

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Π.Μ.Σ. «ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



***«Η σχέση της ικανοποίησης του ασθενούς από
τον ιατρό με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή
γυναικών με καρκίνο μαστού:
ερευνώντας το ρόλο των αναπαραστάσεων
της ασθένειας και των στρατηγικών
αντιμετώπισης της ασθένειας»***

Διπλωματική εργασία

Επόπτης καθηγητής: Ε.Χ. Καραδήμας

Επιμέλεια : Χαλαμπαλάκη Αντωνία

ΡΕΘΥΜΝΟ 2007

❖ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών και η επίδραση της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης στην πορεία έκβασης της υγείας του ασθενούς καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στην περίπτωση ασθενειών που απειλούν τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος. Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται η επίδραση της ικανοποίησης του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή γυναικών με καρκίνο μαστού. Το δείγμα αποτέλεσαν 141 γυναίκες, εκ των οποίων οι 80 ήταν μη καρκινοπαθείς και οι 61 μέλη του Πανελληνίου Συλλόγου γυναικών με καρκίνο μαστού «Άλμα ζωής». Όλες οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας και το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από τη Ζωή, ενώ οι γυναίκες με καρκίνο μαστού συμπλήρωσαν επιπλέον το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από τον Ιατρό και την Κλίμακα Πνευματικής Προσαρμογής στον Καρκίνο. Οι δύο ομάδες δεν φάνηκε να διαφέρουν ως προς τη γενική αντίληψη υγείας, παρά μόνο ως προς τα επίπεδα άγχους που ήταν υψηλότερα για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού. Επιπλέον, η ομάδα ελέγχου παρουσίασε μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με την ομάδα των γυναικών με καρκίνο. Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα, η ικανοποίηση από τον ιατρό προβλέπει άμεσα την ικανοποίηση των γυναικών από τη ζωή και έμμεσα τα επίπεδα ψυχολογικής τους ευεξίας μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν. Ειδικότερα, το πνεύμα μαχητικότητας προβλέπει θετικά την ψυχολογική ευεξία της γυναίκας με καρκίνο μαστού, ενώ αντίθετα το αίσθημα αβοηθησίας/απελπισίας την προβλέπει αρνητικά. Επομένως, η αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς, αυτό το κεντρικό στοιχείο της διαδικασίας παροχής φροντίδας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τον τομέα της ψυχοογκολογίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Καρκίνος μαστού, επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, ψυχοκοινωνική προσαρμογή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

❖	ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
❖	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5

ΜΕΡΟΣ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	6
❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	8
❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	12
❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ.....	15
	4.1. Εισαγωγή και Ορισμός της προσαρμογής σε μία χρόνια ασθένεια.....	15
	4.2. Μοντέλα Προσαρμογής σε μία χρόνια ασθένεια.....	17
	4.2.1. Το βιολογικό μοντέλο.....	17
	4.2.2. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.....	17
	4.2.3. Τα ψυχολογικά μοντέλα.....	18
	4.3. Η προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού.....	21
❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	27
	5.1. Τα βασικά μοντέλα της σχέσης ιατρού-ασθενούς.....	28
	5.2. Η συμπεριφορά επικοινωνίας του ιατρού.....	28
	5.3. Η επίδραση της συμπεριφοράς επικοινωνίας στον ασθενή.....	32
	5.3.1. Η συμμόρφωση στη θεραπεία.....	32
	5.3.2. Η ανάκληση και κατανόηση των πληροφοριών.....	33
	5.3.3. Βιοψυχοκοινωνικές συνέπειες.....	34
	5.4. Εργαλεία αξιολόγησης της συμπεριφοράς του ιατρού.....	35
❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ	
	6.1. Ανταλλαγή πληροφοριών.....	37
	6.2. Διαπροσωπική σχέση και συναίσθημα.....	40
	6.3. Ποιότητα χρόνου.....	41
	6.4. Τύπος επικοινωνίας.....	42
❖	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	43

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1. Συμμετέχοντες.....	44
1.2. Μέσα συλλογής των δεδομένων.....	44
1.3. Διαδικασία.....	47

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....

48

ΜΕΡΟΣ ΙV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....

66

❖	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	74
❖	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	86

❖ ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει αποτελέσει εδώ και δεκαετίες θέμα προβληματισμού και ανάλυσης μεταξύ των κοινωνικών επιστημόνων και των ιατρών. Τα τελευταία χρόνια η σημασία των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών και η ενδεχόμενη επίδρασή τους στις συμπεριφορές και την ποιότητα ζωής του ασθενούς αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο (Ong, 2000). Μάλιστα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών και η επίδραση της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης στην πορεία του ασθενούς καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στην περίπτωση ασθενειών που απειλούν τη ζωή, όπως ο καρκίνος. Τις τελευταίες δεκαετίες, οι έρευνες στον τομέα της ψυχο-ογκολογίας αναφέρουν ότι η φτωχή επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε αβεβαιότητα και άρνηση, σε άγχος και κατάθλιψη, στη μη συμμόρφωση στη θεραπεία και στην προβληματική ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο (Ong, 2000· Bredart, Bouleuc, & Dolbeault, 2005).

Στην παρούσα έρευνα, γίνεται μια προσπάθεια εκτίμησης του βαθμού ικανοποίησης του ογκολογικού ασθενούς από τον ιατρό και κατ' επέκταση αναγνώρισης των αναγκών που διαφαίνεται να έχει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της νόσου από την επικοινωνία του με τον ιατρό. Σε δεύτερο επίπεδο επιχειρείται η ανεύρεση ενδεχόμενης σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό, του τρόπου αντίληψης και αντιμετώπισης της ασθένειας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στον καρκίνο. Η επιλογή του καρκίνου μαστού θεωρήθηκε η πλέον κατάλληλη δεδομένου του στίγματος που επικρατεί στη χώρα μας γύρω από τον καρκίνο, την περιορισμένη ενημέρωση του ασθενούς, την ελλιπή επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενούς, την ιατρο-κεντρική προσέγγιση της μεταξύ τους σχέσης αλλά και τη γενικότερη σύγχυση σχετικά με τις ανάγκες και το πραγματικό όφελος του ογκολογικού ασθενούς.

Το 1^ο μέρος της εργασίας που ακολουθεί αποτελεί μία εισαγωγή του αναγνώστη στο θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας και ξεκινά με λίγα λόγια για τον καρκίνο του μαστού. Ακολουθεί μία ολοκληρωμένη παρουσίαση της σύγχρονης διεθνής βιβλιογραφίας σε σχέση με όλες τις μεταβλητές που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα: η αντίληψη της ασθένειας, η διαδικασία αντιμετώπισης της ασθένειας, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο, η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό. Στο 2^ο μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για τη συγκέντρωση των δεδομένων της έρευνας και συγκεκριμένα γίνεται μία περιγραφή των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος, των μέσων συλλογής των δεδομένων και της

ερευνητικής διαδικασίας. Το 3^ο μέρος περιλαμβάνει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων και το 4^ο μέρος τη συζήτηση, όπου παρουσιάζονται τα ευρήματα με μία περισσότερο περιγραφική και ερμηνευτική διάθεση.

❖ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Από τη θέση αυτή, επιθυμώ να ευχαριστήσω θερμά τον επόπτη και καθοδηγητή της παρούσας εργασίας, κ. Ευάγγελο Καραδήμα, που με την επιστημονική του εμπειρία, την ουσιαστική του βοήθεια και τις πολύτιμες συμβουλές του συνέβαλε καταλυτικά στην υλοποίηση και ολοκλήρωση αυτού του έργου. Όπως ιδιαίτερος απευθύνω τις ευχαριστίες μου προς την Πρόεδρο του Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», κα Κλεοπάτρα Γαβριηλίδου, την ψυχολόγο του Συλλόγου, κα Σπυριδούλα Καρβέλη, και την κοινωνική λειτουργό, κα Ελένη Λέκκα. Η εμπιστοσύνη που έδειξαν στο πρόσωπο μου σε συνδυασμό με την ενεργή συμπαράσταση στις προσπάθειες συγκέντρωσης του δείγματος των γυναικών με καρκίνο μαστού συνέβαλαν ουσιαστικά στη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας. Θερμά ευχαριστώ και τις γυναίκες του Συλλόγου, που με ιδιαίτερη προθυμία δέχτηκαν να συμμετάσχουν στο έργο αυτό και με την συμβολή τους αυτή να συνεισφέρουν σημαντικά στην ολοκλήρωσή του. Επιθυμώ, επίσης, να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Γρηγόρη και Σοφία Χαλαμπαλάκη, για την αμέριστη συμπαράστασή τους, και τους φίλους μου, Ε. Μανούσο, Μ. Λαγουδάκη, Α. Γουρνιαζάκη και Β. Λυδάκη, για την ανεκτίμητη βοήθεια, έμπνευση και υπομονή τους. Σας ευχαριστώ.

ΜΕΡΟΣ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος δεν είναι μία ξεχωριστή νόσος, αλλά ένα σύνολο νοσημάτων, που χαρακτηρίζονται από την ιδιότητά τους να προκαλούν ανώμαλες μεταβολές στα κύτταρα με αποτέλεσμα αυτά να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού, παρουσιάζουν έναν όγκο, έναν όζο ή μια μάζα καρκινικών κυττάρων, τα οποία μπορούν να αποσπαστούν και να μεταναστεύσουν και σε άλλα μέρη του σώματος (Μαρκόπουλος, 2004).

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα των γυναικών και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι, παρά την ελάττωση του συνολικού αριθμού των καρκίνων τη δεκαετία του 1990, ο καρκίνος του μαστού αυξήθηκε κατά 40% την τελευταία 25ετία. Στην Ελλάδα, η συχνότητά του έχει αυξηθεί επίσης σημαντικά, πλησιάζοντας τις 4.000 νέες περιπτώσεις ετησίως (Μαρκόπουλος, 2004).

Παρ' όλα αυτά, όμως, οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού ελαττώνονται σταθερά κάθε χρόνο. Οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας έχουν εξελιχτεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο καρκίνος να ανιχνεύεται σε πρώιμο στάδιο και οι περισσότερες ασθενείς να θεραπεύονται με επιτυχία και να συνεχίζουν κανονικά τη ζωή τους. Ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία, ούτε μπορεί να προβλεφθεί. Παρότι υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που μπορεί να αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού, δεν είναι ακόμα γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί προκαλούν την καρκινογένεση των κυττάρων. Κάποιες γυναίκες πάντως έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να αναπτύξουν καρκίνο μαστού. Η ηλικία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου και καθώς ο ανθρώπινος πληθυσμός γερνάει, αναμένεται να παρουσιαστούν ακόμα περισσότερα περιστατικά της συγκεκριμένης νόσου (Μαρκόπουλος, 2004).

Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες τόσο ψυχολογικής όσο και κοινωνικής φύσεως. Συγκεκριμένα, είναι πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα συναισθηματικής λειτουργικότητας (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, αβοηθησία, θυμό, σύγχυση και χαμηλή αυτο-

εκτίμηση), προβλήματα ψυχοσεξουαλικής λειτουργικότητας (π.χ. λιγότερη ευχαρίστηση στις σεξουαλικές εμπειρίες και προβλήματα στη σχέση με τον σύντροφο) και προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι αμέσως μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία, παρουσιάζονται προβλήματα συναισθηματικής φύσεως στο 23-56% των γυναικών με καρκίνο μαστού (Fallowfield, 1991· Greer, 1994· Kiebert, Haes, & van de Velde, 1991· Spiegel, 1997· van't Spijker, Trijsburg, & Duivenvoorden, 1997). Μακροπρόθεσμα, τα συναισθηματικά προβλήματα μειώνονται στις περισσότερες γυναίκες, σε ένα επίπεδο αντίστοιχο άλλων χρόνιων ασθενών και αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού. Όμως, περίπου το ένα τρίτο των γυναικών με καρκίνο μαστού εξακολουθεί να εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους (Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, Leer, & Ader, 2000· Goldberg, Scott, Davidson, Murray, Stallard, & Maguire, 1992).

Καθίσταται, λοιπόν, φανερό απ' όλα τα παραπάνω ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ιατρικό και ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Στην Ευρώπη μία στις 11 γυναίκες θα διαγνωστεί με καρκίνο μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της (Mols, Vingerhoets, Coebergh, van de Poll-France, 2005). Από την άλλη, οι δείκτες επιβίωσης για τον καρκίνο του μαστού βελτιώνονται διαρκώς (88% πιθανότητα επιβίωσης για τα πρώτα 5 χρόνια), καθιστώντας τις γυναίκες με καρκίνο μαστού μία από τις μεγαλύτερες ομάδες καρκινοπαθών επιζώντων (American Cancer Society, 2006). Ως εκ τούτου, η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας.

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ψυχοσωματική ιατρική αντιλαμβάνεται την ασθένεια σαν ένα τερματικό σημείο και επικεντρώνεται στο ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία ή στις ψυχοπαθολογικές συνέπειες της ασθένειας (Weinman, & Petrie, 2002). Αντίθετα, η προσέγγιση της *αντίληψης της ασθένειας* ξεκινά με την εμπειρία της ασθένειας από τον ασθενή και δίνει έμφαση στο προσωπικό μοντέλο του ασθενούς για την κατάσταση του (Weinman, & Petrie, 2002). Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεώρηση, κάθε άτομο έχει την τάση να κατασκευάζει μοντέλα, εσωτερικές αναπαραστάσεις, ή σχήματα, τα οποία αντανακλούν τη συνολική κατανόηση των προηγούμενων εμπειριών του και χρησιμοποιούνται για την ερμηνεία των νέων εμπειριών και τον σχεδιασμό της συμπεριφοράς του (Weinman, & Petrie, 2002).

Με βάση τα παραπάνω, ο Leventhal και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν το *μοντέλο της αυτο-ρύθμισης* (self-regulation model) με σκοπό να εξηγήσουν την προσαρμογή στη φάση της διάγνωσης και καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984· Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Το μοντέλο της αυτο-ρύθμισης υποθέτει ότι οι συμπεριφορές υγείας είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων και πολυπαραγοντικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Οι άνθρωποι κατασκευάζουν αναπαραστάσεις ή μοντέλα της ασθένειας, που τους βοηθούν να κατανοήσουν την εμπειρία τους και να οργανώσουν τον τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης. Οι αναπαραστάσεις αυτές περιλαμβάνουν πυρηνικά στοιχεία, τα οποία είναι οι πεποιθήσεις σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας, την αιτιολογία και τα συμπτώματα, οι προσωπικές συνέπειες της ασθένειας, πόσο θα διαρκέσει, και σε ποιο βαθμό μπορεί να ελεγχθεί ή να θεραπευτεί (Weinman, & Petrie, 2002). Επιπλέον, οι αναπαραστάσεις έχουν δύο επίπεδα, το θεωρητικό και το εμπειρικό, και δρουν σε δύο επίπεδα, στο γνωσιακό και στο συναισθηματικό (Sharpe, Curran, 2006).

Σύμφωνα με το μοντέλο της αυτο-ρύθμισης, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τη γνώση και την εμπειρία για να κατασκευάσουν τις αναπαραστάσεις της ασθένειας. Για παράδειγμα, όταν μια γυναίκα διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού, θα ανατρέξει όχι μόνο στις διαθέσιμες ιατρικές πληροφορίες, αλλά και στην προσωπική της εμπειρία σχετικά με την ασθένεια. Εάν έχει μία στενή συγγενή που πέθανε από καρκίνο του μαστού, η συναισθηματική της αντίδραση ενδέχεται να περιλαμβάνει σχετικές αναμνήσεις και εικόνες, καθώς και το φόβο ότι και η ίδια θα πεθάνει. Οι

συναισθηματικές, όπως και οι γνωστικές αναπαραστάσεις, μπορεί να κατευθύνουν τις δράσεις που θα αναλάβει μία γυναίκα (Sharpe, Curran, 2006). Παρ' όλα αυτά, επειδή οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα συναισθήματος, όταν ενεργοποιούνται τείνουν να υπερισχύουν των γνωστικών αναπαραστάσεων. Δηλαδή, μια γυναίκα μπορεί να επιλέξει επιπλέον θεραπεία από αυτή που της συστήνεται, όχι για να αυξήσει την πιθανότητα επιβίωσής της, αλλά για να μειώσει την ανησυχία και να νιώσει ότι «κάτι κάνει». Για παράδειγμα, οι έρευνες δείχνουν ότι γυναίκες με κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού επιλέγουν να υποβληθούν σε προφυλακτική μαστεκτομή ή αφαίρεση ωοθηκών προκειμένου να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο (Meiser, Butow, Price, Bennett, Berry, & Tucker, 2003).

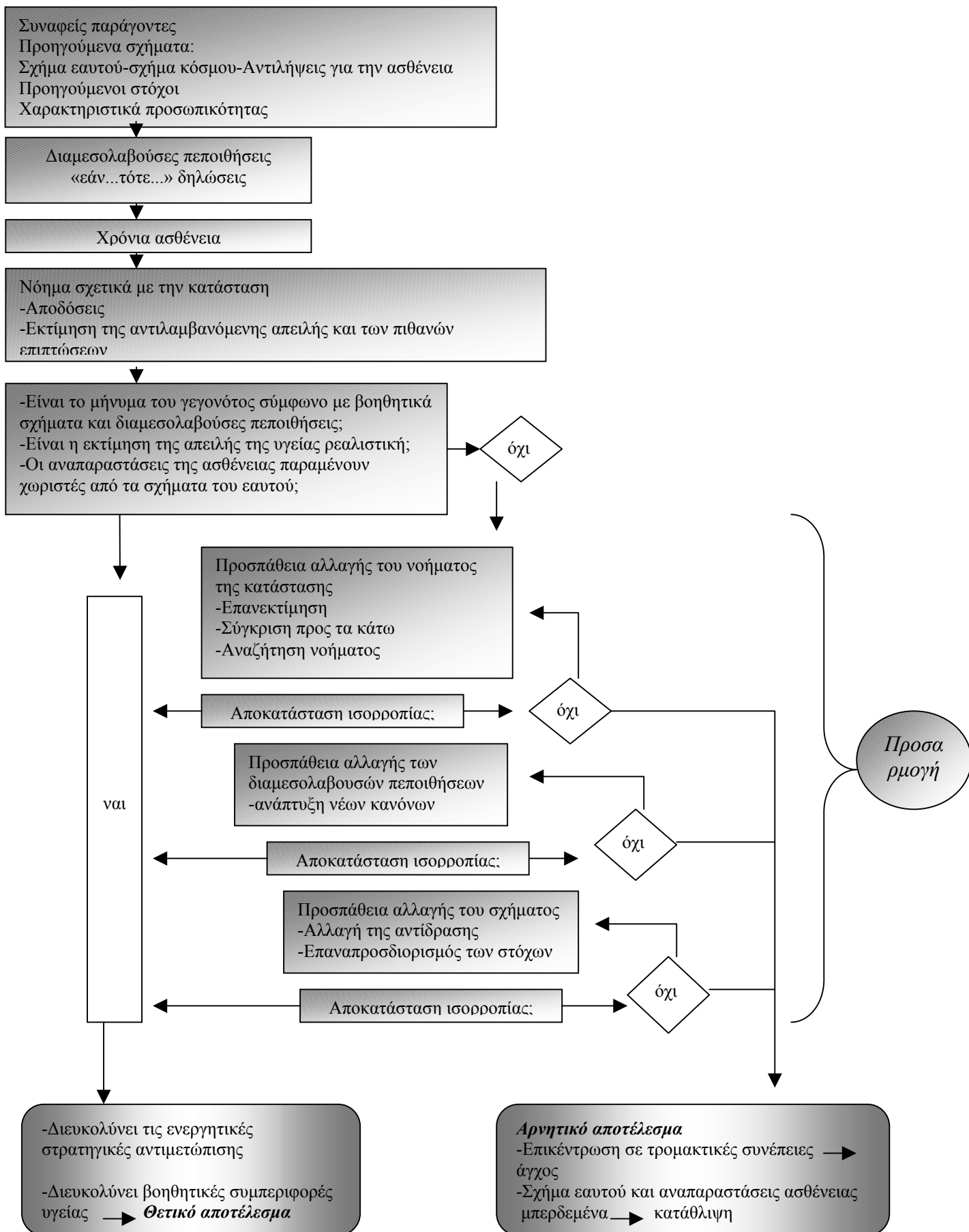
Από τη φύση τους, λοιπόν, τα μοντέλα των ασθενών για την ασθένειά τους είναι προσωπικά. Στις ιατρικές επισκέψεις, οι ασθενείς συχνά διστάζουν να συζητήσουν τις πεποιθήσεις τους γύρω από την ασθένεια εξαιτίας του φόβου μίας ενδεχόμενης αντιπαράθεσης με τον ιατρό ή της πιθανότητας να θεωρηθούν ανόητοι και μη ενημερωμένοι. Μέχρι πρόσφατα, η αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών γινόταν με τη χρήση ανοικτών ερωτήσεων, σχεδιασμένων να παροτρύνουν τους ασθενείς να εκφράσουν ελεύθερα τις ιδέες τους σχετικά με την ασθένειά τους (Weinman, & Petrie, 2002). Το 1996, οι Weinman, Petrie, Moss-Morris και Horne, δημιούργησαν το Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (Illness Perception Questionnaire), το οποίο αποκαλύπτει τις αναπαραστάσεις των ασθενών σε πέντε βασικούς τομείς της ασθένειάς τους: ταυτότητα, αίτια, συνέπειες, θεραπεία ή έλεγχος, και χρονοδιάγραμμα.

Με τη χρήση του IPQ, έχει φανεί ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μπορούν να προβλέψουν τις συμπεριφορές πρόληψης και αναζήτησης βοήθειας, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την επιστροφή στην εργασία, και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας (Anagnostopoulos, Spanea, 2005). Ειδικότερα, οι αναπαραστάσεις του καρκίνου ενδέχεται να περιλαμβάνουν ανακριβείς πληροφορίες, παρανοήσεις ή αρνητικές στάσεις απέναντι στην ασθένεια. Σε έρευνα που αφορούσε τις αντιλήψεις του κοινού για τον καρκίνο φάνηκε ότι η λέξη «καρκίνος» σχετιζόταν με αναπόφευκτο θάνατο, τρόμο, δυστυχία, καταστροφή, σοκ, αδυναμία θεραπείας, αδικία και αβοηθησία (Spiers, McElwee, Fleming, O'Gorman, 1999). Σε άλλη έρευνα, ο καρκίνος περιγραφόταν ως η πλέον επώδυνη κατάσταση, η λιγότερο κατανοητή ιατρικά και η λιγότερο προβλέψιμη σε σύγκριση με τα καρδιαγγειακά, τον διαβήτη και το AIDS (Katz, Hass, Parisi, Astone, McEvaddy, Lucido, (1987). Ο καρκίνος του μαστού, μάλιστα,

εμφάνιζε σημαντικές κοινωνικές αναπαραστάσεις δεδομένων των επιπτώσεων στην εμφάνιση, στη θηλυκότητα και στην αυτο-εικόνα μίας γυναίκας (Lantz, & Booth, 1998).

Ωστόσο, υπάρχουν τρεις βασικές πηγές πληροφόρησης, στις οποίες ένα άτομο ανατρέχει προκειμένου να σχηματίσει τις αναπαραστάσεις μίας ασθένειας. Αυτές είναι: οι πολιτισμικές πληροφορίες, οι κοινωνικές πληροφορίες και οι πληροφορίες που πηγάζουν από την προσωπική εμπειρία. Επομένως, η προσωπική εμπειρία του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε μία πιο θετική και ρεαλιστική του καρκίνου, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Όταν μία γυναίκα έχει αντιμετωπίσει τον καρκίνο, έχει επαναξιολογήσει γνωστικά την ασθένεια, έχει καταλήξει ότι δεν είναι τόσο τρομακτική όσο θεωρείται, ότι μπορεί να επιβιώσει, ότι μπορεί να βιώσει θετικές συνέπειες, και έχει καταρρίψει κάποιους από τους μύθους και τους φόβους που σχετίζονται με την ασθένεια (Anagnostopoulos, Spanea, 2005).

Όλες οι παραπάνω αντιλήψεις για την ασθένεια, θετικές και αρνητικές, έχει φανεί ότι επηρεάζουν τόσο τον τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης, όσο και την ίδια την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε αυτή (Weinman, & Petrie, 2002· Millar, Purushotham, McLatchie, George, & Murray, 2005· Laubmeier, & Zakowski, 2004). Σύμφωνα με τους Park και Folkman (1997), η διαδικασία με την οποία πραγματοποιείται η επίδραση αυτή παρουσιάζεται στο σχήμα 1.



Σχήμα 1: Μοντέλο Προσαρμογής (Park, & Folkman, 1997)

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο καρκίνος αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο ενέχει σημαντικές προκλήσεις για έναν ασθενή, όπως είναι η λήψη σημαντικών αποφάσεων, η αντιμετώπιση δύσκολων θεραπειών και η διαχείριση απειλών που αφορούν όχι μόνο την προσωπική ευεξία του ατόμου, αλλά ακόμα και την ίδια του την ύπαρξη (Jadoulle, Rokbani, Odez, Maccioni, Lories, Bruchon-Schweitzer, & Constant, 2006). Ως εκ τούτου, ένα τέτοιο γεγονός θέτει σε εφαρμογή περίπλοκες προσαρμοστικές διαδικασίες, όπως είναι η *διαδικασία αντιμετώπισης της ασθένειας*. Η κατασκευή της *αντιμετώπισης* αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να αποτρέψει τον κίνδυνο και να μειώσει ή να αφομοιώσει μία υπάρχουσα ή ενδεχόμενη απαίτηση/στρεσογόνο συνθήκη, μέσω είτε ενδοψυχικών προσπαθειών είτε μέσω της ανάληψης δράσης (Jadoulle, *et al.*, 2006). Αποτελεί μία διαδικασία που εξαρτάται από τις συνθήκες που αντιμετωπίζει το άτομο, από το υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει, αλλά και από τα προσωπικά του αποθέματα και χαρακτηριστικά (Jadoulle, *et al.*, 2006).

Σύμφωνα με τη θεωρία της κρίσης (Moos, 1982), η διαδικασία αντιμετώπισης ξεκινά με τη γνωστική αξιολόγηση της σημασίας του προβλήματος υγείας στη ζωή του ατόμου. Το αποτέλεσμα της αξιολόγησης αυτής οδηγεί στο σχεδιασμό μίας σειράς προσαρμοστικών εργασιών και στην ανάληψη στρατηγικών αντιμετώπισης αυτών. Αυτές οι προσαρμοστικές εργασίες περιλαμβάνουν:

1) Εργασίες που σχετίζονται με την ασθένεια ή τη θεραπεία, που περιλαμβάνουν α) την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή της αναπηρίας που προκαλεί το πρόβλημα υγείας, β) την προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου και στις ιατρικές διαδικασίες, και γ) την ανάπτυξη και τη διατήρηση καλών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας.

2) Εργασίες που σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς, που περιλαμβάνουν α) τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων και τη διατήρηση μίας θετικής προσδοκίας για το μέλλον, β) τη διατήρηση μίας ικανοποιητικής αυτο-εικόνας και αυτο-αποτελεσματικότητας, γ) τη διατήρηση καλών σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους, και δ) την προετοιμασία για ένα αβέβαιο μέλλον.

Η επίτευξη όλων αυτών των προσαρμοστικών εργασιών μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα δύσκολη για τον ασθενή. Η ιεράρχηση των εργασιών αυτών από την περισσότερο έως τη λιγότερο σημαντική εξαρτάται από τη φύση της ασθένειας, την προσωπικότητα του ατόμου και τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Για παράδειγμα, για μια γυναίκα που έχει

υποστεί μαστεκτομή, η αποδοχή της νέας αυτο-εικόνας ενδέχεται να αποτελέσει την βασικότερη εργασία προς επίλυση για την ίδια. Με απώτερο σκοπό την επίλυση των εργασιών αυτών, το άτομο επιστρατεύει διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, η καταλληλότητα των οποίων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Επομένως, η διαδικασία αντιμετώπισης δεν αποτελεί μόνο έναν μηχανισμό ρύθμισης συναισθήματος, αλλά χρησιμοποιείται και για την επίλυση προβλημάτων (Folkman & Lazarus, 1980). Αυτό αποδεικνύεται κι από την ποικιλία των στρατηγικών αντιμετώπισης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, όπως είναι η προσευχή, η διατήρηση θετικής στάσης, η στήριξη από το περιβάλλον, η άσκηση, η σωστή διατροφή και οι επικουρικές θεραπείες (Link, Robbins, Mancuso, Charlson, 2005). Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman, το άτομο αρχικά αξιολογεί τη σημασία της στρεσογόνου συνθήκης και έπειτα αξιολογεί την ικανότητά του να αλλάξει την κατάσταση και να διαχειριστεί τα συναισθήματά του (Lazarus & Folkman, 1984). Ακολουθεί η ενεργοποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης, οι οποίες διακρίνονται σε αυτές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος και σε αυτές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων (βλ. Κεφάλαιο 4.2.).

