

Παράγοντες πρόβλεψης της προληπτικής συμπεριφοράς υγιών γυναικών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού

Μ. ΒΛΑΒΙΑΝΟΥ^α, Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ^β, Ε. ΚΑΡΥΔΑ^γ, Α. ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ^δ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή κακοήθης πάθηση που διαγιγνώσκεται στις γυναίκες στις ανεπτυγμένες χώρες. Η προληπτική συμπεριφορά στον καρκίνο του μαστού μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα έως και 30%. Για να υπάρχει όμως σημαντικό όφελος από την έγκαιρη διάγνωση, πρέπει οι προληπτικές εξετάσεις να πραγματοποιούνται τακτικά. Στη συγκεκριμένη έρευνα στόχος μας ήταν να μελετήσουμε τους παράγοντες εκείνους που προβλέπουν την προληπτική συμπεριφορά υγιών γυναικών και γυναικών με καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Οι προληπτικές συμπεριφορές που εξετάστηκαν ήταν η προσέλευση της γυναίκας σε ειδικό για κλινική εξέταση μαστών, η εφαρμογή μαστογραφίας και η συμπεριφορά αυτοψηλάφησης του μαστού. Το δείγμα αποτέλεσαν 162 γυναίκες οι οποίες προσήλθαν για προληπτικές εξετάσεις στην Κλινική Μαστού ενός δημόσιου ογκολογικού νοσοκομείου της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας κατέδειξαν ότι οι τρεις διαφορετικές συμπεριφορές πρόληψης εξαρτώνται από διαφορετικούς παράγοντες, όπως είναι ο αριθμός των προηγούμενων μαστογραφιών, οι πεποιθήσεις της γυναίκας σχετικά με τη δυνατότητα πρόληψης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού, το αποφευκτικό αντίληπτικό στυλ καθώς και η εμπιστοσύνη στον εαυτό της ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσει κάποιο ύποπτο ογκίδιο στο μαστό. Τους παράγοντες αυτούς πρέπει να τους λάβουμε υπόψη στο σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων, προκειμένου να ενισχυθεί η προληπτική συμπεριφορά των υγιών γυναικών έναντι του καρκίνου του μαστού.

Λέξεις-κλειδιά: Καρκίνος μαστού, Προληπτική συμπεριφορά, Προσυμπτωματικός έλεγχος.

Ο καρκίνος του μαστού συνιστά την πιο διαδεδομένη εντόπιση καρκίνου στις γυναίκες. Τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού σημειώνονται στη βόρεια Αμερική και στη βόρεια Ευρώπη, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Ασία και στην Αφρική (Tolma, Reininger, Ureda, & Evans, 2003). Το ποσοστό επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη είναι περίπου 80% στα πέντε πρώτα χρόνια (Sant & The Eurocare Working Group, 2001). Μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών, όμως, παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις στο χρόνο επιβίωσης και στη θνησιμότητα. Η μικρότερη θνη-

σιμότητα παρουσιάζεται στη Φινλανδία και στη Σουηδία, ενώ η μεγαλύτερη παρουσιάζεται στην Ισλανδία, στη Δανία και στην Αγγλία. Από το 1978 έως το 1985 σημειώθηκε βελτίωση στην επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη, που προσεγγίζει το ποσοστό 2.5% ανά έτος (Parkin, 1999).

Η κατανόηση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού αποτελεί πολύ σημαντική προϋπόθεση για την πρόληψη της νόσου. Η παρατήρηση ότι η προχωρημένη ηλικία τεκνοποίησης, η πρώιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνοπαυση αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από

^α Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

^β Πάντειο Πανεπιστήμιο

^γ Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Αγ. Σάββας»

^δ Διεύθυνση: Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Λεωφόρος Συγγρού 136, 176 71 Αθήνα. Τηλ.: 210-9201704, E-mail: fganagn@hol.gr

καρκίνο του μαστού καταδεικνύει πως αναπαραγωγικοί και ορμονικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή του (Russo & Russo, 1995). Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: οικογενειακό ιστορικό / γενετικοί παράγοντες, αναπαραγωγικοί και ορμονικοί παράγοντες, προϋπάρχουσα καλοήγηθς παθολογία στο μαστό (π.χ. άτυπη υπερπλασία), διατροφικοί παράγοντες και τρόπος ζωής (π.χ. παχυσαρκία, απουσία σωματικής άσκησης) (Cuzick, 2003).

Επιστημονικά, οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι που εφαρμόζονται για τον έγκαιρο εντοπισμό ογκιδίων στο μαστό είναι η κλινική εξέταση στο στήθος από ειδικό γιατρό, η αυτοεξέταση μαστού και η μαστογραφία. Μάλιστα, η προληπτική συμπεριφορά στον καρκίνο του μαστού (π.χ. μαστογραφικός έλεγχος μετά την ηλικία των 50 ετών) μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα έως και 30% (Paskett, McMahon, Tatum, Velez, Shelton, Case, Wofford, Moran, & Wymer, 1998). Για να υπάρχει, όμως, σημαντικό όφελος από την έγκαιρη διάγνωση πρέπει οι συγκεκριμένες εξετάσεις να πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Δεδομένων των στοιχείων αυτών, προκύπτει το ερώτημα γιατί μόνο ορισμένες γυναίκες κάνουν συστηματικά προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού, ενώ άλλες τις αποφεύγουν ή τις αμελούν.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο πιο συνηθισμένος λόγος για τον οποίο μια γυναίκα προσέρχεται για προληπτική εξέταση μαστών είναι η σύσταση από το γιατρό της. Συγκεκριμένα, έχει φανεί ότι οι περισσότερες γυναίκες προσέρχονται για μαστογραφία έπειτα από προσωπική επαφή με το γιατρό τους, ο οποίος συνιστά την εξέταση αυτή είτε άμεσα είτε μετά από κλινική εξέταση μαστών ή μετά από τεστ Παπανικολάου. Επίσης, η αντίληψη της γυναίκας για τον προσωπικό κίνδυνο που διατρέχει να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης για την εφαρμογή μαστογραφίας (Miedema & Tatemichi, 2003). Άλλωστε έχει υποστηριχθεί ερευνητικά ότι οι γυναίκες που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους

ότι βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού προσέρχονται πιο συχνά για μαστογραφία (McCaul, Branstetter, Schroeder, & Glasgow, 1996). Με άλλα λόγια, οι γυναίκες που νιώθουν ευάλωτες απέναντι στον καρκίνο του μαστού και ανησυχούν γι' αυτό είναι πιο πιθανό να πραγματοποιήσουν τακτικές προληπτικές εξετάσεις (Wilcox & Stefanick, 1999). Εξάλλου, δεν είναι τυχαίο πως το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σχετίζεται θετικά με την εφαρμογή μαστογραφίας (Polednak, Lane, & Burg, 1991). Η Caryn Lerman (Lerman, Trock, & Rimer, 1991), παίρνοντας συνέντευξη από γυναίκες σχετικά με την ανησυχία τους ακριβώς μετά από μια μαστογραφία, διαπίστωσε ότι όσες εξακολουθούσαν να έχουν αγωνία ανέφεραν ότι ήταν πιο πιθανό να προσέλθουν ξανά για μαστογραφία. Αντίθετα, οι γυναίκες που εξέφραζαν ανακούφιση μετά τη μαστογραφία ήταν λιγότερο πιθανό να εξεταστούν ξανά.

Για το ίδιο ζήτημα η Royak-Schaler και οι συνεργάτες της (Royak-Schaler, Stanton, & Danoff-Burg, 1997) τονίζουν ότι ο αντιληπτός κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού είναι άμεσα συνδεδεμένος με την προληπτική συμπεριφορά, και κατά συνέπεια η ενημέρωση των γυναικών για τους ακριβείς παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Βέβαια, ο Weinstein (1988) αναφέρει ότι η αντίληψη του προσωπικού κινδύνου είναι αναγκαία αλλά όχι επαρκής συνθήκη για δράση. Η απόφαση για δράση εξαρτάται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, όπως η αντιληπτή σοβαρότητα του κινδύνου, η αντιληπτή αποτελεσματικότητα της δράσης, το αντιληπτό κόστος και τα οφέλη της συμπεριφοράς.

