

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Λήψη αποφάσεων σχετικά με την επικινδυνότητα της
θεραπείας: παράγοντες που την επηρεάζουν, όταν το
άτομο αποφασίζει ως ασθενής ή ως οικείο πρόσωπο»

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΡΑΛΛΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής

Κώστας Κωνσταντίνου

Μάιος 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

«Λήψη αποφάσεων σχετικά με την επικινδυνότητα της
θεραπείας: παράγοντες που την επηρεάζουν, όταν το άτομο
αποφασίζει ως ασθενής ή ως οικείο πρόσωπο»

Κωνσταντίνος Ι. Ράλλης

Επιβλέπων Καθηγητής

Κώστας Κωνσταντίνου

Μάιος 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Ευχαριστίες	7
2. Ελληνική περίληψη	8
3. Αγγλική περίληψη (Summary)	10
4. Εισαγωγή – Σημασία της μελέτης	12
5. Γενικό Μέρος – Βιβλιογραφική ανασκόπηση	15
5.1. Γενικά περί λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία	15
5.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων από τον ασθενή	24
6. Ειδικό Μέρος	37
6.1. Σκοπός	37
6.2. Δείγμα	38
6.3. Μέθοδος	39
6.4. Αποτελέσματα	48
6.5. Συζήτηση	57
6.6. Συμπεράσματα	65
Βιβλιογραφία	66
Παράρτημα I	71
Παράρτημα II	80
Παράρτημα III	83

1. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική η συμβολή ορισμένων ανθρώπων, τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω στο σημείο αυτό.

Καταρχάς, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή ευγνωμοσύνη μου στον Καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστήμιου Κύπρου κύριο Κώστα Κωνσταντίνου όχι μόνο για την ψυχολογική στήριξη, που μου προσέφερε αλλά και για τις εξαιρετικά χρήσιμες παρατηρήσεις, που έκανε σε όλα τα στάδια της εργασίας μου από την σύλληψη της αρχικής ιδέας της μελέτης και του σχεδιασμού της μέχρι τον έλεγχο της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων της αλλά και την διόρθωση του τελικού κειμένου.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω επίσης στον φίλο μου ψυχολόγο κύριο Γιώργο Νάκο, που με τις γνώσεις και την κλινική εμπειρία του με βοήθησε να προσεγγίσω το εν πολλοίς άγνωστο σε εμένα πεδίο της ψυχολογίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στον σχεδιασμό της μελέτης και την επιλογή των κατάλληλων ψυχολογικών «εργαλείων» για την πραγματοποίησή της.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τις φίλες μου και συναδέλφους κυρίες Αργυρώ Πλάκα και Αλίκη Λιμνοπούλου για την πολύτιμη βοήθειά τους στην στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Τέλος, δράττομαι της ευκαιρίας να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην σύντροφο της ζωής μου Ουρανία για την ακατάπαυστη και έμπρακτη συμπαράστασή της και κυρίως για την κατανόηση, που επέδειξε κατά τις ώρες της προπαρασκευής και συγγραφής της παρούσας μελέτης.

2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επικράτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην ιατρική σκέψη οδήγησε στην καθιέρωση μοντέλων αλληλεπίδρασης ασθενούς – ιατρού, στα οποία ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία. Η κατανόηση των παραγόντων, που επηρεάζουν τον ασθενή στην λήψη αποφάσεων, πιστεύεται ότι θα συμβάλει στην βελτίωση της διαδικασίας προς μέγιστο όφελός του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να ελεγχθεί η επίδραση της επικινδυνότητας της θεραπείας στην λήψη αποφάσεων και τυχόν διαφοροποίησή της, ανάλογα με τον ρόλο του ατόμου (ασθενής ή οικείο πρόσωπο). Επιπλέον στόχος ήταν να εξετασθεί η σημασία στην λήψη αποφάσεων παραγόντων όπως φύλο, ηλικία, προηγούμενη εμπειρία και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετικά με την στάση του ατόμου απέναντι στην επικινδυνότητα.

Δείγμα: Το δείγμα της μελέτης επιλέχθηκε τυχαία από το προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας, που προσήλθε προς εξέταση στο Κεντρικό Ιατρείο Αθηνών από τον Σεπτέμβριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2014. Συνολικά διανεμήθηκαν πενήντα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, από τα οποία αξιολογήθηκαν τελικά σαράντα.

Οι συμμετέχοντες θεωρήθηκαν συγκρίσιμοι ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και το επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης.

Μέθοδος: Σε κάθε συμμετέχοντα χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από δύο μέρη με οδηγίες για την συμπλήρωση. Οι συμμετέχοντες είχαν χρόνο να διαβάσουν τις οδηγίες και να διατυπώσουν τυχόν απορίες.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν μεταξύ δύο καμπυλών επιβίωσης ανά διάγραμμα, σε δύο σειρές των εννέα

διαγραμμάτων, μία (1 έως 9) ως ασθενείς και μία (9 έως 1) ως οικείοι. Οι δύο καμπύλες αντιστοιχούσαν σε θεραπείες με διαφορετική επικινδυνότητα.

Στο δεύτερο μέρος οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με φύλο, ηλικία, προηγούμενη εμπειρία και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους. Συγκεκριμένα, αξιολογήθηκε η επιλογή μεταξύ παιχνιδιών λαχειοφόρου αγοράς διαφορετικής επικινδυνότητας και η θεώρηση του μέλλοντος (αφενός ως αισιόδοξη, απαισιόδοξη ή ρεαλιστική αντιμετώπιση της ζωής και αφετέρου ως προτίμηση βελτιούμενης ή φθίνουσας ακολουθίας εκβάσεων κατά *Loewenstein και Prelec*) ως δείκτες της στάσης απέναντι στην επικινδυνότητα.

Αποτελέσματα: Η λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία διαφέρει ανάλογα με το εάν το άτομο αποφασίζει για τον εαυτό του ή οικείο πρόσωπο. Στην πρώτη περίπτωση η απόφαση διαφοροποιείται ανάλογα με την γενικότερη στάση απέναντι στην επικινδυνότητα: οι αναζητούντες την επικινδυνότητα προτιμούν την πιο επικίνδυνη (επιθετική) θεραπεία ενώ οι αποφεύγοντες την επικινδυνότητα την λιγότερο επικίνδυνη (συντηρητική).

Συμπεράσματα: Η λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία και συγκεκριμένα η επιλογή μεταξύ θεραπειών διαφορετικής επικινδυνότητας διαφοροποιείται ανάλογα με τον ρόλο αυτού που αποφασίζει (ασθενής ή οικείο πρόσωπο) και την στάση του απέναντι στην επικινδυνότητα – αναζήτηση ή αποφυγή. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας απαιτούνται για την επιβεβαίωση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών.

Λέξεις – κλειδιά: Λήψη αποφάσεων, θεραπεία, επικινδυνότητα, ασθενής, οικείο πρόσωπο.

3. ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ (SUMMARY)

Introduction: Prevalence of the patient-centered approach in the medical conscience has led to the development of patient-physician interaction models, actively involving the patient into the decision making process about treatment. Understanding factors that influence the patient during decision making is expected to improve the process, guaranteeing the patient's greatest benefit.

Objective: The objective of the study was to investigate the impact of treatment-related risk on decision making and corroborate potential differences, depending on the subject's role (patient or close to the patient person). Moreover, the study aimed to examine how factors such as gender, age, previous experience and personality traits related to the subject's risk attitude affect the decision making process.

Sample: The participants were selected randomly among the personnel of the Greek Police Force attending the Central Medical Practice of Athens from September to December 2015. A total of 50 self-completed questionnaires were distributed, 40 of which were finally evaluated. All participants were considered comparable as far as education level, socio-economic status and healthcare level were concerned.

Method: Every participant was given a self-completed questionnaire, consisting of two parts with instructions for completion. They were also given time to read the instructions and raise possible questions.

When completing the first part of the questionnaire the participants were asked to choose between two survival curves depicted on each of two sets of nine graphs, assuming the role of either the patient (first set of graphs, numbered 1 to 9) or a close to the patient person (the same graphs presented in reverse order, i.e. 9 to 1). The survival curves illustrated treatment options of different risk.

When completing the second part of the questionnaire the participants were asked about their gender, age, previous experience and personality traits. We specifically investigated the participant's choice between lottery games of different risk and reflections about the future (choosing among optimistic, pessimistic or realistic view of the future and preferring either improving or declining sequences of outcomes, proposed by *Loewenstein και Prelec*) as markers of the subject's risk attitude.

Results: Decision making about treatment differs significantly depending on whether the subject deciding is the patient or a close to the patient person. In the former case decision about treatment differs according to the subject's risk attitude: risk seekers choose the risky (aggressive) treatment option whereas risk averse subjects choose the less risky (conservative) option.

Conclusions: Decision making about treatment and more precisely choosing between treatment options of various risk differs, depending on whether the subject decides as a patient or as a close to the patient person and according to the subjects' risk attitude – risk seeking or risk aversion. Further longitudinal prospective studies involving mostly older patients are warranted to confirm and interpret the results of the study.

Key – words: Decision making, treatment, risk, patient, close to the patient person.

4. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η σχετικά πρόσφατη επικράτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην ιατρική σκέψη οδήγησε στην βαθμιαία στροφή της αλληλεπίδρασης ιατρού – ασθενούς από το πατερναλιστικό προς μοντέλα, όπου ο ασθενής διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του, όπως το ενημερωτικό και το μοντέλο της από κοινού λήψης αποφάσεων.

Έτσι, τα τελευταία χρόνια καθίσταται ολοένα και περισσότερο προφανές, ότι προκειμένου να εξασφαλισθεί η καλύτερη δυνατή θεραπεία, η διαδικασία της λήψης αποφάσεων σχετικά με αυτήν είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει τον ασθενή όχι πλέον μόνο ως παθητικό αποδέκτη πληροφοριών, που απλώς συγκατατίθεται στην υποδεικνυόμενη από τον θεράποντα ιατρό θεραπεία αλλά ως ενεργά συμμετέχοντα με συγκεκριμένες ανάγκες και προτιμήσεις, που πρέπει να εκφράζονται και να λαμβάνονται υπόψη στην τελική απόφαση.

Επίσης, σήμερα αναγνωρίζεται πλέον η σημασία της κατανόησης των παραγόντων εκείνων, που επηρεάζουν τον ασθενή στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του, ώστε οι παράγοντες αυτοί να αξιοποιηθούν από τον θεράποντα ιατρό κατά την αλληλεπίδρασή του με τον ασθενή προς βελτίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για την θεραπεία.

Η αρχική ιδέα για την εκπόνηση της μελέτης αυτής προέκυψε μέσα από την άσκηση των καθηκόντων μου ως κλινικού ιατρού και συγκεκριμένα μέσα από την καθημερινή συζήτησή μου με τους ασθενείς. Παρά την σχετικά περιορισμένη εμπειρία μου έχω διαπιστώσει την σημαντική διαφοροποίηση του προσδοκώμενου επιπέδου συμμετοχής και των παραγόντων, που επηρεάζουν τους ασθενείς στην λήψη

αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία και είμαι πεπεισμένος ότι η κατανόησή τους θα συμβάλει στην βελτίωση των θεραπευτικών μου δυνατοτήτων.

Μετά από μια συνοπτική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας διαπίστωσα με έκπληξη την ένδεια, τόσο των ελληνικών όσο και των διεθνών επιστημονικών περιοδικών σε μεθοδολογικά επαρκείς μελέτες, που να εστιάζουν στο ποιοί είναι οι παράγοντες αυτοί – που σχετίζονται αποκλειστικά με τον ασθενή και όχι με τον θεράποντα ιατρό ή τις υπηρεσίες / φορείς υγείας γενικότερα – και πώς επιδρούν στην λήψη αποφάσεων από τον ασθενή.

Το συγκεκριμένο βιβλιογραφικό «κενό» αποτέλεσε το έναυσμα για την σύλληψη και τον σχεδιασμό της παρούσας μελέτης. Για την συλλογή των δεδομένων της επιλέχθηκε η χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Προκειμένου να αυξηθεί το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων και η ανταπόκρισή τους στο ερωτηματολόγιο, επιλέχθηκε το ακραίο σενάριο μιας απειλητικής για την ζωή ασθένεια, σχετικά με την θεραπεία της οποίας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αποφασίσουν ως ασθενείς και ως οικεία πρόσωπα.

Επιπλέον, με στόχο την ακόμη μεγαλύτερη κινητοποίησή των συμμετεχόντων ετέθη το δίλημμα της επιλογής μεταξύ δύο θεραπευτικών μεθόδων, οι οποίες διέφεραν ως προς την επικινδυνότητα και την αποτελεσματικότητα: μιας επιθετικής θεραπείας με μεγάλη επικινδυνότητα, που παρατείνει την επιβίωση του ασθενούς και μιας συντηρητικής θεραπείας με μικρή επικινδυνότητα, που είναι λιγότερο αποτελεσματική στην παράταση της επιβίωσης του ασθενούς.

Η μελέτη αυτή χωρίζεται σε Γενικό και Ειδικό Μέρος.

Στο Γενικό Μέρος, που ουσιαστικά συνιστά ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας, περιλαμβάνονται δύο κεφάλαια. Στο πρώτο περιγράφονται συνοπτικά ο ορισμός, ο πολυδιάστατος χαρακτήρας, οι συνιστώσες και τα

σημαντικότερα μοντέλα λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, εστιάζοντας κυρίως στο μοντέλο της από κοινού λήψης αποφάσεων. Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι παράγοντες, που υπεισέρχονται στο μοντέλο αυτό, καθώς και οι περιορισμοί και οι οικονομικές επιπτώσεις της εφαρμογής του. Ακολούθως επισημαίνεται η αδυναμία συναγωγής ασφαλών συμπερασμάτων από την διαθέσιμη μέχρι σήμερα βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα της συμμετοχής του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων και με τους παράγοντες, που την επηρεάζουν και συζητούνται τα οφέλη της πλήρωσης του υφιστάμενου βιβλιογραφικού κενού. Στο δεύτερο κεφάλαιο του Γενικού Μέρους παρουσιάζονται πιο διεξοδικά τα μέχρι σήμερα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες, που επηρεάζουν τον ασθενή κατά την λήψη αποφάσεων και επισημαίνονται οι σχετικές ελλείψεις, που εκτιμάται ότι θα αποκατασταθούν, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης.

Στο Ειδικό Μέρος περιγράφεται καταρχάς ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Επίσης, περιγράφεται το δείγμα, που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίησή της και η μεθοδολογία, που εφαρμόστηκε κατά την συλλογή, την επεξεργασία και την εκτίμηση των ευρημάτων της. Ακολουθεί παρουσίαση των αποτελεσμάτων της μελέτης, τα οποία συγκρίνονται στο κεφάλαιο της Συζήτησης με αντίστοιχα ευρήματα από την σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία. Μετά την συναγωγή των συμπερασμάτων της μελέτης σχετικά με τους παράγοντες, που επηρεάζουν τον ασθενή κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, παρατίθενται περιλήψεις στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα, καθώς και οι βιβλιογραφικές παραπομπές, που ελήφθησαν υπόψη κατά την συγγραφή της παρούσας μελέτης.

5. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

5.1. Γενικά περί λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία

Κατά τον Yates, που συνιστά εκπρόσωπο της Γνωσιακής Ψυχολογίας, η «απόφαση» ορίζεται ως δέσμευση του ατόμου σε μια συγκεκριμένη πορεία δράσης, η οποία στοχεύει στην επίτευξη μιας ικανοποιητικής τάξης πραγμάτων [1]. Ο όρος «λήψη αποφάσεων» ('decision making') αναφέρεται ευρύτερα στην διαδικασία της επιλογής ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές δυνατότητες, που προσφέρονται για τον καθορισμό μιας πορείας δράσης [2]. Αυτό συνήθως προϋποθέτει την προσεκτική στάθμιση των οφελών και των κινδύνων, που αντιστοιχούν σε καθεμία από τις διαφορετικές εναλλακτικές επιλογές.

Ειδικότερα η λήψη αποφάσεων σχετικά με θέματα υγείας συνιστά μια πολυδιάστατη και περίπλοκη διαδικασία, καθώς οι παράγοντες που υπεισέρχονται σ' αυτήν, προέρχονται από πολλαπλές πηγές (ιατρός, ασθενής και σχετικοί με την υγεία φορείς, όπως ασφαλιστικές εταιρείες, επαγγελματίες φροντιστές κ.ά.) και επιδρούν με διαφορετικό τρόπο σε κάθε άτομο.

Παρά το πλήθος των εμπλεκόμενων στην διαδικασία της λήψης αποφάσεων σχετικά με την υγεία παραγόντων δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι ο ασθενής και ο θεράπων ιατρός διαδραματίζουν τους ρόλους – κλειδιά σε αυτό το «διαδραστικό παιχνίδι», αλληλεπιδρώντας ο ένας με τον άλλο. Οι εγγενείς δυσκολίες της αλληλεπίδρασης ιατρού και ασθενούς στην απαιτητική διαδικασία της λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία οδήγησαν στην ανάπτυξη ποικίλων μοντέλων λήψης αποφάσεων ('decision making models'), που διαφοροποιούνται μεταξύ τους κυρίως ως προς τα «δικαιώματα» και τις «υποχρεώσεις», που καθορίζουν τους

ρόλους των δύο πλευρών (ιατρού – ασθενούς) στην συγκέντρωση και την ανταλλαγή πληροφοριών και τελικά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία [3].

Το παλαιότερο μοντέλο λήψης αποφάσεων περιγράφεται ως «πατερναλιστικό μοντέλο» ('paternalistic model') και βασίζεται στο αξίωμα, ότι «ο ιατρός ξέρει (πάντα) καλύτερα». Στο συγκεκριμένο μοντέλο ο ασθενής κατέχει έναν παθητικό ρόλο, απόλυτα εξαρτημένο από την αυθεντία του θεράποντα ιατρού, σύμφωνα με τον οποίο η μοναδική του «υποχρέωση» στην όλη διαδικασία της λήψης αποφάσεων συνίσταται στην τελική συγκατάθεσή του, να υποβληθεί στην υποδεικνυόμενη από τον ιατρό θεραπεία [4]. Δηλαδή, στο εν λόγω μοντέλο ο θεράπων ιατρός ασκεί τον απόλυτο έλεγχο όχι μόνο στην παροχή πληροφοριών αλλά και στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία ενώ ο ασθενής απλώς συμμορφώνεται προς τις εντολές του. Αν και το μοντέλο αυτό εξακολουθεί να εφαρμόζεται ακόμη και σήμερα σε συνθήκες επείγουσας παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός εφημερεύοντος νοσοκομείου), έχει αποτελέσει αντικείμενο σφοδρής κριτικής τόσο από ειδικούς σε θέματα ιατρικής δεοντολογίας – που υποστηρίζουν την αυτονομία του ασθενούς ως θεμελιώδες ηθικό δικαίωμα του ανθρώπου [5] – όσο και από κλινικούς ιατρούς, που δίνουν έμφαση στον σεβασμό ακόμη και των πλέον «παράλογων» προτιμήσεων του ασθενούς, εφόσον αυτός δεν είναι δυνατόν να μεταπεισθεί στην αναθεώρησή τους [6].