Οι Lazarus και Folkman (όπως παρουσιάζεται στον Καραδήμα, 1995) υποστήριξαν ότι όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα εγκλωβίζεται σε έναν φαύλο κύκλο: βραχυπρόθεσμα μπορεί να μειώνεται η δυσφορία και τα συνοδά δυσάρεστα συναισθήματα, αφήνει όμως την πηγή των δυσάρεστων συναισθημάτων ανεπηρέαστη. Μετά από κάποιο σημείο η συνεχιζόμενη παρουσία αυτής της πηγής προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη δυσφορία, η οποία διογκώνεται συνεχώς. Το αποτέλεσμα είναι να καταλήξει το άτομο σε μία κατάσταση «αδυναμίας», που περιλαμβάνει συμπτώματα χρόνιου άγχους, κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης. Αντιθέτως, η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα οδηγεί στην επίλυσή του και μακροχρόνια συμβάλλει στην διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας.

Επιπρόσθετα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να στοχεύουν είτε στην αντιμετώπιση είτε στην αποφυγή των απαιτήσεων μίας χρόνιας ασθένειας. Οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την αναζήτηση πληροφόρησης, την επίλυση του προβλήματος, την αναζήτηση κοινωνικής στήριξης, την αναζήτηση οφέλους από την εμπειρία και την προσπάθεια συναισθηματικής έκφρασης. Οι παθητικές ή αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την άρνηση, την απώθηση και τις συμπεριφορικές αποφευκτικές στρατηγικές, όπως η απόσυρση (Stanton, Revenson, & Tennen, 2006). Άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η

πνευματικότητα/θρησκευτικότητα μπορούν να υπηρετούν είτε το ενεργητικό είτε το αποφευκτικό στυλ αντιμετώπισης.

Η χρήση διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης έχει συσχετιστεί με την ηλικία, το γένος, την εκπαίδευση, το επάγγελμα, τη θρησκεία, το στάδιο της νόσου, τον χρόνο από τη διάγνωση, την απειλή υποτροπής, την αίσθηση ελέγχου στην πορεία του καρκίνου, την αισιοδοξία, την οικογενειακή στήριξη και την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων (Link *et al.*, 2005). Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο και η χρησιμότητα αυτών ενδέχεται να ποικίλλουν ανάλογα με τις απαιτήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής σε κάθε στάδιο της νόσου. Για παράδειγμα, η ελαχιστοποίηση της απειλής, που είναι μία αποφευκτική στρατηγική, μπορεί να αποβεί χρήσιμη κατά την οξεία φάση της κρίσης. Παρ' όλα αυτά, οι ερευνητές προτείνουν ότι η χρήση της αποφυγής συνήθως προβλέπει δυσκολίες στην προσαρμογή με την πάροδο του χρόνου (Stanton, Collins, & Sworowski, 2001). Σε γυναίκες με καρκίνο μαστού, που εμφάνιζαν υψηλή γνωσιακή αποφυγή πριν τη βιοψία, παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα ανησυχίας τόσο εκείνη τη στιγμή, όσο και μετά τη διάγνωση του καρκίνου και μετά το χειρουργείο. Η άρνηση, από την άλλη, σχετίζεται τόσο με αυξημένη ανησυχία σε κάποιες έρευνες (π.χ. Stanton, & Snider, 1993), όσο και με λιγότερες συναισθηματικές διαταραχές σε άλλες (Watson, Greer, Blake, Shrapnell, 1984).

Αντίθετα, οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικές. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, όπως είναι η αναζήτηση πληροφορήσης, η γνωσιακή αναδόμηση και ο έλεγχος του πόνου, σχετίζονται θετικά με την προσαρμογή (Keefe, Smith, Buffington, Dibson, Studts, *et al.*, 2002). Η αποδοχή του καρκίνου και η χρήση του χιούμορ φαίνεται επίσης να επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε γυναίκες με καρκίνο μαστού (Carver, Pozo, Harris, *et al.*, 1993). Ωστόσο, οι Harrison και Maguire (1994) πρότειναν ότι οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματικές κατά την οξεία φάση της νόσου. Σε αυτή τη φάση, οι ενεργητικές στρατηγικές μπορεί να φέρνουν τον ασθενή σε απότομη αντιμετώπιση της κατάστασης και να συνεπάγονται ακόμα και χαμηλά επίπεδα προσαρμογής, σε σύγκριση με τη χρήση περισσότερων αποφευκτικών στρατηγικών, όπως η άρνηση.

Σημαντικός αριθμός ερευνών λοιπόν έχει εξετάσει την επίδραση του τρόπου αντιμετώπισης στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των χρόνιων ασθενών και έχει φανεί

ότι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ασθένειάς του αποτελεί σημαντικό παράγοντα της προσαρμογής του σε αυτή (Stanton *et al.*, 2006).

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

4.1. Εισαγωγή και Ορισμός της προσαρμογής σε μία χρόνια ασθένεια

Η ολοένα και αυξανόμενη πρόοδος στις ιατρικές και φαρμακευτικές τεχνολογίες, έχει επηρεάσει δραματικά τόσο τη συχνότητα και την επικράτηση ορισμένων τύπων ασθενειών, όσο και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Σαν αποτέλεσμα της προόδου αυτής, ορισμένες ασθένειες που στο παρελθόν χαρακτηρίζονταν από ταχεία πρόοδο, τώρα ακολουθούν μία τυπική εξέλιξη που διαρκεί δεκαετίες (Stewart, Ross, & Hartley, 2004).

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι συχνότερες ασθένειες που ταλαιπωρούν το σύγχρονο άνθρωπο, στις βιομηχανοποιημένες τουλάχιστον χώρες, είναι χρόνιες. Έτσι, ενώ παλαιότερα οι ασθένειες ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας και οδηγούσαν είτε στην αποθεραπεία είτε στο θάνατο, τώρα πλέον αποτελούν μακρόχρονες καταστάσεις που απαιτούν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και την συμπεριφορά του ατόμου προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επιδείνωσής τους. Στόχοι καθίστανται, συνεπώς, η διαχείριση της ασθένειας παρά η θεραπεία της, η πρόληψη πιθανής επιδείνωσης και η εξασφάλιση των συνθηκών για καλή ποιότητα ζωής (Baum, Perry Jr, & Tarbell, 2004).

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν «αρρώστιες που παρατείνονται, που δεν επιλύονται άμεσα, και που σπάνια θεραπεύονται τελειώς» [Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2003]. Από ψυχολογικής όμως σκοπιάς, ο ορισμός της χρόνιας ασθένειας γίνεται περίπλοκος: Σταματάει κάποιος να είναι καρκινοπαθής, όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία του; Όταν μία γυναίκα γιορτάσει τα 5 χρόνια επιβίωσής της από τη διάγνωση του καρκίνου μαστού, δεν θεωρείται πλέον χρόνια ασθενής; Παρόλο που οι ερευνητές συμφωνούν ότι η διαδικασία της ασθένειας πρέπει να επιμένει για αρκετούς τουλάχιστον μήνες για να θεωρηθεί χρόνια μία ασθένεια, η έννοια της χρονιότητας παραμένει υποκειμενική και εξαρτάται από την οπτική του εκάστοτε παρατηρητή (Rabin, Leventhal, Goodin, 2004).

Η διάγνωση μιας χρόνιας ή και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, αλλάζει με ταχύτατους ρυθμούς τον τρόπο που ένα άτομο βλέπει τον εαυτό και τη ζωή του. Σύμφωνα με τους Cohen και Lazarus, *το να είσαι υγιής, ικανός, και να έχεις μια*

φυσιολογική σωματική κατασκευή αποτελεί κεντρική ιδέα της εικόνας και αυτοεκτίμησης των περισσότερων ανθρώπων. Το να γίνεις άρρωστος μπορεί να αποτελέσει σοκ στην αίσθηση ασφάλειας και στην αυτοεικόνα ενός ατόμου. Όχι μόνο απειλεί την συνηθισμένη εικόνα του εαυτού, αλλά επιπλέον επισημαίνει ότι κάποιος είναι πραγματικά ευάλωτος...και ότι η ζωή του μπορεί να αλλάξει σε σημαντικούς τομείς. Ως εκ τούτου, η προσαρμογή σε μία ασθένεια ή έναν τραυματισμό που απειλεί τη ζωή ή μπορεί να προκαλέσει αναπηρία απαιτεί σημαντική προσπάθεια αντιμετώπισης (1979, σελ. 218).

Η προσαρμογή ορίζεται συνήθως ως η παρουσία ή απουσία ψυχολογικής διαταραχής, ψυχολογικών συμπτωμάτων ή αρνητικής διάθεσης (Stanton, Revenson, & Tennen, 2006). Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τους Lazarus & Folkman (1993), η προσαρμογή δεν περιορίζεται μονάχα στην αντιμετώπιση του ψυχολογικού στρες που προκαλεί η ασθένεια. Περιλαμβάνει την αποκατάσταση της ισορροπίας σε όλους τους τομείς της ζωής του ασθενούς (Trieschmann, 1988). Σύμφωνα με τον Trieschmann (1988), «προσαρμογή είναι η διαδικασία διατήρησης της ισορροπίας μεταξύ των ψυχοκοινωνικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων της ζωής ενός ατόμου. Εάν η ανισορροπία δεν μπορεί να διορθωθεί μέσα από τη θεραπεία των προβλημάτων του βιολογικού μέρους του συστήματος, τότε μία νέα ισορροπία επιτυγχάνεται μέσα από την επαναδιευθέτηση των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών αποθεμάτων του ατόμου».

Καθίσταται λοιπόν φανερό απ' όλα τα παραπάνω ότι η διαδικασία της προσαρμογής σε μία χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά περίπλοκη, καθώς επηρεάζει και επηρεάζεται από σχεδόν όλους τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας. Σύμφωνα με τους Stewart et al. (2004), η προσαρμογή αφορά τέσσερις περιοχές: τη βιολογική, την κοινωνική, τη συναισθηματική και τη συμπεριφορά. Η βιολογική περιλαμβάνει θέματα όπως είναι η κόπωση, ο πόνος και άλλα συμπτώματα, οι παρενέργειες της αγωγής, η λειτουργικότητα, η αυτονομία και η προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας. Η κοινωνική προσαρμογή καλύπτει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών θεμάτων, όπως είναι η απομόνωση, το στίγμα, οι σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας. Η συναισθηματική προσαρμογή περιλαμβάνει θέματα αυτοεικόνας, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμό στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας και εύρεση νοήματος στην εμπειρία της ασθένειας. Τέλος, η προσαρμογή στην περιοχή της συμπεριφοράς περιλαμβάνει θέματα διατήρησης της υγείας, όπως είναι η τήρηση των ιατρικών οδηγιών και η διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας.

4.2. Μοντέλα Προσαρμογής σε μία χρόνια ασθένεια

Η προσαρμογή σε μια ασθένεια έχει μελετηθεί από τρία κύρια μοντέλα σκέψης: από το βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο δίνει έμφαση στην ασθένεια αυτή καθαυτή, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και τα ψυχολογικά μοντέλα προσαρμογής, τα οποία εστιάζουν στην υγεία, τη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής (Larson, 1999).

4.2.1. Το βιολογικό μοντέλο

Το πρώτο επιστημονικό πρότυπο για την υγεία έχει τις ρίζες του στην ανάπτυξη του μηχανιστικού μοντέλου του ανθρώπινου σώματος. Ο Descartes (1596-1650) αντιλαμβάνονταν το ανθρώπινο σώμα ως ομόλογο μιας μηχανής, που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Η ψυχή αποτελούσε μία ξεχωριστή οντότητα, παράλληλη με το σώμα, αλλά ανίκανη να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες. Η θεώρηση αυτή του Descartes, που απέχει πολύ από μία ολιστική προσέγγιση, επικρατεί μέχρι και σήμερα στην ιατρική πρακτική (Kelman, 1975).

Το βιοϊατρικό μοντέλο εστιάζει στην ασθένεια και στην αναπηρία, στις αιτίες, στην πρόληψη, στη θεραπεία και αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεώρηση των διαδικασιών της ασθένειας στη ιατρική έρευνα. Στην πιο άκαμπτη μορφή του το βιοϊατρικό μοντέλο συμπεραίνει εκ προοιμίου μια άμεση αιτία και μια σχέση επίδρασης μεταξύ της ασθένειας και των συμπτωμάτων τους. Επίσης, θεωρεί ότι οι περισσότερες φυσικές ασθένειες οφείλονται σε φυσική προσβολή ή σε βιοχημικούς παράγοντες οι οποίοι με τη σειρά τους παράγουν μια ομάδα συμπτωμάτων η οποία είναι μοναδική σε αυτή την ασθένεια. Αντίστοιχα, η κάθε ομάδα συμπτωμάτων αποδίδεται σε μια συγκεκριμένη βιολογική διαδικασία η οποία αποτελεί την αιτία. (Walker, Jackson, Littlejohn, 2004). Η επίδραση πιθανών ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και διαδικασιών αγνοείται ή παραβλέπεται. Ως εκ τούτου, οι περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις συνίστανται στη χορήγηση επιθετικών βιοχημικών παραγόντων και συμπεριφορικών οδηγιών (Coulter, Entwistle & Gilbert, 1998).

4.2.2. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Η αδυναμία του παραδοσιακού βιοϊατρικού μοντέλου να ερμηνεύσει, να προλάβει και να διαχειριστεί τις χρόνιες ασθένειες συνετέλεσαν στην ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου αντίληψης της υγείας και των σχετικών παραγόντων: του βιοψυχοκοινωνικού (Engel, 1977). Σύμφωνα με τον Dubos (1979), «κάθε αρρώστια, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις

εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νου και το σώμα. Οι σχέσεις ανάμεσα στις δύο αυτές πλευρές είναι τόσο αλληλένδετες, ώστε είναι αδύνατο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους». Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο λοιπόν υποστηρίζει πως για να κατανοήσουμε καλύτερα την έναρξη, την εξέλιξη και την τελική έκβαση μίας ασθένειας, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη τρεις διαστάσεις: τη βιολογική, την ψυχολογική και την κοινωνική. Το μοντέλο βασίζεται στη θεωρία των συστημάτων του von Bertalanffy, σύμφωνα με την οποία για την εκδήλωση μίας δυσλειτουργίας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποκλειστικός αιτιολογικός παράγοντας ο ψυχολογικός, ο κοινωνικός ή ο βιολογικός. Η αιτία βρίσκεται στον τρόπο αλληλεπίδρασής τους: η αλλαγή σε ένα σύστημα συνεπάγεται αλλαγές σε όλα τα άλλα (Καραδήμας, 2005).

Παρ' όλα αυτά, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν προσφέρει σημαντική προβλεπτική χρησιμότητα αναφορικά με τα επίπεδα προσαρμογής ενός ασθενούς. Χρησιμεύει καλύτερα στην κατανόηση της διαδικασίας και διατήρησης της χρόνιας ασθένειας και μπορεί να κατευθύνει παρεμβάσεις ειδικά σχεδιασμένες για τις ανάγκες του ασθενούς (Stewart, et al., 2004). Ωστόσο, η συνεισφορά του μοντέλου στην αποδοχή της επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία και πορεία των χρόνιων ασθενειών, οδήγησε στην ανάπτυξη σημαντικών ψυχολογικών μοντέλων, όπως είναι το μοντέλο γνωστικής προσαρμογής της Taylor.

4.2.3. Τα ψυχολογικά μοντέλα

Η Taylor (1983) ανέπτυξε μια θεωρία γνωστικής προσαρμογής, σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι προσαρμόζονται με επιτυχία σε απειλητικά γεγονότα, όπως είναι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, με το να υιοθετούν μία σειρά θετικών στρεβλώσεων που προστατεύουν τον εαυτό τόσο από τρέχουσες απειλές όσο και από μελλοντικά πισωγυρίσματα. Αυτές οι γνωστικές στρεβλώσεις περιλαμβάνουν την αναζήτηση νοήματος στην εμπειρία τους, την επανάκτηση μίας αίσθησης ελέγχου και την αποκατάσταση της αυτο-εκτίμησής τους. Η αρχική διατύπωση της γνωστικής προσαρμογής βασίστηκε σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Έπειτα από συνεντεύξεις 78 γυναικών, η Taylor βρήκε ότι οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές έκαναν κοινωνικές συγκρίσεις σε μία προσπάθεια ενίσχυσης της αυτο-εκτίμησής τους, υιοθετούσαν γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές ελέγχου και πίστευαν ότι διατηρούσαν τουλάχιστον κάποιο έλεγχο στη μελλοντική πορεία της ασθένειάς τους. Από τότε, πλήθος ερευνών επιβεβαίωσαν ότι η αυτο-εκτίμηση, η αισιοδοξία και ο έλεγχος

σχετίζονται με ψυχολογική ευεξία τόσο στα υγιή όσο και στα άτομα που υποφέρουν από μία χρόνια νόσο.

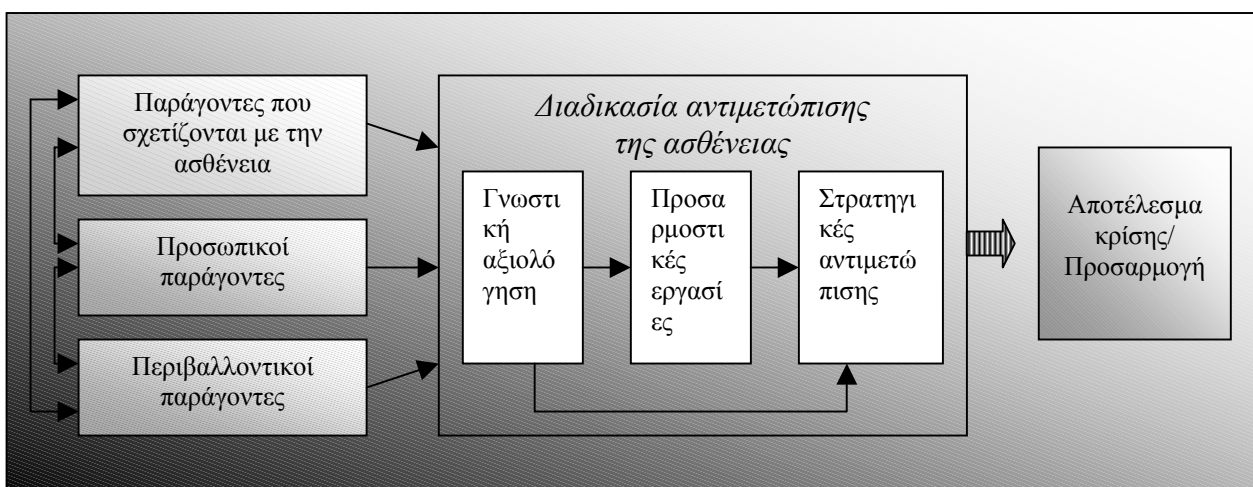
Οι περισσότερες θεωρίες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μία ασθένεια συγκλίνουν στο ότι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς βλέπουν την ασθένειά τους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τις μετέπειτα προσπάθειες αντιμετώπισης και προσαρμογής τους (Stanton, et al., 2006). Το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984) αντιλαμβάνεται την προσαρμογή σε στρεσογόνες συνθήκες μέσα από δύο διαμεσολαβητικούς παράγοντες. Ο πρώτος είναι η γνωστική εκτίμηση της κατάστασης (πρωτογενής εκτίμηση) και ο δεύτερος είναι η προσπάθεια αντιμετώπισης της (δευτερογενής εκτίμηση). Η πρωτογενής εκτίμηση επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα του ατόμου, όπως είναι το γένος, η κουλτούρα ή η εθνική ταυτότητα, και ως εκ τούτου χαρακτηρίζεται από μια σταθερότητα στις διάφορες καταστάσεις. Περιλαμβάνει τις προσπάθειες του ατόμου να ερμηνεύσει ένα στρεσογόνο γεγονός, όπως η χρόνια ασθένεια, το οποίο αντιλαμβάνεται ως: α) άσχετο και μη σημαντικό, β) θετικό ή ωφέλιμο, ή γ) ψυχοπιεστικό.

Η πρωτογενής εκτίμηση οδηγεί στη δευτερογενή μέσα από την εκτίμηση του ατόμου για την ικανότητά του να αλλάξει τη στρεσογόνο κατάσταση ή να χρησιμοποιήσει τα αποθέματα που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει. Η προσαρμογή συνίσταται στην εφαρμογή των στρατηγικών αντιμετώπισης που κρίνονται από το άτομο ως οι πλέον κατάλληλες για τη διαχείριση της συγκεκριμένης κατάστασης (Stewart, et al., 2004). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης διακρίνονται: α) σε αυτές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (problem-focused coping) και β) σε αυτές που αποβλέπουν στη ρύθμιση του συναισθήματος (emotion-focused coping) (Lazarus, & Folkman, 1984).

Σε μία προσπάθεια καθορισμού του ρόλου της ψυχολογικής λειτουργικότητας στις διάφορες ασθένειες, οι ερευνητές στην ψυχολογία της υγείας έχουν μελετήσει και την επίδραση διαφόρων σταθερών χαρακτηριστικών, όπως είναι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Friedman, & Booth-Kewly, 1987· Adler, & Mathews, 1994· Deary, Fowkes, Donnan, & Housley, 1994· Ρήγα, 1997). Η έρευνα για την επίδραση της προσωπικότητας στην προσαρμογή ακολουθεί δύο διαφορετικές οδούς: η προσωπικότητα ως παράγοντας κινδύνου (Smith, & Gallo, 2001) και η προσωπικότητα ως προστατευτικός παράγοντας ή πηγή αντίστασης στο στρες (Ouellette, & DiPlacido, 2001). Η αισιοδοξία αποτελεί ένα σταθερό χαρακτηριστικό, που έχει ιδιαίτερα μελετηθεί για τη σχέση του με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια. Έχει φανεί μάλιστα ότι η αισιοδοξία σχετίζεται με αυξημένο αίσθημα ευεξίας και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής,

με μειωμένο ψυχολογικό στρες και αυξημένη ενεργητικότητα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού (Livneh, 2000). Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την προσαρμογή στην ασθένεια είναι ο νευρωτισμός. Άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού αναφέρουν περισσότερες ασθένειες και συχνότερα και σοβαρότερα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα χαμηλότερων επιπέδων νευρωτισμού (Smith, & Williams, 1992). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι ο νευρωτισμός και η κατάθλιψη μπορεί να σχετίζονται με την αυξημένη παρουσία τόσο ασήμαντων όσο και σημαντικών στρεσογόνων συνθηκών ζωής (Hammen, 1992· Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993). Τέλος, οι παράγοντες που αναφέρθηκαν ενδέχεται να λειτουργούν και μέσω διαμεσολαβητικών μεταβλητών, όπως είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης, και να προκαλούν στρεσογόνες ή σχετικές με την ασθένεια συνθήκες (Walker, et al., 2004).

Καθίσταται λοιπόν φανερό απ' όλα τα παραπάνω, ότι οι αντιδράσεις ενός ατόμου σε μια χρόνια ασθένεια εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί. Ο Moos (Moos, 1982· Moos & Schaefer, 1986) πρότεινε ένα μοντέλο περιγραφής των παραγόντων που επιδρούν στο άτομο όταν αντιμετωπίζει μια κρίση, όπως η χρόνια ασθένεια. Σύμφωνα με τη «θεωρία της κρίσης», η προσαρμογή εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, οι οποίες επηρεάζονται από τρεις ομάδες παραγόντων: εκείνους που σχετίζονται με την ασθένεια, προσωπικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Όπως φαίνεται και στο σχήμα 2, οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και στην υιοθέτηση και εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του στρες.



Σχήμα 2: Διάγραμμα των τριών επιδράσεων (παράγοντες στα αριστερά) και της διαδικασίας αντιμετώπισης που ακολουθούν οι ασθενείς κατά την πρώτη φάση ψυχολογικής προσαρμογής σε μία σοβαρή ασθένεια (Προσαρμογή από Moos, 1982, Fig.1)

Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αυτοί αφορούν: α) τη φύση της ασθένειας, β) τις επιπτώσεις στον οργανισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου, και γ) τη θεραπεία. Οι προσωπικοί παράγοντες αφορούν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας και το βαθμό πρότερης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα και δυσκολίες ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α. Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αναφέρονται σε πλευρές του νοσοκομειακού πλαισίου, του στενού κοινωνικού και ευρύτερου περιβάλλοντος, καθώς και σε θέματα κοινωνικής στήριξης (Sarafino, 1999).

4.3. Η προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού

Ο καρκίνος μαστού φέρνει μια γυναίκα αντιμέτωπη με σημαντικές προκλήσεις. Αυτές σχετίζονται όχι μόνο με τις συνέπειες του καρκίνου και τις θεραπείες, αλλά και με σχετικές αλλαγές στη σεξουαλικότητα, στη θηλυκότητα, στην εικόνα σώματος, στη μητρότητα, στην αυτοεκτίμηση και στη συνειδητοποίηση της θνητότητας (Kunkel, Chen, & Okunlola, 2002· Gotheridge, & Dresner, 2002).

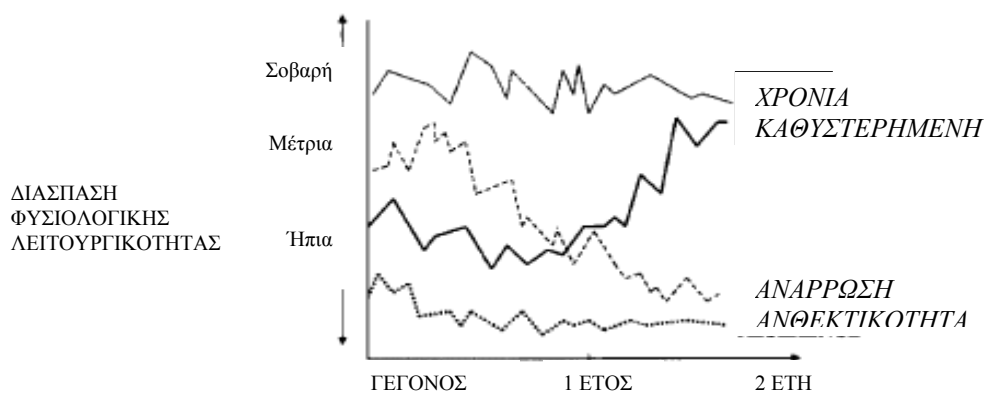
Ο πρώτος χρόνος μετά τη διάγνωση του καρκίνου μαστού, συνοδεύεται από σημαντικές αλλαγές για τη γυναίκα και την οικογένειά της, τόσο στο σωματικό, όσο και στον ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό τομέα. Η περίοδος αυτή είναι γεμάτη από τη λήψη δύσκολων αποφάσεων, που αφορούν την κύρια θεραπεία, αλλά και τις επικουρικές θεραπείες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια των επόμενων 4-6 μηνών. Κατά τη διάρκεια αυτή, επικρατεί μία αυξημένη αίσθηση ευαλωτότητας, αβεβαιότητας, καθώς και υπαρξιακές ανησυχίες, αν και οι περισσότερες γυναίκες επικεντρώνονται στο στόχο της ολοκλήρωσης της θεραπείας και της διαχείρισης των ρόλων και των οικογενειών τους (Knobf, 2002). Ενδέχεται να αποκρύψουν τα συναισθήματα και την εξάντληση που νιώθουν προκειμένου να διατηρήσουν μία αίσθηση κανονικότητας και να αποφύγουν αλλαγές στη ρουτίνα της καθημερινής ζωής (Cowley, Heyman, & Stanton, 2000).