Επίσης, έχει φανεί ότι το αντιληπτό εσωτερικό κέντρο ελέγχου συνιστά προβλεπτικό παράγοντα υποβολής σε μαστογραφία. Με άλλα λόγια, η αντιληπτή ανάγκη ελέγχου της ασθένειας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που διαμεσολαβεί ανάμεσα στον αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού και στην υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Άρα οι γυναίκες με υψηλό αντιληπτό κίνδυνο είναι περισσό-

τερο πιθανό να υιοθετούν προληπτική συμπεριφορά σε μια προσπάθεια να ασκήσουν έλεγχο στην ασθένεια (Russell, Champion, & Perkins, 2003). Η αντίληψη του προσωπικού ελέγχου στον εντοπισμό ογκιδίων στο μαστό έχει βρεθεί να συσχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα προληπτικής αυτοεξέτασης μαστών (Mamon & Zarba, 1986).

Σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης για υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς είναι και η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας (*self-efficacy*). Η εμπιστοσύνη που έχει η γυναίκα στον εαυτό της ότι θα καταφέρει να υποβληθεί σε προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του μαστού φάνηκε ερευνητικά να είναι ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσής της για δράση (Tolma et al., 2003).

Οι Royak-Schaler και συνεργάτες (1997) και οι Bostick, Sprafka, Virnig και Potter (1994) αναφέρουν πως η υποβολή σε μαστογραφία και η κλινική εξέταση μαστού από ειδικό απαντώνται συχνότερα σε γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου και με υψηλό εισόδημα. Επίσης, προβλεπτικός παράγοντας για την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού είναι η προηγούμενη προληπτική συμπεριφορά (μαστογραφία, κλινική εξέταση μαστών) ή η υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς για θέματα υγείας γενικότερα (τακτικές επισκέψεις στον προσωπικό-οικογενειακό γιατρό) (Tolma et al., 2003). Οι McCaul και Tulloch (1999) σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους λόγους που οδηγούν τις γυναίκες να προσέλθουν σε ειδικό για ψηλάφηση και να υποβληθούν σε μαστογραφία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια γυναίκα είναι πιθανότερο να εκδηλώσει προληπτική συμπεριφορά εάν της το προτείνει ο γιατρός της, εάν αισθάνεται ευάλωτη και εάν θεωρεί ότι η εξέταση έχει αξία για την έγκαιρη διάγνωση.

Αντίθετα, έχει φανεί ερευνητικά ότι παράγοντες που αποτρέπουν την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς είναι η δυσκολία πρόσβασης στο σύστημα υγείας (π.χ. έλλειψη ασφάλισης, διαμονή σε ακριτικά χωριά ή σε μικρές επαρχια-

κές πόλεις) καθώς και ποικίλες πολιτισμικές τάσεις που συνιστούν εμπόδια για την πρόληψη, όπως η ντροπή και η μοιρολατρία (Glasgow, Whitlock, Valanis, & Vogt, 2000).

Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Η ελεγεμιότητα (Decruyenaere, Evers-Kiebooms, Weikenhuysen, Denayer, & Claes, 2000) και η ταυτότητα (συμπτώματα) της νόσου μπορεί να επηρεάσουν την προληπτική συμπεριφορά. Μάλιστα, στη δεύτερη περίπτωση (Hunter, Grunfeld, & Ramirez, 2003) η αναγνώριση των σωστών συμπτωμάτων ως εκδηλώσεων που φανερώνουν την ύπαρξη του καρκίνου του μαστού αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης των γυναικών να επισκεφθούν κάποιο γιατρό για να ζητήσουν βοήθεια για συμπτώματα δηλωτικά του καρκίνου του μαστού.

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την εφαρμογή προληπτικών μέτρων σε θέματα καρκίνου είναι το στυλ επεξεργασίας των απειλητικών πληροφοριών για την υγεία. Ορισμένα άτομα, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν το στρες που τους προκαλεί το θέμα του καρκίνου, μπορεί να στρέψουν την προσοχή τους στο ζήτημα αυτό, να συγκεντρώσουν σχετικές πληροφορίες και ενδεχομένως να τις διογκώσουν (*monitors*). Από την άλλη, υπάρχουν άτομα που μπορεί να αποφεύγουν την απειλητική πληροφορόρηση και να στρέφουν την προσοχή τους μακριά από σχετικά στοιχεία (*blunters*) (Miller, 1987). Τα άτομα της πρώτης κατηγορίας έχει βρεθεί να εφαρμόζουν πιο πιστά τις ιατρικές συστάσεις και είναι πιθανότερο να υιοθετήσουν προληπτικές συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου της υγείας τους, αν και ενίοτε αναπτύσσουν αρνητικές προσδοκίες για την έκβαση της υγείας και εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική αναστάτωση μπροστά στον κίνδυνο που θεωρούν ότι διατρέχουν (Miller, 1995).

Στην Ελλάδα, από ανασκόπηση των δεδομένων που προέρχονται από το Ευρωβαρόμετρο (Eurobarometer, 1997), προέκυψε ότι 75% των γυναικών του γενικού πληθυσμού πιστεύει ότι ο

καρκίνος μπορεί να προληφθεί. Όσον αφορά τους τρόπους πρόληψης, το 53% των γυναικών πιστεύει ότι το αποτελεσματικότερο μέτρο πρόληψης είναι η υποβολή σε τακτικές ιατρικές εξετάσεις (check-ups), το 11% πιστεύει ότι το ισορροπημένο διαιτολόγιο και ο υγιεινός τρόπος ζωής παρέχουν προστασία έναντι του καρκίνου, ενώ το 9% θεωρεί ότι η διδασκαλία του κοινού ώστε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα του καρκίνου αποτελεί την αποτελεσματικότερη μέθοδο πρόληψης. Άρα το γυναικείο κοινό στην Ελλάδα δηλώνει αισιόδοξο όσον αφορά τη δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου. Μάλιστα, υπάρχει ισχυρή πίστη στην αποτελεσματικότητα των τακτικών ιατρικών εξετάσεων ως μέσο πρόληψης, αφού οι γυναίκες σε ποσοστό 43% δηλώνουν «απολύτως» βέβαιες και σε ποσοστό 45% «αρκετά» σίγουρες και πεπεισμένες για την αποτελεσματικότητα του προληπτικού προσυμπτωματικού ελέγχου. Ωστόσο, παρά τις θετικές πεποιθήσεις των γυναικών όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου, στην πραγματικότητα το ποσοστό των γυναικών στη χώρα μας που υποβάλλονται συστηματικά σε προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο είναι μικρό. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του Ευρωβαρόμετρου (Eurobarometer, 2003), το 2002 στην Ελλάδα μόνο 12.6% των γυναικών είχε υποβληθεί σε μαστογραφία τους προηγούμενους δώδεκα μήνες και μόλις 16.1% είχε υποβληθεί σε ψηλάφηση μαστών τον τελευταίο χρόνο. Σε δείγμα Ελληνίδων φοιτητριών μόνο το 27.8% ανέφερε ότι εφάρμοζε την αυτοεξέταση μαστών συστηματικά (π.χ. κάθε μήνα) κατά το χρονικό διάστημα του τελευταίου έτους (Chouliara, Papadioti-Athanasίου, Power, & Swanson, 2004).

Στην παρούσα έρευνα στόχος μας ήταν να μελετήσουμε τους παράγοντες εκείνους που προβλέπουν την προληπτική συμπεριφορά υγιών γυναικών και γυναικών με καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Τέτοιοι παράγοντες θεωρήθηκαν εκείνοι που προβλέπουν αν η γυναίκα επισκέπτεται ειδικό γιατρό για κλινική εξέταση μαστών, αν κάνει μαστογραφία και αν εφαρμόζει μόνη της την ψηλάφηση στο στήθος της. Υποθέσαμε ότι η

συμπεριφορά προσέλευσης για κλινική εξέταση μαστών από ειδικό και εφαρμογής μαστογραφίας προβλέπεται από την ύπαρξη προηγούμενης προληπτικής συμπεριφοράς και από τον αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού: Οι γυναίκες που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους να βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού αναμέναμε να προσέρχονται πιο συχνά για προληπτικές εξετάσεις. Επίσης, υποθέσαμε πως η συμπεριφορά αυτοψηλάφησης των μαστών προβλέπεται από την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου για τον εντοπισμό ογκιδίων στο μαστό. Απώτερος σκοπός της έρευνάς μας ήταν να εντοπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς για τον καρκίνο του μαστού, ώστε να οδηγηθούμε στη διατύπωση προτάσεων παρέμβασης.

Μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα απετέλεσαν 162 γυναίκες, οι οποίες προσήλθαν για προληπτικές εξετάσεις, που περιελάμβαναν ψηλάφηση από ειδικό και ενδεχομένως μαστογραφία, στην Κλινική Μαστού ενός δημόσιου ογκολογικού νοσοκομείου της Αθήνας. Εξήντα πέντε από τις γυναίκες ήταν απολύτως υγιείς, ενώ οι υπόλοιπες είχαν υποστεί στο παρελθόν είτε απλή παρακέντηση είτε βιοψία σε κάποιον ή και στους δύο μαστούς για καλοήθεις παθήσεις, όπως λίπωμα, κύστη, ινοαδένωμα, ινοκυστική μαστοπάθεια. Από τις 97 γυναίκες με καλοήθεις παθήσεις οι 14 είχαν κάνει στο παρελθόν τουλάχιστον μία βιοψία στο μαστό το αποτέλεσμα της οποίας έδειξε άτυπη υπερπλασία. Η διάμεση τιμή της ηλικίας των γυναικών ήταν τα 55 έτη, η πλειονότητα αυτών (67.7%) ήταν έγγαμες και το μορφωτικό τους επίπεδο ήταν αυτό του αποφοίτου γυμνασίου ή λυκείου (45.1%) ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (41.0%). Όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση, 43.1% των γυναικών δήλωσε μέτρια και 46.3% καλή οικονομική κατάσταση.

Μέσα συλλογής των δεδομένων

Στις γυναίκες του δείγματος χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια:

1) Το Ερωτηματολόγιο Γενικών Πληροφοριών, το οποίο κατασκευάστηκε βάσει της σχετικής βιβλιογραφίας και περιλάμβανε τόσο ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος όσο και ερωτήσεις σχετικές με παράγοντες που άπτονται της προληπτικής συμπεριφοράς για τον καρκίνο του μαστού, όπως είναι η προηγούμενη προληπτική συμπεριφορά, το οικονομικό επίπεδο, η μόρφωση, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Ο αντιληπτός κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού καταγράφηκε με ερωτήσεις όπως «Πόσο πιθανό θεωρείτε για τον εαυτό σας να νοσήσετε από μια πάθηση όπως είναι ο καρκίνος του μαστού τα επόμενα πέντε χρόνια;» ή «Πόσο πιθανό θεωρείτε να νοσήσετε από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής σας;», η δε απάντηση δινόταν σε πενταβάθμια κλίμακα, που εκτεινόταν από «απίθανο» έως «βέβαιο». Επίσης, καταγράφονταν οι παράγοντες που ωθούν (π.χ. σύσταση από γιατρό, παρακίνηση από φίλη ή συγγενή) ή αποτρέπουν την εφαρμογή μαστογραφίας (π.χ. μη εμφάνιση ανησυχητικών συμπτωμάτων, ανησυχία για την ακτινοβολήση κατά την εξέταση), η εμπιστοσύνη στον εαυτό για τον εντοπισμό ύποπτων συμπτωμάτων στο μαστό καθώς και η αντιληπτή δυνατότητα αποφυγής ή πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

2) Το Ερωτηματολόγιο Αντιμετώπισης Υποθετικών Στρεσογόνων Καταστάσεων, το οποίο βασίστηκε τόσο στην κλίμακα Miller Behavioral Style Scale (Miller, 1987) όσο και στο Threatening Medical Situations Inventory (Zuuren, Groot, Mulder, & Muris, 1996). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει μια φανταστική κατάσταση στην οποία θα μπορούσε να βρεθεί ένα άτομο και η οποία αφορά την εμφάνιση καρδιολογικού προβλήματος υγείας που απαιτεί εγχείρηση. Το σενάριο ακολουθείται από έξι δηλώσεις πιθανών αντιδράσεων. Οι μισές από τις αντιδράσεις αντιπροσωπεύουν επιλογές αναζήτησης πληροφο-

ριών (monitoring), όπως «Θα πήγαινα σε έναν ειδικό και θα τον ρωτούσα όσα περισσότερα μπορούσα σχετικά με το θέμα» ή «Θα επικοινωνούσα με άλλους ασθενείς με το ίδιο ιατρικό πρόβλημα για να πάρω πληροφορίες», και οι άλλες μισές επιλογές αντιπροσωπεύουν επιλογές αποφυγής των πληροφοριών (blunting), όπως «Θα καθυσάχαζα τον εαυτό μου λέγοντας ότι δε χρειάζεται ανησυχία και ότι όλα θα πάνε καλά» ή «Θα έστρεφα την προσοχή μου σε άσχετες δραστηριότητες, που θα ήταν πιο ευχάριστες σε σχέση με το θέμα υγείας». Καθεμία γυναίκα καλείται να δηλώσει πόσο της ταιριάζει ο κάθε πιθανός τρόπος αντίδρασης, σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από «Δε μου ταιριάζει καθόλου» έως «Μου ταιριάζει απόλυτα».

3) Το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για Θέματα Υγείας (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, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996), που είχε αναπτυχθεί για την εκτίμηση των πέντε διαστάσεων της αναπαράστασης της ασθένειας – ταυτότητα, συνέπειες, πορεία, έλεγχος / θεραπεία, αίτια – βάσει του Μοντέλου Αυτορρύθμισης του Howard Leventhal (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Στο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για Θέματα Υγείας 38 ερωτήσεις αφορούν τις κύριες αναπαραστάσεις της ασθένειας, όπως η διάρκεια και η πορεία, η κυκλικότητα, ο προσωπικός έλεγχος, η θεραπευσιμότητα μέσω εφαρμογής της κατάλληλης θεραπείας, το νόημα της ασθένειας, η συναισθηματική αναπαράσταση, οι αντιληπτές συνέπειες. 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 έντο-

να» έως «Συμφωνώ έντονα». Την ταυτότητα της νόσου κατέγραφαν 14 ερωτήσεις, στις οποίες ζητείται από τη γυναίκα να απαντήσει με «ναι» ή «όχι» κατά πόσο κάποια συμπτώματα, όπως ένα ακίνητο ογκίδιο στο στήθος, η έκκριση αιματηρού υγρού από τη θηλή ή η εισολκή της θηλής (όταν η θηλή εισέρχεται μέσα στο μαστό), θεωρεί ότι συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού.

Για την προσαρμογή των ερωτηματολογίων στα ελληνικά ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία: Το κάθε ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά από δύο άτομα που είχαν μητρική την αγγλική γλώσσα και πολύ καλή γνώση της ελληνικής. Κατόπιν έγινε σύγκριση των δύο μεταφράσεων και διευθετήθηκαν τυχόν αποκλίσεις. Το ερωτηματολόγιο που προέκυψε στα ελληνικά δόθηκε σε δύο άτομα που είχαν μητρική την ελληνική γλώσσα και άριστη γνώση της αγγλικής, για μετάφραση στα αγγλικά. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των δύο μεταφράσεων και διευθετήθηκαν τυχόν αποκλίσεις. Ακολούθησε σύγκριση του μεταφρασμένου στα αγγλικά ερωτηματολογίου με το αγγλικό πρωτότυπο και διευθετήθηκαν αποκλίσεις. Τυχόν παρατηρήσεις και αλλαγές που προέκυψαν από τις προηγούμενες διαδικασίες ενσωματώθηκαν στο ελληνικό ερωτηματολόγιο, το οποίο χορηγήθηκε σε ένα μικρό δείγμα 30 γυναικών στο πλαίσιο προκαταρκτικής μελέτης, προκειμένου να ελεγχθεί η σαφήνεια των ερωτήσεων και των κλιμάκων απάντησης. Έτσι, βάσει παρατηρήσεων από την προκαταρκτική μελέτη διαμορφώθηκε οριστικά το κάθε ερωτηματολόγιο στα ελληνικά.

Διαδικασία

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χώρο της Κλινικής Μαστού του νοσοκομείου. Χορηγήθηκαν 200 ερωτηματολόγια, από τα οποία επεστράφησαν τα 164 (ποσοστό ανταπόκρισης 82%). Από αυτά τα ερωτηματολόγια δύο επεστράφησαν ασυμπλήρωτα λόγω κωλύματος των γυναικών. Επομένως, πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια παρελήφθησαν από 162 γυναίκες.

