

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

“ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ”

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΥΑΔΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

ΠΙΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2022

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΥΑΔΙΚΗΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

“ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ”

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΥΑΔΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ
ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

ΠΙΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2022

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πατηράκη Ελισάβετ, Καθηγήτρια Συστήματα Νοσηλευτικής Φροντίδας- Ανακουφιστικής Φροντίδας. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Πασχάλη Αντωνία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κατσαραγάκης Στυλιανός, Επίκουρος Καθηγητής Ανακουφιστικής Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. (Επιβλέπων)

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ο/Η υποφαινόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια συνίσταται παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

Πίτης Αθανάσιος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή την εργασία την αφιερώνω στους αγαπημένους μου καθηγητές κυρία Πατηράκη Ελισάβετ και κύριο Κατσαραγάκη Στυλιανό που με στηρίξανε καθόλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου προγράμματος και με μύησαν στις αρχές της Ανακουφιστικής Φροντίδας και της Ογκολογικής Νοσηλευτικής. Παράλληλα θα ήθελα να την αφιερώσω στους αγαπημένους μου γονείς, οι οποίοι είναι δίπλα μου και με στηρίζουν σε κάθε βήμα μου.

Σας ευχαριστω όλους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Δυαδική Αντιμετώπιση	16
1.1 Πρότυπα Δυαδικής Αντιμετώπισης	16
1.1.1 Πρότυπο της Συμφωνίας	16
1.1.2 Πρότυπο Εστίασης στην Σχέση	17
1.1.3 Πρότυπο Κοινής Αντιμετώπισης	18
1.1.4 Συστημικό Πρότυπο Συναλλαγών	18
1.1.5 Σχεσιακό-Πολιτισμικό Πρότυπο Αντιμετώπισης	19
1.1.6 Αναπτυξιακό-Αναφορικό Πρότυπο	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Παρεμβάσεις Δυαδικής Αντιμετώπισης	22
2.1 Προκλήσεις στην Σχέση και την Φροντίδα στην Πορεία της Νοσου	22
2.2 Η Σπουδαιότητα των Παρεμβάσεων Δυαδικής Αντιμετώπισης	23
2.3 Οικειότητα και Σεξουαλική Σχέση στον Καρκίνο	24
2.4 Περιεχόμενο Παρεμβάσεων Δυαδικής Αντιμετώπισης	25
2.5 Μέθοδοι Εφαρμογής	26
2.6 Αποτελεσματικότητα και Περιορισμοί	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Σκοπός, Υλικό και Μέθοδος	29
3.1. Σκοπός	29
3.2 Υλικό και Μέθοδος	29

3.3 Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού	30
3.3.1 Κριτήρια Επιλογής	30
3.3.2 Κριτήρια Αποκλεισμού	30
3.4 Αξιολόγηση και Ποιότητα Ερευνητικών Άρθρων	31
3.5 Διάγραμμα Ροής	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Αποτελέσματα	33
4.1 Χαρακτηριστικά Μελετών	33
4.1.1 Τύπος Μελέτης	33
4.1.2 Χώρα Διεξαγωγής	33
4.2 Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων	33
4.2.1 Σύντροφοι και Φροντιστές	33
4.2.2 Τύπος Ογκολογικών Νοσημάτων	34
4.2.3 Στάδιο Νόσου	34
4.2.4 Θεραπείες	35
4.3 Σκοποί, Εκβάσεις και Εργαλεία	35
4.3.1 Κύριοι Σκοποί Μελετών	35
4.3.2 Εκβάσεις Παρεμβάσεων	36
4.3.3 Εργαλεία και Αξιολόγηση Εκβάσεων	36
4.4 Τύπος Παρέμβασης	40
4.5 Αποτελέσματα Παρεμβάσεων	41
4.6 Περιορισμοί Μελετών	44
ΠΙΝΑΚΕΣ	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° Συζήτηση	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° Συμπεράσματα	69
Περίληψη	71
ABSTRACT	74

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος δεν είναι απλώς μία οργανική νόσος αλλά αντιθέτως μια ασθένεια που επηρεάζει το σύνολο των συστημάτων του οργανισμού και πρέπει να προσεγγίζεται με σφαιρικό και ολιστικό τρόπο. Είναι επομένως αναγκαίο τόσο η ιατρική όσο και η νοσηλευτική παρακολούθηση να εμπλουτιστεί με μια προσέγγιση που να επιτρέπει στον ασθενή να κατανοήσει τη σημασία της ασθένειας που βιώνει και την επίδραση αυτής στον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και τους σημαντικούς άλλους. Ο καρκίνος πλέον θεωρείται νόσος που επηρεάζει την ψυχική ευεξία και την ποιότητα ζωής τόσο των ανθρώπων που νοσούν και βιώνουν τον καρκίνο αλλά και των μελών της οικογένειας και κυρίως των συντρόφων τους. Η επικοινωνία, η σεξουαλικότητα και η οικειότητα κατέχουν σημαντικό ρόλο, για την ψυχική ευεξία, την ποιότητα ζωής και την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού, παρόλα αυτά πλήττονται σημαντικά από την καθημερινή πάλη του ζευγαριού με τον καρκίνο. Ως εργαζόμενος σε ογκολογική κλινική ημερήσιας νοσηλείας, έχω γνωρίσει και συναναστραφεί αρκετούς ασθενείς, οι οποίοι μου εκμυστηρεύτηκαν ότι έχουν προκύψει προβλήματα με την σεξουαλικότητα τους και η επικοινωνία και σχέση με τους συντρόφους τους πλήττεται από τη καθημερινή τριβή με τη νόσο, με αποτέλεσμα να αλλοιώνεται η ποιότητα της σχέσης τους. Σε βάθος χρόνου έχουν μελετηθεί παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του αρρώστου και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση πληθώρας παραγόντων που τον επηρεάζουν, παρόλα αυτά, συχνότερα, εφαρμοζόταν μόνο στον άρρωστο και όχι και στους συντρόφους ή τους σημαντικούς άλλους. Τα τελευταία χρόνια διερευνάται όλο και περισσότερο η δυαδική προσέγγιση και εφαρμόζονται παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης, οι οποίες τοποθετούν το ζευγάρι στο κέντρο της παρέμβασης και στοχεύουν στην από κοινού αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από τον καρκίνο και πλήττουν τόσο τον άρρωστο όσο και το σύντροφο. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης, σε ζευγάρια που τουλάχιστον ο ένας σύντροφος βιώνει τον καρκίνο. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί εάν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, εάν εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από παρεμβάσεις που στοχεύουν μόνο στον ασθενή ή το σύντροφο και εάν μπορούν να εφαρμοστούν στο πεδίο. Η συγκεκριμένη εργασία αποτελείται από δύο μέρη το γενικό και το ειδικό. Το γενικό μέρος αποτελείται από δύο κεφάλαια, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη δυαδική αντιμετώπιση και στα διάφορα πρότυπα που έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτήν σε βάθος χρόνου. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται γενικά στις παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης και τις μεθόδους που μπορούν να εφαρμοστούν. Το ειδικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια, το

πρώτο αναφέρεται στο σκοπό της ανασκόπησης και στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, αναφέρονται οι λέξεις κλειδιά, τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού και το διάγραμμα ροής. Στο δεύτερο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, ομαδοποιημένα και οι πίνακες αποτελεσμάτων. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στη συζήτηση όπου συγκρίνονται τα αποτελέσματα των μελετών και περιγράφονται περιορισμοί των παρεμβάσεων αλλά και της παρούσας ανασκόπησης και στο τελευταίο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μία νόσος που επηρεάζει πολλαπλές πτυχές του ανθρώπου, όπως είναι η ψυχική ευεξία και η ποιότητα ζωής, τόσο των ίδιων των αρρώστων, που βιώνουν την νόσο, όσο και των μελών της οικογένειάς τους, με σημαντικότερο τον σύντροφο τους. (Hodges, Humphris & Macfarlane, 2005). Η οικειότητα και η σεξουαλικότητα είναι βασικά χαρακτηριστικά για την ποιότητα ζωής και ψυχική ευεξία των ανθρώπων (World Health Organisation, 1995). Οι ογκολογικοί ασθενείς, βιώνουν σημαντικές ανεκπλήρωτες ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές ανάγκες που το σύστημα υγείας αδυνατεί να ικανοποιήσει (Hewitt & Stoval, 2006, Moore et al., 2015).

Πληθώρα παρεμβάσεων βασισμένων σε ενδείξεις, έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να αντιμετωπίσουν την ανησυχία του αρρώστου, να βελτιώσουν συμπεριφορές υγείας και να ενισχύσουν τη θετική αντιμετώπιση και την ποιότητα ζωής τους. Στην πλειοψηφία τους οι παρεμβάσεις αυτές είχαν χαμηλή με μέτρια επίδραση (Kalter et al., 2018, Wang, Chow & Chan, 2017, Faller et al., 2013). Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν μόνο στον ασθενή, αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες που πηγάζουν από τους συντρόφους τους, οι οποίοι στις περισσότερες περιπτώσεις είναι υπεύθυνοι και βοηθούν στην διαχείριση των συμπτωμάτων, την συναισθηματική υποστήριξη και γενικότερα την στήριξη στην καθημερινή ζωή του αρρώστου (Schulz & Tomkins, 2010).

Οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης είναι πολλά υποσχόμενες όσον αφορά τον καρκίνο καθώς μπορούν να απευθυνθούν ταυτόχρονα στον άρρωστο, το σύντροφο, καθώς και να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες της μεταξύ τους σχέσης, οι οποίοι δημιουργούν εμπόδια (Badr & Krebs, 2013), για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών.

Οι επιβιώσαντες του καρκίνου είναι άνθρωποι οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, στο παρελθόν ή στο παρόν και οι οποίοι ακόμα συνεχίζουν να ζουν (Badr et al., 2019). Ο καρκίνος επιδρά τόσο στους ασθενείς – επιβιώσαντες όσο και στους φροντιστές τους και προκαλεί ανεκπλήρωτες ανάγκες σε ψυχολογικό, κοινωνικό, οργανικό αλλά και συμπεριφορικό επίπεδο, τις οποίες το σύστημα υγείας είναι δύσκολο να αντιμετωπίσει (Badr et al., 2019, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2020, Moore et al., 2015). Οι επιβιώσαντες του καρκίνου συχνά αντιμετωπίζουν σε υψηλότερα ποσοστά ψυχική ανησυχία και συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους από ότι ο γενικός πληθυσμός (Halford, Chambers & Clutton, 2010), τα οποία συχνά συνδέονται με την μη ανταπόκριση στην

θεραπεία του καρκίνου. Επιπλέον, ορισμένες φορές αντιμετωπίζουν σοβαρές παρενέργειες της θεραπείας, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στη λειτουργικότητα του ασθενούς, κίνδυνο υποτροπής αλλά και οικονομικά προβλήματα (Badr et al., 2019).

Οι φροντιστές έχουν σημαντική επίδραση στη φροντίδα του αρρώστου που βιώνει τον καρκίνο. Οι ίδιοι ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά ψυχικής δυσφορίας, υστερούν βασικών γνώσεων και ικανοτήτων στη φροντίδα υγείας, αναφέροντας παράλληλα αυξημένη ένταση και συγκρούσεις τόσο με τους ασθενείς αλλά και με την ομάδα φροντίδας (Segrin et al., 2018, Kaltenbaugh et al., 2015).

Η καλή σχέση μεταξύ ασθενούς – φροντιστή είναι σημαντική αλλά δοκιμάζεται καθημερινά στην πορεία της νόσου. Μετά τη διάγνωση η δυάδα αρχίζει να διαπραγματεύεται διαφοροποιήσεις στους ρόλους και στις ευθύνες, αντιμετωπίζει αλλαγές στα σχέδια ζωής και πραγματοποιεί μεταβολές στη διαχείριση των αναγκών του σπιτιού, της φροντίδας και των υποχρεώσεων που αφορούν στα παιδιά και την οικογένεια (Houldin, 2007). Τόσο οι ασθενείς – επιβιώσαντες όσο και οι φροντιστές αντιμετωπίζουν αισθήματα ενοχής σχετικά με συμπεριφορές που αφορούν στην καθημερινή ζωή όπως μπορεί να είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η παχυσαρκία, τα οποία μπορεί να έχουν συμβάλει στην εμφάνιση του καρκίνου (Milbury, Bard & Carmack, 2012). Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα, είναι πιθανό να επηρεάσουν τη δυαδική σχέση του ζευγαριού και να συμβάλουν στην ανησυχία που βιώνουν οι σύντροφοι (Carlson et al., 2000).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου υπάρχει έκπτωση της φυσιολογικής λειτουργίας, η οποία μπορεί να επηρεάσει τις ευθύνες του ζευγαριού στο σπίτι και να ενσωματώσει τη νόσο στην καθημερινή ρουτίνα, γεγονός που μπορεί να αποδειχθεί πολύ απαιτητικό (Kayser & Scott, 2000). Αυτό αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι μερικοί ασθενείς και φροντιστές αναφέρουν ότι η εμπειρία του καρκίνου τους έφερε πιο κοντά, ενώ άλλοι ότι αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες προσαρμογής που οδήγησαν σε συναισθήματα μειωμένης οικειότητας και έντονων συγκρούσεων (Manne & Badr, 2000). Στο πλαίσιο αυτό, πολλές δυάδες είναι πιθανό να διαχειριστούν προβλήματα επικοινωνίας τα οποία μπορεί να επηρεάσουν το συντονισμό της φροντίδας.

Οι δύο σύντροφοι είναι πιθανό να είναι διστακτικοί να συζητήσουν φόβους και ανησυχίες σε μία προσπάθεια να προστατέψουν ο ένας τον άλλον από την ανησυχία (Perndorfer et al., 2019, Langer, Brown & Syrjala, 2009). Οι φροντιστές έχουν καλές προθέσεις, ωστόσο μπορεί να μην ξέρουν πως να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους επαγγελματίες υγείας (Longacre et al., 2015) ή να προσπαθούν να στηρίξουν τον άρρωστο με τρόπους οι οποίοι τελικά είναι χειριστικοί και υπερπροστατευτικοί αντί για υποστηρικτικοί (Kuijjer et al., 2000). Η δυσπροσαρμοστική επικοινωνία (Manne & Schnoll, 2001) υπονομεύει

την αυτοφροντίδα του αρρώστου και επηρεάζει την πορεία της επιβίωσης (Litzelman et al., 2016). Επιπλέον, οι αυξημένες ευθύνες του φροντιστή σε συνδυασμό με τις παρενέργειες της θεραπείας, είναι δυνατό να επηρεάσουν τη σεξουαλική έκφραση και να αυξήσουν τις εντάσεις μεταξύ των συντρόφων (Gallo-Silver, 2011)

Κεφάλαιο 1^ο: Δυαδική Αντιμετώπιση.

Η δυαδική αντιμετώπιση (dyadic coping), σε αυστηρό ορισμό, θεωρείται η διαδικασία επικοινωνίας του άγχους, η οποία εισάγει τις διεργασίες αντιμετώπισης και των δύο συντρόφων (Bodenmann, 2005). Η ενεργοποίηση αυτού του δυαδικού φαινομένου πραγματοποιείται όταν ο ένας σύντροφος επικοινωνεί το άγχος που βιώνει στο ή στη σύντροφό του.

Η αναγνώριση των αρχικών προτύπων δυαδικής αντιμετώπισης πραγματοποιήθηκε κατά την δεκαετία του 1990. Τα πρότυπα αυτά βασίστηκαν στη θεώρηση του στρες των Lazarus & Folkman, η οποία θεωρεί το στρες ως αποτέλεσμα της αντίληψης ή/και αναγνώρισης, ότι οι απαιτήσεις μιας κατάστασης υπερβαίνουν τις προσωπικές δυνάμεις και πόρους, τα οποία κρίνονται απαραίτητα, για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων αυτών.

Τα αρχικά πρότυπα δυαδικής αντιμετώπισης ήταν το Πρότυπο της Συμφωνίας/Συνάφειας (The Congruence Model) του Revenson (1994), το Πρότυπο Εστίασης στη Σχέση (Relationship-Focused Model) των DeLongis & O'Brien (1990) και των Coyne & Smith (1991), το Πρότυπο Κοινής Αντιμετώπισης (Communal Coping Model) που αναπτύχθηκε από τους Lyons et al. (1998) και το Συστημικό Πρότυπο Συναλλαγών (Systemic Transactional Model) του Bodenmann (1995) και Bodenmann et al. (2016). Πιο πρόσφατα αναπτύχθηκαν το Σχισιακό-Πολιτισμικό Πρότυπο Αντιμετώπισης (Relational-Cultural Model) (Kayser et al., 2007; Kayser & Revenson, 2016) και το Αναπτυξιακό-Αναφορικό Πρότυπο (The developmental-contextual model) (Burg & Upchurch, 2007).

1.1 Πρότυπα Δυαδικής Αντιμετώπισης.

1.1.1 Πρότυπο της Συμφωνίας.

Κατά τη δεκαετία του 1980 μελετήθηκε από διάφορους ερευνητές η αλληλεπίδραση μεταξύ της αντιμετώπισης του κάθε συντρόφου και ο έλεγχος διαφορών και ομοιοτήτων στους τρόπους αντιμετώπισης του κάθε συντρόφου και η επίδραση τους σε ατομικό και σχεσιακό επίπεδο (Barbarin et al., 1985; Cronkite & Moos, 1984). Ο Revenson (1994) ξεπέρασε τη διερεύνηση της ομοιότητας και ανομοιότητας μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης των συντρόφων και εστίασε στη συμφωνία μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης των συντρόφων, η οποία είναι ο βαθμός με τον οποίο οι μηχανισμοί αντιμετώπισης των συντρόφων συντονίζονται και παρέχουν αμοιβαία υποστήριξη.

Ο Revenson επινόησε τον όρο αντιμετώπιση συμφωνίας (congruence coping). Ο ίδιος υποστήριξε ότι ο συντονισμός των προσπαθειών αντιμετώπισης ή η κοινή ενδυνάμωση των στρατηγικών αντιμετώπισης, μπορεί να οδηγήσει σε θετικά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα. Το πρότυπο αυτό βασίστηκε στην αλληλεπίδραση των ξεχωριστών στρατηγικών του κάθε συντρόφου, προκειμένου να αντιμετωπίσει το δικό του ατομικό στρες, και όχι σε κοινές στρατηγικές για την αντιμετώπιση κοινών στρεσογόνων παραγόντων ή στην ανταπόκριση και διεργασία του στρες που βιώνει ο άλλος σύντροφος. Είναι το μοναδικό πρότυπο που εστιάζει στη διαπροσωπική επίδραση ατομικών στρατηγικών αντιμετώπισης στη λειτουργικότητα του ζευγαριού.

1.1.2 Πρότυπο Εστίασης στην Σχέση.

Δύο ομάδες ερευνητών οι Coyne & Smith (1991) και οι DeLongis & O'Brien (1990), θεώρησαν ότι επιπλέον των ατομικών συναισθημάτων και στρατηγικών για τη διαχείριση του άγχους, ο κάθε σύντροφος ανταποκρίνεται με στρατηγικές εστιασμένες στη σχέση. Οι δύο ομάδες εστίασαν σε διαφορετικές παραμέτρους, αλλά και οι δύο διερεύνησαν τις επιλογές των συντρόφων για την αντιμετώπιση του άγχους του άλλου συντρόφου και όχι του άγχους που βιώνουν οι ίδιοι.

Αναγνωρίστηκαν τρεις μηχανισμοί αντιμετώπισης που εστιάζουν στη σχέση, η ενεργός συμμετοχή (active engagement), η προστατευτική απορρόφηση (protective buffering), και η υπερπροστασία. Στην ενεργό συμμετοχή, ο σύντροφος παρέχει υποστήριξη στον άρρωστο σύντροφο, συμπεριλαμβάνοντας τον σε συζητήσεις για το πως αισθάνεται και τι σκέφτεται, ή σε άλλα θέματα που αφορούν την ασθένεια. Θεωρείται θετική μορφή υποστήριξης και έχει θετικά αποτελέσματα. Η προστατευτική απορρόφηση αναφέρεται στις προσπάθειες του συντρόφου να αποκρύψει ή να αρνηθεί την ανησυχία του, και να δίνει προτεραιότητα στον άλλο σύντροφο, για την αποφυγή και ελαχιστοποίηση της σύγκρουσης. Ενώ μπορεί να ενεργοποιηθεί από θετική πρόθεση φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση τόσο ατομικά όσο και στο ζευγάρι. Η υπερπροστασία εντοπίζεται, όταν ο σύντροφος υποτιμά τις ικανότητες του αρρώστου και γι' αυτό παρέχει περιττή ή φροντίδα ή περιορίζει τις δραστηριότητες του συντρόφου. Έχει αρνητικές επιδράσεις τόσο ατομικά όσο και στο ζευγάρι (Coyne & Smith, 1991; Fiske, Coyne & Smith, 1991).

Οι DeLongis & O'Brien διαχώρισαν αρνητικές και θετικές στρατηγικές στο πρότυπο, αναγνωρίζοντας ως θετικές την ενσυναίσθηση, το συμβιβασμό και την παροχή φροντίδας και ως αρνητικές την απόσυρση και την επιθετικότητα. Επίσης εστίασαν στην

ενσυναισθητική ανταπόκριση ως θετική μορφή αντιμετώπισης, του προτύπου (O'Brien et al., 2009). Το πρότυπο επικεντρώνεται στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι σύντροφοι, είτε πετυχημένες είτε όχι, προκειμένου να βοηθήσουν το ή τη σύντροφο τους, να αντιμετωπίσει το άγχος που βιώνει.

1.1.3 Πρότυπο Κοινής Αντιμετώπισης.

Το 1998 δημιουργήθηκε ο όρος κοινή αντιμετώπιση, δηλαδή "όταν ένα ή παραπάνω άτομα αντιλαμβάνονται τον στρεσογόνο παράγοντα ως δικό τους πρόβλημα, δηλαδή κοινό πρόβλημα και όχι ως ατομικό, με αποτέλεσμα την έναρξη μιας συνεργατικής σχέσης αντιμετώπισης (Lyons et al., 1998).

Στην κοινή αντιμετώπιση επικρατούν τρία χαρακτηριστικά. Αρχικά θα πρέπει τουλάχιστον ο ένας από τους συντρόφους να θεωρεί ότι η κοινή αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική ή ότι κρίνεται απαραίτητη για την επίλυση της προβληματικής κατάστασης. Εν συνεχεία, στη διαδικασία αυτή, κρίνεται απαραίτητη, η επικοινωνία σχετικά με τους στρεσογόνους παράγοντες. Επομένως ο κάθε σύντροφος θα πρέπει να είναι σε θέση να μοιραστεί πληροφορίες και να αναγνωρίζει την κατάσταση. Τέλος οι σύντροφοι θα πρέπει να ανταποκρίνονται στο στρεσογόνο παράγοντα με συνεργατική δράση και να μπορούν να συνεργαστούν για την ανάπτυξη στρατηγικών, με σκοπό να αναγνωρίζουν την κατάσταση και να μειώνουν την αρνητική της επίδραση (Lyons et al., 1998).

Από μεταγενέστερες μελέτες έγινε αντιληπτό ότι το συγκεκριμένο πρότυπο εστιάζει στην επίτευξη της επικοινωνίας και της αντιμετώπισης από τους συντρόφους, κυρίως προβλημάτων/καταστάσεων σχετιζόμενων με την υγεία, τα οποία δεν αντιμετωπίζονται ατομικά αλλά ως προβλήματα του ζευγαριού με κοινή αντιμετώπιση (Rohrbaugh et al., 2012).

1.1.4 Συστημικό Πρότυπο Συναλλαγών.

Το συστημικό πρότυπο των συναλλαγών εστίασε στη διερεύνηση των διαδικασιών που ακολουθούν τα ζευγάρια για να αντιμετωπίσουν, χρόνιους μικρότερης έντασης στρεσογόνους παράγοντες ή καθημερινές δυσκολίες. Με βάση αυτό το πρότυπο, όταν οι σύντροφοι βιώνουν άγχος, ανατρέχουν σε ατομικές ή δυαδικές στρατηγικές αντιμετώπισης, και επίσης αναζητούν υποστήριξη εκτός σχέσης. Η δυαδική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται συχνότερα, αφού οι προσπάθειες ατομικής αντιμετώπισης αποτύχουν. Κάθε σύντροφος επικοινωνεί τις εμπειρίες του σχετικά με το πως αντιλαμβάνεται και βιώνει το άγχος στον

άλλο σύντροφο, τόσο με λεκτικές όσο και μη λεκτικές μεθόδους επικοινωνίας. Ο άλλος σύντροφος θα αντιληφθεί, ερμηνεύσει και αποκωδικοποιήσει τα μηνύματα αυτά, με αποτέλεσμα την ανταπόκριση στο σύντροφο, που βιώνει άγχος, με κάποια μορφή αντιμετώπισης έτσι ώστε να διατηρηθεί ή να αποκατασταθεί μία κατάσταση σταθερότητας σε επίπεδο ατομικό, ζευγαριού και σε σχέση με άλλα άτομα που συμμετέχουν στο κοινωνικό περίγυρο του ζευγαριού (Bodenmann, 1995, Bodenmann, 2005).

Το Συστημικό Πρότυπο των Συναλλαγών, θα μπορούσε να θεωρηθεί ευρύ πρότυπο καθώς περιλαμβάνει ποικίλες διαστάσεις θετικών και αρνητικών μεθόδων δυαδικής αντιμετώπισης. Οι θετικές μορφές δυαδικής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την υποστηρικτική, την ανάθεση, και την κοινή δυαδική αντιμετώπιση. Η υποστηρικτική μορφή αναφέρεται στις προσπάθειες του ενός συντρόφου, να βοηθήσει και να στηρίξει τον άλλον σύντροφο στις προσπάθειές του, μέσω στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα ή το συναίσθημα. Η μορφή ανάθεσης περιλαμβάνει τις προσπάθειες της μείωσης του άγχους του συντρόφου, με την ανάληψη μερικών ευθυνών του. Η κοινή μορφή αναφέρεται στις στρατηγικές με βάση τις οποίες και οι δύο σύντροφοι συμμετέχουν συμμετρικά ή συμπληρωματικά ο ένας στον άλλον και μπορούν να είναι είτε εστιασμένες στο πρόβλημα είτε στο συναίσθημα. Οι αρνητικές μορφές δυαδικής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την εχθρική, τη διχασμένη και την επιφανειακή. Η εχθρική μορφή χαρακτηρίζεται από αποστασιοποίηση, χλευασμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, ή την ελαχιστοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης. Η διχασμένη μορφή αναφέρεται στην παροχή υποστήριξης με απροθυμία ή την αντίληψη ότι η υποστήριξη δεν είναι απαραίτητη. Η επιφανειακή μορφή αναφέρεται σε υποτυπώδεις προσπάθειες υποστήριξης του σύντροφο που βιώνει άγχος, που δεν είναι ειλικρινείς (Bodenmann et al., 2016). Το Συστημικό πρότυπο των Συναλλαγών είναι το πρότυπο που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο στην έρευνα για τη δυαδική αντιμετώπιση (Falconier et al., 2016).

1.1.5 Σχισιακό-Πολιτισμικό Πρότυπο Αντιμετώπισης.

Το Σχισιακό-Πολιτισμικό Πρότυπο Αντιμετώπισης αναπτύχθηκε από την επέκταση του συστημικού προτύπου των συναλλαγών με την προσθήκη σχισιακών και πολιτισμικών περιεχομένων. Αυτό συνέβη με την εφαρμογή του Συστημικού Προτύπου των Συναλλαγών σε μελέτη ζευγαριών που αντιμετώπισε τον καρκίνο. Στις μελέτες αυτές, οι ερευνητές εκτός από τις στρατηγικές αντιμετώπισης, εστίασαν και στους παράγοντες που διαμορφώνουν αυτές τις συμπεριφορές (Kayser & Revenson, 2016).