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με εμπειρία καρκίνο μαστού αποτελεί μια αργή και δύσκολη διαδικασία. Εντούτοις, τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν πως η πλειοψηφία των γυναικών καταφέρνει να αναρρώσει από το αρχικό τραύμα της διάγνωσης και πετυχαίνει τελικά να ενσωματώσει τον καρκίνο στη ζωή της. Η ηλικία, η

εθνικότητα, η πληροφόρηση, η επικοινωνία, η κοινωνική και συναισθηματική στήριξη, η πνευματικότητα, οι οικογενειακές σχέσεις, τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, και τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τον τρόπο που μια γυναίκα αντιδρά στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου μαστού, τον τρόπο που χειρίζεται την εμπειρία της και κατ' επέκταση όλους τους τομείς της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της (Knobf, 2007). Παράγοντες κινδύνου για χαμηλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή αποτελούν η νεαρή ηλικία, τα μειωμένα προσωπικά αποθέματα, ο φτωχός έλεγχος των σωματικών συμπτωμάτων, η κακή επικοινωνία, η απουσία στήριξης, το προηγούμενο ιστορικό μίας συναισθηματικής διαταραχής, το αυξημένο στρες, ο αποφευκτικός τρόπος αντιμετώπισης και η μειωμένη αισιοδοξία και ελπίδα (Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004· Stanton, et al., 2002· Boyle, 2006· Sammarco, 2001· Jones, 2001· Edgar, Remmer, Rosenberger, et al., 2000· Friedman, Kalidas, Elledge, et al., 2006· Rowland, & Massie, 1998).).

Σύμφωνα με τον Meyerowitz (1980), οι ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού με τρεις τρόπους: 1) μέσω της ψυχολογικής δυσφορίας (π.χ. άγχος, κατάθλιψη και θυμός), 2) μέσω των αλλαγών στον τρόπο ζωής (επακόλουθες της σωματικής καταπόνησης, των συζυγικών ή σεξουαλικών προβλημάτων, και των νέων επιπέδων δραστηριότητας), και 3) μέσω των φόβων και ανησυχιών (π.χ. μαστεκτομή/απώλεια στήθους, υποτροπή και θάνατος).

Παρ' όλα αυτά, κάθε γυναίκα αντιδρά διαφορετικά στην αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού. Ο Bonanno (2004) πρότεινε τέσσερα διαφορετικά πρότυπα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής έπειτα από μια απώλεια ή ένα τραυματικό γεγονός, όπως ο καρκίνος του μαστού, επισημαίνοντας ακριβώς ότι κανείς δεν αντιμετωπίζει ένα τέτοιο γεγονός με τον ίδιο τρόπο. Τα τέσσερα αυτά πρότυπα ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (σχήμα 3) περιλαμβάνουν τη χρόνια (τα άτομα που βιώνουν ένα γεγονός και δεν καταφέρνουν να αναρρώσουν), την καθυστερημένη (τα άτομα που τα καταφέρνουν καλά, αλλά στη συνέχεια παρουσιάζουν διάσπαση στη λειτουργικότητά τους), την ανάρρωση (τα άτομα που βιώνουν προσωρινή διάσπαση κι έπειτα αναρρώνουν) και την ανθεκτικότητα (τα άτομα που βιώνουν παροδικές αλλαγές στη λειτουργικότητά τους, αλλά είναι ικανά να διατηρήσουν υγιή επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής λειτουργικότητας).



Σχήμα 3: Τα 4 πρότυπα προσαρμογής στην απώλεια ή το τραύμα (Bonanno, 2004)

Οι διαφορές στο βαθμό προσαρμογής των γυναικών με καρκίνο μαστού μπορούν μερικώς να εξηγηθούν από παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια και από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Από τους πιο σημαντικούς θεωρούνται το στάδιο της νόσου, ο αριθμός των προσβληθέντων λεμφαδένων, ο τύπος της επέμβασης, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση. Παρ' όλα αυτά, οι υπάρχουσες έρευνες δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων (Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden, & de Haes, 2004).

Καθ' όλη την πορεία της νόσου, οι ψυχολογικές αντιδράσεις των γυναικών με καρκίνο μαστού περιλαμβάνουν υπαρξιακές ανησυχίες, φόβο υποτροπής, αλλαγές στη διάθεση, μία αυξημένη αίσθηση ευαλωτότητας και αβεβαιότητας, αίσθημα απώλειας, ανησυχίες για την εικόνα σώματος, την αυτοεκτίμηση και τη σεξουαλικότητα, συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με την προσαρμογή στο ρόλο τους και την ανταπόκριση στην οικογένεια, και ανησυχίες σχετικά με τον οικονομικό και επαγγελματικό τομέα (Thewes, Butow, Girgis, et al., 2004· Knobf, 2002· Shapiro, 2001· Schnipper, 2001· Boyle, 2006· Sammarco, 2001· Nail, 2006). Οι περισσότερες από αυτές τις ψυχολογικές αντιδράσεις αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις σε ένα στρεσογόνο και απειλητικό για τη ζωή γεγονός, που στην περίπτωση των γυναικών με καρκίνο μαστού συνδέονται άμεσα και με την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων, όπως είναι η κόπωση, η αϋπνία, η αύξηση βάρους, τα προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης, και τα αγγειοκινητικά συμπτώματα εμμηνόπαυσης (Knobf, 2001· Gelinias, & Fillion, 2004· Nail, 2006· Carpenter, Elam, Ridner, et. al., 2004). Στην πλειοψηφία των γυναικών, η ψυχολογική καταπόνηση υποχωρεί ταυτόχρονα με τη βελτίωση των σωματικών συμπτωμάτων και την πάροδο του χρόνου. Παρ' όλα αυτά, σε κάποιες γυναίκες η

ψυχολογική καταπόνηση δύναται να επιμείνει και να καταλήξει σε μη προσαρμοστικές ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως είναι το αντιδραστικό άγχος και η κατάθλιψη ή η αγχώδης διαταραχή και η μείζονα κλινική κατάθλιψη (Jones, 2001).

Η κατάθλιψη και το άγχος έχουν παρατηρηθεί στο 20-30% των γυναικών με καρκίνο του μαστού (Thewes, Butow, Girgis, et al., 2004· Deshields, 2005· Deshields, 2006· Vachon, 2006). Σύμφωνα με έρευνα των Deshields και συν., το 30% των γυναικών παρουσιάζουν κλινικώς σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία όμως μειώνονται 6 μήνες μετά. Το άγχος εμφανίζεται να είναι υψηλό κατά την περίοδο αναμονής της θεραπείας, μειώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και συχνά αυξάνεται στο τέλος της (Knobf, 2000).

Γενικότερα, το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται κάθε γυναίκα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της. Σε έρευνα σύγκρισης μεταξύ γυναικών διαφορετικών σταδίων βρέθηκε ότι οι γυναίκες των οποίων η νόσος είχε σταθεροποιηθεί εμφάνιζαν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή από τις γυναίκες που είχαν μόλις διαγνωστεί, που έκαναν θεραπεία ή που βρίσκονταν σε υποτροπή (Frost, et al., 2000). Η συγκεκριμένη ομάδα γυναικών δεν βίωνε τις δυσκολίες και απαιτήσεις της θεραπείας, τα συχνά ιατρικά ραντεβού, την ανάρρωση από το χειρουργείο, τα αυξημένα σωματικά συμπτώματα και τον έντονο σωματικό και κοινωνικό περιορισμό.

Ειδικότερα, μετά το χειρουργείο, οι γυναίκες μπορεί να βιώσουν το σώμα τους ως παραμορφωμένο και να νιώσουν σαν να έχουν χάσει ένα κομμάτι της γυναικειάς τους ταυτότητας (Fallowfield, 1995· Kiebert *et al.*, 1991). Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι ο τύπος του χειρουργείου δεν ασκεί καμία επίδραση στην ένταση των συναισθηματικών προβλημάτων που βιώνει μία γυναίκα με καρκίνο μαστού (Kiebert *et al.*, 1991· Margolis, Goodman, & Rubin, 1990). Παρ' όλα αυτά, ο τύπος της επέμβασης μπορεί να επιδρά σε συγκεκριμένους τομείς. Μεταξύ του 25-78% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, ανέφεραν προβλήματα σχετικά με την εικόνα του σώματός τους και την γυναικειά τους ταυτότητα, ακόμα και χρόνια μετά την επέμβαση. Για τις γυναίκες που είχαν κάνει πλαστική αποκατάσταση, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 3-16% (Margolis, *et al.*, 1990· Schover, 1991· Taylor, Lichtman, Wood, Bluming, Dosik, & Leibowitz, 1985). Επιπλέον, η μαστεκτομή οδηγούσε σε μεγαλύτερα προβλήματα σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους (Schover, 1991). Τα σεξουαλικά προβλήματα, ωστόσο, μπορεί να σχετίζονται άμεσα με τις παρενέργειες των επικουρικών θεραπειών, ειδικότερα της χημειοθεραπείας (Anllo, 2000) και της ακτινοθεραπείας

(Anllo, 2000· Day, Ganz, Costantino, Cronin, Wickerham, & Fisher, 1999· Fallowfield, Leaity, Howell, Benson, & Cella, 1999).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα σχετίζονται με φτωχότερη ποιότητα ζωής, αλλά οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζουν μία σταδιακή βελτίωση μεταξύ των 6-12 μηνών μετά το τέλος της θεραπείας (Stanton, Danof-Burg, & Huggins, 2002· Ganz, Kwan, Stanton, et al., 2004· Knobf, 2000). Παρ' όλα αυτά, οι γυναίκες αναφέρουν αυξημένη θλίψη μετά το τέλος της θεραπείας (Deshields, Tibbs, Fan, Bayer, Taylor, & Fisher 2005· Vivar, & McQueen, 2005· Lethborg, Kissane, Burns, et al., 2000) και πλήθος ερευνών υποδεικνύει πως τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα επιμένουν τα πρώτα χρόνια μετά την θεραπεία (Bower, Ganz, Desmond, et al., 2000· Knobf, 2000· Bender, Ergun, Rosenzweig, et al., 2005· Shapiro, Lopez, Schwartz, et al., 2001· Frost, Suman, Rummans, Dose, Taylor, Novotny, & Evans, 2000· Schnipper, 2001· Boyle, 2006· Deshields, Tibbs, & Fan, 2006· Byar, Berger, Bakken, et al., 2006).

Το χρονικό διάστημα που ακολουθεί της θεραπείας αποτελεί μία πολύ κρίσιμη περίοδο για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η γυναίκα ασχολείται ενεργητικά με την καταπολέμηση του καρκίνου της. Έχει συνεχή επαφή με το προσωπικό υγείας, ενώ οι φίλοι και τα μέλη της οικογένειας τείνουν να δείχνουν μεγαλύτερη υποστήριξη στη φάση αυτή. Όταν η θεραπεία τελειώσει, τα αισθήματα αβεβαιότητας και ευαλωτότητας επανεμφανίζονται, το άγχος μπορεί να εντείνεται στη βάση του αποχωρισμού, η συναισθηματική ευεξία μειώνεται, ενώ παράλληλα οι γυναίκες ανησυχούν και βιώνουν αισθήματα απομόνωσης και εγκατάλειψης από τους θεράποντες ιατρούς και ολόκληρο το σύστημα υγείας (Knobf, 2002· Knobf, 2000· Vivar, McQueen, 2005· Lethborg, et al., 2000· Bender, et al., 2005· Boyle, 2006· Hassey Dow, & Lafferty, 2000). Η επαναπροσαρμογή στην καθημερινότητα αποτελεί μία περίοδο έντονου στρες, το οποίο αυξάνεται από τις προσδοκίες της οικογένειας και των φίλων για ταχεία επιστροφή στην κανονικότητα. Τα σωματικά συμπτώματα, και κυρίως η κούραση, η αϋπνία και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης, εμμένουν για τους επόμενους 3-6 μήνες, δυσχεραίνοντας ακόμα περισσότερο την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών (Knobf, 2000· Knobf, 2001· Frost, et al., 2000· Carpenter, et. al., 2004· Knobf, Sun, 2005). Επιπλέον, η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους αρχίζει να φθίνει επειδή η γυναίκα δεν χρειάζεται πλέον να πηγαίνει για θεραπεία, τα μαλλιά της αρχίζουν να μεγαλώνουν, οι αντιδράσεις του δέρματος από την ακτινοθεραπεία βελτιώνονται, και

γενικότερα η γυναίκα φαίνεται να επανακτά τη δύναμη και τη σωματική της ενέργεια (Boyle, 2006). Οι σύντροφοι μπορεί να μην αντιλαμβάνονται την ανάγκη για τον ίδιο υποστηρικτικό ρόλο κατά τη φάση της ανάρρωσης (Connell, Patterson, Newman, 2006). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πολλές γυναίκες λειτουργούν ικανοποιητικά, κάνοντας όλα αυτά που χρειάζεται να κάνουν για να αντιμετωπίσουν τη νόσο τους, και βάζουν στην άκρη τα συναισθήματά τους προκειμένου να ενισχύσουν τη θεραπεία για μελλοντικό όφελος (Cowley, et al., 2000). Μετά τη θεραπεία, λοιπόν, η συναισθηματική αντίδραση σε όλη την εμπειρία μπορεί να έρθει στην επιφάνεια με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, φόβου υποτροπής, ανησυχίας και αγωνίας αναφορικά με τις αλλαγές στη σεξουαλικότητα, στην αυτοεικόνα και στις οικογενειακές και συζυγικές σχέσεις (Knobf, 2007).

Επομένως, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού ενδέχεται να βιώσουν μεγάλη συναισθηματική ένταση και να αναπτύξουν μία σειρά ψυχολογικών προβλημάτων, όπως είναι η αϋπνία, η απώλεια όρεξης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, οι σκέψεις αυτοκτονίας, ο φόβος της υποτροπής και ο φόβος του θανάτου (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie, David, 2002). Οι γυναίκες αυτές χρειάζονται βοήθεια στην αντιμετώπιση όλων αυτών των στρεσογόνων προβλημάτων που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα χρήσιμη στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή σχετικών παρεμβάσεων. Βέβαια, η ταυτόχρονη μελέτη του συνόλου των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού κρίνεται πρακτικώς αδύνατη. Γι' αυτό και στην παρούσα έρευνα, επιλέχτηκε να εξεταστεί η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την ικανοποίηση των γυναικών με καρκίνο μαστού από τον θεράποντα ιατρό τους. Παράλληλα, εξετάζεται η επίδραση των αναπαραστάσεων του καρκίνου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι γυναίκες στην καταπολέμηση της νόσου τους.

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

«Όπως δεν είναι σωστό να θεραπεύσουμε τα μάτια χωρίς το κεφάλι, ούτε το κεφάλι χωρίς το σώμα, έτσι δεν είναι σωστό να θεραπεύσουμε το σώμα χωρίς την ψυχή»

Σωκράτης

Με την πάροδο του χρόνου, οι ασθενείς με καρκίνο έρχονται αντιμέτωποι με διάφορες καταστάσεις, που δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους. Μερικές από αυτές περιλαμβάνουν την κατανόηση των δυσνόητων ιατρικών πληροφοριών, τη λήψη δύσκολων αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία, την αντιμετώπιση των παρενεργειών, τον φόβο της υποτροπής, και σε κάποιες περιπτώσεις την πιθανότητα του επερχόμενου θανάτου (Agora, 2003). Σε κάθε στάδιο αυτής της μακρόχρονης πορείας, οι ασθενείς απευθύνονται στους γιατρούς τους προκειμένου να ικανοποιήσουν όλες αυτές τις ανάγκες πληροφόρησης και στήριξης, οι οποίες, αν ικανοποιηθούν, είναι πιθανό να μειώσουν τις δυσκολίες της ψυχοκοινωνικής τους προσαρμογής. Ως εκ τούτου, η αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς, αυτό το κεντρικό στοιχείο της διαδικασίας παροχής φροντίδας, αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία για το πεδίο της έρευνας που σχετίζεται με τον καρκίνο.

Όπως παρατηρούν οι Siminoff, Ravdin, Colabianchi και Sauders-Sturn (2000), παρόλο που η διαδικασία της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών με καρκίνο μοιράζεται πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των υπόλοιπων ασθενών και γιατρών, το στίγμα και ο φόβος που σχετίζονται με τη διάγνωση ενός καρκίνου, η πολυπλοκότητα των ιατρικών πληροφοριών και η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών προσθέτουν μία μεγαλύτερη συναισθηματική διάσταση στην συγκεκριμένη αλληλεπίδραση. Ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί επικοινωνούν με τους ασθενείς με καρκίνο μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στην ποιότητα ζωής τους. Όπως θα φανεί και παρακάτω, ολοένα και αυξανόμενος αριθμός ερευνών μελετούν τη σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς επικοινωνίας του γιατρού και της έκβασης της υγείας του ασθενούς.

5.1. Τα βασικά μοντέλα της σχέσης ιατρού-ασθενούς

Το είδος της σχέσης που αναπτύσσει ένας ιατρός και ένας ασθενής εξαρτάται προφανώς από τις συνθήκες που την πλαισιώνουν. Εξαρτάται όμως και από τις πεποιθήσεις των δύο μελών σχετικά με το πού πρέπει να εδράζονται η ευθύνη και η εξουσία στο πλαίσιο αυτής της σχέσης. Η αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς συνήθως λαμβάνει μία από τις ακόλουθες τρεις βασικές μορφές (Szasz & Hollender, 1956):

- 1) Το μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής είναι ανήμπορος, λόγω της ιατρικής κατάστασής του, να συμμετάσχει στη διαμόρφωση της παρεχόμενης φροντίδας και να λάβει αποφάσεις που αφορούν την προσωπική ευεξία του.
- 2) Το μοντέλο της καθοδήγησης-συνεργασίας αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου ο ιατρός αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τη διάγνωση και τη θεραπεία.
- 3) Το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου ιατρός και ασθενής λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις που αφορούν κάθε πτυχή της φροντίδας, από τον προγραμματισμό των διαγνωστικών εξετάσεων μέχρι την επιλογή και την εφαρμογή της θεραπείας.

Η Ballard-Reisch (1990) όρισε τέσσερις εναλλακτικούς τύπους σχέσης μεταξύ των ιατρών και των ασθενών: 1) την απόσχιση ευθυνών από την πλευρά του ασθενούς, 2) την αυτονομία του ασθενούς, 3) τη συνεργασία και 4) τον τερματισμό της σχέσης. Οι Roter και Hall (1992) περιέγραψαν επίσης τέσσερα βασικά είδη σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή: 1) το πατερναλιστικό, 2) το καταναλωτικό, 3) την περιορισμένη σχέση και 4) το αμοιβαίο. Τέλος, οι Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui (1997) σκιαγράφησαν πέντε διαφορετικούς τύπους επικοινωνίας: 1) ο στενά βίοιατρικός τύπος, 2) ο διευρυμένος βίοιατρικός, 3) ο βιοψυχοκοινωνικός, 4) ο ψυχοκοινωνικός και 5) ο καταναλωτικός.

5.2. Η συμπεριφορά επικοινωνίας του ιατρού

Οι ενδεδειγμένοι τρόποι συμπεριφοράς προς τον ασθενή αποτελούν έναν ευρύ και ανεπίσημο όρο, ο οποίος χρησιμοποιείται όταν γίνεται αναφορά στη συμπεριφορά ενός γιατρού απέναντι στους ασθενείς που φροντίζει (Robin, & Leslie, 2006). Κατά κανόνα, αφορά την ικανότητα του ιατρού να εμπνέει στους ασθενείς του εμπιστοσύνη και να

ανταποκρίνεται στις συναισθηματικές τους ανάγκες. Τον 4^ο αιώνα π.Χ., ο Ιπποκράτης επισήμανε την τεράστια δύναμη που έχει η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή λέγοντας: «Ο ασθενής, παρότι έχει επίγνωση του γεγονότος ότι η κατάστασή του ενέχει κινδύνους, μπορεί να ανακτήσει την υγεία του απλώς και μόνο επειδή έχει μείνει ευχαριστημένος από την καλοσύνη του ιατρού» (Ιπποκράτης, 1923). Ο ακρογωνιαίος λίθος της σωστής συμπεριφοράς του ιατρού προς τον ασθενή είναι το αν και μέχρι ποιο σημείο ο ίδιος ο ιατρός αναγνωρίζει τη σημασία τόσο των ψυχοκοινωνικών όσο και των βιολογικών ζητημάτων που υπεισέρχονται στη θεραπευτική αγωγή ενός αρρώστου. Ο ιατρός πρέπει να ξεπεράσει την αμιγώς βιοιατρική προσέγγιση, βάσει της οποίας ο ασθενής θεωρείται ως ένα σύνολο από όργανα και βιολογικές λειτουργίες που χρειάζονται ρύθμιση ή επιδιόρθωση, και να προσεγγίσει τον ασθενή ως ένα άτομο, του οποίου τα συναισθήματα αξίζει να κατανοήσει (Robin, & Leslie, 2006).

Στις μέρες μας, λοιπόν, το πατερναλιστικό ιατρικό μοντέλο που κάποτε κυριαρχούσε στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρού-ασθενούς, δίνει σταδιακά τη θέση του σε ένα νέο μοντέλο επικοινωνίας που εστιάζει στη σχέση μεταξύ των δύο μερών και στην από κοινού λήψη αποφάσεων (Charles, Gafni, & Whelan, 1999· Emanuel & Emanuel, 1992). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, αναγνωρίζονται τρεις σημαντικοί στόχοι προς επίτευξη στις αλληλεπιδράσεις των γιατρών με τους ασθενείς τους: η εγκαθίδρυση μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, η διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών και η προώθηση της συμμετοχής του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.

Δεδομένης της αβεβαιότητας που σχετίζεται με τη νόσο και τη θεραπεία, οι ασθενείς με καρκίνο συχνά χρειάζονται να καθησυχαστούν αναφορικά με τη φυσιολογικότητα των αντιδράσεων και των ανησυχιών τους (Rose, 1990). Μπορεί ακόμα να χρειάζονται στήριξη σε σχέση με την αυτο-εκτίμησή τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις απειλές αναφορικά με την αυτο-εικόνα τους, αλλά και το στίγμα που σχετίζεται με τον καρκίνο (Rose, 1990). Για τους λόγους αυτούς, προτείνεται ο γιατρός να καλλιεργεί μία ζεστή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, στην οποία ο ασθενής να αντιμετωπίζεται σαν άνθρωπος και να νιώθει ότι ο γιατρός ευαισθητοποιείται και ενδιαφέρεται για τα προβλήματα και τα αισθήματά του (Bakker, Fitch, Gray, Reed, & Bennett, 2001). Αρκετές έρευνες υποδεικνύουν ότι μια καλή διαπροσωπική σχέση με το γιατρό, που χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον, κατανόηση, σεβασμό και εμπιστοσύνη, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους ασθενείς να προσαρμοστούν καλύτερα στην ασθένειά τους (π.χ. Bakker et al., 2001· Finset, Smedstad, & Ogar, 1997· Fogarty, Curbow, Wingard, McDonell, & Somerfield, 1999· McWilliam, Brown, & Stewart, 2000). Βέβαια, η εγκαθίδρυση μίας καλής

διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή αποτελεί μία δυναμική διαδικασία, που εξαρτάται κι από τα δύο μέρη, επηρεάζεται από ποικιλία παραγόντων και απαιτεί χρόνο.

Ένα σημαντικό ποσοστό του χρόνου αυτού αφιερώνεται στην ανταλλαγή πληροφοριών. Πριν από τη μετάδοση των πληροφοριών, συστήνεται στους γιατρούς να ακούν την ιστορία των ασθενών ενεργητικά και χωρίς διακοπές (Rosenblum, 1994). Κατ' αυτό τον τρόπο, τους δίνεται η ευκαιρία να μιλήσουν ανοιχτά και ελεύθερα για όσα τους απασχολούν. Διότι, συχνά οι ασθενείς με καρκίνο διστάζουν να αποκαλύψουν τις ψυχοκοινωνικές τους ανησυχίες, και συχνά πιστεύουν ότι η εμπειρία προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη, η κούραση και ο πόνος, αποτελούν αναπόφευκτες συνέπειες της ασθένειας και της θεραπείας (Bakker et al., 2001· Maguire, 1999). Επιπλέον, η διστακτικότητα αυτή ενισχύεται και από την απροθυμία των γιατρών να ακούσουν ενεργητικά τις ανησυχίες και τα αισθήματα των ασθενών τους (Ford, Fallowfield, & Lewis, 1996· Maguire, Faulkner, Booth, Elliott, & Hillier, 1996). Πράγματι, η εκμείωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στους ασθενείς με καρκίνο φαίνεται να αποτελεί μία από τις δυσκολότερες προκλήσεις στην επικοινωνία των ιατρών-ογκολόγων (Fallowfield, Lipkin, Hall, 1998).

Εκτός από την ανάγκη «να νιώσουν οικείοι και κατανοητοί», οι ασθενείς με καρκίνο έχουν μία ακόμα σημαντική ανάγκη: την ανάγκη «να μάθουν και να κατανοήσουν» (Ong, Haes, Hoos, & Lammes, 1995). Έρευνες αναφέρουν ότι μία πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο επιθυμεί να γνωρίζει λεπτομερείς πληροφορίες για μία σειρά θεμάτων, όπως είναι η πρόγνωση, οι θεραπευτικές επιλογές, οι σχετικές παρενέργειες, τα οφέλη κ.λ.π. (Jenkins, Fallowfield, & Saul, 2001). Παρά τις ανάγκες αυτές, οι μέχρι στιγμής έρευνες παρουσιάζουν περιορισμένο αριθμό γιατρών που δίνουν πληροφορίες με αποτέλεσμα οι ασθενείς με καρκίνο συχνά να φεύγουν από την ιατρική επίσκεψη μπερδεμένοι και αβέβαιοι για διάφορα θέματα που αφορούν την ασθένεια τους και τη θεραπεία της (Fallowfield, & Jenkins, 1999· Chan, & Woodruff, 1997). Έχει φανεί ότι οι γιατροί υποτιμούν την επιθυμία των ασθενών για πληροφόρηση, ενώ ταυτόχρονα υπερεκτιμούν τη δική τους ανάγκη για να πληροφορηθούν και να πληροφορήσουν (Chaitchik, Kreitler, Shaked, Schwartz, & Rosin, 1992). Επιπλέον, κατά τη μετάδοση των πληροφοριών, οι γιατροί συχνά χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους, που οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να μην καταλαβαίνουν (Lerman, Daly, Walsh, Resch, Seay, Barsevick, Birenbaum, Heggan, & Martin, 1993· Lobb, Butow, Kenny, & Tattersall, 1999). Η ιατρική διάλεκτος είναι επιβλητική, τυπική, τρομακτική και συχνά προκαλεί απορίες και σύγχυση στους ασθενείς. Σε μία έρευνα γυναικών με καρκίνο μαστού, ο Lerman και οι συνεργάτες του

(1993) βρήκαν ότι σχεδόν οι μισές γυναίκες (49.5%) ανέφεραν δυσκολία στο να καταλάβουν τους γιατρούς τους. Τέλος, έρευνες δείχνουν ότι οι πληροφορίες που μεταδίδονται από τους γιατρούς δεν ανταποκρίνονται πάντα στις ανησυχίες των ασθενών (π.χ. Chaitchik, et al., 1992).

Σύμφωνα με τον Buckman (όπως περιγράφεται στην Παπαδάτου, 1995), η κατάλληλη παροχή πληροφοριών περιλαμβάνει μια σειρά βημάτων: α) δημιουργία κλίματος συνεργασίας και εμπιστοσύνης, β) διερεύνηση των γνώσεων του ασθενούς γενικά και όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του, γ) αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς και της ανάγκης του να πληροφορηθεί, δ) παροχή των πληροφοριών κατά τρόπο απλό, σαφή και σταδιακό, ε) διερεύνηση και αναγνώριση των σκέψεων και συναισθημάτων και στ) παροχή υποστήριξης, λήψη αποφάσεων από κοινού και προγραμματισμός των επόμενων βημάτων. Επομένως, η επιτυχημένη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ γιατρών και ασθενών διασφαλίζει την αποκάλυψη των ανησυχιών του ασθενούς και θέτει τις βάσεις για την από κοινού λήψη αποφάσεων (Richards, Ramirez, Degner, Fallowfield, Maher, & Neuberger, 1995).

