

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea in Infermieristica

ELABORATO SCRITTO DELLA PROVA FINALE PER IL
CONSEGUIMENTO DEL DIPLOMA DI LAUREA

**IL COUNSELING E' UN INTERVENTO ATTUABILE
DALL'INFERMIERE PER RIDURRE L'ANSIA NELLA
DONNA CON TUMORE AL SENO IN ATTESA DI
INTERVENTO CHIRURGICO?**

Studente: Marina Ghionna

Matricola n: 704253

Anno Accademico 2008/2009

Indice

Abstract.....	2
Introduzione.....	3
Malattia, ansia , locus of control e coping.....	4
Il vissuto psico-emotivo della donna con tumore al seno	6
L'infermiere e il counseling	7
Counseling infermieristico: quando è possibile attuarlo	10
Conclusioni.....	12
Bibliografia.....	15

Abstract

La malattia comporta una serie di cambiamenti nella persona, in quanto è una minaccia per l'integrità fisica, psichica e sociale. Una donna con tumore al seno vive nell'incertezza che la malattia possa devastare il proprio corpo e la propria femminilità, presenta preoccupazioni in merito alla prognosi e verso i propri cari. Non è raro perciò individuare un livello di ansia elevata in queste donne, soprattutto in concomitanza con l'intervento chirurgico. L'infermiere, trovandosi a contatto continuo con la donna, diventa un punto di riferimento per questa. Dagli studi emerge che l'infermiere potrebbe utilizzare il counseling come strumento per quelle persone con stile di coping ansioso e un locus of control interno, con una buona rete sociale di supporto. L'attività di counseling da parte dell'infermiere sarebbe per lo più rivolta all'informazione consapevole della persona, cioè un counseling di tipo informale: la donna informata adeguatamente è in grado di gestire le proprie emozioni. I risultati degli studi non sono definitivi e occorre cautela, soprattutto in quelle donne con precedenti psichiatriche e nei casi di dubbio è raccomandato un coinvolgimento di professionisti più qualificati come psicologi e psichiatri. Infatti alcuni studi raccomandano un approccio olistico della persona operando attraverso un team multidisciplinare. In futuro è raccomandabile l'istituzione e l'inserimento della *Breast Cancer Nurse*, un'infermiera specializzata nell'assistenza alla donna con tumore al seno, figura già presente all'estero.

Introduzione

La comunicazione è un processo attraverso il quale l'individuo può trasmettere agli altri informazioni di ogni tipo e può avere anche funzione di interpretazione del comportamento degli altri (Bellotti, 2008). Comunicare è un'esigenza fondamentale per svolgere le attività della vita quotidiana, fino ad esprimere al massimo grado le proprie potenzialità e giungere all'autorealizzazione (Sironi e Baccin, 2006).

Svolgendo il tirocinio clinico presso l'U.O. di Chirurgia II, mi sono trovata spesso a dovermi relazionare con donne ricoverate in attesa di intervento chirurgico al seno a causa di patologia oncologica. Dovevo assistere persone che, di fronte alla necessità di doversi sottoporre a chirurgia, sperimentavano un insieme di reazioni emotive, la più diffusa delle quali era l'ansia. Il mio interesse per questi aspetti comunicativi, mi ha portato a chiedermi se il counseling è un intervento attuabile dall'infermiere allo scopo di ridurre l'ansia nelle donne con tumore al seno in attesa di intervento chirurgico.

Per acquisire il materiale necessario a documentarmi sull'argomento, ho consultato due banche dati on-line: PubMed e CINAHL. In entrambe ho eseguito la ricerca utilizzando gli stessi vocaboli: counseling, communication skills, nurse's role, nursing, anxiety, test anxiety scale, mastectomy, surgery, preoperative care e infine breast neoplasms o breast cancer. Gli operatori booleani utilizzati sono stati AND e OR. Ho incluso gli articoli in inglese e italiano con e senza abstract. Ho consultato anche il catalogo OPAC attraverso il sito della biblioteca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università dell'Insubria. Per poter avere anche un panorama della situazione italiana, ho ricercato articoli inerenti al mio argomento in alcune riviste infermieristiche italiane quali Nursing Oggi, International Nursing Perspectives, Professioni Infermieristiche e valutandone le *References*. Gli articoli sprovvisti di *full text*, mi sono stati forniti in seguito alla richiesta inoltrata presso la biblioteca dell'Università. Ho utilizzato anche due articoli reperiti su riviste di Medicina, ma solamente perché tra gli autori comparivano degli infermieri che apportavano il contributo tipico della nostra professione.