Η διαδικασία προσέγγισης των γυναικών ήταν η ακόλουθη: Αφού εξετάζονταν από τη γιατρό, οι γυναίκες, είτε υγιείς είτε με καλοήθεις παθήσεις του μαστού, παραπέμπονταν στην ερευνητριά με την οδηγία να τους δοθούν ερωτηματολόγια και να τα συμπληρώσουν σπίτι τους, ώστε να συμβάλουν σε μια έρευνα για ζητήματα υγείας. Μαζί με τα ερωτηματολόγια δινόταν συνοδευτική επιστολή, με την οποία κάθε γυναίκα ενημερωνόταν για το σκοπό, τη σημασία της έρευνας και για τα ερωτηματολόγια που έπρεπε να συμπληρώσει, ενώ τη διαβεβαίωναμε για το απόρρητο των απαντήσεών της. Η πλειονότητα των γυναικών δεχόταν με ευχαρίστηση να συμμετάσχει στην έρευνα. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν μέσα σε φάκελο, ο οποίος είχε προπληρωμένα ταχυδρομικά τέλη και έφερε τα στοιχεία του παραλήπτη, ώστε να αποσταλεί απευθείας μετά τη συμπλήρωση. Για κάθε γυναίκα καταγραφόταν η λέξη «φυσιολογικό» αν ήταν απολύτως υγιής, ενώ στην περίπτωση που υπήρχε καλοήθης πάθηση καταγράφονταν οι λεπτομέρειες της παρακέντησης ή της βιοψίας με το αποτέλεσμα της κυτταρολογικής ή της ιστολογικής εξέτασης αντίστοιχα. Μία εβδομάδα αφού δίνονταν τα ερωτηματολόγια σε κάθε γυναίκα της τηλεφώνουσαμε για να τη ρωτήσουμε αν είχε συναντήσει κάποια δυσκολία στη συμπλήρωσή τους ή για να διευκρινίσουμε τυχόν απορίες, αν κάτι δεν είχε γίνει κατανοητό.

Στατιστική ανάλυση

Έπειτα από τη συλλογή των δεδομένων, την κωδικοποίησή τους και την εισαγωγή των δεδομένων για επεξεργασία στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, πραγματοποιήθηκε μια σειρά παραγοντικών αναλύσεων για τον έλεγχο της παραγοντικής σύνθεσης και της εννοιολογικής εγκυρότητας των ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μεγίστης πιθανοφάνειας (*maximum likelihood*) με πλάγια περιστροφή (*direct oblimin*). Για να προσδιοριστούν οι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες των τριών συμπεριφορών πρόληψης του καρκίνου του μα-

στού, εφαρμόστηκαν αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που επιλέχθηκαν με βάση το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης ήταν οι αναπαραστάσεις της ασθένειας, το στυλ της συμπεριφοράς αντιμετώπισης των απειλών για την υγεία, καθώς και ορισμένοι άλλοι κοινωνικοδημογραφικοί (ηλικία, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση), ψυχολογικοί (αντιληπτός κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού, ανησυχία προσβολής από καρκίνο του μαστού, αντιληπτή δυνατότητα αποφυγής ή πρόληψης του καρκίνου του μαστού) και ιατρικοί παράγοντες (κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού, προϋπάρχουσα καλοήγηθη πάθηση του μαστού, σύσταση από γιατρό για υποβολή σε προληπτικές εξετάσεις).

Αποτελέσματα

Από τις 162 γυναίκες του δείγματός μας 147 (90.7%) είχαν ξανακάνει κατά το παρελθόν κλινική εξέταση (ψηλάφηση) στο στήθος από ειδικό γιατρό και 139 (85.8%) είχαν κάνει κατά το παρελθόν μαστογραφία. Ο πιο συχνός παράγοντας που ωθεί τις γυναίκες στην εφαρμογή μαστογραφίας είναι η σύσταση από το γιατρό επειδή εντόπισε κάτι στο στήθος (40.7%). Επιπλέον, οι γυναίκες ωθούνται στην εφαρμογή μαστογραφίας έπειτα από σύσταση του γιατρού για προληπτικούς λόγους (28.6%) ή προληπτικά έπειτα από προσωπική τους απόφαση (28.6%). Όπως προκύπτει από την έρευνά μας, ο πιο συχνός παράγοντας που αποτρέπει τις γυναίκες από την εφαρμογή μαστογραφίας είναι η απουσία της αντίστοιχης σύστασης από την πλευρά του γιατρού (52.6%).

Στο δείγμα μας οι γυναίκες σε ποσοστό 22.8% ψηλάφизαν τακτικά μόνες τους τους μαστούς τους για προληπτικούς λόγους, σε ποσοστό 32.1% αυτοψηλάφизονταν ανά αραιά χρονικά διαστήματα και σε ποσοστό 21.6% δεν ψηλάφизαν ποτέ μόνες τους τους μαστούς τους προληπτικά. Είναι, μάλιστα, ενδιαφέρον ότι σε ποσοστό μόνο 11.8% οι γυναίκες του δείγματος έχουν «μεγάλη» ή «απόλυτη» εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ότι είναι σε θέση να ψη-

λαφίσουν μόνες τους τους μαστούς τους σωστά και να εντοπίσουν κάποιο ενδεχομένως ύποπτο σύμπτωμα.

Όσον αφορά τη δυνατότητα αποφυγής του καρκίνου του μαστού, 10.1% δηλώνει ότι δεν έχει καμία δυνατότητα αποφυγής του, 13.3% θεωρεί ότι έχει μικρή δυνατότητα, ενώ 35.4% δηλώνει ότι έχει μεγάλη ή πάρα πολύ μεγάλη δυνατότητα αποφυγής του με τη λήψη κατάλληλων μέτρων, όπως είναι ο υγιεινός τρόπος ζωής. Για τη δυνατότητα έγκαιρου εντοπισμού του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο με την εφαρμογή ψηλάφησης ή μαστογραφίας, μόνο 1.3% δηλώνει καμία ή μικρή δυνατότητα, ενώ είναι αυξημένο το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν μεγάλη (53.2%) ή πάρα πολύ μεγάλη (38.6%) δυνατότητα έγκαιρης εντόπισης.

Όσον αφορά τον αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού, 73.1% των γυναικών του δείγματος θεωρεί ότι η πιθανότητα να προσβληθεί από μια πάθηση όπως ο καρκίνος του μαστού τα επόμενα πέντε χρόνια είναι μέτρια («ούτε πιθανό ούτε απίθανο»). Μόνο 18.8% των γυναικών θεωρεί ένα τέτοιο ενδεχόμενο ως «πολύ πιθανό», ενώ 6.9% το θεωρεί «σχετικά απίθανο». Επίσης, 64.2% των γυναικών πρεσβεύει ότι η πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους είναι μέτρια («ούτε πιθανό ούτε απίθανο»), σε αντίθεση με το 30.2% που το θεωρεί «πολύ πιθανό», ή το 0.6% που το θεωρεί «βέβαιο».

Στην προκαταρκτική φάση αναλύσεων διενεργήθηκε έλεγχος της εννοιολογικής δομής των κλιμάκων των ερωτηματολογίων. Έτσι, στο Ερωτηματολόγιο Αντιμετώπισης Υποθετικών Στρεσογόνων Καταστάσεων προέκυψαν δύο παράγοντες που ερμήνευαν το 22.16% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας αφορούσε επιλογές αναζήτησης πληροφοριών και ερμήνευε το 13.39% της συνολικής διακύμανσης (Cronbach $\alpha = 0.85$). Ο δεύτερος παράγοντας αντιπροσώπευε επιλογές αποφυγής πληροφοριών και ερμήνευε το 8.77% της συνολικής διακύμανσης (Cronbach $\alpha = 0.70$).

