 sést að rétt rúmur meirihluti karlanna var yfir 65 ára að aldri og langflestir voru giftir eða í sambúð. Meirihlutinn, eða 79% þátttakenda, voru búsettir á höfuðborgarsvæðinu, um það bil helmingur var á vinnumarkaðinum og 41% með frekari menntun en framhaldsskólapróf.

Tafla 1. Almennar upplýsingar um þátttakendur.

	Fjöldi (N)	Hlutfall (%)
Á aldrinum 46 til 65	32	45
Á aldrinum 66 til 85	39	55
Giftir / í sambúð	58	82
Ógiftir / ekki í sambúð	13	18
Búa á höfuðborgarsvæðinu	56	79
Búa utan höfuðborgarsvæðis	15	21
Á vinnumarkaði	37	54
Í atvinnuleit	2	3
Á eftirlaunum	28	41
Öryrkjar	2	3
Grunnskólapróf	12	17
Framhaldsskólapróf eða verknám	30	42
Verknám að loknu framhaldsskólaprófi	14	20
Háskólapróf	15	21

Eins og sést á staðalfráviki í töflu 2 þá var forðunarhegðun mjög breytileg hjá þátttakendum, hátt gildi á HADS kvarðanum táknar meiri vanlíðan. Einungis einn greindist með nokkuð alvarlegan kvíða (HADS_a=15) og tveir með nokkuð alvarlegt þunglyndi (HADS_d=11;15). Restin var innan eðlilegra marka samkvæmt greiningar-skilmerkjum kvarðans.

Tafla 2. Meðaltöl, staðalfrávik og spönn kvarða.

	Meðaltal	Staðalfrávik	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Möguleg spönn
Félagslegar hömlur	1,35	0,38	1	3	1-4
Forðunarhegðun	5,62	5,97	0	31	0-32
Kvíði	2,11	2,67	0	15	0-21
Þunglyndi	1,73	2,54	0	15	0-21

Mönnum var skipt í tvo hópa um miðgildi kvarðans um félagslegar hömlur (=1,29) til að aðgreina þá sem fundu fyrir litlum félagslegum hömlum (N=33) frá þeim sem fundu fyrir miklum félagslegum hömlum (N=38). Eins og sést í töflu 3 þá er forðun hugsana mjög mismunandi eftir því hvort menn finna fyrir miklum eða litlum hömlum (M=2,97; M=7,92). Það sama má segja um kvíða- og þunglyndiseinkenni.

Tafla 3. Meðaltöl og staðalfrávik eftir að þátttakendum hefur verið skipt í tvo hópa eftir magni félagslegra hamla..

	Litlar félagslegar hömlur Meðaltal (sd)	Miklar félagslegar hömlur Meðaltal (sd)
Forðunarhegðun	2,97 (3,33)	7,92 (6,79)
Kvíði	1,18 (1,40)	2,89 (3,20)
Þunglyndi	0,73 (1,10)	2,58 (3,06)