Malattia, ansia , locus of control e coping

La malattia è una fonte di stress, poiché pone l'individuo di fronte a un cambiamento e l'ansia rappresenta spesso la risposta più comune (Atkinson et al, 2006). Si definisce ansia la temporanea condizione o transitoria risposta emotiva ad una situazione stressante conosciuta o sconosciuta, che può variare da una reazione normale a un'estrema disfunzione, detta disturbo d'ansia (Sheldon et al, 2008). La malattia fa parte di quegli eventi percepiti dalla persona come incontrollabili, cioè impossibili da fermare e contenere e ciò aumenta il livello di ansia (Atkinson e Hilgard, 2006). L'identificazione dell'ansia risulta significativa perché questa potrebbe influenzare la presa di decisioni e l'adesione al trattamento fino a compromettere le funzioni della persona e ripercuotersi sulla qualità di vita (Sheldon et al, 2008). Anche in uno studio condotto da Miaskowski et al (2007) si evidenzia come l'ansia è in grado di determinare la non adesione alla terapia endocrina che si attua spesso nelle pazienti con tumore al seno in associazione o meno all'intervento chirurgico. Il locus of control è la tendenza ad attribuire all'esterno, cioè agli altri o al fato o al caso, ciò che accade alla persona; è detto interno, quando si identifica la propria volontà, responsabilità e determinazione, come cause del proprio successo (Bellani, 2005). È molto importante delineare la tipologia di locus of control adottata dalla persona, poiché in grado di influenzare la *compliance* al trattamento (Binetti et al, 2002).

Il coping è un processo attraverso il quale una persona cerca di far fronte alle richieste stressanti, come la malattia (Atkinson e Hilgard, 2006). La persona di fronte alla patologia potrà tentare di reagire in due modi: cercare di risolvere il problema oppure concentrarsi nell'impedire che le emozioni negative non la sovrastino e che tali sentimenti le impediscano di intraprendere le azioni necessarie per risolvere i problemi (Atkinson e Hilgard, 2006).

L'ansia è un fenomeno complesso in quanto può manifestarsi con sintomi fisici e psicologici. I sintomi fisici sono rappresentati da tachicardia e palpitazioni, sudorazione, dispnea o respiro breve, cefalea, irrequietezza e agitazione, dolore addominale e perdita di appetito. I sintomi psicologici possono costituire ricorrenti pensieri a proposito della diagnosi e del trattamento, turbamento in merito all'assolvimento di funzioni e ruoli sociali, paure nel futuro, preoccupazioni a

proposito della morte, ipervigilanza, continuo stato di allarme e infine difficoltà di concentrazione (Sheldon et al, 2008).