Ο όρος «ασθενοκεντρική προσέγγιση», συνιστά προσπάθεια απόδοσης του αγγλικού 'patient-centered approach', που αν και έχει εισαχθεί σχετικά πρόσφατα, χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο. Ο όρος αυτός αναφέρεται σε μια γενικότερη προσέγγιση στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών, που θέτει την εμπειρία, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενούς στο επίκεντρο της περίθαλψής του, υποβιβάζοντας σε δεύτερη μοίρα την κρίση και την εμπειρία του θεράποντα ιατρού,

καθώς και τις ανάγκες του υφιστάμενου συστήματος υγείας και των φορέων, που σχετίζονται με αυτό. Σύμφωνα με την ασθενοκεντρική προσέγγιση ο ασθενής είναι ικανός ('competent') και πρέπει να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων, που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα της ζωής του γενικότερα. Η επικράτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην ιατρική σκέψη είχε ως αποτέλεσμα την σταδιακή εγκατάλειψη του πατερναλιστικού μοντέλου λήψης αποφάσεων και την στροφή προς άλλα μοντέλα, όπου ο παράγοντας «ασθενής» εμφανίζεται σημαντικά αναβαθμισμένος.

Ένα από τα ευρύτερα εφαρμοζόμενα σήμερα μοντέλα λήψης αποφάσεων είναι το «ενημερωτικό» ('informative model'). Στο συγκεκριμένο μοντέλο ο ασθενής διατηρεί έναν ενεργητικό και αυτόνομο ρόλο ενώ οι προτιμήσεις του θεράποντα ιατρού δεν βαρύνουν καθόλου στην διαδικασία της λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, ο θεράπων ιατρός είναι επιφορτισμένος με το έργο της διεξοδικής ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με την θεραπεία, δηλαδή έχει την ευθύνη της μετάδοσης προς τον ασθενή όλων εκείνων των πληροφοριών, που θα του επιτρέψουν να καταλήξει στην καλύτερη για τον ίδιο θεραπευτική επιλογή, αξιοποιώντας τις υποδείξεις του ιατρού αλλά διατηρώντας την αυτονομία του [7, 8].

Το μοντέλο του «ιατρού ως συμβούλου – μεσολαβητή» ('doctor-as-agent model') τοποθετεί τον θεράποντα ιατρό σε έναν ρόλο συμβούλου ή μεσάζοντα – όλα τα παραπάνω συνιστούν ατυχείς μάλλον προσπάθειες απόδοσης του αγγλικού όρου 'agent' –, επιφορτισμένου να βοηθήσει τον ασθενή να καταλήξει στην θεραπεία, που θα επέλεγε ο ίδιος από μόνος του, εάν ήταν εξίσου καλά ενημερωμένος σχετικά όπως ένας επαγγελματίας της υγείας [8, 9]. Το συγκεκριμένο μοντέλο προτάθηκε από τους Charles και συν. ως μια παραλλαγή του ενημερωτικού μοντέλου, όπου ουσιαστικά ο θεράπων ιατρός λαμβάνει την τελική απόφαση για την θεραπεία για λογαριασμό του

ασθενούς, έχοντας προηγουμένως εκμαιεύσει από τον ασθενή και λάβει υπόψη του τις προτιμήσεις του [9].

Στα πλαίσια της ασθενοκεντρικής προσέγγισης αναπτύχθηκε επίσης το μοντέλο της «από κοινού λήψης αποφάσεων» ('shared decision-making model'). Το συγκεκριμένο μοντέλο προϋποθέτει μια αμφίδρομη – μεταξύ ιατρού και ασθενούς – ανταλλαγή όχι μόνο πληροφοριών (= ενημερωτικού υλικού) αλλά και προτιμήσεων σχετικά με την θεραπεία. Στις προϋποθέσεις εφαρμογής του μοντέλου αυτού συγκαταλέγονται: α) η συμμετοχή και των δύο πλευρών (ιατρού – ασθενούς) στην από κοινού λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, β) η αμφοτερόπλευρη έκφραση των προτιμήσεων σχετικά με την θεραπεία, γ) η αμφίδρομη (δηλαδή από τον ιατρό στον ασθενή και από τον ασθενή στον ιατρό) ανταλλαγή – ροή πληροφοριών και δ) η συναίνεση και των δύο πλευρών στο τελικό σχέδιο θεραπείας [8, 9]. Αξίζει να αναφερθεί, ότι εκτός από την επικράτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην ιατρική σκέψη άλλος ένας παράγοντας, που συνετέλεσε στην διάδοση και καθιέρωση του εν λόγω μοντέλου, είναι και η παρατηρούμενη στις μέρες μας αύξηση των εναλλακτικών θεραπευτικών δυνατοτήτων με ποικίλο ηλικιακό κόστους – ωφελείας για τον ασθενή, που είναι πλέον διαθέσιμες για την πλειονότητα των ασθενειών [9, 10]. Αν και έχουν ήδη προταθεί αρκετές τροποποιήσεις του συγκεκριμένου μοντέλου, δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί από την κλινική πράξη, εάν αυτές όντως συμβάλλουν στην βελτίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων [3].

Σε αυτό το εμφανώς «ελκυστικό» αλλά περίπλοκο μοντέλο αλληλεπίδρασης ιατρού – ασθενούς στην λήψη αποφάσεων υπεισέρχεται πλήθος παραγόντων, που σχετίζονται όχι μόνο με τον ασθενή (προηγούμενη εμπειρία, αυτονομία και επάρκεια στην λήψη αποφάσεων) και τον θεράποντα ιατρό (κρίση, θεραπευτική εμπειρία και αυτονομία) αλλά και με την θεραπεία *per se*, όπως η αναμενόμενη θεραπευτική

έκβαση και το πηλίκο κόστους – ωφελείας της, που δυστυχώς δεν μπορούν βελτιστοποιηθούν ταυτόχρονα.

Ειδικά ως προς τον παράγοντα «ασθενής» το μοντέλο της από κοινού λήψης αποφάσεων φαίνεται να έχει κάποιους περιορισμούς. Αυτοί σχετίζονται κυρίως με τον καθορισμό του προσδοκώμενου επιπέδου συμμετοχής του ασθενούς και με την αξιόπιστη αποτίμηση των ευεργετικών ή μη επιδράσεων της συμμετοχής του ασθενούς στην ποιότητα της περίθαλψης γενικότερα.

Όσον αφορά το προσδοκώμενο επίπεδο συμμετοχής του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων, μια πρόσφατη μελέτη εξέτασε εάν και κατά πόσον οι ασθενείς επιθυμούν να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους, καθώς και τους παράγοντες, από τους οποίους εξαρτάται η εν λόγω επιθυμία συμμετοχής [11]. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες στην μελέτη – συνολικά 22.000 ασθενείς – απάντησαν, ότι επιθυμούν την ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και την ενδεδειγμένη θεραπεία. Ωστόσο, ποσοστό μεγαλύτερο του 70% των συμμετεχόντων δήλωσε, ότι προτιμά η τελική απόφαση σχετικά με την θεραπεία να λαμβάνεται από τον θεράποντα ιατρό. Ακόμη, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι η επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία συσχετίζεται με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης [11]. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν σε αντίστοιχου σχεδιασμού μελέτη, ότι οι ασθενείς επιθυμούν όχι μόνο την ενημέρωση σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους αλλά και την ενεργό συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία [12].

Όσον αφορά την σημασία της ενεργού συμμετοχής των ασθενών στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους, οι παραπάνω συγγραφείς συμπεραίνουν ότι τα ευεργετικά αποτελέσματά της δεν έχουν ακόμη τεκμηριωθεί βιβλιογραφικά,

καθώς οι σχετικές μελέτες βρίθουν μεθοδολογικών ανεπαρκειών, όπως η χρήση μικρού δείγματος ή ο πλημμελής έλεγχος πιθανών συγχυτικών παραγόντων [12]. Έτσι, αν και οι εν λόγω ερευνητές τάσσονται υπέρ της ενεργού συμμετοχής των ασθενών στην λήψη αποφάσεων, κρίνουν ότι προκειμένου αυτή είναι να καταστεί ουσιαστικά επωφελής για τον ασθενή, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη μεθόδων – εργαλείων, που να αξιολογούν την «ετοιμότητά» του στην λήψη αποφάσεων [12].

Παρόμοια ένδεια αξιόπιστων μελετών στην διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την σημασία της συμμετοχής των ασθενών στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους επισημαίνουν και οι Sanders και συν. [13]. Συγκεκριμένα, οι συγγραφείς σημειώνουν ότι, αν και τα τελευταία χρόνια το μοντέλο της από κοινού λήψης αποφάσεων φαίνεται να κερδίζει έδαφος στην ιατρική συνείδηση, οι επιπτώσεις της εφαρμογής του στην ποιότητα της περίθαλψης και την τελική θεραπευτική έκβαση χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης [13].

Σύμφωνα με προγενέστερη μελέτη η συμμετοχή των ασθενών στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, αν και φαινομενικά ελκυστική, εμπεριέχει ουσιαστικούς περιορισμούς [14]. Καταρχάς, οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν συνειδητοποιήσει ουσιαστικά, τί ακριβώς συνεπάγεται η συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων ή/και να αγνοούν τα οφέλη της έκφρασης των προτιμήσεών τους στον θεράποντα ιατρό. Επιπλέον, εκτός από την επάρκεια του ασθενούς, υφίσταται και ζήτημα επάρκειας του θεράποντα ιατρού, που ενδέχεται να υπολείπεται σημαντικά ως προς την δυνατότητα ακριβούς αξιολόγησης των προτιμήσεων του ασθενούς. Ακόμη, οι προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ικανότητα του θεράποντα ιατρού να κρίνει «τί είναι καλύτερο για τον ασθενή» ενδέχεται να μην είναι ρεαλιστικές. Εξαιτίας των παραπάνω περιορισμών, οι συγγραφείς της μελέτης τονίζουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της επιθυμίας των ασθενών, να συμμετέχουν στην

λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους, καθώς επίσης και των παραγόντων εκείνων, που την διαμορφώνουν [14].

Παρά τους περιορισμούς στην εφαρμογή των περισσότερο ασθenoκεντρικών μοντέλων λήψης αποφάσεων, που επισημάνθηκαν προηγουμένως βιβλιογραφικά, η καθιέρωσή τους στην ιατρική συνείδηση οφείλεται σε έναν ακόμη λόγο. Τις τελευταίες δεκαετίες η σημασία της εμπειρίας και της κρίσης του θεράποντα ιατρού ως αποκλειστικό ή ύστατο κριτήριο λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία των ασθενών του έχει ουσιαστικά καταρριφθεί λόγω της καθιέρωσης στην ιατρική σκέψη των επιταγών της τεκμηριωμένης ιατρικής ('evidence-based medicine'), της προτυποποιημένης πρακτικής ('practice standards') και του ελέγχου ποιότητας ('quality control'). Έτσι, παρά την όποια εμπειρία και το εκάστοτε υποβάθρο γνώσεων ενός κλινικού ιατρού, η συμμόρφωσή του προς τις επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες ('evidence-based guidelines'), που εγκρίνονται από αρμόδιους φορείς (π.χ. ιατρικές εταιρείες), θεωρείται πλέον επιβεβλημένη κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία των ασθενών. Επιπλέον, οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες υπόκεινται ολοένα και περισσότερο σε προτυποποιημένες πρακτικές και ελέγχους ποιότητας, που περιορίζουν σημαντικά την ελευθερία χειρισμών των φορέων τους.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί, ότι η καθιέρωση περισσότερο ασθenoκεντρικών μοντέλων λήψης αποφάσεων πρέπει να εξετασθεί και σε συνάρτηση με την παγκοσμίως παρατηρούμενη αύξηση των δαπανών για την υγεία σε συνδυασμό με την σήμερα υφιστάμενη δυσμενή οικονομική συγκυρία. Ακόμη και αν τεκμηριωθεί ότι η συμμετοχή των ασθενών στην λήψη αποφάσεων συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, τίθεται το εύλογο ερώτημα, εάν μπορούμε να αντεπεξέλθουμε οικονομικά στις πρόσθετες δαπάνες, που

συνεπάγεται μια γενικευμένη εφαρμογή μοντέλων λήψης αποφάσεων με μεγαλύτερη συμμετοχή των ασθενών (π.χ. ενημερωτικό μοντέλο ή μοντέλο από κοινού λήψης αποφάσεων). Είναι προφανές, ότι πριν από την θέσπιση οποιωνδήποτε μεταρρυθμίσεων στις υποδομές υγείας απαιτείται όχι μόνο τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των παραπάνω μοντέλων αλλά και σχολαστική διερεύνηση των παραγόντων, που διαμορφώνουν τις προτιμήσεις των ασθενών κατά την λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Αυτό θα επιτρέψει στην συνέχεια τον σχεδιασμό εργαλείων αξιολόγησης της επάρκειας των ασθενών ως προς την συγκεκριμένη παράμετρο, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην διευκόλυνση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και κατ' επέκταση στην συνολική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Εκτός από τον σχεδιασμό εργαλείων αξιολόγησης της επάρκειας των ασθενών στην λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας, η διασαφήνιση των παραγόντων, που επηρεάζουν τις προτιμήσεις τους στην εν λόγω διαδικασία, εκτιμάται ότι θα συμβάλει στην τροποποίηση από τον θεράποντα ιατρό των όρων του διαδραστικού παιχνιδιού ιατρού – ασθενούς προς όφελος του ασθενούς. Συγκεκριμένα, η γνώση και η κατανόηση των παραγόντων, που εμπλέκονται στην λήψη αποφάσεων από τον ασθενή, θα αξιοποιηθούν από τον θεράποντα ιατρό προκειμένου αυτός, μέσω κατάλληλης αλληλεπίδρασης με τον ασθενή, να εξασφαλίσει την τελική επιλογή της θεραπείας με το βέλτιστο πηλίκο κόστους – ωφελείας για τον εκάστοτε ασθενή. Δηλαδή, γνωρίζοντας και κατανοώντας τις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς, ο θεράπων ιατρός θα είναι σε θέση να τον συμβουλευσει όσο το δυνατόν επαρκέστερα και πιο εμπειριστατωμένα, ώστε να αποφασίσουν τελικά από κοινού την εφαρμογή της «καλύτερης» σε κάθε περίπτωση θεραπείας.

Δεν χωράει αμφιβολία, ότι η τελική απόφαση για οποιαδήποτε ιατρική πράξη (διαγνωστική ή θεραπευτική) λαμβάνεται πάντα από τον ασθενή ή / και τους οικείους

του. Η επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων και οι παράγοντες, που την διέπουν, ενδέχεται να διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή, καθώς κάθε άνθρωπος έχει διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες, αξιολογεί με διαφορετικό τρόπο την ποιότητα ζωής και αντιλαμβάνεται διαφορετικά την ιδανική ιατρική περίθαλψη.

Κλείνοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι πέραν των ηθικών, νομικών και οικονομικών προεκτάσεων της συζήτησης περί ενεργού συμμετοχής του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του, το σημαντικότερο ίσως πλεονέκτημα της συμμετοχής είναι ότι συμβάλλει στην βελτίωση του επιπέδου συμμόρφωσης του ασθενούς προς την θεραπεία. Άλλωστε, ας μην ξεχνάμε ότι ακόμη και η καλύτερη αγωγή δεν επιφέρει κανένα θεραπευτικό αποτέλεσμα, εφόσον ο ασθενής αρνείται να συμμορφωθεί με αυτήν.

5.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων από τον ασθενή

Η επιθυμία του ασθενούς να συμμετάσχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του έχει συσχετισθεί με ποικίλους παράγοντες, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ή / και η σοβαρότητα της ασθένειάς του, καθώς και η ενδεχόμενη έκβαση.

Έτσι, ανάμεσα στους νεότερους ασθενείς καταγράφεται συχνότερα επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων [14 – 16]. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου [14, 17] και ανώτερης κοινωνικο-οικονομικής στάθμης [14] επιθυμούν συνήθως να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Αν και οι ασθενείς με σχετικά ήσσονος σημασίας προβλήματα υγείας τάσσονται υπέρ της συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους, εκείνοι που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες, δεν επιθυμούν ενεργό συμμετοχή αλλά εμπιστεύονται την απόφαση για την θεραπεία στον θεράποντα ιατρό [14, 15]. Τέλος, μεγαλύτερη επιθυμία συμμετοχής σημειώνεται μεταξύ των ασθενών, που αντιμετωπίζουν δυνητικά θανατηφόρες ασθένειες (ενδεχόμενη έκβαση: θνητότητα) ή ασθένειες, που επηρεάζουν ουσιαστικά την ποιότητα της ζωής τους (ενδεχόμενη έκβαση: νοσηρότητα – έκπτωση της ποιότητας ζωής) [18, 19].

Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια το μοντέλο της από κοινού λήψης αποφάσεων σχετικά με την υγεία φαίνεται να κερδίζει έδαφος, ελάχιστες παραμένουν οι μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία, που εστιάζουν στην διερεύνηση των παραγόντων εκείνων, που επηρεάζουν τον ενεργά συμμετέχοντα ασθενή στην λήψη των σχετικών αποφάσεων. Σε μια προσπάθεια προσέγγισης του συγκεκριμένου «κενού» στην βιβλιογραφία, επιχειρείται μια συνοπτική παρουσίαση των μέχρι

σήμερα γνωστών παραγόντων, που φαίνονται να διαμορφώνουν την κρίση του ατόμου, επιδρώντας δυνητικά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την ζωή του, συμπεριλαμβανομένων ασφαλώς και των αποφάσεων σχετικά με θέματα υγείας.

Στάση απέναντι στην επικινδυνότητα ('risk attitude')

Οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση – εκτός ίσως από την αγωγή placebo – χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένο βαθμό επικινδυνότητας ('risk'). Η επικινδυνότητα αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή ως άλλοτε άλλης διάρκειας και βαρύτητας έκπτωση της ποιότητας ζωής του μετά την θεραπεία ή ακόμη και νοσηρότητα ενώ σε κάποιες περιπτώσεις υφίσταται και το ενδεχόμενο θνητότητας. Έτσι, θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί, ότι η επιλογή μιας θεραπείας ισοδυναμεί με την λήψη μιας δυνητικά επικίνδυνης απόφασης ('risky choice').

Το θέμα της επικινδυνότητας μιας επικείμενης απόφασης ('risk related to decision making') είναι πολυδιάστατο. Για τον λόγο αυτό έχει απασχολήσει πλήθος ειδικοτήτων (π.χ. ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, ανθρωπολόγους κ.ά.), καθεμία από τις οποίες το έχει προσεγγίσει από διαφορετική οπτική γωνία.