Όσον αφορά τη σχεσιακή υπόσταση αναγνωρίστηκαν δύο συμπεριφορές των συντρόφων, ανάλογα με τον τρόπο που βιώνουν τον καρκίνο, δηλαδή ως ομαδικό “σαν κοινός οργανισμός” ή ατομικό στρεσογόνο παράγοντα. Οι συμπεριφορές αυτές είναι η κοινή ανταπόκριση και η αποδεσμευμένη αποφυγή. Στην κοινή ανταπόκριση το ζευγάρι αντιμετώπισε τον καρκίνο ως κοινό πρόβλημα, οι σύντροφοι επικοινωνούσαν σχετικά με το άγχος και χειρίστηκαν την κατάσταση με ένα συντονισμένο τρόπο, χρησιμοποιώντας στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα αλλά και στο συναίσθημα. Στην αποδεσμευμένη αποφυγή το ζευγάρι αντιμετώπισε τον καρκίνο ως ατομικό πρόβλημα, με αποτέλεσμα οι σύντροφοι να αποφεύγουν να συζητάνε μεταξύ τους και να εστιάζουν μόνο στα πρακτικά προβλήματα, που προκαλούσε η ασθένεια.

Τρεις παράγοντες συνεισφέρουν στην κοινή ανταπόκριση: Η αντίληψη της σχέσης, η αυθεντικότητα, και η αμοιβαιότητα. Η αντίληψη της σχέσης αναφέρεται στο πως ο κάθε σύντροφος αντιλαμβάνεται την επίδραση της νόσου στη σχέση και πως διατηρεί τη σχέση. Η αυθεντικότητα αναφέρεται στην αποκάλυψη συναισθημάτων και την αποφυγή της απόκρυψη τους. Η αμοιβαιότητα αναφέρεται στην έκφραση ενσυναίσθησης ως τρόπου κατανόησης που την βιώνει ο κάθε σύντροφος, και τη συμμετοχή σε μία κοινή εμπειρία (Kayser et al., 2007).

Όσον αφορά την πολιτισμική υπόσταση, αρχικά αναγνωρίστηκε η σημαντικότητα της κουλτούρας στη διαμόρφωση του τρόπου, με τον οποίο το ζευγάρι προσαρμόζεται σε στρεσογόνες καταστάσεις. Στη συνέχεια, όμως, αναγνωρίστηκαν τέσσερις πολιτισμικές διαστάσεις που μπορούσαν να επηρεάσουν την αντιμετώπιση, Αυτές οι διαστάσεις ήταν: τα οικογενειακά όρια, οι ρόλοι των φύλων, ο προσωπικός έλεγχος και η ανεξαρτησία. Το σημείο που επηρεάζονται τα ζευγάρια από αυτές τις διαστάσεις, επηρεάζει και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και το άγχος. Το πρότυπο αυτό εστιάζει περισσότερο στους παράγοντες που διαμορφώνουν την εκτίμηση του άγχους και τη διαδικασία αντιμετώπισης παρά το πραγματικό άγχος και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης των ζευγαριών (Kayser et al., 2007).

1.1.6 Αναπτυξιακό-Αναφορικό Πρότυπο.

Το Αναπτυξιακό–Αναφορικό Πρότυπο αναπτύχθηκε για την κατανόηση της διαδικασίας μέσω της οποίας τα ζευγάρια αντιμετωπίζουν την χρόνια νόσο. Παρόμοιο με τα τρία προηγούμενα πρότυπα, στα οποία έγινε αναφορά, τονίζει τη σημασία της εκτίμησης του άγχους, η οποία προηγείται των μηχανισμών αντιμετώπισης. Το άγχος μπορεί να χαρακτηριστεί όπως και στα προηγούμενα πρότυπα, είτε ατομικό είτε κοινό. Στο

συγκεκριμένο πρότυπο γνωστοποιείται ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι ικανές να επηρεάσουν τις διαδικασίες εκτίμησης του άγχους.

Εν αντιθέσει με τα υπόλοιπα πρότυπα, το πρότυπο αυτό δεν εστιάζει στην επικοινωνία του άγχους, αλλά στις αντιδράσεις των συντρόφων, οι οποίες μπορεί να ποικίλουν και να χαρακτηρίζονται από υπό εμπλοκή έως υπέρ εμπλοκή. Αναγνωρίστηκαν τέσσερις στρατηγικές αντιμετώπισης η αμέτοχη, υποστηρικτική, η συνεργατική και η ελεγχόμενη.

Η αμέτοχη αντιμετώπιση αναφέρεται στην αντίληψη ότι ο σύντροφος δεν παρέχει καθόλου υποστήριξη για να βοηθήσει το σύντροφο, που βιώνουν το άγχος να το αντιμετωπίσει. Η υποστηρικτική αντιμετώπιση αναφέρεται στην αντίληψη ότι ο σύντροφος παρέχει υποστήριξη είτε συναισθηματικά ή/και οργανικά. Η συνεργατική αντιμετώπιση αναφέρεται στις πράξεις των συντρόφων προκειμένου να αντιμετωπίσουν με κοινό τρόπο την στρεσογόνο κατάσταση. Η ελεγχόμενη αντιμετώπιση περιγράφει τις καταστάσεις κατά τις οποίες, ο μη αγχωμένος σύντροφος αναλαμβάνει τον έλεγχο και καθορίζει τις πράξεις του άλλου συντρόφου.

Το πρότυπο παρέχει ένα γενικό πλαίσιο, συμπεριλαμβάνοντας την εκτίμηση του άγχους, τις αρνητικές και θετικές αντιδράσεις απέναντι στον αγχωμένο σύντροφο, τις συνεργατικές προσπάθειες αντιμετώπισης των συντρόφων και τους αναπτυξιακούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την εκτίμηση του άγχους και τις διαδικασίες αντιμετώπισης (Berg & Urchurch, 2007).

Κεφάλαιο 2^ο : Παρεμβάσεις Δυαδικής Αντιμετώπισης.

2.1 Προκλήσεις στην Σχέση και την Φροντίδα στην Πορεία της Νόσου.

Ο Bodenmann το 2005, έδωσε τον ορισμό του δυαδικού άγχους αναφέροντας ότι μία στρεσογόνος κατάσταση επηρεάζει και τους δύο συντρόφους είτε άμεσα, εάν οι δύο σύντροφοι αντιμετωπίζουν τον ίδιο στρεσογόνο παράγοντα, κάθε φορά που το άγχος ξεκινά μέσα στη σχέση, ή έμμεσα όταν το άγχος του ενός συντρόφου εντάσσεται μέσα στη σχέση και επηρεάζει με αυτό τον τρόπο τους δύο σύντροφους. Ο καρκίνος αποτελεί τέτοιο δυαδικό στρεσογόνο παράγοντα καθώς εκτός από την άμεση απειλή στη ζωή του αρρώστου είναι και στρεσογόνος παράγοντας για το σύντροφό του. Ο σύντροφος ανησυχεί για την πορεία της νόσου του ασθενούς, αναλαμβάνει την φροντίδα και την υποστήριξη του και έρχεται αντιμέτωπος με σημαντικούς περιορισμούς στην κοινωνική του ζωή, καθώς καλείται να προσαρμόσει τη ζωή του με βάση τον καρκίνο που βιώνει ο άρρωστος.

Οι δυαδική αντιμετώπιση είναι μία μορφή διαχείρισης του άγχους, η οποία ορίζεται ως η προσπάθεια ενός μέλους της δυάδας να βοηθήσει στη μείωση του άγχους που αντιλαμβάνεται και βιώνει το άλλο μέλος της δυάδας και με κοινή προσπάθεια να αντιμετωπίσει το άγχος που ξεκινά και βιώνεται από τη δυάδα μέσα στη σχέση (Bodenmann,1995).

Οι φροντιστές κατέχουν σημαντική θέση στην πορεία του καρκίνου. Μετά την διάγνωση, εμπλέκονται σημαντικά στις διαδικασίες λήψης απόφασης της θεραπείας, είτε μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους στη διαδικασία ή με το να παρέχουν υποστήριξη στις αποφάσεις που λαμβάνει ο άρρωστος (Lewis et al., 1997, Shin et al., 2017). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι σύντροφοι παρέχουν τόσο συναισθηματική όσο και οργανική υποστήριξη του αρρώστου στην καθημερινότητα του (Silver et al., 2015, Shaffer et al., 2016).

Αν και είναι αρκετά σημαντικοί για τη διαδικασία της φροντίδας, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν σημαντικές και πολλαπλές δυσκολίες, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και ευεξία, τόσο τη δική τους αλλά και του αρρώστου (McCorkle & Pasacreata, 2001). Η σχέση του ζευγαριού μπορεί να παρέχει σημαντική ανατροφοδότηση, αλλά αυτές οι διαδικασίες βρίσκονται συνεχώς υπό δοκιμή και αμφισβήτηση καθόλη την πορεία της νόσου. Από την στιγμή της διάγνωσης, ο άρρωστος και ο σύντροφος του αρχίζουν να διαπραγματεύονται, αλλαγές που αφορούν τους ρόλους και τις ευθύνες, αλλαγές στα σχέδια της ζωής τους και αρχίζουν να σκέφτονται και να εφαρμόζουν αλλαγές οι οποίες αφορούν

την φροντίδα των παιδιών και του σπιτιού (Houldin, 2007). Το ζευγάρι αντιμετωπίζει επίσης αισθήματα ενοχής και αυτό-ενοχής, τα οποία σχετίζονται με συμπεριφορές του τρόπου ζωής οι οποίες είναι πιθανόν να οδήγησαν στον καρκίνο, ή διαφορετικούς ρυθμούς ετοιμότητας για την επιστροφή στη ζωή όπως ήταν πριν τη θεραπεία του καρκίνου (Silver, 2004, Milbury, Badr & Carmack, 2012). Αν δεν αντιμετωπιστούν, τέτοια θέματα είναι ικανά να επηρεάσουν τη σχέση και να συμβάλλουν στην ανησυχία και των δύο συντρόφων (Carlson et al., 2000).

2.2 Η Σπουδαιότητα των Παρεμβάσεων Δυαδικής Αντιμετώπισης.

Η εμπειρία του καρκίνου ενώ είναι σημαντικά προσωπική, δεν βιώνεται μόνο από τον ασθενή. Οι σύντροφοι είναι αυτή που συχνά παρέχουν την περισσότερη φροντίδα στο σύντροφο που βιώνει την ασθένεια, με αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή (Manne & Badr, 2008). Οι σύντροφοι καθόλη την πορεία της νόσου βιώνουν παρόμοια συναισθήματα ανησυχίας και άγχος με το σύντροφο που νοσεί από καρκίνο, καθώς και αισθήματα ανησυχίας και αβεβαιότητας από την εμπειρία τους με τον καρκίνο και του νέου τους ρόλου ως φροντιστές (Duggleby et al. 2017).

Εκτός από την ατομική, πλήττεται και οι δυαδική προσαρμογή και λειτουργικότητα του ζευγαριού (Berg & Urchurh, 2007). Σε πρόσφατή μελέτη που αφορούσε γυναίκες με καρκίνο εντοπίστηκαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την σχέση σε ασθενείς στις οποίες χρησιμοποιήθηκε ταυτόχρονα η θετική ατομική αντιμετώπιση και η δυαδική υποστηρικτική αντιμετώπιση, αρνητική ατομική και δυαδική υποστηρικτική αντιμετώπιση, θετική ατομική και κοινή αντιμετώπιση. Επιπλέον η κοινή αντιμετώπιση συσχετίστηκε σημαντικά με την συναισθηματική ευεξία και υψηλότερα επίπεδα ευεξίας εντοπίστηκαν σε ασθενείς που χρησιμοποιούσαν και τις δύο μορφές δηλαδή θετική ατομική αντιμετώπιση και κοινή αντιμετώπιση (Paschali et al., 2021). Κρίνεται επομένως αναγκαία, η παροχή διεργασιών αντιμετώπισης που στόχο έχουν την ανακούφιση του άγχους και για τους δύο συντρόφους καθώς και η εφαρμογή διαδίκων παρεμβάσεων που βασίζονται στο ζευγάρι, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του άγχους και της δυαδικής επικοινωνίας (Regan et al., 2012).

Τα τελευταία χρόνια οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης έχουν κερδίσει έδαφος στην βιβλιογραφία. Εν αντιθέσει με παρεμβάσεις που στοχεύουν σε ένα άτομο, τον ασθενή ή τον σύντροφο, οι δυαδικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενίσχυση των ικανοτήτων επικοινωνίας του ζευγαριού, παρέχουν αποτελεσματικότερη κοινωνική υποστήριξη, και μεγαλύτερη κατανόηση του καρκίνου (Badr et al., 2017). Παράλληλα μπορούν να

χρησιμοποιηθούν για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, που προκύπτουν ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και μπορούν να βοηθήσουν στην εκμάθηση ικανοτήτων αντιμετώπισης για τη μείωση του άγχους και στους δύο συντρόφους (Birnie, Garland & Carlson, 2010, Schellekens et al., 2017).

Καθώς υπάρχει αναγνώριση ότι οι σχέσεις των φροντιστών και των αρρώστων επηρεάζονται σημαντικά από την εμπειρία του καρκίνου, δίνετε περισσότερη έμφαση στις παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης. Αυτές οι παρεμβάσεις παρέχονται στους αρρώστους που βιώνουν τον καρκίνο και τους συντρόφους τους, οι οποίοι θεωρούνται ως μονάδα/ ενότητα που λαμβάνει τη φροντίδα (Badr & Krebs, 2013, Hu, Liu & Li, 2019, Regan et al., 2012, Griffin et al., 2014).

Οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης είναι σημαντικές όσον αφορά τον καρκίνο καθώς μπορούν να απευθυνθούν ταυτόχρονα και στους δύο συντρόφους και να βοηθήσουν αποτελεσματικά στη βελτίωση της επικοινωνίας, στη διαχείριση των συμπτωμάτων, στην μείωση του φορτίου του φροντιστή αλλά και στην αποκατάσταση (Badr, Bakhshaiie & Chhabria, 2019).

2.3 Οικειότητα και Σεξουαλική Σχέση στον Καρκίνο.

Ο καρκίνος θεωρείται νόσος που επηρεάζει την ψυχική ευεξία και την ποιότητα ζωής τόσο του ατόμου που έχει διαγνωστεί και βιώνει τον καρκίνο, αλλά και τους σημαντικούς άλλους και τα μέλη της οικογένειας, με κύριο επίκεντρο τους σύντροφους των ατόμων αυτών (Hodges, Humphris & Macfarlane, 2005). Η οικειότητα και η σεξουαλικότητα έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχική ευεξία και την ποιότητα ζωής (World Health Organisation, 1995). Σημαντικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο καρκίνος είναι ικανός να επηρεάσει τη σεξουαλικότητα, τη σεξουαλική λειτουργία και τις οικίες σχέσεις του ζευγαριού (Gurevich et al., 2004, Juraskova et al., 2005).

Ενώ οι εμπειρίες των συντρόφων, όσον αφορά στη σεξουαλικότητα και στην οικειότητα γύρω από τον καρκίνο, παραλείπονταν έως πρόσφατα στην έρευνα (Reichers et al., 2004), υπάρχει σημαντική αναγνώριση των ανεκπλήρωτων αναγκών του ζευγαριού στον τομέα αυτόν (De Groot et al., 2005, Perez, Skinner & Meyerowitz, 2002). Δυσκολίες που έχουν αναφερθεί είναι ο φόβος έναρξης της σεξουαλικής επαφής με το σύντροφο, που βιώνει καρκίνο, η δυσκολία επίτευξης 'κανονικότητας' μέσα στη σχέση, η μείωση της θέλησης για σεξουαλική επαφή και τα αισθήματα ότι οι σύντροφοι δεν είναι ποθητοί ο ένας

για τον άλλον και αισθάνονται μη ελκυστικοί (Harden et al., 2002, Maughan, Heyman & Matthews, 2002, Sanders et al., 2006).

Οι αλλαγές στη σεξουαλική ζωή εξαιτίας του καρκίνου έχουν επιπτώσεις πέραν της σεξουαλικής πράξης. Όταν η σεξουαλική επαφή αλλάζει, ελαττώνεται ή σταματάει εξαιτίας της νόσου, τότε μειώνονται ή πλήττονται και άλλες μορφές στοργικής επαφής (Kuyper & Wester, 1998). Αν λοιπόν οι περισσότερες, αν όχι όλες οι μορφές οικειότητας του ζευγαριού που βιώνει τον καρκίνο εξαφανιστούν, τότε το ζευγάρι αντιμετωπίζει συμπτώματα ανησυχίας, κατάθλιψης και οι σύντροφοι νιώθουν απομονωμένοι (Germino, Fife & Funk, 1995), μη επαρκείς (Anillo, 2000) ή και συναισθηματικά απόμακροι (Rolland, 1994) ο ένας από τον άλλον. Η οικειότητα είναι απαραίτητη για το ζευγάρι, καθώς βοηθά και κάνει την εμπειρία του καρκίνου πιο υποφερτή και επίσης βοηθά στη διαδικασία της θεραπείας (Schultz & Van de Wiel, 2003) και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ζευγαριού (Lemieux et al., 2004).

2.4 Περιεχόμενο Παρεμβάσεων Δυαδικής Αντιμετώπισης

Σήμερα, συχνότερα ανευρίσκονται παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης που δεν έχουν ένα σαφές θεωρητικό πλαίσιο. Μεταξύ εκείνων των παρεμβάσεων που βασίζονται σε θεωρητικό πρότυπο, μόλις τρία είναι τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα. Πρώτο, θεωρίες ατομικού άγχους και αντιμετώπισης, οι οποίες θεωρούν την κοινωνική υποστήριξη ως μορφή παροχής βελτίωσης της αντιμετώπισης (Thoits, 1986). Αυτές οι θεωρίες υποστηρίζουν ότι το άτομο-κοινωνία-και οι παράγοντες σχετιζόμενοι με την αρρώστια, επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι δέχονται και αντιμετωπίζουν τη νόσο. Δεύτερο, θεωρίες ανατροφοδότησης, οι οποίες επικεντρώνονται στο σύντροφο και στη σχέση καθώς και στους πόρους τους οποίους μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι ασθενείς, προκειμένου να βοηθηθούν και να στηριχτούν σε δύσκολα γεγονότα της ζωής τους (Lepore & Revenson, 2007). Τρίτο, δυαδικά πρότυπα που επικεντρώνονται στην κοινή επίλυση προβλημάτων, το συντονισμό καθημερινών απαιτήσεων και προβλημάτων και τη προσέγγιση του καρκίνου ομαδικά (Manne & Badr, 2008, Berg & Upchurch, 2007, Bodenmann, 1997, Heinrichs et al., 2012).

Πρόσφατες ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις, αναφέρουν ότι εκτός από τα θεωρητικά πρότυπα, που μπορεί να ακολουθούνται, οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης συχνά εφαρμόζουν ψυχοεκπαιδευτικές διαδικασίες και εκμάθηση δεξιοτήτων, όπως είναι για παράδειγμα η παροχή πληροφοριών σε σχέση με τον καρκίνο και η διαδικασία της φροντίδας, η εκμάθηση ικανοτήτων αυτό-φροντίδας και

αυτοδιαχείρισης, η εκπαίδευση των φροντιστών, η εκμάθηση δεξιοτήτων ενδυνάμωσης της σχέσης και της επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων καθώς και στρατηγικών δυαδικής αντιμετώπισης.

Οι θεραπευτικές τεχνικές που έχουν χρησιμοποιηθεί περιλαμβάνουν τη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία στο ζευγάρι, τη συμπεριφορική συζυγική θεραπεία, θεραπεία εστιασμένη στο συναίσθημα, διαπροσωπική συμβουλευτική και εκπαίδευση. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις συνήθως πραγματοποιήθηκαν υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη νοσηλευτών, ειδικών στην παροχή φροντίδας υγείας, συμπεριφορικών θεραπευτών, ψυχολόγων και επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Badr & Krebs, 2013, Hu, Liu & Li, 2019).

2.5 Μέθοδοι Εφαρμογής

Αποτελέσματα μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης μπορούν να γίνουν είτε από κοντά πρόσωπο με πρόσωπο – δηλαδή ο μελετητής μπορεί να επισκεφθεί το ζευγάρι στο χώρο του, ή το ζευγάρι να μεταβεί στην κλινική για να λάβει την παρέμβαση – είτε μέσω τηλεφωνικής επαφής ή βιντεοεπικοινωνίας διαδικτυακά, ή συνδυασμό και των παραπάνω. Κάποιες μελέτες χρησιμοποίησαν ομαδικές συναντήσεις είτε από κοντά ή μέσω τηλεφωνικών επικοινωνιών (Northouse et al., 2013, Badr 2017).

Η πλειονότητα των παρεμβάσεων χρησιμοποιεί επίσης έντυπο υλικό όπως βιβλιάρια εκπαίδευσης, ενημερωτικά εγχειρίδια και κάποιες παρέχουν πληροφορίες και εκπαίδευση μέσω οπτικοακουστικού υλικού (Ward et al., 2009). Ο αριθμός των συνεδριών μπορεί να ποικίλλει από μία έως 16 συνεδρίες, ενώ οι περισσότερες εφαρμόζουν περίπου έξι συνεδρίες, με το χρόνο της κάθε συνεδρίας να ποικίλλει από 20 έως 120 λεπτά. Στις περισσότερες παρεμβάσεις πραγματοποιείται σύγκριση της δυαδικής παρέμβασης με την ομάδα ελέγχου. Η ομάδα ελέγχου είτε συνηθέστερα λαμβάνει τη συνηθισμένη φροντίδα, είτε καταγράφεται σε κατάλογο αναμονής για μεταγενέστερη εφαρμογή δυαδικής παρέμβασης, χωρίς όμως να λαμβάνει κάποια άλλη παρέμβαση στο χρονικό διάστημα της αναμονής. Συνηθέστερα, τελικά η ομάδα ελέγχου δεν λαμβάνει ούτε και τη δυαδική παρέμβαση (Hu, Liu & Li, 2019).

Οι σύντροφοι που συμμετέχουν σε παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης μπορούν να εμπλακούν με δύο τρόπους. Στην πρώτη μέθοδο, ο σύντροφος αντιμετωπίζεται ως βοηθός ή καθοδηγητής (coach) με σκοπό να διευκολύνει τη διαδικασία της μάθησης και των δεξιοτήτων αντιμετώπισης στον άρρωστο. Αυτή η διαδικασία περιγράφεται ως υποβοηθούμενη από το σύντροφο (partner assisted) (Porter et al., 2009, Porter et al., 2012)

και αντικατοπτρίζει τον ρόλο του συντρόφου στην παρέμβαση, ως υποστηρικτικό για τον σύντροφο (Baukom, Kirby & Kelly, 2010). Η δεύτερη μέθοδος προσπαθεί να εμπλέξει ενεργά το σύντροφο εστιάζοντας στο πώς η δυάδα λειτουργεί μαζί, ως μονάδα και απευθύνεται στις ανάγκες και επιθυμίες και των δύο συντρόφων (Badr & Krebs, 2013).

2.6 Αποτελεσματικότητα και Περιορισμοί.

Οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης έχουν ποικίλες επιδράσεις ανάλογα με την έκβαση που μπορεί να μελετάται. Μικρή έως μεσαία επίδραση έχει παρατηρηθεί για την ψυχική λειτουργία του αρρώστου και του φροντιστή του, όπως είναι η κατάθλιψη, η ανησυχία, η απελπισία και η ψυχική υγεία. Μικρή έως μεγάλη επίδραση όσον αφορά στη συζυγική λειτουργία των αρρώστων και η μικρή επίδραση όσον αφορά στους φροντιστές. Μικρή έως μεσαία επίδραση έχει παρατηρηθεί σε σχέση με τη σωματική ευεξία των συντρόφων των αρρώστων, αλλά αυτό μπορεί να σχετίζεται με την πορεία της νόσου και να μην είναι απόλυτα αληθές.

Οι μετα-αναλύσεις έχουν αναγνωρίσει μεθοδολογικούς περιορισμούς όσον αφορά στις παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης στη βιβλιογραφία. Παραδείγματος χάρη, μελέτες δεν περιγράφουν αναλυτικά τη διαδικασία τυχαιοποίησης που ακολουθήθηκε στην μελέτη, και καθώς οι παρεμβάσεις αυτές εφαρμόζονται στον άρρωστο από εκπαιδευμένους νοσηλευτές ή ψυχολόγους, συχνά δεν μπορούν να είναι τυφλές. Ορισμένες μελέτες δεν περιέχουν πληροφορίες σχετικά με την άρνηση συμμετοχής και τα αντίστοιχα ποσοστά. Κάποιες μελέτες δεν ακολουθούν ένα συγκεκριμένο θεωρητικό πρότυπο και λίγες έχουν διερευνήσει μηχανισμούς με τους οποίους οι παρεμβάσεις έχουν επηρεάσει τις εκβάσεις (Badr & Krebs, 2013, Hu, Liu & Li, 2019).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3^ο: Σκοπός, Υλικό και Μέθοδος

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης, σε ζευγάρια που τουλάχιστον ο ένας σύντροφος βιώνει τον καρκίνο.

3.2 Υλικό και Μέθοδος.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε κατά τον Φεβρουάριο του 2021 μέσω των βάσεων δεδομένων Scopus και Pubmed, με βάση τα κριτήρια PRISMA. Τα κριτήρια αυτά είναι συνολικά 27 και χωρίζονται σε 7 ενότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν τον τίτλο, την περίληψη, την εισαγωγή, την μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και λοιπές πληροφορίες. Είναι απαραίτητα για την διασφάλιση της ποιότητας της ανασκόπησης και χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας της κάθε μελέτης που χρησιμοποιείται στην ανασκόπηση (Page et al., 2021). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus ήταν οι εξής: dyadic intervention, cancer, couple, partner, intimate relationship και συνδυασμός αυτών. Ο συνδυασμός των λέξεων κλειδιών πραγματοποιήθηκε όπως φαίνεται παρακάτω:

- ✦ Dyadic intervention AND cancer
- ✦ Dyadic intervention AND intimate relationship
- ✦ Dyadic intervention AND cancer AND couple
- ✦ Dyadic intervention AND cancer AND partner
- ✦ Dyadic intervention AND cancer AND intimate relationship
- ✦ Dyadic intervention AND cancer OR couple
- ✦ Dyadic intervention AND cancer OR partner
- ✦ Dyadic intervention AND cancer OR intimate relationship
- ✦ Dyadic intervention OR cancer OR intimate relationship
- ✦ Dyadic intervention OR cancer OR couple OR partner OR intimate relationship

3.3 Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού.

3.3.1 Κριτήρια Επιλογής

Τα κριτήρια επιλογής περιλαμβάναν τα παρακάτω:

- ✦ Οι μελέτες να αφορούσαν πρωτογενή έρευνα, στην οποία πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή παρέμβασης.
- ✦ Οι παρεμβάσεις οι οποίες μελετήθηκαν σε κάθε μελέτη να ήταν δυαδικές.
- ✦ Οι μελέτες να αφορούν ζευγάρια (ετερόφυλα και ομόφυλα ζευγάρια, δεν ληφθήκαν υπόψιν οι σεξουαλικές προτιμήσεις).
- ✦ Μόνο ο ένας από τους δύο συντρόφους να πάσχει από καρκίνο.
- ✦ Οι μελέτες να ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα.
- ✦ Οι μελέτες να αφορούν ενήλικο πληθυσμό.
- ✦ Οι μελέτες να έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία 20 χρόνια, όπου άρχισαν να εφαρμόζονται παρεμβάσεις δυαδικής προσέγγισης στο πεδίο.
- ✦ Μελέτες με μεικτό πληθυσμό φροντιστών, μεταξύ των οποίων και σύντροφοι συμπεριλήφθηκαν, εφόσον οι σύντροφοι αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών και η παρέμβαση εφαρμοζόταν στη δυάδα.