Il vissuto psico-emotivo della donna con tumore al seno

La donna con carcinoma mammario presenta sentimenti che coinvolgono le dimensioni bio-fisica, psicologica e socio-culturale. Secondo uno studio di Brennan et al (2006) le donne con patologia oncologica mammaria presentano preoccupazioni nei confronti della malattia e del significato che essa comporta in termini di trattamento. Le pazienti con tumore al seno presentano, oltre a disturbi dell'immagine corporea e sessuali, ansia nei confronti della malattia e del trattamento e significative difficoltà di comunicazione con i familiari oltre alla paura della morte (Demir et al, 2007). Possono essere presenti paure connesse alla possibilità di metastatizzazione della malattia (Ferrell et al, 1998). La donna vive un senso di incertezza in merito alla possibile progressione della malattia, preoccupazioni a proposito della sofferenza e del dolore (Landmark e Wahl, 2002). E' in un secondo momento che emergono invece quei problemi connessi all'aspetto fisico e ai sentimenti di femminilità. I cambiamenti corporei che può prospettarsi la donna con carcinoma mammario, possono essere vissuti come una mutilazione del proprio corpo (Landmark e Wahl, 2002). Gli studi hanno evidenziato che i risultati sul vissuto psicologico della donna sono pressoché sovrapponibili nel caso l'intervento programmato sia di tipo radicale, come la mastectomia, sia che subisca un intervento chirurgico al seno più conservativo, come la quadrantectomia (Landmark e Wahl, 2002). Tuttavia in letteratura è riportato che la maggioranza delle persone hanno convinzioni errate in merito al cancro e molti credono che sia incurabile e nel caso specifico del tumore al seno, che l'unica opzione chirurgica sia rappresentata dalla mastectomia totale; queste informazioni errate contribuiscono all'aumento dell'ansia nella persona (Demir et al, 2008).

Per quanto riguarda la sfera socio-culturale, le paure possono essere rivolte verso la famiglia: da una parte per l'accudimento del partner, dei figli e dell'impatto sulla famiglia (Brennan et al, 2006). Talvolta se il tumore presenta elevata familiarità, le paure riguardano anche i membri femminili della famiglia e sulla possibilità di subire la medesima sorte (Metcalf, 2004). I sentimenti di incertezza hanno un effetto negativo sulla salute emotiva della persona, quindi un'informazione adeguata della donna ridurrebbe i livelli di ansia.

L'infermiere e il counseling

Il counseling o relazione d'aiuto, ideato dallo psicologo Rogers, è una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione (Redigolo et al, 1995). Il *core* di questo approccio è il fatto che il soggetto ha in sé le risorse per comprendere se stesso (Freshwater, 2004). Il counseling è un processo di interazione tra due persone e secondo Vicini (1998) "è diretto ad aiutare il paziente in un momento di crisi, ad incoraggiare cambiamenti nel suo stile di vita, se necessario, proponendo azioni e comportamenti realistici, ed è volto a metterlo in grado di accettare le informazioni ansiogene favorendo l'adattamento alle relative implicazioni". Secondo Freshwater (2004) il ruolo del counseling nell'assistenza infermieristica è quello di assistere gli individui nel chiarire aspetti del proprio mondo e della propria vita allo scopo di fornire speranza, incoraggiamento, conforto e supporto. Per Vicini (1998) il counseling non si riduce alla semplice informazione, ma consiste invece in un radicale cambiamento di atteggiamento della persona verso la propria malattia e un ampliamento dell'attenzione verso gli aspetti emotivi che può avere un qualsiasi contenuto, anche se solo di tipo informativo. In uno studio qualitativo condotto da King et al (2002) gli infermieri basano l'assistenza infermieristica sulla creazione di una forte relazione con la persona assistita e con la famiglia in base alla competenza e alla valutazione del proprio comportamento e stato d'animo quando forniscono informazioni. La comunicazione è insita nell'assistenza infermieristica, ma è un processo ben più complesso della semplice informazione. Secondo Freshwater (2004) esistono delle condizioni essenziali perché il counseling sia svolto: l'empatia, l'autenticità e la congruenza, la considerazione positiva e incondizionata della persona assistita, aspetti pratici e relazionali. Alcuni di questi aspetti riguardano l'infermiere. L'empatia è la capacità dell'infermiere di percepire lo schema interiore di riferimento di un altro con accuratezza e con le componenti emozionali e di significato ad esso pertinenti, come se fosse una sola persona, ma senza mai perdere di vista la propria individualità (Redigolo et al, 1995). La considerazione positiva è l'interesse per il paziente e la sua valorizzazione come persona in termini di potenzialità ma senza valutare il suo

comportamento; questo comporta trasparenza, ossia un atteggiamento autentico. (Redigolo et al, 1995). Infine l'accettazione incondizionata della persona, cioè l'astensione da qualsiasi tipo di giudizio (Redigolo et al, 1995).