Όσον αφορά την στάση ενός ατόμου απέναντι στην επικινδυνότητα ('risk attitude'), στην ψυχολογία περιγράφονται δύο πρότυπα συμπεριφοράς: η «αναζήτηση της επικινδυνότητας» ('risk seeking') και η «αποφυγή της επικινδυνότητας» ('risk aversion'). Το πρώτο αναφέρεται σε άτομα, που προτιμούν αποφάσεις με μεγαλύτερη επικινδυνότητα αλλά και μεγαλύτερη – αν και αβέβαιη – απόδοση. Το δεύτερο αφορά άτομα, που επιλέγουν την λιγότερο επικίνδυνη απόφαση, με την χαμηλότερη αλλά και ασφαλέστερη απόδοση.

Η «ψυχοφυσική» της τύχης προάγει την απόδοση μεγαλύτερης σημασίας στις ασφαλείς (= βέβαιες, πολύ πιθανές) και τις απίθανες εκβάσεις έναντι των μετρίως πιθανών εκβάσεων [20]. Η απόδοση μικρότερης σημασίας στις μετρίως και τις πολύ πιθανές έναντι των βέβαιων εκβάσεων συμβάλλει: α) στην αποφυγή της επικινδυνότητας όσον αφορά το αναμενόμενο όφελος, μειώνοντας της ελκυστικότητα ενός αποδοτικού στοιχήματος και β) στην αναζήτηση της επικινδυνότητας σε περίπτωση απώλειας, καθώς μετριάζει την απωθητικότητα ενός μη αποδοτικού στοιχήματος. Η απόδοση μεγαλύτερης σημασίας στις λιγότερο πιθανές εκβάσεις αντιστρέφει το παραπάνω πρότυπο, δηλαδή οι λιγότερο πιθανές εκβάσεις αυξάνουν την αξία των «επικίνδυνων» αποφάσεων και μεγεθύνουν την αποφυγή μιας μικρής πιθανότητας σοβαρής απώλειας. Κατά συνέπεια, οι άνθρωποι συχνά αναζητούν την επικινδυνότητα, όταν αντιμετωπίζουν απίθανα οφέλη αλλά αποφεύγουν την επικινδυνότητα, όταν αντιμετωπίζουν απίθανες απώλειες [20].

Οι περισσότερες θεωρητικές αναλύσεις των επικίνδυνων επιλογών ('risky choices') αναπαριστούν κάθε εναλλακτική ως ένα στοίχημα, που μπορεί να αποδώσει διάφορα αποτελέσματα με διαφορετικές πιθανότητες [21]. Ευρέως αποδεκτές θεωρίες αποφυγής της επικινδυνότητας, όπως η «θεωρία τις προσδοκώμενης ωφελιμότητας» ('Expected Utility Theory', EUT) και η «θεωρία της προοπτικής» ('Prospect Theory, PT), οδηγούνται έμμεσα στην αποφυγή της επικινδυνότητας, ως παράπλευρο αποτέλεσμα του τρόπου εκτίμησης της έκβασης ή του τρόπου αξιολόγησης των πιθανοτήτων [22, 23]. Σε αυτές τις αναλύσεις, κατόπιν θεώρησης της «ελκυστικότητας» των ποικίλων εκβάσεων και στάθμισης της επίδρασης των πιθανοτήτων, αυτές συνδυάζονται, προκειμένου να καθορισθεί η ωφελιμότητα κάθε εναλλακτικής απόφασης [21]. Και στις δύο θεωρίες (EUT και PT) το στάδιο της αξιολόγησης και της στάθμισης, ώστε να ληφθεί μια απόφαση με νόημα, υπολείπεται

του ιδανικού, καθώς η ψυχολογική εκτίμηση της επικινδυνότητας από κάθε άνθρωπο διαφοροποιείται από την αντικειμενική πραγματικότητα.

Σε μια προσπάθεια ερμηνείας των επικίνδυνων επιλογών ('risky choices') ο Lopez διατύπωσε μια θεωρία δύο παραγόντων [24]. Ο πρώτος παράγοντας περιγράφεται ως «παράγοντας διάθεσης» ('dispositional factor') και συσχετίζεται με τα κίνητρα, που οδηγούν τους ανθρώπους στην επίτευξη ασφάλειας. Ο δεύτερος περιγράφεται ως «παράγοντας κατάστασης» ('situational factor') και εξηγεί την ανταπόκριση των ανθρώπων σε επείγουσες ανάγκες και περιστάσεις. Αυτοί οι δύο παράγοντες, που άλλοτε συμπίπτουν και άλλοτε έρχονται σε αντίθεση, ερμηνεύουν διαφορετικά πρότυπα συμπεριφοράς, των οποίων η αναζήτηση και η αποφυγή της επικινδυνότητας αποτελούν συνιστώσες [24].

Όσον αφορά τον παράγοντα διάθεσης, οι «αναζητούντες την επικινδυνότητα» ('risk seekers') διαφέρουν από τους «αποφεύγοντες την επικινδυνότητα» ('risk averse subjects'), καθώς οι πρώτοι εστιάζουν στην καλύτερη δυνατή έκβαση ενώ οι δεύτεροι στην χειρότερη δυνατή έκβαση. Οι αποφεύγοντες την επικινδυνότητα τείνουν να επιθυμούν την ασφάλεια, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον τους στις λιγότερο αισιόδοξες προοπτικές, σε αντίθεση με τους αναζητούντες την επικινδυνότητα, που αντιμετωπίζουν τα πράγματα πιο αισιόδοξα και εξετάζουν πρωτίστως το δυναμικό των επιλογών τους [24].

Προκειμένου να αποδοθεί πιο «παραστατικά» η διαφορά μεταξύ των αναζητούντων την επικινδυνότητα και των αποφευγόντων την επικινδυνότητα, χρησιμοποιείται το ακόλουθο παράδειγμα, που αξιοποιήθηκε και στο Ειδικό Μέρος της παρούσας μελέτης. Έστω ότι η απόδοση δύο διαφορετικών παιχνιδιών μιας λαχειοφόρου αγοράς είναι αυτή, που απεικονίζεται στην Ερώτηση 4 του **Παραρτήματος II**. Για κάθε παιχνίδι υπάρχουν 100 λαχνοί, που κληρώνουν χωριστά

και αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα χρηματικά ποσά. Το Παιχνίδι Α χαρακτηρίζεται από μικρότερη επικινδυνότητα και μικρό περιθώριο κέρδους ενώ το Παιχνίδι Β έχει μεγαλύτερη επικινδυνότητα αλλά και μεγάλο περιθώριο κέρδους. Με βάση τα παραπάνω οι αναζητούντες την επικινδυνότητα θεωρητικά θα επέλεγαν το Παιχνίδι Β ενώ οι αποφεύγοντες την επικινδυνότητα το Παιχνίδι Α. Η επεξήγηση της δοκιμασίας και τα σχετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στα κεφάλαια 6.3. και 6.4. αντίστοιχα του Ειδικού Μέρους.

Η δοκιμασία της επιλογής μεταξύ δύο ανάλογων παιχνιδιών ως δείκτης της στάσης απέναντι στην επικινδυνότητα (αναζήτησης ή αποφυγής της) σε ένα δείγμα ασθενών χρησιμοποιήθηκε από τους Fraenkel και συν., προκειμένου να διερευνηθεί, πώς η στάση απέναντι σε μια επικίνδυνη απόφαση (αναζήτηση ή αποφυγή της) γυναικών, που πάσχουν από νεφρίτιδα οφειλόμενη σε συστηματικό ερυθρεματώδη λύκο, επηρεάζει την επιλογή μεταξύ δύο ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων [25].

Ο παράγοντας κατάστασης, που όπως αναφέρθηκε αλληλεπιδρά με τον παράγοντα διάθεσης, ουσιαστικά εκφράζει το επίπεδο των προσδοκιών ('aspiration level') του ατόμου, που καθορίζεται αφενός από τις διαθέσιμες ευκαιρίες και αφετέρου από ενδεχόμενους περιβαλλοντικούς περιορισμούς [24].

Στην θεωρία του Lopez υπάρχουν δύο αντιθέσεις, μία ανάμεσα στην ασφάλεια και το δυναμικό των αποφάσεων και μία ανάμεσα στην ασφάλεια και την προσδοκία, που προβλέπουν την αναζήτηση ή την αποφυγή της επικινδυνότητας. Με την θεωρία αυτή εξηγείται, πώς είναι δυνατόν για παράδειγμα ο ίδιος άνθρωπος να αποφεύγει την επικινδυνότητα στα οικονομικά θέματα ενώ την αναζητεί στις υπόλοιπες εκφάνσεις της ζωής του. Αυτό συμβαίνει γιατί, αν και οι επιλογές μας μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους, η διαδικασία της επιλογής είναι σε μεγάλο βαθμό πάντα η ίδια για τον κάθε άνθρωπο [24].

Μια διαφορετική προσέγγιση για την ερμηνεία των επικίνδυνων επιλογών αποτελεί η «θεωρία της προτίμησης ακολουθιών εκβάσεων» ('preference for sequences of outcomes'), που προτάθηκε από τους Loewenstein και Prelec. Σύμφωνα με αυτήν, οι άνθρωποι που προτιμούν τις βελτιούμενες ακολουθίες ('improving sequences'), σκέφτονται και αποφασίζουν με μακροπρόθεσμη προοπτική. Αντίθετα, εκείνοι που προτιμούν τις φθίνουσες ακολουθίες ('declining sequences'), είναι περισσότερο ανυπόμονοι και σκέφτονται κυρίως βραχυπρόθεσμα, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στις επιλογές τους [26].

Αυτό συσχετίζεται με την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία μιας ασθένειας, καθώς η θεραπευτική έκβαση δεν βιώνεται από τον ασθενή μόνο άμεσα αλλά και με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, ένας ανυπόμονος ασθενής είναι πιθανότερο να επιλέξει μια θεραπεία με άμεση αλλά μικρότερης διάρκειας αποτελεσματικότητα (= ταχύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, που διαρκεί λιγότερο). Αντίθετα, οι περισσότεροι υπομονετικοί ασθενείς είναι πιθανότερο να επιλέξουν την θεραπεία με την καλύτερη αποτελεσματικότητα μακροπρόθεσμα.

Με βάση τα αποτελέσματα δύο συναπτών μελετών, που παρουσιάστηκαν μαζί στο ίδιο άρθρο [26], οι Loewenstein και Prelec επιχείρησαν να αποδείξουν, ότι τα προϋπάρχοντα μοντέλα διαχρονικής επιλογής, που αναδείκνυαν την ανυπομονησία των ανθρώπων και την επιθυμία τους για άμεση αποτελεσματικότητα (δηλαδή προτίμηση της φθίνουσας ακολουθίας, όπου πρώτα επέρχεται η καλύτερη δυνατή έκβαση, αμέσως μετά η δεύτερη καλύτερη και ούτω καθεξής μέχρι την χειρότερη δυνατή έκβαση, που επέρχεται στο τέλος), ήταν εσφαλμένα [26]. Σύμφωνα με τους εν λόγω ερευνητές, όσον αφορά τις ακολουθίες εκβάσεων, η αρνητική χρονική προτίμηση (= δηλαδή οι βελτιούμενες ακολουθίες) αποτελεί μάλλον τον κανόνα και όχι την εξαίρεση, καθώς ποσοστό μεγαλύτερο του 75% των συμμετεχόντων στις δύο

μελέτες επέλεξαν βελτιούμενες ακολουθίες. Επίσης, παρατηρώντας σημαντικές παραβιάσεις της χρονικής ανεξαρτησίας, οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι τα μοντέλα που αποκλείουν τις αλληλεπιδράσεις – όπως το αθροιστικό μοντέλο ωφελιμότητας – είναι μειωμένης αξιοπιστίας, καθώς αγνοούν σημαντικές συνιστώσες των προτιμήσεων των ατόμων [26].

Άλλη μελέτη εξέτασε, πώς η επικινδυνότητα της θεραπείας επηρεάζει την λήψη αποφάσεων σε τρεις ομάδες ατόμων: ασθενείς, ιατρούς και φοιτητές Ιατρικής [27]. Πιο συγκεκριμένα, οι Mazur και Hickam χρησιμοποίησαν τρία διαφορετικά διαγράμματα, καθένα από τα οποία απεικόνιζε δύο καμπύλες πενταετούς επιβίωσης (= ποσοστό επιβίωσης σε συνάρτηση με τον χρόνο), που αντιστοιχούσαν σε δύο διαφορετικές άγνωστες θεραπείες μιας απροσδιόριστης ασθένειας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς, σε αντίθεση με τους ιατρούς και τους φοιτητές Ιατρικής, αγνόησαν σημαντικά στοιχεία των καμπυλών επιβίωσης (σχήμα καμπύλης, περιοχή κάτω από την καμπύλη, μέση επιβίωση) και εστίασαν μόνο στα ποσοστά άμεσης (έτος 0) και απώτατης (έτος 5) επιβίωσης [27].

Λήψη απόφασης ως ασθενής ή ως οικείο πρόσωπο ασθενούς

Έχει υποστηριχθεί, ότι η λήψη αποφάσεων σχετικά με θέματα υγείας διαφοροποιείται στον ίδιο άνθρωπο, ανάλογα με το εάν αυτός αποφασίζει για τον εαυτό του ή για κάποιο οικείο του πρόσωπο [27]. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί αναλογική απόρροια της βιωματικής αντίληψης, ότι η θεώρηση δυνητικά επικίνδυνων αποφάσεων διαφέρει, ανάλογα με το εάν αποφασίζουμε για εμάς τους ίδιους ή εάν καλούμαστε να αποφασίσουμε για λογαριασμό άλλων. Αν και η συγκεκριμένη

προσέγγιση επιβεβαιώνεται εμπειρικά σχεδόν από όλους μας, δεν έχουν διεξαχθεί μεθολογικά επαρκείς μελέτες, που να την τεκμηριώνουν.

Προκειμένου να διερευνήσουν τον τρόπο διαφοροποίησης των προτιμήσεων των ανθρώπων σχετικά με τον χρονικό ορίζοντα της υγείας, ανάλογα με το εάν επιλέγουν για τον εαυτό τους ή κάποιον άλλον, οι Cairns και Van der Pol έστειλαν σε ένα τυχαίο δείγμα ατόμων ένα ερωτηματολόγιο με έξι επιλογές μεταξύ ασθένειας εμφανιζόμενης στο εγγύς ή στο απώτερο μέλλον [28]. Πιο συγκεκριμένα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υποδείξουν την μέγιστη διάρκεια της απώτερης μελλοντικής ασθένειας, που είναι διατεθειμένοι να δεχθούν, ώστε να μεταθέσουν χρονικά την έναρξή της για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Οι μισοί συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν, σαν να επρόκειτο για την δική τους κατάσταση της υγείας (= σαν να ήταν οι ίδιοι οι ασθενείς) ενώ οι άλλοι μισοί καλούνταν να επιλέξουν για λογαριασμό άλλων ανθρώπων. Στην εν λόγω μελέτη δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων [28].

Μέχρι στιγμής δεν έχουν καταγραφεί στην βιβλιογραφία αναφορές σχετικά με το εάν η λήψη απόφασης για την θεραπεία μιας ασθένειας διαφοροποιείται στον ίδιο άνθρωπο, ανάλογα με το εάν αποφασίζει για τον εαυτό του – δηλαδή διατηρεί τον ρόλο του ασθενούς – ή για κάποιο οικείο του πρόσωπο. Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης ήταν η κάλυψη αυτού του βιβλιογραφικού «κενού».

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να σημειωθεί, ότι οι προτιμήσεις των οικείων προσώπων – κυρίως της οικογένειας – σχετικά με την θεραπεία είναι δυνατόν να επηρεάσουν ουσιαστικά τους ασθενείς κατά την λήψη αποφάσεων. Μελετώντας τους παράγοντες, που υπεισέρχονται στην απόφαση γυναικών με καρκίνο του μαστού να υποβληθούν σε μαστεκτομή, συγκεκριμένοι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι γυναίκες που συνοδεύονταν από οικείο πρόσωπο (φίλο ή μέλος της οικογένειας) στην

προεγχειρητική συμβουλευτική συνεδρία, ήταν περισσότερο πιθανό να υποβληθούν τελικά σε μαστεκτομή σε σύγκριση με εκείνες, που δεν συνοδεύονταν [29]. Ακόμη, οι γυναίκες, που δήλωσαν ότι ο σύζυγός τους ήταν πολύ σημαντικός στην λήψη της εν λόγω απόφασης, ήταν λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε μαστεκτομή σε σύγκριση με εκείνες, που παρουσίασαν τον σύζυγό τους ως καθόλου ή λίγο σημαντικό στην λήψη της απόφασης [29].

Ηλικία

Η σημασία της ηλικίας στην λήψη αποφάσεων είναι αναμφισβήτητη. Η επερχόμενη με την ηλικία μείωση της τάσης του ανθρώπου για λήψη «επικίνδυνων» αποφάσεων, δηλαδή η σταδιακή μεταστροφή του από αναζητούντα σε αποφεύγοντα την επικινδυνότητα αποτελεί κοινό βίωμα της πλειονότητας των ανθρώπων.

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, η ηλικία έχει συσχετισθεί με την επιθυμία του ασθενούς να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του και μάλιστα η επιθυμία αυτή έχει καταγραφεί συχνότερα ανάμεσα στα άτομα νεαρής ηλικίας [14 – 16].

Αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει την επίδραση της ηλικίας των ασθενών στην επιλογή μεταξύ μιας επιθετικότερης (π.χ. ολική μαστεκτομή) ή μιας συντηρητικότερης (π.χ. χημειοθεραπεία) θεραπείας με σκοπό την αντιμετώπιση μιας απειλητικής για την ζωή ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού [30, 31].

Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, η καλύτερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση έχει συσχετισθεί με την επιθυμία του ατόμου να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του [14]. Αυτή συνήθως συνδυάζεται με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, που έχει επίσης συσχετισθεί με μεγαλύτερη επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων [14, 17].

Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε, ότι οι νεότερες ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ανώτερη κοινωνικο-οικονομική στάθμη – και κατ’ επέκταση πληρέστερη ασφαλιστική κάλυψη των εξόδων περίθαλψης – είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποβληθούν σε συντηρητικότερη χειρουργική θεραπεία καρκίνου του μαστού [32].

Προηγούμενη εμπειρία

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, η εμπειρία ενός ατόμου στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας στο παρελθόν έχει συσχετισθεί με την επιθυμία της ενεργού συμμετοχής του στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την επικείμενη θεραπεία του τρέχοντος προβλήματος υγείας [14].

Εκτός από την προσωπική προηγούμενη έκθεση ενός ατόμου σε προβλήματα υγείας, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η σχετική εμπειρία του ως οικείο πρόσωπο ασθενούς. Έτσι, σε σχετική μελέτη έχει διαπιστωθεί, ότι σε περιπτώσεις οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του μαστού, ανεξαρτήτως της συσχέτισής του με απλή νοσηρότητα ή θνητότητα, οι ασθενείς αντιμετώπιζαν θετικότερα την επιθετικότερη χειρουργική θεραπεία [30]. Παρόμοια, άλλοι μελετητές επιβεβαίωσαν

την σημασία της προηγούμενης εμπειρίας ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία τους [33].