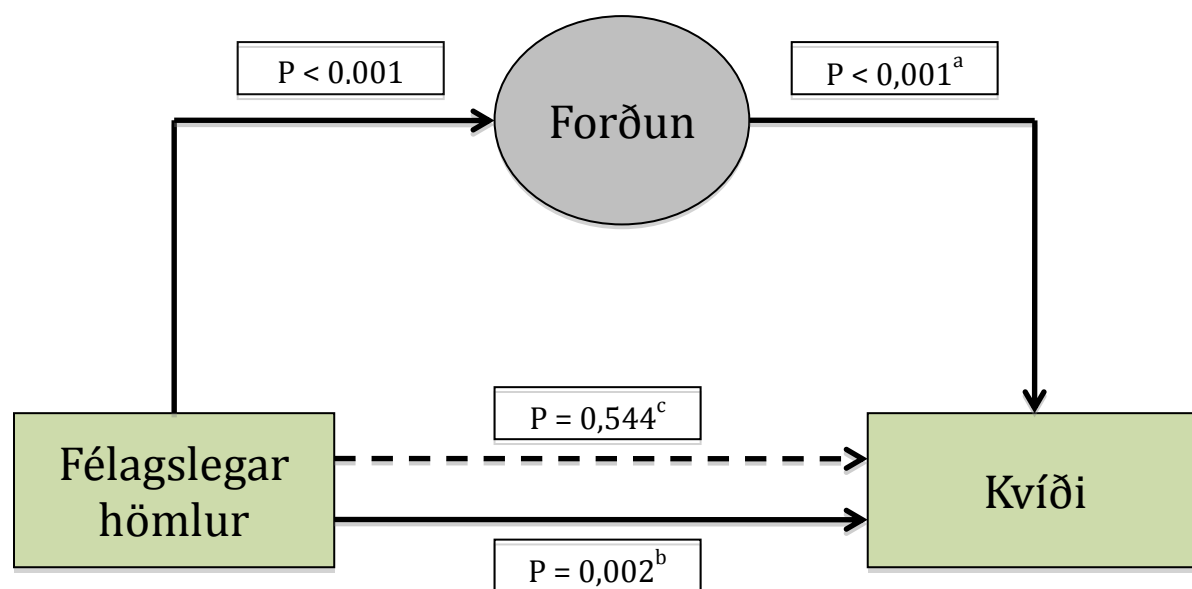
Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og vanlíðanar

Tilgáta 1. Byrjað var á að kanna hvort tengsl væru á milli félagslegra hamla og vanlíðanar. Jákvæð marktæk fylgni fannst milli félagslegra hamla og kvíða annars vegar (F(1)=10,21, p=0,002) (sjá mynd 2), og þunglyndis hins vegar (F(1)=10,75, p=0,002) (sjá mynd 3). Þeir sem fundu fyrir miklum hömlum voru mun kvíðnari og þunglyndari en þeir sem fundu fyrir litlum hömlum (sjá töflu 3).

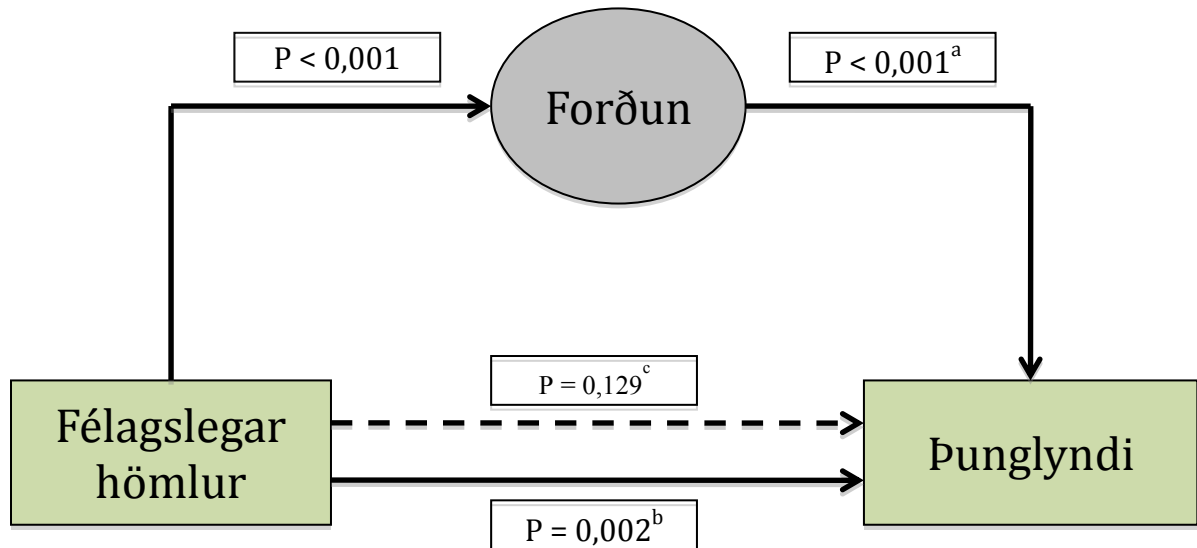
Tilgáta 2. Næst var kannað hvort tengsl væru á milli félagslegra hamla og forðunar og svo var. Marktæk jákvæð fylgni var þar á milli (F(1)=17,41, p<0,001) (sjá mynd 2 og 3). Þeir sem gátu síður tjáð sig um krabbameinið forðuðust frekar hugsanir um sjúkdóminn samanborið við þá sem gátu betur tjáð sig (sjá töflu 3).