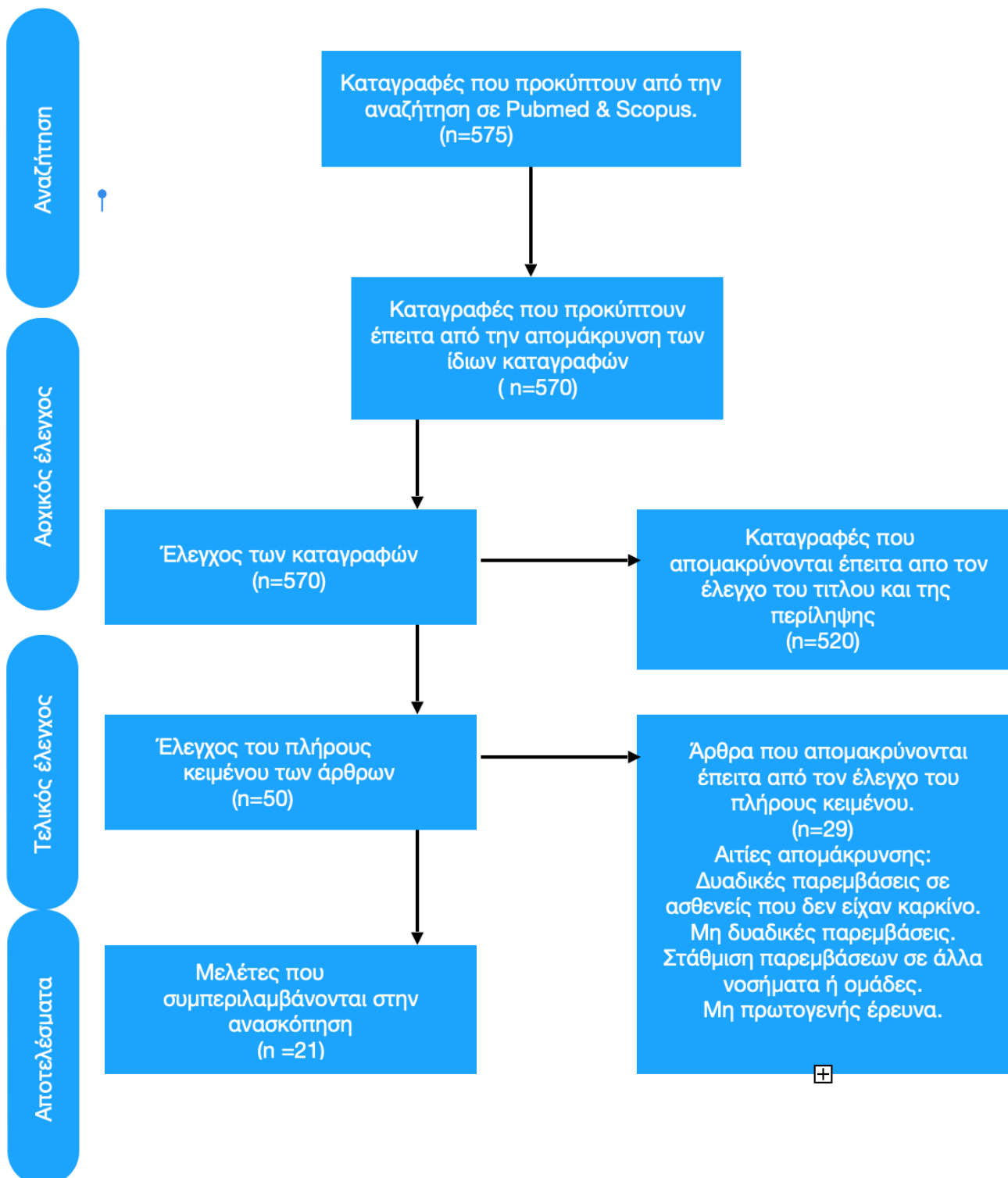
3.3.2 Κριτήρια Αποκλεισμού.

- ✦ Απορριφθήκαν μελέτες που αναφέρθηκαν σε εφαρμογή δυαδικών παρεμβάσεων σε άλλα χρόνια νοσήματα.
- ✦ Απορριφθήκαν μελέτες που αναφέρθηκαν σε εφαρμογή δυαδικών παρεμβάσεων σε δυάδες γονέα-παιδιού.
- ✦ Απορριφθήκαν μελέτες που αναφέρθηκαν σε εφαρμογή δυαδικών παρεμβάσεων σε δυάδες φροντιστή- ασθενούς στις οποίες ο φροντιστής δεν ήταν και σύντροφος του αρρώστου.

3.4 Αξιολόγηση και Ποιότητα Ερευνητικών Άρθρων.

Το κάθε βήμα της αξιολόγησης επαναλήφθηκε δύο φορές για να αποφευχθούν τυχόν παρατυπίες. Ο αρχικός αριθμός των καταγραφών που προέκυψαν από την αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus ήταν 575 μελέτες. Στο δεύτερο μέρος της αξιολόγησης, απομακρύνθηκαν 520 δημοσιεύσεις ύστερα από έλεγχο του τίτλου και της περιλήψης τους. Στο τρίτο μέρος της αξιολόγησης, από τις 50 μελέτες των οποίων το πλήρες κείμενο ελέγχθηκε απομακρύνθηκαν 28 μελέτες, διότι α) ενώ αναφέρθηκαν σε δυαδική προσέγγιση δεν εφάρμοσαν κάποια παρέμβαση, β) η παρέμβαση δεν ήταν δυαδική ή δεν εφαρμόστηκε στο ζευγάρι αλλά στον ένα μόνο σύντροφο, γ) ήταν ανασκόπηση, δ) η μελέτη δεν αναφέρθηκε σε καρκίνο αλλά διαφορετικά χρόνια νοσήματα. Εν τέλει στην ανασκόπηση, για τη σύνθεση του κείμενου χρησιμοποιήθηκαν 21 μελέτες, οι οποίες απεικονίζονται και στο διάγραμμα ροής.

3.5 Διάγραμμα Ροής.



Κεφάλαιο 4^ο :Αποτελέσματα

4.1 Χαρακτηριστικά Μελετών.

4.1.1 Τύπος Μελέτης.

Επτά μελέτες αποτελούν Τυχαιοποιημένη Πιλοτική Δοκιμή (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Porter et al. 2016, Badr et al., 2015, Badr et al., 2014, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014), πέντε μελέτες αποτελούν Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή (Xiu et al, 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017, Schover et al., 2011, Porter et al., 2009), τρεις Τυχαιοποιημένη Πιλοτική Ελεγχόμενη Δοκιμή (Pisu et al., 2017, Robertson et al., 2016, Walker et al., 2013), μία Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή (Manne et al., 2017), μία Πιλοτική Μελέτη Παρέμβασης (Ketcher et al., 2017), μία Μελέτη Παρέμβασης (Titler et al., 2017), μία Πιλοτική Μελέτη Σκοπιμότητας (Reese et al., 2012), μία Οιώνει Πειραματική Μελέτη (Schover et al., 2011) και μία ακολούθησε Μικτή Μεθοδολογία, ποσοτική και ποιοτική (Song et al., 2015).

4.1.2 Χώρα Διεξαγωγής.

Δεκατέσσερις μελέτες διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Ketcher et al. 2020, Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al., 2015, Reese et al. 2014, Northouse et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al. 2011, Porter et al., 2009), δύο στη Δανία (von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017), μία στην Αυστραλία (Chambers et al., 2014), μία στον Καναδά (Walker et al., 2013), μία στο Βέλγιο (Tiete et al., 2021), μία στο Χονγκ Κονγκ (Xiu et al., 2020) και μία στο Ηνωμένο Βασίλειο (Robertson et al., 2016).

4.2 Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων.

4.2.1 Σύντροφοι και Φροντιστές.

Δεκατρείς παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν αμιγή δείγματα συντρόφων και ασθενών όσον αφορά τη δυάδα (Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011, Porter et al., 2011). Οχτώ παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν μεικτά δείγματα φροντιστών στη δυάδα, δηλαδή το ρόλο του φροντιστή μπορεί να κατείχε ο σύντροφος, άλλο μέλος της οικογένειας

ή φίλος του αρρώστου, όμως σε όλες τις παρεμβάσεις, σε μεγαλύτερο ποσοστό κύριο φροντιστή αποτελούσε ο/η σύζυγός ή ο/η σύντροφος του αρρώστου (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, von Heymann- Horan et al., 2018, von Heymann- Horan et al., 2017, Titler et al., 2017, Badr et al., 2015, Northouse et al., 2013).

4.2.2 Τύπος Ογκολογικών Νοσημάτων.

Στις 13 μελέτες που χρησιμοποίησαν αμιγή δείγματα ασθενών και συντρόφων, τέσσερις μελέτες αναφερθήκαν σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, Decker et al., 2012), πέντε μελέτες αναφερθήκαν σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη (Robertson et al., 2016, Song et al., 2015, Chambers et al., 2014, Walker et al., 2013, Schover et al., 2011) και τέσσερις μελέτες αναφερθήκαν σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου (Porter et al., 2016, Reese et al., 2014, Reese et al., 2012, Porter et al., 2009).

Στις 8 μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν μεικτά δείγματα ασθενών και συντρόφων, τρεις μελέτες αναφέρθηκαν σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα (Xiu et al., 2020, von Heymann- Horan et al., 2018, Badr et al., 2015), δύο μελέτες αναφερθήκαν σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Titler et al., 2017, Northouse et al., 2013), μία αναφέρθηκε σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου (Tiete et al., 2021) και δύο δεν έκαναν συγκεκριμένη αναφορά στον τύπο του ογκολογικού νοσήματος (Ketcher et al., 2020, von Heymann- Horan et al., 2017).

4.2.3 Στάδιο Νόσου.

Δέκα μελέτες αναφερθήκαν κυρίως σε ασθενείς με προχωρημένο ή μη ιασιμό καρκίνου σταδίου III ή IV (Ketcher et al., 2020, Xiu et al., 2020, von Heymann- Horan et al., 2018, von Heymann- Horan et al., 2017, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Reese et al., 2014, Northouse et al., 2013, Porter et al., 2009). Τέσσερις μελέτες αναφερθήκαν κυρίως σε ασθενείς στα πρώιμα στάδια της νόσου, με καρκίνο σταδίου I ή II (Manne et al., 2017, Chambers et al., 2014, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011). Τέσσερις μελέτες δεν κάνανε σαφή αναφορά στο στάδιο της νόσου (Tiete et al., 2021, Robertson et al., 2016, Song et al., 2015, Walker et al., 2013). Τρεις μελέτες αναφερθήκαν σε επιβιώσαντες οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία (Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Decker et al., 2012).

Επιπρόσθετα τέσσερις μελέτες είχαν ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή ο άρρωστος να έχει προσδόκιμο ζωής μεγαλύτερο του ενός έτους ή των έξι μηνών (Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Northouse et al., 2016, Porter et al., 2009).

4.2.4 Θεραπείες.

Οχτώ μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της παρέμβασης έλαβαν κυρίως χημειοθεραπεία ως μορφή θεραπείας (Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020 von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017, Badr et al., 2015, Reese et al., 2014, Northouse et al., 2013, Porter et al. 2009). Τέσσερις μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην παρέμβαση είχαν υποβληθεί ή επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση (Robertson et al., 2016, Chambers et al., 2014, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011). Δύο μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς είχαν ολοκληρώσει την πρωταρχική θεραπεία η οποία αποτελούνταν από συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας(Manne et al., 2017, Song et al., 2015). Μία μελέτη ανέφερε ότι οι ασθενείς ελάμβαναν θεραπεία στέρησης ανδρογόνων (Walker et al., 2013). Τρεις μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς είχαν ολοκληρώσει τον κύκλο θεραπειών και δεν ελάμβαναν θεραπεία κατά την διάρκεια της παρέμβασης (Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Decker et al., 2012). Τρεις μελέτες δεν αναφερθήκαν σε συγκεκριμένο τύπο θεραπείας (Ketcher et al., 2020, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016).

4.3 Σκοποί, Εκβάσεις και Εργαλεία.

4.3.1 Κύριοι Σκοποί Μελετών.

Οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν περισσότερους από έναν κύριους σκοπούς. Τέσσερις μελέτες ανέφεραν ως κύριους σκοπούς τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας, της εφαρμοσιμότητας και της αποδοχής της παρέμβασης από τη δυάδα (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Badr et al., 2015, Reese et al., 2014). Τρεις μελέτες ανέφεραν ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της εφαρμοσιμότητας της παρέμβασης (Ketcher et al., 2020, Porter et al., 2016, Reese et al., 2012). Δύο μελέτες είχαν ως κύριους σκοπούς τη διερεύνηση της εφαρμοσιμότητας και της αποδοχής της παρέμβασης (Song et al., 2015, von Heymann- Horan et al., 2017). Μία ανέφερε ως κύριους σκοπούς τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της εφαρμοσιμότητας της παρέμβασης και τη διερεύνηση της ικανοποίησης από την παρέμβαση (Titler et al., 2017). Μία είχε ως κύριους σκοπούς τη διερεύνηση της εφαρμοσιμότητας και της αποδοχής της παρέμβαση και την επίδραση στην ποιότητα ζωής της δυάδας (Pisu et al., 2017). Τέσσερις μελέτες ανέφεραν ως κύριο σκοπό μόνο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης (Manne et al., 2017, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Porter et al., 2009). Μία ανέφερε ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση της αποδοχής της παρέμβασης (Robertson et al., 2016). Μία τη διερεύνηση της εφαρμοσιμότητας της παρέμβασης (Decker et al., 2012). Μία την

διερεύνηση του τρόπου διαχείρισης της σεξουαλικής νοσηρότητας της δυάδας (Chambers et al., 2014). Μία τη διερεύνηση της επίδρασης στην ανησυχία και την κατάθλιψη (von Heymann-Horan et al., 2018), μία τη διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στην ποιότητα ζωής της δυάδας (Xiu et al., 2020) και μία τη διερεύνηση της σεξουαλικής ικανοποίησης (Schover et al., 2011).

4.3.2 Εκβάσεις Παρεμβάσεων.

Οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν στην ανασκόπηση είχαν περισσότερες από μία κύριες μελετώμενες εκβάσεις. Οι κυριότερες από αυτές ήταν το εάν η παρέμβαση ήταν εφαρμόσιμη ή όχι (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Pisu et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Manne et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016 Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Decker et al., 2012), το εάν προέκυψε βελτίωση στην ψυχική υγεία (κατάθλιψη, συμπτώματα ανησυχίας, άγχος) ή όχι, της δυάδας (Tiete et al., 2021, Xiu et al. 2019, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Manne et al., 2017, Titler et al., 2017, Pisu et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al., 2015, Northouse et al., 2013, Decker et al., 2012, Porter et al., 2009), το εάν βελτιώνεται ή όχι η δυαδική σχέση του ζευγαριού, μέσω της δυαδικής επικοινωνίας, αντιμετώπισης, προσαρμογής (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Titler et al., 2017, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, Porter et al., 2016, Chambers et al., 2014, Reese et al., 2014, Walker et al., 2013, Northouse et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011, Porter et al., 2009), το εάν βελτιώνεται ή όχι η σεξουαλική ζωή της δυάδας σε επίπεδο λειτουργικότητας, επικοινωνίας, ανησυχίας (Reese et al., 2019, Robertson et al., 2016, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011), το εάν η παρέμβαση είναι αποδεκτή ή όχι (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, von Heymann-Horan et al., 2017, Manne et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Decker et al., 2012), το εάν υπάρχει ικανοποίηση από την παρέμβαση ή όχι (Ketcher et al., 2020, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Decker et al., 2012), το εάν υπάρχει βελτίωση της οικειότητας από την παρέμβαση ή όχι (Reese et al., 2019, Chambers et al., 2014, Porter et al., 2016, Chambers et al., 2014, Reese et al., 2012, Porter et al., 2009).

4.3.3 Εργαλεία και Αξιολόγηση Εκβάσεων.

Η εφαρμοσιμότητα αξιολογήθηκε στις μελέτες μέσω της συμμετοχής στην μελέτη, το ποσοστό συγκράτησης (retention rate) και την ολοκλήρωση του κάθε τμήματος των παρεμβάσεων. Στην αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητας συνετέλεσε και ο σχεδιασμός των μελετών, μέσω του οποίου πραγματοποιήθηκε τυχαιοποίηση του δείγματος (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Pisu et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016 Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Decker et al., 2012). Η ψυχική ευεξία αξιολογήθηκε με τα εργαλεία Impact of Events Scale Revised, Body Image Scale, Depressive Symptom and Anxiety Scales (DHQ-9, GAD-7)(Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Porter et al., 2016, Decker et al., 2012), Perceived Stress Scale (PSS)(Xiu et al., 2020), Symptom Checklist-92 (SCL-92) Anxiety and Depression Subscales (von Heymann-Horan et al., 2018), Mental Health Inventory 38 (Manne et al., 2017), Cancer Support Distress Scale (CSSDS)(Titler et al., 2017), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)(Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, Porter et al., 2016), Promis Short Form Depression Measure (Badr et al., 2015), Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC)(Song et al., 2015), Beck Hopelessness Scale, Mishel Uncertainty in Illness Scale (Northouse et al., 2013), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Spielberger State-Trait Anxiety Inventory- Συναισθηματική ανταπόκριση (Decker et al., 2012) και μέσω των συνεδριών της δυάδας με ψυχολόγο (von Heymann-Horan et al., 2018).

Η βελτίωση της δυαδικής σχέσης του ζευγαριού, μέσω της δυαδικής επικοινωνίας, αντιμετώπισης, προσαρμογής, στις μελέτες αξιολογήθηκε με τα εργαλεία Dyadic Adjustment Scale (DAS), για την μέτρηση της δυαδικής προσαρμογής (Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, Porter et al., 2016, Chambers et al., 2014, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011, Porter et al., 2009), Dyadic Sexual Communication Scale, για την αξιολόγηση της σεξουαλικής επικοινωνίας στο ζευγάρι (Reese et al., 2019; Reese et al., 2014; Reese et al., 2012), την κλίμακα Lewis 'Mutuality and Sensitivity Scale, για την αξιολόγηση της δυαδικής επικοινωνίας (Titler et al., 2017; Northouse et al., 2013), την κλίμακα Bandura's Self Efficacy Scale Model και 6 VASs, για την αξιολόγηση της δυαδικής επικοινωνίας και της συχνότητας της. Η ίδια μελέτη χρησιμοποίησε το εργαλείο Dyadic Coping Inventory για την αξιολόγηση της δυαδικής αντιμετώπισης (Tiete et al., 2021), και μία μελέτη χρησιμοποίησε την κλίμακα Dyadic Trust Scale για την αξιολόγηση της εμπιστοσύνης του ζευγαριού (Pisu et al., 2017).

Η βελτίωση/επίδραση ή όχι στην σεξουαλική ζωή της δυάδας σε επίπεδο λειτουργικότητας, επικοινωνίας, ανησυχίας αξιολογήθηκε με τα εργαλεία Dyadic Sexual

Communication Scale, για την αξιολόγηση της σεξουαλικής επικοινωνίας στο ζευγάρι (Reese et al., 2019; Reese et al., 2014; Reese et al., 2012), Female Sexual Index (FSFI), για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών (Reese et al., 2019, Reese et al., 2014, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012), International Index of Erectile Functioning (IIEF) για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας των ανδρών (Reese et al., 2014, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011), The Index of Sexual Satisfaction για την αξιολόγηση της σεξουαλικής ανησυχίας (Reese et al., 2014; Reese et al., 2012), Masculine Self-Esteem scale για την αυτοαξιολόγηση ανδρισμού (Chambers et al., 2014).

Η βελτίωση της οικειότητας από την παρέμβαση ή όχι αξιολογήθηκε με τα εργαλεία, Miller Social Intimacy Scale (MSIS)(Porter et al., 2016, Chambers et al., 2014, Reese et al., 2012, Porter et al., 2009) και μέσω της εφαρμογής της δυαδικής παρέμβασης Intimacy Enhancement (IE) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου η οποία δεν έλαβε τη δυαδική παρέμβαση (Reese et al., 2019).

Η αποδοχή ή μη της δυαδικής παρέμβασης αξιολογήθηκε με κλίμακα τύπου Likert μετά το τέλος της συζήτησης με τη δυάδα (Ketcher et al., 2020), με βάση τα ποσοστά συμμετοχής στην παρέμβαση (Tiete et al., 2021), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), κλίμακα Likert που αξιολόγησε την ευκολία στη συμμετοχή (Reese et al., 2019, Porter et al., 2016), μέσω συμμετοχής, μη συμμετοχής και ολοκλήρωσης των συνεδρίων της κάθε παρέμβασης (von Heymann-Horan et al., 2017, Pisu et al., 2017, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Reese et al., 2012), από την επαρκή συγκέντρωση δείγματος, το ποσοστό συγκράτησης, τη συμμετοχή, την τυχαιοποίηση (Robertson et al., 2016), από την ολοκλήρωση εργασιών, την ευκολία στη συμμετοχή, το πόσο βοηθητικό ήταν το πρόγραμμα και οι πληροφορίες που έλαβαν (Bard et al., 2015, Song et al., 2015, Reese et al., 2014), Participant Evaluation Questionnaire (Decker et al., 2012).

Δέκα μελέτες χρησιμοποίησαν την κλίμακα Dyadic Adjustment Scale (DAS), για την μέτρηση της δυαδικής προσαρμογής, της ποιότητας και ικανοποίησης στη σχέση (Reese et al., 2019; Manne et al., 2017; Pisu et al., 2017; Porter et al., 2016; Chambers et al., 2014; Walker et al., 2013; Reese et al., 2012; Decker et al., 2012; Schover et al., 2011; Porter et al., 2009), τέσσερις μελέτες χρησιμοποίησαν την κλίμακα Miller Social Intimacy Scale (MSIS) για την αξιολόγηση της οικειότητας στη σχέση (Porter et al., 2016; Chambers et al., 2014; Reese et al., 2012; Porter et al., 2009), τρεις μελέτες χρησιμοποίησαν την κλίμακα Dyadic Sexual Communication Scale, για την αξιολόγηση της σεξουαλικής επικοινωνίας στο ζευγάρι (Reese et al., 2019; Reese et al., 2014; Reese et al., 2012), δύο την κλίμακα Lewis'

Mutuality and Sensitivity Scale, για την αξιολόγηση της δυαδικής επικοινωνίας (Titler et al., 2017; Northouse et al., 2013), μία μελέτη χρησιμοποίησε την κλίμακα Bandura's Self Efficacy Scale Model και 6 VASs, για την αξιολόγηση της δυαδικής επικοινωνίας και της συχνότητας της, η ίδια μελέτη χρησιμοποίησε το εργαλείο Dyadic Coping Inventory για την αξιολόγηση της δυαδικής αντιμετώπισης (Tiete et al., 2021), μία χρησιμοποίησε την κλίμακα Dyadic Trust Scale για την αξιολόγηση της εμπιστοσύνης του ζευγαριού (Pisu et al., 2017), τέσσερις μελέτες χρησιμοποίησαν το εργαλείο Female Sexual Index (FSFI), για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών (Reese et al., 2019; Reese et al., 2014; Reese et al., 2012; Decker et al., 2012) τρεις το εργαλείο International Index of Erectile Functioning (IIEF), για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας των ανδρών (Reese et al., 2014; Reese et al., 2012; Schover et al., 2011). Δύο μελέτες χρησιμοποίησαν το The Index of Sexual Satisfaction για την αξιολόγηση της σεξουαλικής ανησυχίας (Reese et al., 2014; Reese et al., 2012), δύο μελέτες χρησιμοποίησαν το εργαλείο Ways of Coping Checklist σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ζευγαριού (Tiete et al., 2021; Decker et al., 2012), δύο χρησιμοποίησαν την κλίμακα Body Image Scale, για την αξιολόγηση της εικόνας σώματος (Reese et al., 2019; Decker et al., 2012), μία μελέτη χρησιμοποίησε την κλίμακα Center of Epidemiological Studies Depression Scale, για την αξιολόγηση της συναισθηματικής ανταπόκρισης (Decker et al., 2012), μία τις κλίμακες Symptom Checklist Anxiety and Depression Subscales, για την αξιολόγηση της συναισθηματικής ανταπόκρισης (von Heymann-Horan et al., 2018). Δύο μελέτες χρησιμοποίησαν τα εργαλεία Promis Short Form Depression Measure, για την αξιολόγηση της συναισθηματικής ανταπόκρισης, την συνέντευξη Zarit Burden Interview 12 Item, για την αξιολόγηση του φορτίου του φροντιστή, την κλίμακα Lorig, για την αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας, κλίμακα βασισμένη στον Pierce, για την αξιολόγηση της αυτονομίας των φροντιστών (Bard et al., 2015; Bard et al., 2014), τρεις μελέτες χρησιμοποίησαν την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (Tiete et al., 2021; Xiu et al., 2020; Robertson et al., 2016).

Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι κλίμακες τύπου Likert για την αξιολόγηση της συζήτησης (10 ερωτήσεις για το όφελος, ικανοποίηση, ρεαλισμό, σχέση), και την αξιολόγηση των συναισθημάτων των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της συζήτησης (9 ερωτήσεις για την παραχή, απογοήτευση, έλεγχο), ανοιχτές ερωτήσεις για προτάσεις βελτίωσης (Ketcher et al., 2020). Τα εργαλεία Perceived Stress Scale, για την αξιολόγηση του αντιλαμβανόμενου άγχους, Insomnia Severity Index, για την αξιολόγηση της αϋπνίας, Caregiver Quality of Life Index-Cancer, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών (Xiu et al., 2020). Οι Reese et al. (2019). Χρησιμοποίησαν επιπλέον τα εργαλεία

Promis SexFS version 2 Global Sexual Satisfaction Scale, Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R), Emotional Intimacy Subscale of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR) και τις κλίμακες Depressive Symptom and Anxiety Scales (PHQ9 & GAD-7). Σε μία μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Anxiety and Depression Subscales του Symptom Checklist- 92, για την αξιολόγηση της ανησυχίας και της κατάθλιψης (von Heymann- Horan et al., 2018). Οι Manne et al. (2017), χρησιμοποίησαν επιπλέον τα εργαλεία Mental Health Inventory, κλίμακες ανησυχίας, κατάθλιψης και ψυχικής ευεξίας, την κλίμακα Impact of Events Scale, για την αξιολόγηση της ανησυχίας του καρκίνου, το Perceived Partner Unsupportive Behavior, για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του φροντιστή και την κλίμακα Borkovec & Naus 'Scale, για την αξιολόγηση της θεραπείας.

Μία μελέτη χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο Self Activity-Godin Leisure Time Exercise Questionnaire, για την αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας του αρρώστου στον ελεύθερο του χρόνο, το Short Form 36 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και τρεις ερωτήσεις για την αυτοαποκάλυψη (Pisu et al., 2017). Οι Titler et al. (2017) χρησιμοποίησαν τις κλίμακες Cancer Support Source Distress Scale για την αξιολόγηση της συναισθηματικής δυσφορίας, Functional Assessment of Cancer Treatment-General QoL (FACT-G) Scale, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, Benefit of Illness Scale, σχετικά με πιθανά οφέλη της νόσου, Lewis 'Cancer Self Efficacy Scale, σχετικά με την αισιοδοξία για τη διαχείριση της νόσου, FOCUS Satisfaction Instrument, για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την παρέμβαση (Titler et al. 2017). Οι Robertson et al. (2016) χρησιμοποίησαν το εργαλείο The EPIC, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη και το Systemic Clinical Outcome & Routine Evaluation για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας κατά την θεραπεία.

4.4 Τύπος Παρέμβασης.

Σε δεκαεπτά μελέτες εφαρμόστηκαν ψυχολογικές-συμβουλευτικές δυαδικές παρεμβάσεις οι οποίες στόχευαν και στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Manne et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Titler et al., 2017, Robertson et al., 2016, Badr et al., 2015, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014, Northouse et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011, Porter et al., 2009). Σε δύο μελέτες εφαρμόστηκαν παρεμβάσεις εκπαίδευσης και διαχείρισης συμπτωμάτων (Song et al., 2015, Walker et al., 2013), σε μία παρέμβαση χορού (Pisu et al., 2017) και σε μία παρέμβαση επικοινωνίας (Porter et al., 2016). Η παρέμβαση που

εφαρμόστηκε στην μελέτη των Manne et al., 2017, η οποία ήταν ψυχολογική-συμβουλευτική επεδίωκε ταυτόχρονα και τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ της δυάδας. Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε στην μελέτη των Song et al., 2015, η οποία ήταν εκπαίδευσης και διαχείρισης συμπτωμάτων απέβλεπε παράλληλα μέσω της εκπαίδευσης και στη βελτίωση της επικοινωνίας του ζευγαριού. Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε από τους Badr et al., 2015 επίσης, επεδίωκε στη βελτίωση της διαχείρισης των συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα σε τρεις από τις εικοσιένα μελέτες, οι παρεμβάσεις εφαρμόστηκαν διαδικτυακά ή μέσω τηλεφώνου (Northouse et al., 2013, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011).