Επιπλέον, είναι δυνατόν οι προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την θεραπεία να μεταβάλλονται ουσιαστικά με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι ασθενείς αποκτούν εμπειρία όχι μόνο της ίδιας της ασθένειας αλλά και των επιπτώσεων της οποιασδήποτε θεραπείας. Όπως έχει επισημανθεί σε σχετική μελέτη, αν και οι ασθενείς είναι περισσότερο διατεθειμένοι από τους θεράποντες ιατρούς να υποβληθούν σε μεγαλύτερης επικινδυνότητας και μικρότερης ωφέλειας θεραπευτικές μεθόδους πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας, η διάθεση αυτή μεταβάλλεται και ενίοτε αντιστρέφεται, καθώς οι ασθενείς αποκτούν την εμπειρία της θεραπείας [34]. Άλλη σχετική με το θέμα μελέτη αποκάλυψε την μεταβλητότητα των προτιμήσεων ενός δείγματος καρκινοπαθών, ως προς την επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, η οποία μειώθηκε δραματικά με την επιδείνωση της ασθένειας [35].

Αναμενόμενη ποιότητα ζωής μετά την θεραπεία

Η αναμενόμενη μετά την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας ποιότητα ζωής του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες, που λαμβάνονται υπόψη από τον ασθενή κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του.

Ιδιαίτερα ανάμεσα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας η συγκεκριμένη παράμετρος φαίνεται να συνιστά σταθερή προτεραιότητα στην επιλογή θεραπείας [36]. Ακόμη, σε μια προοπτική μελέτη των Sekeres και συν., που αφορούσε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες (μυελογενή λευχαιμία και μυελοδυσπλαστικό

σύνδρομο) η σχετιζόμενη με την θεραπεία (εντατική επαγωγική χημειοθεραπεία ή μη εντατική/υποστηρικτική χημειοθεραπεία) ποιότητα ζωής (στην περίπτωση επιλογής της πρώτης θεραπείας, η ποιότητα ζωής ήταν αρχικά χειρότερη αλλά εξομοιωνόταν με εκείνη της δεύτερης θεραπείας μετά από 6 εβδομάδες εφαρμογής) αναδείχθηκε σε σημαντικότερο παράγοντα κατά την επιλογή θεραπείας σε σύγκριση με τον αναμενόμενο χρόνο επιβίωσης [37].

«Περιβαλλοντικές επιδράσεις»

Η διαθεσιμότητα στο άμεσο περιβάλλον ενός οικείου προσώπου (συγγενούς ή φίλου) ή ενός φροντιστή, ικανού να αναλάβει την φροντίδα του ασθενούς μετά την θεραπεία αποτελεί επίσης έναν από τους παράγοντες, που επηρεάζουν τον ασθενή κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία [38] και ενίοτε προκαλούν ενδο-οικογενειακές διαφωνίες [39, 40].

Ακόμη, φαίνεται ότι η σημασία της οικογένειας στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία δεν περιορίζεται μόνο στην προτιμήσεις των μελών της ως προς την θεραπευτική μέθοδο – που συζητήθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο – αλλά συσχετίζεται επίσης και με την συνολική επιβάρυνση της οικογένειας από την εκάστοτε εφαρμοζόμενη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων και των δυσκολιών, που ενδεχομένως παρουσιάζει η μεταφορά του ασθενούς από και προς τον χώρο εφαρμογής της θεραπείας [41]!

Τέλος, η ανυπαρξία ασφάλειας υγείας, που συνήθως συνδυάζεται με χαμηλή οικονομική στάθμη, καθώς και διάφοροι γεωγραφικοί περιορισμοί επίσης συνιστούν παράγοντες, που λαμβάνονται υπόψη από τον ασθενή, όταν αυτός καλείται να αποφασίσει σχετικά με την θεραπεία του [41, 42].

Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες

Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί σποραδικές αναφορές στην διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση της φυλής, της εθνικότητας, της θρησκείας και γενικότερα των πολιτισμικών καταβολών κάθε ανθρώπου στην αντίληψη από αυτόν των σχετικών με την υγεία θεμάτων και κατ' επέκταση στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του [3, 29, 43].

Αν και οι παραπάνω παράγοντες ενδέχεται να επηρεάζουν την επιθυμία ενός ατόμου να συμμετέχει ως ασθενής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του και να εμπλέκονται στην διαδικασία επιλογής μεταξύ θεραπειών διαφορετικής επικινδυνότητας, η σχετική βιβλιογραφία δεν επιτρέπει ακόμη την πλήρη κατανόηση και την ακριβή εκτίμηση της σημασίας των παραγόντων αυτών [3].

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του κοινωνικο-πολιτιστικού υποβάθρου κάθε ανθρώπου καθιστά την διερεύνηση των επιδράσεών του στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία εξαιρετικά δύσκολη. Ωστόσο, αυτό δεν πρέπει να αποτελεί τροχοπέδη για την περαιτέρω έρευνα αλλά να εκλαμβάνεται ως μια πρόκληση, καθώς η διασαφήνιση των εν λόγω επιδράσεων θα συμβάλει στην βελτίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, βοηθώντας στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των ασθενών, ανεξαρτήτως των κοινωνικών και πολιτιστικών τους καταβολών ή της ασθένειας, από την οποία πάσχουν.

6. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τους παράγοντες, που επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία για την αντιμετώπιση μιας απειλητικής για την ζωή ασθένειας. Η υπόθεση της μελέτης αφορά ασθένειες, που είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά ή επιθετικά. Η αποτίμηση της επικινδυνότητας (συντηρητικότητας ή επιθετικότητας) μιας συγκεκριμένης θεραπείας συντελείται στην παρούσα μελέτη ανάλογα με: α) το ποσοστό θνητότητας αμέσως μετά την εφαρμογή της και β) την αποτελεσματικότητά της στην επιβίωση του ασθενούς σε βάθος χρόνου. Δηλαδή, θεωρείται ότι η επιθετική θεραπεία μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή αλλά είναι αποτελεσματικότερη στην παράταση της επιβιώσής του.

Αρχικός στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνήσει κατά πόσο η επικινδυνότητα της θεραπείας επηρεάζει την απόφαση εφαρμογής της από τον ασθενή. Επιπλέον, επιδιώκεται να ελεγχθεί, εάν η εν λόγω απόφαση διαφοροποιείται, όταν η θεραπεία δεν προορίζεται για το άτομο που αποφασίζει αλλά κάποιο οικείο του πρόσωπο.

Επιπλέον, η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να εξετάσει, κατά πόσο η απόφαση σχετικά με την θεραπεία, ανεξαρτήτως του εάν το άτομο διατηρεί τον ρόλο του ασθενούς ή τον ρόλο του οικείου προσώπου, επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, την προηγούμενη σχετική εμπειρία, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που σχετίζονται με την στάση του ατόμου απέναντι στην επικινδυνότητα (αναζήτηση ή αποφυγή της).

6.2. ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της μελέτης επιλέχθηκε τυχαία από το εν ενεργεία προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας, στην οποία υπηρετώ ως υγειονομικός.

Αυτό απαρτίζεται εξ ορισμού από άτομα ηλικίας από 23 (ηλικία αποφοίτησης από την Σχολή και ένταξης στο δυναμικό του Σώματος) μέχρι 65 ετών (απότατο χρονικό όριο αποστρατείας). Ωστόσο, στο δείγμα της μελέτης κατά σύμπτωση δεν περιλήφθηκαν άτομα άνω των 55 ετών.

Το εν ενεργεία προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας περιλαμβάνει αξιωματικούς και υπαξιωματικούς, δηλαδή δύο κατηγορίες ατόμων με διαφορετική εκπαίδευση. Ωστόσο, για λόγους απλούστευσης θεωρήθηκε ότι όλα τα άτομα είχαν το ίδιο μορφωτικό επίπεδο, που είναι ισάξιο με Ανώτερου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Ε.Ι.). Επιπλέον, παρά τις μισθολογικές διακυμάνσεις (λόγω ιεραρχίας, χρόνου υπηρεσίας και οικογενειακών κριτηρίων) από εργαζόμενο σε εργαζόμενο, αυτές δεν είναι πλέον αρκετά σημαντικές, ώστε να διαφοροποιήσουν την κοινωνικο-οικονομική στάθμη των ατόμων του δείγματος. Επίσης, όλα τα άτομα του δείγματος τυγχάνουν της ίδιας υγειονομικής κάλυψης, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά την δημόσια περίθαλψη.

Πιο συγκεκριμένα τα άτομα του δείγματος επιλέχθηκαν τυχαία από τα προσερχόμενα προς εξέταση στο Κεντρικό Ιατρείο Αθηνών κατά την περίοδο από τον Σεπτέμβριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2014. Συνολικά διανεμήθηκαν πενήντα (50) αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, από τα οποία επιστράφηκαν στον ερευνητή πλήρως και επαρκώς συμπληρωμένα, ώστε να μπορούν να αξιοποιηθούν στην μελέτη, σαράντα (40) ερωτηματολόγια, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 80%.

Η επάρκεια του μεγέθους του δείγματος ελέγχθηκε με την εφαρμογή του 'G Power test', όπως περιγράφεται στην παράγραφο της στατιστικής ανάλυσης.

6.3. ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά την διενέργεια της μελέτης τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας, που προβλέπονται από την Διακήρυξη του Ελσίνκι. Συγκεκριμένα πριν την έναρξη της μελέτης το σχετικό πρωτόκολλο είχε υποβληθεί και εγκριθεί από την Διεύθυνση Υγειονομικού της Ελληνικής Αστυνομίας. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες στην μελέτη ενημερώθηκαν συνοπτικά σχετικά με την φύση και τον σκοπό της, πριν ξεκινήσουν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, είχαν την ευκαιρία να διατυπώσουν πιθανές απορίες σχετικά με τα ερωτηματολόγια και τον τρόπο συμπλήρωσής τους, που απαντήθηκαν από τον ερευνητή. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία των απαντήσεών τους και υπέγραψαν το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης.

Κατόπιν συγκέντρωσης όλων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε έλεγχος της επάρκειας των απαντήσεων (εάν είχαν συμπληρωθεί όλα τα υποχρεωτικά πεδία), ώστε να επιλεγούν τα κατάλληλα προς χρήση για την μελέτη ερωτηματολόγια (συνολικά 40) και ακολούθησε η επεξεργασία – κωδικοποίηση των δεδομένων και η στατική ανάλυση.

Πιο αναλυτικά η μεθοδολογία της μελέτης περιέλαβε τα ακόλουθα στάδια:

- **Συλλογή των δεδομένων**

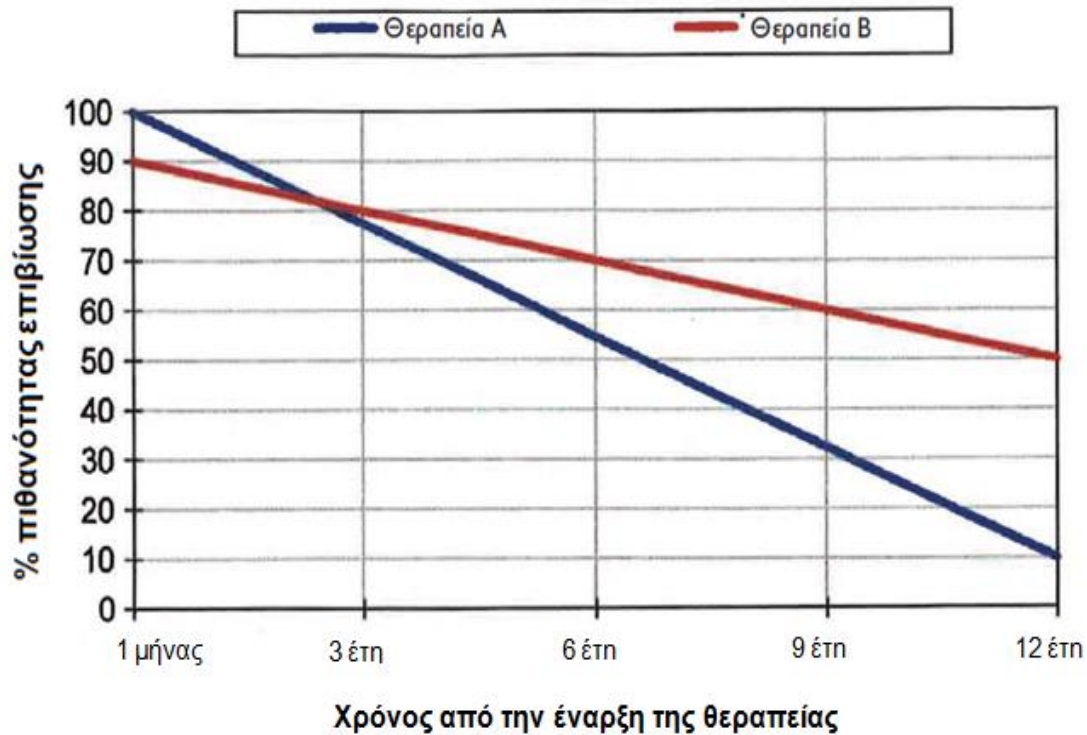
Σε κάθε συμμετέχοντα χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από δύο μέρη, που συνοδεύονταν από οδηγίες για την συμπλήρωσή τους (**Παράρτημα I** και **II** αντίστοιχα). Οι συμμετέχοντες είχαν χρόνο να διαβάσουν προσεκτικά τις οδηγίες και να διατυπώσουν τυχόν απορίες, ώστε να διευκολυνθούν στην απάντηση όλων των ερωτήσεων.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε δύο σειρές 9 διαγραμμάτων και οδηγίες σχετικά με την συμπλήρωσή τους (βλέπε **Παράρτημα Ι**). Η πρώτη σειρά διαγραμμάτων (1 έως 9) αξιολογήθηκε από τον συμμετέχοντα ως ασθενή, δηλαδή με την οδηγία να τα μελετήσει σαν να ήταν ο ίδιος ο ασθενής, στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί μια θεραπεία. Η δεύτερη σειρά διαγραμμάτων (ίδια διαγράμματα με αντίστροφη σειρά παρουσίασης, δηλαδή 9 έως 1) αξιολογήθηκε από τον συμμετέχοντα ως οικείο πρόσωπο, δηλαδή με την οδηγία να τα μελετήσει σαν να ήταν ο ίδιος οικείο πρόσωπο (συγγενής ή φίλος) του ασθενούς, στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί μια θεραπεία.

Τα διαγράμματα απεικονίζουν καμπύλες επιβίωσης, δηλαδή αποτυπώνουν το ποσοστό % επιβίωσης των πασχόντων από μια δεδομένη απειλητική για την ζωή ασθένεια (άξονας Ψ) σε συνάρτηση με τον χρόνο από την έναρξη εφαρμογής δύο διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων (άξονας Χ). Η πρώτη θεραπευτική μέθοδος (Θεραπεία Α) αντιστοιχεί στην ευθεία μπλε χρώματος και περιγράφει την συντηρητική αντιμετώπιση της ασθένειας, δηλαδή αποτελεί χαμηλής επικινδυνότητας θεραπεία, που αναμένεται να αποβεί λιγότερο αποτελεσματική στην μακροχρόνια επιβίωση του ασθενούς. Η δεύτερη θεραπευτική μέθοδος (Θεραπεία Β) αντιστοιχεί στην ευθεία κόκκινου χρώματος και περιγράφει την επιθετική αντιμετώπιση της ασθένειας, δηλαδή συνιστά μια υψηλότερης επικινδυνότητας θεραπεία, που αναμένεται να αποβεί αποτελεσματικότερη για την μακροχρόνια επιβίωση του ασθενούς, δηλαδή να παρατείνει την επιβίωση μεγαλύτερου ποσοστού ασθενών. Για κάθε διάγραμμα ο συμμετέχων έπρεπε να επιλέξει μεταξύ Θεραπείας Α και Θεραπείας Β.

Στην **Εικόνα 1** παρουσιάζεται ένα πρότυπο διαγράμματος (ένα από τα 9 διαγράμματα της μελέτης), που επεξηγείται στην συνέχεια.

Διάγραμμα 1



Εικόνα 1: Πρότυπο διαγράμματος από το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου της μελέτης.

Στο διάγραμμα της **Εικόνας 1** η θεραπεία B είναι μεγαλύτερης επικινδυνότητας, καθώς έχει θνητότητα 20% (= η κόκκινη ευθεία ξεκινά από το 80% στον άξονα των Ψ). Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών με την θεραπεία B είναι μικρότερο μέχρι τα 8 περίπου έτη από την εφαρμογή της (σημείο χιασμού των 2 ευθειών) αλλά στην συνέχεια υπερβαίνει εκείνο της θεραπείας A, με αποτέλεσμα το ποσοστό 12ετούς επιβίωσης με την θεραπεία B να είναι κατά 10% μεγαλύτερο εκείνου με την θεραπεία A.

Πριν την συμπλήρωση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου διευκρινίστηκε, ότι όλα τα διαγράμματα παρουσιάζουν το % ποσοστό επιβίωσης σε συνάρτηση με τον χρόνο από την έναρξη της θεραπείας, χωρίς να δίνουν

πληροφορίες για την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμη, εξηγήθηκε ότι η επανάληψη της διαδικασίας επιλογής θεραπείας (δύο σειρές 9 διαγραμμάτων) εξασφαλίζει πληρέστερη και πιο αξιόπιστη εκτίμηση της ικανότητας του ατόμου να λάβει αποφάσεις για την θεραπεία του ίδιου ή οικείων του προσώπων.

Για κάθε συμμετέχοντα καταγράφηκε η συχνότητα επιλογής της Θεραπείας Β στο σύνολο των 18 διαγραμμάτων (ως ασθενής και ως οικείο πρόσωπο), προκειμένου να ελεγχθεί στην συνέχεια, εάν κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία η επικινδυνότητά της σε σχέση με την πιθανότητα μακροχρόνιας επιβίωσης εκτιμάται όμοια ή διαφορετικά, ανάλογα με το εάν το άτομο καλείται να αποφασίσει για τον εαυτό του ή κάποιο οικείο πρόσωπο.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποσκοπούσε στην συλλογή πληροφοριών σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την προηγούμενη εμπειρία και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του συμμετέχοντα (δείκτες της στάσης του απέναντι στην επικινδυνότητα), που ενδεχομένως τον επηρεάζουν κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία (βλέπε **Παράρτημα II**). Πιο συγκεκριμένα το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε τις εξής ερωτήσεις:

Ερώτηση 1 – Φύλο: Η καταγραφή του φύλου των συμμετεχόντων εξυπηρετεί στην μελέτη της κατανομής της συχνότητας επιλογής της **Θεραπείας Β** στα δύο φύλα. Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση φύλου και επιλογής θεραπείας.

Ερώτηση 2 – Ηλικία: Ανάλογα με την ηλικία του κάθε συμμετέχοντα εντάχθηκε σε μια από τις τρεις ακόλουθες ηλικιακές ομάδες: α) μέχρι 34, β) από 35 μέχρι 50 και γ) άνω των 51 ετών. Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση ηλικίας και επιλογής θεραπείας.