Tilgáta 3. Þá var athugað hvort tengsl væru milli forðunarhegðunar og kvíða og þunglyndis. Marktæk jákvæð fylgni var á milli forðunarhegðunar og kvíða ($F(1)=43,19$, $p<0,001$) (sjá mynd 2) forðunarhegðunar og þunglyndis ($F(1)=25,28$, $p<0,001$) (mynd 3) þegar búið var að leiðrétta fyrir félagslegum hömlum. Þeir sem forðuðust hugsanir um krabbameinið höfðu meiri kvíða og þunglyndi óháð því hversu miklar félagslegu hömlurnar voru.

Tilgáta 4. Ofangreind tengsl voru skilyrði fyrir því að hægt væri að kanna hvort forðun hefði milligöngu um tengsl milli félagslegra hamla og vanlíðanar samkvæmt Baron og Kenny (1986). Þar sem skilyrði voru uppfyllt var leiðrétt fyrir forðun en við það hvarf sambandið milli félagslegra hamla og kvíða ($F(1)=0,37$, $p=0,544$) (sjá mynd 2) og þunglyndis ($F(1)=2,37$, $p=0,129$) (sjá mynd 3).



Mynd 2. Tengsl milli félagslegra hamla, forðunar og kvíða. Leiðrétt var fyrir aldri og hjúskaparstöðu. Ath. ^aMarktektargildi með félagslegum hömlum í útreikningum. ^bMarktektargildi án forðunar í útreikningum. ^cMarktektargildi eftir að búið er að leiðrétta fyrir forðun.



Mynd 3. Tengsl milli félagslegra hamlu, forðunar og þunglyndis. Leiðrétt var fyrir aldri og hjúskaparstöðu. Ath. ^aMarktektargildi með félagslegum hömlum í útreikningum. ^bMarktektargildi án forðunar í útreikningum. ^cMarktektargildi eftir að búið er að leiðrétta fyrir forðun.

Umræða

Tilgátur rannsóknarinnar voru allar studdar. Í fyrsta lagi leið mönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein verr ef þeir gátu síður tjáð sig um krabbameinsgreininguna. Tilgáta tvö var einnig studd. Hömlur á tjáningu tengdust meiri forðun hugsana. Tilgáta þrjú var studd. Þeir sem forðuðust krabbameinstengdar hugsanir höfðu meiri kvíða- og þunglyndiseinkenni og voru tengslin óháð því hvort menn fundu fyrir félagslegum hömlum eða ekki. Líðan manna versnaði semsagt ef forðast var hugsanir um sjúkdóminn, hvort sem menn tjáðu sig um sjúkdóminn við aðra eða ekki.

Fjórða og síðasta tilgátan var einnig studd. Tengsl félagslegra hamla við vanlíðan hurfu þegar forðunarbreytan var tekin út. Það virðist því vera að vanlíðan sé ekki tilkomin vegna tjáningarhamlanna sem slíkra, heldur vegna þess að menn sem ekki geta tjáð sig forðast frekar hugsanir og minningar um áfallið sem aftur hefur neikvæð áhrif á andlega líðan. Ef menn forðast ekki krabbameinshugsanir þá ættu félagslegar hömlur sem slíkar ekki að hafa slæm áhrif á líðan.