Παρότι, όμως, η κοινή λήψη αποφάσεων προϋποθέτει από τους γιατρούς την προώθηση της ενεργής εμπλοκής των ασθενών σε όλες τις φάσεις της νόσου, έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο, που επιθυμούν μεγαλύτερη συμμετοχή στην αντιμετώπιση της νόσου τους, συχνά αποτυγχάνουν να διατηρήσουν τον επιθυμητό αυτό ρόλο κατά τη διάρκεια των επισκέψεων (Degner, Kristjanson, Bowman, Sloan, Carriere, O'Neil, Bilodeau, Watson, & Mueller, 1997· Gattellari, Butow, & Tattersall, 2001). Προκειμένου οι γιατροί να διευκολύνουν την από κοινού λήψη αποφάσεων, οι Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers, & Ware (1996) προτείνουν να είναι περισσότερο πρόθυμοι να προσφέρουν εναλλακτικές προτάσεις θεραπείας και να μοιραστούν την ευθύνη και τον έλεγχο με τους ασθενείς τους. Επιπλέον, προκειμένου και οι ασθενείς να νιώσουν άνεση να εκφράσουν τις απόψεις και τις προτιμήσεις τους, πρέπει να κάνουν τους ασθενείς τους να νιώσουν ότι η συνεισφορά τους είναι αποδεκτή και σημαντική (Ford, Hall, Ratcliffe, & Fallowfield, 2000). Βέβαια, οι ασθενείς με καρκίνο ποικίλλουν σημαντικά αναφορικά με τις προτιμήσεις τους για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Δεν θέλουν όλοι οι ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη των θεραπευτικών αποφάσεων, ενώ κάποιοι από αυτούς προτιμούν οι γιατροί να πάρουν τις σχετικές αποφάσεις για λογαριασμό τους. Γι' αυτό και κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η αξιολόγηση της ετοιμότητας του ασθενούς για συμμετοχή και ο σχεδιασμός της ανάλογης προσέγγισης και αντιμετώπισης.

5.3. Η επίδραση της συμπεριφοράς επικοινωνίας στον ασθενή

«Το φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά στην ιατρική είναι ο ίδιος ο ιατρός...Δεν υπάρχει κάποιο βιβλίο που να πληροφορεί τον ιατρό σε ποια δοσολογία πρέπει να συνταγογραφήσει τον εαυτό του, σε ποια μορφή, πόσο συχνά και ποια είναι η θεραπευτική δόση»

M. Balint: The doctor, his patient and the illness (Καλλέργης, 2003)

Εκτός από την αναγνώριση και ανάλυση των συμπεριφορών επικοινωνίας, οι ερευνητές έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται και για τις συνέπειες των συμπεριφορών αυτών στην πορεία έκβασης της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναγνωριστεί πολλές διαφορετικές συνέπειες, μεταξύ των οποίων είναι η επίδραση της επικοινωνίας στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία, στην ανάκληση και κατανόηση των πληροφοριών, στην έκβαση της σωματικής και ψυχικής του υγείας και τέλος στην ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό (βλ. Κεφάλαιο 6) (Ong, Haes, Hoos, & Lammes, 1995).

5.3.1. Η συμμόρφωση στη θεραπεία

Είναι πολύ πιθανό οι ασθενείς να μη συμμορφώνονται με τις συστάσεις του ιατρού, αν δεν καταλαβαίνουν τι θα πρέπει να κάνουν, αν δεν συμφωνούν με τον ιατρό ότι η θεραπεία που τους έχει προταθεί αποτελεί τον καταλληλότερο τρόπο δράσης ή αν δεν διαθέτουν τα απαραίτητα μέσα για να εκτελέσουν τις οδηγίες που τους δίνονται (Robin, & Leslie, 2006). Επομένως, η συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί σημαντικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Ο βαθμός στον οποίο οι συστάσεις του γιατρού ακολουθούνται επακριβώς από τον ασθενή επηρεάζεται τόσο από παράγοντες που αφορούν τον ίδιο και το περιβάλλον του, όσο και από τη σχέση που διατηρεί με τον θεράποντα ιατρό του (Miller, Hill, Kottke, & Ockene, 1997· White-Koning, Bertozzi-Salamon, Vignes, & Arnaud, 2007). Η σημαντικότερη συμπεριφορά επικοινωνίας του γιατρού που επηρεάζει τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία είναι η παροχή των πληροφοριών. Στην περίπτωση των ασθενών με καρκίνο, η έλλειψη πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει στην μη συμμόρφωση στη θεραπεία ή ακόμα και στην αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας (Ong, deHaes, Hoos, & Lammes, 2000).

Οι Siminoff και Fetting (1991) εξέτασαν τις συμπεριφορές επικοινωνίας που επηρεάζουν την αποδοχή ή την άρνηση των ασθενών με καρκίνο της θεραπευτικής

πρότασης ενός ογκολόγου. Οι αποφάσεις των ασθενών επηρεάζονταν κυρίως από τη σύσταση του ογκολόγου (το 80% δέχτηκε αμέσως). Η μικρή μειοψηφία που δεν αποδέχτηκε την πρόταση του γιατρού (20%) είχαν ενημερωθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια τόσο για τα οφέλη όσο και για τα μειονεκτήματα της θεραπείας. Οι ασθενείς αυτοί έκριναν τις παρενέργειες ως περισσότερο πιθανές και σοβαρές και αξιολόγησαν την πρόταση του γιατρού τους ως λιγότερο αποτελεσματική (Siminoff, & Fetting, 1991).

5.3.2. Η ανάκληση και κατανόηση των πληροφοριών

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φανερώνει ότι συχνά οι ασθενείς δεν θυμούνται ή δεν καταλαβαίνουν όσα τους έχει πει ο γιατρός τους (Ong, et al., 1995). Το ποσοστό των γενικών ασθενών που δεν κατανοούν τη διάγνωσή τους κυμαίνεται από 7-47%, ενώ το ποσοστό που δεν κατανοούν την πρόγνωση της ασθένειάς τους κυμαίνεται από 13-53% (Ong, et al., 1995). Οι Smith, Polis και Hadac (1981) βρήκαν ότι η στενή σωματική εγγύτητα σχετίζεται με αυξημένη κατανόηση των πληροφοριών. Οι Larsen και Smith (1981) βρήκαν ότι αυξημένα επίπεδα της γενικότερης αμεσότητας του γιατρού σχετίζονται με καλύτερη κατανόηση. Το αυξημένο άγγιγμα, από την άλλη, οδηγούσε σε μειωμένα επίπεδα κατανόησης των πληροφοριών. Επιπλέον, η κατανόηση σχετίζεται σημαντικά με την ποσότητα του χρόνου που παρέχεται από τον ιατρό για την παροχή των πληροφοριών.

Σε σχέση με την ανάκληση των πληροφοριών, ένα γνωστό φαινόμενο στις μελέτες επικοινωνίας αποτελούν οι επιδράσεις της αρχής και του τέλους της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενούς, που συνήθως προεξάρχουν και γι' αυτό συγκρατούνται καλύτερα στη μνήμη (Ong, et al., 1995). Για τη βελτίωση της ανάκλησης των πληροφοριών από τους ασθενείς, συστήνεται στους γιατρούς να μεταδίδουν τις πιο σημαντικές πληροφορίες στην αρχή της ιατρικής επίσκεψης. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό ανάκλησης πληροφοριών των νοσηλευόμενων ασθενών κυμαίνεται από 40 έως 80%. Στην περίπτωση μάλιστα που η πληροφορία προκαλεί αναστάτωση, όπως η διάγνωση ενός καρκίνου, οι περισσότεροι ασθενείς είναι υπερβολικά έκπληκτοι για να μπορέσουν να συγκρατήσουν άλλες πληροφορίες (Ong, et al., 1995). Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με καρκίνο συχνά νιώθουν ότι στερούνται πληροφόρησης, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα αβεβαιότητας, άγχους και κατάθλιψης (Ong, et al., 1995).

5.3.3. Βιοψυχοκοινωνικές συνέπειες

Η καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς μπορεί να βελτιώσει την έκβαση της υγείας του ασθενούς. Σύμφωνα με τη Stewart (1995), η αποτελεσματική επικοινωνία ασκεί θετική επίδραση όχι μόνο στη συναισθηματική υγεία του ασθενούς, αλλά και στη σωματική του κατάσταση, στην επίλυση των συμπτωμάτων και στην διαχείριση του πόνου.

Η έλλειψη πληροφόρησης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στις ψυχολογικές δυσκολίες που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, όπως η αβεβαιότητα, το άγχος, η κατάθλιψη και τα προβλήματα αντιμετώπισης της ασθένειας (Ong, et al., 1995). Σε έρευνα των Castejón et al. (όπως παρουσιάζεται στους Ong et al., 1995) βρέθηκε ότι οι ασθενείς με καρκίνο που παρουσίαζαν τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους εμφανίζονταν να έχουν επιθυμία για επιπρόσθετη πληροφόρηση. Σε άλλη έρευνα φάνηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού που θεωρούσαν ότι είχαν λάβει ελλιπή πληροφόρηση, είχαν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν συμπτώματα ψυχιατρικής νοσηρότητας (κατάθλιψη, άγχος) 12 μήνες μετά το χειρουργείο, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δήλωναν ότι είχαν λάβει επαρκή πληροφόρηση (Ong, 2005).

Η δυνατότητα επιλογής σε σχέση με τη θεραπεία φαίνεται επίσης να επηρεάζει την υγεία του ασθενή με καρκίνο (Aroga, 2003). Οι Morris και Royle (1988) βρήκαν μία σημαντική σχέση μεταξύ της προσφοράς επιλογής χειρουργείου από τον ιατρό και της μείωσης του άγχους και της κατάθλιψης, αλλά και της βελτίωσης της σωματικής λειτουργικότητας. Παρομοίως, ο Fallowfield και οι συνεργάτες του (Fallowfield, Hall, Maguire, & Baum, 1990· Fallowfield, Hall, Maguire, Baum, & A'Hern, 1994) αναφέρουν ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού πρώιμου σταδίου (n=269) που θεραπεύονταν από χειρουργούς που προτιμούσαν να προσφέρουν θεραπευτικές επιλογές, εμφάνιζαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη μακροπρόθεσμα. Οι Deadman, Leinster, Owens, Dewey, & Slade (2001) βρήκαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού πρώιμου σταδίου (n=114) που συμβουλευτήκαν να κάνουν μαστεκτομή παρουσίασαν μεγαλύτερη ψυχολογική νοσηρότητα, τόσο πριν όσο και μετά το χειρουργείο, σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν δυνατότητα επιλογής. Οι Street και Voigt (1997) ανέφεραν ότι, ένα χρόνο μετά το χειρουργείο, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού πρώιμου σταδίου (n=51), που θεωρούσαν ότι τους είχε δοθεί μεγάλος έλεγχος στη λήψη των αποφάσεων, βίωναν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Οι διαπροσωπικές δεξιότητες επίσης σχετίζονται θετικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή γυναικών με καρκίνο μαστού (Roberts, Cox, Reintgen, Baile, & Gibertini, 1994). Σε μία έρευνα 123 γυναικών με καρκίνο μαστού, οι Fogarty, Curbow, Wingard, McDonell, & Somerfield (1999) βρήκαν ότι οι περισσότερο ενσυναισθητικές συμπεριφορές του γιατρού (π.χ. ο καθησυχασμός, το άγγιγμα του χεριού, η έκφραση συμπάραστασης) σχετίζονται με μειωμένο άγχος.

Οι παραπάνω έρευνες καταστούν ολοφάνερη τη θετική επίδραση της συμπεριφοράς των γιατρών στην συνολική υγεία των ασθενών. Ως εκ τούτου, οι γιατροί δεν πρέπει να ασχολούνται μονάχα με τη βιολογική διάσταση του προβλήματος των ασθενών, αλλά να ενδιαφέρονται για ένα μεγάλο εύρος θεμάτων, όπως τα συναισθήματα και οι ανησυχίες τους, η κατανόηση του προβλήματος, οι προσδοκίες για τη θεραπεία και οι αντιλήψεις σχετικά με το πώς το πρόβλημα επηρεάζει τη λειτουργικότητά τους. Οι ασθενείς χρειάζεται να νιώθουν ότι το πρόβλημά τους συζητείται πλήρως και ότι οι ίδιοι συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση του. Πρέπει τέλος να ενθαρρύνονται να κάνουν ερωτήσεις και να λαμβάνουν όσο το δυνατόν σαφέστερες απαντήσεις.

5.4. Εργαλεία αξιολόγησης της συμπεριφοράς του γιατρού

Δύο διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς επικοινωνίας του γιατρού. Η πρώτη συνίσταται στην καταγραφή (είτε μέσω παρατήρησης, ηχογράφησης ή μαγνητοσκοπήσης) των πραγματικών ιατρικών αλληλεπιδράσεων και στην ανάλυση αυτών, προκειμένου να κωδικοποιηθεί η συμπεριφορά με τη χρήση διαφόρων συστημάτων ανάλυσης αλληλεπίδρασης (Interaction Analysis Systems), γνωστά και ως εργαλεία παρατήρησης (Aroga, 2003). Η δεύτερη προσέγγιση επικεντρώνεται στις αντιλήψεις των ασθενών για τη συμπεριφορά του γιατρού. Οι αντιλήψεις των ασθενών καταγράφονται μέσα από τη χρήση ερωτηματολογίων, όπου τους ζητείται να βαθμολογήσουν ή να αναφέρουν τη συχνότητα ή απουσία διαφόρων στοιχείων της συμπεριφοράς του γιατρού (Aroga, 2003). Και οι δύο προσεγγίσεις εμφανίζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Οι συμπεριφορικές μετρήσεις παρατήρησης είναι περισσότερο αντικειμενικές καθώς μετρούν τις πραγματικές αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Κωδικοποιούν τα στοιχεία της συμπεριφοράς του γιατρού με όρους

ποσοτικούς, όπως είναι η συχνότητα και η διάρκεια. Οι ασθενείς, όμως, αξιολογούν τη συμπεριφορά του γιατρού με όρους τόσο ποσοτικούς όσο και ποιοτικούς. Για παράδειγμα, αν και οι συμπεριφορικές παρατηρήσεις μπορούν να καταγράψουν με μεγάλη αξιοπιστία τον χρόνο που ξοδεύτηκε από το γιατρό στην ανταλλαγή πληροφοριών, αποτυγχάνουν να αξιολογήσουν το βαθμό στον οποίο οι πληροφορίες αυτές έγιναν κατανοητές από τον ασθενή ή τον βαθμό στον οποίο ανταποκρίνονταν στις βασικές του ανησυχίες (Aroga, 2003).

Από την άλλη, η καταγραφή των αντιλήψεων των ασθενών αποτελεί μία περισσότερο υποκειμενική διαδικασία, που ενδέχεται να επηρεαστεί κι από άλλους παράγοντες, όπως είναι η κατάσταση υγείας του ασθενούς (Hall, Milburn, Roter, & Daltroy, 1998). Είναι επίσης πιθανό, η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του γιατρού να μην αντανακλά με ακρίβεια την πραγματική μεταξύ τους σχέση. Παρ' όλα αυτά, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, δεδομένου ότι οι συνέπειες που ακολουθούν μία ιατρική επίσκεψη εξαρτώνται από τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα γεγονότα της επίσκεψης, οι αντιλήψεις των ασθενών μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην μετέπειτα έκβαση της υγείας τους από την πραγματική συμπεριφορά του γιατρού (Street, 1992). Σύμφωνα με τους Ruckdeschel, Blanchard και Albrecht (1994), τα μηνύματα που μεταφέρονται από τους γιατρούς λαμβάνονται από τους ασθενείς με καρκίνο αφού πρώτα περάσουν μέσα από ένα «φίλτρο αντίληψης» με το οποίο κατανοούν και ερμηνεύουν τα μηνύματα. Επομένως, το αντιλαμβανόμενο μήνυμα είναι αυτό που τελικά θα πυροδοτήσει μία ψυχοκοινωνική αντίδραση, όπως είναι η θλίψη ή το άγχος. Γι' αυτό και στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια επιλέχτηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό, μέσα από την οποία αντανακλάται η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ τους, όπως όμως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής.

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

Ο βαθμός της ικανοποίησης του ασθενούς από τη φροντίδα που λαμβάνει εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία υγείας. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν: α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (Παπαδάτου, 1999). Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσουν, την ποιότητα του χρόνου που αφιερώνουν και τον τύπο επικοινωνίας που χρησιμοποιούν.

6.1. Ανταλλαγή πληροφοριών

“No news is not good news, it is an invitation to fear” Charles Fletcher

Η παροχή πληροφοριών από το γιατρό έχει φανεί ότι αποτελεί μία από τις σημαντικότερες μεταβλητές που σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς (Williams, Weinman, & Dale, 1998). Κρίνεται όμως σημαντικό, οι πληροφορίες που παρέχονται στον ασθενή να μην περιορίζονται στο βιολογικό κομμάτι της ασθένειας, αλλά να ανταποκρίνονται και στις απορίες και τους προβληματισμούς του ασθενή. Για παράδειγμα, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών δείχνει ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού είναι γενικά ικανοποιημένες από την πληροφόρηση που λαμβάνουν σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά είναι λιγότερο ικανοποιημένες από την πληροφόρηση που σχετίζεται με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας στις ίδιες και στους συγγενείς τους και την πληροφόρηση σχετικά με τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες της θεραπείας (Mallinger, 2005).

Ειδικότερα, τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι, όταν παρέχονται εκ των προτέρων στον ασθενή αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί και τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν, οι αρνητικές αντιδράσεις και το άγχος του μπορούν να μειωθούν σημαντικά (π.χ. Campbell et al., 1999· Clark, 1997·Martin, 1996). Είναι σημαντικό βέβαια οι πληροφορίες αυτές να προσαρμόζονται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιμετωπίζει την κατάσταση και να είναι ακριβείς. Διότι υπάρχει και η λαθεμένη αντίληψη ότι η καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς προκύπτει όταν ο ιατρός προσφέρει πλήρη και λεπτομερή πληροφόρηση στον

ασθενή (Hack, 2005). Σαφέστατα, υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που δέχονται μετά χαράς την ευκαιρία να γίνουν παθητικοί αποδέκτες της ιατρικής φροντίδας (Benbassat et al., 1998). Για το λόγο αυτό, τα άτομα που πάσχουν από κάποια νόσο θα πρέπει να ερωτώνται σχετικά με το αν και έως ποιο βαθμό επιθυμούν να εμπλακούν οι ίδιοι στη φροντίδα της υγείας τους, και οι επιθυμίες τους θα πρέπει να γίνονται σεβαστές. Παρότι όμως δεν επιδιώκουν όλοι οι ασθενείς να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο σε ό,τι αφορά την ιατρική φροντίδα τους, έρευνες δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να λαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες από τους επαγγελματίες υγείας που τους φροντίζουν (Beisecker & Beisecker, 1990· Benbassat et al., 1998· Frederikson, 1995). Συγκεκριμένα, ο Jenkins και οι συνεργάτες του (2001) βρήκαν ότι 98% των ασθενών επιθυμεί να ενημερωθεί για τη διάγνωση και το 87% επιθυμεί να λαμβάνει όλες τις δυνατές πληροφορίες, είτε πρόκειται για καλές είτε για άσχημες.

Η αποφυγή της ενημέρωσης του ασθενούς εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει ο ασθενής θεωρείται μη κατανοητή, κατά συνέπεια μυστηριώδης, και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται, τις περισσότερες φορές, στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή. Υιοθετείται μια τακτική αοριστολογίας που πηγάζει από την πεποίθηση ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχτεί από τη γνώση ότι μπορεί να πεθάνει. Στην πραγματικότητα, όμως, το δίλημμα της ενημέρωσης ή της απόκρυψης της αλήθειας από τον ασθενή είναι άτοπο, καθώς η πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του (Παπαδάτου, 1999).

Σύμφωνα, μάλιστα, με τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς (Ν. 2071/92 ΦΕΚ 123/92 τ.α, Άρθρο 47): *«Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του»*. Εντούτοις, σε μία μελέτη που έγινε το 1986 σε Έλληνες ιατρούς, σχετικά με το αν πρέπει να γνωρίζει ο καρκινοπαθής για την ασθένειά του, σε ποσοστό 87% οι ιατροί δήλωσαν ότι παρόλο που οι ίδιοι θα το ήθελαν για τον εαυτό τους, δεν ενημερώνουν τον ασθενή για τη νόσο τους (Δόσιος, 1986).

Οι αρνητικές συνέπειες από την παραπάνω τακτική διογκώνονται ακόμα περισσότερο δεδομένου ότι η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς αυξάνει την ικανοποίησή τους από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχεται, προάγει τη συνεργασία τους κατά την

εφαρμογή της θεραπείας, βελτιώνει την ικανότητά τους να δίνουν ακριβείς πληροφορίες στους ιατρούς τους και μειώνει το άγχος τους (Margalith & Shapiro, 1997· Young & Klinge, 1996· DiMatteo, 1985). Επιπλέον, οι ασθενείς τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι, όταν οι ιατροί τους καταλαβαίνουν και καλύπτουν τις ανάγκες για τις οποίες προσήλθαν στην ιατρική επίσκεψη (Like & Zyzanski, 1987). Εάν οι ιατροί αναγνωρίσουν επακριβώς τα προβλήματα των ασθενών τους, τότε οι δεύτεροι είναι επίσης πιο συνεπείς στην εφαρμογή των υποδείξεων τους και παρουσιάζουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Starfield et al., 1981).

Σύμφωνα με τον Ley (1982), η ικανοποίηση του ασθενούς σε συνδυασμό με την κατανόηση των πληροφοριών που του δίνονται και την ανάκληση των πληροφοριών αυτών, μπορούν να προβλέψουν τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία. Ειδικότερα, ο Ley εξέτασε το βαθμό της ικανοποίησης του ασθενούς από την ιατρική επίσκεψη. Έπειτα από ανασκόπηση 21 ερευνών σε νοσοκομειακούς ασθενείς βρήκε ότι το 41% των ασθενών ήταν δυσαρεστημένοι από τη θεραπεία τους και ότι το 28% των ασθενών που δεν είχαν κάποια συγκεκριμένη νόσο ήταν επίσης δυσαρεστημένοι. Έρευνες των Ley (1988) και Haynes και συν. (1979) έδειξαν ότι τα επίπεδα της ικανοποίησης του ασθενούς απορρέουν από μία σειρά χαρακτηριστικών της ιατρικής επίσκεψης και συγκεκριμένα από τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά (π.χ. συναισθηματική στήριξη και κατανόηση), τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά (π.χ. συστάσεις και επαρκείς εξηγήσεις) και τις ικανότητες του επαγγελματία υγείας (π.χ. καταλληλότητα της παραπομπής και διάγνωση). Ο Ley (1989) ανέφερε επίσης ότι η ικανοποίηση καθορίζεται από το περιεχόμενο της επίσκεψης, καθώς και ότι οι ασθενείς θέλουν να μάθουν όσο περισσότερες πληροφορίες γίνεται, ακόμα κι αν πρόκειται για άσχημα νέα. Για παράδειγμα, σε έρευνες σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου, οι ασθενείς έδειξαν καλύτερη ικανοποίηση όταν τους είχε δοθεί η διάγνωση του καρκίνου παρά όταν προστατευόντουσαν από την πληροφορία αυτή.

Τα ευρήματα των ερευνών σχετικά με την επίδραση των τεχνικών έναντι των συναισθηματικών συμπεριφορών του ιατρού στην ικανοποίηση του ασθενούς φαίνεται να είναι ασυνεπή (Ong, et al., 2000). Για παράδειγμα, σε μετα-ανάλυση του Hall και των συνεργατών του η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται θετικά με τις τεχνικές συμπεριφορές του ιατρού (μετάδοση πληροφοριών) (Hall, 1988). Παρόλο, όμως, που επόμενη μετα-ανάλυση επιβεβαίωσε το εύρημα αυτό (Roter, 1989), άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι οι κοινωνικο-συναισθηματικές συμπεριφορές του ιατρού αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης του ασθενούς (Henbest, 1990;

Bensing, 199; Butow, 1995; Lackner, 1996; Irish, 1997; Coupey, 1997; Cecil, 1997; Gilligan, 1997; Roter, 1997; Rothshield, 1998).

6.2. Διαπροσωπική σχέση και συναίσθημα

Η σχέση μεταξύ γιατρού-ασθενούς και η έκφραση συναισθήματος κατά τη διάρκεια των επισκέψεων αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της ικανοποίησης του ασθενούς (Williams, et al., 1998). Συγκεκριμένα, η φιλική διάθεση του γιατρού, η κοινωνική συζήτηση, ο σεβασμός, η συνεργασία και οι συμπεριφορές ενσυναίσθησης και καθησύχασης έχουν βρεθεί να σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς (Eide, Graugaard, Holgersen, & Finset, 2003· Williams, et al., 1998). Αντίθετα, η έκφραση θυμού ή διαφωνιών, καθώς και ο αρνητικός τόνος φωνής σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση του ασθενούς (Williams, et al., 1998).

Σύμφωνα με τον Rogers, η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει την έκφραση ευαισθησίας στα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου που υπόκεινται σε αλλαγή και τη συναισθηματική «σύνδεση» με αυτό το άτομο. Η ενσυναίσθηση προϋποθέτει την αποφυγή άσκησης κριτικής στα συναισθήματα του άλλου και την προσπάθεια πλήρους κατανόησης όλων όσων βιώνει ιδωμένα μέσα από τη δική του οπτική γωνία. Οι ιατροί είναι μάρτυρες αναρίθμητων συναισθηματικών αντιδράσεων από πλευράς των ασθενών τους. Αυτές οι αντιδράσεις είναι δυνατόν να ανιχνευθούν σε αυτά που αναφέρει ο ασθενής, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο τα αναφέρει, όπως επίσης στις πράξεις και στις εκφράσεις του προσώπου του (Robin, & Leslie, 2006). Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ορθή αναγνώριση του τι μεταδίδει το άτομο που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας, μέσω των λεκτικών και των εξω-λεκτικών μηνυμάτων του, καθώς και την ανταπόκριση σε αυτά τα μηνύματα κατά τρόπο που υποδηλώνει κατανόηση. Περιλαμβάνει, επίσης, συμπεριφορές που εμπνέουν στους ασθενείς ασφάλεια και άνεση και τους δείχνουν ότι είναι άνθρωποι που χαίρουν εκτίμησης (Colliver, Willis, Robs, & Cohen, 1998).

Τέλος, η καθησύχαση αυξάνει τόσο την ικανοποίηση όσο και την εμπιστοσύνη του ασθενούς απέναντι στον ιατρό, ενώ παράλληλα μπορεί να βελτιώσει την έκβαση της θεραπείας και να μειώσει την αβεβαιότητα, το φόβο, το άγχος και τη συναισθηματική δυσφορία (Robin, & Leslie, 2006). Διότι, αναμφισβήτητα οι ασθενείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να έχουν στη διάθεση τους όλα τα στοιχεία που χρειάζονται προκειμένου να λάβουν τις δικές τους αποφάσεις. Ο τρόπος όμως με τον οποίο ο ιατρός

μεταδίδει την πληροφορία ότι μία ασθένεια, όπως ο καρκίνος, είναι πολύ σοβαρή μπορεί σίγουρα να επηρεάσει τις αντιδράσεις του ατόμου που πάσχει από αυτή. Αν γίνει ανεπιτυχώς, ο ασθενής μπορεί να χάσει τις ελπίδες του, να παρουσιάσει κατάθλιψη και να φτάσει σε απόγνωση (Robin, & Leslie, 2006).