Σε τέσσερις παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκε η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, Badr et al., 2015, Chambers et al., 2014), σε τρεις παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκε ψυχοεκπαίδευση των ζευγαριών (Titler et al., 2017, Song et al., 2015, Porter et al., 2009), σε δύο εφαρμόστηκε η υπαρξιακή φαινομενολογική θεραπεία (von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017), σε τρεις εφαρμόστηκε ενίσχυση της οικειότητας του ζευγαριού (Reese et al., 2019, Reese et al., 2014, Reese et al., 2014) και σε μία εφαρμόστηκε η σχεσιακή ψυχοσεξουαλική θεραπεία (Robertson et al., 2016).

Σε όλες τις μελέτες οι σύντροφοι των ογκολογικών αρρώστων συμμετείχαν ενεργά στην παρέμβαση και η δυάδα αντιμετωπίστηκε συλλογικά ως μονάδα, δίνοντας έτσι προσοχή στις ανάγκες και των δύο (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Titler et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Bard et al., 2015, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012 Schover et al., 2011, Porter et al., 2009).

4.5 Αποτελεσματικότητα Παρεμβάσεων.

Δεκαέξι μελέτες αναφέραν την ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των δυαδικών παρεμβάσεων στα ζευγάρια (Ketcher et al., 2020, Tiete et al. 2020, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al. 2015, Reese et al. 2014, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011, Porter et al., 2009) και 11 από αυτές αναφέρανε ότι η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική (Tiete et al. 2020, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Badr et al., 2015, Song et al. 2015, Reese et al., 2015, Reese et al. 2014, Northouse et al., 2013, Reese et al., 2012). Δεκατρείς

μελέτες αναφέρανε ότι η παρέμβαση ήταν εφαρμόσιμη (Ketcher et al., 2020, Tiete et al. 2020, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al. 2015, Reese et al. 2014, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2011) και έντεκα ότι ήταν αποδεκτή (Ketcher et al., 2020, Tiete et al. 2020, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al. 2015, Reese et al. 2014, Decker et al., 2011).

Εννέα μελέτες (Ketcher et al., 2020, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Robertson et al., 2016, Badr et al., 2015), είχαν θετική επίδραση στην ψυχική ευεξία και υγεία των συμμετεχόντων, καθώς βελτιώθηκαν τα επίπεδα ανησυχίας ύστερα από συζήτηση με τον εαυτό και έγινε αντιληπτή η δυσφορία που βίωνε ο σύντροφος (Ketcher et al., 2020), υπήρξε σημαντική μείωση του άγχους και του στρες και επικράτησε ψυχική ευημερία (Xiu et al., 2020). Επιπλέον, υπήρχε μικρή αλλά αντιληπτή μείωση του άγχους που σχετιζόταν με την εικόνα σώματος, μεσαία με μεγάλη επίδραση στην μείωση καταθλιπτικών επεισοδίων και μικρή επίδραση στην μείωση ανησυχίας η οποία σχετιζόταν με τον καρκίνο (Reese et al., 2019, Manne et al., 2017). Οι σύντροφοι αναφέραν ευεργετικές αλλαγές αναφορικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας, και βίωσαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα ανησυχίας (von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017). Επιπλέον οι σύντροφοι ανέφεραν σημαντική βελτίωση στην ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής και την ψυχική υγεία (Pisu et al., 2017), βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας και ανησυχίας (Titler et al., 2017), μείωση της ανησυχίας η οποία σχετιζόταν με την σεξουαλική λειτουργία (Robertson et al., 2016) και χαμηλότερα σκορ στην ομάδα παρέμβασης όσον αφορά την κατάθλιψη, την ανησυχία και το φόρτο του φροντιστή (Badr et al., 2015).

Πέντε μελέτες (Reese et al., 2019, Robertson et al., 2016, Reese et al., 2014, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011) ανέφεραν ότι η παρέμβαση είχε θετική επίδραση και βελτίωσε την σεξουαλικότητα του ζευγαριού καθώς όπως παρατηρήθηκε, αυξήθηκε η σεξουαλική επικοινωνία, υπήρχε βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας, μεσαία επίδραση στη βελτίωση της σεξουαλικής επικοινωνίας (Reese et al., 2019). Επιπλέον, κλινικά σημαντική ήταν η μείωση της ανησυχίας που σχετίζεται με την σεξουαλική λειτουργία (Robertson et al., 2016), η αυξημένη σεξουαλική λειτουργία (Reese et al., 2014), η σημαντική βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας και επικοινωνίας γυναικών και ανδρών (Reese et al., 2012, Schover et al., 2011).

Έξι μελέτες είχαν θετική επίδραση στη δυαδική σχέση του ζευγαριού (Tiete et al., 2021, Pisu et al., 2017, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011). Η παρέμβαση είχε σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της δυαδικής επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων (Tiete et al., 2021), της δυαδικής επικοινωνίας και αύξηση της χαράς, ειδικότερα όσον αφορά τους συντρόφους, όπως και της δυαδικής εμπιστοσύνης (Pisu et al., 2017). Επιπλέον βρέθηκε ότι βελτιώθηκε η δυαδική αντιμετώπιση (Northouse et al., 2013) και η δυαδική προσαρμογή του ζευγαριού (Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011).

Επτά μελέτες ανέφεραν ότι οι συμμετέχοντες τους αξιολόγησαν την παρέμβαση ως βοηθητική και ήταν ικανοποιημένοι από την παρέμβαση που έλαβαν (Ketcher et al., 2020, Reese et al., 2019, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Reese et al., 2014), καθώς ένιωσαν ικανοποιημένοι από όλες τις συνεδρίες (Ketcher et al., 2020). Οι συμμετέχοντες των ομάδων παρέμβασης αναφέραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δυαδική παρέμβαση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Reese et al., 2019, Titler et al., 2017), και ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση καθώς μπορούσαν να συζητήσουν ανοιχτά τα προβλήματα τους με τους συντρόφους (Porter et al., 2016), διότι βελτιώθηκε η επικοινωνία τους και ο τρόπος που το ζευγάρι διαχειρίζεται τα συμπτώματα (Song et al., 2015). Επιπλέον οι συμμετέχοντες σε τηλεφωνική παρέμβαση ανέφεραν ότι ήταν πιο εύκολη η πρόσβαση και η συμμετοχή του ζευγαριού (Reese et al., 2014. Reese et al., 2012).

Έξι μελέτες ανέφεραν τη βελτίωση της οικειότητας και της επικοινωνίας στο ζευγάρι εξαιτίας της παρέμβασης δυαδικής αντιμετώπισης (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Reese et al., 2012). Οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης βελτίωσαν την δυαδική επικοινωνία στο ζευγάρι (Tiete et al., 2021. Song et al., 2015), προκάλεσαν αύξηση της σεξουαλικής τους επικοινωνίας και οικειότητας (Reese et al., 2019, Reese et al., 2012, Walker et al., 2013) και συνεισέφεραν στην εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και ιδιαίτερα της ακρόασης (Porter et al., 2016).

Τέσσερις μελέτες αναφέρανε ότι η δυαδική παρέμβαση είχε θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής και σχέσης του ζευγαριού (Reese et al., 2019, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Porter et al., 2009).

Τέσσερις μελέτες αναφέρανε ότι η δυαδική παρέμβαση είχε θετική επίδραση και βελτίωσε την αυτοαποτελεσματικότητα στα ζευγάρια όπου εφαρμόστηκε (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Titler et al., 2017, Reese et al., 2014).

Τρεις μελέτες αναφέρανε ότι η δυαδική παρέμβαση είχε θετική επίδραση στην κοινωνική ζωή του ζευγαριού (Pisu et al., 2017, Song et al., 2015, Northouse et al., 2013), καθώς βελτιώθηκε η κοινωνική λειτουργικότητα (Pisu et al., 2017) και η κοινωνική διάσταση της ποιότητα ζωής των ασθενών (Song et al., 2015, Northouse et al., 2013).

Τρεις μελέτες ανέφεραν ότι βελτιώθηκε η συναισθηματική ευεξία του ζευγαριού, μετά την εφαρμογή της παρέμβασης (Reese et al., 2019, Titler et al., 2017, Northouse et al., 2013).

4.6 Περιορισμοί Μελετών.

Δέκα μελέτες ανέφεραν ως περιορισμό το μικρό δείγμα της μελέτης (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012), πέντε το μικρό ποσοστό συμμετοχής (Manne et al., 2017, Titler et al., 2017, Song et al., 2015, Chambers et al. 2014, Porter et al., 2009), πέντε την ομάδα ελέγχου που χρησιμοποιήθηκε, στην οποία οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν σε κατάλογο αναμονής για να λάβουν την δυαδική παρέμβαση, αλλά δεν έλαβαν καμιά παρέμβαση μέχρι το τέλος της μελέτης, ούτε τη συνηθισμένη φροντίδα (Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, Manne et al., 2017, Porter et al., 2016, Reese et al., 2012). Σε πέντε μελέτες περιορισμός ήταν το γεγονός ότι δεν υπήρχε ικανοποιητικός αριθμός ομόφυλων ζευγαριών στο δείγμα (Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Robertson et al., 2016, Chambers et al., 2014, Porter et al., 2009), σε τρεις το μεγάλο ποσοστό αποχώρησης από την μελέτη (Xiu et al., 2020, Manne et al., 2017, Schover et al., 2011), σε τρεις το ότι δεν υπήρχε μακροχρόνια παρακολούθηση (Reese et al., 2019, Porter et al., 2016, Reese et al., 2012). Επιπρόσθετα σε τρεις μελέτες θεώρησαν περιορισμό το καλό επίπεδο εκπαίδευσης, την καλή ποιότητα που υπήρχε ήδη στη σχέση του ζευγαριού και ότι οι συμμετέχοντες ήταν λευκοί ή Καυκάσιοι (Manne et al., 2017, Badr et al. 2015, Porter et al., 2009).

Πίνακας 1. Μελέτες Δυαδικής Παρέμβασης με Αμιγή Δείγματα Ασθενών με Καρκίνο – Συντρόφων

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Reese et al. (2019)	Ο έλεγχος της εφαρμοσιμότητας, της αποδοχής και της πρώιμης αποτελεσματικότητας, τεσσάρων συνεδριών παρέμβασης Intimacy Enhancement (IE), με βάση το ζευγάρι, που απευθύνεται σε επιβιώσαντες καρκίνου του μαστού τηλεφωνικά.	Καρκίνο μαστού	Γυναίκες ≥ 21 ετών. Σε σταθερή σχέση διάρκειας ≥ 6 μηνών που μπορούσαν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα. Είχαν ολοκληρώσει θεραπεία 6 μηνών έως 5 χρόνια πριν, για μη υποτροπιάζουσα νόσο Σταδίου I-III. Είχαν σκορ ≥ 3 στο εργαλείο Patient Care Monitor για σεξουαλικές ανησυχίες	<p>Παρέμβαση Intimacy Enhancement (IE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση της οικειότητας. • 4 συνεδρίες. • Εκπαίδευση και εκμάθηση δεξιοτήτων για την αναγνώριση σεξουαλικών ανησυχιών και βελτίωση της οικειότητας. • Διαπροσωπική διαδικασία μεταξύ συντρόφων. • Αμοιβαία ανταλλαγή και κατανόηση, συναισθήματα εγγύτητας, ζεστασιάς, στοργής, αναφορικά με τη σωματική και τη συναισθηματική διάσταση. • Βασισμένη στις αρχές της γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας, της σεξουαλικής θεραπείας και του προτύπου αντιμετώπισης σεξουαλικών ανησυχιών εξαιτίας του καρκίνου. <p>Παρέμβαση Living Healthy (LHT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση και στήριξη γυναικών σε θέματα που προκύπτουν από καρκίνο μαστού. • Εμπειρία του καρκίνου και πως "έχεις υγιή σχέση με τον σύντροφο". • Διαχείριση του στρες. • Κόπωση και ύπνος. • Διατροφή και θρέψη. <p>Διαδραστική συζήτηση μεταξύ συμμετεχόντων και υπευθύνων παρέμβασής.</p>	<p>Τυχαίοποιημένη Πιλοτική Δοκιμή Εργαλεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρέμβαση Intimacy Enhancement (IE) • Παρέμβαση Living Healthy (LHT) • Sexual Function Index (FSFI) • International Index of Erectile Functioning (IIEF) • PROMIS SexFS Version 2 Global Sexual Satisfaction Scale • Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) • The Dyadic Sexual Communication Scale (DSCS) • Emotional Intimacy subscale of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR) • Dyadic Adjustment Scale (DAS-7) Impact of Event Scale-Revised • Body Image Scale (BIS) • Depressive Symptom and Anxiety Scales (PHQ-9 and GAD-7) <p>60-75 λεπτές εβδομαδιαίες συνεδρίες τηλεφωνικά στο ζευγάρι</p>	<p>Η μελέτη είναι εφαρμόσιμη, αποδεκτή και αποτελεσματική.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Όλα τα ζευγάρια ολοκλήρωσαν τη μελέτη εκτός από ένα. • 85% ολοκλήρωσε και τις τέσσερις συνεδρίες της παρέμβασης Intimacy Enhancement (IE). • Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παρέμβαση Intimacy Enhancement (IE) συγκριτικά με την παρέμβαση Living Healthy (LHT). • Εύκολη στη συμμετοχή και βοηθητική. • Αύξηση στη σεξουαλική επικοινωνία, συναισθηματική οικειότητα. • Μικρή με μεσαία επίδραση στη μείωση της ποιότητας της σχέσης. • Μικρή μείωση του άγχους σχετιζόμενο με την εικόνα σώματος. • Μικρή επίδραση στη μείωση ανησυχίας σχετιζόμενη με καρκίνο. • Μεσαία με μεγάλη επίδραση στη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. • Αύξηση σεξουαλικής λειτουργίας. • Μεσαία επίδραση στην αύξηση της σεξουαλικής ικανοποίησης και αυτοαποτελεσματικότητας. • Μικρή επίδραση στη σεξουαλική επικοινωνία και ποιότητα σχέσης.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Manne et al. (2017)	Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δύο τύπων παρεμβάσεων βασισμένων στο ζευγάρι, ψυχολογικής και λειτουργικότητας στη σχέση και πιθανών συγχυτών στην κάθε παρέμβαση.	Πρώιμος καρκίνος μαστού.	Ασθενείς με αρχική διάγνωση πορώδους καρκινώματος του μαστού, που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση τους τελευταίους 12 μήνες, οι οποίοι όμως δεν μπορούσαν να λάβουν ενεργό θεραπεία. <ul style="list-style-type: none"> • Ενήλικες ασθενείς και σύντροφοι. • Μιλούσαν αγγλικά. • Ασθενείς παντρεμένοι ή που συγκατοικούσαν με τον σύντροφό τους (δεν υπάρχει περιορισμός φύλου). • Το ζευγάρι να ζει σε απόσταση τουλάχιστον μίας ώρας 	Enhanced Couple-Focused Group Intervention (ECG). <ul style="list-style-type: none"> • Οχτώ 90λεπτες εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις με 2 θεραπευτές. • 1η συνεδρία- Προσανατολισμός συμμετεχόντων, δημιουργία εμπιστοσύνης με αρχηγό ομάδας και σχέσεων με άλλα μέλη ομάδας, πληροφορίες, συναισθήματα, συζήτηση εμπειριών, τεχνικές χαλάρωσης αναπνοής. • 2η συνεδρία- Επικοινωνιακές δεξιότητες επικοινωνίας, παιχνίδι ρόλων πομπού-δέκτη και αρνητική ανατροφοδότηση, χαλάρωση αναπνοής. • 3η συνεδρία- Αναγνώριση υποστηρικτικών αναγκών, ομαδική συζήτηση για διαχείριση ανησυχιών και συναισθημάτων. Δημιουργία καταλόγου επιθυμιών για δράσεις συντρόφου, ομαδικές ασκήσεις μυϊκής χαλάρωσης. • 4η συνεδρία- υποστήριξη από το σύντροφο, συζήτηση βιωμένων αλλαγών και του τρόπου παροχής βοήθειας για θετικές αλλαγές από σύντροφο, ασκήσεις μυϊκής χαλάρωσης. • 5η συνεδρία- Διαχείριση στρες και σεξουαλικής οικειότητας. • 6η συνεδρία- Επίλυση προβλημάτων. • 7η συνεδρία- Αντιμετώπιση συναισθημάτων και γνωστική αναπλαισίωση. Παρέμβαση Couples Support Group (SG). <ul style="list-style-type: none"> • Ομάδα ελέγχου. • Προσωποκεντρική και υποστηρικτική 	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή <ul style="list-style-type: none"> • Ομάδα παρέμβασης Enhanced Couple-Focused Group Intervention (ECG). • Ομάδα ελέγχου Couples Support Group (SG). Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> • Mental Health Inventory-38, Κλίμακες ανησυχίας, κατάθλιψης και ψυχικής ευεξίας. • Impact of Events Scale- Ανησυχία καρκίνου. • Dyadic Adjustment Scale (DAS)- Ικανοποίηση στην σχέση. • Perceived partner unsupportive behaviors (Manne & Schnoll, 2001) • Borkovec and Nau's scale- Αξιολόγηση θεραπείας. Αξιολόγηση σε τέσσερις περιόδους, στην έναρξη, μια εβδομάδα μετά την παρέμβαση 8 εβδομάδων, έξι μήνες μετά την παρέμβαση και δώδεκα μήνες μετά την παρέμβαση.	<ul style="list-style-type: none"> • 151 ζευγάρια στην παρέμβαση ECG. • 151 ζευγάρια στην παρέμβαση SG. • 107 ζευγάρια (71%) συμμετείχαν σε επτά ή όλες τις συνεδρίες της ECG. • 119 ζευγάρια (79%) συμμετείχαν σε όλες τις συνεδρίες της SG. • Τα ζευγάρια μεγαλύτερης ηλικίας αναφέρανε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ανησυχίας, κατάθλιψης, δυσφορίας σχετιζόμενης με τον καρκίνο. • Όταν ο ασθενής βίωσε σωματικές βλάβες, το ζευγάρι αντιμετώπιζε μεγαλύτερα επίπεδα ανησυχίας, κατάθλιψης και δυσαδρικής παρέμβαση Enhanced Couple-Focused Group Intervention (ECG) δεν είναι περισσότερο αποτελεσματική από την παρέμβαση Couples Support Group (SG).

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Pisu et al. (2017)	Η αξιολόγηση της σκοπιμότητας, αποδοχής και της επίδρασης μίας παρέμβασης χορών ballroom, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της σχέσης επιβίωσαντων του καρκίνου και των συντρόφων τους.	Καρκίνος μαστού, ενδομητρίου, ωοθηκών και παχέος εντέρου.	Γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει τη βασική τους θεραπεία για τον καρκίνο τουλάχιστον τρεις μήνες πριν την παρέμβαση και οι σύντροφοί τους.	Παρέμβαση ballroom χορών- The Restoring Health in You (and Your Partner) through Movement (RHYTHM). <ul style="list-style-type: none"> Δέκα ιδιωτικά 45λεπτα εβδομαδιαία μαθήματα χορού και δύο ομαδικά μαθήματα κατά τη διάρκεια 12 εβδομάδων με δάσκαλο χορού. Τα ζευγάρια διδάχτηκαν Foxtrot, Waltz, Cha-Cha και East Coast Swing, χοροί οι οποίοι έχουν ως αποτέλεσμα την έναρξη 5 μεταβολικών διαδικασιών την ώρα στον οργανισμό του αρρώστου. Εξάσκηση τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα για αύξηση επιπέδου της σωματικής τους δραστηριότητας Ζητήθηκε να κρατούν ημερολόγιο, αλλά δεν συμπληρώθηκε σωστά και δεν λήφθηκε υπόψιν. 	Τυχαιοποιημένη Πιλοτική Ελεγχόμενη Δοκιμή Εργαλεία: Ομάδα παρέμβασης- Παρέμβαση χορού (RHYTHM). Ομάδα ελέγχου- Λίστα αναμονής και καμία παρέμβαση για τις πρώτες δώδεκα εβδομάδες, μετά έλαβαν την ίδια παρέμβαση. <ul style="list-style-type: none"> Physical Activity, as self-reported on the Godin Leisure Time Exercise Questionnaire (GLTEQ)-Αξιολόγηση δραστηριότητας στον ελεύθερο χρόνο. 6 Minute Walk Test- Αξιολόγηση απόδοσης στη σωματική άσκηση. SF-36- Ποιότητα ζωής. Dyadic Trust Scale- Εμπιστοσύνη ζευγαρίου. Dyadic Adjustment Scale (DAS-7)- Δυαδική προσαρμογή. Τρείς ερωτήσεις για την αυτοαποκάλυψη. Συνεντεύξεις κατά το τέλος για την αξιολόγηση της αποδοχής 	<ul style="list-style-type: none"> 15 ζευγάρια στην ομάδα παρέμβασης 16 ζευγάρια στην ομάδα ελέγχου. Λόγοι μη συμμετοχή: χρονικοί περιορισμοί. Στην ομάδα παρέμβασης οι επιβιώσαντες παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στη σωματική δραστηριότητα, την λειτουργικότητα, την "ψυχική" ποιότητα ζωής, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Οι σύντροφοι και στις δύο ομάδες δεν έδειξαν καμία σημαντική αλλαγή, εκτός από τους συντρόφους στην ομάδα παρέμβασης που έδειξαν βελτίωση στη δυαδική συμφωνία και χαρά. Σημαντική επίδραση της παρέμβασης στη σωματική δραστηριότητα, την "ψυχική" ποιότητα ζωής και τη δυαδική κλίμακα εμπιστοσύνης (Dyadic Trust Scale). Η μελέτη είναι εφικτή, αποδεκτή και αποτελεσματική.

<p>Robertson et al. (2016)</p>	<p>Πρωτογενής στόχος: καθορισμός του αν, η σχεσιακή-ψυχοσεξουαλική παρέμβαση είναι εφικτή και αποδεκτή για ζευγάρια που βιώνουν καρκίνο του προστάτη. Δευτερογενή στόχο αποτέλεσε ο καθορισμός των παραμέτρων σε μια πλήρους κλίμακας δοκιμή.</p>	<p>Καρκίνος προστάτη.</p>	<p>Ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση 11 εβδομάδες έως 4 χρόνια πριν τη συμμετοχή στην μελέτη. Ο/Η σύντροφός τους ήταν πρόθυμος να λάβει μέρος στην μελέτη. Δεν είχαν τιμή μεγαλύτερη από 60 στη σεξουαλική λειτουργία στην κλίμακα Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC). Είχαν πρόγνωση μεγαλύτερη του ενός έτους. Μπορούσαν να υποβάλουν γραπτή συγκατάθεση. Γνώση αγγλικής γλώσσας. Ζούσαν σε κοντινή απόσταση από τον τόπο διεξαγωγής της</p>	<p>Παρέμβαση: Σχεσιακή Ψυχοσεξουαλική Θεραπεία για Ζευγάρια με Καρκίνο Προστάτη.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματική αποκάλυψη • Ψυχοεκπαίδευση • Σχεσιακές και σεξουαλικές ανάγκες • Δυαδική προσαρμογή και αντιμετώπιση • Βιβλιάριο θεραπείας • Έξι 50 λεπτές συνεδρίες. 	<p>Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Πιλοτική Δοκιμή. Εργασία: Αποτελέσματα μέσω αυτοαξιολόγησης σε τρεις φάσεις, πριν την παρέμβαση (T0), στο τέλος της παρέμβασης ή 4 μήνες μετά την παρέμβαση για έλεγχο (T1), 6 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης</p> <ul style="list-style-type: none"> • The EPIC- Ποιότητα ζωής σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη. • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15)- Λειτουργικότητα οικογένειας κατά την θεραπεία. • Συμπλήρωση κλίμακας 0-10 σε κάθε συνεδρία για να διαπιστωθεί αν η δυάδα ακολουθεί τις οδηγίες • Σκοπιμότητα και αποδοχή αξιολογήθηκαν με βάση την συμμετοχή, το ποσοστό διατήρησης, την αποτελεσματική τυχαιοποίηση και κλινικά σημαντικές βελτιώσεις. • Ομάδα ελέγχου: Λίστα αναμονής για εφαρμογή της παρέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • 43 ζευγάρια, 44 άνδρες και 42 γυναίκες • Μέση ηλικία 63,7 έτη • Μέσος χρόνος από την επέμβαση 11,51 μήνες • Η παρέμβαση ήταν εφικτή και αποδεκτή • Καλό επίπεδο αξιοπιστίας • Δύο ενότητες της παρέμβασης δεν αναπτύχθηκαν πολύ, "ο ρόλος του οργανισμού στη σεξουαλική δραστηριότητα και η αισθησιακή εστίαση • Κλινικά σημαντικά αποτελέσματα στην μείωση της ανησυχίας σχετιζόμενης με τη σεξουαλική λειτουργία
--------------------------------	---	---------------------------	--	--	--	--