Niðurstöður okkar styðja hugræna úrvinnslumódelið en samkvæmt því er vanlíðan tilkomin vegna þess að grundvallarhugmyndir manna og nýjar upplýsingar tengdar áfalli svo sem krabbameinsgreiningu fara ekki saman (Epstein, 1991). Ef fólki tekst að aðlaga þessar nýju upplýsingar að fyrri hugrænum skemum þá ætti líðan að batna. Það gerist með hugrænni úrvinnslu, til dæmis með því að íhuga og endurskoða reynsluna og sjá hana frá ólíkum sjónarhornum (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman 1992; McCann og Pearlman 1990; Parkes, 1971; Rachman 1980; van der Kolk og van der Hart, 1991). Tjáning auðveldar slíka hugræna úrvinnslu. Við það að ræða krabbameinstengda reynslu við aðra þá verður fólk að horfast í augu við hugsanirnar, fær mögulega nýtt sjónarhorn á reynsluna og tilfinningasvörun getur minnkað vegna endurtekinnar berskjöldunar áreita (Clark, 1993; Lepore, 1995; Lepore, 2001). Fólk verður semsagt að horfast í augu við áfallatengdar hugsanir til að geta samlagað nýjar hugmyndir að þeim gömlu. Það eru ekki samskiptin við annað fólk í sjálfu sér sem stuðlar að samlöguninni (Rimé, 1995) heldur það sem gerist við tjáninguna; að fólk forðast ekki hugsanirnar á meðan (Wegner, 1994b). Það ætti því ekki að skipta miklu máli hvaða leið fólk velur til að vinna úr reynslunni svo lengi sem það vinnur úr henni. Það að geta ekki tjáð sig um áfallið getur leitt til þess að hugræn úrvinnsla verður minni. Þetta er í samræmi við okkar niðurstöður; fólk sem tjáir sig um krabbameinsgreininguna við aðra berskjaldar sig áfallatengdum hugsunum sem stuðlar að því að það vinnur

hugrænt úr áfallinu, það er samlagar gömul skemu og nýjar upplýsingar, og líður því betur. Þeir sem tjá sig ekki eru líklegri til að forðast hugsanir um sjúkdóminn, mögulega vegna þess að hugsanirnar eru of erfiðar tilfinningalega, sem leiðir til þess að ekki er unnið úr áfallinu. En ef fólk forðast ekki hugsanirnar þá líður því betur, hvort sem það á í samskiptum við aðra eða ekki.

Niðurstöður okkar eru í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna. Lepore og Helgeson (1998) könnuðu svipaðan hóp manna, menn með blöðruhálskirtilskrabbamein, þó lengra hafi verið frá krabbameinsgreiningu. Lepore og Helgeson fundu bæði fylgni milli félagslegra hamla og forðunarhegðunar sem og forðunar og vanlíðanar, líkt og niðurstöður okkar sýndu. Jafnframt minnkuðu tengslin milli félagslegra hamla og vanlíðanar þegar leiðrétt var fyrir forðun. Schnur o.fl. (2004) könnuðu sömu tengsl breyta og við gerðum í þessari rannsókn og fengu sambærilegar niðurstöður þó þeirra hópur hafi verið konur í áhættuhópi fyrir brjóstakrabbamein.

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru gagnlegar í leit að leiðum til að minnka vanlíðan hjá mönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein. Mikilvægt virðist vera að minnka félaglegar hömlur og eða forðun. Ef menn tjá sig ætti vellíðan að aukast og hugsanaforðun að minnka. Einföld og ódýr leið til þess að fá menn til að tjá sig er að biðja þá að skrifa um reynslu sína, en slík rannsókn stendur nú yfir meðal karla sem nýgreindir eru með krabbamein í blöðruhálskirtli.

Nefna má nokkra annmarka á rannsókninni. Úrtakið var ekki handahófskennt og því gætu hafa valist inn menn með ákveðna eiginleika. Rannsóknin krafðist mikils tíma af þátttakendum og því gæti verið að þeir sem samþykktu þátttöku hafi verið jákvæðari, opnari fyrir sálrænum málum eða átt auðveldara með hugræna úrvinnslu svo dæmi séu tekin. Enn fremur getur verið að þeim sem leið verr eftir greiningu hafi síður tekið þátt. Það er því erfitt að alhæfa niðurstöður á alla íslenska karlmenn sem greinast með blöðruhálskirtilskrabbamein.