La relazione di aiuto come attività infermieristica può essere di due tipi: formale e informale. La relazione d'aiuto di tipo informale è quella attuata nella quotidianità da tutti gli infermieri e riguarda il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale: è una relazione basata sull'empatia, la comprensione, l'ascolto e improntati alla reazione positiva alle difficoltà ma sono limitati e discontinui nel tempo e possono presentare difficoltà per gli operatori impreparati. Questi interventi possono essere rivolti anche alla famiglia per orientare e adeguare gli atteggiamenti nei confronti del congiunto o degli operatori in base all'evoluzione della situazione (Redigolo et al, 1995). La relazione d'aiuto di tipo formale prevede la pianificazione dell'intervento il quale è complesso e articolato per cui occorre, oltre ad una preparazione adeguata dell'operatore, una struttura e un modello organizzativo che consenta all'infermiere di avere il tempo e l'autonomia necessari (Redigolo et al, 1995).

Per quanto riguarda gli aspetti pratici, la presenza della cartella infermieristica e il suo utilizzo sistematico, sembra influenzare positivamente la possibilità di esecuzione del counseling, in quanto l'infermiere percepisce tale strumento come una guida per relazionarsi con la persona assistita (Motta e Florian, 2000). Altri fattori di tipo organizzativo che favoriscono l'esecuzione del counseling infermieristico sono la presenza di figure di supporto che incrementerebbero l'autonomia e responsabilità dell'infermiere stesso e l'organizzazione coordinata in équipe multidisciplinare (Motta e Florian, 2000).

Il counseling risulta lo strumento più adeguato per situazioni in cui bisogna svolgere un'azione preventiva ed educativa (Vicini, 1998). Nel caso di patologia oncologia, come il tumore al seno, il counseling diventa strumento di rielaborazione, sistematizzazione e ristrutturazione per rendere comprensibile e accettabile la malattia e ciò che è connessa ad essa (Vicini, 1998).

Come detto precedentemente, le informazioni incomplete o inadeguate fornite alla persona aumentano i livelli di ansia. Ulteriori studi hanno dimostrato che è necessario dare ai pazienti in attesa di intervento chirurgico, informazioni chiare e

attendibili sui cambiamenti possibili del proprio corpo (Demir et al, 2007). In uno studio condotto da Forunier & Schafer (2001) è stato dimostrato che per le pazienti in attesa di intervento chirurgico per tumore al seno, attraverso il supporto emotivo, l'informazione e la libera comunicazione, si può rendere queste persone consapevoli di poter sopravvivere alla diagnosi e incrementa l'adesione al trattamento (Demir et al, 2007). La presa in carico della paziente, informandola in merito alla malattia e facendo educazione sanitaria in merito a ciò che l'operazione chirurgica comporterà a livello biofisiologico, psicologico e sociale, è uno dei compiti del professionista che eroga assistenza infermieristica (Demir et al, 2007).

Counseling infermieristico: quando è possibile attuarlo

L'infermiere, in quanto professionista, deve essere in grado di identificare il proprio ambito di intervento, agendo nel modo più opportuno e identificare le situazioni a rischio. In uno studio condotto da Binetti et al (2002) sono stati somministrati tre tipi di prove che avevano lo scopo di identificare le modalità di reazione del paziente in base alla personalità, la fiducia nei confronti dei servizi e la disponibilità a collaborare allo studio. Il primo tipo di strumento era il *Mental Adjustment to Cancer scale* (MAC) che ha lo scopo di identificare lo stile di coping secondo il modello Burgess ma ha il vantaggio di essere di semplice e facile somministrazione e analisi delle risposte (Binetti et al, 2002). Per identificare la soglia che indicava una situazione di disadattamento alla malattia potenzialmente patologico, è stata utilizzata la scala di Lazarus adattata.

La valutazione degli stati d'animo è stata eseguita in base al *Profile of Mood State*, che è una scala analogica da 1 a 10 e dove il paziente indica la sua modalità abituale di reazione alle situazioni di stress (Binetti et al, 2002). Infine per la valutazione del supporto sociale è stato utilizzato il *Social Support Questionnaire* che attraverso una scala di Likert con 6 opzioni, permette di evidenziare supporto emotivo e l'accudimento fisico della famiglia nei confronti del congiunto (Binetti et al, 2002).