Ερώτηση 3 – Εμπειρία: Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να καταθέσουν την εμπειρία τους στην αντιμετώπιση απειλητικών για την ζωή ασθενειών, απαντώντας με ένα Ναι ή με ένα Όχι στις εξής δύο ερωτήσεις: α) εάν έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε θεραπεία για κάποια απειλητική για την ζωή τους ασθένεια και β) εάν κάποιο οικείο τους πρόσωπο (άμεσος συγγενής ή στενός φίλος) έχει υποβληθεί στο παρελθόν σε θεραπεία για απειλητική για την ζωή του ασθένεια. Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση της προηγούμενης εμπειρίας με την επιλογή θεραπείας.

Ερώτηση 4: Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν μεταξύ δύο παιχνιδιών λαχειοφόρου αγοράς (Παιχνίδι Α ή Β), με αποδόσεις σε χρήματα που φαίνονται σε αντίστοιχο πίνακα του **Παραρτήματος II**. Σε κάθε παιχνίδι υπάρχουν 100 λαχνοί, που αντιστοιχούν σε διαφορετικά ποσά. Ο αριθμός των γραμμών δίπλα σε κάθε ποσό δηλώνει τον αριθμό των λαχνών, που το κληρώνουν. Το Παιχνίδι Α χαρακτηρίζεται από μικρότερη επικινδυνότητα και μικρό περιθώριο κέρδους, καθώς έχει λιγότερους λαχνούς, που αντιστοιχούν σε χαμηλά και περισσότερους σε μέτρια ποσά. Το παιχνίδι Β χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη επικινδυνότητα αλλά και μεγαλύτερο περιθώριο κέρδους, καθώς έχει λίγους λαχνούς υψηλής και πολλούς χαμηλής απόδοσης (λίγα ή καθόλου χρήματα). Έτσι, θεωρείται ότι η επιλογή του Παιχνιδιού Β δηλώνει «αναζήτηση της επικινδυνότητας» ενώ η επιλογή του Παιχνιδιού Α «αποφυγή της επικινδυνότητας». Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση επιλογής θεραπείας με επιλογή παιχνιδιού (στάση απέναντι στην επικινδυνότητα).

Ερώτηση 5: Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν πόσο ευχάριστα θα περάσουν τα επόμενα 5 Σαββατοκύριακα. Κάθε Σαββατοκύριακο είναι πιθανό να περάσει: πολύ ευχάριστα (μεγάλου ύψους τετράπλευρο στο σχετικό διάγραμμα του **Παραρτήματος II**), ικανοποιητικά (μικρότερου ύψους τετράπλευρο) ή βαρετά (ευθεία γραμμή). Για τα επόμενα 5 Σαββατοκύριακα οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν μια από τρεις

ακολουθίες (Α, Β ή Γ), διαφορετικές ως προς το εάν το ευχάριστο Σαββατοκύριακο θα είναι πρώτο, τρίτο ή πέμπτο. Η επιλογή αυτή αντικατοπτρίζει την θεώρηση του μέλλοντος (βραχυ-, μεσο- και μακρο- πρόθεσμη τοποθέτηση ευχάριστης προοπτικής) και έχει χρησιμοποιηθεί από τους Loewenstein & Prelec σε μελέτη σχετική με τις προτιμώμενες ακολουθίες εκβάσεων [26]. Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση της επιλογής ακολουθίας με την επιλογή θεραπείας.

Ερώτηση 6: Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν, εάν κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με το μέλλον σκέφτονται περισσότερο την καλύτερη πιθανή έκβαση, την χειρότερη πιθανή έκβαση ή και τις δύο. Οι παραπάνω εναλλακτικές αντικατοπτρίζουν μια αισιόδοξη, απαισιόδοξη ή ρεαλιστικότερη θεώρηση του μέλλοντος αντίστοιχα. Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση της επιλογής θεραπείας με την συγκεκριμένη παράμετρο.

Ερώτηση 7: Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν, πώς θα συμβούλευαν κάποιον για το μέλλον του: εάν θα σκέφτονταν τί θα έκαναν οι ίδιοι στην θέση του ή θα αγνοούσαν τις προσωπικές τους προτιμήσεις, εστιάζοντας στο τί θα ήταν καλύτερο για τον άλλο. Η επιλογή αυτή αντικατοπτρίζει την ικανότητα του ατόμου να συμβουλεύει κάποιον περισσότερο ή λιγότερο υποκειμενικά. Στην συνέχεια ελέγχθηκε στατιστικά η συσχέτιση της επιλογής θεραπείας με την συγκεκριμένη παράμετρο.

▪ **Επεξεργασία, κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων**

Αξιοποιώντας τα δεδομένα των ερωτηματολογίων ορίσθηκαν οι μεταβλητές της μελέτης και διαχωρίσθηκαν σε κατηγορίες, που κωδικοποιήθηκαν ανάλογα. Συγκεκριμένα:

Με βάση τα δεδομένα του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου, η επιλογή θεραπείας από τον συμμετέχοντα στον ρόλο του ασθενούς ορίστηκε ως μεταβλητή «θεραπεία 1» και περιέλαβε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κωδικοποιήθηκε με 1 και αντιστοιχεί σε συχνότερη επιλογή της Θεραπείας Β (>5 από τα 9 διαγράμματα). Η δεύτερη κωδικοποιήθηκε με 2 και αντιστοιχεί σε λιγότερο συχνή επιλογή της Θεραπείας Β (<5 από τα 9 διαγράμματα). Έτσι, ως προς την μεταβλητή «θεραπεία 1» σε κάθε συμμετέχοντα αποδόθηκε κωδικός 1 ή 2 ανάλογα με την προτίμησή του ως ασθενής της Θεραπείας Β ή Α αντίστοιχα.

Παρόμοια, η επιλογή θεραπείας από τον συμμετέχοντα στον ρόλο του οικείου προσώπου ορίστηκε ως μεταβλητή «θεραπεία 2» και περιέλαβε επίσης δύο κατηγορίες. Η πρώτη (κωδικός 1) αντιστοιχεί σε συχνότερη επιλογή της Θεραπείας Β (>5 από τα 9 διαγράμματα). Η δεύτερη (κωδικός 2) αντιστοιχεί σε λιγότερο συχνή επιλογή της Θεραπείας Β (<5 από τα 9 διαγράμματα). Έτσι, ως προς την μεταβλητή «θεραπεία 2» σε κάθε συμμετέχοντα αποδόθηκε κωδικός 1 ή 2 ανάλογα με την προτίμησή του ως οικείο πρόσωπο της Θεραπείας Β ή Α αντίστοιχα.

Επομένως, σε κάθε συμμετέχοντα αποδόθηκε κωδικός 1 ή 2 για καθεμία από τις μεταβλητές «θεραπεία 1» και «θεραπεία 2» (βλέπε Πίνακα **Παραρτήματος ΙΙΙ**).

Με βάση τα δεδομένα του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου ορίστηκαν, κατηγοριοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές:

Φύλο: Ανάλογα με την απάντηση στην Ερώτηση 1 (άνδρας / γυναίκα) η μεταβλητή «φύλο» κωδικοποιήθηκε με 1 για τους άνδρες και 2 για τις γυναίκες.

Ηλικία: Ανάλογα με την απάντηση στην Ερώτηση 2 (ηλικιακή ομάδα: κάτω των 34 / από 35 μέχρι 50 / άνω των 51 ετών) η μεταβλητή «ηλικία» κωδικοποιήθηκε με 1 για την πρώτη (= νέοι), 2 για την δεύτερη (= μέσης ηλικίας) και 3 για την τρίτη ηλικιακή ομάδα (= μεγαλύτεροι).

Εμπειρία: Ανάλογα με τις απαντήσεις στα υποερωτήματα της Ερώτησης 3 (ναι / όχι) ορίσθηκαν αντίστοιχα οι μεταβλητές: α) «εμπειρία 1» (= προσωπική εμπειρία), κωδικοποιούμενη με 1 για το «ναι» και 2 για το «όχι» και β) «εμπειρία 2» (= εμπειρία οικείου προσώπου), κωδικοποιούμενη με 1 για το «ναι» και 2 για το «όχι».

Παιχνίδι: Ανάλογα με την απάντηση στην Ερώτηση 4 (Α / Β) η μεταβλητή «παιχνίδι» κωδικοποιήθηκε με 1 ή 2 για την επιλογή Α ή Β αντίστοιχα.

Ακολουθία: Ανάλογα με την απάντηση στην Ερώτηση 5 (Α / Β / Γ) η μεταβλητή «ακολουθία» κωδικοποιήθηκε με 1, 2 ή 3 για την επιλογή Α, Β ή Γ αντίστοιχα.

Απόφαση: Ανάλογα με την απάντηση στην Ερώτηση 6 (Α / Β / Γ) η μεταβλητή «απόφαση» κωδικοποιήθηκε με 1, 2 ή 3 για την επιλογή Α, Β ή Γ αντίστοιχα.

Συμβουλή: Ανάλογα με την απάντηση στην Ερώτηση 7 (Α / Β) η μεταβλητή «συμβουλή» κωδικοποιήθηκε με 1 ή 2 για την επιλογή Α ή Β αντίστοιχα.

Έτσι, για κάθε συμμετέχοντα καταγράφηκαν με βάση τα δεδομένα και των δύο μερών του ερωτηματολογίου συνολικά 10 μεταβλητές: «θεραπεία 1», «θεραπεία 2», «φύλο», «ηλικία», «εμπειρία 1», «εμπειρία 2», «παιχνίδι», «ακολουθία», «απόφαση» και «συμβουλή». Η στατιστική ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ τους (της πρώτης με όλες τις υπόλοιπες και της δεύτερης με όλες τις υπόλοιπες εκτός από την πρώτη) παρουσιάζεται στην συνέχεια.

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16 για Windows (2007). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των συσχετίσεων, που ελέγχθηκαν στην μελέτη, ορίσθηκε στο 'p-value' < 0.05.

Το μέγεθος του δείγματος που θα ήταν επαρκές για τα αποτελέσματά μας εξετάστηκε με τη στατιστική δοκιμασία 'G power'. Πρόκειται για ένα στατιστικό εργαλείο που για δεδομένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας υπολογίζει την

αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (στατιστική ισχύ) σε συνάρτηση με τον αριθμό των παρατήρησεων του δείγματός μας. Εφαρμόζοντας λοιπόν το ‘G power test’ για την δοκιμασία χ^2 , εκτιμήθηκε ότι το δείγμα της μελέτης ($n = 40$) ήταν επαρκές για την απόδοση αποτελεσμάτων με ‘effect size’ 0.5, επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ‘p-value’ < 0.05 και στατιστική ισχύ (‘statistical power’) 88%.

6.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά 40 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν επαρκώς για χρήση στην μελέτη. Τα συγκεντρωτικά δεδομένα και των 40 συμμετεχόντων παρουσιάζονται κωδικοποιημένα στον Πίνακα του **Παραρτήματος III**.

Από τους 40 συμμετέχοντες στην μελέτη 23 ήταν άνδρες και 17 γυναίκες. Η κατανομή ανά ηλικία ήταν ως εξής: α) 13 άτομα (8 άνδρες και 5 γυναίκες) κάτω των 34 ετών, β) 16 άτομα (9 άνδρες και 7 γυναίκες) από 35 μέχρι 50 ετών και γ) 11 άτομα (6 άνδρες και 5 γυναίκες) άνω των 51 ετών. Η μικρότερη ηλικία, που καταγράφηκε μεταξύ των συμμετεχόντων, ήταν τα 25 έτη ενώ η μεγαλύτερη τα 55 έτη.

Η επάρκεια του μεγέθους του δείγματος της μελέτης ελέγχθηκε και επιβεβαιώθηκε με την εφαρμογή του 'G Power test'.

Όσον αφορά την μεταβλητή «θεραπεία 1» (= επιλογή θεραπείας ως ασθενής), η συχνότερη επιλογή (26/40) ήταν η Θεραπεία Β (= πιο επιθετική, κόκκινη γραμμή στα διαγράμματα). Όσον αφορά την μεταβλητή «θεραπεία 2» (= επιλογή θεραπείας ως οικείο πρόσωπο), η συχνότερη επιλογή (24/40) ήταν η Θεραπεία Α (= πιο συντηρητική, μπλε γραμμή στα διαγράμματα). Για να ελεγχθεί εάν η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική εφαρμόστηκε η δοκιμασία X^2 , τα αποτελέσματα της οποίας ήταν στατιστικά σημαντικά ($X^2 = 5.01$, $p < 0,05$) (**Πίνακας 1**).

«Θεραπεία 1»			
«Θεραπεία 2»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
Ασθενής	26	14	40
Οικείος	16	24	40
<u>Σύνολο</u>	42	38	80

Πίνακας 1: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «θεραπεία 2».

Όσον αφορά το φύλο, η θεραπεία Β ήταν η συχνότερη επιλογή στους άντρες (17/23), όταν αποφάσιζαν για τον εαυτό τους αλλά λιγότερο συχνή (10/23), όταν αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Επίσης, η θεραπεία Β ήταν κάπως συχνότερη στις γυναίκες (9/17), όταν αποφάσιζαν για τον εαυτό τους αλλά λιγότερο συχνή (6/17), όταν αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Για να ελεγχθεί η συσχέτιση του φύλου με τις μεταβλητές «θεραπεία 1» και «θεραπεία 2», εφαρμόστηκε η δοκιμασία X^2 , που δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2 = 1.88$, $p > 0,1$ για την «θεραπεία 1» και $X^2 = 0.27$, $p > 0,1$ για την «θεραπεία 2») (Πίνακες 2 και 3).

«Θεραπεία 1»			
Φύλο	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	Σύνολο
A	17	6	23
Θ	9	8	17
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 2: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «φύλο». (όπου: A = άρρεν και Θ = θήλυ)

«Θεραπεία 2»			
Φύλο	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	Σύνολο
A	10	13	23
Θ	6	11	17
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 3: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «φύλο». (όπου: A = άρρεν και Θ = θήλυ)

Όσον αφορά την ηλικία, η θεραπεία Β ήταν η συχνότερη επιλογή σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για τον εαυτό τους. Ωστόσο, η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για έλεγχο της συσχέτισης της ηλικίας με την

μεταβλητή «θεραπεία 1», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2 = 0.4, p > 0.1$) (Πίνακας 4). Αντίθετα, η θεραπεία B ήταν συχνότερη στην ομάδα των νέων (7/13) αλλά λιγότερο συχνή στις άλλες (6/16 στην μέση και 4/11 στην μεγαλύτερη ηλικία), όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για έλεγχο της συσχέτισης της ηλικίας με την μεταβλητή «θεραπεία 2», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2 = 1.6, p > 0.1$) (Πίνακας 5).

«Θεραπεία 1»			
Ηλικία	Θεραπεία B	Θεραπεία A	Σύνολο
1	8	5	13
2	10	6	16
3	8	3	11
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 4: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «ηλικία». (όπου: 1 = ηλικία κάτω των 34 ετών, 2 = ηλικία από 35 μέχρι 50 ετών και 3 = ηλικία άνω των 51 ετών)

«Θεραπεία 2»			
Ηλικία	Θεραπεία B	Θεραπεία A	Σύνολο
1	7	6	13
2	5	11	16
3	4	7	11
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 5: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «ηλικία». (όπου: 1 = ηλικία κάτω των 34 ετών, 2 = ηλικία από 35 μέχρι 50 ετών και 3 = ηλικία άνω των 51 ετών)

Όσον αφορά την μεταβλητή «εμπειρία 1» (= προσωπική εμπειρία), η θεραπεία B ήταν η συχνότερη επιλογή στους συμμετέχοντες χωρίς εμπειρία (18/26), όταν αποφάσιζαν για τον εαυτό τους αλλά πολύ λιγότερο συχνή (9/26), όταν αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Ωστόσο, η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για έλεγχο της

συσχέτισης των μεταβλητών «εμπειρία 1» και «θεραπεία 1», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.58, p> 0.1$) (Πίνακας 6). Παρόμοια, η δοκιμασία X^2 για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «εμπειρία 1» και «θεραπεία 2» δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.89, p> 0.1$) (Πίνακας 7).

«Θεραπεία 1»			
«Εμπειρία 1»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
Ναι	8	6	14
Όχι	18	8	26
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 6: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «εμπειρία 1».

«Θεραπεία 2»			
«Εμπειρία 1»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
Ναι	7	7	14
Όχι	9	17	26
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 7: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «εμπειρία 1».

Όσον αφορά την μεταβλητή «εμπειρία 2» (= εμπειρία οικείου προσώπου), η θεραπεία Β ήταν η συχνότερη επιλογή στους συμμετέχοντες με (15/24) ή χωρίς εμπειρία (11/16), όταν αποφάσιζαν για τον εαυτό τους. Ωστόσο, η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για τον έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «εμπειρία 2» και «θεραπεία 1», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.16, p> 0.1$) (Πίνακας 8). Αντίθετα, η θεραπεία Β ήταν η λιγότερο συχνή επιλογή στους συμμετέχοντες με (10/24) ή χωρίς εμπειρία (10/16), όταν αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Η δοκιμασία X^2 για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «εμπειρία 2»

και «θεραπεία 2», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.07$, $p> 0.1$) (Πίνακας 9).

«Θεραπεία 1»			
«Εμπειρία 2»	Θεραπεία B	Θεραπεία A	<u>Σύνολο</u>
Ναι	15	9	24
Όχι	11	5	16
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 8: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «εμπειρία 2».

«Θεραπεία 2»			
«Εμπειρία 2»	Θεραπεία B	Θεραπεία A	<u>Σύνολο</u>
Ναι	10	14	24
Όχι	6	10	16
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 9: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «εμπειρία 2».

Όσον αφορά την μεταβλητή «παιχνίδι», η θεραπεία B ήταν η συχνότερη επιλογή για όσους προτίμησαν το παιχνίδι B (= αναζήτηση της επικινδυνότητας) (17/19) αλλά η λιγότερη συχνή επιλογή για όσους προτίμησαν το παιχνίδι A (= αποφυγή της επικινδυνότητας) (9/21), όταν αποφάσιζαν για τον εαυτό τους. Η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «παιχνίδι» και «θεραπεία 1», κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 9.52$, $p< 0.01$) (Πίνακας 10). Αντίθετα, η θεραπεία B ήταν η λιγότερο συχνή επιλογή, τόσο για όσους προτίμησαν το παιχνίδι A (7/21), όσο και για εκείνους που προτίμησαν το παιχνίδι B (9/19), όταν αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Η δοκιμασία X^2 για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «παιχνίδι» και «θεραπεία 2», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.81$, $p> 0.1$) (Πίνακας 11).

«Θεραπεία 1»			
«Παιχνίδι»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
A	9	12	21
B	17	2	19
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 10: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «παιχνίδι».

«Θεραπεία 2»			
«Παιχνίδι»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
A	7	14	21
B	9	10	19
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 11: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «παιχνίδι».

Όσον αφορά την μεταβλητή «ακολουθία», η θεραπεία Β ήταν η συχνότερη επιλογή ανεξαρτήτως προτιμώμενης ακολουθίας (12/20 για την Α, 6/7 για την Β και 8/13 για την Γ), όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για τον εαυτό τους. Ωστόσο, η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «ακολουθία» και «θεραπεία 1», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 1.6, p> 0.1$) (Πίνακας 12). Αντίθετα, η θεραπεία Β ήταν η λιγότερο συχνή επιλογή για τις ακολουθίες Α και Γ (8/20 και 5/13 αντίστοιχα) αλλά συχνότερη για την ακολουθία Β (4/7), όταν αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Η δοκιμασία X^2 για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «ακολουθία» και «θεραπεία 2» δεν είναι εφαρμόσιμη, καθώς δεν πληρούνται τα απαραίτητα κριτήρια σχετικά με τις αναμενόμενες συχνότητες παρατηρήσεων (Πίνακας 13).