6.3. Ποιότητα χρόνου

Ο χρόνος είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην ιατρική επίσκεψη και κατ' επέκταση στην επικοινωνία μεταξύ γιατρού-ασθενούς και στην ικανοποίηση του τελευταίου από τον πρώτο. Οι επαγγελματίες στον ιατρικό χώρο δεν έχουν στη διάθεσή τους αρκετό χρόνο και οι ασθενείς συνήθως χρειάζονται περισσότερο από αυτό που τους διατίθεται (Robin, & Leslie, 2006). Στην πραγματικότητα, μια ιατρική επίσκεψη μεγάλης διάρκειας δεν αποτελεί τον μοναδικό προβλεπτικό παράγοντα του υψηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών (Chung, Hamill, Kim, Walters, & Wilkins, 1999). Οι ασθενείς νιώθουν ευχαριστημένοι ακόμα κι όταν αφιερώνεται κάποιος μικρός χρόνος για να συνομιλήσουν απλώς με τον ιατρό. Με άλλα λόγια, εκτιμούν την ίδια τη σχέση που αναπτύσσουν με αυτόν (Gross, Zyzanski, Borawski, Cebul, 1998). Ωστόσο, δεν είναι οι μόνιμοι που νιώθουν πιο ικανοποιημένοι όταν η ιατρική επίσκεψη δεν είναι χρονικά πιεστική. Οι ιατροί αναφέρουν επίσης πως είναι πιο ικανοποιημένοι όταν αισθάνονται ότι είχαν στη διάθεσή τους αρκετό χρόνο για να αλληλεπιδράσουν με τους ασθενείς τους, ότι ασχολήθηκαν επαρκώς με τα ιατρικά ζητήματα που τους απασχολούν και ότι η επικοινωνία μαζί τους απέφερε θετικά αποτελέσματα (Probst, J.C., Greenhouse, D.L., & Selassie, 1997).

Οι ιατροί παραπονούνται συχνά ότι απλώς δεν έχουν αρκετό χρόνο να αφιερώσουν στη συνομιλία με τους ασθενείς τους. Πράγματι, τα ευρήματα σχετικών ερευνών δείχνουν ότι, όσο περισσότερο χρόνο διαθέτει ένας ιατρός στα άτομα που τον επισκέπτονται με σκοπό να λάβουν ιατρικές συμβουλές, τόσο λιγότερα χρήματα κερδίζει (Waitzkin, 1985). Επιπλέον, οι ιατροί έχουν την τάση να υποτιμούν τη χρονική διάρκεια που οι ασθενείς επιθυμούσαν να έχει η αλληλεπίδραση (Worchel, Prevatt, Miner, Allen, 1995). Μερικές φορές δεν κατορθώνουν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους, ακόμα και σε περιπτώσεις που κάτι τέτοιο είναι εφικτό, επειδή δεν αναγνωρίζουν τις πραγματικές τους ανάγκες.

Από την άλλη, παρότι η αντικειμενική διάρκεια του χρόνου που αφιερώνει ένας γιατρός στον ασθενή του επηρεάζει πράγματι το πλήθος των πληροφοριών που θα

ζητήσει ο δεύτερος (Beisecker & Beisecker, 1990), η ικανοποίηση του ασθενούς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό κι από την υποκειμενική αίσθησή του ότι ο ιατρός ασχολήθηκε για επαρκές χρονικό διάστημα με την κάλυψη των αναγκών του. Επομένως, αυτή η υποκειμενική αίσθηση του ασθενούς επηρεάζεται όχι τόσο από την ποσότητα, αλλά από την ποιότητα του χρόνου που του αφιερώνεται. Σχετίζεται συχνά με το βαθμό στον οποίο έχουν αποσαφηνιστεί οι απορίες του και έχουν καθησυχαστεί οι ανησυχίες, οι φοβίες και οι προβληματισμοί του. Δεδομένου όμως ότι δεν διαθέτουν όλοι οι γιατροί άριστες επικοινωνιακές δεξιότητες, οι σύντομες ιατρικές επισκέψεις ενέχουν τον κίνδυνο να μειωθεί σημαντικά η ικανοποίηση του ασθενούς και το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας που του παρέχεται να μην είναι το καλύτερο δυνατό (Beisecker & Beisecker, 1990)

6.4. Τύπος επικοινωνίας

Τέλος, ο τύπος επικοινωνίας που ακολουθεί ο γιατρός φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθει ο ασθενής. Για παράδειγμα, η εφαρμογή μίας περισσότερο «ασθενοκεντρικής», έναντι μιας «ιατροκεντρικής» προσέγγισης, σχετίζεται με αυξημένη ικανοποίηση από τον ασθενή (Williams, et al., 1998). Το «ασθενοκεντρικό» μοντέλο αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ολότητα, αξιοποιεί τις γνώσεις και την εμπειρία του και κάνει χρήση τεχνικών, όπως η προσεκτική ακρόαση, η αντανάκλαση συναισθημάτων, η ενθάρρυνση για ανάληψη μέρους της ευθύνης από τον ασθενή κ.λ.π. Το «ιατροκεντρικό» μοντέλο αξιοποιεί κυρίως τη γνώση και τις δεξιότητες του γιατρού. Οι Byrne και Long (όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005) βρήκαν ότι μεγαλύτερη είναι η χρήση του δεύτερου μοντέλου, παρά το ότι η εφαρμογή του συνεπάγεται προβλήματα, όπως η αυστηρή τήρηση μίας τυπικής και ψυχρής διαδικασίας, η ελάχιστη συζήτηση με τον ασθενή κ.α.

Εν κατακλείδι, η ικανοποίηση του ασθενούς με τον ιατρό έχει φανεί πως αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ιατρικής φροντίδας για διάφορους λόγους. Η υψηλή ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση ασθενούς-ιατρού σχετίζεται όχι μόνο με αυξημένη συμμόρφωση, αλλά και καλύτερη επικοινωνία και καλύτερη συνοχή στη θεραπεία. Επιπλέον, η ικανοποίηση επηρεάζει την πρόθεση αναζήτησης βοήθειας και αυξάνει την κατανόηση και συγκράτηση της πληροφορίας (Loblaw, 1999). Παράλληλα, αποτελεί και σημαντικό παράγοντα της ποιότητας ζωής του ασθενούς, καθώς οι ασθενείς που είναι

ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση που δέχονται βιώνουν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, όπως λιγότερες μεταβολές στη διάθεση, λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Mallinger, 2005). Για τους παραπάνω λόγους, η ικανοποίηση του ασθενούς χρησιμοποιείται ολόένα και περισσότερο στην αξιολόγηση της υγειονομικής φροντίδας ως ένα έμμεσο κριτήριο για την έκβαση της υγείας του ασθενούς, με βάση την υπόθεση ότι ένας ικανοποιημένος ασθενής θα είναι και περισσότερο υγιής (Odgen, 2000).

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στόχος της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι σχέσεις της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό με α) ορισμένους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, συγκεκριμένα την ευχαρίστηση που βιώνει κάποιος από τη ζωή και την αντίληψη της γενικής ψυχολογικής υγείας του, β) τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας, όπως η μαχητικότητα και η αποφυγή, γ) τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, όπως η χρονιότητα και ο προσωπικός έλεγχος, και με δ) ορισμένες δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές.

Οι κύριες υποθέσεις της έρευνας είναι δύο: 1) η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό μπορεί να προβλέψει άμεσα την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού. Με άλλα λόγια, οι γυναίκες που εμφανίζονται να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τον θεράποντα ιατρό τους, θα παρουσιάζουν και αυξημένα επίπεδα γενικής ψυχολογικής υγείας και ικανοποίησης από τη ζωή. Και 2) η ικανοποίηση του ασθενούς από το γιατρό μπορεί να προβλέψει έμμεσα την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας και των αναπαραστάσεων της ασθένειας.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1. Συμμετέχοντες

Το δείγμα αποτέλεσαν 141 γυναίκες, εκ των οποίων οι 80 ήταν μη καρκινοπαθείς και οι 61 μέλη του Πανελληνίου Συλλόγου γυναικών με καρκίνο μαστού «Άλμα ζωής». Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών με καρκίνο μαστού ήταν τα 48 έτη (SD=9.70). Η πλειονότητα αυτών ήταν έγγαμες (57.4%), εργάζονταν ως υπάλληλοι (49.2%) και το μορφωτικό τους επίπεδο αντιστοιχούσε στην ανώτερη εκπαίδευση (44.3%). Όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση, το εισόδημα των περισσότερων γυναικών κυμαινόταν από 751-1100€ (26.2%). Τα δύο δείγματα δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το επάγγελμα ($\chi^2 = 2.49$, $df = 5$, $p = .77$), το μορφωτικό επίπεδο ($\chi^2 = 3.34$, $df = 4$, $p = .50$), την οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2 = 7.30$, $df = 4$, $p = .12$) και το εισόδημα ($\chi^2 = 2.87$, $df = 7$, $p = .89$).

Σε σχέση με τις ιατρικές μεταβλητές, για τις περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού είχαν περάσει κατά μέσο όρο 12.4 μήνες από την ημερομηνία της διάγνωσης του καρκίνου. Την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι περισσότερες γυναίκες ήταν υπό θεραπεία (70.5%), εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό έκανε ορμονοθεραπεία (49.2%). Μόνο στο 6.6% (4 υποκείμενα) του δείγματος είχε παρατηρηθεί μετάσταση σε κάποιο άλλο όργανο, ενώ το συχνότερο στάδιο νόσου ήταν το στάδιο II (24.6%). Το 21.3% του δείγματος παρουσίαζε μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (Ductal Carcinoma In Situ), ενώ άλλο 23% δεν γνώριζε καθόλου το στάδιο της νόσου του. Τέλος, το 65.6% του δείγματος παρακολουθούνταν από ιατρό σε δημόσιο νοσοκομείο, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 34.4% που παρακολουθούνταν σε ιδιωτικό νοσοκομείο/ιατρείο.

1.2. Μέσα συλλογής των δεδομένων

Όλες οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας και το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από τη Ζωή, ενώ οι γυναίκες με καρκίνο μαστού συμπλήρωσαν επιπλέον το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από τον Ιατρό και την Κλίμακα Πνευματικής Προσαρμογής στον Καρκίνο (βλ. Παράρτημα Ι).

Γενική υγεία. Για τη μέτρηση της συνολικής ψυχολογικής υγείας οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρούφαλλο και Καραστεργίου (1990). Χρησιμοποιήθηκε η μορφή των 28 ερωτήσεων (π.χ., Αισθάνεσαι ότι δεν αντέχεις άλλο; Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση; Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;), στις οποίες οι συμμετέχουσες απάντησαν στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert από το «καλύτερα από όσο συνήθως» ως το «πολύ χειρότερα από όσο συνήθως». Το ερωτηματολόγιο διακρίνεται σε τέσσερις επιμέρους παράγοντες, που αξιολογούν α) τη σωματική υγεία (items 1-7, Cronbach $\alpha = .80$ στην παρούσα έρευνα), β) το άγχος και τα προβλήματα ύπνου (items 8-14, Cronbach $\alpha = .77$), γ) το βαθμό κοινωνικής δυσλειτουργίας (items 15-21, Cronbach $\alpha = .84$) και δ) τα επίπεδα κατάθλιψης (items 22-28, Cronbach $\alpha = .89$). Να σημειωθεί ότι υψηλότερη βαθμολογία ενός υποκειμένου στο ερωτηματολόγιο υποδηλώνει χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας.

Ικανοποίηση από τη Ζωή. Ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή, μετρήθηκε με την κλίμακα Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), η οποία αποτελείται από πέντε διαφορετικές προτάσεις που αξιολογούν τη γενικότερη ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη ζωή (π.χ., Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες, Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική) . Η κάθε γυναίκα καλείται να δηλώσει κατά πόσο διαφωνεί ή συμφωνεί με κάθε πρόταση, σημειώνοντας την απάντησή της σε επταβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από «Διαφωνώ έντονα» έως «Συμφωνώ πολύ». Υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο υποδηλώνει και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου είναι Cronbach $\alpha = .91$ για την παρούσα έρευνα.

Αναπαραστάσεις της Ασθένειας. Για την αξιολόγηση των αναπαραστάσεων του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (Revised Illness Perception Questionnaire/IPQ-R) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2001), το οποίο αποτελεί αναθεωρημένη έκδοση του Illness Perception Questionnaire/IPQ (Weinman, *et al.*, 1996), που βασίζεται στο Μοντέλο Αυτορρύθμισης του Howard Leventhal (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Η Ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου βρίσκεται στο επίσημο διαδικτυακό χώρο του ερωτηματολογίου “The Illness Perception Questionnaire Website” (www.uib.no/ipq/). Στο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας 38 ερωτήσεις αφορούν τις κύριες αναπαραστάσεις της ασθένειας, όπως η διάρκεια και η πορεία (Cronbach $\alpha = .79$ στην παρούσα έρευνα), η κυκλικότητα (Cronbach $\alpha = .72$), ο προσωπικός έλεγχος (Cronbach α

= .71), η θεραπευσιμότητα μέσω εφαρμογής της κατάλληλης θεραπείας (Cronbach α = .79), το νόημα της ασθένειας (Cronbach α = .70), οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις (Cronbach α = .88) και οι αντιληπτές συνέπειες (Cronbach α = .64). Στην παρούσα έρευνα, ο παράγοντας των συναισθηματικών αναπαραστάσεων δεν συμπεριλήφθηκε στις αναλύσεις, καθώς περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως «Ο καρκίνος του μαστού με κάνει να νιώθω αγχωμένη» ή «Καταθλίβομαι, όταν σκέφτομαι για τον καρκίνο του μαστού», οι οποίες έχουν ήδη αξιολογηθεί με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας.

Στο ίδιο ερωτηματολόγιο 18 ερωτήσεις αφορούν τα πιθανά αίτια του καρκίνου του μαστού, όπως η κληρονομικότητα, το στρες, η κακοτυχία, το κάπνισμα, τα οικογενειακά προβλήματα, ο χαρακτήρας της γυναίκας που καταπνίγει μέσα της τα συναισθήματά της. Η κάθε γυναίκα καλείται να δηλώσει κατά πόσο διαφωνεί ή συμφωνεί με κάθε πρόταση, σημειώνοντας την απάντησή της σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από «Διαφωνώ έντονα» έως «Συμφωνώ έντονα».

Στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας. Η Κλίμακα Πνευματικής Προσαρμογής στον Καρκίνο (Mental Adjustment to Cancer Scale) (Watson, 1988) αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει την «προσαρμογή» ή τις αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου. Στην ουσία, αποτελεί μία κλίμακα μέτρησης του τρόπου αντιμετώπισης των ατόμων με καρκίνο και περιλαμβάνει τις ακόλουθες πέντε υποκλίμακες: Μαχητικότητα (π.χ. «Αντιμετωπίζω την ασθένειά μου σαν μια κατάσταση που με προκαλεί να την παλέψω») (Cronbach α = .74 στο παρόν δείγμα), Αβοηθησία/Απελπισία (π.χ. «Νιώθω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να βοηθήσω τον εαυτό μου») (Cronbach α = .78), Αγχώδης Ενασχόληση (π.χ. «Ανησυχώ μήπως η κατάστασή μου χειροτερέψει ή επανεμφανιστεί») (Cronbach α = .54), Μοιρολατρία (π.χ. «Έχω αφεθεί στα χέρια του Θεού») (Cronbach α = .40), Αποφυγή («Δεν πιστεύω ότι πράγματι μου συμβαίνει κάτι σοβαρό»). Αποτελείται από 40 προτάσεις με τετράβαθμη διαβάθμιση, που κυμαίνεται από «δεν ισχύει για έμένα καθόλου» έως «ισχύει για εμένα απόλυτα». Στην παρούσα έρευνα, η κλίμακα *Μοιρολατρία* δεν συμπεριλήφθηκε στις στατιστικές αναλύσεις λόγω χαμηλού συντελεστή αξιοπιστίας (Cronbach α = .40).

Ικανοποίηση ασθενούς από τον ιατρό. Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τον ιατρό χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από τον Ιατρό (Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire - PMH/PSQ-MD) (Loblaw, 1999), το οποίο αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, που δημιουργήθηκε μετά από χορήγηση σε εξωτερικά ιατρεία ογκολογικής κλινικής στον Καναδά.. Περιλαμβάνει 29 θέματα-δηλώσεις, όπως «Κατανοώ την ασθένειά μου πολύ

καλύτερα αφότου είδα τον συγκεκριμένο ιατρό», «Ο ιατρός αυτός ενδιαφέρθηκε για μένα ως άτομο και όχι μόνο για την ασθένειά μου», «Ο ιατρός φάνηκε να αγνοεί τις ερωτήσεις μου». Διακρίνεται σε πέντε επιμέρους παράγοντες, που αξιολογούν: α) την ανταλλαγή πληροφοριών (items 1-10), β) τις διαπροσωπικές δεξιότητες (items 11-18), γ) την ενσυναίσθηση (items 19-24) και δ) την ποιότητα του χρόνου (items 25-29). Στην παρούσα έρευνα η εσωτερική συνοχή (Cronbach's alpha) βρέθηκε να είναι .96 για όλο το ερωτηματολόγιο και .92, .91, .90 και .87 για κάθε παράγοντα αντίστοιχα.

Για την προσαρμογή των ερωτηματολογίων της Ικανοποίησης από τον Ιατρό, της Πνευματικής Προσαρμογής στον Καρκίνο και της Ευχαρίστησης από τη Ζωή που ήταν αρχικά στην αγγλική γλώσσα χρησιμοποιήθηκε η εξής διαδικασία: Κάθε ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και επαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από αποφοίτους της Αγγλικής Φιλολογίας. Εν συνεχεία, επιφέραμε ορισμένες αλλαγές και γλωσσικές βελτιώσεις ώστε να τελειοποιηθεί η απόδοση στα ελληνικά.

1.3. Διαδικασία

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χώρο του Πανελληνίου Συλλόγου γυναικών με καρκίνο μαστού «Άλμα ζωής». Η διαδικασία προσέγγισης των γυναικών ήταν η ακόλουθη: Έπειτα από την πρώτη συνάντηση με την κοινωνική λειτουργό ή την ψυχολόγο του Συλλόγου, οι γυναίκες παραπέμπονταν στην ερευνήτρια με την οδηγία να τους δοθούν ερωτηματολόγια και να τα συμπληρώσουν σπίτι τους, ώστε να συμβάλλουν σε μια έρευνα αναφορικά με τη σχέση που διατηρούν με τον θεράποντα ιατρό τους. Μαζί με τα ερωτηματολόγια δινόταν συνοδευτική επιστολή, με την οποία κάθε γυναίκα ενημερωνόταν για το σκοπό και της σημασία της έρευνας, ενώ διαβεβαιωνόταν για το απόρρητο των απαντήσεών της. Η πλειονότητα των γυναικών δεχόταν με ευχαρίστηση να συμμετάσχει στην έρευνα (χορηγήθηκαν 24 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν 22).

Το βασικό κριτήριο αποκλεισμού του δείγματος ήταν οι γυναίκες να μην υπερβαίνουν τα δύο έτη από την ημερομηνία διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Η επιλογή αυτή θεωρήθηκε σκόπιμη, δεδομένου ότι τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο η γυναίκα διατηρεί μία στενότερη σχέση με τον θεράποντα ιατρό της λόγω των αυξημένων ιατρικών εξετάσεων και επισκέψεων που απαιτεί η θεραπευτική διαδικασία. Λόγω όμως του περιορισμένου αριθμού γυναικών που πληρούσαν το κριτήριο αυτό, χρειάστηκε επιπλέον να αποσταλούν ταχυδρομικές επιστολές βάσει των στοιχείων εγγραφής των γυναικών στο

Σύλλογο. Οι επιστολές περιελάμβαναν εσώκλειστο φάκελο, ο οποίος είχε προπληρωμένα ταχυδρομικά τέλη και έφερε τα στοιχεία του παραλήπτη, ώστε να αποσταλεί απευθείας μετά τη συμπλήρωση στον Σύλλογο. Μέσω των 79 ταχυδρομικών επιστολών επεστράφησαν 39 ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 47%).

Όσον αφορά το δείγμα των υγιών ατόμων η διαδικασία προσέγγισης ήταν η εξής: σε πρώτη φάση, επιλέχθηκαν γυναίκες, ηλικίας μεταξύ 30-60 ετών, που δεν είχαν προσβληθεί από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου στο παρελθόν. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια έθετε το ερώτημα εάν θέλουν να συμπληρώσουν κάποια ερωτηματολόγια στα πλαίσια μιας έρευνας για τις αντιλήψεις που υπάρχουν σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Κάθε άτομο διαβεβαιωνόταν για την ανωνυμία και το απόρρητο των απαντήσεων του και ακολουθούσε μια μικρή ενημέρωση για το σκοπό, τη σημασία της έρευνας και τα ερωτηματολόγια που θα συμπλήρωνε. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν σε κλειστό φάκελο και κατόπιν συνεννόησης γινόταν μια δεύτερη συνάντηση για την επιστροφή τους. Η πλειοψηφία των ατόμων έδειξε σημαντικό ενδιαφέρον να συμμετάσχει στην έρευνα.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Διαφορές γυναικών με καρκίνο μαστού και ομάδας ελέγχου ως προς τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής

Στον Πίνακα 1 παρατίθενται οι μέσοι όροι των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή και Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας) των γυναικών με καρκίνο μαστού και της ομάδας ελέγχου, καθώς και το t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων. Οι δύο ομάδες δεν φάνηκε να διαφέρουν ως προς τη γενική αντίληψη υγείας, παρά μόνο ως προς τα προβλήματα ύπνου και τα επίπεδα άγχους [$t(1, 137) = 2.05, p < .05$] που ήταν υψηλότερα για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού. Τα σωματικά συμπτώματα, τα επίπεδα κοινωνικής δυσλειτουργίας και κατάθλιψης δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Αναφορικά με την ικανοποίηση από τη ζωή, η ομάδα ελέγχου παρουσίασε μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με την ομάδα των γυναικών με καρκίνο [$t(1, 137) = -3.44, p < .01$].

Πίνακας 1: Διαφορές γυναικών με καρκίνο μαστού και ομάδας ελέγχου ως προς τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, και t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων

	<i>Ικανοποίηση από τη ζωή</i>	<i>Γενική αντίληψη υγείας</i>	<i>Σωματική υγεία</i>
<i>Γυναίκες με καρκίνο</i>	4.16	1.89	1.90
<i>Ομάδα ελέγχου</i>	5.00	1.77	1.83
<i>t-κριτήριο (df)</i>	-3.44** (1, 137)	1.63 (1, 137)	.81 (1, 137)
	<i>Άγχος/Προβλήματα ύπνου</i>	<i>Κοινωνική δυσλειτουργία</i>	<i>Κατάθλιψη</i>
	2.16	2.04	1.45
	1.94	1.95	1.37
	2.05* (1, 137)	1.15 (1, 137)	.90 (1, 137)

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

Διαφορές γυναικών με καρκίνο μαστού και ομάδας ελέγχου ως προς την αναπαράσταση και τα αίτια του καρκίνου του μαστού

Αναφορικά με τις αναπαραστάσεις του καρκίνου του μαστού, οι δύο ομάδες διέφεραν ως προς τις αντιλήψεις τους σχετικά με τη χρονιότητα της νόσου [$t(1, 139) = -2.52, p < .05$] και ως προς τις πεποιθήσεις τους σχετικά τον προσωπικό έλεγχο της νόσου [$t(1, 139) = -6.90, p < .01$]. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου θεωρούν περισσότερο χρόνια και μόνιμη μία ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού, συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν νοσήσει. Επίσης, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου πιστεύουν ότι διαθέτουν μεγαλύτερο προσωπικό έλεγχο της ασθένειας σε σχέση με τις γυναίκες με καρκίνο μαστού, οι οποίες αναφέρουν ως σημαντικότερο τον θεραπευτικό και όχι τον προσωπικό έλεγχο της ασθένειας.

Αναφορικά με τα αίτια της ασθένειας, παρουσιάστηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αναπαραστάσεις των δύο ομάδων. Αρχικά, διακρίναμε τα αίτια σε δύο υποομάδες: στα αίτια προσωπικού ελέγχου (π.χ., «ο χαρακτήρας που δεν εκδηλώνεται και καταπνίγει μέσα του πολλά συναισθήματα», «απουσία προληπτικών εξετάσεων») και στα αίτια εξωτερικού ελέγχου (π.χ., «μόλυνση στο περιβάλλον», «κληρονομικότητα»). Η σύγκριση των μέσων όρων των τιμών των δύο ομάδων δεν

παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αν και διαφαινόταν η τάση για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού να αποδίδουν περισσότερο την ασθένειά τους σε εσωτερικά αίτια.

Όταν διακρίναμε τα αίτια σε ψυχολογικά (π.χ. «στρες ή μεγάλο άγχος λόγω εξωτερικών καταστάσεων», σε συμπεριφορικά (π.χ., «δίαιτα ή κακές διατροφικές συνήθειες», «κάπνισμα»), σε βιολογικά (π.χ. «μικρόβιο ή ιός») και στην κακοτυχία, παρατηρήσαμε ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού απέδιδαν περισσότερο τον καρκίνο σε ψυχολογικά αίτια από ότι οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου [$t(1, 139) = 4.11, p < .01$].

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται οι μέσοι όροι όλων των αιτιολογικών αποδόσεων των γυναικών με καρκίνο μαστού και της ομάδας ελέγχου, καθώς και το t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων. Παρατηρούμε ότι συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού αποδίδουν περισσότερο την αιτιολογία της ασθένειάς τους στο στρες ή μεγάλο άγχος λόγω εξωτερικών καταστάσεων [$t(1, 139) = 3.31, p < .01$], στη μόλυνση του περιβάλλοντος [$t(1, 139) = 2.83, p < .01$], στα οικογενειακά προβλήματα [$t(1, 139) = 2.88, p < .01$], στην πολλή δουλειά [$t(1, 139) = 3.18, p < .01$], στη συναισθηματική μοναξιά [$t(1, 139) = 2.84, p < .01$] και στη συναισθηματική καταπίεση [$t(1, 139) = 4.74, p < .01$]. Αντίθετα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου αποδίδουν την αιτιολογία του καρκίνου μαστού περισσότερο στην κληρονομικότητα [$t(1, 139) = -3.52, p < .01$], στην ελλιπή ιατρική φροντίδα [$t(1, 139) = -2.40, p < .05$], στην απουσία προληπτικών εξετάσεων [$t(1, 139) = -2.47, p < .05$] και στο κάπνισμα [$t(1, 139) = -2.55, p < .05$].

Πίνακας 2: Διαφορές γυναικών με καρκίνο μαστού και ομάδας ελέγχου ως προς τα αίτια της ασθένειας, και *t*-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων

	<i>Στρες ή άγχος</i>	<i>Κληρονομικότητα</i>	<i>Μικρόβιο ή ιός</i>	<i>Δίαιτα</i>	<i>Κακοτοχία</i>
<i>Γυναίκες με καρκίνο</i>	4.18	3.83	2.36	3.26	2.96
<i>Ομάδα ελέγχου</i>	3.68	4.28	2.42	3.25	2.78
<i>t</i> -κριτήριο	3.31**	-3.52**	-.43	.07	.89
<i>(df)</i>	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)
	<i>Ελλιπής ιατρική φροντίδα</i>	<i>Μόλυνση στο περιβάλλον</i>	<i>Απουσία προληπτικών εξετάσεων</i>	<i>Αρνητική σκέψη για τη ζωή</i>	<i>Οικογενειακά προβλήματα</i>
	3.06	4.04	3.85	3.37	3.55
	3.52	3.63	4.26	3.02	3.05
	-2.40*	2.83**	-2.47*	1.92	2.88**
	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)
	<i>Πολλή δουλειά</i>	<i>Συναισθηματική μοναξιά, κενό</i>	<i>Μεγάλη ηλικία</i>	<i>Αλκοόλ</i>	<i>Κάπνισμα</i>
	3.11	3.52	2.37	2.83	3.19
	2.58	3.00	2.35	2.85	3.61
	3.18**	2.84**	.17	-.09	-2.55*
	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)
	<i>Τραυματισμός στο στήθος</i>	<i>Καταπίεση συναισθημάτων</i>	<i>Πεσμένη άμυνα οργανισμού</i>		
	2.60	4.08	3.72		
	2.88	3.33	3.51		
	-1.80	4.74**	1.27		
	(1, 139)	(1, 139)	(1, 139)		

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

Ψυχοκοινωνική προσαρμογή και δημογραφικές μεταβλητές

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ως προς την ηλικία, το επάγγελμα, τη μόρφωση, την οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα. Επίσης, αναγράφεται το t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων. Η επιλογή του t-κριτηρίου οφείλεται στην εμφανή συγκέντρωση των τιμών σε δύο κατηγορίες απαντήσεων, όπως φαίνεται κι από την κεντρική τιμή (median) των μεταβλητών.