Gli studi dimostrano che uno spirito combattivo e la negazione sono le migliori strategie di coping rispetto all'eccitazione stoica e alla paura (Landmark, Wahl 2002). Dallo studio di Landmark & Wahl (2002) emerge che la forza mostrata dalle donne con tumore al seno, malgrado i sentimenti di vulnerabilità, porta alla possibilità di prendere coscienza del fatto che la situazione potrebbe essere controllata, gestita e attribuita di un significato.

Dallo studio effettuato da Binetti et al (2002) è emerso che l'infermiere può intervenire con un'attività di counseling nei confronti di quei pazienti con stile di coping ansioso o aggressivo ma che presentano un livello discreto di soddisfazione per quanto riguarda la rete sociale; mentre era difficile un intervento dell'infermiere nei confronti dei pazienti poco combattivi e non rassegnati a causa di un instabile profilo emotivo. Anche lo studio di Landmark e Wahl (2002) dimostra che il contesto sociale e il supporto sociale da parte del partner e della

famiglia è importante per la sopravvivenza. Lo studio precedentemente presentato, ha permesso di delimitare l'intervento di counseling infermieristico per ridurre l'ansia in quei pazienti che presentavano strategie di coping poco efficaci ma sufficientemente combattivi e pazienti combattivi ma con un livello di ansia contenuto (Binetti et al, 2002). L'intervento attuato rispecchiava il ruolo di educatore dell'infermiere: infatti il professionista ha informato il paziente sull'influenza dell'ansia, le alterazioni ad essa connesse sia sul piano fisico che sul piano socio-culturale anche in correlazione alla malattia (Binetti et al, 2002). Quei pazienti ansiosi con coping combattivo e perciò aggressivi, ripercuotevano il proprio disagio non accettando le norme e i criteri del servizio e lamentandosi dei disservizi. L'infermiere è intervenuto analizzando con il paziente la situazione e accogliendo i suggerimenti della persona che in questo modo si è sentita più utile e accettata, attenuando l'aggressività ma mantenendo la speranza e lo spirito combattivo saldi (Binetti et al, 2002). Il counseling infermieristico risulta insufficiente per i pazienti poco combattivi o che non accettano la malattia; anche la presenza di malattia psichiatrica precedente a quella oncologica è indicazione per l'intervento più specialistico psico-farmacologico e psico-terapeutico (Binetti et al, 2002).

Un aspetto importante è la presenza di familiarità per tumore al seno. Uno studio condotto da Metcalfe (2004) ha evidenziato la presenza di livelli di ansia elevati nelle donne che decidevano di sottoporsi a mastectomia profilattica, le quali non sono nemmeno in grado di pianificare il proprio futuro perché di fatto non ne vedono uno. In questo caso occorrerebbe un counseling multidisciplinare, vista la complessità della situazione (Metcalfe, 2004). Per rendere il counseling un intervento appropriato alla persona considerandola olisticamente, occorrerebbe la collaborazione sinergica con gli altri operatori (Vicini, 1998).

Conclusioni

Il DM 734/94 concernente il profilo professionale dell'infermiere, afferma che l'assistenza infermieristica erogata è di tipo "preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa". Anche nel patto infermiere-cittadino del 1996 viene enunciato che l'infermiere si impegna nei confronti della persona ad ascoltarla con attenzione e disponibilità quando ha bisogno e stare vicino al paziente nei momenti di sofferenza e paura. Nell'articolo 20 del Codice Deontologico redatto dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 2009, si ricorda che l'infermiere "ascolta, informa e coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali" e si impegna a favorire la relazione con le persone significative per il paziente (art. 21). Nell'art. 7 viene affermato che l'infermiere attivando le risorse a disposizione, si impegna a far raggiungere alla persona fragile un buon livello di autonomia. Un risvolto etico-deontologico da considerare è che il counseling infermieristico di tipo informativo dovrebbe porre cautela in merito a come le informazioni vengono fornite e quante informazioni di fatto fornire alla paziente, rispettando anche il diritto della persona a non sapere, come enunciato nell'art. 25 del Codice Deontologico del 2009.