Annar galli er sá að ekki er hægt að alhæfa um orsakasamband þar sem aðeins var um fylgnirannsókn að ræða. Til dæmis gæti verið að tengsl milli forðunar og vanlíðanar væru í öfuga átt við það sem talið er; ef að viðkomandi líði illa þá forðist hann frekar hugsanir tengdar krabbameininu. Enn fremur getur verið að ef viðkomandi forðast krabbameinshugsanir þá vilji hann síður ræða það við aðra eða gæti túlkað viðbrögð fólks við tjáningu neikvæðari en ella. Sama má segja um vanlíðan, þeim sem líður verr gætu túlkað viðbrögð annarra á neikvæðari hátt eða jafnvel framkallað

neikvæðari viðbrögð frá öðrum en þeir sem eru í betra andlegu jafnvægi. Framtíðarrannsóknir gætu notað inngríp til að kannað í hvora átt tengsl breytanna eru.

Styrkur þessarar rannsóknar er ekki síst sá að talað var við mennina svo snemma í krabbameinsferlinu. Ekki hefur áður verið könnuð gagnsemi hugræna úrvinnslumóðelsins við að skýra breytileika í vanlíðan hjá nýgreindum mönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein.

Þegar allt er tekið saman þá benda niðurstöður okkar til þess að fylgni sé á milli tjáningarhamla frá umhverfi og vanlíðanar hjá nýgreindum mönnum með blöðruhálskirtilskrabbamein. Neikvæðu áhrifin virðast vera tilkomin vegna þess að hömlur á tjáningu tilfinninga varðandi krabbameinið verður til þess að krabbameinssjúklingurinn forðast hugsanir um krabbameinið sem hindrar hugræna úrvinnslu og þar með eykst vanlíðan. Mikilvægt er að vita hvaða orsakir eru raunverulega að baki vanlíðanar svo hægt sé að þróa árangursrík meðferðarúræði fyrir þennan hóp manna. Mikilvægt virðist var að minnka félagslegar hömlur eða forðun hugsana og er skrifleg tjáning ódýr og einföld leið til þess.

Heimildir

- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Godenberg, B., Harris, H., Meyers, B. o.fl. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, *37*, bls. 137-143.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa). Washington: Höfundur.
- Andersen, B. L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, bls. 552-568.
- Áslaug Kristinsdóttir (2007). *Blöðruhálskirtilskrabbamein: Tengsl félagslegra hamla á tilfinningatjáningu við líðan og lífsgæði*. Óbirt cand. psych.-ritgerð: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.
- Baron, R. M. og Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *6*, bls. 1173-1182.
- Baum, A., Cohen, L. og Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*, *55*, bls. 274-286.
- Bisson, J. I., Chubb, H. L., Bennett, S., Mason, M., Jones, D. og Kynaston, H. (2002). The prevalence and predictors of psychosocial distress in patients with early localized prostate cancer. *British Journal of Urology International*, *90*, bls. 56–61.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. og Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression Scale – an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, bls. 69-77.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L. o.fl. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, *90*, bls. 2297–2304.
- Cella, D., og Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, bls. 616-622.
- Clark, J. A., Inui, T. S., Silliman, R. A., Bokhour, B. G., Krasnow, S. H., Robinson, R. A. o.fl. (2003). Patients' perceptions of quality of life after treatment for early prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *21*, bls. 3777-3784.