Παρατηρούμε ότι ως προς την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από τη ζωή και στη γενική αντίληψη υγείας. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, σημειώνεται μόνο μία στατιστικώς σημαντική διαφορά, στην ικανοποίηση από τη ζωή [$t(1, 59) = -2.23, p < .05$]. Οι έγγαμες γυναίκες δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με τις άγαμες, τις διαζευγμένες και τις χήρες. Επίσης, ως προς το επάγγελμα, παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές μόνο ως προς τη σωματική υγεία [$t(1, 59) = 2.30, p < .05$], όπου οι εργαζόμενες γυναίκες (υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες) αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα από τις μη εργαζόμενες (συνταξιούχοι, οικιακά, σε αναζήτηση εργασίας, άλλο).

Οι σημαντικότερες όμως διαφορές στους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παρατηρούνται ως προς την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Το εισόδημα μίας γυναίκας φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά όλες τις κλίμακες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και συγκεκριμένα οι γυναίκες με εισόδημα από 1.100-3.500ευρώ και άνω εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή [$t(1, 59) = -2.13, p < .01$] και καλύτερη γενική αντίληψη υγείας [$t(1, 59) = 4.38, p < .01$]. Πιο αναλυτικά, αναφέρουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα [$t(1, 59) = 2.49, p < .01$], χαμηλότερα επίπεδα άγχους και λιγότερα προβλήματα στον ύπνο [$t(1, 59) = 4.69, p < .01$]. Τέλος, αντιλαμβάνονται λιγότερο μειωμένη τη λειτουργικότητα τους [$t(1, 59) = 2.09, p < .01$] και βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης [$t(1, 59) = 3.52, p < .01$] σε σχέση με τις γυναίκες χαμηλότερου εισοδήματος.

Πίνακας 3: Μέσοι όροι των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ως προς την ηλικία, το επάγγελμα, τη μόρφωση, την οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα, και t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων

	<i>Ικανοποίηση από τη ζωή</i>	<i>Γενική αντίληψη υγείας</i>	<i>Σωματική υγεία</i>	<i>Άγχος/Προβλήματα ύπνου</i>	<i>Κοινωνική δυσλειτουργία</i>	<i>Κατάθλιψη</i>
<i>29-46 ετών</i>	4.23	1.88	1.96	2.14	1.95	1.48
<i>47-67 ετών</i>	4.04	1.92	1.87	2.23	2.14	1.43
<i>t-κριτήριο (df)</i>	.45 (1, 58)	-.29 (1, 58)	.65 (1, 58)	-.52 (1, 58)	-1.44 (1, 58)	.33 (1, 58)
<i>Εργαζόμενες</i>	4.21	1.91	2.04	2.13	2.01	1.45
<i>Μη εργαζόμενες</i>	4.09	1.87	1.73	2.20	2.08	1.46
<i>t-κριτήριο (df)</i>	.28 (1, 59)	.33 (1, 59)	2.30* (1, 59)	-.37 (1, 59)	-.57 (1, 59)	-.09 (1, 59)
<i>Δημοτ-Γυμνασ-Αύκειο</i>	4.12	1.96	1.98	2.26	2.12	1.49
<i>AEI</i>	4.20	1.80	1.80	2.04	1.94	1.41
<i>t-κριτήριο (df)</i>	-.17 (1, 59)	1.45 (1, 59)	1.29 (1, 59)	1.31 (1, 59)	1.34 (1, 59)	.56 (1, 59)
<i>Ζουν μόνες</i>	3.66	2.00	2.04	2.25	2.12	1.60
<i>Ζουν με οικείους</i>	4.52	1.80	1.80	2.09	1.98	1.34
<i>t-κριτήριο (df)</i>	-2.23* (1, 59)	1.71 (1, 59)	1.72 (1, 59)	.93 (1, 59)	1.09 (1, 59)	1.82 (1, 59)
<i>Εισόδημα έως 1.100€</i>	3.65	2.16	2.11	2.58	2.20	1.75
<i>Εισόδημα 1.100-3.500€</i>	4.48	1.71	1.77	1.89	1.93	1.27
<i>t-κριτήριο (df)</i>	-2.13** (1, 59)	4.38** (1, 59)	2.49** (1, 59)	4.69** (1, 59)	2.09** (1, 59)	3.52** (1, 59)

* p < 0.05 ** p < 0.01

Πίνακας 4: Μέσοι όροι των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ως προς το χρόνο από τη διάγνωση, το στάδιο της νόσου, τον τύπο χειρουργικής επέμβασης και τη χημειοθεραπεία, και t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων

	<i>Ικανοποίηση από τη ζωή</i>	<i>Γενική αντίληψη υγείας</i>	<i>Σωματική υγεία</i>	<i>Άγχος/Προβλήματα ύπνου</i>	<i>Κοινωνική δυσλειτουργία</i>	<i>Κατάθλιψη</i>
<i>2-12μήνες από διάγνωση</i>	3.79	1.93	1.95	2.26	2.06	1.45
<i>13-24μήνες από διάγνωση</i>	4.56	1.84	1.85	2.05	2.01	1.46
<i>t-κριτήριο (df)</i>	-2.02*	.79	.77	1.27	.36	-.05
	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)
<i>In situ, στάδιο I</i>	4.25	1.94	1.98	2.32	2.07	1.39
<i>Στάδια II, III, IV</i>	4.22	1.80	1.84	2.04	1.94	1.39
<i>t-κριτήριο (df)</i>	.05	1.09	.86	1.49	.90	-.04
	(1, 45)	(1, 45)	(1, 45)	(1, 45)	(1, 45)	(1, 45)
<i>Μερική μαστεκτομή</i>	4.10	1.91	1.88	2.15	2.08	1.55
<i>Ολική μαστεκτομή</i>	4.22	1.86	1.93	2.17	2.00	1.35
<i>t-κριτήριο (df)</i>	-.28	.44	-.37	-.12	.57	1.41
	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)
<i>Χημειοθεραπεία-Ναι</i>	4.28	1.86	1.96	2.04	2.03	1.42
<i>Χημειοθεραπεία-Όχι</i>	3.84	1.96	1.76	2.47	2.07	1.54
<i>t-κριτήριο (df)</i>	.99	-.76	1.53	-2.32*	-.37	-.74
	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)	(1, 59)

* $p < 0.05$

Ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ιατρικές μεταβλητές

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ως προς το χρόνο από τη διάγνωση, το στάδιο της νόσου, τον τύπο χειρουργικής επέμβασης και τη χημειοθεραπεία, καθώς και το t-κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων.

Ως προς το χρόνο από τη διάγνωση, παρατηρούμε μόνο μία στατιστικώς σημαντική διαφορά, στην ικανοποίηση από τη ζωή [$t(1, 59) = -2.02, p < .05$]. Οι γυναίκες που είχαν συμπληρώσει πάνω από ένα έτος από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (13 έως 24 μήνες) δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν συμπληρώσει λιγότερο από ένα έτος (2 έως 12 μήνες). Φαίνεται δηλαδή πως όσο περνάει ο χρόνος από το τραυματικό γεγονός της διάγνωσης, τόσο αυξάνεται η ικανοποίηση των γυναικών από τη ζωή. Επίσης, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου τους εμφανίζουν λιγότερο άγχος και λιγότερα προβλήματα ύπνου [$t(1, 59) = -2.32, p < .05$] από εκείνες που ακολούθησαν άλλες μορφές θεραπείας.

Ως προς το στάδιο της νόσου και τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης δεν παρουσιάζεται καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Ψυχοκοινωνική προσαρμογή, Ικανοποίηση ασθενούς από τον ιατρό, Στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας, Αναπαραστάσεις της ασθένειας

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5), παρατίθενται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι συσχετίσεις (Pearson r) που προέκυψαν μεταξύ όλων των μεταβλητών της έρευνας. Παρατηρούμε, ότι η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό παρουσιάζει στατιστικώς σημαντικούς δείκτες συσχέτισης με την ευχαρίστηση από τη ζωή (Pearson $r = .37$), ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση αυτής με την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας. Από τις στρατηγικές αντιμετώπισης, η μαχητικότητα και η αβοηθησία/απελπισία έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τον ιατρό. Συγκεκριμένα, η αυξημένη ικανοποίηση της γυναίκας με καρκίνο μαστού από τον ιατρό της συσχετίζεται με αυξημένο πνεύμα μαχητικότητας στην αντιμετώπιση της ασθένειάς της (Pearson $r = -.38$) και με μειωμένο αίσθημα αβοηθησίας/απελπισίας (Pearson $r = .30$).

Πίνακας 5. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ενδοσυνάφειες των μεταβλητών της έρευνας

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1.Ικανοποίηση από ιατρό	1.00																					
2.Ανταλλαγή πληροφοριών	.91**	1.00																				
3.Διαπροσωπικές δεξιότητες	.92**	.79**	1.00																			
4.Ενσυναίσθηση	.90**	.72**	.79**	1.00																		
5.Ποιότητα χρόνου	.86**	.68**	.71**	.82**	1.00																	
6.Γενική αντίληψη υγείας	-.21	-.20	-.13	-.16	-.28*	1.00																
7.Σωματική υγεία	-.12	-.16	-.02	-.09	-.18	.74**	1.00															
8.Άγχος	-.18	-.18	-.11	-.13	-.26*	.85**	.52**	1.00														
9.Κοινωνική δυσλειτουργία	-.09	-.13	-.04	-.02	-.17	.81**	.62**	.55**	1.00													
10.Κατάθλιψη	-.24	-.15	-.23	-.26*	-.25	.69**	.22	.51**	.41**	1.00												
11.Ικανοποίηση από ζωή	.37**	.28*	.33**	.37**	.39**	-.49**	-.26*	-.43**	-.36**	-.47**	1.00											
12.Μαχητικότητα	.30*	.33**	.18	.23	.36**	-.51**	-.32**	-.49**	-.43**	-.33**	.39**	1.00										
13.Αβοηθησία/Απελπισία	-.38**	-.37**	-.34**	-.29*	-.37**	.58**	.35**	.55**	.44**	.46**	-.42**	-.65**	1.00									
14.Αγχώδης ενασχόληση	-.15	-.16	-.11	-.12	-.14	.17	.22	.16	-.00	.13	-.22	-.12	.40**	1.00								
15.Αποφυγή	-.11	-.07	-.21	-.03	-.08	.10	-.16	.14	.10	.21	-.03	-.09	.24	-.06	1.00							
16.Χρόνια πορεία	-.28*	-.29*	-.23	-.20	-.30*	.23	.32*	.16	.20	.05	-.29*	-.18	.35**	.48**	-.14	1.00						
17.Κυκλικότητα	-.23	-.19	-.26*	-.15	-.25*	.11	.04	.12	.11	.05	-.04	-.05	.29*	.23	.10	.35**	1.00					
18.Συνέπειες	-.37**	-.40**	-.28*	-.34**	-.32*	.19	.28*	.14	.14	.03	-.37**	-.32*	.28	.42**	-.18	.61**	.24	1.00				
19.Προσωπικός έλεγχος	-.70**	-.61**	-.72**	-.67**	-.51**	.07	.04	.03	-.02	.17	-.26*	-.12	.06	-.05	.12	-.01	-.13	.14	1.00			
20.Θεραπευτικός έλεγχος	.38**	.35**	.32*	.27*	.49**	-.43**	-.33**	-.43**	-.33**	-.25	.41**	.44**	-.55**	-.24	-.18	-.37**	-.42**	-.33**	.01	1.00		
21.Απουσία νοήματος νόσου	.30*	.20	.35**	.25*	.29*	-.13	.01	-.16	-.06	-.17	.19	.07	-.35**	-.28*	-.24	-.26*	-.38**	-.14	-.06	.34**	1.00	
Μέσος όρος	3.69	3.79	3.69	3.42	3.81	1.89	1.90	2.16	2.04	1.45	4.16	3.12	1.86	2.82	2.09	3.35	3.01	3.62	3.14	3.81	2.82	
Τυπική απόκλιση	.74	.74	.83	.91	.83	.44	.53	.65	.50	.56	1.52	.32	.52	.38	.85	.67	.66	.59	.50	.54	.71	

* p < 0.05 ** p < 0.01

Όσον αφορά τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, παρατηρούμε ότι η ικανοποίηση από τον ιατρό συσχετίζεται αρνητικά τόσο με την χρόνια πορεία (Pearson $r = -.28$), όσο και με τις συνέπειες (Pearson $r = -.37$) και τον προσωπικό έλεγχο (Pearson $r = -.70$). Επίσης, η ικανοποίηση συσχετίζεται θετικά με τον θεραπευτικό έλεγχο (Pearson $r = .38$), και την απουσία νοήματος της ασθένειας (Pearson $r = .30$). Η πλέον, όμως, δυνατή σχέση εμφανίζεται να είναι με τον προσωπικό έλεγχο (Pearson $r = -.70$). Όσο λιγότερο ικανοποιημένη εμφανίζεται να είναι η γυναίκα από τον θεράποντα ιατρό της, τόσο περισσότερο πιστεύει ότι μπορεί η ίδια να ελέγξει τη νόσο της. Αντίθετα, όσο περισσότερο ικανοποιημένη είναι από τον θεράποντα ιατρό της, τόσο περισσότερο πιστεύει ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ελεγχθεί με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

Όσον αφορά τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω μελέτη, παρατηρούμε ότι η ευχαρίστηση από τη ζωή συσχετίζεται αρνητικά τόσο με την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας (Pearson $r = -.49$) όσο και με τους τέσσερις παράγοντες του δείκτη αυτού. Συγκεκριμένα, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ ευχαρίστησης από τη ζωή και αναφοράς σωματικών συμπτωμάτων (Pearson $r = -.26$), ανησυχίας και προβλημάτων ύπνου (Pearson $r = -.43$), κοινωνικής δυσλειτουργικότητας (Pearson $r = -.36$) και κατάθλιψης (Pearson $r = -.47$). Επίσης, η ικανοποίηση από τη ζωή συσχετίζεται θετικά με το αίσθημα μαχητικότητας (Pearson $r = .39$) και αρνητικά με το αίσθημα αβοηθησίας/απελπισίας (Pearson $r = -.42$). Όσον αφορά τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, η ικανοποίηση από τη ζωή συσχετίζεται αρνητικά με τη χρόνια πορεία (Pearson $r = -.29$), τις συνέπειες (Pearson $r = -.37$) και τον προσωπικό έλεγχο (Pearson $r = -.26$) και θετικά με τον θεραπευτικό έλεγχο (Pearson $r = .41$).

Αναφορικά με τη γενική αντίληψη υγείας, παρατηρούμε ορισμένες σημαντικές συνάψεις με δύο από τις στρατηγικές αντιμετώπισης και έναν παράγοντα από τις αναπαραστάσεις της ασθένειας. Συγκεκριμένα, η γενική αντίληψη υγείας συσχετίζεται αρνητικά με το αίσθημα μαχητικότητας (Pearson $r = -.51$) και θετικά με το αίσθημα αβοηθησίας/απελπισίας (Pearson $r = .58$). Σημαντική αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται και μεταξύ της γενικής αντίληψης υγείας και του θεραπευτικού ελέγχου (Pearson $r = -.43$).

Σημαντικές συνάψεις παρατηρούνται και μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας και των αναπαραστάσεων του καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα, η

μαχητικότητα συσχετίζεται αρνητικά με τις συνέπειες (Pearson $r = -.32$) και θετικά με τον θεραπευτικό έλεγχο (Pearson $r = .44$). Η αβοηθησία/απελπισία συσχετίζεται θετικά με την χρόνια πορεία (Pearson $r = .35$) και την κυκλικότητα (Pearson $r = .29$) και αρνητικά με τον θεραπευτικό έλεγχο (Pearson $r = -.55$) και την απουσία νοήματος της ασθένειας (Pearson $r = -.35$). Η αγχώδης ενασχόληση συσχετίζεται θετικά με την χρόνια πορεία (Pearson $r = .48$) και τις συνέπειες (Pearson $r = .42$) και αρνητικά με την απουσία νοήματος της ασθένειας (Pearson $r = -.28$). Τέλος, η αποφυγή δεν συσχετίζεται με κανέναν από τους παράγοντες των συναισθηματικών αναπαραστάσεων της νόσου.

Οι σχέσεις μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό & όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών επί των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής

Ένας από τους κύριους στόχους της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι σχέσεις των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής με την ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, καθώς και με τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές. Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό, προβήκαμε σε δύο ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης και ελέγξαμε την προβλεπτική ισχύ όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών επί της ικανοποίησης από τη ζωή και της γενικής αντίληψης υγείας.

Στην πρώτη ανάλυση ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης (Πίνακας 6), προστέθηκαν πρώτες οι σημαντικότερες δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές και δεν έδειξαν να επηρεάζουν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της ικανοποίησης από τη ζωή ($F_{9,37} = 1.96$, $p = .072$). Όταν προσθέσαμε κατόπιν τις ψυχολογικές μεταβλητές, βρέθηκε ότι αυτές ήταν υπεύθυνες για ένα σημαντικό ποσοστό 28% της διακύμανσης ($F_{14,23} = 2.30$, $p = .037$). Μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης φαίνεται να έχει η ικανοποίηση του ασθενούς από την ανταλλαγή πληροφοριών με τον ιατρό, ενώ από τις δημογραφικές μεταβλητές διακρίνονται η οικογενειακή κατάσταση και ο χρόνος από τη διάγνωση.

Στη δεύτερη ανάλυση ιεραρχικής παλινδρόμησης (Πίνακας 7), οι ίδιες μεταβλητές δεν έδειξαν να επηρεάζουν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της γενικής αντίληψης υγείας ($F_{14,23} = 1.89$, $p = .085$). Από όλες τις μεταβλητές, η μόνη που φάνηκε να προβλέπει σημαντικά τα επίπεδα της γενικής αντίληψης υγείας ήταν το εισόδημα ($\beta = -.40$, $T = -2.28$, $p < 0.05$).

Πίνακας 6: Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης των δημογραφικών, ιατρικών & όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών επί της ικανοποίησης από τη ζωή

	β	T	R	R^2	F	df
Βήμα 1:			.56	.32	1.96	9, 37
Ηλικία	-.11	-.75				
Επάγγελμα	-.13	-.85				
Εκπαίδευση	-.11	-.71				
Οικογενειακή κατάσταση	.43	2.50*				
Εισόδημα	.04	.28				
Στάδιο νόσου	-.16	-1.08				
Τύπος επέμβασης	-.04	-.25				
Μήνες από διάγνωση	.42	2.78**				
Τώρα σε θεραπεία	-.11	-.74				
Βήμα 2:			.84	.71	2.55*	23, 23
Ανταλλαγή πληροφοριών	-.57	-2.04*				
Διαπροσωπικές δεξιότητες	-.45	-1.10				
Ενσυναίσθηση	.40	1.19				
Ποιότητα χρόνου	-.03	-.14				
Μαχητικότητα	.11	.61				
Αβοηθησία/Απελπισία	-.09	-.41				
Αγχώδης ενασχόληση	.16	.83				
Αποφυγή	.12	.80				
Χρόνια πορεία	-.35	-1.65				
Κυκλικότητα	.16	.96				
Συνέπειες	-.21	-1.03				
Προσωπικός έλεγχος	-.44	-1.76				
Θεραπευτικός έλεγχος	.19	.99				
Απουσία νοήματος νόσου	.23	1.32				

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

Πίνακας 7: Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης των δημογραφικών, ιατρικών & όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών επί της γενικής ψυχολογικής υγείας

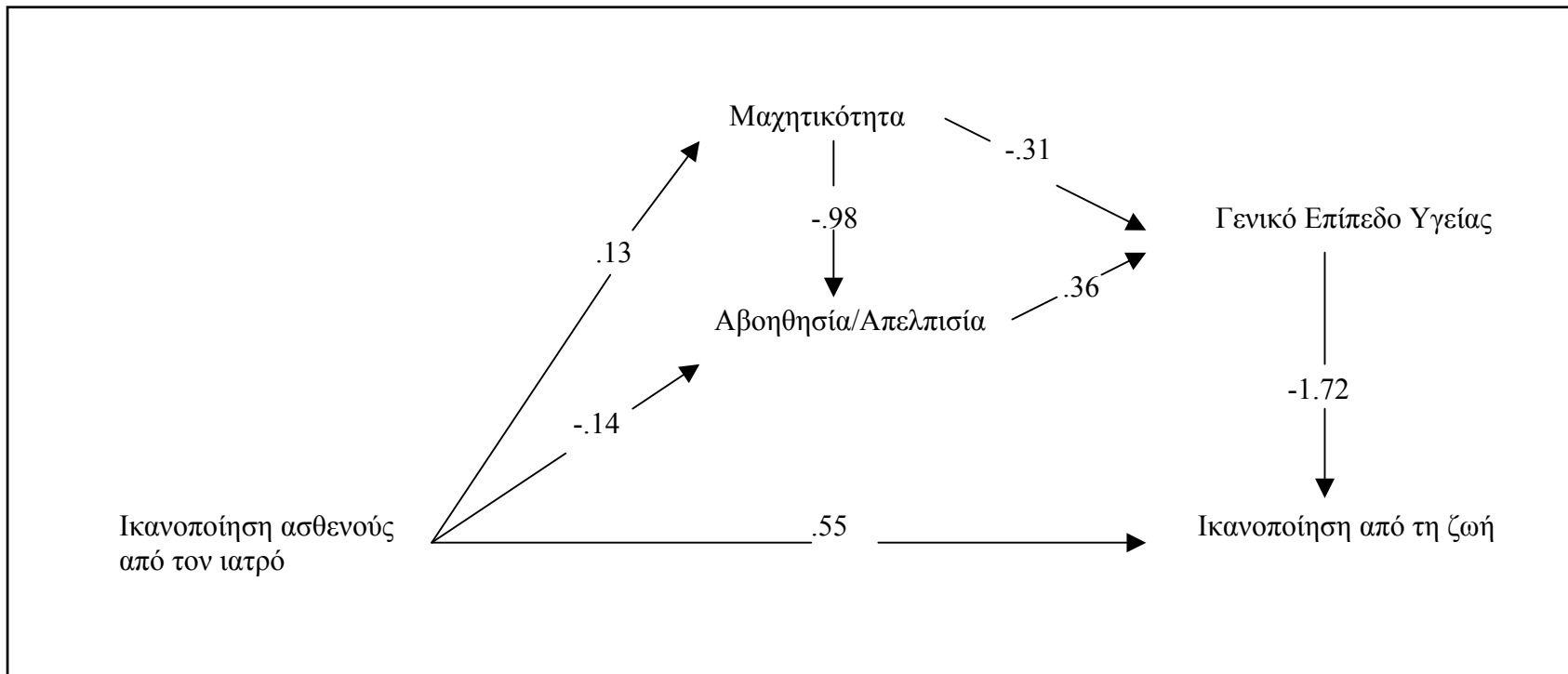
	β	T	R	R^2	F	df
Βήμα 1:			.52	.27	1.52	9, 37
Ηλικία	.06	.39				
Επάγγελμα	.08	.50				
Εκπαίδευση	.00	.04				
Οικογενειακή κατάσταση	-.13	-.77				
Εισόδημα	-.41	-2.28*				
Στάδιο νόσου	-.13	-.87				
Τύπος επέμβασης	-.01	-.10				
Μήνες από διάγνωση	-.14	-.92				
Τώρα σε θεραπεία	.00	.03				
Βήμα 2:			.81	.66	1.89	23, 23
Ανταλλαγή πληροφοριών	.04	.13				
Διαπροσωπικές δεξιότητες	.61	1.36				
Ενσυναίσθηση	.11	.31				
Ποιότητα χρόνου	-.09	-.34				
Μαχητικότητα	-.11	-.60				
Αβοηθησία/Απελπισία	.39	1.48				
Αγχώδης ενασχόληση	-.02	-.09				
Αποφυγή	-.19	-1.13				
Χρόνια πορεία	.30	1.28				
Κυκλικότητα	-.31	-1.63				
Συνέπειες	-.21	-.95				
Προσωπικός έλεγχος	.37	1.35				
Θεραπευτικός έλεγχος	-.35	-1.65				
Απουσία νοήματος νόσου	-.11	.59				

* $p < 0.05$

Οι σχέσεις της ικανοποίησης του ασθενούς με τον ιατρό με τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας και τις αναπαραστάσεις της ασθένειας

Προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις της έρευνας προβήκαμε σε μια ανάλυση διαδρομών με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Lisrel 8 (Joreskog & Sorbom, 1993). Το μοντέλο παρουσιάζεται στο Σχήμα 1. Το χ^2 ήταν .52 (d.f. =3, p = .91, AGFI = .98, CFI = 1.00) δείχνοντας ότι τα δεδομένα της έρευνας παρέχουν επαρκή στήριξη στο συγκεκριμένο μοντέλο. Στο μοντέλο που ελέγξαμε, οριζόταν αρχικά ότι η ικανοποίηση από τη ζωή προβλέπεται από την ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό και από το γενικό επίπεδο υγείας. Το γενικό επίπεδο υγείας οριζόταν ότι προβλέπεται από τη μαχητικότητα και την αβοηθησία/απελπισία, ενώ η μαχητικότητα και η αβοηθησία/απελπισία προβλέπονται από την ικανοποίηση από τον ιατρό και μεταξύ τους. Στο Σχήμα 1 παρουσιάζονται οι β-τιμές των συσχετίσεων, όπως προέκυψαν από την ανάλυση διαδρομών. Όλες οι συσχετίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό προβλέπει άμεσα την ικανοποίηση από τη ζωή και έμμεσα το γενικό επίπεδο υγείας μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, η ικανοποίηση από τον ιατρό προβλέπει θετικά το πνεύμα μαχητικότητας και αρνητικά το αίσθημα αβοηθησίας/απελπισίας. Επίσης, το γενικό επίπεδο υγείας προβλέπει αρνητικά την ικανοποίηση από τη ζωή και η μαχητικότητα προβλέπει αρνητικά την αβοηθησία/απελπισία.



Σχήμα 1. Ανάλυση διαδρομών μεταξύ της ικανοποίησης από τη ζωή, του γενικού επιπέδου υγείας, των στρατηγικών αντιμετώπισης και της ικανοποίησης από τον ιατρό, καθώς και οι β-τιμές των σημαντικών διαδρομών.

ΜΕΡΟΣ IV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα ευρήματα (διαφορές μέσω όρων), οι γυναίκες με καρκίνο μαστού δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ως προς τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, παρά μόνο ως προς τα επίπεδα άγχους και την ικανοποίηση από τη ζωή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού βιώνουν περισσότερο άγχος και προβλήματα ύπνου και οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Ωστόσο, όσο αυξάνεται ο χρόνος από τη διάγνωση του καρκίνου, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των γυναικών με καρκίνο μαστού από τη ζωή. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, που υποδεικνύει ότι οι περισσότεροι καρκινοπαθείς θα προσαρμοστούν τελικά στις σωματικές, συναισθηματικές και υπαρξιακές αλλαγές που επιφέρει η νόσος τους και θα ενσωματώσουν τον καρκίνο στη ζωή τους (Gotheridge, & Dresner, 2002). Με την πάροδο του χρόνου, οι ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των γυναικών με καρκίνο μαστού μειώνονται σε επίπεδα αντίστοιχα άλλων χρόνιων ασθενειών και αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού (Bleiker *et al.*, 2000· Goldberg, Scott, Davidson, Murray, Stallard, & Maguire, 1992· Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, & Masse, 1998· Gotay, & Muraoka, 1998). Με άλλα λόγια, οι περισσότερες ψυχολογικές αντιδράσεις των γυναικών με καρκίνο μαστού αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις απέναντι σε ένα στρεσογόνο και απειλητικό για τη ζωή γεγονός και ως εκ τούτου δεν πρέπει να διογκώνονται και να προκαλούν το φόβο. Από την άλλη, βέβαια, δεν πρέπει να υποβιβάζονται και να αγνοούνται, δεδομένου ότι για ορισμένο αριθμό γυναικών η ψυχολογική καταπόνηση μπορεί να εξελιχτεί σε δυσπροσαρμοστικές ψυχολογικές αντιδράσεις, που κυμαίνονται από το αντιδραστικό άγχος και την κατάθλιψη μέχρι την αγχώδη διαταραχή και την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Jones, 2001).