«Θεραπεία 1»			
«Ακολουθία»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
A	12	8	20
B	6	1	7
Γ	8	5	13
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 12: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «ακολουθία».

«Θεραπεία 2»			
«Ακολουθία»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
A	8	12	20
B	3	4	7
Γ	5	8	13
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 13: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «ακολουθία».

Όσον αφορά την μεταβλητή «απόφαση», η θεραπεία Β ήταν συχνότερη σε όσους προτίμησαν το Α (= αισιόδοξοι) (7/11) και το Γ (= ρεαλιστές) (13/16) αλλά λιγότερο συχνή σε όσους προτίμησαν το Β (= απαισιόδοξοι) (6/13), όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για τον εαυτό τους. Η δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «απόφαση» και «θεραπεία 1», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 4.15$, $p> 0.1$) (Πίνακας 14). Αντίθετα, η θεραπεία Β ήταν η λιγότερο συχνή επιλογή σε όσους προτίμησαν το Α (4/11) και το Γ (5/16) αλλά η συχνότερη επιλογή σε όσους προτίμησαν το Β (7/13), όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Η δοκιμασία X^2 για έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «απόφαση» και «θεραπεία 2» δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 1.6$, $p> 0.1$) (Πίνακας 15).

«Θεραπεία 1»			
«Απόφαση»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	Σύνολο
A	7	4	11
B	6	7	13
Γ	13	3	16
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 14: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «απόφαση».

«Θεραπεία 2»			
«Απόφαση»	Θεραπεία Β	Θεραπεία Α	<u>Σύνολο</u>
A	4	7	11
B	7	6	13
Γ	5	11	16
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 15: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «απόφαση».

Όσον αφορά την μεταβλητή «συμβουλή», η θεραπεία Β ήταν η συχνότερη επιλογή ανεξαρτήτως της προτιμώμενης συμβουλής (13/18 για την συμβουλή Α και 13/22 για την συμβουλή Β), όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για τον εαυτό τους. Ωστόσο, η στατιστική δοκιμασία X^2 , που εφαρμόστηκε για τον έλεγχο της συσχέτισης της μεταβλητής «συμβουλή» με την μεταβλητή «θεραπεία 1», δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.75, p> 0.1$) (Πίνακας 16). Αντίθετα, η θεραπεία Β ήταν η λιγότερο συχνή επιλογή ανεξαρτήτως της προτιμώμενης συμβουλής (8/18 για την συμβουλή Α και 8/22 για την συμβουλή Β), όταν οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν για οικείο πρόσωπο. Η στατιστική δοκιμασία X^2 για τον έλεγχο της συσχέτισης της μεταβλητής «συμβουλή» με την μεταβλητή

«θεραπεία 2», επίσης δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($X^2= 0.27$, $p> 0.1$) (Πίνακας 17).

«Θεραπεία 1»			
«Συμβουλή»	Θεραπεία B	Θεραπεία A	<u>Σύνολο</u>
A	13	5	18
B	13	9	22
<u>Σύνολο</u>	26	14	40

Πίνακας 16: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «συμβουλή».

«Θεραπεία 2»			
«Συμβουλή»	Θεραπεία B	Θεραπεία A	<u>Σύνολο</u>
A	8	10	18
B	8	14	22
<u>Σύνολο</u>	16	24	40

Πίνακας 17: Συσχέτιση των μεταβλητών «θεραπεία 2» και «συμβουλή».

6.5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επικράτηση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην ιατρική σκέψη οδήγησε στην ανάπτυξη μοντέλων αλληλεπίδρασης ιατρού – ασθενούς, όπου ο ασθενής συμμετέχει σε άλλοτε άλλο βαθμό στην απόφαση σχετικά με την θεραπεία, όπως το ενημερωτικό ('informative') ή το μοντέλο από κοινού λήψης αποφάσεων ('shared decision-making'). Η ευρύτερη διάδοση και βαθμιαία καθιέρωση του τελευταίου μοντέλου οφείλεται επίσης στο γεγονός, ότι οι πρόοδοι της ιατρικής και τα σύγχρονα τεχνολογικά επιτεύγματα έχουν πλέον επιτρέψει την αντιμετώπιση των περισσότερων ασθενειών με διαφορετικές θεραπείες, ποικίλου ηλικιακού κόστους – ωφελείας για τον ασθενή.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του μοντέλου της από κοινού λήψης αποφάσεων, οι Kaplan και Frosch επισήμαναν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των επιδράσεων του μοντέλου στην εκάστοτε θεραπευτική έκβαση, υποστηρίζοντας ότι η διασαφήνιση των σχετιζόμενων τόσο με τον ασθενή όσο και με τον θεράποντα ιατρό παραγόντων, που υπεισέρχονται στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση θα επιτρέψει την πληρέστερη κατανόηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία απειλητικών για την ζωή ασθενειών [44].

Παρόμοια, ο γνωσιακός ψυχολόγος Yates υποστήριξε, ότι βασικός στόχος της μελέτης της λήψης αποφάσεων πρέπει να είναι η κατανόηση του τρόπου, με τον οποίο οι άνθρωποι οδηγούνται σε μια απόφαση, προκειμένου να επιτευχθεί η ενίσχυση της σχετικής συμπεριφοράς ('decision-making behavior') και η βελτίωση της ποιότητας των αποφάσεων [1]. Έτσι, η σχετική έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στην επαύξηση και διεύρυνση των υφιστάμενων γνώσεων σχετικά με την συμπεριφορά του ασθενούς και τα κίνητρα, που την διέπουν, ώστε να ενισχυθούν τα

ήδη υπάρχοντα μοντέλα λήψης αποφάσεων. Αυτό θα συμβάλει στην συνέχεια στην ανάπτυξη των κατάλληλων παρεμβάσεων, που θα «βελτιστοποιήσουν» το αποτέλεσμα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, «μεγιστοποιώντας» το όφελος του ασθενούς [1].

Με βάση τα παραπάνω συμπεραίνεται, ότι δεν έχουν ακόμη διασαφηνισθεί πλήρως οι επιδράσεις της συμμετοχής των ασθενών στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, δηλαδή εάν κατά πόσον είναι καλύτερο για τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στην απόφαση για την θεραπεία του. Επίσης, δεν έχει ακόμη κατανοηθεί πλήρως, πώς ο ασθενής οδηγείται τελικά στην απόφαση σχετικά με την θεραπεία, δηλαδή ποιοί είναι οι σχετιζόμενοι με τον ασθενή – και όχι με τον θεράποντα ιατρό ή τους φορείς υγείας – παράγοντες, που εμπλέκονται στην διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία.

Η διερεύνηση των παραγόντων, που διέπουν την συμπεριφορά των ασθενών κατά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, αποτέλεσε τον σκοπό της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, στόχος της ήταν να μελετήσει την συσχέτιση της επιλογής μεταξύ δύο θεραπειών διαφορετικής επικινδυνότητας (= απόφαση σχετικά με την θεραπεία) με συγκεκριμένες «παραμέτρους» του ασθενούς, όπως ο ρόλος του στην απόφαση (= απόφαση ως ασθενής ή οικείο πρόσωπο), το φύλο και η ηλικία του, η προηγούμενη εμπειρία του με απειλητικές για την ζωή ασθένειες (προσωπική ή ως οικείο πρόσωπο) και συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητάς του, που συνιστούν «δείκτες» της στάσης του απέναντι στην επικινδυνότητα (αναζήτηση ή αποφυγή της).

Η συγκεκριμένη μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες έγινε παρουσία του ερευνητή, ώστε να

απαντηθούν τυχόν απορίες. Επιπλέον, το δείγμα της μελέτης επιλέχθηκε τυχαία από το εν ενεργεία προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας, δηλαδή όλοι οι συμμετέχοντες ήταν συγκρίσιμοι μεταξύ τους ως προς το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Η επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία έχει συσχετισθεί με την σοβαρότητα της ασθένειας και την ενδεχόμενη έκβαση. Στην σχετική βιβλιογραφία μεγαλύτερη επιθυμία συμμετοχής έχει καταγραφεί σε ασθενείς, με δυνητικά θανατηφόρες ασθένειες (ενδεχόμενη έκβαση: θνητότητα) ή ασθένειες, που επηρεάζουν ουσιαστικά την ποιότητα ζωής (ενδεχόμενη έκβαση: νοσηρότητα ή έκπτωση της ποιότητας ζωής) [18, 19]. Για τον λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη, προκειμένου να αυξηθεί το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων και η ανταπόκρισή τους, επιλέχθηκε το ακραίο σενάριο μιας απειλητικής για την ζωή ασθένεια.

Παρόμοια, προκειμένου να κινητοποιηθούν περισσότερο, οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν το δίλημμα της επιλογής μεταξύ δύο θεραπειών, που διέφεραν ως προς την επικινδυνότητα και την παράταση της επιβίωσης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν μεταξύ: α) μιας επιθετικής θεραπείας με μεγάλη επικινδυνότητα (θνητότητα ή/και νοσηρότητα), αποτελεσματικότερης στην παράταση της επιβίωσης και β) μιας συντηρητικής θεραπείας με μικρή επικινδυνότητα, λιγότερο αποτελεσματικής στην παράταση της επιβίωσης.

Είναι γνωστό ότι κάθε θεραπεία, συντηρητικότερη ή επιθετικότερη, επηρεάζει σε άλλοτε άλλο βαθμό την ποιότητα ζωής του ασθενούς, ανεξαρτήτως του προβλεπόμενου χρόνου επιβίωσης σε κάθε περίπτωση. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί, ότι η αναμενόμενη ποιότητα ζωής μετά την θεραπεία αποτελεί μείζον κριτήριο στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, ενίοτε σημαντικότερο και από τον χρόνο επιβίωσης του ασθενούς [18, 36, 37]. Έτσι, για λόγους απλούστευσης της διαδικασίας

επιλογής διευκρινίσθηκε στην παρούσα μελέτη, ότι οι δύο εναλλακτικές θεραπείες διαφοροποιούνται μόνο ως προς άμεση (αμέσως μετά την εφαρμογή) θνητότητα και την μακροπρόθεσμη επιβίωση του ασθενούς, χωρίς να δίνεται καμία πληροφορία σχετικά με την επίπτωση κάθε θεραπείας στην ποιότητα ζωής του.

Όπως αναφέρθηκε, στόχος της μελέτης ήταν να ελέγξει την συσχέτιση της απόφασης για την επικινδυνότητα της θεραπείας με τον ρόλο του ατόμου, δηλαδή εάν η επιλογή θεραπείας διαφοροποιείται ανάλογα με το εάν το άτομο αποφασίζει ως ασθενής ή οικείο πρόσωπο. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η πιο επικίνδυνη θεραπεία ήταν συχνότερη επιλογή, όταν το άτομο διατηρούσε τον ρόλο του ασθενούς και όχι του οικείου προσώπου και μάλιστα διαπιστώθηκε ότι η συσχέτιση μεταξύ της επικινδυνότητας της θεραπείας και του ρόλου του ατόμου, που αποφασίζει ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$).

Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Cairns και Van der Pol, που εξέτασαν τις προτιμήσεις σχετικά με τον χρονικό ορίζοντα της υγείας, ζητώντας από τους συμμετέχοντες να ορίσουν την μέγιστη διάρκεια της απώτερης μελλοντικής ασθένειας, που ήταν διατεθειμένοι να δεχθούν, ώστε να μεταθέσουν την έναρξή της για δεδομένο χρονικό διάστημα [28]. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν, οι μισοί σαν να επρόκειτο για την δική τους υγεία και οι άλλοι μισοί για λογαριασμό άλλων. Στην μελέτη αυτή δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων, δηλαδή δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση της επιλογής σχετικά με την μελλοντική κατάσταση της υγείας με τον ρόλο του συμμετέχοντα (ασθενής ή άλλο πρόσωπο) [28].

Παρά τις ομοιότητες στην μεθοδολογία η δική μας διαφοροποιείται από την εν λόγω μελέτη, καθώς οι συμμετέχοντες έπρεπε να αποφασίσουν σχετικά όχι με μια μελλοντική κατάσταση της υγείας τους αλλά με την θεραπεία μιας ήδη υφιστάμενης

και μάλιστα απειλητικής για την ζωή ασθένειας. Επιπλέον, στην εν λόγω μελέτη δεν διευκρινιζόταν εάν ο «άλλος», για λογαριασμό του οποίου έπρεπε να αποφασίσουν οι μισοί συμμετέχοντες, ήταν οικείο πρόσωπο ή κάποιος άγνωστος. Τέλος, η εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας είναι – τουλάχιστον θεωρητικά – μεγαλύτερες [45], δεδομένου ότι καθένας από τους συμμετέχοντες αποφάσισε δύο φορές, διατηρώντας την μία φορά τον ρόλο του ασθενούς και την άλλη τον ρόλο του οικείου.

Ακόμη, στην παρούσα μελέτη ελέγχθηκε η επίδραση του φύλου και της ηλικίας των συμμετεχόντων στην απόφαση σχετικά με την επικινδυνότητα της θεραπείας, χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση της επιλογής θεραπείας με κάποια από τις δύο παραμέτρους.

Όσον αφορά την παράμετρο φύλο, αν και πιθανολογείται η επίδραση της στην λήψη αποφάσεων γενικότερα, αυτή δεν έχει τεκμηριωθεί βιβλιογραφικά, τουλάχιστον σχετικά με θέματα υγείας. Αντίθετα, η ηλικία έχει συσχετισθεί με την επιθυμία του ασθενούς να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία – η επιθυμία συμμετοχής έχει καταγραφεί συχνότερα σε νεαρές ηλικίες [14 – 16] – ενώ αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει την επίδραση της ηλικίας στην επιλογή θεραπειών διαφορετικής επικινδυνότητας για την αντιμετώπιση απειλητικών για την ζωή ασθενειών, όπως ο καρκίνος του μαστού [30, 31].

Η διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων μας από τα παραπάνω είναι δυνατόν να αποδοθεί – τουλάχιστον εν μέρει – στο γεγονός, ότι το δείγμα της μελέτης περιέλαβε μόνο νέα και μέσης ηλικίας άτομα. Καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν από το εν ενεργεία προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας, οι ηλικίες τους κυμαίνονταν μεταξύ 25 και 55 ετών, δηλαδή στο δείγμα μας δεν περιλήφθηκαν καθόλου ακραίες ηλικιακές ομάδες (κάτω των 25 και άνω των 65 ετών), με

αποτέλεσμα ενδεχόμενη «απώλεια» συσχετίσεων, που θα αποκαλύπτονταν σε περίπτωση ένταξης στην μελέτη ατόμων μικρότερης και μεγαλύτερης ηλικίας.

Όσον αφορά την επίδραση της προηγούμενης εμπειρίας του ατόμου με απειλητικές για την ζωή ασθένειες, είτε προσωπική είτε ως οικείο πρόσωπο, στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία, η παρούσα μελέτη δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, ανεξαρτήτως του ρόλου των συμμετεχόντων (= ασθενής ή οικείο πρόσωπο). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με βιβλιογραφικά δεδομένα, που έχουν συσχετίσει την προηγούμενη εμπειρία, όχι μόνο με την επιθυμία συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία [14] αλλά και με την επιλογή θεραπείας μεγαλύτερης επικινδυνότητας για την αντιμετώπιση απειλητικών για την ζωή ασθενειών, όπως ο καρκίνος [30, 33].

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας διαφοροποιείται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, όταν το άτομο αποφασίζει ως ασθενής, ανάλογα με την στάση του απέναντι στην επικινδυνότητα (αναζήτηση ή αποφυγή της). Ως δείκτης αυτής της παραμέτρου της προσωπικότητας χρησιμοποιήθηκε καταρχάς η προτίμηση του Παιχνιδιού Β (= αναζήτηση επικινδυνότητας) ή του Παιχνιδιού Α (= αποφυγή επικινδυνότητας). Η μεθοδολογία αυτή χρησιμοποιήθηκε επίσης από άλλους ερευνητές με αποτελέσματα ανάλογα με τα δικά μας [25]. Ωστόσο, τα αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση της θεώρησης του μέλλοντος (αισιόδοξη, απαισιόδοξη ή ρεαλιστική) στην απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, αν και η συγκεκριμένη παράμετρος χρησιμοποιήθηκε ως ένας ακόμη δείκτης της στάσης απέναντι στην επικινδυνότητα – οι αναζητούντες την επικινδυνότητα τείνουν να είναι αισιόδοξοι ενώ οι αποφεύγοντες απαισιόδοξοι, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο. Παρόμοια, η μελέτη της προτίμησης των συμμετεχόντων για κάποια από τις προτεινόμενες από

τους Loewenstein και Prelec [26] ακολουθίες εκβάσεων ως πρόσθετου δείκτη της θεώρησης του μέλλοντος και κατ'επέκταση της στάσης απέναντι στην επικινδυνότητα, δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με την απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι δυνατόν να αποδοθούν αφενός στο μέγεθος του δείγματος και αφετέρου στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (= συγκεκριμένο μορφωτικό επίπεδο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, ψυχολογικό προφίλ, επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης).

Ένας από τους περιορισμούς της μελέτης είναι το σχετικά πεπερασμένο μέγεθος δείγματος. Αν και η αξιολόγηση μεγαλύτερου αριθμού ατόμων θα απέδιδε δυνητικά αποτελέσματα με μεγαλύτερη στατιστική ισχύ ή και θα καταδείκνυε επιπρόσθετες στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την απόφαση θεραπείας, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ανεπαρκές το μέγεθος του αξιολογηθέντος δείγματος. Άλλωστε, ακόμη και στο συγκεκριμένο σχετικά πεπερασμένου μεγέθους δείγμα καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Άλλος δυνητικός περιορισμός της μελέτης αποτελεί η προέλευση του δείγματος: όπως αναφέρθηκε, το εν λόγω δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού ενώ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του (μορφωτικό επίπεδο κλπ) είναι δυνατόν να επηρέασαν τα αποτελέσματα της μελέτης. Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης είναι ενδεικτικά και δεν μπορούν να γενικευθούν στον γενικό πληθυσμό παρά μόνο με επιφύλαξη.