Στο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για Θέματα Υγείας, για τις αναπαραστάσεις της ασθένειας προέκυψαν επτά παράγοντες που ερμήνευαν το 46.50% της συνολικής διακύμανσης και μετρούσαν τις συ-

Πίνακας 1
Φορτίσεις παραγόντων για παραδειγματικές δηλώσεις του Ερωτηματολογίου Αντιλήψεων
για Θέματα Υγείας

Παράγοντες	Δηλώσεις	Φορτίσεις
Συναισθηματική αναπαράσταση ($\alpha = 0.78$)	Στενοχωριέμαι όταν κάνω σκέψεις γύρω από τέτοιες ασθένειες	0.784
	Μια τέτοια ασθένεια με κάνει να νιώθω φοβισμένη	0.762
	Καταθλιβόμαι όταν σκέπτομαι τέτοιες ασθένειες τι επιφέρουν	0.755
Νόημα της ασθένειας ($\alpha = 0.75$)	Δεν καταλαβαίνω πώς προκαλείται μια ασθένεια όπως είναι ο καρκίνος του μαστού	0.829
	Το τι φταίει και εμφανίζεται μια τέτοια ασθένεια αποτελεί για μένα ένα μυστήριο	0.729
	Δεν μπορώ να δώσω κανένα νόημα στην ύπαρξη ασθενειών όπως ο καρκίνος του μαστού	0.647
Θεραπευτικός έλεγχος ($\alpha = 0.62$)	Η θεραπεία που εφαρμόζεται μπορεί να περιορίσει μια ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού	0.790
	Οι πιθανές μεταστάσεις μιας τέτοιας ασθένειας μπορεί να αντιμετωπιστούν επιτυχώς με τη θεραπευτική αγωγή	0.594
Προσωπικός έλεγχος ($\alpha = 0.64$)	Οι πράξεις του πάσχοντος μπορούν να καθορίσουν κατά πόσο η ασθένειά του θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί	0.500
	Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την έκβαση της ασθένειάς του	0.509
Πορεία ($\alpha = 0.68$)	Μια ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα	0.631
	Είναι πιο πιθανό τέτοιες ασθένειες να είναι μόνιμες παρά προσωρινές	0.434
Κυκλικότητα ($\alpha = 0.63$)	Μια ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού έχει απρόβλεπτη πορεία	0.566
	Τέτοιες ασθένειες περνούν μέσα από περιοδικές φάσεις κατά τις οποίες ο ασθενής καλυτερεύει και μετά χειροτερεύει	0.481
Συνέπειες ($\alpha = 0.70$)	Τέτοιες ασθένειες επηρεάζουν αρνητικά τον τρόπο που οι άλλοι βλέπουν τον ασθενή	0.753
	Τέτοιες ασθένειες αποτελούν σοβαρές απειλές για την υγεία	0.509

Πίνακας 2
Συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στις κύριες μεταβλητές της μελέτης

Μεταβλητές	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Αρνητική συναισθηματική αναπαράσταση	0.540	0.238	0.019	-0.287	0.245	0.227	-0.204	0.082	0.298	-0.047	-0.111
2. Συνέπειες		0.054	-0.051	-0.255	0.372	0.193	-0.163	0.199	0.311	-0.046	-0.085
3. Απουσία νοήματος ασθένειας			-0.216	-0.177	-0.054	0.239	-0.101	-0.103	0.075	-0.091	-0.195
4. Προσωπικός έλεγχος				0.491	-0.274	-0.113	0.183	-0.011	-0.212	0.126	0.173
5. Θεραπευτικός έλεγχος					-0.170	-0.118	0.114	0.022	-0.209	0.114	0.172
6. Χρόνια πορεία						0.081	-0.105	0.109	0.211	-0.023	-0.103
7. Κυκλικότητα							-0.178	-0.096	0.031	-0.025	-0.019
8. Αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς								-0.196	-0.219	0.148	0.105
9. Αντιληπτός προσωπικός κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού									0.257	-0.042	-0.102
10. Ανησυχία προσβολής από καρκίνο του μαστού										-0.065	-0.151
11. Αντιληπτή δυνατότητα έγκαιρης εντόπισης μέσω εφαρμογής προληπτικών μέτρων											0.229
12. Αντιληπτή δυνατότητα αποφυγής του καρκίνου											1.000

Σημείωση: Οι συντελεστές συσχέτισης με έντονους χαρακτήρες είναι στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο 5%.

Πίνακας 3

Συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης στην ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αριθμό κλινικών εξετάσεων μαστού στις οποίες υποβλήθηκε η γυναίκα κατά το παρελθόν από ειδικό

	R^2	Beta	t	p
Αριθμός προηγούμενων μαστογραφιών	0.33	0.587	7.939	< 0.001
Πεποίθηση ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εντοπιστεί έγκαιρα σε αρχικό στάδιο με την υποβολή σε κατάλληλες προληπτικές εξετάσεις	0.03	0.152	2.119	0.036

[$R^2 = 0.36$, $F(2, 118) = 32.380$, $p < 0.001$]

ναισθηματικές αναπαραστάσεις, τις συνέπειες της ασθένειας, το νόημα της ασθένειας, τον προσωπικό έλεγχο, το θεραπευτικό έλεγχο, τη χρόνια πορεία της ασθένειας και την κυκλική πορεία της ασθένειας (Πίνακας 1). Τέλος, στο ίδιο, πάλι, ερωτηματολόγιο για τα αίτια του καρκίνου του μαστού προέκυψαν δύο παράγοντες που ερμήνευαν το 26.53% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας αντανακλούσε τα εξωτερικά αίτια του καρκίνου του μαστού και ερμήνευε το 18.95% της συνολικής διακύμανσης (Cronbach $\alpha = 0.67$). Ο δεύτερος παράγοντας αφορούσε τα εσωτερικά αίτια του καρκίνου του μαστού και ερμήνευε το 7.58% της συνολικής διακύμανσης (Cronbach $\alpha = 0.76$).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των επτά κύριων παραγόντων του Ερωτηματολογίου Αντιλήψεων για Θέματα Υγείας και ορισμένων βασικών μεταβλητών της έρευνας. Παρατηρούμε ότι οι αρνητικές συνιστώσες της αναπαράστασης του καρκίνου του μαστού (αντιληπτές συνέπειες, αρνητικά συναισθήματα) σχετίζονται θετικά με την ανησυχία προσβολής από τη νόσο και αρνητικά με το αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς, ενώ οι θετικές συνιστώσες της αναπαράστασης (προσωπική και θεραπευτική ελεγχιμότητα) σχετίζονται θετικά με το αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς και την αντιληπτή δυνατότητα αποφυγής του καρκίνου του μαστού και αρνητικά με την ανησυχία προσβολής από τον καρκίνο του μαστού. Επίσης, η ανησυχία προσβολής από τον καρκίνο του μαστού σχετίζεται θετικά με την αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από τη νόσο και τη χρόνια πορεία της νόσου και αρ-

νητικά με το αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς.

Στην επόμενη φάση των αναλύσεων πραγματοποιήθηκε μια σειρά αναλύσεων πολλαπλής παλινδρόμησης, με εξαρτημένες μεταβλητές τις τρεις διαφορετικές συμπεριφορές πρόληψης, δηλαδή την ψηλάφηση του μαστού από ειδικό, την ψηλάφηση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα και την εφαρμογή μαστογραφίας. Από την πρώτη ανάλυση (Πίνακας 3) προέκυψε ότι η ύπαρξη προηγούμενης μαστογραφίας και η πεποίθηση της γυναίκας ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εντοπιστεί έγκαιρα σε αρχικό στάδιο με τη λήψη κατάλληλων προληπτικών μέτρων ερμηνεύουν συνολικά 36% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, που είναι ο αριθμός κλινικών εξετάσεων στο μαστό στις οποίες η γυναίκα υποβλήθηκε κατά το παρελθόν από ειδικό.

Αντίστοιχα, από τη δεύτερη ανάλυση (Πίνακας 4) φάνηκε ότι η εμπιστοσύνη που έχει η γυναίκα στον εαυτό της ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσει και να εντοπίσει κάποιο ενδεχόμενο ύποπτο σύμπτωμα στο μαστό της και η αναπαράσταση που διατηρεί σχετικά με τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού ερμηνεύουν συνολικά 31% περίπου της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, που είναι η συχνότητα με την οποία η γυναίκα κάνει μόνη της ψηλάφηση των μαστών της προληπτικά.