Della maggior parte degli articoli trovati in letteratura erano non erano immediatamente consultabili gli abstract e non erano facilmente accessibili: di conseguenza era difficile selezionare gli articoli più idonei alla stesura dell'elaborato. Ho considerato anche alcuni articoli quantitativi, ma utilizzando solamente le parti più teoriche anziché i risultati. Gli articoli trovati sulle riviste italiane, non erano recenti e quindi non aggiornati. Tuttavia è possibile ricavarne un dato significativo: dalla letteratura emerge che in Italia vi sono pochi studi sul counseling infermieristico, mentre all'estero l'argomento è molto più trattato e sentito dai professionisti infermieri.

Dalla letteratura sembra di intuire che la comunicazione è parte integrante della professione infermieristica. Gli interventi di counseling infermieristico sembrerebbero indicati in quelle persone con un locus of control interno, un coping ansioso ma una buona rete sociale di supporto. Tali interventi attuati dall'infermiere, si basano molto sull'informazione della paziente, il che porta la persona assistita a prendere coscienza, oltre alle informazioni, delle proprie

emozioni: è l'attuazione del cosiddetto counseling informale. L'infermiere potrebbe fare leva anche sulla famiglia per aiutare l'elaborazione di strategie di coping più corrette (Landmark e Wahl, 2002).

I risultati degli studi non sono definitivi e andrebbe fatto ancora molto dal punto di vista della ricerca.

L'argomento counseling e comunicazione rimane delegato molto all'infermiere stesso, in base alla propria sensibilità e in occasione di momenti formativi. L'acquisizione di crediti per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), strumento indispensabile per i professionisti sanitari che necessitano di un continuo aggiornamento e miglioramento di abilità e competenze, prevede tra le tematiche trasversali la comunicazione. Tra le metodologie utilizzate per incrementare le abilità di counseling, le più utilizzate sono la visione di filmati con discussione in gruppo con un tutor moderatore e il role playing; altrettanto significativa sembra essere la riflessione sulle azioni da intraprendere e già attuate (Freshwater, 2004). Secondo Mc Ardle et al (1996) è auspicabile anche in Italia la formazione di un professionista specializzato ed esperto, per una pratica infermieristica avanzata, favorendo l'espansione del ruolo infermieristico; all'estero è già presente la figura della *Breast Cancer Nurse* (BCN). La BCN è una figura specializzata nella gestione della donna con tumore al seno che devono sottoporsi a chirurgia e ha esperienza nell'assistenza psicologica di queste pazienti (Mc Ardle et al, 1996). La BCN presenta all'estero sin dagli anni settanta, si occupa, tra l'altro, del supporto psico-sociale delle donne con tumore al seno (Amir et al, 2004).

Esistono aspetti organizzativi che indubbiamente influenzano la possibilità di svolgere counseling da parte dell'infermiere; per esempio il cosiddetto primary nursing, in cui l'infermiere è prevalente per una certa persona assistita, potrebbe favorire la comunicazione.

In conclusione, alla luce di quanto detto finora, l'infermiere può svolgere counseling informale nei confronti della donna con tumore al seno che presenta ansia pre-operatoria, qualora questa non presenti altre malattie psichiatriche. Tuttavia occorre cautela ed è auspicabile una formazione più completa ulteriore a quella fornita con il corso di Laurea di I livello, soprattutto se si intende svolgere un counseling di tipo formale. Bisogna però considerare l'importanza che ha

l'identificazione da parte dell'infermiere di strategie di coping e comportamenti inadeguati di fronte alla malattia per prevenire patologie psichiatriche: è l'infermiere che essendo a stretto contatto con la donna può fare la differenza. Qualora vi fosse il dubbio si potrebbe discutere in team del caso ed eventualmente coinvolgere professionisti come psicologi e psichiatri, favorendo un approccio multidisciplinare (Butow et al, 2007).