- Clark, L. F. (1993). Stress and the cognitive-conversational benefits of social interaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*, bls. 25-55.
- Cliff, A. M. og Macdonagh, R. P. (2000). Psychosocial morbidity in prostate cancer II: A comparison of patients and partners. *British Journal of Urology International, 86*, bls. 834–839.
- Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A. og Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, bls. 981-986.
- Cordova, M. J., Cunningham, J. C., Carlson, C. R. og Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, bls. 706-711.
- Couper, J. W., Bloch, A., Love, A., Duchesne, G., Macvean, M. og Kissane, D. W. (2006). The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *Medical Journal of Australia, 185*(8), bls. 428–432.
- Dirksen, S. R. (1995). Search for meaning in long-term cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 21*, bls. 628-633.
- Eiríkur Jónsson. (2010). *Krabbamein í blöðruhálskirtli*. Sótt 15. apríl 2011 af <http://krabb.is/Assets/fraedsla/fraedslurit/20100219Krabbameiniblodruhalskirtli.pdf>.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. og Howell, D. C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology, 13*, bls. 539-547.
- Epstein, S. (1985). The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 75*, bls. 283-310.
- Epstein, S. (1991). The self-concept, the traumatic neurosis and the structure of personality. Í D. Ozer, J. N. Healy og A. J. Stewart (ritstjórar), *Perspectives on personality* (bls. 80-95). Greenwich, CT: JAI Press.
- Eton, D. T. og Lepore, S. J. (2002). Prostate cancer and health-related quality of life: A review of the literature. *Psycho-Oncology, 11*, bls. 307-326.
- Félag íslenskra þvagfæraskurðlækna. (e.d.). *Upplýsingar fyrir sjúklinga með krabbamein í blöðruhálskirtli*. Reykavík: Höfundur.

- Gold, D. B. og Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure and suppression. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, bls. 1245-1261.
- Greenberg, M. A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, bls. 1262-1296.
- Guðrún Árnadóttir. (1995). *Forvarnir gegn brjóstakrabbameini. Sálfræðilegir áhrifaþættir og heilsuvenjur*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.
- Halldorsdóttir, S. og Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: The lived experience of having cancer. *Cancer Nursing, 19*(1), bls. 29-36.
- Hedestig, O., Sandman, P. O., Tomic, R. og Widmark, A. (2005). Living after external beam radiotherapy of localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives. *Cancer Nursing, 28*(4), bls. 310-317.
- Helgeson, V. S. og Lepore, S. J. (1996, ágúst). *Agency, unmitigated agency, and adjustment to prostate cancer: The role of emotional expressiveness*. Ritgerð flutt á ráðstefnunni The International Society for the Study of Personal Relationships, Banff, Alberta, Canada.
- Horowitz, M. J. (ritstjóri). 1982. *Stress response syndromes and their treatment*. New York: Free Press.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2. útgáfa). New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N. og Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, bls. 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir. (2008). Krabbamein í blöðruhálskirtli. Í Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir (ritstjórar), *Krabbamein á Íslandi - Upplýsingar úr Krabbameinsskrá fyrir tímabilið 1957-2006* (bls. 60-61). Reykjavík: Krabbameinsfélagið.
- Kliwer, W. L., Lepore, S. J., Oskin, D., og Johnson, P. D. (1998). The role of social and cognitive processes in children's adjustment to community violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, bls. 199-209.

- van der Kolk, B. A. og van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, *48*, bls. 425-454.
- Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. (e.d.) *Krabbamein í blöðruhálskirtli*. Sótt 15. apríl 2011 af <http://www.krabbameinsskra.is/?icd=C61>.
- Lehman, D. R., Wortman, C. B. og Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, bls. 218-231.
- Lepore, S. J. (1995). Cynicism, social support, and cardiovascular reactivity. *Health Psychology*, *14*, bls. 210-216.
- Lepore, S. J. (1997). Social-environmental influences on the chronic stress process. Í B. H. Gottlieb (ritstjóri), *Coping with chronic stress* (bls. 133-160). New York: Plenum.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. Í A. Baum og B. Anderson (ritstjórar), *Psychosocial interventions for cancer* (bls. 99-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., og Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*(1), bls. 89-106.
- Lepore, S. J. og Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social relations. *Cancer Research Therapy Control*, *8*, bls. 165-174.
- Lepore, S. J., Ragan, J. D. og Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(3), bls. 499-508.
- Lepore, S. J. og Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*, bls. 1-21.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B. og Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, bls. 271-282.
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R. og Huddart, R. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology*, *12*, bls. 769-783.