Επιπλέον, από την τρίτη ανάλυση (Πίνακας 5) φάνηκε ότι ο αριθμός των κλινικών εξετάσεων μαστού κατά το παρελθόν από ειδικό, η ηλικία της γυναίκας, η πεποίθησή της σχετικά με τη δυνατότητά της να αποφύγει τον καρκίνο του μαστού με τη λήψη κατάλληλων μέτρων, όπως είναι ο υγιεινός τρό-

Πίνακας 4

Συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης στην ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συχνότητα με την οποία η γυναίκα κάνει μόνη της ψηλάφηση των μαστών της για προληπτικούς λόγους

	<i>R</i> ²	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Εμπιστοσύνη που έχει η γυναίκα στον εαυτό της για την αυτοψηλάφηση	0.27	0.529	6.807	< 0.001
Αναπαραστάσεις σχετικά με την ταυτότητα (συμπτώματα) της νύσου	0.04	0.141	2.020	0.046

[*R*² = 0.31, *F*(2, 118) = 24.054, *p* < 0.001]

πος ζωής, η πεποίθησή της σχετικά με το θεραπευτικό έλεγχο και το αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς ερμηνεύουν συνολικά 61% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, που είναι ο αριθμός μαστογραφιών που η γυναίκα έχει κάνει κατά το παρελθόν.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, σε περιγραφικό επίπεδο φάνηκε ότι η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών του δείγματός μας έχει υποβληθεί κατά το παρελθόν σε ψηλάφηση στο

στήθος από ειδικό γιατρό και μαστογραφία. Αυτό δεν είναι τυχαίο και ενδεχομένως εξηγείται και από την επιλογή του δείγματός μας: γυναίκες που προσέρχονται για προληπτικές εξετάσεις. Άλλωστε και οι Royak-Schaler και συνεργάτες (1997) αναφέρουν ότι η ψηλάφηση του μαστού και η εφαρμογή μαστογραφίας απαντώνται συχνότερα σε γυναίκες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, στοιχείο το οποίο χαρακτηρίζει την πλειονότητα του δείγματός μας. Ο πιο συχνός δε παράγοντας που φάνηκε να ωθεί τις γυναίκες στην εφαρμογή μαστογραφίας προέκυψε ότι είναι η σύσταση από το γιατρό επειδή εκείνος εντόπισε κάτι στο στήθος, ενώ ο συχνός

Πίνακας 5

Συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης στην ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αριθμό μαστογραφιών που έχει κάνει η γυναίκα κατά το παρελθόν

	<i>R</i> ²	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Αριθμός κλινικών εξετάσεων μαστού κατά το παρελθόν από ειδικό	0.17	0.446	7.208	< 0.001
Ηλικία της γυναίκας	0.40	0.504	8.184	< 0.001
Πεποίθηση της γυναίκας σχετικά με τη δυνατότητά της να αποφύγει τον καρκίνο του μαστού υιοθετώντας προσεκτικό τρόπο ζωής	0.01	-0.126	-2.040	0.043
Πεποίθηση της γυναίκας σχετικά με το θεραπευτικό έλεγχο	0.01	0.120	1.989	0.049
Αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς	0.02	0.142	2.378	0.019

[*R*² = 0.61, *F*(5, 115) = 34.451, *p* < 0.001]

τερος παράγοντας που τις αποτρέπει από τη μαστογραφία είναι η απουσία της αντίστοιχης σύστασης από την πλευρά του γιατρού. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με όσα υποστηρίζουν οι McCaul και Tuilloch (1999) σε ανασκόπηση σχετικά με τους λόγους που οδηγούν τις γυναίκες στην υιοθέτηση της ψηλάφησης και μαστογραφίας ή τις αποτρέπουν από αυτήν, και οι οποίοι κατέληξαν ότι είναι πιθανό μια γυναίκα να εφαρμόσει προληπτική συμπεριφορά αν της το προτείνει ο γιατρός της.

Επίσης, σε σχέση με την πρακτική αυτοψηλάφησης των μαστών, στην πλειονότητά τους οι γυναίκες του δείγματός μας φάνηκε ότι έχουν από «καθόλου» έως «μέτρια» εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και αυτοψηλαφίζονται ανά αραιά χρονικά διαστήματα. Αρκετά μεγάλο όμως είναι και το ποσοστό των γυναικών που αυτοψηλαφώνται τακτικά.

Από την παρούσα έρευνα σε επίπεδο επαγγελματικό προέκυψε ότι οι τρεις διαφορετικές συμπεριφορές πρόληψης, δηλαδή η ψηλάφηση του μαστού από ειδικό, η ψηλάφηση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα και η εφαρμογή μαστογραφίας, προβλέπονται από διαφορετικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, η συχνότητα με την οποία η γυναίκα προσέρχεται σε ειδικό για κλινική εξέταση μαστών εξαρτάται από τον αριθμό μαστογραφιών στις οποίες έχει υποβληθεί κατά το παρελθόν. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την πρόσφατη βιβλιογραφία, που υποδεικνύει πως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της υιοθέτησης προληπτικής συμπεριφοράς για τον καρκίνο του μαστού είναι η προηγούμενη προληπτική συμπεριφορά (μαστογραφία, κλινική εξέταση μαστών) ή η υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς γενικότερα (τακτικές επισκέψεις στον προσωπικό-οικογενειακό γιατρό) (Tolma et al., 2003). Επίσης, η συχνότητα με την οποία η γυναίκα προσέρχεται στον ειδικό για κλινική εξέταση μαστών επηρεάζεται και από την πεποίθησή της σχετικά με τη δυνατότητα έγκαιρου εντοπισμού του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο με τη βοήθεια των προληπτικών μέτρων. Εξάλλου, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα (Wilcox &

Stefanick, 1999), οι γυναίκες θεωρούν τον καρκίνο του μαστού λιγότερο ελέγξιμο στην εμφάνισή του σε σχέση με άλλες μορφές καρκίνου. Επίσης, η βιβλιογραφία υποδεικνύει πως για να πάρει μια γυναίκα την απόφαση να υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις χρειάζεται ακριβή πληροφόρηση για την αποτελεσματικότητα των προληπτικών εξετάσεων (Black, Nease, & Tosteson, 1995). Άρα οι γυναίκες που γνωρίζουν την αξία της πρόληψης (όπως ήταν οι γυναίκες του δείγματός μας, που προσέρχονταν για προληπτικές εξετάσεις) υποκινούνται και από την ανάγκη τους να συμβάλουν στον έγκαιρο εντοπισμό μιας ασθένειας που θεωρείται λιγότερο ελέγξιμη από άλλες.

Η συχνότητα με την οποία η γυναίκα κάνει μόνη της ψηλάφηση μαστών προληπτικά εξαρτάται από την εμπιστοσύνη που έχει στον εαυτό της ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσει και να εντοπίσει η ίδια κάποιο ύποπτο σύμπτωμα στο μαστό της. Άλλωστε η αντίληψη του προσωπικού ελέγχου στον εντοπισμό ογκιδίων στο μαστό έχει βρεθεί να συσχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα προληπτικής αυτοεξέτασης μαστών (Mamon & Zapka, 1986). Επίσης, η συχνότητα με την οποία η γυναίκα κάνει μόνη της ψηλάφηση μαστών προληπτικά επηρεάζεται και από μια πτυχή της αναπαράστασης (ταυτότητας) της ασθένειας: όσο περισσότερο η γυναίκα ταυτοποιεί σωστά εκείνα τα συμπτώματα που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού τόσο πιο συχνά αυτοψηλαφίζει προληπτικά τους μαστούς της. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει την άποψη ότι τα συμπτώματα μιας νόσου αποτελούν βασικές συνιστώσες της γνωστικής αναπαράστασης της ασθένειας και της ανάληψης δράσης (αυτοψηλάφηση) για τον έλεγχο και την πρόληψή της (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993). Η μη αναγνώριση των σωστών συμπτωμάτων ως ενδείξεων του καρκίνου του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, με σοβαρές επιπτώσεις για την επιβίωση.