Bibliografia

Amir Z., Saily J., Borrill C. (2004) The professional role of breast cancer nurse in multi-disciplinary breast care teams. *European Journal of Oncology Nursing*, 8: 306-314.

Atkinson W.W., Hilgard E.R. (2006) *Introduzione alla psicologia* (14^a ed.) Padova: Piccin Nuova Libreria.

Baccin G. (2009) *Educazione Continua in Medicina*. Corso integrato di Introduzione alla ricerca infermieristica del corso di Laurea in Infermieristica III anno, 1° semestre. Varese: Università degli Studi Insubria.

Bellani M. (2006) *Locus of control e coping*. Corso integrato di Psicologia Clinica del corso di Laurea in Infermieristica I anno, 1° semestre. Varese: Università degli Studi Insubria.

Bellotti G.G. (2008) *La comunicazione con il malato*. Corso integrato di Scienze Umane Applicate del corso di Laurea in Infermieristica II anno, 1° semestre. Varese: Università degli Studi Insubria.

Binetti P., Mordanini V., Ferrazzoli F. (2002) Un'esperienza integrata di counseling infermieristico e psicoterapia breve nell'assistenza al paziente oncologico: risultati preliminari. *International Nursing Perspectives*, 2 (2): 87-96.

Brennan M., Black E., French J., Boyages J. (2006) Breast cancer: guiding your patient through treatment. *Australian Family Physician*, 35 (3): 117-120.

Butow P., Harrison J.D., Choy E.T., Young J.M., Spillane A., Evans A. (2007) Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer* [on line], 110. Disponibile da: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/116313110/HTMLSTART> [consultato il 12 marzo 2009].

Cadorin L. (2001) *Counseling e relazioni di aiuto*. Atti sessioni infermieristiche Associazione Italiana Oncologia Medica, Napoli, novembre 2001. Milano: Lauri Edizioni.

Cantarelli M. (2003) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson.

Carpineta S. (1992) *La comunicazione infermiere-paziente*. Torino: La Nuova Italia Scientifica.

Demir F., Donmez Y.C., Ozsaker E., Diramali A. (2007) Patients lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 744-751.

Federazione Nazionale Collegi Infermieri IPASVI (2009) *Il codice deontologico dell'infermiere* [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?ID=19>, consultato il 10 aprile 2009.

Ferrell B.R., Grant M., Brandi F., Otis-Green S., Garcia N. (1998) Quality of life in breast cancer. Part II: psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing*, 21 (1): 1-9.

Freshwater D. (2004) *Le abilità di counseling. Percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche*. Milano: Mc Graw-Hill.

Kennedy S.L., Swanson S., Dolce A., Marsh K., Summers J. (2008) Putting evidence into practice: evidence-based informations for anxiety. *Clinical Journal of Nursing*, 12 (5): 789-797.

King C.R., Hinds P., Dow H.K., Scum L., Lee C. (2002) The nurse's relationship-based perceptions of patient quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 29 (10): 118-126.

Landmark B.T., Wahl A. (2002) Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (1): 112-121.

Mc Ardle J., George W.D., Mc Ardle C.S., Smith D.C., Alastrait M., Hughson A.V.M, Murray G.D. (1996) Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomized study. *BMJ Journal*, 312: 813-826.

Metcalfe K.A. (2004) Prophylactic bilateral mastectomy for breast cancer prevention. *Journal of Women's Health*, 13 (7): 822-829.

Miaskowski C., Schockney L., Chlebowski R.T. (2007) Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (2): 213-221.

Motta P.C., Florian J. (2000) La relazione e la comunicazione con la persona assistita. *Nursing Oggi*, 4: 14-30.

Redigolo D., Kaldor K., Magrini I.R. (1995) *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Firenze: Rosini Editrice.

Sironi C. (2009) *I bisogni prevalenti della popolazione: come rispondono gli infermieri?* Corso integrato di Introduzione alla ricerca infermieristica del corso di Laurea in Infermieristica III anno, 1° semestre. Varese: Università degli Studi Insubria.

Vicini M.A. (1998) Il counseling, strumento di lavoro dell'infermiere? *Nursing Oggi*, 1: 66-69.