Επιπρόσθετος πιθανός περιορισμός είναι η χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων για την διεκπεραίωση της μελέτης. Η συλλογή δεδομένων μέσω προσωπικής συνέντευξης είναι εξίσου πιθανό να αύξανε την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων ή να την μείωνε εξαιτίας ενδεχόμενης εμπλοκής του ερευνητή ή

μείωσης της ελευθερίας έκφρασης των συμμετεχόντων λόγω άμεσης επαφής μαζί του. Ωστόσο, η χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων αποτελεί πάγια τακτική για την διενέργεια μελετών παρόμοιων σχεδιασμού και σκοπού με την δική μας. Επιπλέον, στην συγκεκριμένη μελέτη προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, α) πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δόθηκε στους συμμετέχοντες χρόνος για την ανάγνωση των σχετικών οδηγιών, που αναλύθηκαν και επεξηγήθηκαν στην συνέχεια από τον ερευνητή, β) οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να διατυπώσουν πιθανές απορίες στην διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, στις οποίες δόθηκαν απλές και κατανοητές απαντήσεις και γ) δεν ετέθη κανένας χρονικός περιορισμός στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ακόμη, για αύξηση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων της μεθοδολογίας, που εφαρμόστηκε από τους Mazur και Hickam [27], χρησιμοποιήθηκαν συνολικά εννέα διαγράμματα με καμπύλες επιβίωσης, που αξιολογήθηκαν από κάθε συμμετέχοντα δύο φορές, μία ως ασθενής και μία ως οικείο πρόσωπο [45].

Αν και η παρούσα μελέτη απέδωσε κάποια ενδεικτικά αποτελέσματα, όσον αφορά τους παράγοντες, που επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία απειλητικών για την ζωή ασθενείων, περαιτέρω διερεύνηση του θέματος μέσω προοπτικών μελετών κυρίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι απαραίτητη, ώστε να κατανοήσουμε πληρέστερα σε πραγματικό χρόνο την επίδραση των σχετιζόμενων με τον ασθενή παραγόντων, που εμπλέκονται στην αλληλεπίδραση ασθενούς, ιατρού και φορέων υγείας, με τελικό στόχο την βελτίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων προς όφελος του ασθενούς.

5.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνάγονται τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας, στην οποία πρόκειται να υποβληθεί ένας ασθενής, διαφέρει ανάλογα με το εάν το άτομο αποφασίζει για τον εαυτό του ή κάποιο οικείο του πρόσωπο. Αυτό συνάγεται από την εφαρμογή της δοκιμασίας X^2 για τον έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «θεραπεία 2», που κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα, η πιο επικίνδυνη (επιθετική) θεραπεία επιλέγεται συχνότερα, όταν το άτομο αποφασίζει ως ασθενής (26/40) ενώ η λιγότερο επικίνδυνη (συντηρητική) θεραπεία επιλέγεται συχνότερα, όταν αποφασίζει ως οικείο πρόσωπο (24/40).
- Η απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας διαφέρει, όταν το άτομο αποφασίζει ως ασθενής, ανάλογα με το εάν ως προσωπικότητα αναζητά την επικινδυνότητα (= προτιμά το Παιχνίδι Β) ή αποφεύγει την επικινδυνότητα (= προτιμά το Παιχνίδι Α). Αυτό συνάγεται από την εφαρμογή της δοκιμασίας X^2 για τον έλεγχο της συσχέτισης των μεταβλητών «θεραπεία 1» και «παιχνίδι», που κατέδειξε ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα ($p < 0.01$). Ωστόσο, η συγκεκριμένη παράμετρος της προσωπικότητας (αναζήτηση ή αποφυγή της επικινδυνότητας) δεν επηρεάζει την απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας, όταν το άτομο αποφασίζει ως οικείο πρόσωπο.
- Η απόφαση για την επικινδυνότητα της θεραπείας δεν επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, την προηγούμενη εμπειρία (προσωπική ή οικείου προσώπου) και τον τρόπο θεώρησης του μέλλοντος, ανεξαρτήτως του αν το άτομο αποφασίζει για τον εαυτό του ή οικείο πρόσωπο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Yates, J.F. (1990) Judgment and decision making. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
2. Thomas, S.A., Wearing, A.J., Bennett, M.J. (1991) Clinical decision making for nurses and health professionals. WB Saunders.
3. Tariman, J.D., Berry, D.L., Cochrane, B., Doorenbos, A., Schepp, K.G. (2012) Physician, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and models of decision making: a literature review. *Oncology Nursing Forum*, 39:E70-83.
4. McKinstry, B. (1992) Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 42:340-342.
5. Wilson, J. (1986) Patients' wants versus patients' interests. *Journal of Medical Ethics*, 12:127-132.
6. Brock, D.W., Wartman, S.A. (1990) When competent patients make irrational choices. *New England Journal of Medicine*, 322:1595-1599.
7. Emanuel, E.J., Emanuel, L.L. (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 267:2221-2226.
8. Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) *Social Science and Medicine*, 44:681-692.
9. Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1999) Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49: 651-661.
10. Gilbar, R., Gilbar, O. (2009) The medical decision-making process and the family: The case of breast cancer patients and their husbands. *Bioethics*, 23:183-192.

11. Patient participation in decision making associated with increased costs, services
JAMA Intern Med 2013. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.6048.
12. Guadagnoli, E., Ward, P. (1998) Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*, 47:329-339.
12. Sanders, A.R., van Weeghel, I., Vogelaar, M., Verheul, W., Pieters, R.H., de Wit, N.J., Bensing, J.M. (2013) Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review. *Family Practice*, 30:365-378.
14. Robinson, A., Thomson, R. (2001) Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*, 10 (Sup.1):i34-i38.
15. Ende, J., Kazis, L., Ash, A., Moskowitz, M.A. (1989) Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information seeking preferences among medical patients. *Journal General Internal Medicine*, 4:23-30.
16. Degner, L.F., Sloan, J.A. (1992) Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45:941-950.
17. Siminoff, L.A., Fetting, J.H. (1991) Factors affecting treatment decisions for a life-threatening illness: the case of medical treatment of breastcancer. *Social Science and Medicine*, 32:813-818.
18. Schubart, J.R., Levi, B.H., Dellasega, C., Whitehead, M., Green, M.J. (2014) Factors that affect decisions to receive (or not receive) life-sustaining treatment in advance care planning. *Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52:38-44.
19. Deber, R., Kraetschmer, N., Irvine, J. (1996) What role do patients wish to play in treatment decision making? *Archives of Internal Medicine*, 156:1414-1420.

20. Kahneman, D., Tversky, A. (1984) Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39:341-350.
21. Rottenstreich, Y., Hsee, C.K. (2001) Money, Kisses, and Electric Shocks: On the Affective Psychology of Risk. *Psychological Science*, 12:185-190.
22. Simonsohn, U. (2009) Direct Risk Aversion: Evidence From Risky Prospects Valued Below Their Worst Outcome. *Psychological Science*, 20:686-692.
23. Kahneman, D., Tversky, A. (1979) Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47:263-292.
24. Lopez, L.L. Between hope and fear: the psychology of risk. Από: *Advances in Experimental Social Psychology*. Τόμος 20, σελ. 255-295. 1987 Academic Press, Inc.
25. Fraenkel, L., Bogardus, S.T. Jr, Wittink, D.R. (2003) Risk-attitude and patient treatment preferences. *Lupus*, 12:370-376.
26. Loewenstein, G.F., Prelec, D. (1993) Preferences for sequences of outcomes. *Psychological Review*, 100:91-108.
27. Mazur, J.D., Hickam, D.H. (1992) Patients and physicians interpretations of graphic data displays. *Medical Decision Making*, 13:59-63.
28. Cairns, J., Van der Pol, M. (1999) Do people value their own future health differently from others future health? *Medical Decision Making*, 19:466-472.
29. Hawley, S.T., Griggs, J.J., Hamilton, A.S., Graff, J.J., Janz, N.K., Morrow, M., Jagsi, R., Salem, B., Katz, S.J. (2009) Decision involvement and receipt of mastectomy among racially and ethnically diverse breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 101:1337-1347.
30. Gumus, M., Ustaalioglu, B.O., Garip, M., Kiziltan, E., Bilici, A., Seker, M., Erkol, B., Salepci, T., Mayadagli, A., Turhal, N.S. (2010) Factors that affect patients' decision-making about mastectomy or breast conserving surgery, and the

psychological effect of this choice on breast cancer patients. *Breast Care (Basel)*, 5: 164-168.

31. Sio, T.T., Chang, K., Jayakrishnan, R., Wu, D., Politi, M., Malacarne, D., Saletnik, J., Chung, M. (2014) Patient age is related to decision-making, treatment selection, and perceived quality of life in breast cancer survivors. *World Journal Surgical Oncology*, 12:230.

32. Liu, J.J., Zhang, S., Hao, X., Xie, J., Zhao, J., Wang, J., Liu, L., Wang, P.P., Zhang, J. (2012) Breast-conserving therapy versus modified radical mastectomy: socioeconomic status determines who receives what--results from case-control study in Tianjin, China. *Cancer Epidemiology*, 36:89-93.

33. Berry, D.L., Ellis, W.J., Woods, N.F., Schwien, C., Mullen, K.H., Yang, C. (2003) Treatment decision-making by men with localized prostate cancer: the influence of personal factors. *Urologic Oncology*, 21:93-100.

34. Zafar, S.Y., Alexander, S.C., Weinfurt, K.P., Schulman, K.A., Abernethy, A.P. (2009) Decision making and quality of life in the treatment of cancer: a review. *Supportive Care in Cancer*, 17:117-127.

35. Butow, P.N., Maclean, M., Dunn, S.M., Tattersall, M.H., Boyer, M.J. (1997) The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, 8:857-863.

36. Martin, V.C., Roberto, K.A. (2006) Assessing the stability of values and health care preferences of older adults: A long-term comparison. *Journal of Gerontological Nursing* 32:23-33.

37. Sekeres, M.A., Stone, R.M., Zahrieh, D., Neuberg, D., Morrison, V., De Angelo, D.J., Galinsky, I., Lee, S.J. (2004) Decision-making and quality of life in older adults

with acute myeloid leukemia or advanced myelodysplastic syndrome. *Leukemia*, 18:809-816.

38. Kreling, B., Figueiredo, M.I., Sheppard, V.L., Mandelblatt, J.S. (2006) A qualitative study of factors affecting chemotherapy use in older women with breast cancer: barriers, promoters, and implications for intervention. *Psychooncology*, 15:1065-1076.

39. Schafer, C., Putnik, K., Dietl, B., Leiberich, P., Loew, T.H., Kolbl, O. (2006) Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey. *Supportive Care in Cancer*, 14:952-959.

40. Zhang, A.Y., Siminoff, L.A. (2003) The role of the family in treatment decision making by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30:1022-1028.

41. Bailey, C., Corner, J., Addington-Hall, J., Kumar, D., Nelson, M., Haviland, J. (2003) Treatment decisions in older patients with colorectal cancer: the role of age and multidimensional function. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 12:257-262.

42. Kutner, J.S., Vu, K.O., Prindiville, S.A., Byers, T.E. (2000) Patient age and cancer treatment decisions. Patient and physician views. *Cancer Practice*, 8:114-119.

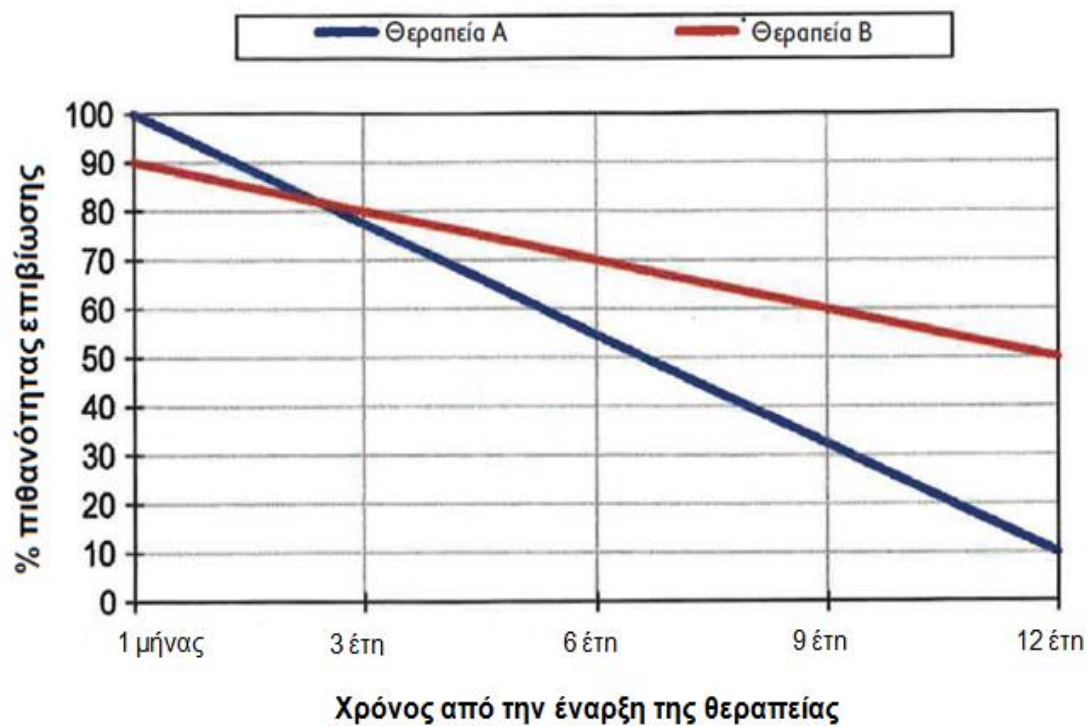
43. Kim, F.J., Werahera, P.N., Sehart, D.E., Gustafson, D., Silva, R.D., Molina, W.R. (2014) Ethnic minorities (African American and Hispanic) males prefer prostate cryoablation as aggressive treatment of localized prostate cancer. *Canadian Journal of Urology*, 21:7305-7311.

44. Kaplan, R.M., Frosch, D.L. (2005) Decision making in medicine and health care. *Annual Review Clinical Psychology*, 1:525-556.

45. Γαλάνης, Π. (2013) Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές έρευνες. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30:97-110.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Διάγραμμα 1



Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία Α είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία Β είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 2