Η συχνότητα εφαρμογής μαστογραφίας προβλέπεται από τον αριθμό κλινικών εξετάσεων μαστού στις οποίες η γυναίκα έχει υποβληθεί κατά

το παρελθόν από ειδικό. Και αυτό το εύρημα συμφωνεί με την πρόσφατη βιβλιογραφία, που υποδεικνύει πως προβλεπτικός παράγοντας της υιοθέτησης προληπτικής συμπεριφοράς για τον καρκίνο του μαστού είναι η προηγούμενη προληπτική συμπεριφορά (μαστογραφία, κλινική εξέταση μαστών) (Tolma et al., 2003). Επίσης, η συχνότητα εφαρμογής μαστογραφίας εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας: όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο συχνά η γυναίκα προσέρχεται για μαστογραφία. Άλλωστε οι γυναίκες που προσέρχονται για ψηλάφηση παραπέμπονται και για μαστογραφία προληπτικά αν είναι άνω των 40 ετών ή οπωσδήποτε αν έχουν καλοήγη πάθηση στο μαστό. Επιπλέον, η συχνότητα εφαρμογής μαστογραφίας προβλέπεται από το αντιληπτικό στυλ της γυναίκας: όσο περισσότερο αποφευκτική είναι η γυναίκα τόσο πιο συχνά προσέρχεται για μαστογραφία. Όσο περισσότερο αποφευκτική είναι μια γυναίκα τόσο μειώνεται η ανησυχία της μήπως πάθει καρκίνο, τόσο λιγότερο αρνητική είναι η αναπαράσταση που έχει σχηματίσει για τη νόσο και τόσο μεγαλύτερος είναι ο έλεγχος που θεωρεί ότι μπορεί να ασκηθεί στην έκβαση του καρκίνου. Η πεποίθηση σχετικά με τη δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου είναι ισχυρή, γεγονός που αντανακλάται και στην προληπτική συμπεριφορά, μέσω της εφαρμογής μαστογραφίας. Η συχνότητα εφαρμογής μαστογραφίας προβλέπεται και από την πεποίθηση της γυναίκας σχετικά με τη δυνατότητά της να αποφύγει τον καρκίνο του μαστού. Όσο περισσότερο πιστεύει η γυναίκα ότι δεν μπορεί να αποφύγει πλήρως τον καρκίνο του μαστού με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων (π.χ. υγιεινός τρόπος ζωής) τόσο πιο συχνά προσέρχεται για μαστογραφία. Αν και φαίνεται οξύμωρο, ίσως το εύρημα αυτό να ερμηνεύεται βάσει των χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας. Πρόκειται για γυναίκες που προσέρχονται για προληπτικές εξετάσεις, οι οποίες προσπαθούν να κάνουν ό,τι μπορούν για να ασκήσουν έλεγχο σε ζητήματα υγείας. Ενδεχομένως, λοιπόν, να υποβόσκει η ανάγκη ελέγχου μιας ασθένειας πολυπαραγοντικής, της οποίας τα αίτια δεν είναι σαφή ή γνω-

στά, και άρα η αποφυγή δεν είναι καθόλου βέβαιη. Επίσης, η συχνότητα εφαρμογής μαστογραφίας προβλέπεται και από πτυχές της αναπαράστασης της ασθένειας: το θεραπευτικό έλεγχο. Όσο περισσότερο πιστεύει η γυναίκα ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ελεγχθεί με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας τόσο συχνότερα προσέρχεται για μαστογραφία. Είναι ενδιαφέρον πως η αναπαράσταση του θεραπευτικού ελέγχου ενισχύει την προληπτική συμπεριφορά, καθώς συνδέεται αρνητικά με την ανησυχία προσβολής από καρκίνο του μαστού (Leventhal, Kelly, & Leventhal, 1999), η οποία με τη σειρά της, όταν είναι μέτριας έντασης, συνδέεται θετικά με την προληπτική συμπεριφορά (Royak-Schaler et al., 1997).

Παρ' όλο το ενδιαφέρον των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, υφίστανται ορισμένοι περιορισμοί που είναι απαραίτητο να αναφερθούν. Πρώτα απ' όλα, το δείγμα μας αφορούσε υγιείς γυναίκες και γυναίκες με καλοήθεις παθήσεις στο μαστό που προσήλθαν για προληπτικές εξετάσεις σε ένα δημόσιο ογκολογικό νοσοκομείο της Αθήνας. Επομένως τα ευρήματα που προαναφέρθηκαν μπορούν να γενικευτούν μόνο στον αντίστοιχο πληθυσμό και όχι σε όλο το γυναικείο πληθυσμό. Επίσης, η επιλογή του δημόσιου νοσοκομείου ενδεχομένως να μην καθιστά το δείγμα μας αντιπροσωπευτικό, καθώς οι γυναίκες των υψηλότερων οικονομικά στρωμάτων ίσως να προτιμούσαν τα ιδιωτικά νοσοκομεία ή τους ιδιώτες γιατρούς για τις προληπτικές τους εξετάσεις στο μαστό. Τα στοιχεία αυτά είναι πολύ βασικό να ληφθούν υπόψη για τη γενίκευση των ευρημάτων της συγκεκριμένης έρευνας. Άλλωστε θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να επαναλαμβανόταν η ίδια έρευνα σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας και σε νοσοκομεία της επαρχίας, και να συγκριθούν τα αποτελέσματα, ώστε να μπορούν να γενικευθούν ευρύτερα.

Το ερώτημα που εύλογα τίθεται στη συνέχεια είναι πώς τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής μπορούν να φανούν χρήσιμα για την ενίσχυση της προληπτικής συμπεριφοράς των υγιών γυναικών για τον καρκίνο του μαστού.

Γνωρίζοντας τους παράγοντες που προβλέπουν την προληπτική συμπεριφορά, έχουμε πολλά περιθώρια παρέμβασης. Καθώς φάνηκε πως οι τρεις συμπεριφορές πρόληψης προβλέπονται από διαφορετικούς παράγοντες, για να ενισχύσουμε καθεμία από αυτές πρέπει να παρέμβουμε με διαφορετικό τρόπο. Συγκεκριμένα, για να αυξήσουμε τη συχνότητα με την οποία οι υγιείς γυναίκες ή οι γυναίκες με καλοήθεις παθήσεις του μαστού προσέρχονται σε ειδικό για ψηλάφηση, πρέπει να αυξήσουμε γενικότερα την προληπτική συμπεριφορά τους για τον καρκίνο του μαστού. Είναι σημαντικό να οργανωθούν πιο συστηματικά προγράμματα ενημέρωσης. Στόχος θα είναι η ενδυνάμωση της ελεγχιμότητας: «Είναι δυνατόν σε μεγάλο βαθμό ο έγκαιρος εντοπισμός του καρκίνου του μαστού». Πρέπει τόσο η ψηλάφηση από ειδικό όσο και η μαστογραφία να γίνουν υποθέσεις ετήσιας ρουτίνας να αποτελούν μέρος του προγράμματος ζωής των γυναικών.

Για να βελτιώσουμε την πρακτική της αυτοεξέτασης των γυναικών που προσέρχονται για προληπτικές εξετάσεις, θα πρέπει να αυξήσουμε την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσουν και να εντοπίσουν κάποιο ύποπτο σύμπτωμα που πράγματι δηλώνει την ύπαρξη καρκίνου του μαστού. Είναι βασική, λοιπόν, και η εκπαίδευση στην τεχνική και στην πρακτική αυτοψηλάφησης του μαστού από ειδικούς γιατρούς (π.χ. μαστολόγους).

Τέλος, για να αυξήσουμε τη συχνότητα εφαρμογής μαστογραφίας σε υγιείς γυναίκες ή σε γυναίκες με καλοήθεις παθήσεις του μαστού που προσέρχονται για προληπτικές εξετάσεις, πρέπει πρώτα από όλα να αυξήσουμε τη συχνότητα με την οποία προσέρχονται σε ειδικό για κλινική εξέταση μαστών. Ακόμα, είναι βασική και η ενημέρωση των γυναικών από ειδικούς γύρω από τις επιστημονικές δυνατότητες που υπάρχουν για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, κυρίως αν εντοπιστεί σε αρχικό στάδιο. Επίσης, πρέπει να ισχυροποιήσουμε τις γνώσεις που οδηγούν τις γυναίκες στην εφαρμογή της μαστογραφίας, όπως για παράδειγμα: «Οι δυνατό-

τητες που έχω για να αποφύγω εντελώς τον καρκίνο είναι μικρές, αφού η αιτιολογία του είναι άγνωστη ή ασαφής», αντίληψη που ενισχύει την εφαρμογή μέτρων έγκαιρης διάγνωσης του (Anagnostopoulos & Spanea, 2005). Μέσω γνωσιακών τεχνικών θα πρέπει να τις κατευθύνουμε προς ένα όσο το δυνατόν αποφευκτικό στυλ συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, μπορούμε να εφαρμόσουμε την τεχνική κόστους – οφέλους, «τι έχω να κερδίσω και τι να χάσω αν πάω στον ειδικό για μαστογραφία;», ώστε να αναδυθούν οι δυσλειτουργικές γνώσεις και να αναδομηθούν (π.χ. εστιάζοντας στη σκέψη ότι «όλα θα πάνε καλά με την εξέταση»). Ενδεχομένως να υφίστανται γνωσιακά σχήματα απειλής και μεγέθυνσης. Στόχος μας θα είναι οι γυναίκες να κατορθώσουν να χειριστούν τα αγχογόνα ερεθίσματα με ένα εναλλακτικό τρόπο σκέψης, που θα ενισχύει την ελεγχιμότητα και θα ευνοεί την προληπτική συμπεριφορά. Πρέπει, λοιπόν, να τροποποιήσουμε διεργασιακά λάθη του τύπου καταστροφопоίησης («εάν διαγνωστεί καρκίνος, αυτό ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη»), υπεργενίκευσης («ο καρκίνος δεν μπορεί ποτέ να προληφθεί») ή του διχοτομικού τρόπου σκέψης («ή έχεις γερά γονίδια που σε προστατεύουν από τον καρκίνο ή δεν έχεις και κινδυνεύεις να νοσήσεις, ό,τι και να κάνεις»), που προσανατολίζουν προς δυσάρεστες και απαισιόδοξες προοπτικές υγείας (Αναγνωστόπουλος, Σπανέα, & Πυρένη, 2003).