Αναφορικά με τις αναπαραστάσεις του καρκίνου του μαστού, οι δύο ομάδες διέφεραν ως προς τις αντιλήψεις τους σχετικά με τη χρονιότητα της νόσου και ως προς τις πεποιθήσεις τους σχετικά τον προσωπικό έλεγχο της νόσου. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου θεωρούν περισσότερο χρόνια και μόνιμη μία ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού, συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν νοσήσει. Το γεγονός αυτό

συμφωνεί με παρατηρήσεις άλλων ερευνητών (Buick, & Petrie, 2002), όπου οι υγιείς γυναίκες φαίνεται να υπερεκτιμούν τις συνέπειες που μπορεί να έχει ο καρκίνος του μαστού σε μία ασθενή. Επίσης, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου πιστεύουν ότι διαθέτουν μεγαλύτερο προσωπικό έλεγχο της ασθένειας σε σχέση με τις γυναίκες με καρκίνο μαστού, οι οποίες αναφέρουν ως σημαντικότερο τον θεραπευτικό και όχι τον προσωπικό έλεγχο της ασθένειας. Σύμφωνα με τους Anagnostopoulos και Spanea (2005), η προσωπική εμπειρία του καρκίνου ενδεχομένως να συνεπάγεται μια ρεαλιστικότερη αντιμετώπιση της νόσου συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν βρεθεί στην ίδια θέση.

Σε σχέση με τα αίτια της ασθένειας, παρατηρούμε ότι συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού αποδίδουν περισσότερο την αιτιολογία της ασθένειάς τους στο στρες ή μεγάλο άγχος λόγω εξωτερικών καταστάσεων, στη μόλυνση του περιβάλλοντος, στα οικογενειακά προβλήματα, στην πολλή δουλειά, στη συναισθηματική μοναξιά και στη συναισθηματική καταπίεση. Αντίθετα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου αποδίδουν την αιτιολογία του καρκίνου μαστού περισσότερο στην κληρονομικότητα, στην ελλιπή ιατρική φροντίδα, στην απουσία προληπτικών εξετάσεων και στο κάπνισμα. Από τη μια, το εύρημα αυτό αντανακλά την ανάγκη των υγιών γυναικών να επικεντρώνονται σε αιτιολογικούς παράγοντες που επιφέρουν αλλαγή και άσκηση προσωπικού ελέγχου. Από την άλλη, αντανακλά την τάση των γυναικών με καρκίνο μαστού να αποδίδουν τα αίτια της ασθένειάς τους σε εσωτερικούς, κυρίως ψυχολογικούς, παράγοντες. Το συγκεκριμένο εύρημα συνδέεται με το γεγονός ότι η αιτιολογία και η βιολογία των περισσότερων μορφών καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού, δεν έχουν επακριβώς διερευνηθεί και κατανοηθεί. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι άνθρωποι να σχηματίζουν παράλογες αντιλήψεις σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου, οι οποίες τελικά ασκούν αρνητικές και δυσάρεστες επιδράσεις στους ίδιους τους ασθενείς. Φαίνεται λοιπόν πως οι ασθενείς, εκτός από τις δυσκολίες που επιφέρει η διάγνωση μίας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, επιβαρύνονται με το στίγμα που φέρει η νόσος τους, αλλά και με την επιπρόσθετη ενοχή ότι ενδεχομένως οι ίδιοι να ευθύνονται για την ανάπτυξη της νόσου τους.

Ένας από τους στόχους της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί τη σχέση ορισμένων δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών με τους δείκτες ψυχοκοινωνικής

προσαρμογής. Σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Mor, Malin, & Allen, 1994· Knobf, 2006· Sammarco, 2001), η ηλικία δεν φάνηκε να σχετίζεται με τα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και το εισόδημα φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Συγκεκριμένα, οι έγγαμες γυναίκες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με τις άγαμες, τις διαζευγμένες και τις χήρες. Επίσης, οι εργαζόμενες γυναίκες (υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες) αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα από τις μη εργαζόμενες (συνταξιούχοι, οικιακά, σε αναζήτηση εργασίας, άλλο). Η οικονομική κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά όλες τις κλίμακες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, καθώς οι γυναίκες με εισόδημα από 1.100-3.500ευρώ και άνω εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και αναφέρουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και λιγότερα προβλήματα στον ύπνο. Τέλος, αντιλαμβάνονται λιγότερο μειωμένη τη λειτουργικότητα τους και βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες χαμηλότερου εισοδήματος. Η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης επί της γενικής αντίληψης υγείας επιβεβαιώνει τη σημαντική προβλεπτική ισχύ της μεταβλητής του εισοδήματος. Πράγματι, τα προβλήματα επαγγελματικής και οικονομικής φύσεως που έχουν να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες με καρκίνο μαστού αποδεικνύονται ιδιαίτερα σημαντικά (Schnipper, 2001). Ξαφνικά προβάλλει η ανάγκη ενός πιθανού επαγγελματικού αναπροσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση κλπ (Καραδήμας, 2005). Ταυτόχρονα, τα έξοδα της θεραπείας και τα οικογενειακά έξοδα αυξάνονται ολοένα και περισσότερο με την πάροδο του χρόνου. Επομένως, η εξασφάλιση ενός καλού εισοδήματος απαλλάσσει τη γυναίκα από τις παραπάνω ανησυχίες και κατ' επέκταση διευκολύνει την ψυχοκοινωνική της προσαρμογή.

Όσον αφορά τις ιατρικές μεταβλητές, παρατηρούμε ότι μόνο ο χρόνος από τη διάγνωση και η χημειοθεραπεία σχετίζονται με τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες που είχαν συμπληρώσει πάνω από ένα έτος από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (13 έως 24 μήνες) δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν συμπληρώσει λιγότερο

από ένα έτος (2 έως 12 μήνες). Επίσης, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου τους εμφανίζουν λιγότερο άγχος και λιγότερα προβλήματα ύπνου από εκείνες που ακολούθησαν άλλες μορφές θεραπείας. Το εύρημα αυτό προκαλεί έκπληξη, δεδομένου ότι η χημειοθεραπεία αποτελεί τον περισσότερο αρνητικά φορτισμένο τύπο θεραπείας, κυρίως λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών που προκαλεί, όπως η ναυτία, ο εμετός και η αλωπεκία. Όπως έχει αναφερθεί, η χημειοθεραπεία συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής ανησυχίας και δυσκολίες ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (Trief, Donohue-Smith, 1996). Ενδεχομένως, για το συγκεκριμένο δείγμα γυναικών, το γεγονός ότι υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία να τις οπλίζει με ένα αίσθημα δύναμης και ασφάλειας, καθώς έκαναν ό,τι χρειάστηκε - ακόμα και το πλέον δυσάρεστο - προκειμένου να θωρακίσουν τον οργανισμό τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη νόσο. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι για τις περισσότερες γυναίκες τα μειωμένα επίπεδα άγχους παρατηρούνται μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας και όχι κατά τη διάρκεια αυτής.

Ένας ακόμη στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να εκτιμήσει το βαθμό ικανοποίησης του ογκολογικού ασθενούς από τον ιατρό και να διερευνήσει τις πιθανές άμεσες και έμμεσες σχέσεις που υφίστανται μεταξύ της ικανοποίησης από τον ιατρό, του τρόπου αντιμετώπισης και αντίληψης της ασθένειας και των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (Polinsky, 1994· Malinger et al., 2005· Kleeberg, Tews, Ruprecht, Hoing, Kuhlmann, Runge, 2005), βρήκαμε ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού είναι αρκετά ικανοποιημένες από τον θεράποντα ιατρό τους, ενώ λιγότερο ικανοποιημένες εμφανίζονται να είναι από την εκδήλωση ενσυναίσθησης που εκφράζει ο ιατρός απέναντί τους (βλ. Πίνακα 5). Ορισμένες φορές, οι ιατροί αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τις ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των ασθενών τους, επειδή στερούνται εκπαίδευσης των βασικών τεχνικών επικοινωνίας με τον ασθενή. Κάποιοι άλλοι χρησιμοποιούν συνειδητά την απόσταση προκειμένου να αποφύγουν την υπερβολική εμπλοκή και να προφυλάξουν τη δική τους συναισθηματική κατάσταση (Maguire, 1989). Ανεξάρτητα από τους λόγους υιοθέτησης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι ότι οι ασθενείς λαμβάνουν το

μήνυμα ότι μονάχα τα ιατρικά θέματα λαμβάνουν προσοχή από τον ιατρό τους και ότι κάθε αναφορά σε ψυχολογικής φύσεως προβλήματα, τις περισσότερες φορές, αγνοείται. Ο Sarafino (1999), ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς επιθυμούν βέβαια ένα ικανό και αποτελεσματικό επαγγελματία. Ταυτόχρονα, όμως, επιθυμούν έναν «ευαίσθητο, ζεστό και συμπονετικό» ειδικό που θα τους λάβει υπόψη του και θα τους συμπεριφερθεί ως πρόσωπα. Διότι όταν οι ασθενείς δεν παίρνουν την άδεια να μιλήσουν για τις ανησυχίες τους, τότε βασικές τους ανάγκες παραμένουν ανικανοποίητες και τα επακόλουθα αποβαίνουν καταστροφικά τόσο για την πορεία της υγείας τους, όσο και για την ψυχοκοινωνική τους ισορροπία.

Βασική υπόθεση της έρευνάς μας υπήρξε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς από το γιατρό μπορεί να προβλέψει άμεσα την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού και έμμεσα μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης και των αντιλήψεων για την ασθένεια. Τα ευρήματα προσέφεραν μερική στήριξη στην υπόθεση αυτή. Βρέθηκε λοιπόν ότι η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό προβλέπει άμεσα την ικανοποίηση από τη ζωή και έμμεσα το γενικό επίπεδο υγείας μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, η ικανοποίηση από τον ιατρό προβλέπει θετικά το πνεύμα μαχητικότητας και αρνητικά το αίσθημα αβοηθησίας/απελπισίας. Και πράγματι, τα υπάρχοντα ευρήματα επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι η χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης είναι περισσότερο αποτελεσματική για την καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή των χρόνιων ασθενών συγκριτικά με τη χρήση αποφευκτικών στρατηγικών. Ωστόσο, υπάρχουν και ερευνητές (Harrison, & Maguire, 1994· Vos *et al.*, 2004) που έχουν προτείνει ότι οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματικές κατά την οξεία φάση της νόσου.

Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας δεν φάνηκε να διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τον ιατρό και των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Παρότι από τις συσχετίσεις φαίνεται να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τον ιατρό και των αναπαραστάσεων της ασθένειας, καθώς και μεταξύ των αναπαραστάσεων και των δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, η ανάλυση διαδρομών δεν παρείχε επαρκή στήριξη για το συγκεκριμένο μοντέλο. Σε αντίθεση λοιπόν με άλλες έρευνες (Millar *et al.*, 2005· Sharpe *et al.*, 2006), φαίνεται πως αναφορικά με την ψυχοκοινωνική

προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει την προβλεπτική ισχύ μονάχα της ικανοποίησης από τον ιατρό και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας. Δυστυχώς, οι περισσότερες έρευνες μελετούν την επίδραση διαφορετικών συστατικών της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενούς στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή γυναικών με καρκίνο μαστού και όχι την επίδραση της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό. Επομένως, η απουσία σχετικών ερευνών καθιστά αδύνατη την σύγκριση με παλαιότερα ευρήματα που αφορούν την ικανοποίηση από τον ιατρό.

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της παρούσας έρευνας είναι η χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό. Διότι παρόλες τις ομοιότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των χρόνιων ασθενειών, η εμπειρία, η θεραπεία και η οργάνωση της φροντίδας στους ασθενείς με καρκίνο διαφέρουν σημαντικά. Δεδομένου ότι οι ασθενείς με καρκίνο αναγνωρίζουν διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες σε σύγκριση με ασθενείς που έχουν κάποια άλλη ασθένεια, είναι καταλληλότερο όταν αξιολογείται η ικανοποίηση του καρκινοπαθούς ασθενούς να χρησιμοποιούνται εργαλεία ειδικά σχεδιασμένα για τη συγκεκριμένη νόσο (disease specific vs generic instruments). Επιπλέον, παρόλο που υπάρχουν διάφορες πλευρές της ικανοποίησης του ασθενούς που έχουν μελετηθεί, όπως είναι η ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, το περιβάλλον του νοσοκομείου και την προσφερόμενη εξυπηρέτηση, η ικανοποίηση από τον ιατρό έχει φανεί πως αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες καθορισμού της ποιότητας φροντίδας που ο ίδιος ο ασθενής θεωρεί ότι λαμβάνει.

Από την άλλη, η παρούσα έρευνα έχει και ορισμένους περιορισμούς: α) δεν χρησιμοποιεί μεγάλο αριθμό δείγματος και β) δεν περιλαμβάνει άλλες μεταβλητές που η βιβλιογραφία περιγράφει ως σημαντικές (π.χ. σεξουαλικότητα και εικόνα σώματος). Παρόλα αυτά, πιστεύουμε ότι τα ευρήματα που μας παρείχε φανερώνουν τον ιδιαίτερο ρόλο της ικανοποίησης από τον ιατρό και των στρατηγικών αντιμετώπισης στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο μαστού. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές είναι, βέβαια, πολύπλοκες και απαιτούνται σημαντικές ερευνητικές προσπάθειες για την πληρέστερη κατανόησή τους. Στην Ελλάδα ειδικά, η απουσία σχετικών ερευνών δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την κατανόηση των πραγματικών αναγκών του

ογκολογικού ασθενούς και παράλληλα την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής του ισορροπίας. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θα ήταν η εισαγωγή συμπεριφερικών μετρήσεων στο χώρο της υγείας, μέσω της καταγραφής των πραγματικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ιατρού-ασθενούς. Μάλιστα, ο συνδυασμός των εργαλείων παρατήρησης με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς ενδεχομένως να καταστήσει φανερή την απόσταση μεταξύ της πραγματικής και της αντιλαμβανόμενης επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών και να συνεισφέρει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων, που θα στοχεύουν στην ανάπτυξη μίας ανοιχτής και ειλικρινής σχέσης εμπιστοσύνης. Διότι, πέρα από το ερευνητικό ενδιαφέρον, η συγκεκριμένη έρευνα προσφέρει σημαντική στήριξη για τη δόμηση προγραμμάτων εκπαίδευσης τεχνικών επικοινωνίας τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, τα ανωτέρω ευρήματα υπέδειξαν τη σημαντικότητα των ενσυναισθητικών συμπεριφορών του ιατρού, προτείνοντας έτσι την εκπαίδευση επικοινωνιακών μεθόδων, όπου ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ολοκληρωμένο άτομο και όχι ως ένας οργανισμός που νοσεί. Εν κατακλείδι, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενούς αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο μεγιστοποίησης της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και κατ' επέκταση ένα μέσο αύξησης της ικανοποίησης του ασθενούς και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής του προσαρμογής.

❖ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Αξιότιμη κυρία,

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για την συνεργασία σε αυτήν την έρευνα, βασικός στόχος της οποίας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης της γυναίκας με καρκίνο μαστού από τον θεράποντα ιατρό-ογκολόγο της.

Αναφορικά με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θα θέλαμε να τονίσουμε τα παρακάτω:

- ❖ Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται εθελοντικά
- ❖ Όλες οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές
- ❖ Η ταυτότητά σας θα παραμείνει ανώνυμη
- ❖ Διαβάστε προσεκτικά τις οδηγίες που υπάρχουν σε κάθε ερωτηματολόγιο, πριν αρχίσετε να το συμπληρώνετε
- ❖ Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις
- ❖ Η συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων διαρκεί περίπου 20 λεπτά

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με αυτήν την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας: Χαλαμπαλάκη Αντωνία, φοιτήτρια στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Ψυχολογία της Υγείας» του τμήματος Ψυχολογίας του Παν/μίου Κρήτης, ηλεκτρονική διεύθυνση: antonia_halabalaki@yahoo.com , τηλ. 6938061596.

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη συνεργασία σας

(Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Παρακαλούμε απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις βάζοντας ένα «√» ή συμπληρώνοντας το κενό, όπου χρειάζεται.

1. Ηλικία: _____

2. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κύρια δραστηριότητα σας;

Υπάλληλος Οικιακά Σε αναζήτηση εργασίας
Ελεύθερος επαγγελματίας Συνταξιούχος Άλλο(αναφέρατε) _____

3. Έχετε τελειώσει: Δημοτικό σχολείο Λύκειο ή αντίστοιχη σχολή
Γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή Ανώτερη ή ανώτατη σχολή
Άλλη σχολή

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμη <input type="checkbox"/>	Έγγαμη <input type="checkbox"/>	Συγκατοίκηση με οικείο πρόσωπο <input type="checkbox"/>
Διαζευγμένη <input type="checkbox"/>	Χήρα <input type="checkbox"/>	Άλλο:

5. Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού σας: μέχρι 750 € 1801-2200 €
751-1100 € 2201-2800 €
1101-1450 € 2800-3500 €
1451-1800 € 3501 και άνω €

6. α) Ημερομηνία διάγνωσης: _____

β) Ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης: _____

7. Τύπος χειρουργικής επέμβασης:

Ογκεκτομή Τεταρτεκτομή Μερική Μαστεκτομή
Ολική Μαστεκτομή Ολική Μαστεκτομή με αποκατάσταση

8. Τί θεραπεία ακολουθήσατε στην αντιμετώπιση της νόσου σας;

Χημειοθεραπεία Ορμονοθεραπεία
Ακτινοθεραπεία Καμία θεραπεία

9. α)Κάνετε τώρα θεραπεία; ΝΑΙ ΟΧΙ

β)Αν ΝΑΙ, τί είδους θεραπεία; _____

10. α)Μέχρι σήμερα, έχει εμφανιστεί μετάσταση της νόσου σε κάποιο άλλο όργανο;

β)Αν ναι, πότε; _____

11. Παρακαλούμε σημειώστε το στάδιο της νόσου σας:

In Situ Στάδιο I Στάδιο II
Στάδιο III Στάδιο IV Δεν το γνωρίζω

12. Ο ιατρός-ογκολόγος σας, σας παρακολουθεί σε:

Δημόσιο χώρο Ιδιωτικό χώρο

(B) Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θα πρέπει να εκφράσετε τη γνώμη σας αναφορικά με τον ιατρό-ογκολόγο που σας παρακολουθεί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, σημειώνοντας την απάντηση που ανταποκρίνεται περισσότερο σε αυτό που πιστεύετε. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Για να απαντήσετε βάλτε ένα \surd στο τετράγωνο που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε.

		Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Θα ακολουθήσω τη συμβουλή του ογκολόγου μου γιατί πιστεύω ότι έχει απόλυτο δίκιο					
2.	Ένωσα πραγματικά ότι ο ογκολόγος μου με κατάλαβε					
3.	Μετά από την τελευταία συνάντηση με τον ογκολόγο μου, νιώθω πολύ καλύτερα σχετικά με τις ανησυχίες μου					
4.	Κατανόω την ασθένειά μου πολύ καλύτερα αφότου είδα τον συγκεκριμένο ογκολόγο					
5.	Ο ογκολόγος αυτός ενδιαφέρθηκε για μένα ως άτομο και όχι μόνο για την ασθένειά μου					
6.	Νιώθω ότι καταλαβαίνω αρκετά καλά το θεραπευτικό πλάνο του ογκολόγου για να με βοηθήσει					
7.	Αφότου συζήτησα με τον ογκολόγο, έχω μια καλή ιδέα των αλλαγών που θα πρέπει να περιμένω στην υγεία μου τις επόμενες εβδομάδες και μήνες					
8.	Ο ογκολόγος μου είπε να του τηλεφωνήσω αν είχα οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή προβλήματα					
9.	Ένωσα ότι ο ογκολόγος ήταν ειλικρινής μαζί μου					
10.	Ο ογκολόγος μου εξήγησε το λόγο που η συγκεκριμένη θεραπεία προτάθηκε για μένα					
11.	Ο ογκολόγος δεν πήρε τα προβλήματά μου πολύ στα σοβαρά					
12.	Ο ογκολόγος δεν μου έδωσε όλες τις πληροφορίες που πίστευα ότι έπρεπε να έχω πάρει					
13.	Δεν είχα την ευκαιρία να πω όλα αυτά που ήθελα να πω ή να κάνω όλες μου τις ερωτήσεις					
14.	Ο ογκολόγος δεν ήταν φιλικός μαζί μου					
15.	Δεν θα πρότεινα τον συγκεκριμένο ογκολόγο σε μία φίλη					
16.	Ο ογκολόγος φάνηκε να αγνοεί τις ερωτήσεις μου					
17.	Ο ογκολόγος έπρεπε να μου έχει πει περισσότερα σχετικά με το πως να φροντίσω την υγεία μου					
18.	Μου φάνηκε ότι ο ογκολόγος δεν ενδιαφερόταν πραγματικά για την καλή κατάσταση της υγείας μου					

		Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
19.	Ο ογκολόγος ενδιαφέρθηκε για τις προσωπικές μου ανάγκες όταν θεράπευε την κατάστασή μου					
20.	Υπήρχαν κάποια πράγματα στην επίσκεψη μου στον ογκολόγο που θα μπορούσαν να έχουν πάει καλύτερα					
21.	Μου φάνηκε ότι ο ογκολόγος δεν ενδιαφερόταν πραγματικά για την συναισθηματική μου κατάσταση					
22.	Ο ογκολόγος φαινόταν βιαστικός					
23.	Ο ογκολόγος έπρεπε να έχει δείξει περισσότερο ενδιαφέρον					
24.	Υπήρχαν στοιχεία στην επίσκεψη στον ογκολόγο μου με τα οποία δεν ήμουν πολύ ικανοποιημένη					
25.	Ο ογκολόγος μπήκε κατευθείαν στο ιατρικό μου πρόβλημα χωρίς πρώτα να με χαιρετίσει					
26.	Ο ογκολόγος χρησιμοποιούσε λέξεις που δεν μπορούσα να καταλάβω					
27.	Δεν υπήρχε αρκετός χρόνος για να πω στον ογκολόγο όλα όσα ήθελα					
28.	Νιώθω ότι ο γιατρός δεν αφιέρωσε αρκετό χρόνο μαζί μου					
29.	Ένωσα ότι ο ογκολόγος έκανε τη διάγνωση βάσει των συνθηκών χωρίς να πάρει αρκετές πληροφορίες					

(Γ) Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώνοντας με ένα \surd το αντίστοιχο τετράγωνο.

	Απόψεις για την Ασθένειά σας:	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Μια ασθένεια όπως ο καρκίνος μαστού διαρκεί ένα μικρό χρονικό διάστημα					
2.	Τέτοιες ασθένειες είναι σοβαρές καταστάσεις για την υγεία					
3.	Υπάρχουν πολλά που μπορεί να κάνει κανείς, ώστε να ελέγξει τις επιπτώσεις μιας τέτοιας ασθένειας					
4.	Ασθένειες όπως ο καρκίνος του μαστού βελτιώνονται με το πέρασμα του χρόνου και δεν κρατούν πολύ					
5.	Η θεραπεία είναι αποτελεσματική στην εξαφάνιση τέτοιων ασθενειών					
6.	Τα συμπτώματα που δηλώνουν την παρουσία μιας ασθένειας, όπως ο καρκίνος μαστού, είναι για μένα ένα αίνιγμα					

		Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
7.	Καταθλιβόμαι, όταν σκέφτομαι για τέτοιες ασθένειες					
8.	Μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού, διαρκεί ένα μεγάλο χρονικό διάστημα					
9.	Τέτοιες ασθένειες έχουν σημαντικές αρνητικές συνέπειες στη ζωή ενός ατόμου					
10	Η πορεία μιας τέτοιας ασθένειας εξαρτάται από τον ασθενή					
11	Οι πιθανές μεταστάσεις μιας τέτοιας ασθένειας μπορούν να αποφευχθούν από τη θεραπεία					
12	Δεν καταλαβαίνω πώς προκαλείται μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού					
13	Τα συμπτώματα μιας ασθένειας, όπως ο καρκίνος μαστού, έχουν μεγάλες διακυμάνσεις από μέρα σε μέρα					
14	Μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού, έχει απρόβλεπτη πορεία					
15	Στενοχωριέμαι, όταν σκέφτομαι για τέτοιες ασθένειες					
16	Τέτοιες ασθένειες με κάνουν να νιώθω θυμωμένη					
17	Είναι περισσότερο πιθανό τέτοιες ασθένειες να είναι μόνιμες παρά προσωρινές					
18	Τέτοιες ασθένειες δεν επηρεάζουν πολύ τη ζωή του πάσχοντος					
19	Τέτοιες ασθένειες επηρεάζουν αρνητικά τον τρόπο που οι άλλοι βλέπουν τον ασθενή					
20	Ο ασθενής έχει τη δύναμη να επηρεάσει την ασθένειά του					
21	Μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού, περνάει γρήγορα.					
22	Τέτοιες ασθένειες έχουν σοβαρές οικονομικές συνέπειες					
23	Τίποτα απ' όσα κάνει ο ασθενής δεν θα επηρεάσουν μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού					
24	Πολύ λίγα μπορεί να προσφέρει η θεραπεία για να βελτιωθεί μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού					
25	Η θεραπεία μπορεί να περιορίσει μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού					
26	Τι φταίει και εμφανίζεται μια τέτοια ασθένεια είναι για μένα ένα μυστήριο					
27	Τα συμπτώματα σε μια τέτοια ασθένεια έρχονται και φεύγουν κάνοντας κύκλους					

28	Μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού, δεν με ανησυχεί					
29	Μια τέτοια ασθένεια με κάνει να νιώθω φοβισμένη					
30	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα της πορείας μιας ασθένειας, όπως ο καρκίνος μαστού					
31	Τέτοιες ασθένειες περνούν μέσα από περιοδικά διαστήματα κατά τα οποία βελτιώνονται και χειροτερεύουν					
		Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
32	Θεωρώ ότι μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού, την έχει κανείς για το υπόλοιπο της ζωής του					
33	Μια τέτοια ασθένεια προκαλεί δυσκολίες σ' αυτούς που βρίσκονται κοντά στον ασθενή					
34	Οι πράξεις του πάσχοντα μπορούν να καθορίσουν κατά πόσο η ασθένειά του θα βελτιωθεί ή θα χειροτερέψει					
35	Τίποτα δεν μπορεί να γίνει θεραπευτικά, για να βοηθήσει σε μια τέτοια ασθένεια					
36	Δεν μπορώ να δώσω κανένα νόημα στην ύπαρξη ασθενειών όπως ο καρκίνος μαστού					
37	Μια τέτοια ασθένεια θα με έκανε να νιώθω αγχωμένη					
38	Οι πράξεις του ασθενούς δεν θα έχουν καμία επίδραση στο πού θα οδηγήσει μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού.					

Ενδιαφερόμαστε για το τι θεωρείτε εσείς ότι μπορεί να είναι αιτία μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος μαστού. Παρακαλούμε να μας πείτε πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι οι ακόλουθες αποτελούν πιθανές αιτίες για μια ασθένεια, όπως ο καρκίνος μαστού, σημειώνοντας ένα √ στο αντίστοιχο κουτάκι.