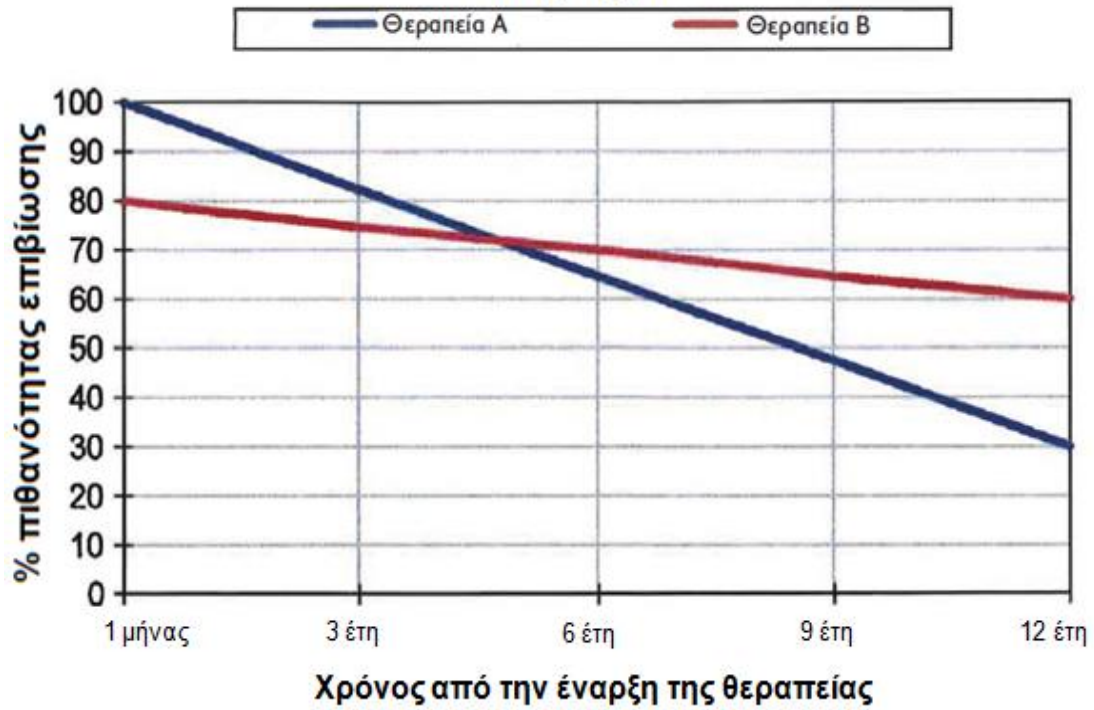


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 3

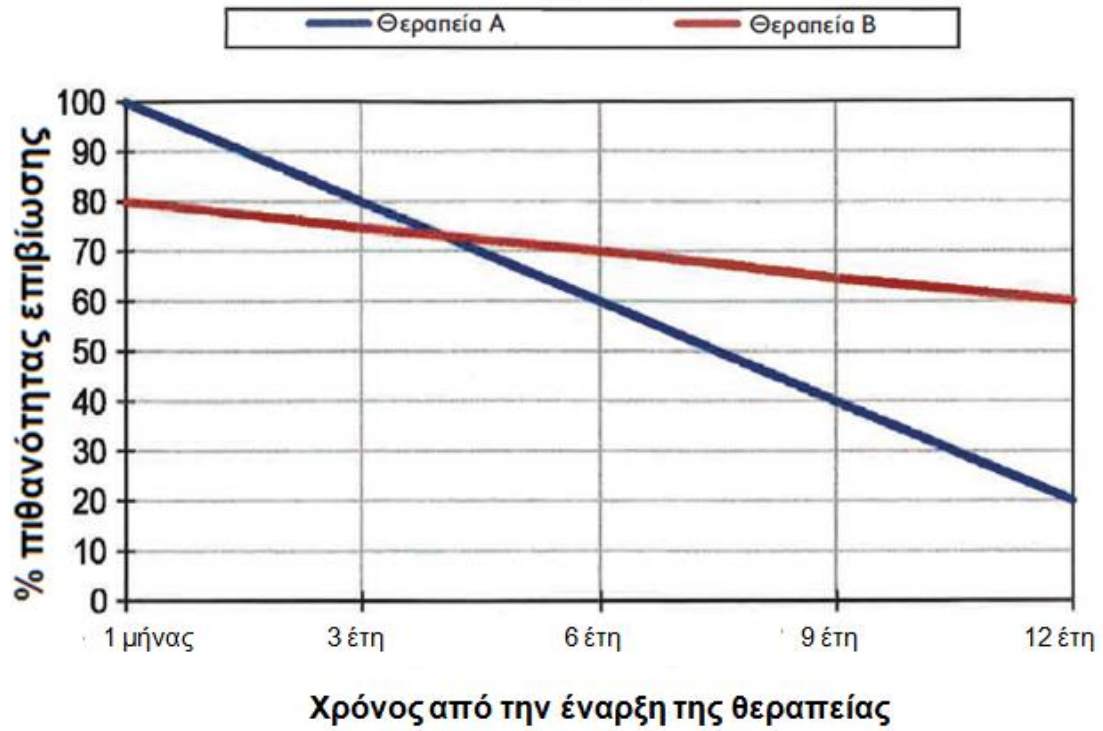


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 4

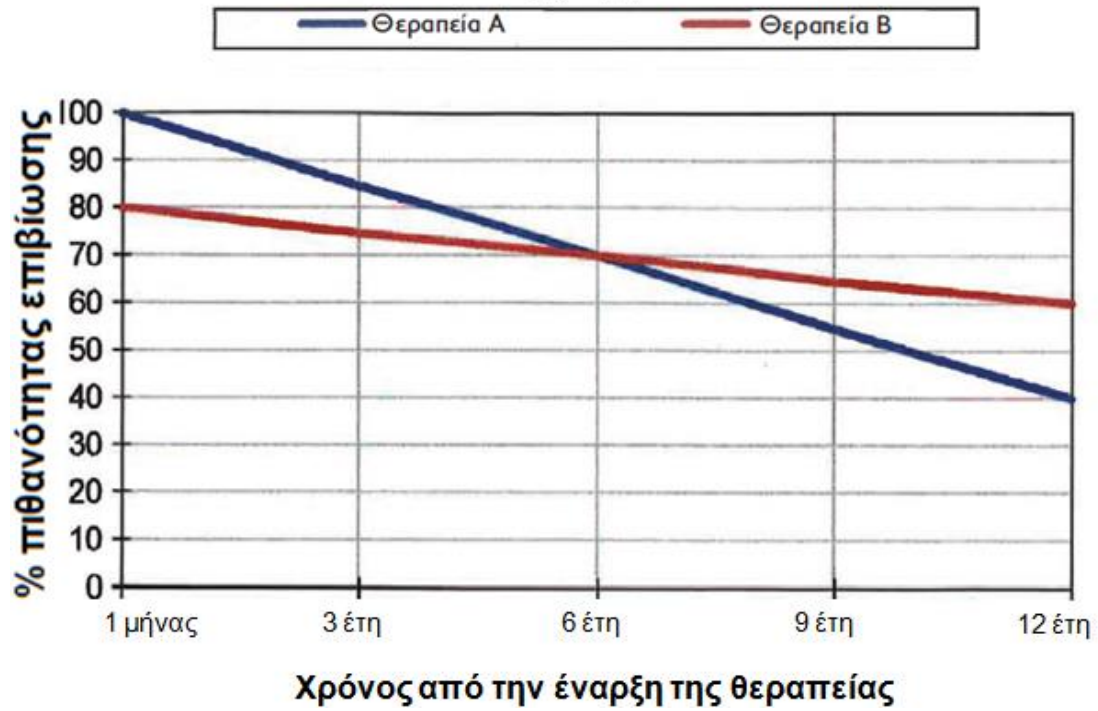


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 5

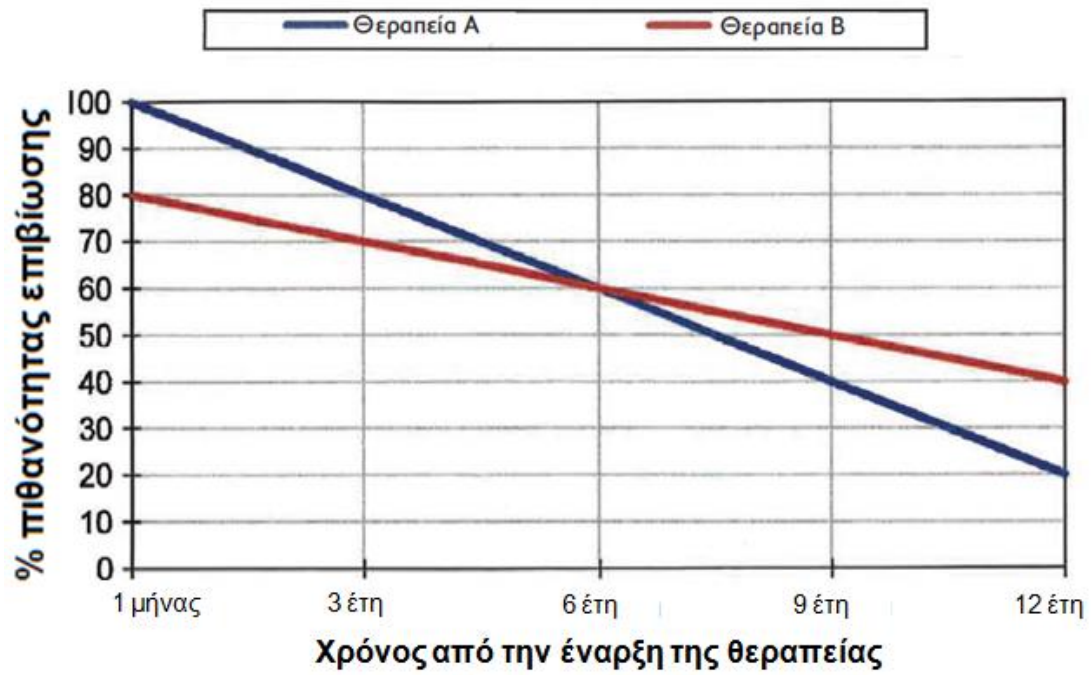


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 6

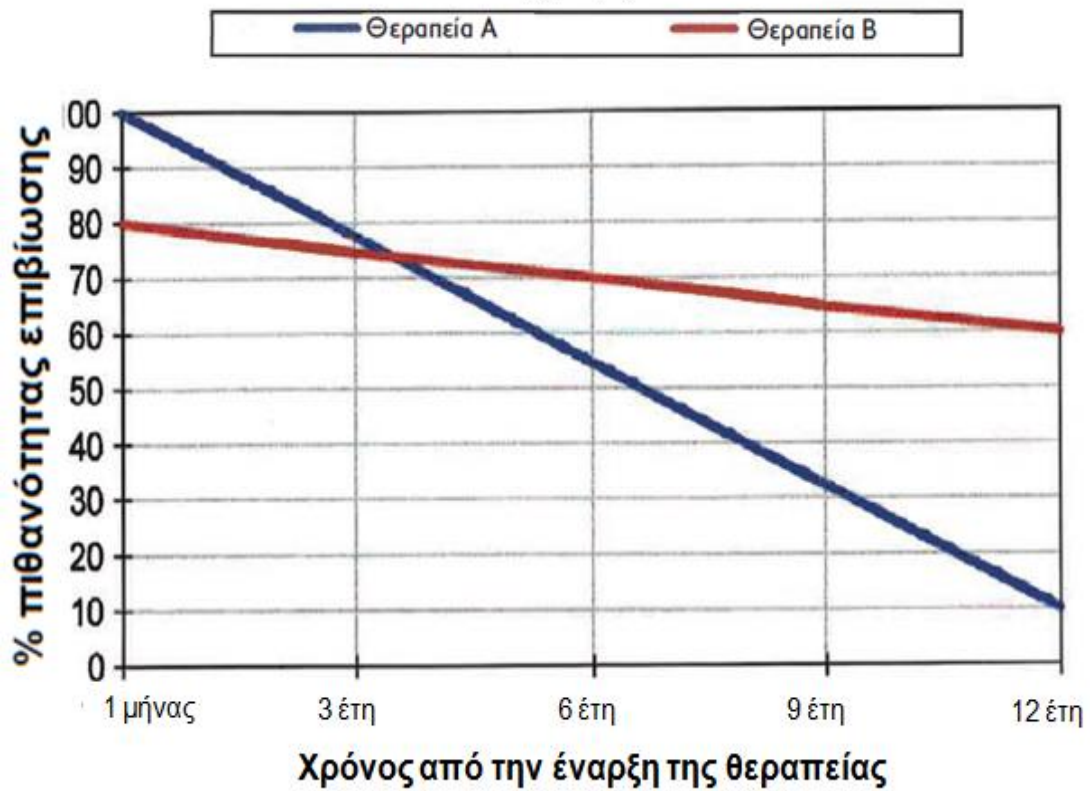


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 7

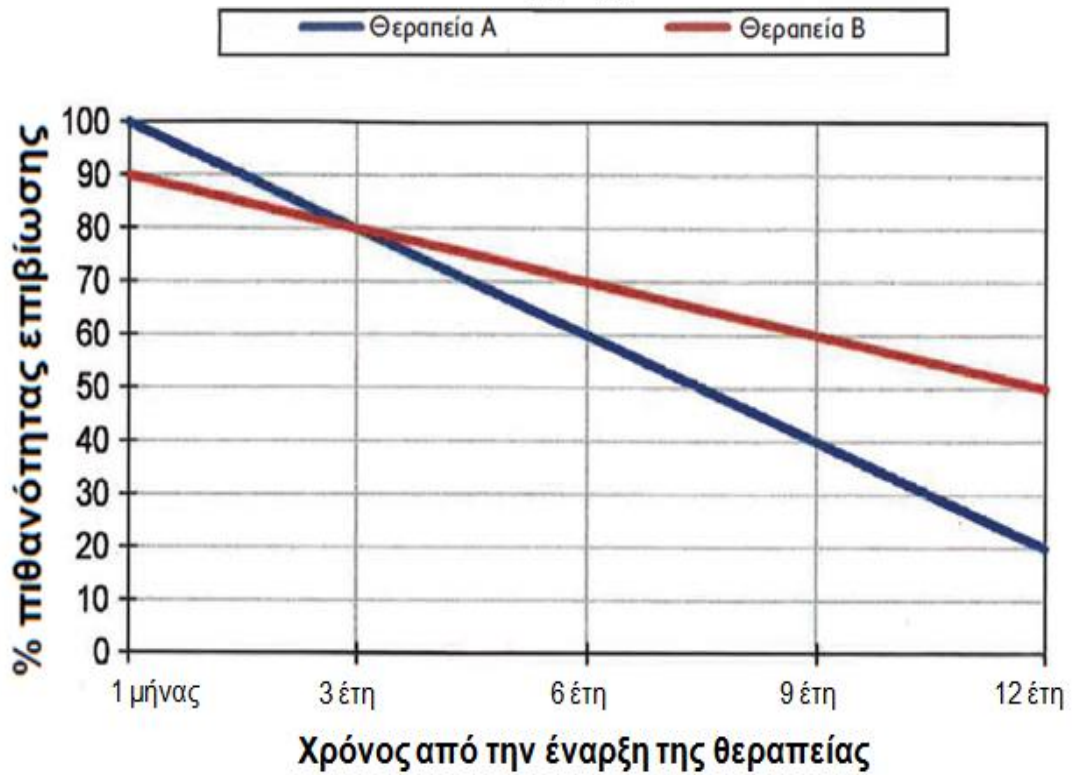


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 8

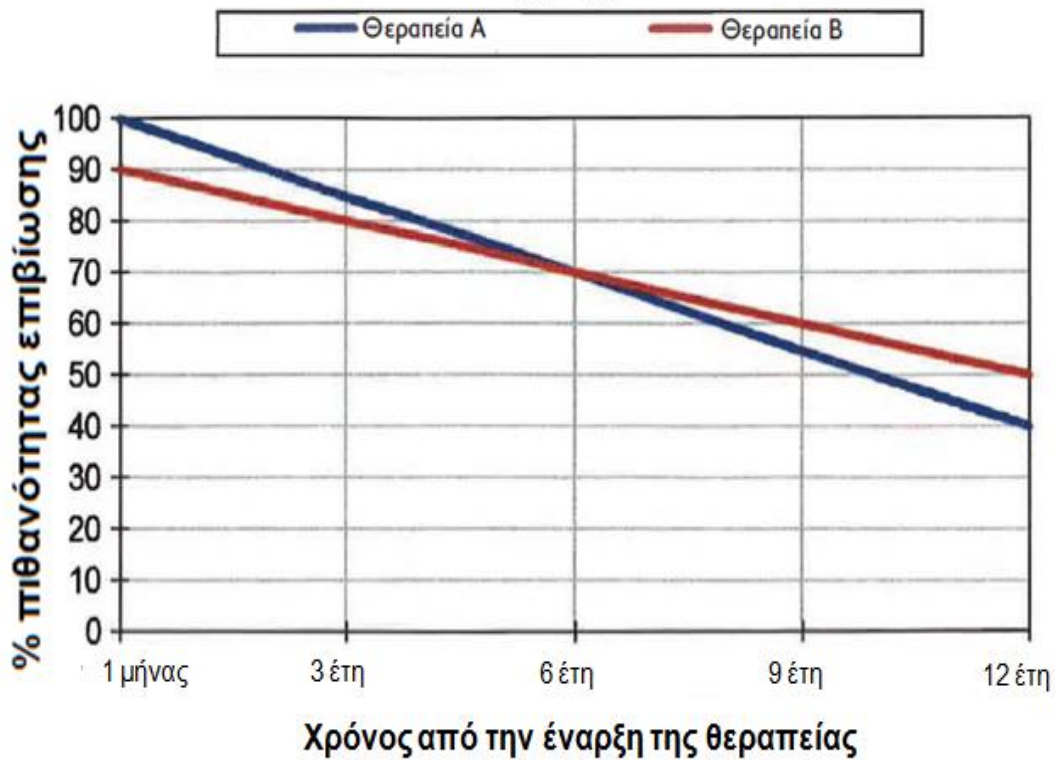


Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

Διάγραμμα 9



Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα δύο:

Η θεραπεία A είναι η καλύτερη επιλογή

Η θεραπεία B είναι η καλύτερη επιλογή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

1. Επιλέξτε φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

2. Επιλέξτε ηλικία:

μέχρι 34 ετών

από 35 μέχρι 50 ετών

πάνω από 51 έτη

3. α) Έχετε υποβληθεί ποτέ στο παρελθόν σε θεραπεία για κάποια απειλητική για την ζωή σας νόσο;

Ναι

Όχι

β) Έχει κάποιο οικείο σας πρόσωπο (άμεσος συγγενής ή στενός φίλος) υποβληθεί ποτέ στο παρελθόν σε θεραπεία για κάποια απειλητική για την ζωή του νόσο;

Ναι

Όχι

4. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει την απόδοση 2 διαφορετικών παιχνιδιών λαχειοφόρου αγοράς. Για κάθε παιχνίδι υπάρχουν 100 λαχνοί. Κάθε λαχνός κληρώνεται χωριστά και αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο χρηματικό ποσό. Τα ποσά, που κληρώνονται σε κάθε παιχνίδι, παρουσιάζονται παρακάτω. Ο αριθμός των γραμμών δίπλα σε κάθε χρηματικό ποσό αντιστοιχεί στον αριθμό των λαχμών, που κληρώνουν το συγκεκριμένο ποσό. Για παράδειγμα, στο παιχνίδι Α υπάρχουν 5 λαχνοί των 62 ευρώ ενώ στο παιχνίδι Β υπάρχουν 7 λαχνοί των 210 ευρώ.

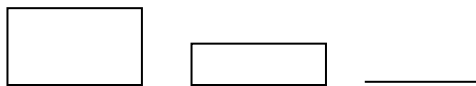
Παιχνίδι Α**Παιχνίδι Β**

Ποσό	Αριθμός λαχνών
150€	////////////////////
125€	////////////////////
112€	//////////
95€	////////
80€	//////
64€	////
50€	///
34€	///
17€	//
0€	/

Ποσό	Αριθμός λαχνών
465€	/
415€	//
370€	///
312€	////
265€	////
214€	//////
168€	////////
109€	//////////
63€	//////////
0€	//////////

Για ποιά από τα δύο παιχνίδια θα προτιμούσατε να έχετε λαχνό (Α ή Β); _____

5. Φανταστείτε ότι το πόσο ευχάριστα είναι δυνατό να περάσετε το Σαββατοκύριακό σας απεικονίζεται με ένα από το παρακάτω 3 σχήματα:



(1) (2) (3)

Το μεγάλο τετράπλευρο (1) αντιπροσωπεύει ένα πολύ ευχάριστο Σαββατοκύριακο, το μικρό τετράπλευρο (2) ένα όχι ιδιαίτερα ευχάριστο αλλά ικανοποιητικό Σαββατοκύριακο και η γραμμή (3) ένα βαρετό Σαββατοκύριακο.

Φανταστείτε ότι είναι δυνατό να καθορίσετε για το κάθε Σαββατοκύριακο πόσο ευχάριστο θα είναι. Οι παρακάτω τρεις επιλογές (Α, Β και Γ) απεικονίζουν τρεις διαφορετικές ακολουθίες για τα επόμενα 5 Σαββατοκύριακα.

ΣΚ:	1	2	3	4	5
A	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
Γ	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Ποιά από τις τρεις ακολουθίες θα προτιμούσατε (επιλέξτε Α, Β ή Γ); _____

6. Ποιά από τις παρακάτω φράσεις σας χαρακτηρίζει (κυκλώστε Α, Β ή Γ):

Όταν παίρνω μια απόφαση για το μέλλον μου,

Α) Έχω την τάση να σκέφτομαι *κυρίως* το καλύτερο, που θα μπορούσε να συμβεί.

Β) Έχω την τάση να σκέφτομαι *κυρίως* το χειρότερο, που θα μπορούσε να συμβεί.

Γ) Σκέφτομαι πολύ εξίσου και τις δύο εκδοχές (και το καλύτερο και το χειρότερο).

7. Ποιά από τις παρακάτω φράσεις σας χαρακτηρίζει (κυκλώστε Α ή Β):

Όταν καλούμαι να συμβουλευτώ κάποιον, που πρόκειται να πάρει μια απόφαση για το μέλλον του,

Α) Σκέφτομαι τί θα έκανα εγώ στην θέση του.

Β) Προσπαθώ να αγνοήσω τις δικές μου προτιμήσεις και να σκεφτώ τι θα ήταν καλύτερο για τον άλλο.

Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας στην μελέτη.

Αν επιθυμείτε να προσθέσετε κάτι σχετικά με την μελέτη, παρακαλώ σημειώστε τις παρατηρήσεις σας στο παρακάτω πλαίσιο.

--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

A/A	Θεραπ. 1	Θεραπ. 2	Φύλο	Ηλικία	Εμπειρ. 1	Εμπειρ. 2	Παιχνίδι	Ακολουθία	Απόφαση	Συμβουλή
1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
2	1	2	1	2	2	1	2	3	3	2
3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1
4	1	2	1	1	2	2	1	2	3	2
5	2	2	2	1	1	1	1	2	3	1
6	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1
7	1	2	1	1	2	1	2	3	2	2
8	1	1	1	3	1	1	2	2	2	1
9	1	2	1	3	2	1	1	3	3	1
10	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2
11	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
12	2	2	2	2	2	1	1	1	3	2
13	1	2	2	3	1	1	2	1	3	2
14	2	2	1	2	2	2	1	3	1	1
15	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2
16	2	1	1	3	2	1	2	3	3	2
17	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1
18	1	2	1	2	2	2	2	2	3	1
19	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2
20	2	2	1	2	2	2	1	3	1	1
21	1	1	1	3	1	1	2	1	3	2
22	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2
23	1	2	2	3	1	1	1	1	3	2
24	1	1	2	1	2	2	2	3	1	1
25	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
26	2	1	2	3	1	1	1	3	2	2
27	1	2	1	2	2	2	2	3	3	2
28	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
29	2	2	2	3	1	1	1	1	2	2
30	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1
31	1	2	1	3	2	1	2	1	3	2
32	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1
33	1	1	2	2	1	1	1	1	3	2
34	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2
35	1	2	1	1	2	2	2	2	3	1
36	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2
37	2	1	2	1	2	2	1	3	2	2
38	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1
39	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
40	1	1	1	1	2	2	2	1	3	1

Συγκεντρωτικός πίνακας των δεδομένων της μελέτης (όπου: θεραπ. 1 = θεραπεία 1,

θεραπ. 2 = θεραπεία 2, εμπειρ. 1 = εμπειρία 1, εμπειρ. 2 = εμπειρία 2).