Τελικά φαίνεται πως ένα ολοκληρωμένο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα κινητοποίησης του υγιούς γυναικείου πληθυσμού για συστηματική προληπτική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής: έγκυρη ιατρική ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου από τον καρκίνο του μαστού, τις δυνατότητες που υπάρχουν σε θεραπευτικό επίπεδο και τη σημασία της πρόληψης, διαλύοντας τους μύθους, τους παράλογους φόβους και τις προκαταλήψεις γύρω από τον καρκίνο του μαστού και τη θεραπεία του, εκπαίδευση στην τεχνική της αυτοεξέτασης των μαστών από ειδικούς, διερεύνηση των γνωσιών ταυτότητας και θεραπευσιμότητας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού

και αξιολόγηση των επιπτώσεών τους στη συμπεριφορά πρόληψης της νόσου, ανεύρεση και τροποποίηση των διεργασιικών διαστρεβλώσεων και αναζήτηση εναλλακτικών ερμηνειών, αναζήτηση των συνεπειών των γεγονότων και χειρισμός των συνεπακόλουθων (π.χ. «ποιο είναι το χειρότερο που μπορεί να συμβεί αν κάνω μαστογραφία και προκύψει θετικό εύρημα:»), καθώς και εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων.

Βιβλιογραφία

- Αναγνωστόπουλος, Φ., Σπανέα, Ε., & Πυρένη, Κ. (2003). Αναπαραστάσεις του καρκίνου του μαστού σε υγιείς και ασθενείς γυναίκες: Μια ποιοτική μελέτη. *Ψυχολογικά Θέματα*, 9(2), 167-183.
- 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.
- Black, W. C., Nease, R. F., Tosteson, A. N. A. (1995). Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *Journal of the National Cancer Institute*, 87, 720-731.
- Bostick, R. M., Sprafka, J. M., Virnig, B. A., & Potter, J. D. (1994). Predictors of cancer prevention attitudes and participation in cancer screening examinations. *Preventive Medicine*, 23, 816-826.
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. L. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12(3), 171-179.
- Chouliara, Z., Papadioti-Athanasίου, V., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). Practice and attitudes toward breast self-examination (BSE): A cross-cultural comparison between younger women in Scotland and Greece. *Health Care for Women International*, 25, 311-333.
- Cuzick, J. (2003). Epidemiology of breast cancer-selected highlights. *The Breast*, 12, 405-411.
- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L., & Claes, E. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: A theoretical perspective. *Psycho-oncology*, 9, 528-536.
- Eurobarometer (1997). *Survey on Attitudes of Europeans*. Brussels: European Commission.
- Eurobarometer (2003). *Health, Food and Alcohol, and Safety*. Brussels: European Commission.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Valanis, B. G., & Vogt, T. M. (2000). Barriers to mammography and Pap smear screening among women who recently had neither, one or both types of screening. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 223-228.
- Hunter, M. S., Grunfeld, E. A., & Ramirez, A. J. (2003). Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: A comparison of the self-regulation model and the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 8, 319-333.
- Lerman, C., Trock, B., & Rimer, B. (1991). Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. *Annals of Internal Medicine*, 14, 657-661.
- Leventhal, H., Kelly, K., & Leventhal, E. A. (1999). Population risk, actual risk, perceived risk and cancer control: a discussion. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 81-84.
- 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, pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mamon, J. A., & Zapka, J. G. (1986). Breast self-examination by young women: characteristics associated with frequency. *American Journal of Preventive Medicine*, 2, 61-69.
- McCaul, K. D., Branstetter, A. D., Schroeder, D. M., & Glasgow, R. E. (1996). What is the relationship between breast cancer risk and

- mammography screening? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 15, 423-429.
- McCaul, K. D., & Tulloch, H. E. (1999). Cancer screening decisions. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 52-57.
- Miedema, B., & Tatemichi, S. (2003). Breast and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: What prompts women to screen? *Women's Health Issues*, 13, 180-184.
- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Miller, S. M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer*, 76, 167-177.
- 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.
- Parkin, D. M. (1999). Breast cancer in Europe: Epidemiology and forecasts. *Electronic Journal of Oncology*, 2, 45-64.
- Paskett, E. D., McMahon, K., Tatum, C., Velez, R., Shelton, B., Case, L. D., Wofford, J., Moran, W., & Wymer, A. (1998). Clinic-based interventions to promote breast and cervical cancer screening. *Preventive Medicine*, 27, 120-128.
- Polednak, A. P., Lane, D. S., & Burg, M. A. (1991). Risk perception, family history, and use of breast cancer screening tests. *Cancer Detection and Prevention*, 15, 257-263.
- Royak-Schaler, R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (1997). Breast cancer: Psychosocial factors influencing risk perceptions, screening, diagnosis and treatment. In S. J. Gallant (Ed.), *Health Care for women: Psychological, social and behavioral influences* (pp. 295-314). Washington, DC: APA.
- Russell, K. M., Champion, V. L., & Perkins, S. M. (2003). Development of cultural belief scales for mammography screening. *Oncology Nursing Forum*, 30, 633-639.
- Russo, J., & Russo, I. H. (1995). The etiopathogenesis of breast cancer prevention. *Cancer Letters*, 90(1), 81-89.
- Sant, M., and The Eurocare Working Group (2001). Differences in stage and therapy for breast cancer across Europe. *International Journal of Cancer*, 93, 894-901.
- Tolma, E. L., Reiningger, B. M., Ureda, J., & Evans, A. (2003). Cognitive motivations associated with screening mammography in Cyprus. *Preventive Medicine*, 36, 363-373.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption model. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Wilcox, S., & Stefanick, M. L. (1999). Knowledge and perceived risk of major diseases in middle-aged and older women. *Health Psychology*, 18(4), 346-353.
- Zuuren, F. J. van, de Groot, K. I., Mulder, N. L., & Muris, P. (1996). Coping with medical threat: An evaluation of the Threatening Medical Situations Inventory (TMSI). *Personality and Individual Differences*, 21(1), 21-31.

Predictors of preventive behavior in healthy women attending a breast clinic

M. VLAVIANOU^a, F. ANAGNOSTOPOULOS^b, E. KARYDA^c, & A. KALANTZI-AZIZI^a

ABSTRACT

Breast cancer screening has been shown to reduce mortality by as much as 30%. In order to realize the benefits of early detection, these tests must be performed regularly. The goal of this study was to examine the factors that predict preventive behavior of non-malignant women. The three preventive behaviors studied were mammography utilization, breast self-examination and clinical breast examination by a specialist. Our sample consisted of 162 healthy women who visited the Breast Clinic of a public oncology hospital in Athens for breast examination. From our research we concluded that the three types of preventive behavior were predicted by different medical or psychological factors, such as the number of previous mammography screenings received, the beliefs about preventability and curability of breast cancer, the confidence in the ability to perform breast self-examination correctly as well as the blunting information-seeking style. Knowing the exact factors that predict each one of the preventive behaviors, we can plan our interventions accurately in order to increase screening uptake.

Key words: Breast cancer, Preventive behavior, Screening.

Address: Fotios Anagnostopoulos, Department of Psychology, Panteion University, 136 Syngrou Ave., 176 71 Athens, Greece. Tel.: 0030-210-9201704. E-mail: fganagn@hol.gr

^a University of Athens, Greece

^b Panteion University, Greece

^c «St Savvas» Cancer Hospital, Athens, Greece