	Πιθανές αιτίες για την ασθένειά σας:	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Στρες ή μεγάλο άγχος λόγω εξωτερικών καταστάσεων					
2.	Κληρονομικότητα					
3.	Μικρόβιο ή ιός					
4.	Δίαιτα ή κακές διατροφικές συνήθειες					
5.	Κακοτυχία					
6.	Ελλιπής ιατρική φροντίδα στο παρελθόν					
7.	Μόλυνση στο περιβάλλον					
8.	Απουσία προληπτικών εξετάσεων					
9.	Ο τύπος ανθρώπου που σκέφτεται αρνητικά για τη ζωή					
10.	Οικογενειακά προβλήματα					
11.	Πολλή δουλειά					
12.	Ο τύπος ανθρώπου που είναι πεσμένος και νιώθει συναισθηματικά μοναξιά, κενό					
13.	Μεγάλη ηλικία (το ότι κάποιος μεγαλώνει)					
14.	Αλκοόλ					
15.	Κάπνισμα					
16.	Τραυματισμός στο στήθος					
17.	Ο χαρακτήρας που δεν εκδηλώνεται και καταπνίγει μέσα του πολλά συναισθήματα					
18.	Πεσμένη άμυνα του οργανισμού					

(Δ) Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιδρούν, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο το νούμερο που ανταποκρίνεται στο κατά πόσο καθεμία από αυτές τις προτάσεις ισχύει και για εσάς

1= δεν ισχύει για εμένα καθόλου
 2= δεν ισχύει για εμένα
 3= ισχύει για εμένα
 4= ισχύει για εμένα απόλυτα

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Κάνω πράγματα που πιστεύω θα βελτιώσουν την υγεία μου, όπως π.χ. άλλαξα την διατροφή μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Νιώθω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να νιώσω πιο ευχάριστα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Νιώθω ότι τα προβλήματα με την υγεία μου με εμποδίζουν από το να κάνω σχέδια για το μέλλον | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Πιστεύω ότι η θετική μου στάση απέναντι στην κατάστασή μου θα κάνει καλό στην υγεία μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Δεν σκέφτομαι συνέχεια την ασθένειά μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Είμαι σίγουρη ότι θα καλυτερεύσω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Νιώθω ότι οτιδήποτε κι αν κάνω δεν θα αλλάξει τίποτα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Τα έχω αφήσει όλα στους γιατρούς μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Νιώθω απελπισμένη με τη ζωή μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Κάνω πράγματα που πιστεύω ότι θα βελτιώσουν την υγεία μου, όπως π.χ. έχω διάφορες δραστηριότητες και κινούμαι | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Από τη στιγμή που διαγνώστηκε το πρόβλημα, τώρα συνειδητοποιώ πόσο πολύτιμη είναι η ζωή | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Έχω αφεθεί στα χέρια του θεού | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Κάνω σχέδια για το μέλλον, όπως προγραμματίζω διακοπές ή δουλειές | 1 | 2 | 3 | 4 |

14. Ανησυχώ μήπως η κατάστασή μου χειροτερέψει ή επανεμφανιστεί	1	2	3	4
15. Η ζωή που έχω μπροστά μου είναι δώρο του Θεού	1	2	3	4
16. Πιστεύω ότι ο τρόπος που σκέφτομαι μπορεί να επηρεάσει την υγεία μου	1	2	3	4
17. Νιώθω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να βοηθήσω τον εαυτό μου	1	2	3	4
18. Προσπαθώ να συνεχίσω την ζωή μου όπως ήταν και πριν	1	2	3	4
19. Θα ήθελα να έχω επαφή με άλλους που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση	1	2	3	4
20. Είμαι αποφασισμένη να τα κάνω όλα πέρα και να συνεχίσω τη ζωή μου κανονικά	1	2	3	4
21. Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι συνέβη αυτό σε εμένα	1	2	3	4
22. Έχω πολύ άγχος για την κατάστασή μου	1	2	3	4
23. Δεν είμαι πολύ αισιόδοξη για το μέλλον	1	2	3	4
24. Προς το παρόν η κάθε μέρα είναι ξεχωριστή για εμένα	1	2	3	4
25. Νιώθω ότι τα παραπατάω, ότι δε μπορώ να συνεχίσω τις προσπάθειες	1	2	3	4
26. Προσπαθώ να κρατήσω μία αίσθηση χιούμορ γύρω απ' αυτό	1	2	3	4
27. Άλλοι άνθρωποι ανησυχούν για εμένα περισσότερο απ' ότι εγώ η ίδια	1	2	3	4
28. Σκέφτομαι άλλους ανθρώπους που είναι σε χειρότερη κατάσταση	1	2	3	4
29. Προσπαθώ να συγκεντρώσω όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για την ασθένειά μου	1	2	3	4
30. Νιώθω ότι δεν μπορώ να ελέγξω αυτό που μου συμβαίνει	1	2	3	4
31. Προσπαθώ να κρατήσω μια πολύ θετική στάση	1	2	3	4

32. Απασχολούμαι με διάφορα πράγματα έτσι ώστε να μην σκέφτομαι το πρόβλημά μου	1	2	3	4
33. Αποφεύγω να μάθω περισσότερα για το πρόβλημά μου	1	2	3	4
34. Αντιμετωπίζω την ασθένειά μου σαν μια κατάσταση που με προκαλεί να την παλέψω	1	2	3	4
35. Έχω αφήσει το πρόβλημά μου στα χέρια της μοίρας	1	2	3	4
36. Νιώθω εντελώς χαμένη για το τι κάνω	1	2	3	4
37. Νιώθω πολύ θυμωμένη για ό,τι μου συμβαίνει	1	2	3	4
38. Δεν πιστεύω ότι πράγματι μου συμβαίνει κάτι σοβαρό	1	2	3	4
39. Θεωρώ τον εαυτό μου τυχερό, όταν σκέφτομαι πόσα καλά μου έχουν συμβεί στο παρελθόν	1	2	3	4
40. Προσπαθώ να πολεμήσω την ασθένειά μου	1	2	3	4

(Ε) Παρακαλούμε να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1) Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
2) Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3) Νιώθεις εξαντλημένη και κακοδιάθετη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
4) Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
5) Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6) Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7) Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
8) Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
9) Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

10) Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11) Είσαι οξύθυμη και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12) Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
13) Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
14) Αισθάνεσαι συνεχώς νευρική και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
15) Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
16) Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
17) Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
18) Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημένη	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένη από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
19) Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως
20) Έχεις αισθανθεί ικανή να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
21) Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
22) Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
23) Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
24) Έχεις αισθανθεί ό,τι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
25) Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
26) Βρήκες μερικές φορές ό,τι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
27) Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένη και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
28) Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

(ΣΤ)

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα από το 1 ως το 7, σημειώστε πόσο συμφωνείτε με κάθε πρόταση. Για το σκοπό αυτό, γράψτε τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε πρόταση.

1= διαφωνώ έντονα

2=διαφωνώ

3= διαφωνώ κάπως

4= Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

5= συμφωνώ λίγο

6= συμφωνώ

7= συμφωνώ πολύ

1. _____ Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική.
2. _____ Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες.
3. _____ Είμαι ευχαριστημένη με τη ζωή μου.
4. _____ Μέχρι στιγμής, έχω πετύχει όσα σημαντικά πράγματα θέλω στη ζωή μου.
5. _____ Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

❖ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler, N., & Mathews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology* 45: 229-259.
- American Cancer Society. (2006). *Cancer facts and figures 2006*. Retrieved from <http://www.cancer.org>.
- Anagnostopoulos, F., Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer. A comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of psychosomatic research* 58: 327-334.
- Andersen, B.L., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D., Kutz, L.A., MacCallum, R., Courtney, M.E., & Glaser, E. (1998). Stress and immune response after surgical treatment for regional breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 90: 30-36.
- Anllo, L.M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26: 241-248.
- Arora, N.K.(2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57: 791-806.
- Bakker, D.A., Fitch, M.I., Gray, R., Reed, E., & Bennett, J. (2001). Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: The perspectives of women with breast cancer. *Patient education and Counselling* 43: 61-71.
- Ballard-Reisch, D.S. (1990). A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Communication* 2: 91-104.
- Baum, A., Perry, N.W. Jr., & Tarbell, S. (2004). The development of psychology as a health science. In T.J. Boll, R.G. Frank, A. Baum, & J.L. Wallander (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (vol. 3, pp. 9-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care* 28: 19-28.
- Bender, C.M., Ergun, F.S., Rosenzweig, M.Q. (2005). Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. *Cancer Nursing* 28: 219-225.
- Bleiker, E.M.A., Pouwer, F., van der Ploeg, H.M., Leer, J.W.H., & Ader, H.J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education & Counseling* 40: 209-217.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist* 59: 20-28.
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 18: 743-753.
- Boyle, D.A. (2006). Survivorship. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 10: 407-416.
- Bredart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current opinion in oncology* 17: 351-354.

Buick, D.L., & Petrie, K.J. (2002). "I know just how you feel": the validity of healthy women's perceptions of breast-cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology* 32: 110-23.

Byar, K.L., Berger, A.M., Bakken, S.L., Cetak, M.A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms and quality of life. *Oncology Nursing Forum* 33:E18-E26.

Carpenter, J.S., Elam, J.L., Ridner, S.H. (2004). Sleep, fatigue and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. *Oncology Nursing Forum* 31: 591-598.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, N., Scheier, M.F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 65: 375-390.

Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services (2003). *About chronic disease*.

<http://www.cdc.gov/washington/overview/chrondis.htm>

Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I., & Rosin, R. (1992). Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education* 7: 41-54.

Chan, A. & Woodruff, R.K. (1997). Communicating with patients with advanced cancer. *Journal of palliative Care* 13(3): 29-33.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49: 651-661.

Chung, K.C., Hamill, J.B., Kim, H.M., Walters, M.R., & Wilkins, E.G. (1999). Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic. *Annals of plastic Surgery* 42: 56-60.

Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin* 109(1): 25-41.

Cohen F., Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G.C. Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds), *Health Psychology-A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.

Colliver, J.A., Willis, M.S., Robs, R.S., Cohen, D.S. (1998). Assessment of empathy in a standardised-patient examination. *Teaching and Learning in Medicine* 10: 8-11.

Connell, S., Patterson, C., Newman, B. (2006). Issue and concerns of young Australian women with breast cancer. *Support Care Cancer* 14: 419-426.

Coulter, A., Entwistle, V., & Gilbert, D. (1998). *Informing patients: An assessment of the quality of patient information materials*. London: Kings Fund.

Cowley, L., Heyman, B., & Stanton, M., & Milner S.J. (2000). How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing* 31: 314-321.

Day, R., Ganz, A.A., Costantino, J.P., Cronin, W.M., Wickerham, L., & Fisher, B. (1999). Health related quality of life and tamoxifen in breast cancer prevention. A report from the National Surgery Adjustment Breast and Bowel project P-1 Study. *Journal of Clinical Oncology* 17: 2659-2669.

Deadman, J.M., Leinster, S.J., Owens, R.G., Dewey, M.E., & Slade, P.D. (2001). Taking responsibility for cancer treatment. *Social Science & Medicine* 53: 669-677.

Deary, I., Fowkes, F., Donnan, P., & Housley, E. (1994). Hostile personality and risks of peripheral arterial disease in the general population. *Psychosomatic Medicine* 56: 197-202.

Degner, L.F., Kristjanson, L.J., Bowman, D., Sloan, J.A., Carriere, K.C., O'Neil, J., Bilodeau, B., Watson, P., & Mueller, B. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *Journal of the American Medical Association* 277: 1485-1492.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology* 15: 398-406.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., Bayer, L., Taylor, M., & Fisher, E. (2005). Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Supportive Care in Cancer* 13: 1018-1026.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49: 71-75.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology* 16: 487-494.

Droassers-Bakker, K., Zwinderman, A., Vlieland, T., Van Zeven, D., Vos, K., Breedveld, F., & Hazes J. (2002). Long-term outcome in rheumatoid arthritis: A simple algorithm of baseline parameters can predict radiographic damage, disability and disease course at 12-year follow-up. *Arthritis Care and Research* 47(4): 383-390.

Dubos, R. (1979). Preface. In D.S. Sobel (Ed.) *Ways of Health*. New York: Harcourt-Brace-Jovanovich.

Edgar, L., Remmer, J., Rosenberger, Z. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psychooncology* 9: v428-438.

Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K., & Finset, A. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 51: 259-266.

Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267: 2221-2226.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136.

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer* 35: 1592-1597.

Fallowfield, L.J., Leaity, S.K., Howell, A., Benson, S., & Cella, D. (1999). Assessment of quality of life in women undergoing hormonal therapy for breast cancer: Validation of an endocrine symptom subscale for the FACT-B. *Breast cancer Research and Treatment* 55: 189-199.

Fallowfield, L., Lipkin, M., Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills: Results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology* 16: 1961-1968.

Fallowfield, L. (1995). Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncologica* 34: 689-694.

- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, P., Baum, & A'Hern, R.P. (1994). Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *British Medical Journal* 309: 448.
- Fallowfield, L. (1991). Counselling patients with breast cancer. In Davis, H., and Fallowfield, L. (Eds), *Counselling and communication in Health Care*, Wiley, New York, pp. 253-269.
- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, P., Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal* 301: 575-580.
- Finset, A., Smedstad, L.M., & Ogar, B. (1997). Physician-patient interaction and coping with cancer: The doctor as informer or supporter? *Journal of cancer education* 12: 174-178.
- Fogarty, L.A., Curbow, B.A., Wingard, J.R., McDonnell, K., & Somerfield, M.R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology* 17: 371-379.
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Goldberg, J.A., Scott, R.N., Davidson, P.M., Murray, G.D., Stallard, S., & Maguire, G.P. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European Journal of Surgical Oncology* 18: 327-331.
- Folkman, S., & Lazarus, R.C. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 219-239.
- Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science & Medicine* 42: 1511-1519.
- Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. F. & Liscum K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology* 15: 595-603.
- Friedman, H., & Booth-Kewly, S. (1987). The 'disease-prone personality': A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist* 42: 539-555.
- Frost, M.H., Susan, V.G., Rummans, T.A., Dose, A.M., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R., & Evans, R.E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease stage. *Psychooncology* 9: 221-231.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E. & Berlin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute* 96: 376-387.
- Gattellari, M., Butow, P.N., & Tattersall, M.H.N. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Social Science & Medicine* 52: 1865-1878.
- Gelinas, C., & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum* 31: 269-278.
- Goldberg, J.A., Scott, R.N., Davidson, P.M., Murray, G.D., Stallard, S., & Maguire, G.P. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European Journal of Surgical Oncology* 18: 327-331.
- Goodwin, P.J., Ennis, M., Bordeleau, L.J., Pritchard, K.I., Trudeau, M.E., Koo, J., & Hood, N. (2004). Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: Analysis of multiple variables. *Journal of Clinical Psychology* 22: 4184-4192.

- Gotay, C.C., Muraoka, M.Y. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of National Cancer Institute* 90: 656-667.
- Gotheridge, S.M., Dresner, N. (2002). Psychological adjustment to gynecologic cancer. *Primary Care Update for Ob/Gyns* 9: 80-84.
- Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-oncology* 3: 87-101.
- Gross, D.A., Zyzanski, S.J., Borawski, E.A., Cebul, R.D. (1998). Patient satisfaction with time spent with their physician. *Journal of Family Practice* 47: 133-137.
- Hall, J.A., Milburn, M.A., Roter, D.L., & Daltroy, L.H. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health Psychology* 17: 70-75.
- Hammen, C. (1992). Life events and depression: The plot thickens. *American Journal of Community Psychology* 20(2): 179-193.
- Harrison, J., & Maguire, P. (1994). Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatry* 65: 593-598.
- Hassey Dow, K., & Lafferty, P. (2000). Quality of life, survivorship and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast conserving surgery and radiation therapy. *Oncology Nursing Forum* 27: 1555-1564.
- Helgeson, V.S., Snyder, P., Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology* 23: 3-15.
- Hippocrates, (1923). *Volume II: On decorum and the physician* (W.H.S. Jones, Trans.). London: William Heinemann.
- Jadoulle, V., Rokbani, L., Odez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M., & Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Electronic journal of Oncology* 93(7): E67-72.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: Results from a large study in uk cancer centers. *British Journal of Cancer* 84: 48-51.
- Jones, R.D. (2001). Depression and anxiety in oncology: the oncologist's perspective. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(suppl 8): 52-55.
- Joreskog, K.G., & Sorbom, D. (1996). *LISREL 8 reference guide*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W.H., & Ware, J.E. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine* 124: 497-504.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
- Katz I, Hass RG, Parisi N, Astone J, McEvaddy D, Lucido DJ. (1987). Lay people's and health care personnel's perceptions of cancer, AIDS, cardiac, and diabetic patients. *Psychological Reports* 60: 615-29.
- Keefe, F.J., Smith, S.J., Buffington, A.L.H., Gibson, J., Studts, J.L., Caldwell, D.S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70: 640-655.
- Kelman, S. (1975). The social nature of the definition problem in health. *International Journal of Health Services* 5(4): 625-642.

- Kiebert, G.M., de Haes, J.C.J.M., & van de Velde, C.J.H. (1991). The impact of breast conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: A review. *Journal of Clinical Oncology* 9: 1059-1070.
- Kleeberg, U.R., Tews, J.T., Ruprecht, T., Hoing, M., Kuhlmann, A., Runge, C. (2005). Patient Satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. *Support Care for Cancer* 13: 303-310.
- Knobf, M.T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars of Oncology Nursing* 23: 71-83.
- Knobf, M.T. (2006). The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *Oncologist* 11: 96-110.
- Knobf, M.T., Sun, Y. (2005). A longitudinal study of symptoms and self care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing* 28: 210-218.
- Knobf, M.T. (2002). Carrying on. The experience of premature menopause in women with early stage breast cancer. *Nursing Research* 51: 9-17.
- Knobf, M.T. (2001). The menopausal symptom experience of young mid-life women with breast cancer. *Cancer Nursing* 24: 201-210.
- Knobf, M.T. (2000). Symptom distress before, during and after adjuvant breast cancer therapy. *Dev Support Care* 4: 13-17.
- Kunkel, E.J., Chen, E.I., Okunlola, T.B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Psychiatry update* 9: 129-134.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.S. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds), *Handbook of Psychology and Health* (vol. IV: 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lantz PM, Booth KM. (1998). The social construction of the breast cancer epidemic. *Social Science & Medicine* 46: 907– 18.
- Larsen, K.M., & Smith, C.K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J Family Practice* 12: 481.
- Larson, J. (1999). The conceptualisation of health. *Medical Care and Review* 56(2): 123-136.
- Laubmeier, K.K., & Zakowski, S.G. (2004). The role of objective versus perceived life threat in the psychological adjustment to cancer. *Psychology and Health* 19(4): 425-437.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 55: 234-247.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lerman, C., Daly, M., Walsh, W.P., Resch, N., Seay, J., Barsevick, A., Birenbaum, L., Heggan, T., & Martin, G. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers: Determinants and implications. *Cancer* 72: 2612-2620.
- Lethborg, C.E., Kissane, D., Burns, W.I., & Snyder, R. (2000). “Cast adrift”: the experience of completing treatment among women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 18: 73-90.
- Leventhal, H., Diefenbach, D.R., & Leventhal. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research* 16: 143-63.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In *Handbook of Psychology and Health*, eds. A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer, pp.219-52. Hillsdale (NJ): Erlbaum.

Link, L., B., Robbins, L., Mancuso, C.A., Charlson, M.E. (2005). How do cancer patients choose their coping strategies? A qualitative study. *Patient Education and Counseling* 58: 96-103.

Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: The role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation* 66(2): 40-49.

Lobb, E.A., Butow, P.N., Kenny, D.T., & Tattersall, M.H. (1999). Communicating prognosis in early breast cancer: Do women understand the language used? *Medical Journal of Australia* 171: 290-294.

Loblaw, D.A., Bezjak, A., Bunston, T. (1999). Development and testing of a visit-specific patient satisfaction questionnaire: The Princess Margaret Hospital Satisfaction with Doctor Questionnaire. *Journal of Clinical Oncology* 17(6): 1931-1938.

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 65(5): 1046-1053.

Maguire, P. (1999). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer* 35: 1415-1422.

Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer* 32A: 78-81.

Maguire, P. (1989). Breast conservation versus mastectomy: psychological considerations. *Seminars in Surgical Oncology* 5:137-144.

Margolis, G., Goodman, R.L., & Rubin, A. (1990). Psychological effects of breast conserving treatment and mastectomy. *Psychosomatics* 31: 33-39.

Μαρκόπουλος, Χ. (2004). Καρκίνος του μαστού, πρόληψη και θεραπεία. Harvard Medical School. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

McWilliam, C.L., Brown, J.B., & Stewart, M. (2000). Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: A working relationship. *Patient Education and Counselling* 39: 191-204.

Meiser, B., Butow, P., Price, M., Bennett, B., Berry, G., & Tucker, K. (2003). Attitudes to prophylactic surgery and chemoprevention in Australian women at increased risk for breast cancer. *Journal of women's health* 12(8): 769-778.

Meyerowitz, B.E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychology Bulletin* 87: 108-131.

Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D., & Murray, G.D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of psychosomatic research* 58: 335-342.

Miller, N.H., Hill, M., Kottke, T., Ockene, I.S. (1997). Expert Panel on Compliance. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation* 95:1085-90.

Mols, F., Vingerhoets, J.J.M., Coebergh, J.W., van de Poll-France, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer* 41: 2613-2619.

- Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crisis. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1986). Life transitions and crises: a conceptual overview. In R.H. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum.
- Morris, J., Royle, G.T. (1988). Offering patients a choice of surgery for early breast cancer: A reduction in anxiety and depression in patients and their husbands. *Social Science & Medicine* 26: 583-585.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2001). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 17(1): 1-16.
- Mor, V., Malin, M., & Allen, S. (1994). Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *Journal of National Cancer Institute* 16: 191-7.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρυφαλλός, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.)*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.
- Nail, L.M. (2006). Cognitive changes in cancer survivors. *American Journal of Nursing* 106(suppl): 48-54.
- Nosarti, C., Roberts, J.V., Crayford, T., McKenzie, K., David, A.S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 53: 1123-1130.
- Ong, L.M.L., deHaes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine* 40(7): 903-918.
- Ouellette, S.C., & DiPlacido, J. (2001). Personality's role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. In A. Baum, T.A. Revenson, & J. Singer (Ed), *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Park, C., & Folkman, S., (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology* 1(2): 115-144.
- Polinsky, M.L. (1994). Functional status of long-term breast cancer survivors: demonstrating chronicity. *Health Soc Work* 19: 165-73.
- Probst, J.C., Greenhouse, D.L., & Selassie, A.W. (1997). Patient and physician satisfaction with an outpatient care visit. *Journal of Family Practice* 45: 418-425.
- Ρήγα, Α.Β. (1997). *Καρκίνος: από τη μητέρα στην κόρη η δυναμική της επανάληψης*. Αθήνα: Εκδόσεις Δέσποινα Δ. Μαυρομάτη.
- Rabin, C., Leventhal, H., Goodin, S. (2004). Conceptualizations of disease timeline predict post-treatment distress in breast cancer patients. *Health Psychology* 23: 407-412.
- Richards, M.A., Ramirez, A.J., Degner, L.F., Fallowfield, L.J., Maher, E.J., & Neuberger, J. (1995). Offering choice of treatment to patients with cancers: A review based on a symposium held at the 10th annual conference of The British Psychosocial Oncology Group, December 1993. *European Journal of Cancer* 31A: 112-116.
- Roberts, C.S., Cox, C.E., Reintgen, D.S., Baile, W.F., & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychological adjustment and decision making. *Cancer* 74: 336-341.
- Robin, D.M., Leslie, M.R. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας* (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Ποταμιάνος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Rose, J.H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology* 18: 439-464.
- Rosenblum, D. (1994). Listening to people with cancer. *Seminars in Oncology* 21: 701-704.
- Roter, D.L., & Hall, J.A. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House.
- Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W.B., & Inui, J. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association* 277: 350-356.
- Rowland, J.H., & Massie, M.J. (1998). Breast cancer. In Holland, J.C., Breitbart, W., Jacobsen, P.B., et al. (Eds). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Ruckdeschel, J.C., Blanchard C.G., & Albrecht, T. (1994). Psychosocial oncology research: Where we have been, where we are going, and why we will not get there. *Cancer* 74: 1458-1463.
- Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nursing* 24: 272-277.
- Sarafino, E.P. (1999). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Schnipper, H.H. (2001). Life after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 15: 3581-3584.
- Schover, L.R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 41: 112-120.
- Shapiro, S.L., Lopez, A.M., Schwartz, G.E., Bootzin, R., Figueredo, A.J., Braden, C.J., & Kurker, S.F. (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology* 57: 501-519.
- Sharpe, L., Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine* 62: 1153-1166.
- Siminoff, L.A., Ravdin, P., Colabianchi N., & Sauders-Sturn, C.M. (2000). Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations* 3: 26-36.
- Siminoff, L.A., & Fetting, J.H. (1991). Factors affecting treatment decisions for a life threatening illness: the case of medical treatment of breast cancer. *Social Science & Medicine* 32: 813.
- Smith, T.W., & Gallo, L.C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T.A. Revenson, & J. Singer (Ed), *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smith, T.W., & Williams, P.G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five factor model. *Journal of Personality* 60(2): 395-423.
- Smith, C.K., Polis, E., & Hadac, R.R. (1981). Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J Family Practice* 12: 283.
- Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars of Oncology* 24: S1-36-S1-47.

Spiers A, McElwee G, Fleming P, O’Gorman M. (1999). A study of the attitudes, knowledge, and beliefs about cancer among men in Northern Ireland. Belfast: The Ulster Cancer Foundation.

Stanton, A.L., Revenson, T.A., & Tennen, H. (2006). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology* 58: 13.1-13.28.

Stanton, A.L., Danof-Burg, S., & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology* 11: 93-102.

Stanton, A.L., Collins, C.A., & Sworowski, L.A. (2001). Adjustment to chronic illness: theory and research. In *Handbook of Health Psychology*, ed. A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer, pp. 387-403. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Stanton, A.L., & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology* 12: 16.

Stewart, K.E., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In T. Boll, J.M. Raczynski, & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (vol. 2, pp. 405-421). Washington, DC: American Psychological Association.

Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association* 152(9): 1423-1433.

Street, R.L. (1992). Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients’ perceptions? *Medical care* 30: 976-988.

Street, R.L., & Voigt, B. (1997). Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Medical Decision Making* 17: 298-306.

Szasz, T.S. & Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 97: 585-592.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R., Wood, J.V., Bluming, A.Z., Dosik, G.M., & Leibowitz, R.L. (1985). Illness-related and treatment related factors in the psychological adjustment to breast cancer. *Cancer* 55: 2506-2513.

Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist* 1161-1173.

Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). Assessment of unmet needs among survivors of breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 22: 51-73.

Trief, P.M., & Donohue-Smith, M. (1996). Counseling needs of women with breast cancer: what the women tell us. *Journal of Psychology Nursing* 34(5): 24-29.

Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal Cord Injuries: Psychological, Social and Vocational Rehabilitation* (Second ed.). New York: Demos.

Turner-Cobb, J.M., Sephton, S.E., Koopman, C., Blake-Mortimer, J., & Spiegel, D. (2000). Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 62: 337-345.

Vachon, M. (2006). Psychosocial distress and coping after treatment. *American Journal of Nursing* 106(suppl): 26-31.

Van’t Spijker, A., Trijsburg, R.W., & Duivendoorn, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine* 59: 280-293.

Vivar, C.G., McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 51: 520-528.

Vos, P.J., Garssen, B., Visser, A.P., Duivenvoorden, H.J., & de Haes, H.C.J.M. (2004). Early stage breast cancer: Explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine* 27(6): 557-580.

Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior* 26: 81-101.

Walker, J.G., Jackson, H.J., & Littlejohn, G.O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Rev* 24: 461-488.

Watson, M., Greer, S., Blake, S., Shrapnell, K. (1984). Reactions to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychosocial morbidity. *Cancer* 53: 2008-12.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measurement of adjustment: the MAC scale. *Psychological Medicine* 18: 203-9.

Weinman, J., & Petrie, K.J. (2002). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics. In *The Health Psychology Reader*, ed. D.F. Marks, pp.250-254. London·Tsousand Oaks·New Delhi: SAGE Publications.

Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 11: 431-445.

White-Koning, M., Bertozzi-Salamon, A.I., Vignes, M., & Arnaud, C. (2007). Compliance to treatment of adolescents with cancer. *Bulletin du cancer* 94(4): 349-356.

Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 15: 480-492.

Worchel, F.F., Prevatt, B.C., Miner, J., Allen, M. (1995). Pediatrician's communication style: Relationship to parent's perceptions and behaviors. *Journal of Pediatric Psychology* 20: 633-644.