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Porter et al. (2016)	Σκοπός της μελέτης ο έλεγχος της εφαρμοσιμότητας και πρώιμης αποτελεσματικότητας της μελέτης βασισμένης σε ζευγάρια με προχωρημένο γαστρεντερικό καρκίνο Couples Communication Skills Training (CCST).	Προχωρημένος καρκίνος γαστρεντερικού συστήματος.	Έγγαμοι ή δεσμευμένοι ασθενείς. Διαγνωσμένοι με καρκίνο του γαστρεντερικού συστήματος, σταδίου III ή IV. Προσδόκιμο ζωής ≥ 6 μηνών. Απόρριψη εάν υπήρχαν δυσκολίες επικοινωνίας με κάποιον σύντροφο.	Παρέμβαση Couples Communication Skills Training (CCST). <ul style="list-style-type: none"> • Έξι 60λεπτες συνεδρίες μέσω βιντεοκλίσης. • Εκπαίδευση σε δύο δεξιότητες επικοινωνίας, αλληλοαποκάλυψη συναισθημάτων και σκέψεων της εμπειρίας του καρκίνου. Λήψη αποφάσεων για θέματα σχετιζόμενα με τον καρκίνο. • 1η συνεδρία-εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας για την αποκάλυψη σκέψεων και συναισθημάτων για τον καρκίνο, παράλληλα με στρατηγικές αποδοχής και επιβεβαίωσης των συναισθημάτων και των προοπτικών του άλλου από μου. • 2η συνεδρία- εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας σχετικά με κοινή λήψη αποφάσεων. • 3η έως 6η συνεδρία- επιλογή από τη δυάδα θέματος προς συζήτηση και είτε μόνο εστίαση σε αυτό ή/και λήψη απόφασης • Συζήτηση στο τέλος της προόδου. Παρέμβαση Healthy Lifestyle Intervention (HLI)(ομάδα ελέγχου) <ul style="list-style-type: none"> • Πληροφόρηση για τον καρκίνο σε υποστηρικτικό πλαίσιο. Συζήτηση μεταξύ της δυάδας αλλά όχι εκμάθηση δεξιοτήτων. 	Τυχαίοποιημένη Πιλοτική Μελέτη Παρέμβαση Couples Communication Skills Training (CCST). Παρέμβαση Healthy Lifestyle Intervention (HLI)(ομάδα ελέγχου) Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> • Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)- αποδοχή • Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)- ικανοποίηση στη σχέση. • Miller Social Intimacy Scale (MSIS)- οικειότητα. • Marital Satisfaction Inventory— Revised, Problem Solving Communication, and Affective Communication- επικοινωνία • Impact of Events Scale- Άνησυχία σχετιζόμενη με καρκίνο. • Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)-Ψυχολογική ανάπτυξη. • Standard Self-efficacy Scale Αυτοαποτελεσματικότητα. Σύγκριση των δύο παρεμβάσεων	<ul style="list-style-type: none"> • 29 ζευγάρια ολοκλήρωσαν την μελέτη. • Λόγοι για μη συμμετοχή ήταν το μη ενδιαφέρον, έλλειψη χρόνου, αίσθημα κακουχίας, ανησυχίες ιδιοτικότητας. • Υψηλή ικανοποίηση από την παρέμβαση. • Ικανοποίηση καθώς μπορούσαν να συζητήσουν ανοιχτά. • Σημαντικά βοηθητική η εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας, ιδιαίτερα της ακρόασης. • Μικρή με μεσαία επίδραση στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (CCST) όσον αφορά την ικανοποίηση στη σχέση, την οικειότητα, επικοινωνία, και επίλυση προβλημάτων στους ασθενείς. • Μεσαία επίδραση στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (CCST) όσον αφορά την ικανοποίηση στη σχέση στους συντρόφους. • Η παρέμβαση είναι εφαρμόσιμη και αποδεδειγμένη σε μεγάλο βαθμό.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Song et al. (2015)	Η αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητας και αποδοχής της παρέμβασης για ζευγάρια, βασισμένη στο διαδίκτυο, Prostate Cancer Education and Resources for Couples (PERK).	Καρκίνος προστάτη.	Ασθενείς με καρκίνο προστάτη, που έχουν ολοκληρώσει πρωταρχική θεραπεία (χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ορμονοθεραπεία). Σύντροφοι πρόθυμοι να συμμετέχουν στην μελέτη. Πρόσβαση σε υπολογιστή ή διαδίκτυο. Οι σύντροφοι ηλικίας 21 ετών και άνω και να αναγνωρίζονται ως σύντροφοι από τον ασθενή. Να μην έχουν διαγνωστεί οι ίδιοι με καρκίνο ή να έχουν λάβει θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες. Γνώση αγγλικής γλώσσας.	Παρέμβαση PERC. <ul style="list-style-type: none"> • 7 διδακτικές ενότητες για τα ζευγάρια, 2 υποχρεωτικές και 5 προαιρετικές. • Οι υποχρεωτικές περιλαμβάναν πληροφορίες για το πώς τα ζευγάρια μπορούν να δουλέψουν ομαδικά, επικοινωνία και διάφορα θέματα επιβίωσης όπως η ανησυχία, η χαλάρωση, η επικοινωνία με την ομάδα φροντίδας. • Οι προαιρετικές ενότητες εστίασαν στη διαχείριση συμπτωμάτων του καρκίνου όπως κίνηση εντέρου, ορμονικά, σεξουαλικά, ουρολογικά αλλά και γενικά συμπτώματα όπως η κόπωση, ο πόνος, ο ύπνος. • Παραπομπή σε βίντεο για την κατανόηση δεξιοτήτων και εργασιών που ωθούσαν το ζευγάρι στη συζήτηση και συνεργασία. • Παραπομπή σε άλλες οργανώσεις και υπηρεσίες αν το επιθυμούσε το ζευγάρι. • Κάθε ενότητα 10-20 λεπτά. • Ενθάρρυνση για υλοποίηση όσων διδάχτηκαν. Δυνατότητα εκμάθησης ατομικά.	Μικτή Μέθοδος. Ποσοτική και Ποιοτική. Παρέμβαση PERC. Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> • Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—General (FACT-G) scale- Ποιότητα ζωής. • Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC)-Ανησυχία συμπτωμάτων. • Mutuality and Interpersonal Sensitivity Scale- Δυαδική επικοινωνία. • Relationship Assessment Scale- Ικανοποίηση στη σχέση. Ημιδομημένη συνέντευξη διάρκειας 45-60 λεπτών στο τέλος της παρέμβασης για αξιολόγηση εμπειρίας ζευγαριών στο PERK, ως ζευγάρι αλλά και ατομικά.	<ul style="list-style-type: none"> • 26 ζευγάρια επιλέχθηκαν. • 25 ζευγάρια ολοκλήρωσαν την παρέμβαση (PERK). • 22 ζευγάρια ολοκλήρωσαν τη συνέντευξη στο τέλος. • Στην τελική ανάλυση 22 ζευγάρια. • Βελτίωση στην ευερεθιστότητα κατά την ούρηση και λειτουργία του εντέρου. • Βελτίωση της αντίληψης των συμπτωμάτων του ασθενούς από τους συντρόφους. • Βελτίωση σωματικής και κοινωνικής ποιότητας ζωής των ασθενών. • Μικρή βελτίωση κοινωνικής ποιότητας ζωής των ασθενών και συντρόφων. • 8 ζευγάρια συμμετείχαν πάντα μαζί. • 5 ζευγάρια συμμετείχαν πάντα ξεχωριστά. • 9 ζευγάρια συμμετείχαν και με τους δύο τρόπους. • Συχνότερα επισκεπτόμενες ενότητες: σεξουαλική δυσλειτουργία, κόπωση, ουρολογική δυσλειτουργία • Εύκολη στην κατανόηση και την συμμετοχή. • Οι υπηρεσίες που παρείχε η παρέμβαση ήταν υψηλής ποιότητας. • Ζευγάρια ικανοποιημένα από την παρέμβαση και αναφέρθηκε βελτίωση της γνώσης τους για τη διαχείριση συμπτωμάτων και την επικοινωνία ως ζευγάρι. Εφαρμόσιμη, αποδεκτή και αποτελεσματική μέθοδος για την μείωση των συμπτωμάτων και των παρενεργειών της θεραπείας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Reese et al. (2014)	Η αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητας, αποδοχής και πρώιμης αποτελεσματικότητας της παρέμβασης ενδυνάμωσης της οικειότητας (IE).	Καρκίνος παχέος εντέρου.	Ασθενείς άνω των 21 ετών. Παντρεμένοι ή κάποιον σύντροφο για τουλάχιστον 1 έτος. Είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία παχέος εντέρου. Γνώση αγγλικής γλώσσας.	Παρέμβαση ενδυνάμωσης οικειότητας (IE). <ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση της οικειότητας. • 4 συνεδρίες διάρκειας 50 λεπτών. • Εκπαίδευση και εκμάθηση συμπεριφορικών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση σεξουαλικών δυσκολιών και βελτίωση οργανικής και συνασθηματικής οικειότητας με τεχνικές σεξουαλικής θεραπείας και θεραπείας ζευγαριού, όπως ασκήσεις αισθησιακού αγγίγματος, σεξουαλικής επικοινωνίας, αναγνώριση αρνητικών σεξουαλικών καταστάσεων. <p>Εκμάθηση δεξιοτήτων σε κάθε συνεδρία (σχετικά με την οικειότητα στη σχέση) και συμπεριφορικές ασκήσεις με εξάσκηση και στο σπίτι.</p>	Τυχαίοποιημένη Πιλοτική Δοκιμή Τηλεφωνική Παρέμβαση. <p>Εργαλεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Index of Sexual Satisfaction- Σεξουαλική ανησυχία. • Dyadic Sexual Communication Scale- Σεξουαλική επικοινωνία. • The Miller Social Intimacy Scale. • Female Sexual Function Index (FSFI)- Σεξουαλική λειτουργία. • Sexual Function Questionnaire- The Medical Impact subscale- Ιατρική επίδραση στην σεξουαλική λειτουργία. • Κλίμακα 10-100 για αξιολόγηση αυτοαποτελεσματικότητας, με βαθμολόγηση αυτοπεποίθησης, σεξουαλική επικοινωνίας, σεξουαλικές δυσκολίες, απόλαυσης. <p>Η εφαρμοσιμότητα μετρήθηκε με βάση τη συμμετοχή και η αποδοχή με την αξιολόγηση της ευκολίας στη συμμετοχή, το πόσο βοηθητική ήταν η παρέμβαση, αν ικανοποίησε τις προσδοκίες τους και εάν βοήθησε στη συντροφικότητα, την ευκολία χρήσης της παρέμβασης. Ομάδα ελέγχου: Λίστα αναμονής για τοποθέτηση στην παρέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η παρέμβαση ήταν εφαρμόσιμη, αποδεκτή και αποτελεσματική. • 55,6% των ασθενών έπασχαν από ορθικό καρκίνο. • 55,6% βρισκόταν στο στάδιο IV της νόσου. • 18 δυάδες ολοκλήρωσαν την μελέτη, 10 στην ομάδα παρέμβασης και 8 στην ομάδα ελέγχου. • Όλες οι δυάδες στην ομάδα παρέμβασης ολοκλήρωσαν όλες τις συνεδρίες. • Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την παρέμβαση θετικά όσον αφορά την ευκολία στη συμμετοχή, την βοήθεια και τη σχετικότητα. • Οι περισσότεροι ήταν ευχαριστημένοι διότι η παρέμβαση ήταν τηλεφωνική. • Οι περισσότεροι εφάρμοσαν τις δεξιότητες που έμαθαν μέσα σε δύο εβδομάδες. • Η παρέμβαση αξιολογήθηκε ως βοηθητική. • Αυξημένη σεξουαλική λειτουργία στην ομάδα παρέμβασης. • Μείωση της αντινεοπλασματικής φαρμακευτικής επίδρασης στη σεξουαλική λειτουργία στην ομάδα παρέμβασης. • Αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας.

Συγγραφείς-Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Chambers et al. (2014)	Η διερεύνηση του τρόπου παρέμβασης διαχείρισης της σεξουαλικής νοσηρότητας λόγω της διάγνωσης και θεραπείας του προστάτη	Καρκίνος του προστάτη.	Ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σε διάστημα 12 μηνών πριν από την παρέμβαση ή με πρόσφατη διάγνωση που πρόκειται να υποβληθούν σε ριζική προστατεκτομή. Ετερόφυλα ζευγάρια που συγκατοικούνε. Γνώση αγγλικής γλώσσας. Να μην υπάρχει προηγούμενο ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, άνοιας ή ψυχιατρικής ασθένειας. Να μην υπάρχει συνυπάρχων καρκίνος.	<p>Παρέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 συνεδρίες σε όσους δεν είχαν πραγματοποιήσει ακόμη χειρουργική επέμβαση, δύο τηλεφωνήματα προ χειρουργείου και δύο 16 και 22 εβδομάδες μετά αντίστοιχα. 8 συνεδρίες σε όσους είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο, αρχικά δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση, δύο τηλεφωνήματα στις επόμενες 10 εβδομάδες και άλλα δύο αντίστοιχα στις 16 και τις 22 εβδομάδες. DVD με συμβουλές για τις δυο παρεμβάσεις. Μαγνητοσκοπημένες συνεδρίες. <p>Παρέμβαση νοσηλευτικής συμβουλευτικής.</p> <ul style="list-style-type: none"> Αρχές γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας σχετικά με το σεξ και το ζευγάρι, στην οποία η δυάδα έθετε τους στόχους. Εκπαίδευση για καρκίνο του προστάτη, εμμνόνη παύση, σεξουαλικότητα. Ασκήσεις στο σπίτι για αύξηση στοργής και μη απαιτητικού σεξουαλικού αγγίγματος. Αντιμέτωπιση αρνητικών αντιλήψεων για τον καρκίνο του προστάτη, τη σεξουαλικότητα και την ηλικία, βοήθεια στην επιλογή θεραπείας και προσαρμογή στη σεξουαλική σχέση. <p>Αντιμέτωπιση προβλημάτων κατά την έναρξη της θεραπείας.</p> <p>Παρέμβαση εθελοντών επιβιώσαντων του καρκίνου του προστάτη.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενσυναίσθητική αλληλουποστήριξη και εκπαίδευση. Υποστήριξη βασισμένη σε βιωμένες προσωπικές εμπειρίες, όχι επαγγελματική. Ψυχο-εκπαίδευση για καρκίνο του προστάτη, κοινές εμπειρίες για χειρουργική επέμβαση και αποκατάσταση, διαχείριση παρενεργειών. Βελτίωση επικοινωνίας μεταξύ ζευγαριού αλλά και επαγγελματιών υγείας. Διατήρηση οικειότητας στη σχέση, σεξουαλικά προβλήματα. <p>Διαχείριση και καθορισμός στόχων.</p>	<p>Τυχαιοποιημένη Πιλοτική Δοκιμή.</p> <ul style="list-style-type: none"> Παρέμβαση νοσηλευτικής συμβουλευτικής. Ομάδα ελέγχου: Συνήθης φροντίδα. <p>Εργαλεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> Masculine Self-Esteem scale- Αυτοαξιολόγηση ανδρισμού. Revised Dyadic Adjustment Scale- Ικανοποίηση στη σχέση. The Miller Social Intimacy Scale- Οικειότητα στη σχέση. Ανοιχτές ερωτήσεις για την αξιολόγηση του προγράμματος. Working Alliance Inventory- Ποιότητα σχέσης. <p>Επανεκτίμηση 12 μήνες μετά την παρέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 189 ασθενείς επιλέχθηκαν: 64 στην ομάδα ελέγχου, 62 στην ομάδα παρέμβασης νοσηλευτικής συμβουλευτικής, 63 στην ομάδα παρέμβασης εθελοντών επιβιώσαντων του καρκίνου του προστάτη. 74% προεγχειρητικά & 26% μετεγχειρητικά. 144 ζευγάρια (76,2%) ολοκλήρωσαν όλα τα μέρη της παρέμβασης. 84% ολοκλήρωσαν την αξιολόγηση μετά από 12 μήνες. Μετά από 12 μήνες φάνηκε ότι ήταν πιθανό να λάβουν θεραπεία για την στυτική δυσλειτουργία 3,14 φορές και 3,67 φορές περισσότερο όσοι ήταν στην ομάδα παρέμβασης εθελοντών και στην ομάδα παρέμβασης νοσηλευτών αντίστοιχα. Όσοι ήταν στην ομάδα παρέμβασης νοσηλευτών ήταν 4,04 φορές πιθανότερο να λάβουν από του στόματος θεραπεία. Δεν βρέθηκαν σημαντικές επιδράσεις όσον αφορά τη σεξουαλική λειτουργία, τις σεξουαλικές ανάγκες, την αυτοπεποίθηση, την ικανοποίηση από τον σύντροφο ή την οικειότητα. <p>Δεν φάνηκε οι παρεμβάσεις να είναι περισσότερο αποτελεσματικές εκτός από την επίδραση στη φαρμακευτική αγωγή που είχε κλινικά σημαντικά χαρακτηριστικά.</p>

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Walker et al. (2013)	Η δοκιμή εκπαιδευτικής παρέμβασης, σχεδιασμένη ώστε να βοηθήσει τα ζευγάρια να προβλέψουν και να διαχειριστούν τις αλλαγές εξαιτίας της θεραπείας στέρωσης ανδρογόνων και η διερεύνηση των επιδράσεων της παρέμβασης στη σχέση του ζευγαριού.	Καρκίνος προστάτη.	Ασθενείς που είχαν ή επρόκειτο να ξεκινήσουν θεραπεία στέρωσης ανδρογόνων στο Halifax και το Calgary. Τα ζευγάρια αποκλείστηκαν αν κάποιος από τη δυάδα δεν μιλούσε και δεν μπορούσε να διαβάσει αγγλικά, δεν ένιωθε καλά και αδύνατο ύστε να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια διάρκειας 1 ώρας ή παρουσίασε μεταστατικά συμπτώματα.	Εκπαιδευτική Παρέμβαση. • Οδηγός 70 σελίδων με τίτλο: "Androgen Deprivation Therapy: A Guide for Prostate Cancer Patients and Their Partners". • Διαχείριση παρενεργειών που επηρεάζουν τον ασθενή αλλά και το ζευγάρι. • 2 εβδομάδες για να το αναγνώσουν. • Εκπαιδευτική συνεδρία από ομάδα άνδρα-γυναίκας, για να καλύψει τις ανησυχίες και των δύο συντρόφων (στα ετερόφυλα ζευγάρια). • Συνεδρίες διάρκειας 1 ώρας. • Συζήτηση των προβληματισμών του ζευγαριού που προέκυψαν από την ανάγνωση του οδηγού. Αξιολόγηση στους 6 μήνες.	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πιλοτική μελέτη. Εργαλεία: • Εκπαιδευτική παρέμβαση. • The Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)- Οικειότητα στην σχέση. • The Dyadic Adjustment Scale (DAS)- Δυαδική προσαρμογή. • Ομάδα ελέγχου: Συνήθης φροντίδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. • Οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση της οικειότητας στην ομάδα παρέμβασης ενώ οι σύντροφοί όχι. • Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη δυαδική προσαρμογή στις δύο ομάδες ωστόσο υπήρχε μικρή βελτίωση της δυαδικής προσαρμογής στην ομάδα παρέμβασης και για τα δύο μέλη της δυάδας. • Υπάρχει όφελος από την μελέτη και είναι εφαρμόσιμη, προτείνεται έλεγχος σε μεγαλύτερο δείγμα.
Reese et al. (2012)	Η συλλογή δεδομένων σχετικά με την εφαρμοσιμότητα και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.	Καρκίνος παχέος εντέρου.	Ασθενείς 21 ετών και άνω. Παντρεμένοι ή συγκατοικούσαν με το σύντροφό για τουλάχιστον 1 χρόνο. Είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή άλλη θεραπεία για καρκίνο παχέος εντέρου. Γνώση αγγλικής γλώσσας. Ασθενείς με σεξουαλικές ανησυχίες	Παρέμβαση Intimacy Enhancement (Ενίσχυσης Οικειότητας). • 50 λεπτές τηλεφωνικές συνεδρίες που διδάζαν στην δυάδα συμπεριφορικές δεξιότητες για την αντιμετώπιση σεξουαλικών δυσκολιών. • Τεχνικές σεξουαλικής θεραπείας και θεραπείας ζεύγους/συζυγική. • Αισθησιακό άγγιγμα, βελτίωση σεξουαλικής επικοινωνίας, αναγνώριση και επίλυση αρνητικών καταστάσεων. • 1η συνεδρία- Ενημέρωση για την επίδραση του καρκίνου στο σεξ και την οικειότητα. Αναγνώριση προκλήσεων και αναγνώριση στόχων. • 2η συνεδρία- Ασκήσεις επικοινωνίας. • 3η συνεδρία- Γνωστικές επανορθωτικές ασκήσεις για αναγνώριση και αλλαγή αρνητικών ή μη ευέλικτων αντιλήψεων σχετιζόμενων με τη σεξουαλική σχέση και συμπεριφορικές ασκήσεις για αύξηση οικειότητας.	Πιλοτική Μελέτη Σκοπιμότητας. Εργαλεία: • The Index of Sexual Satisfaction (ISS)- Σεξουαλική ανησυχία. • Female Sexual Function Index (FSFI)- Σεξουαλική λειτουργία. • International Index of Erectile Functioning (IIEF)- Σεξουαλική λειτουργία. • The Dyadic Sexual Communication Scale (DSCS)- Σεξουαλική επικοινωνία. • The Miller Social Intimacy Scale (MSIS)- Οικειότητα. • 4-item Dyadic Adjustment Scale (DAS-4)- Δυαδική προσαρμογή. • Η σκοπιμότητα αξιολογήθηκε μετά τη θεραπεία αξιολογώντας τη βοήθεια, τη συχνότητα και την ευκολία χρήσης. Δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου.	<ul style="list-style-type: none"> • 14 ζευγάρια συμφώνησαν να συμμετέχουν και 11 συμμετείχαν τουλάχιστον σε μία συνεδρία. • 9 ολοκλήρωσαν όλες τις συνεδρίες και τις αξιολογήσεις. • 83% θεώρησαν την παρέμβαση αρκετά εύκολη στη συμμετοχή και αρκετά βοηθητική γενικά. • 83% θεώρησε ότι η παρέμβαση κάλυψε τις προσδοκίες τους και τη θεώρησαν σημαντική για ανθρώπους με καρκίνο παχέος εντέρου. • 78% ήταν ευχαριστημένοι που η παρέμβαση ήταν τηλεφωνική. • Σημαντική βελτίωση σεξουαλικής ανησυχίας, γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας, σεξουαλικής επικοινωνίας. • Μέτρια βελτίωση δυαδικής προσαρμογής. • Μικρή βελτίωση οικειότητας. • Μικρή βελτίωση ανδρικής σεξουαλικής λειτουργίας. • Η μελέτη είναι εφαρμόσιμη και αποτελεσματική για να βοηθήσει ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Decker et al. (2012)	Η ανάπτυξη και αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητας σύντομης παρέμβασης για μείωση της ψυχοσεξουαλικής νοσηρότητας μέσα στη δυάδα και δευτερεύοντος της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου του μαστού.	Καρκίνος του μαστού.	Ετεροφυλόφιλες γυναίκες. Σε σχέση ενόσ η περισσότερων ετών. Ο σύντροφος πρόθυμος να συμμετέχει. Διάγνωση σταδίου I, II ή III τους τελευταίους 9 μήνες. 20-59 ετών.	Παρέμβαση • Βασισμένη στη θεωρία συστημάτων των Cox & Paley, 1997, Sameroff, 1994. • 60 λεπτές συνεδρίες ανά 2-3 εβδομάδες από κοντά ή τηλεφωνικά. • Αναλυτικός οδηγός. • 1η συνεδρία- 3 έως 9 μήνες μετά τη διάγνωση, επικοινωνία. • 2η συνεδρία- Οικειότητα και σεξουαλική ευεξία, ψυχική επίδραση καρκίνου, σεξουαλική λειτουργία, αλλαγές εικόνας σώματος. 3η συνεδρία- Δυαδική αντιμετώπιση και αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης συναισθηματικής ανησυχίας, κατάθλιψης, ανησυχίας, θυμού, ενοχής.	Οιωνοί Πειραματική Μελέτη. Παρέμβαση. Εργαλεία: • Heather- ington Intimate Relationship Scale- Οικειότητα. • Watts Sexual Functioning scale- Σεξουαλική λειτουργία. • Dyadic Adjustment Scale- Ποιότητα σχέσης. • Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)- Συναισθηματική ανταπόκριση. • Spielberger State-Trait Anxiety Inventory- Συναισθηματική ανταπόκριση. • Ways of Coping Checklist- Στρατηγικές αντιμετώπισης. • Body Image Scale- Αυτοαντίληψη. • Mastery Scale- Προσωπικός έλεγχος. • Symptomatology Index- Συμπτωματολογία. • Participant Evaluation Questionnaire- Αξιολόγηση πλεονεκτημάτων- μειονεκτημάτων. Ομάδα ελέγχου: Καμία παρέμβαση.	<ul style="list-style-type: none"> • 42% συναίνεση συμμετοχής. • Λόγοι άρνησης: θέμα ταμπού, απόσταση, μη αποδοχή συντρόφων, χρονικοί περιορισμοί και θέματα προγραμματισμού. • Παρέμβαση εφικτή και αποδεκτή για τις δυάδες, άνεση συζήτησης για τη σχέση. • 26 δυάδες συμμετείχαν από κοντά, εκ των οποίων 25 ολοκλήρωσαν όλες τις συνεδρίες. • 14 δυάδες τηλεφωνικά, εκ των οποίων ολοκλήρωσαν όλες, και τις τρεις συνεδρίες. • Ένα μειονέκτημα εκείνων που παρακολούθηθηκαν τηλεφωνικά ήταν ότι δεν γνώρισαν από κοντά το υπεύθυνο για την παρέμβαση με αποτέλεσμα έλλειψη επικοινωνίας.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Schover et al. (2011)	Η ενδυνάμωση της σεξουαλικής ικανοποίησης των συντρόφων και η εφαρμοσιμότητα θεραπειών για την στυτική δυσλειτουργία στην σεξουαλική τους ζωή.	Καρκίνος προστάτη.	Ετεροφυλόφιλοι ασθενείς με καρκίνο προστάτη. 18 ετών και άνω. Χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία 3 μήνες έως 7 χρόνια πριν την μελέτη. Ζευγάρι παντρεμένο ή να συζεί για τουλάχιστον 1 χρόνο. Συγκατάθεση και από τους δύο συντρόφους. Αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης στύσης τους τελευταίους 3 μήνες και απουσία νυχτερινών στύσεων. Δεν χρησιμοποιούσαν θεραπεία για τη στυτική δυσλειτουργία και δεν έλαβαν ορμονοθεραπεία.	Παρέμβαση CARE. Ομάδα Άμεσης Παρέμβαση (FF). • 3 συνεδρίες από κοντά διάρκειας 90 λεπτών η πρώτη και 50-60 λεπτών η δεύτερη και η τρίτη. Ομάδα Άμεσης Διαδοκτικής Παρέμβασης (WEB1 & WEB2). • Επικοινωνία μέσω mail. • Κοινό περιεχόμενο στις δύο ομάδες βασισμένο στη γνωστική-συμπεριφορική θεωρία. • Ασκήσεις ενδυνάμωσης έκφρασης στοργής, σεξουαλικής επικοινωνίας, έναρξης σεξουαλικής επαφής, απουσίας ανησυχίας κατά την επαφή. Ασκήσεις αναγνώρισης αρνητικών αντιλήψεων για την σεξουαλικότητα και γνωστική αναδιτύπωση.	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή. • Παρέμβαση CARE (Άμεση και διαδοκτική). • Ομάδα ελέγχου: Λίστα αναμονής 3 μηνών και μετά τυχαιοποίηση σε μία από τις δύο ομάδες. Εργαλεία: • Ερωτηματολόγια αξιολόγησης της μελέτης στη λήξη και 3, 6 και 12 μήνες μετά. • International Index of Erectile Function (IIEF)- Σεξουαλική λειτουργία και ικανοποίηση ανδρών. • Female Sexual Function Inventory (FSFI)- Σεξουαλική λειτουργία και ικανοποίηση γυναικών. • Dyadic Adjustment Scale (A-DAS)- Ικανοποίηση στην σχέση. • BSI-18- Ανησυχία. Ομάδα ελέγχου: Λίστα αναμονής.	<ul style="list-style-type: none"> • 115 ζευγάρια στην μελέτη και επιπλέον 71 στην ομάδα WEB2. • Καμία σημαντική αλλαγή για όσους ήταν στη λίστα αναμονής. • Καμία σημαντική αλλαγή στην σεξουαλική ικανοποίηση γυναικών. • Σημαντική βελτίωση στην κλίμακα Dyadic Adjustment Scale (A-DAS) τόσο για τις γυναίκες όσο και τους άνδρες. • Βελτίωση στη σεξουαλική λειτουργία γυναικών με αποτέλεσμα την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης CARE. • Όσοι έλαβαν θεραπεία για τη στυτική δυσλειτουργία παρουσίασαν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία από όσους δεν έλαβαν.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Porter et al. (2009)	Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας συναισθηματικής παρέμβασης σε ζευγάρια με καρκίνο παχέος εντέρου.	Καρκίνος παχέος εντέρου.	Ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου II-IV, με προσδόκιμο ζωής τουλάχιστον 6 μηνών και οι σύντροφοι τους. Αγγλική γλώσσα και ενήλικες. Ασθενείς ογκολογικών κλινικών στο Duke University και University of North Carolina.	<p>Παρέμβαση Συναισθηματικής Αποκάλυψης.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμένη για εκπαίδευση ζευγαριών σε δεξιότητες για την αποκάλυψη των συναισθημάτων και των ανησυχιών που σχετίζονται με την εμπειρία του καρκίνου από τους ασθενείς. • Συναντήσεις με κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο μεταπτυχιακού επιπέδου. • 1η συνεδρία, 75 λεπτά, 2η-4η, 45 λεπτά, διάρκεια έως και 8 εβδομάδες για να ολοκληρωθούν οι συνεδρίες. • 1η συνεδρία- Επεξήγηση της παρέμβασης και εκπαίδευση του ζευγαριού σχετικά με δεξιότητες αποκάλυψης ανησυχιών σχετιζόμενων με τον καρκίνο. • Οδηγίες προς ασθενείς, σκέψη σχετιζόμενων εμπειριών με τον καρκίνο που προκαλεί έντονα συναισθήματα, λεπτομερής περιγραφή προς το σύντροφο και παύσεις για την ανταπόκριση του συντρόφου. • Οδηγίες προς συντρόφους, υποστηρικτικός ρόλος, έκφραση ενσυναίσθησης, αποφυγή επίλυσης προβλημάτων, εφησυχασμού ή παροχή συμβουλών και αντανάκλαστική ακρόαση. <p>Εκπαίδευση με διδακτικά και εμπειρικά περιεχόμενα και παροχή φυλλαδίων στο ζευγάρι. Ο θεραπευτής βοήθησε στην αναγνώριση ανταποκρίσεων που ο ασθενής θεωρούσε βοηθητικές ή όχι. Οι σύντροφοι έπρεπε να ενθαρρύνουν τους ασθενείς στην έκφραση συναισθημάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνεδρία 2η-4η- Σύντομη περιγραφή των στρατηγικών που διδάχτηκαν στην 1η συνεδρία. • Έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών από ασθενείς και ενθάρρυνση, κατανόηση και αποδοχή από συντρόφους με σκοπό την αποκάλυψη. • Ο θεραπευτής επενέβη μόνο για να αποθαρρύνει αρνητικές αντιδράσεις, να οδηγήσει στην αποκάλυψη με βάση τις πληροφορίες από την 1η συνεδρία και να διασφαλίσει ότι η συζήτηση του ζευγαριού εστιάζει στον ασθενή. <p>Η ομάδα ελέγχου έλαβε εκπαίδευση γύρω από τον καρκίνο και υποστήριξη του ζευγαριού, κυρίως με την παροχή πληροφοριών που αφορούσαν τη νόσο και διαδικαστικά θέματά.</p>	<p>Τυχαιοποιήμενη Ελεγχόμενη Δοκιμή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρέμβαση • Quality of Marriage Index (QMI)- Ποιότητα και ικανοποίηση σχέσης. • Dyadic Adjustment Scale- Ποιότητα και ικανοποίηση σχέσης. • Miller Social Intimacy Scale (MSIS)- Οικειότητα. • Profile of Mood States-Short Form (POMS- SF)- Ψυχολογική ανησυχία. • Κλίμακα των Pistrang and Barker που αξιολογούσε την αποστασιοποίηση. <p>Ομάδα ελέγχου: Εκπαιδευτική-Υποστηρικτική Παρέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Σημαντική επίδραση του χρόνου θεραπείας στην ποιότητα της σχέσης, αλλά δεν είχε σημαντική επίδραση στην οικειότητα ή την διαταραχή διάθεσης. • Δεν υπήρχε σημαντική επίδραση ανάμεσα στο χρόνο, τη θεραπεία και τον κοινωνικό ρόλο, υποδεικνύοντας ότι η επίδραση της θεραπείας δεν διέφερε σε ασθενείς και συντρόφους. • Δεν υπήρχαν σημαντικές επιδράσεις στον κοινωνικό ρόλο, υποδεικνύοντας ότι η ποιότητα στην σχέση, η οικειότητα και η διαταραχή διάθεσης και δε διέφεραν σημαντικά ανάμεσα σε ασθενείς και συντρόφους. • Καλύτερη ποιότητα στη σχέση από ότι στην ομάδα ελέγχου. • 53 ζευγάρια στην ομάδα παρέμβασης και 59 στην ομάδα ελέγχου • Βελτίωση στην ποιότητα της σχέσης και την οικειότητα στην ομάδα παρέμβασης αν οι ασθενείς κρατούσαν αρχικά τα συναισθήματά τους και δεν τα αποκάλυπταν.