- Liv Anna Gunnell (2008). *Decisional conflict experienced by Icelandic men with prostate cancer*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands.
- Llorente, M. D., Burke, M., Gregory, G. R., Bosworth, H. B., Grambow, S. C., Horner, R. D. o.fl. (2005). Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), bls. 195–201.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M. og Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, bls. 452-463.
- Major, B., Zubeck, J. M., Cooper, M. R., Cozzarelli, C. og Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, bls. 1349-1363.
- Manne, S. og Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health Psychology*, 19, bls. 155-164.
- Marris, P. (1975). *Loss and change*. Garden City, New York: Anchor/Doubleday.
- McCann, I. L. og Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- Mitchell, G. W. og Glicksman, A. S. (1977). Cancer patients: Knowledge and attitudes. *Cancer*, 40, bls. 61-66.
- National Comprehensive Cancer Network. (2010). *NCCN guidelines for patients: Prostate cancer*. Sótt 10. apríl 2011 af <http://www.nccn.com/images/patient-guidelines/pdf/prostate.pdf>.
- Nelson, C. J. (2006). An argument to screen for distress in men diagnosed with early-stage prostate cancer. *Nature Clinical Practice Urology*, 3, bls. 586–587.
- O'Conner, A. P., Wicker, C. A. og Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, bls. 167-175.
- Parkes, C. M. (1971). Psycho-social transitions; A field study. *Social Science and Medicine*, 5, bls. 101-115.

- Parkes, C. M. (1975). What becomes of redundant world models? A contribution to the study of adaptation to change. *British Journal of Medical Psychology*, *48*, bls. 131-137.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, *18*, bls. 51-60.
- Rimé, B. (1995). Mental ruminations, social sharing and the recovery from emotional exposure. Í J. W. Pennebaker (ritstjóri), *Emotion, Disclosure, & Health* (bls. 271-292). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schaaber, U., Jakob Smári og Högni Óskarsson (1990). Comparison of the hospital anxiety and depression rating scale with other anxiety and depression rating scales. *Nordic Journal of Psychiatry*, *44*, bls. 507–512.
- Schnur, J. B., Valdimarsdóttir, H. B., Nevid, J. S. og Bovbjerg, D. H. (2004). Social constraints and distress among women at familial risk for breast cancer. *Annals of behavioral medicine*, *28*(2), bls. 142-148.
- Sharpley, C. F., Christie, D. R. H. og Bitsika, V. (2010). Variability in anxiety and depression over time following diagnosis in patients with prostate cancer. *Journal of Psychological Oncology*, *28*, bls. 644-665.
- Silver, R. L., Boon, C. og Stones, M. H. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *Journal of Social Issues*, *39*, bls. 81-102.
- Silver, R. L. og Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. Í J. Garber og M. E. P. Seligman (ritstjórar), *Human helplessness: Theory and applications* (bls. 279-340). New York: Academic Press.
- Smith, E. M., Redman, R., Burns, T. L. og Sagert, K. M. (1985). Perceptions of social support among patients with recently diagnosed breast, endometrial, and ovarian cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosocial Oncology*, *3*, bls. 65-81.
- Steginga, S. K., Pinnock, C., Gardner, M., Gardiner, R. A. og Dunn, J. (2005). Evaluating peer support for prostate cancer: The prostate cancer peer support inventory. *British Journal of Urology International*, *95*, bls. 46–50.
- Wegner, D. M. (1994a). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Guilford.
- Wegner, D. M. (1994b). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*, bls. 34-52.

- Weisman, A. D., og Worden, J. W. (1976). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, bls. 1-15.
- Weiss, D. S. og Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale – revised. Í J. P. Wilson og T. M. Keane (ritstjórar). *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (bls. 399-411). New York: The Guilford Press.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B. og Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, bls. 873-882.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. og Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, bls. 19–28.
- Zigmond, A. S. og Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, bls. 361-370.
- Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, bls. 371-379.
- Zung, W. W. K. (1973). From art to science: The diagnosis and treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 29, bls. 328-337.