Πίνακας 2. Μελέτες Δυαδικής Παρέμβασης με Μεικτά Δείγματα Ασθενών – Φροντιστών

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Ketcher et al. (2020)	Η περιγραφή της σκοπιμότητας και αποτελεσματικότητας της παρέμβασης Εγώ στο Εμείς, η οποία στοχεύει στην διευκόλυνση της επικοινωνίας και χρήσης κοινών στόχων ανάμεσα στην δυάδα ασθενή-φροντιστή και ενοποιεί το οικογενειακό περιβάλλον και τις ατομικές/κοινές προοπτικές.	Προχωρημένος καρκίνος σταδίου III-IV ή Καρκίνος μαστού σταδίου IV.	Ασθενείς με προχωρημένος καρκίνος σταδίου III-IV ή καρκίνος μαστού σταδίου IV και οι φροντιστές τους. Η δυάδα έπρεπε να μιλάει αγγλικά και να είναι ενήλικες. Απορρίφθηκαν ασθενείς που ελάμβαναν ανακουφιστική φροντίδα τις τελευταίες 30 ημέρες πριν την έναρξη.	Παρέμβαση Εγώ στο Εμείς <ul style="list-style-type: none"> • Δύο συνεδρίες σε διάστημα ενός μηνός • Το κάθε μέλος της δυάδας συμπλήρωσε ξεχωριστά δημογραφικά χαρακτηριστικά και καθόρισε στόχους σε δύο τομείς: 1) Δύο Προσωπικούς Στόχους (ταυτότητα) που ήθελαν να κατακτήσουν μόνοι τους, 2) Δύο Κοινούς Στόχους (σχεσιακό) που ήθελαν να κατακτήσουν μαζί. • Δεκάλεπτη συζήτηση των στόχων μεταξύ της δυάδας και βιντεοσκόπηση • Ερωτηματολόγια μετά τη συζήτηση Επανάληψη της διαδικασίας στη δεύτερη συνεδρία	Πιλοτική Μελέτη Παρέμβασης. Παρέμβαση Εγώ στο Εμείς <ul style="list-style-type: none"> • Κλίμακες Likert για την αξιολόγηση της συζήτησης (10 ερωτήσεις όπως όφελος, ικανοποίηση, ρεαλισμός, σχέση), και την αξιολόγηση των συναισθημάτων των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια της συζήτησης (9 ερωτήσεις όπως ταραχή, απογοήτευση, σε έλεγχο). Αξιολόγηση της επίδρασης της βιντεοσκόπησης στην συμπεριφορά (2 αντικείμενα) Ανοιχτές ερωτήσεις για προτάσεις και βελτίωση και για τις αλλαγές στη συζήτηση μεταξύ των δύο συνεδριών.	Σύντροφοι αποτελούσαν το μεγαλύτερο μέρος φροντιστών. <ul style="list-style-type: none"> • Δεκατρείς δυάδες. • Χαμηλά επίπεδα καταπόνησης κατά την διάρκεια συζήτησης με τον εαυτό και αντιλαμβανόμενης δυσφορίας του συντρόφου. • Υψηλή ικανοποίηση και στις δύο συνεδρίες. • Υψηλά επίπεδα αισθήματος κατανόησης από το μέλος οικογένειας/σύντροφο και πρόθεσης να βοηθήσουν το μέλος στην επόμενη συνεδρία. • Η βιντεοσκόπηση δεν επηρέασε την συμπεριφορά. • Οι συμμετέχοντες ένιωσαν μεγαλύτερη κατανόηση στην πρώτη από ό,τι στη δεύτερη συνεδρία. • Οι ασθενείς ένιωθαν μεγαλύτερο άγχος. • Οι φροντιστές ένιωσαν ότι έχουν τον έλεγχο.
Tiete et al. (2021)	Ο έλεγχος εφαρμοσιμότητας, αποδοχής και αποτελεσματικότητας συγκεκριμένης δυαδικής παρέμβασης για την βελτίωση της επικοινωνίας.	Καρκίνος παχέος εντέρου. Καρκίνος μαστού. Άλλοι τύποι.	Ασθενείς με καρκίνο με προσδόκιμο ζωής ≥ 6 μηνών, υπό χημειοθεραπεία ή/και ανοσοθεραπεία ή είχαν παραπεμφθεί από τους ψυχολόγους τους. Ένας καθορισμένος φροντιστής (σύζυγος, οικείος σύντροφος, μέλος οικογένειας ή φίλος) ανά ασθενή. <ul style="list-style-type: none"> • Όλοι οι ασθενείς ήταν ενήλικες και μιλούσαν γαλλικά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τέσσερις εβδομαδιαίες 60-λέπτες συνεδρίες κατά τη διάρκεια ενός μηνός • Εγχειρίδιο από τους ερευνητές με οδηγίες σχετικά με τις διαδικασίες της παρέμβασης. • Κλινικός ψυχολόγος υπό την εποπτεία των ερευνητών. • Συνεδρίες σε εξωτερικά ιατρεία ή κατ'οίκον. • Προαγωγή αμοιβαίας αποκάλυψης από τη δυάδα των ανησυχιών και απαιτήσεων για υποστήριξη. Αξιολόγηση 2 εβδομάδες μετά την παρέμβαση για την ομάδα παρέμβασης και 6 εβδομάδες μετά για την ομάδα ελέγχου.	Τυχαίοποιημένη Πιλοτική Δοκιμή. Εργασία : <ul style="list-style-type: none"> • 6 VASs σχετικά με δυαδική συχνότητα επικοινωνίας και ικανοποίηση 0-10. • Κλίμακα βασισμένη στην Bandura's self-efficacy scale model σχετικά με τη δυαδική επικοινωνία. • Dyadic Coping Inventory (DCI)- δυαδική αντιμετώπιση • Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) • Ways of Coping Checklist (WCC-R)- ατομική αντιμετώπιση Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής αναμονής για εισαγωγή στην παρέμβαση, κατά την αναμονή δεν έλαβαν καμία παρέμβαση.	<ul style="list-style-type: none"> • Συνολικά 111 παρεμβάσεις, 40 στα εξωτερικά ιατρεία και 71 κατ'οίκον. • Η κατ'οίκον παρέμβαση αποτέλεσε λόγο συμμετοχής για 11 δυάδες. • 64 ασθενείς συμφώνησαν να συμμετέχουν μαζί με το φροντιστή τους. • Λόγοι για μη συμμετοχή αποτέλεσαν, το μη ενδιαφέρον για την μελέτη (n=69), η έλλειψη χρόνου (n=19), η δυσκολία/κόπωση (n=12), η έλλειψη φροντιστή (n=9), η δυσφορία (n=5). • 70% των δυάδων αποτελούνταν από συντρόφους. • Η δυαδική παρέμβαση ήταν εφαρμόσιμη και αποδεκτή. • Αποτελεσματικότητα- αύξηση στη συχνότητα δυαδικής επικοινωνίας, αυτο-αποτελεσματικότητας και της αντιμετώπισης μετά την παρέμβαση. Δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στην ικανοποίηση από την επικοινωνία, καμία σημαντική βελτίωση στις δεξιότητες δυαδικής επικοινωνίας.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Xiu et al. (2020)	Η σύγκριση της επίδρασης δυαδικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε πολλαπλές πτυχές της ποιότητας ζωής, οικογενειακών φροντιστών, ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.	Καρκίνος πνεύμονα.	Οικογενειακοί (σύντροφοι, μέλη οικογένειας, φίλοι) φροντιστές και ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Άτομα με σημαντικά προβλήματα υγείας ή όσοι συμμετείχαν σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποκλείστηκαν.	Δύο δυαδικές παρεμβάσεις. Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy- CBT) Τεχνικές χαλάρωσης, ανίχνευση αρνητικών δυσλειτουργικών συμπεριφορών, κανόνων και αξιών, σχέδια για ευχάριστες δραστηριότητες. Ολοκληρωμένη Παρέμβαση-Σώμα-Μυαλό-Πνεύμα (I-BMS) Ψυχο-εκπαίδευση σχετικά με ολιστική ευημερία, ασκήσεις μυαλού-σώματος, τεχνικές χαλάρωσης και συμμετοχή σε ανασκόπηση της ζωής του και επαναπροσδιορισμό νοημάτων σε αυτό το ταξίδι. • Προσαρμογή και των δύο παρεμβάσεων στον κινέζικο τρόπο ζωής. • 8 εβδομαδιαίες τρίωρες συνεδρίες και δύο επαναληπτικές ομαδικές συνεδρίες. • Επαναληπτικές αξιολογήσεις 16 εβδομάδων. 8-12 άτομα σε κάθε ομάδα	Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή Παρεμβάσεις CBT & I-BMS Εργαλεία: • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • Perceived Stress Scale (PSS) • Insomnia Severity Index (ISI) • Caregiver Reaction Assessment (CRA) • Caregiver Quality of Life Index- Cancer (CQOLC) Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής αναμονής για εισαγωγή στην παρέμβαση, κατά τη διάρκεια της οποίας δεν έλαβαν καμία παρέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> • 120 δυάδες ξεκίνησαν τις παρεμβάσεις. • 59 δυάδες, 27 στην CBT και 32 στην I-BMS ολοκλήρωσαν τις παρεμβάσεις και τις τέσσερις αξιολογήσεις. • Στατιστικά σημαντική βελτίωση στον δείκτη CQOLC 8 και 16 εβδομάδες μετά την παρέμβαση. • Καμία παρέμβαση δεν έδειξε επίδραση στην κατάθλιψη. • Σημαντική μείωση του άγχους και του στρες. • Σχετικά με την ψυχική ευημερία και οι δύο δυαδικές παρεμβάσεις φάνηκε ότι ανακουφισαν τη σοβαρότητα του αντιλαμβανόμενου άγχους και ανησυχίας. • Οι δύο παρεμβάσεις παρουσιάζουν παρόμοια αποτελεσματικότητα Σύντροφοι αποτελούσαν 69,4% φροντιστών.
von Heymann-Horan et al. (2018)	Η αξιολόγηση της επίδρασης εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας και δυαδικής ψυχολογικής παρέμβασης, στην ανησυχία και κατάθλιψη του φροντιστή	Διάγνωση Καρκίνου μαστού, ΚΝΣ, συνδετικών ιστών, γυναικείων γεννητικών οργάνων, κεφαλής-τραχήλου, γαστρεντερικού συστήματος, πνεύμονα, προστάτη.	Ασθενείς με μη ιάσιμο καρκίνο. Περιορισμένες επιλογές αντινεοπλασματικής θεραπείας ή επιλογή ασθενούς για διακοπή θεραπείας. Ενήλικες. Απορριφθήκαν ασθενείς που ήδη είχαν λάβει ανακουφιστική φροντίδα προηγουμένα, δεν μπορούσαν να λάβουν εξιτήριο ή δεν μπορούσαν να συνεργαστούν.	Ψυχολογική Δυαδική Παρέμβαση DOMUS. • Δυαδικές ανησυχίες. • Δυαδικές συνεδρίες. • Υπαρξιακή φαινομενολογική θεραπεία. • Ευέλικτη προσαρμογή της δυάδας με διερεύνηση εναλλακτικών μεθόδων προσαρμογής στην κατάσταση και αναγνώριση μη ευέλικτων και άκαμπτων προοπτικών του "κόσμου" τους. • Κατανόηση με τη βοήθεια των ψυχολόγων των επιλογών μεταξύ περιορισμών και πιθανοτήτων της κατάστασης τους. • Συνεδρίες προσαρμοσμένες στην κάθε δυάδα και μεμονωμένες συνεδρίες αν το επιθυμούσαν. • Συνεργασία με την ομάδα εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας. Η ομάδα ελέγχου έλαβε συνηθισμένη φροντίδα.	Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή Ψυχολογική Δυαδική Παρέμβαση. Εργαλεία: • Symptom Checklist-92 (SCL-92), Anxiety & Depression Subscales. • Ερωτηματολόγια ασθενών τουλάχιστον τρεις ημέρες προ τυχαίοποίησης (εβδομάδες 2, 4, 8, μήνας 6). • Φροντιστές συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια πέντε φορές μετά τον θάνατο (εβδομάδα 2, μήνες 2, 7, 13, 19). Ομάδα ελέγχου έλαβε τυπική φροντίδα.	<ul style="list-style-type: none"> • 139 δυάδες στην ομάδα παρέμβασης και 119 στην ομάδα ελέγχου. • 96% των φροντιστών συμμετείχαν (9 φροντιστές αποκλείστηκαν πριν την τυχαίοποίηση) • Στους 6 μήνες της παρέμβασης 56 ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης και 50 στην ομάδα ελέγχου απεβίωσαν. • Κατά την περίοδο της επανεκτίμησης 105 ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης και 89 στην ομάδα ελέγχου απεβίωσαν. • 6 δυάδες στην ομάδα παρέμβασης δεν έλαβαν προγραμματισμένο οικογενειακό συμβούλιο. • Κατά μέσο όρο, οι δυάδες πραγματοποίησαν 4 συνεδρίες παρέμβασης πριν τον θάνατο. • Στο 63% των συνεδριών συμμετείχε η δυάδα. • Σύντροφοι αποτελούσαν 77% φροντιστών. • Στην ομάδα παρέμβασης οι φροντιστές ανέφεραν ευεργετικές αλλαγές αναφορικά με συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας, βίωσαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα ανησυχίας.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
von Heymann-Horan et al. (2017)	Η παρουσίαση της ψυχολογικής δυαδικής παρέμβασης DOMUS και των αποτελεσμάτων αποδοχής και εφαρμοσιμότητας της	Δεν αναφέρεται συγκεκριμένος τύπος καρκίνου.	Ενήλικες ασθενείς με μη ίασιμο καρκίνο. Περιορισμένες επιλογές αντινεοπλασματικής θεραπείας ή επιλογή ασθενούς για διακοπή θεραπείας.	Παρέμβαση DOMUS <ul style="list-style-type: none"> Βασισμένη στη Φαινομενολογική-Υπαρξιακή Θεραπεία. Ψυχολόγος σε κάθε δυάδα, κατά την πορεία της ανακοινησιακής φροντίδας. Αξιολόγηση αναγκών και ορισμός θεραπευτικού πλαισίου. Οι υπόλοιπες συνεδρίες προσαρμόστηκαν ευέλικτα στις ανάγκες της δυάδας μηνιαία. Σε περίπτωση θανάτου ψυχο-εκπαίδευση σχετικά με το πένθος.	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή. Παρέμβαση DOMUS μόνο. Ομάδα ελέγχου: Συνηθισμένη φροντίδα.	<ul style="list-style-type: none"> 55 δυάδες ολοκλήρωσαν την παρέμβαση. 76% με κάποιο φροντιστή. 59% με συντρόφους. Λόγοι άρνησης για 79 ασθενείς αποτέλεσαν το ότι δεν ήθελαν να μιλήσουν σε ψυχολόγο, δεν ήταν ευχαριστημένοι από την παρέμβαση και αποχώρησαν νωρίς, ήθελαν να επιλέξουν δικό τους ψυχολόγο εκτός μελέτης. Η παρέμβαση ήταν εφαρμόσιμη και αποδεκτή. Σύντροφοι αποτέλεσαν 59% φροντιστών.
Titler et al. (2017)	Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, εφαρμοσιμότητας και ικανοποίησης της δυαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης FOCUS σε κέντρα υποστήριξης του καρκίνου στο Οχάιο και την Καλιφόρνια, καθώς και του κόστους υλοποίησής της.	Καρκίνος μαστού, παγκρέατος, προστάτη, κεφαλής-τραχήλου, πνεύμονα. Γαστρεντερικού συστήματος, νεφρού, δέρματος καθώς και γυναικολογικός καρκίνος, Λέμφωμα και Πολλαπλούν μυέλωμα.	Ενήλικες ασθενείς, με οποιονδήποτε προχωρημένο καρκίνο υπό αγωγή ή ολοκληρωμένη αγωγή τους τελευταίους 18 μήνες. Σωματικά και ψυχικά ικανοί να συμμετέχουν, μετά από αξιολόγηση ειδικού. Γνώση αγγλικής γλώσσας. Φροντιστής χωρίς σωματικά και ψυχικά συμπτώματα ο οποίος έδειξε από μόνος του προθυμία να συμμετέχει στην μελέτη.	Παρέμβαση FOCUS. <ul style="list-style-type: none"> Ψυχο-εκπαιδευτική δυαδική παρέμβαση. Οικογενειακή συμμετοχή. Αισιόδοξη στάση. Αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης Μείωση αβεβαιότητας. Κοινωνικός λειτουργός ή οικογενειακός σύμβουλος μεταπτυχιακού επιπέδου. Ομαδικές συνεδρίες τριών έως τεσσάρων δυάδων. Εβδομαδιαίες δίωρες συναντήσεις, πέντε φορές την εβδομάδα. Οι πέντε εβδομαδιαίες συνεδρίες επαναλήφθηκαν 11 φορές, σε διάστημα άνω των 11 μηνών.	Μελέτη Παρέμβασης. Δεν χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου διότι τρεις προηγούμενες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές παρουσίασαν την αποτελεσματικότητα της μελέτης. Παρέμβαση FOCUS Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> Cancer Support Source Distress Scale (CSSDS)- Συναισθηματική δυσφορία. Functional Assessment of Cancer Treatment-General (FACT-G) QOL Scale- Ποιότητα ζωής. Benefits of Illness Scale- Πιθανά οφέλη από τον καρκίνο. Lewis 'Cancer Self-efficacy Scale (CASE)- Αισιοδοξία για τη διαχείριση της νόσου. Lewis 'Mutuality and Interpersonal Sensitivity Scale (MIS)- Επικοινωνία μεταξύ της δυάδας, σχετικά με τον καρκίνο. Η σκοπιμότητα μετρήθηκε με βάση τη συμμετοχή και την αξιοπιστία της παρέμβασης. FOCUS Satisfaction Instrument- Ικανοποίηση.	<ul style="list-style-type: none"> 36 δυάδες. Μέση ηλικία ασθενών και φροντιστών 60,8 και 55,9 αντίστοιχα. Στάδιο III ή IV, 69,4 βρισκόταν ακόμη υπό θεραπεία. Η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική. Σημαντική θετική επίδραση στη δυάδα, στους τομείς συναισθηματικής και λειτουργικής ευεξίας και συναισθηματικής ανησυχίας. Δεν είχε σημαντικές επιδράσεις στην σωματική και κοινωνική ευεξία. Σημαντική θετική επίδραση στη δυάδα, στους τομείς αυτο-αποτελεσματικότητας, οφέλους από τη ασθένεια. Υψηλή αξιοπιστία. Υψηλή ικανοποίηση ασθενών και φροντιστών από τη δυάδα. Σύντροφοι ή σύζυγοι αποτελούσαν >85% φροντιστών.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Badr et al. (2015)	Η αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητας, αποδοχής και αποτελεσματικότητας τηλεφωνικής δυαδικής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης για ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα και τους φροντιστές (σύντροφοι, παιδιά μέλος οικογένειας) τους.	Καρκίνος πνεύμονα.	Ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πνεύμονα, που ήταν τουλάχιστον στον πρώτο μήνα της θεραπείας. Δαπανούσαν τουλάχιστον το 50% του χρόνου τους εκτός κρεβατιού, μέτρηση με την κλίμακα ECOG Performance Status. Αναγνώριζαν κάποιον ως κύριο φροντιστή. Ενήλικες. Γνώση αγγλικής γλώσσας. Μπορούσαν να υποβάλουν γραπτή συγκατάθεση.	Παρέμβαση (INT). <ul style="list-style-type: none"> • Προσαρμοσμένα εγχειρίδια παρέμβασης για ασθενείς και φροντιστές. • 6 ενότητες, αυτοφροντίδα, στρες και αντιμετώπιση, διαχείριση συμπτωμάτων, αποτελεσματική επικοινωνία, επίλυση προβλημάτων και διατήρηση και ενδυνάμωση σχέσης. • Το περιεχόμενο κατά το ήμισυ κοινό και το υπόλοιπο προσαρμοσμένο στον ρόλο του φροντιστή και του ασθενή. • Κοινό περιεχόμενο: πληροφορίες αυτοφροντίδας, διαχείριση συμπτωμάτων, στρατηγικές δυαδικής αντιμετώπισης, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. • Περιεχόμενο που αφορούσε ασθενείς: βελτίωση αυτονομίας, αποδοχή υποστήριξης, αποκάλυψη αναγκών, αναγνώριση βοήθειας φροντιστή. • Περιεχόμενο που αφορούσε φροντιστές: μείωση υπερπροστατευτικότητας και αρνητικών μοτίβων προς τον ασθενή. 6 εβδομαδιαίες 60λεπτες τηλεφωνικές συνεδρίες	Τυχαίοποιημένη Πιλοτική Δοκιμή. Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> • PROMIS short-form depression measure- Ψυχολογική λειτουργία. • Zarit Burden interview 12-item short-form- Φορτίο φροντιστή. • Κλίμακα από 0-10 βασισμένη στον Loig για την αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας. • Κλίμακα από 0-4 βασισμένη στον Pierce για την αξιολόγηση της αυτονομίας των φροντιστών. • Η σκοπιμότητα αξιολογήθηκε από τη συμμετοχή. • Η αποδοχή αξιολογήθηκε από την ολοκλήρωση εργασιών, την ευκολία στη συμμετοχή, το πόσο βοηθητικό ήταν το πρόγραμμα και των πληροφοριών που έλαβαν. Η ομάδα ελέγχου έλαβε την συνήθη φροντίδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Από 67 δυάδες που πληρούσαν τις προϋποθέσεις, 40 συμφώνησαν να συμμετέχουν. • Λόγους μη συμμετοχής αποτέλεσαν το μη ενδιαφέρον ή/και ο ελάχιστος χρόνος. • Μία δυάδα αναγκάστηκε να αποσυρθεί εξαιτίας αδυναμίας του ασθενή. • 20 δυάδες στην ομάδα παρέμβασης (INT). • 19 δυάδες στην ομάδα ελέγχου • Όλοι οι ασθενείς και φροντιστές ολοκλήρωσαν την επανεκτίμηση στην ομάδα παρέμβασης, όλοι οι ασθενείς και 95% των φροντιστών ολοκλήρωσαν στην ομάδα ελέγχου. • Μέσος όρος αξιοπιστίας 86%. • Οι συμμετέχοντες έκριναν την παρέμβαση θετικά όσον αφορά στην άνεση, τη χρησιμότητα/βοήθεια και τη σχετικότητα. • Εξέφρασαν επιθυμία κάποιες συνεδρίες να ήταν δυαδικές και κάποιες μεμονωμένες για συζήτηση θεμάτων που δεν μπορούσαν να συζητήσουν μπροστά στον αγαπημένο τους, και την καλύτερη εξάσκηση σε ορισμένες δεξιότητες, λόγω δύσκολων με το πρόγραμμα. • 51% σύντροφοι. • Κλινικά σημαντικές διαφορές με χαμηλότερες τιμές και λιγότερη βελτίωση στην ομάδα παρέμβασης (INT), σχετικά με την κατάθλιψη, την ανησυχία και το φόρτο του φροντιστή. Επίσης σημαντικά μεγαλύτερη αυτονομία φροντιστή. • Η μελέτη υποστηρίζει ότι η παρέμβαση είναι εφαρμόσιμη, αποδεκτή και αποτελεσματική. • Σύντροφοι αποτέλεσαν 51% φροντιστών.

Συγγραφείς- Έτος Δημοσίευσης	Στόχος	Νόσημα	Πληθυσμός	Παρέμβαση	Μέθοδος	Βασικά Ευρήματα
Northouse et al.	Η διερεύνηση του αν οι δυάδες που ταξινομήθηκαν τυχαίοποιημένα σε σύντομη ή εκτεταμένη δυαδική παρέμβαση είχαν καλύτερα αποτελέσματα από τις δυάδες που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα και αν ο κίνδυνος για ανησυχία και άλλοι παράγοντες μετρίασαν την επίδραση της παρέμβασης.	Καρκίνος μαστού, παχέος εντέρου, πνεύμονα, προστάτη.	Ασθενείς με καρκίνο σταδίου III ή IV). Ήταν πιθανή η διάγνωση νέου καρκίνου μέσα σε 6 μήνες, υπήρχε πιθανότητα υποτροπής του ήδη προχωρημένου καρκίνου ή αλλαγή της θεραπείας. Προσδόκιμο ζωής μεγαλύτερο ή ίσο των 6 μηνών. Ασθενείς 21 ετών ή μεγαλύτεροι. Σε απόσταση 75 μιλίων. Φροντιστές ενήλικοι και αναγνωρισμένοι από τους ασθενείς ως κύριοι φροντιστές. Απόρριψη φροντιστών αν είχαν διαγνωστεί με καρκίνο τον προηγούμενο χρόνο ή αν έλαβαν αντισυμβαλλόμενη θεραπεία.	Παρέμβαση βασισμένη στη παρέμβαση FOCUS Σύντομη Παρέμβαση. <ul style="list-style-type: none"> • Δύο 90λεπτες συναντήσεις στο σπίτι και μία 30λεπτή τηλεφωνική συνεδρία. • Τέσσερις 90λεπτες συναντήσεις στο σπίτι και δύο 30λεπτες τηλεφωνικές συνεδρίες. Εκτεταμένη Παρέμβαση. <ul style="list-style-type: none"> • Οι δύο παρεμβάσεις είχαν κοινό περιεχόμενο βασισμένο στο πρόγραμμα FOCUS, με τη διαφορά ότι υπήρχε περισσότερος χρόνος για συζήτηση στην εκτεταμένη παρέμβαση. Διάρκεια 10 εβδομάδων. Η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη φροντίδα.	Τυχαίοποιημένη Κλινική Δοκιμή. Σύντομη και εκτεταμένη παρέμβαση. Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> • Risk for Distress Scale (RFD) προσαρμοσμένη από την Omega Clinical Screening Interview- Κίνδυνος ανησυχίας. • Appraisal of Illness Scale- Εκτίμηση ασθενών. • Appraisal of Caregiving Scale- Εκτίμηση φροντιστών. • Beck Hopelessness Scale- Απελπισία. • Mishel Uncertainty in Illness Scale- Αβεβαιότητα. • Brief Coping Strategies Questionnaire- Στρατηγικές αντιμετώπισης. • Social Support Questionnaire Family Support Subscale- Δυαδική υποστήριξη. • Lewis Mutuality and Sensitivity Scale- Επικοινωνία- Επικοινωνία. • Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G)- Ποιότητα ζωής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιλέχθηκαν 484 δυάδες, 302 ολοκληρώσανε όλες τις αξιολογήσεις. • Δεν υπήρχαν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκτίμηση της ασθένειας την αβεβαιότητα, την απελπισία, την επικοινωνία και τη δυαδική υποστήριξη. • Η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική στη βελτίωση δυαδικής αντιμετώπισης, αυτό-αποτελεσματικότητας, κοινωνικής διάστασης της ποιότητας ζωής και συναισθηματικής ζωής φροντιστών στις ομάδες παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. • Σύντροφοι αποτελούσαν 74% φροντιστών.

Κεφαλαίο 5^ο :Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης, σε ζευγάρια που τουλάχιστον ο ένας σύντροφος βιώνει τον καρκίνο.

Οι παρεμβάσεις δυαδικής προσέγγισης είναι γενικά υλοποιήσιμες/εφαρμόσιμες, αποδεκτές και αποτελεσματικές. Έντεκα μελέτες αναφέραν σαφώς ότι η δυαδική παρέμβαση που μελέτησαν ήταν αποτελεσματική (Tiete et al. 2020, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Badr et al., 2015, Song et al. 2015, Reese et al., 2015, Reese et al. 2014, Northouse et al., 2013, Reese et al., 2012).

Οι περισσότερες μελέτες είχαν θετική επίδραση στη δυάδα καθώς βελτίωσαν την ψυχική κατάσταση των ζευγαριών με μείωση του άγχους και του στρες, της ανησυχίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που προκαλεί ο καρκίνος. Επιπλέον παρατηρήθηκε μείωση του άγχους που σχετίζεται με την εικόνα σώματος, βελτίωση της ψυχικής διάστασης της ποιότητας ζωής. Επιπρόσθετα βρέθηκε βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας και της συναισθηματικής ζωής (Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Badr et al., 2015, Northouse et al., 2013), της σεξουαλικής λειτουργίας, της ικανοποίησης και επικοινωνίας και της οικειότητας μεταξύ του ζευγαριού (Reese et al., 2019, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Reese et al., 2014, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011) και της επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού καθώς και μειώθηκε η δυσφορία που βίωνε η δυάδα (Tiete et al., 2021, Porter et al., 2016). Αξίζει να σημειωθεί ότι βελτιώθηκε η οικειότητα και η επικοινωνίας στο ζευγάρι εξαιτίας της παρέμβασης δυαδικής αντιμετώπισης (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Porter et al., 2016, Song et al., 2015, Reese et al., 2012), καθώς και αύξηση της δυαδικής επικοινωνίας στο ζευγάρι (Tiete et al., 2021, Song et al., 2015), της σεξουαλικής τους επικοινωνίας και οικειότητας (Reese et al., 2019, Reese et al., 2012, Walker et al., 2013) και σημαντική επίδραση στην εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και ιδιαίτερα της ακρόασης (Porter et al., 2016). Όσον αφορά στη δυαδική σχέση του ζευγαριού υπήρχε σημαντική βελτίωση (Tiete et al., 2021, Pisu et al., 2017, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011). Οι παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της δυαδικής επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων (Tiete et al., 2021), αύξηση της χαράς, ειδικότερα όσον αφορά τους συντρόφους, όπως και της δυαδική εμπιστοσύνης (Pisu et al., 2017). Επιπλέον βρέθηκε ότι βελτιώθηκε η δυαδική αντιμετώπιση (Northouse et al., 2013) και η δυαδική προσαρμογή του ζευγαριού (Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Schover et al., 2011).

Ο καρκίνος εκτός από τον άρρωστο επηρεάζει και τον/την σύντροφο με αποτέλεσμα να βιώνει παρόμοια συναισθήματα, έτσι πλήττεται η δυαδική προσαρμογή και σχέση του ζευγαριού. Από τα αποτελέσματα των μελετών έχει φανεί ότι οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης είναι σημαντικές καθώς απευθύνονται ταυτόχρονα και στους δύο συντρόφους, εστιάζοντας και στους δύο το ίδιο και βελτιώνουν αποτελεσματικά σημαντικούς τομείς της ζωής του ζευγαριού όπως είναι η ψυχική ευεξία, η σεξουαλική ζωή, η οικειότητα, η επικοινωνία, η συντροφικότητα και η δυαδική σχέση του ζευγαριού.

Η δυαδική παρέμβαση σε μία μελέτη παρουσίασε παρόμοια αποτελεσματικότητα με την παρέμβαση που έλαβε η ομάδα ελέγχου. Πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι και οι δύο παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν παρόμοιες θεραπευτικές διαδικασίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της δυάδας. Για την ορθότερη σύγκριση και εξαγωγή συμπερασμάτων θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί λίστα αναμονής ή η βασική φροντίδα στην ομάδα ελέγχου (Xiu et al., 2020). Σε δύο μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι δυαδικές παρεμβάσεις δεν ήταν περισσότερο αποτελεσματικές. Δεν υποστηρίχθηκε η αρχική υπόθεση της μελέτης ότι η δυαδική παρέμβαση είναι αποτελεσματικότερη καθώς και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε βελτίωση στα συμπτώματα κατάθλιψης, ανησυχίας και συνολικής ευεξίας της δυάδας και καμία από τις δύο παρεμβάσεις δεν ήταν αποτελεσματικότερη στην μείωση της δυσφορίας (Manne et al., 2017). Τα αποτελέσματα δε διέφεραν στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου και δεν αποδείχτηκε ότι η δυαδική παρέμβαση ήταν αποτελεσματικότερη, οι λόγοι για τους οποίους συνέβη αυτό δεν ήταν ξεκάθαροι. Πιθανούς λόγους αποτελούν ο χρόνος που πραγματοποιήθηκε η μελέτη και η επαναξιολόγηση της κάθε δυάδας, καθώς μπορεί να χρειαστεί από δύο έως τέσσερα χρόνια για την πλήρη αποκατάσταση μετά την χειρουργική επέμβαση, ενώ οι δυάδες επαναξιολογήθηκαν μετά από δώδεκα μήνες. Ένας ακόμη λόγος ήταν ότι τα περισσότερα ζευγάρια ήταν χρόνια σε σχέση επομένως υπήρχαν καλά επίπεδα δυαδικής προσαρμογής και δεν παρατηρήθηκε βελτίωση (Chambers et al., 2014).

Η εφαρμοσιμότητά αξιολογήθηκε και στις δεκατρείς μελέτες με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή τα ποσοστά συμμετοχής και συγκράτησης και την ολοκλήρωση των τμημάτων της παρέμβασης. Το ίδιο συνέβη και με την αποδοχή ή μη της παρέμβασης, η οποία ελέγχθηκε και αξιολογήθηκε με τα ίδια εργαλεία δηλαδή με κλίμακα τύπου Likert μετά το τέλος της συζήτησης με τη δυάδα (Ketcher et al., 2020, Reese et al., 2019, Porter et al., 2016), με βάση τα ποσοστά συμμετοχής στην παρέμβαση (Tiete et al., 2021), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), μη συμμετοχής και ολοκλήρωσης των συνεδρίων της κάθε παρέμβασης, από την επαρκή συγκέντρωση δείγματος, το ποσοστό συγκράτησης της

δυάδας στη μελέτη, και τη συμμετοχή (von Heymann-Horan et al., 2017, Pisu et al., 2017, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Reese et al., 2012). Επομένως υπάρχει ομοιογένεια και τα αποτελέσματα που αφορούν την εφαρμοσιμότητα και την αποδοχή μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους εφόσον χρησιμοποιούνται τα ίδια εργαλεία. Γενικά οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης μπορούν να εφαρμοστούν εύκολα και είναι αποδεκτές, κατανοητές και εύκολες στη συμμετοχή από τις δυάδες. Η εφαρμοσιμότητά και η αποδοχή δεν αξιολογήθηκε σε όλες τις παρεμβάσεις, καθώς είχαν ελεγχθεί σε παλαιότερες μελέτες ή στόχευαν μόνο στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.

Σε δεκατέσσερις μελέτες αξιολογήθηκε ως έκβαση η βελτίωση ή όχι της ψυχικής υγείας της δυάδας, με χρήση εργαλείων που αξιολόγησαν τα επίπεδα ανησυχίας, άγχους, κατάθλιψης που βίωνε η δυάδα εξαιτίας του καρκίνου κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Η κάθε μελέτη χρησιμοποίησε διαφορετικό εργαλείο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων αυτών και ενώ φάνηκε ότι υπήρχε βελτίωση της ψυχικής υγείας της δυάδας εξαιτίας της παρέμβασης, τα αποτελέσματα δεν είναι εύκολο να συγκριθούν καθώς δεν χρησιμοποιείται το ίδιο εργαλείο.

Η επίδραση στην σεξουαλική ζωή της δυάδας αξιολογήθηκε σε επτά μελέτες, σε κάθε μελέτη χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά εργαλεία για την αξιολόγηση των διαφόρων διαστάσεων σεξουαλικής ζωής της δυάδας. Επομένως ενώ από την αξιολόγηση φάνηκε ότι υπήρχε βελτίωση, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να συγκριθούν μεταξύ των μελετών καθώς χρησιμοποιούνται διαφορετικά εργαλεία και δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο των ασθενών με καρκίνο και των συντρόφων τους.

Σε δεκατέσσερις μελέτες αξιολογήθηκε αν βελτιώνεται η δυαδική σχέση του ζευγαριού ή όχι μέσω της παρέμβασης. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε συχνότερα για αυτή την αξιολόγηση, σε δέκα μελέτες, είναι η κλίμακα Dyadic Adjustment Scale, η οποία αξιολογεί τη δυαδική προσαρμογή, ποιότητα και την ικανοποίηση του ζευγαριού από τη σχέση. Η δυαδική προσαρμογή, η ποιότητα της σχέσης και η ικανοποίηση του ζευγαριού βελτιώνονται, και τα αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν καθώς χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο. Για την αξιολόγηση της δυαδικής επικοινωνίας χρησιμοποιήθηκε σε τρεις μελέτες η κλίμακα Dyadic Sexual Communication Scale και η κλίμακα Self Efficacy Communication Scale σε δύο μελέτες. Ενώ υπήρξε βελτίωση της δυαδικής επικοινωνίας, τα αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν μόνο στις μελέτες που χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο.

Η οικειότητα στη σχέση αξιολογήθηκε σε τέσσερις μελέτες με τη χρήση της κλίμακας Miller Social Intimacy Scale, και παρατηρήθηκε βελτίωση της οικειότητας. Αυτά τα

αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν καθώς χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο. Η σεξουαλική επικοινωνία σε τρεις μελέτες αξιολογήθηκε από το εργαλείο Dyadic Sexual Communication Scale. Ωστόσο εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το εργαλείο Dyadic Coping Inventory, το οποίο είναι ένα εργαλείο που αξιολογεί τη δυαδική αντιμετώπιση, μετρώντας τις συμπεριφορές των συντρόφων, όταν ο ένας ή και οι δύο βιώνουν άγχος, και βασίζεται στο Συστημικό Πρότυπο των Συναλλαγών, που αναπτύχθηκε από τον Bodenmann (1995), χρησιμοποιήθηκε μόνο σε μία μελέτη (Tiete et al., 2021). Η δυαδική επικοινωνία αξιολογήθηκε με δύο διαφορετικά εργαλεία, τις κλίμακες Lewis 'Mutuality & Interpersonal Sensitivity Scale (Titler et al., 2017, Northouse et al., 2013) και Bandura's Self Efficacy Scale Model (Tiete et al., 2021), μέσω της πρώτης κλίμακας μετράτε η επικοινωνία μεταξύ του συντρόφου και του αρρώστου σχετικά με τον καρκίνο, ενώ με η δεύτερη αξιολογεί τις αντιλήψεις του αρρώστου σχετικά με τη δική του, του συντρόφου του αλλά και της αμοιβαίας επικοινωνίας των συντρόφων.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι η πλειοψηφία των μελετών, μελετά δυάδες στις οποίες ο άρρωστος βρίσκεται σε προχωρημένη νόσο, καρκίνο σταδίου III ή IV, ενώ σε πρώιμα στάδια I ή II της νόσου, έγινε αναφορά σε οχτώ μελέτες. Αυτό μπορεί να συμβαίνει καθώς οι ανάγκες της δυάδας αυξάνονται στην πορεία της νόσου, και η δυάδα αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα. Ωστόσο ίσως είναι χρήσιμο μελλοντικά να διερευνηθεί και να εφαρμοστεί παρέμβαση της δυαδικής αντιμετώπισης από τα πρώιμα στάδια της νόσου προκειμένου να διερευνηθεί εάν καλύπτονται σημαντικές ανάγκες πριν ακόμα εμφανιστούν στην πορεία της νόσου. Σε δεκατέσσερις μελέτες αναφέρθηκε ότι οι ασθενείς λαμβάναν κάποια μορφή θεραπείας κατά τη διάρκεια εφαρμογής της παρέμβασης, οι οποίες μπορεί να ήταν χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία. Παρόλο που μελετήθηκαν δυάδες, στις οποίες ο ασθενής με καρκίνο λάμβανε διαφορετικές μορφές θεραπείας ή συνδυασμό αυτών, δεν φάνηκε να επηρεάζεται η αποτελεσματικότητα της μελέτης σε σχέση με τη θεραπεία. Επομένως ίσως είναι χρησιμότερο μελλοντικά να δημιουργηθούν παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης και με βάση το στάδιο της νόσου και πόσο προχωρημένος είναι ο καρκίνος.

Η πλειονότητα των μελετών διενεργήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες (Ketcher et al. 2020, Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al., 2015, Badr et al., 2014, Reese et al. 2014, Northouse et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al. 2011, Porter et al., 2009) και την Ευρώπη (Tiete et al., 2021, von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017) μία στον Καναδά (Walker et al., 2013) και μία στην Αυστραλία (Chambers et

al., 2014) συνεπώς υπάρχει ομοιογένεια σε σχέση με το δείγμα που μελετήθηκε και τις υπηρεσίες που προσφέρονται, κάτι που φαίνεται και από τον τύπο των παρεμβάσεων, οι οποίες εστιάζουν στην ψυχολογική και συμβουλευτική προσέγγιση των ζευγαριών με βελτίωση της επικοινωνίας. Μία μελέτη διεξήχθη στο Χονγκ Κονγκ και η παρέμβαση που εφαρμόστηκε διαμορφώθηκε με βάση την κουλτούρα και τον κινέζικο τρόπο ζωής, προκειμένου να εφαρμοστεί στα ζευγάρια, κάτι το οποίο δεν ήταν απαραίτητο στις υπόλοιπες μελέτες.

Συνολικά στην ανασκόπηση εντάχθηκαν 21 πρωτογενείς μελέτες, οι οποίες στην πλειοψηφία τους αποτέλεσαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες ή πιλοτικές δοκιμές (Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, von Heymann-Horan et al., 2018, Manne et al., 2017, Pisu et al. 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012, Schover et al., 2011, Porter et al., 2009) και χρησιμοποίησαν ομάδα ελέγχου για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Έξι μελέτες χρησιμοποίησαν λίστα αναμονής σε όσους τοποθετήθηκαν στην ομάδα ελέγχου (Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, Pisu et al., 2017, Robertson et al., 2016, Reese et al., 2014, Schover et al., 2011), έξι εφάρμοσαν τη συνηθισμένη φροντίδα στην ομάδα ελέγχου (von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017, Badr et al., 2015, Chambers et al., 2014, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013), δύο μελέτες χρησιμοποίησαν εκπαιδευτική-υποστηρικτική παρέμβαση στην ομάδα ελέγχου (Manne et al. 2017, Porter et al., 2009), μία δεν εφάρμοσε τίποτα στην ομάδα ελέγχου (Decker et al., 2012), μία δεν είχε καθόλου ομάδα ελέγχου (Reese et al., 2012) και μία εφάρμοσε τη δική της παρέμβαση στην ομάδα ελέγχου, η οποία δεν έλαβε τη συνηθισμένη φροντίδα αλλά παρέμβαση πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο (Porter et al. 2016). Η λίστα αναμονής ως ομάδα ελέγχου παρουσιάζει έναν σημαντικό περιορισμό. Όσες δυάδες βρέθηκαν σε λίστα αναμονής, δεν έλαβαν κάποια παρέμβαση κατά τη διάρκεια που εφαρμόστηκε η δυαδική παρέμβαση στις δυάδες που βρισκόταν στην ομάδα παρέμβασης, αλλά ούτε και τη βασική φροντίδα. Επομένως δεν έγινε σύγκριση της δυαδικής παρέμβασης με τη συνηθισμένη φροντίδα για να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά της.

Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποίησαν τυχαιοποίηση και ομάδα ελέγχου για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, χρησιμοποιώντας είτε τη συνήθη φροντίδα ή λίστα αναμονής ή και καμία παρέμβαση σε όσες δυάδες τοποθετήθηκαν στην ομάδα ελέγχου. Ωστόσο για την αποτελεσματικότερη και ορθότερη διεξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων, θα ήταν προτιμότερο οι παρεμβάσεις δυαδικής

αντιμετώπισης να συγκριθούν με τη συνηθισμένη - καθιερωμένη φροντίδα που παρέχεται στους ογκολογικούς ασθενείς και τους σημαντικούς τους άλλους, προκειμένου να καθοριστεί με ακρίβεια αν οι δυαδικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικότερες και ωφελούν για το ζευγάρι που βιώνει τον καρκίνο.

Η πλειοψηφία των μελετών είχε μικρό δείγμα (Tiete et al., 2021, Reese et al., 2019, Pisu et al., 2017, Titler et al., 2017, Porter et al., 2016, Badr et al., 2015, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012), μικρό ποσοστό συμμετοχής (Manne et al., 2017, Titler et al., 2017, Song et al., 2015, Chambers et al. 2014, Porter et al., 2009) ή/και υψηλό ποσοστό αποχώρησης (Xiu et al., 2020, Manne et al., 2017, Schover et al., 2011), επομένως ήταν δύσκολό να γενικευτούν τα συμπεράσματα στο γενικό πληθυσμό. Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός ήταν ότι σε αρκετές μελέτες δεν συμπεριλήφθηκαν ομόφυλα ζευγάρια (Reese et al., 2019, Manne et al., 2017, Robertson et al., 2016, Chambers et al., 2014, Porter et al., 2009). Επιπλέον το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ικανοποίηση από τη σχέση των ζευγαριών ήταν υψηλά και ως επί τον πλείστον αναφερθήκαν σε Καυκάσιο πληθυσμό, μία παράμετρος αρκετά περιοριστική κοινωνιολογικά, διότι το αποτέλεσμα αυτό δεν μπορεί να γενικευθεί στον πληθυσμό καθώς δεν περιλαμβάνει διαφορετικές φυλές (Manne et al., 2017, Badr et al. 2015, Porter et al., 2009). Ιδανικά θα έπρεπε στο δείγμα των μελετών να συμπεριλαμβάνονται και άλλες ομάδες που να καλύπτουν ευρύτερο φάσμα κοινωνικό - δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς οι ανάγκες μπορεί να διαφέρουν από ομάδα σε ομάδα και συνεπώς και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων. Έτσι τα συμπεράσματα των μελετών αυτών δεν μπορούν να γενικευθούν στο πληθυσμό. Επίσης σημαντική για την κατανόηση της επίδρασης των παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης στα ζευγάρια, είναι η παρατήρηση και παρακολούθηση των ζευγαριών αυτών σε βάθος χρόνου (long term follow up), κάτι το οποίο δεν ήταν εφικτό σε όλες τις παρεμβάσεις (Reese et al., 2019, Porter et al., 2016, Reese et al., 2012).

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε οκτώ μελέτες η δυάδα αποτελούνταν από τους ασθενείς και τους κύριους φροντιστές τους, σε όλες τις μελέτες ο/η σύντροφος κατείχε το ρόλο του κύριου φροντιστή στο μεγαλύτερο ποσοστό. Επομένως οι μελέτες αυτές μπορούν να συμπεριληφθούν με ασφάλεια στα αποτελέσματα της ανασκόπησης, καθώς οι ανάγκες της δυάδας δεν είχαν σημαντική διάφορα από τις μελέτες που αναφέρθηκαν σε δυάδες αρρώστου - συντρόφου.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ενώ έχουν αναπτυχθεί πρότυπα τα οποία εστιάζουν στη δυαδική αντιμετώπιση (Revenson, 1994, DeLongis & O'Brien, 1990, Coyne & Smith,

1991, Lyons et al., 1998, Bodenmann, 1995, Kayser et al., 2007, Kayser & Revenson, 2016, Burg & Urchurh, 2007), σε πολλές από τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν δε γίνεται σαφής αναφορά στο αν ο σχεδιασμός της παρέμβασης βασίστηκε σε κάποιο από τα συγκεκριμένα πρότυπα δυαδικής αντιμετώπισης, στις παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν, Οι Decker et al. 2012 αναφέρουν ότι η παρέμβαση δυαδικής αντιμετώπισης που αναπτύχθηκε στην μελέτη τους, είναι βασισμένη στη θεωρία των Συστημάτων των Cox & Paley, 1997 και Sameroff, 1994 η οποία θεωρώντας την οικογένεια ως σύστημα, αντιμετωπίζει την οικογένεια ως πολύπλοκο, ολοκληρωμένο σύνολο μέσα στο οποίο το κάθε μέλος αλληλοεξαρτάται με τα υπόλοιπα μέλη, ασκώντας με αυτόν τον τρόπο συνεχόμενη και αμοιβαία επιρροή το ένα στο άλλο. Έτσι το κάθε μέλος είναι άρρηκτα ενσωματωμένο στο μεγαλύτερο σύστημα της οικογένειας και δεν μπορεί να κατανοηθεί ως ανεξάρτητο. Θεωρία που είναι κοντά αλλά διαφέρει από τα πρότυπα δυαδικής αντιμετώπισης. Επίσης σε τρεις μελέτες αναφέρεται ότι η παρέμβαση είναι βασισμένη στις αρχές της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, Chambers et al., 2014), η παρέμβαση σε μία μελέτη είναι βασισμένη στις αρχές της σχεσιακής ψυχοσεξουαλικής θεραπείας (Robertson et al. 2016), δύο μελέτες χρησιμοποιούν την υπαρξιακή φαινομενολογική θεραπεία (von Heymann-Horan et al., 2018, von Heymann-Horan et al., 2017), οι οποίες όμως δεν συνιστούν θεωρητικό υπόβαθρο που αφορά τη δυαδική αντιμετώπιση, αλλά το μέσο με το οποίο παραδίδεται/αποδίδεται η παρέμβαση δυαδικής αντιμετώπισης. Επίσης σε όλες τις μελέτες η παρέμβαση σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε οι σύντροφοι να συμμετέχουν ενεργά στην παρέμβαση και όχι απλώς υποστηρικτικά προς τον άρρωστο, με αποτέλεσμα να αναγνωρίζονται οι ανάγκες και των δυο συντρόφων και να αντιμετωπίζονται ως μονάδα (Ketcher et al., 2020, Tiete et al., 2021, Xiu et al., 2020, Reese et al., 2019, von Heymann-Horan et al., 2018, Manne et al., 2017, Pisu et al., 2017, von Heymann-Horan et al., 2017, Titler et al., 2017, Robertson et al., 2016, Porter et al., 2016, Bard et al., 2015, Song et al., 2015, Reese et al., 2014, Chambers et al., 2014, Northouse et al., 2013, Walker et al., 2013, Reese et al., 2012, Decker et al., 2012 Schover et al., 2011, Porter et al., 2009). Σε μελλοντική διεύρυνση θα ήταν σημαντικό οι παρεμβάσεις που αναπτύσσονται να βασίζονται σε κάποιο από τα πρότυπα της δυαδικής αντιμετώπισης που έχουν αναγνωριστεί. Παρόλα αυτά είναι απαραίτητη η έρευνα σε πληθυσμούς που καλύπτουν μεγαλύτερο φάσμα κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών, με μεγαλύτερο δείγμα και ομάδα ελέγχου που λαμβάνει τη συνηθισμένη φροντίδα έναντι δυαδικής παρέμβασης για να καταλήξουμε σε ασφαλέστερα συμπεράσματα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων δυαδικής προσέγγισης και αν αυτές που εφαρμόζονται στο ζευγάρι που βιώνει τον καρκίνο

είναι αποτελεσματικότερες από παρεμβάσεις στις οποίες λαμβάνεται υπόψιν μόνο ο άρρωστος.

Η συγκεκριμένη ανασκόπηση έχει ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι προκύπτουν από το σχεδιασμό της. Αρχικά ένας σημαντικός περιορισμός είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος, καθώς συμπεριλήφθηκαν μόνο 21 πρωτογενείς μελέτες που αφορούσαν παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης και την αποτελεσματικότητά τους, και η αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε δύο μόνο βάσεις δεδομένων το Pubmed και το Scopus με συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Αντίθετα δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση σε άλλες βάσεις δεδομένων που ήταν απαραίτητες για τη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος όπως η APA PsycInfo, η οποία καλύπτει τις συμπεριφορικές και κοινωνικές επιστήμες. Έτσι έχουμε την ύπαρξη συστηματικού και τυχαίου σφάλματος. Ένα ακόμη πρόβλημα ίσως είναι το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις δυαδικής προσέγγισης δεν μελετήθηκαν με βάση τον τύπο τους όπως ήταν παραδείγματος χάρη οι ψυχολογικές ή συμβουλευτικές δυαδικές παρεμβάσεις ή με βάση κάποιο θεωρητικό πρότυπο, αλλά αντίθετως συμπεριλήφθηκαν όλες οι μελέτες με παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης, καθώς το θέμα δεν είναι αρκετά μελετημένο. Για την εξουδετέρωση των σφαλμάτων αυτών καλό θα ήταν να διενεργηθεί μια συστηματική ανασκόπηση από ομάδα ερευνητών χρησιμοποιώντας περισσότερες βάσεις δεδομένων και σε περισσότερες γλώσσες αντί μόνο της αγγλικής.

Κεφαλαίο 6^ο :Συμπεράσματα.

Η παρούσα ανασκόπηση στόχευε στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης σε ζευγάρια που τουλάχιστον ο ένας σύντροφος βιώνει τον καρκίνο. Από το σύνολο των παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης, οι οποίες εφαρμόζονται στις μελέτες φάνηκε ότι, τα ζευγάρια που συμμετέχουν σε αυτές τις παρεμβάσεις επωφελούνται σε πολλαπλές πτυχές της σχέσης τους. Οι δυνάμεις των ομάδων παρέμβασης φάνηκε να αντιμετωπίσαν αποτελεσματικά προβλήματα που αφορούσαν στην ψυχική ευεξία τους, όπως συμπτώματα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης εξαιτίας του καρκίνου, προβλήματα που αφορούσαν στη σεξουαλική τους σχέση και οικειότητα, και επίσης προβλήματα που αφορούσαν τις δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού. Οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης ήταν αποτελεσματικές σε μεγάλο βαθμό, υλοποιήσιμες και είχαν μεγάλη αποδοχή από τα ζευγάρια, τα οποία τις αξιολόγησαν ως βοηθητικές και ήταν ικανοποιημένοι από την φροντίδα που ελάμβαναν.

Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι ενώ έχουν αναπτυχθεί αρκετά πρότυπα που αναφέρονται στη δυαδική αντιμετώπιση, οι μελέτες δεν αναφέρουν ότι οι παρεμβάσεις που

αναπτύχθηκαν βασίζονται σε κάποιο από αυτά τα πρότυπα. Αρκετές παρεμβάσεις αξιοποιούν τις αρχές της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, της υπαρξιακής φαινομενολογικής θεραπείας και της σχεσιακής σεξουαλικής θεραπείας, οι οποίες όμως δεν συνιστούν το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο αλλά το μέσο με το οποίο παρέχεται η παρέμβαση.

Σε μελλοντική διερεύνηση θα ήταν χρήσιμο οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης που θα αναπτυχθούν να βασίζονται σε κάποιο από τα θεωρητικά πρότυπα που έχουν αναπτυχθεί, με σκοπό να υπάρχει κοινή πορεία αλλά και χρήση εργαλείων, όσον αφορά την μέτρηση και αξιολόγηση των δυαδικών εκβάσεων. Επίσης θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή του δείγματος στην κάθε μελέτη, το οποίο πρέπει να περιλαμβάνει ζευγάρια που βιώνουν τον καρκίνο από διαφορά κοινωνικά στρώματα, επίπεδα εκπαίδευσης, φάσμα σχέσεων (ομόφυλα ζευγάρια), έτσι ώστε τα αποτελέσματα που θα προκύψουν να μπορούν με μεγαλύτερη ευκολία να γενικεύσουν στο γενικό πληθυσμό.

Γενικά οι παρεμβάσεις δυαδικής αντιμετώπισης, είναι αποτελεσματικές, υλοποιήσιμες και αποδέκτες σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά τα ζευγάρια που συμμετέχουν σε αυτές και στην πλειονότητα τους αποτελεσματικότερες καθώς στοχεύουν και βελτιώνουν τη δυαδική σχέση του ζευγαριού, σε αντίθεση με την συνηθισμένη φροντίδα που λαμβάνει ο άρρωστος, η οποία δεν καλύπτει με επάρκεια την ικανοποίηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη σχέση με το σύντροφο αλλά και των αναγκών και προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο σύντροφος, καθώς και το ζευγάρι ως μονάδα.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

“ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ”

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΥΑΔΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΜΕ ΕΝΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

ΠΙΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος είναι μία νόσος που επηρεάζει πολλαπλές πτυχές της ζωής τόσο των ογκολογικών ασθενών αλλά και των συντρόφων τους. Η οικειότητα και η σεξουαλική σχέση του ζευγαριού πλήττονται σημαντικά και ο άρρωστος βιώνει σημαντικές ανεκπλήρωτες ψυχικές, συμπεριφορικές και σωματικές ανάγκες. Η εμπειρία του καρκίνου αν και σημαντικά προσωπική, δεν βιώνεται μόνο από τον ασθενή αλλά και από τον σύντροφο του, που παρέχει τη φροντίδα και συχνά βιώνει παρόμοια αισθήματα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων δυαδικής αντιμετώπισης, σε ζευγάρια που τουλάχιστον ο ένας σύντροφος βιώνει καρκίνο.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατά τον Φεβρουάριο του 2021, στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus με βάση τα κριτήρια PRISMA, και συνδυασμό των λέξεων κλειδιών “dyadic intervention”, “cancer”, “couple”, “partner” και “intimate relationship(s)”. Τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού περιλαμβάναν: μελέτες πρωτογενούς έρευνας, στην οποία πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή δυαδικής παρέμβασης σε ζευγάρια με έναν ασθενή με καρκίνο. Μόνο ο ένας από τους δύο

συντρόφους να πάσχει από καρκίνο, οι μελέτες να ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, να αφορούν ενήλικο πληθυσμό, να έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Μελέτες οι οποίες αναφέρθηκαν σε φροντιστές μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονταν σύντροφοι σε μεγάλο ποσοστό, επιλέχθηκαν. Απορριφθήκαν μελέτες που αναφέρθηκαν σε εφαρμογή δυαδικών παρεμβάσεων σε άλλα χρόνια νοσήματα, ή σε δυάδες γονέα - παιδί.

Αποτελέσματα: Από την αρχική αναζήτησή προέκυψαν 575 καταγραφές. Στην ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν 21 πρωτογενείς μελέτες, οι οποίες στην πλειοψηφία τους αποτελούσαν τυχαιοποιημένες δοκιμές. Δεκατρείς παρεμβάσεις χρησιμοποιήσαν αμιγή δείγματα συντρόφων και ασθενών όσον αφορά τη δυάδα και οχτώ παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν μεικτά δείγματα ασθενών και φροντιστών στη δυάδα όμως σε όλες αυτές τις παρεμβάσεις, ο/η σύζυγός ή ο/η σύντροφος αποτελούσε το μεγαλύτερο ποσοστό του κύριου φροντιστή του αρρώστου. Από τις μελέτες που χρησιμοποίησαν αμιγή δείγματα τέσσερις αναφέρθηκαν σε ασθενείς με καρκίνο μαστού, πέντε σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη και τέσσερις σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου. Από τις μελέτες που χρησιμοποίησαν μεικτά δείγματα, τρεις αναφερθηκαν σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα, δύο σε ασθενείς με καρκίνο μαστού, μία σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου και δύο δεν ανέφεραν συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Συχνότερα οι ανασκοπηθείσες μελέτες είχαν περισσότερους από έναν κύριους ερευνητικούς σκοπούς: διερεύνηση της αποτελεσματικότητας, της εφαρμοσιμότητας και της αποδοχής της παρέμβασης από την δυάδα (4 μελέτες) καθώς και όλους τους συνδυασμούς τους ανά δυο ή μόνο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας (4 μελέτες). Από τις 21 μελέτες, 11 ανέφεραν ότι η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική, 13 μελέτες ότι η παρέμβαση ήταν εφαρμόσιμη και 11 ότι ήταν αποδεκτή. Συνολικά σε 9 μελέτες βρέθηκε θετική επίδραση της δυαδικής παρέμβασης στην ψυχική ευεξία και υγεία του ζευγαριού, σε 5 θετική επίδραση στη σεξουαλικότητα του ζευγαριού, σε 6 θετική επίδραση στη δυαδική σχέση του ζευγαριού και της οικειότητας, σε 4 βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής και η συντροφική σχέση, σε 4 η αυτοαποτελεσματικότητα, σε 3 η κοινωνική διάσταση της ζωής και η συναισθηματική ευεξία. Οι περισσότεροι ασθενείς στις δυάδες που μελετήθηκαν βρισκόταν σε προχωρημένα στάδια της νόσου, III ή IV και ελάμβαναν κάποια μορφή θεραπείας κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Εξαιτίας των αρκετών περιορισμών των μελετών δεν υπάρχουν ασφαλή συμπεράσματα τα οποία μπορούν να γενικευθούν στον πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο και των συντρόφων τους. Παρόλα αυτά αξίζει να αναφερθεί ότι η εφαρμογή των δυαδικών παρεμβάσεων είχε θετική επίδραση σε αρκετές πτυχές της ζωής, ιδιαίτερα την ψυχική υγεία των ζευγαριών και τη βελτίωση της σχέσης τους. Μελλοντικά θα ήταν χρήσιμο να

μελετηθούν παρεμβάσεις οι οποίες χρησιμοποιούν κοινό θεωρητικό πλαίσιο για την ανάπτυξη δυαδικών παρεμβάσεων, κοινά εργαλεία για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων, και οι δυάδες στην ομάδα ελέγχου να λαμβάνουν την συνηθισμένη φροντίδα για την ασφαλέστερη αξιολόγηση της δυαδικής παρέμβασης.

Λέξεις κλειδιά: Δυαδική παρέμβαση, καρκίνος, ζευγάρι, σύντροφος , στενή σχέση

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY FACULTY OF NURSING
POSTGRADUATE PROGRAMME

SPECIALIZATION: ONCOLOGY NURSING AND PALLIATIVE CARE

**EFFICACY OF DYADIC COPING INTERVENTIONS IN COUPLES WITH AT
LEAST ONE PARTNER COPING WITH CANCER**

REGISTERED NURSE

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a disease that affects multiple aspects in the life of patients, such as quality of life and psychosocial well-being both of oncology patients and their partners. Intimacy and the sexual relationship of couples can be affected significantly, the patient has many unmet cognitive, psychosocial and physical needs. Cancer experience although it is remarkably personal, it can also be experienced by the partner that provides care and often experiences similar emotions as the patient. For those reasons it is significant dyadic coping interventions, that treat the couple as a unit to be researched.

Purpose: The aim of this review was the study of the existing literature about the efficacy of dyadic coping interventions in couples, that at least one partner is coping with cancer.

Methodology: A systematic bibliographic search has been carried out, during February 2021, in PubMed and Scopus databases, according to PRISMA criteria, with the combination of the following key words: “dyadic intervention”, “cancer”, “couple”, “partner” και “intimate relationship(s)”. The inclusion and exclusion criteria were primary research studies, in which dyadic coping interventions were given to couples (heterosexual or homosexual) coping with cancer. Only one partner had been diagnosed with cancer, the studies should be written in English, published the last 20 years that dyadic coping interventions began to be researched. Studies in which dyadic coping interventions were researched on caregivers and it was clarified if they were partners of the cancer patient, were included. Studies about dyads that were consisted by parents and their children were not included.

Results: Through the initial research 575 results came up. In the review were included 21 primary studies, most of which were randomised control trials. Thirteen interventions used pure study samples regarding the dyad while eight used mixed study samples consisted of patient and caregiver dyads, although in all of them the primary caregiver was mostly the wife/husband or the partner of the patient. Of the studies that used pure study samples four referred to patients with breast cancer, five to patients with prostate cancer and four to patients with colorectal cancer. Of the studies that used mixed samples three referred to patients with lung cancer, two to patients with breast cancer, one to patients with colorectal cancer and two did not mention the type of cancer. Most of the reviewed studies had more than one primary research objectives : examination of the efficacy, the feasibility and the acceptance of the intervention (4 studies) and combinations of the above in pairs or only the examination of the efficacy of the intervention (4 studies). Of the 21 studies in the review, 11 acknowledged that the intervention was effective, 13 that it was feasible and 11 studies acknowledged that the intervention was acceptable. In total 9 studies acknowledged that the dyadic coping intervention had a positive effect on psychosocial/mental wellbeing and health of the couple, 5 studies had positive effects on the couple's sexual life, 6 had a positive effect on the dyadic relationship of the couple and intimacy, 4 studies improved the quality of life and the intimate relationship of the couple, 4 had a positive effect on self-efficacy and 3 on the social life and emotional well being. Most patients on the dyads that were reviewed were coping with advanced cancer, stage III or IV and were receiving treatment during the dyadic coping intervention.

Discussion: Although most of the interventions that had been applied on couples had positive effects on many aspects of the life and relationship of the couple, there were some limitations and errors related to the design of the studies. Due to these limitations there are not safe conclusions that could be generalised on the population. Despite all that there were positive effects on many aspects in the relationship and life of the couples coping with cancer. In future research it would be useful if common research instruments, common theoretical framework and common controls groups were used, in order to test with safety the efficacy of the intervention.

Key Words: dyadic intervention, cancer, couple, partner, intimate relationship

Βιβλιογραφία

Badr, H., (2017). New frontiers in couple-based interventions in cancer care: refining the prescription for spousal communication. *Acta Oncologica*, 56(2), pp. 139–145.

Badr, H., Krebs, P., (2013). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer: Couples meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 22(8), pp. 1688–1704.

Badr, H., Smith, C.B., Goldstein, N.E., Gomez, J.E., Redd, W.H., (2015). Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: Results of a randomized pilot trial: Lung Cancer Dyadic Intervention. *Cancer*, 121(1), pp. 150–158.

Barbarin, O.A., Hughes, D., Chesler, M.A., (1985). Stress, Coping, and Marital Functioning among Parents of Children with Cancer. *Journal of Marriage and the Family*, 47(2), pp. 473.

Baucom, D.H, Kirby, J.S, Kelly, J.T., (2010). Couple-based interventions to assist partners with psychological and medical problems. In: Hahlweg K, Grawe-Gerber M, Baucom DH, eds. Enhancing couples: the shape of couple therapy to come. Cambridge, MA: *Hogrefe Publishing* pp. 78–92.

Berg, C.A., Upchurch, R., (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133(6), pp. 920–954. Birnie, K., Garland, S.N., Carlson, L.E., (2010). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR): Benefits of MBSR for cancer patients and partners. *Psycho-Oncology*, 19(9), 1004–1009.

Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54, pp. 34–39.

Bodenmann, G., (2005). Dyadic Coping and Its Significance for Marital Functioning., in: Revenson, T.A., Kayser, K., Bodenmann, G. (Eds.), *Couples Coping with Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping*. *American Psychological Association*, Washington, pp. 33–49.

Bodenmann, G., Randall, A. K., and Falconier, M. K. (2016). “Coping in couples: the systemic transactional model (STM),” in *Couples Coping With Stress: A Cross-Cultural*

Perspective, eds M. K. Falconier, A. K., Randall, and G. Bodenmann New York, NY: Routledge, pp. 5–22.

Carlson, L.E., Bultz, B.D., Speca, M., St. Pierre, M., (2000). Partners of Cancer Patients: Part I. Impact, Adjustment, and Coping Across the Illness Trajectory. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(2), pp. 39–63.

Chambers, S.K., Occhipinti, S., Schover, L., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., Halford, K., Gardiner, R.A., Dunn, J., (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners: A couples-based sexuality intervention for men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 24(7),pp. 748–756.

Coyne, J. C., and Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp. 404–412.

Cronkite, R.C., Moos, R.H., 1984. The Role of Predisposing and Moderating Factors in the Stress-Illness Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(4), pp. 372.

Decker, C.L., Pais, S., Miller, K.D., Goulet, R., Fife, B.L., (2012). A Brief Intervention to Minimize Psychosexual Morbidity in Dyads Coping With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), pp. 176–185.

De Groot, J. M., Mah, K., Fyles, A., Winton, S., Greenwood, S., De Petrillo, A. D., et al. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15, pp. 918–925.

DeLongis, A., and O'Brien, T. B. (1990). "An interpersonal framework for stress and coping: an application to the families of Alzheimer's patients," in *Stress and Coping in Later-Life Families*, eds M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, and D. L. Tennenbaum (New York, NY: Hemisphere), pp. 221–239.

Duggleby, W., Ghosh, S., Struthers-Montford, K., Nekolaichuk, C., Cumming, C., Thomas, R., Tonkin, K., Swindle, J., 2017. Feasibility Study of an Online Intervention to Support Male Spouses of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), pp. 765–775.

Falconier, M.K., Randall, A.K., Bodenmann, G. (Eds.), (2016). *Couples Coping with Stress*, 0 ed. Routledge.

- Ferrell, B., Wittenberg, E., (2017). A review of family caregiving intervention trials in oncology: Family Caregiving in Oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*, 67(4), pp. 318–325.
- Fiske, V., Coyne, J.C., Smith, D.A., (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of Family Psychology*, 5(1), pp. 4–20.
- Griffin, J.M., Meis, L.A., MacDonald, R., Greer, N., Jensen, A., Rutks, I., Wilt, T.J., (2014). Effectiveness of Family and Caregiver Interventions on Patient Outcomes in Adults with Cancer: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), pp. 1274–1282.
- Gurevich, M., Bishop, S., Bower, J., Malka, M., & Nyhof-Young, J. (2004). (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Social Science and Medicine*, 58, pp. 1597–1607.
- Halford, W.K., Chambers, S., Clutton, S., 2010. Couples coping with cancer, in: Pachana, N., Laidlaw, K., Knight, B. (Eds.), *Casebook of Clinical Geropsychology*. Oxford University Press, pp. 73–90.
- Harden, J., Schafenacker, A., Northouse, L., Mood, D., Smith, D., Pienta, K., et al. (2002). Couples 'experiences with prostate cancer: Focus group research. *Oncology Nursing Forum*, 29, pp. 701–709.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D.W., Baucom, D.H., (2012). Cancer Distress Reduction with a Couple-Based Skills Training: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), pp. 239–252.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta- analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine*, 60(1), pp. 1–12.
- Houldin, A.D., (2007). A Qualitative Study of Caregivers 'Experiences With Newly Diagnosed Advanced Colorectal Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), pp. 323–330.
- Hu, Y., Liu, T., Li, F., (2019). Association between dyadic interventions and outcomes in cancer patients: a meta-analysis. *Support Care Cancer*, 27(3), pp. 745–731.

- Kaltenbaugh, D., Klem, M.L., Hu, L., Turi, E., Haines, A., Hagerty Lingler, J., 2015. Using Web-Based Interventions to Support Caregivers of Patients With Cancer: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), pp. 156–164.
- Kayser, K., and Revenson, T. A. (2016). “Including the cultural context in dyadic coping: directions for future research and practice,” in *Couples Coping With Stress: A Cross-Cultural Perspective*, eds M. K. Falconier, A. K. Randall, and G. Bodenmann (New York, NY: Routledge/Taylor and Francis Group), pp. 285–299.
- Kayser, K., Watson, L.E., Andrade, J.T., (2007). Cancer as a “we-disease”: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4), pp. 404–418.
- Kuijjer, R.G., Ybema, J.F., Buunk, B.P., De Jong, G.M., Thijs-Boer, F., Sanderman, R., 2000. Active Engagement, Protective Buffering, and Overprotection: Three Ways of Giving Support by Intimate Partners of Patients with Cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2), pp. 256–275.
- Langer, S.L., Brown, J.D., Syrjala, K.L., 2009. Intrapersonal and interpersonal consequences of protective buffering among cancer patients and caregivers. *Cancer*, 115(S18), pp. 4311–4325.
- Lewis, M., Pearson, V., Corcoran-Perry, S., Narayan, S., (1997). Decision making by elderly patients with cancer and their caregivers: *Cancer Nursing*, 20(6), pp. 389–397.
- Litzelman, K., Kent, E.E., Mollica, M., Rowland, J.H., 2016. How Does Caregiver Well-Being Relate to Perceived Quality of Care in Patients With Cancer? Exploring Associations and Pathways. *Journal of Clinical Oncology*, 34(29), pp. 3554–3561.
- Longacre, M.L., Galloway, T.J., Parvanta, C.F., Fang, C.Y., 2015. Medical Communication-related Informational Need and Resource Preferences Among Family Caregivers for Head and Neck Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, 30(4), pp. 786–791.
- Lyons, R.F., Mickelson, K.D., Sullivan, M.J.L., Coyne, J.C., (1998). Coping as a Communal Process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(5), pp. 579–605.
- Manne, S., Badr, H., (2008). Intimacy and relationship processes in couples’ psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(11), pp. 2541–2555.

- Manne, S. and Schnoll, R. (2001) Measuring Supportive and Unsupportive Responses During Cancer Treatment: A Factor Analytic Assessment of the Partner Responses to Cancer Inventory, *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), pp. 297–321.
- Manne, S.L., Siegel, S.D., Heckman, C.J., Kashy, D.A., 2016. A randomized clinical trial of a supportive versus a skill-based couple-focused group intervention for breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(4), pp. 668–681.
- McCorkle, R., Pasacreata, J.V., (2001). Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *Cancer Control*, 8(1), pp. 36–45.
- Milbury, K., Badr, H., Carmack, C.L., 2012. The Role of Blame in the Psychosocial Adjustment of Couples Coping with Lung Cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(3), pp. 331–340.
- Moore, A.R., Buchanan, N.D., Fairley, T.L., Lee Smith, J., 2015. Public Health Action Model for Cancer Survivorship. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6), pp. S470–S476.
- Northouse, L.L., Mood, D.W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P., Hayes, D.F., Hussain, M., Ruckdeschel, J., Fendrick, A.M., Trask, P.C., Ronis, D.L., Kershaw, T., (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers: Dyadic intervention. *Psycho-Oncology*, 22(3), pp. 555–563.
- O'Brien, T.B., DeLongis, A., Pomaki, G., Puterman, E., Zwicker, A., (2009). Couples Coping with Stress: The Role of Empathic Responding. *European Psychologist*, 14(1), pp. 18–28.
- Paschali, A., Palli, A., Thomadakis, C., Karademas, E.C., (2021). The Interplay Between Individual and Dyadic/Common Coping in Female Patients With Cancer. *European Journal of Psychology Open*, 80(4), pp. 143–151.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher, D., (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Perez, M. A., Skinner, E. C., & Meyerowitz, B. E. (2002). Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: Patient and partner perspectives. *Health Psychology, 21*(3), pp. 288–293.

Perndorfer, C., Soriano, E.C., Siegel, S.D., Laurenceau, J., 2019. Everyday protective buffering predicts intimacy and fear of cancer recurrence in couples coping with early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology, 28*(2), pp. 317–323.

Pisu, M., Demark-Wahnefried, W., Kenzik, K.M., Oster, R.A., Lin, C.P., Manne, S., Alvarez, R., Martin, M.Y., (2017). A dance intervention for cancer survivors and their partners (RHYTHM). *Journal of Cancer Survivorship, 11*(3), pp. 350–359.

Porter, L.S., Baucom, D.H., Keefe, F.J., Patterson, E.S., (2012). Reactions to a Partner-Assisted Emotional Disclosure Intervention: Direct Observation and Self-Report of Patient and Partner Communication. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), pp. 284–295.

Porter, L.S., Keefe, F.J., Baucom, D.H., Hurwitz, H., Moser, B., Patterson, E., Kim, H.J., (2009). Partner-assisted emotional disclosure for patients with gastrointestinal cancer: Results from a randomized controlled trial. *Cancer, 115*(18), pp. 4326–4338.

Porter, L.S., Keefe, F.J., Baucom, D.H., Olsen, M., Zafar, S.Y., Uronis, H., (2017). A randomized pilot trial of a videoconference couples communication intervention for advanced GI cancer: Videoconference couples communication intervention. *Psycho-Oncology, 26*(7), pp. 1027–1035.

Reese, J.B., Porter, L.S., Regan, K.R., Keefe, F.J., Azad, N.S., Diaz, L.A., Herman, J.M., Haythornthwaite, J.A., (2014). A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer: Telephone-based couples intervention. *Psycho-Oncology, 23*(9), pp. 1005–1013.

Reese, J.B., Porter, L.S., Somers, T.J., Keefe, F.J., (2012). Pilot Feasibility Study of a Telephone-Based Couples Intervention for Physical Intimacy and Sexual Concerns in Colorectal Cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*(5), pp. 402–417.

Reese, J.B., Smith, K.C., Handorf, E., Sorice, K., Bober, S.L., Bantug, E.T., Schwartz, S., Porter, L.S., (2019). A randomized pilot trial of a couple-based intervention addressing

sexual concerns for breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(2), pp. 242–263.

Regan, T.W., Lambert, S.D., Girgis, A., Kelly, B., Kayser, K., Turner, J., (2012). Do Couple-Based Interventions Make a Difference for Couples Affected by Cancer?: A Systematic Review. *BMC Cancer*, 12, pp. 279.

Reichers, E. A. (2004). Including partners into the diagnosis of prostate cancer: A review of the literature to provide a model of care. *Urologic Nursing*, 24(1), pp. 22–38.

Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, pp. 122–130.

Robertson, J., McNamee, P., Molloy, G., Hubbard, G., McNeill, A., Bollina, P., Kelly, D., Forbat, L., (2016). Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(8), pp. 1233–1242.

Rohrbaugh, M.J., Shoham, V., Skoyen, J.A., Jensen, M., Mehl, M.R., (2012). We-Talk, Communal Coping, and Cessation Success in a Couple-Focused Intervention for Health-Compromised Smokers. *Family Process Journal*, 51(1), pp. 107–121.

Schellekens, M.P.J., van den Hurk, D.G.M., Prins, J.B., Donders, A.R.T., Molema, J., Dekhuijzen, R., van der Drift, M.A., Speckens, A.E.M., (2017). Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 26(12), pp. 2118–2126.

Schover, L.R., Canada, A.L., Yuan, Y., Sui, D., Neese, L., Jenkins, R., Rhodes, M.M., (2012). A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment: CARESS Counseling Program. *Cancer*, 118(2), pp. 500–509.

Segrin, C., Badger, T.A., Sikorskii, A., Crane, T.E., Pace, T.W.W., 2018. A dyadic analysis of stress processes in Latinas with breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 27(3), pp. 838–846.

Shaffer, K.M., Kim, Y., Llabre, M.M., Carver, C.S., (2016). Dyadic associations between cancer-related stress and fruit and vegetable consumption among colorectal cancer patients and their family caregivers. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), pp. 75–84.

Shin, D.W., Cho, J., Roter, D.L., Kim, S.Y., Yang, H.K., Park, K., Kim, H.J., Shin, H.-Y., Kwon, T.G., Park, J.H., (2017). Attitudes Toward Family Involvement in Cancer Treatment Decision Making: The Perspectives of Patients, Family Caregivers, and Their Oncologists: Attitudes Toward Family Involvement in Treatment Decision. *Psycho-Oncology*, 26(6), pp. 770–778.

Silver, J.K., Raj, V.S., Fu, J.B., Wisotzky, E.M., Smith, S.R., Kirch, R.A., (2015). Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*, 23(12), pp. 3633–3643.

Song, L., Rini, C., Deal, A., Nielsen, M., Chang, H., Kinneer, P., Teal, R., Johnson, D., Dunn, M., Mark, B., Palmer, M., (2015). Improving Couples' Quality of Life Through a Web-Based Prostate Cancer Education Intervention. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), pp. 183–192.

Thoits, P.A., (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), pp. 416–423.

Tiete, J., Delvaux, N., Liénard, A., Razavi, D., (2021). Efficacy of a dyadic intervention to improve communication between patients with cancer and their caregivers: A randomized pilot trial. *Patient Education and Counseling*, 104(3), pp. 563–570.

Titler, M.G., Visovatti, M.A., Shuman, C., Ellis, K.R., Banerjee, T., Dockham, B., Yakusheva, O., Northouse, L., (2017). Effectiveness of implementing a dyadic psychoeducational intervention for cancer patients and family caregivers. *Support Care Cancer*, 25(11), pp. 3395–3406.

von Heymann-Horan, A., Bidstrup, P., Guldin, M.-B., Sjøgren, P., Andersen, E.A.W., von der Maase, H., Kjellberg, J., Timm, H., Johansen, C., (2018). Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Cancer*, 119(11), pp. 1307–1315.

von Heymann-Horan, A.B., Puggaard, L.B., Nissen, K.G., Benthien, K.S., Bidstrup, P., Coyne, J., Johansen, C., Kjellberg, J., Nordly, M., Sjøgren, P., Timm, H., von der Maase, H., Guldin, M.-B., (2017). Dyadic psychological intervention for patients with cancer and caregivers in home-based specialized palliative care: The Domus model. *Palliative & Supportive Care*, 16(2), pp. 189–197.

Walker, L.M., Hampton, A.J., Wassersug, R.J., Thomas, B.C., Robinson, J.W., (2013). Androgen Deprivation Therapy and maintenance of intimacy: A randomized controlled pilot study of an educational intervention for patients and their partners. *Contemporary Clinical Trials*, 34(2), pp. 227–231.

Ward, S.E., Serlin, R.C., Donovan, H.S., Ameringer, S.W., Hughes, S., Pe-Romashko, K., Wang, K.-K., (2009). A randomized trial of a representational intervention for cancer pain: Does targeting the dyad make a difference? *Health Psychology*, 28(5), pp. 588–597.

World Health Organisation. (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL) position paper. *Social Science and Medicine*, 41, pp. 1403–1409.

Xiu, D., Fung, Y.-L., Lau, B.H.-P., Wong, D.F.K., Chan, C.H.Y., Ho, R.T.H., So, T.-H., Lam, T.-C., Lee, V.H.-F., Lee, A.W.M., Chow, S.F., Lim, F.M., Tsang, M.W., Chan, C.L.W., Chow, A.Y.M., (2020). Comparing dyadic cognitive behavioral therapy (CBT) with dyadic integrative body-mind-spirit intervention (I-BMS) for Chinese family caregivers of lung cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 28(3), pp. 1523–1533.