



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ**

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ»**

**Μεταπτυχιακή φοιτήτρια:**

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΑΠΑΤΖΕΛΟΥ**

**A.M.:01113**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:** Μαρία Μαλλιαρού,

Αναπληρώτρια καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Συνεπιβλέποντες καθηγητές:** Ευαγγελία Κοτρώτσιου,

Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Παραλίκια Θεοδόσιο, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστήμιο

Θεσσαλίας

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διπλωματική αυτή εργασία είναι το τέλος μιας προσπάθειας, στην οποία δεν ήμουν μόνη. Θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω:

- Την κα Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια καθηγήτρια Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την απεριόριστη βοήθεια που μου προσέφερε με τις επιστημονικές γνώσεις της, την κατανόηση που επέδειξε καθώς και την αγάπη της, η οποία συνέβαλε τα μέγιστα στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας μου.

Τους συνεπιβλέποντες καθηγητές:

- κα Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- κο Θεοδόσιο Παραλίκα (πατήρ Σέργιο), Επίκουρο Καθηγητή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Επίσης, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», στη Γραμματεία του Τμήματος, στους συμφοιτητές και στους συναδέρφους μου. Ένα απλό ευχαριστώ δεν φτάνει να πω στον οικογενειακό και φιλικό περίγυρό μου, για τη στήριξή τους.

Τέλος, ευχαριστώ πολύ την κόρη μου, Μαρία, που με βοήθησε και μου έδωσε θάρρος καθ'όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, λέγοντάς μου πάντα «Μαμά, θα τα καταφέρεις!».

«Γηράσκω δ'αεί πολλά διδασκόμενος» είπε κάποτε ο Σόλωνας. Αυτό είναι και το δικό μου μότο, προσπαθώντας κάθε φορά να ανέβω ένα σκαλοπάτι προς τη γνώση.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος αποτελεί έως σήμερα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας λόγω της μεγάλης επίπτωσης και της φτωχής πρόγνωσης του επηρεάζοντας ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας σε ασθενείς με καρκίνο.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για περιγραφική μελέτη διερεύνησης της ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας των ασθενών με καρκίνο. Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε συλλογή ποσοτικών δεδομένων μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων, από αριθμό ασθενών με καρκίνο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο». Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στην ογκολογική μονάδα του νοσοκομείου και ειδικότερα στην ογκολογική κλινική και την ογκολογική μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Για τους σκοπούς της έρευνας δημιουργήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και τις Κλίμακες FACIT (FACT-G) (Κλίμακα Ποιότητας Ζωής), EORTC QLQ-C30 (version 3.0), EORTC QLQ-C30 (Κλίμακα Ποιότητας Ζωής) και The Connor-Davidson Resilience Scale (μέτρηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας).

**Αποτελέσματα:** Όσον αφορά τις συσχετίσεις που προέκυψαν οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. Οι ασθενείς που θεωρούσαν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα έχει χειροτερεύσει είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που θεωρούσαν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα έχει βελτιωθεί. Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος. Περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής. Η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση

«Λειτουργικότητα ρόλου». Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη λειτουργικότητα ρόλου, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα, περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη συναισθηματική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες οικονομικές δυσκολίες, σε σύγκριση με τους ασθενείς που ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού. Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά περισσότερες οικονομικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος. Το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κόπωση». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κόπωσης σε σύγκριση με τους άντρες. Το φύλο επίσης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ναυτία/Έμετος». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα ναυτίας/εμετού σε σύγκριση με τους άντρες. Το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Πόνος». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερο πόνο σε σύγκριση με τους άντρες. το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Δύσπνοια». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα δύσπνοιας σε σύγκριση με τους άντρες.

**Συμπεράσματα:** Ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και την ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών. Η αξιολόγηση των παραγόντων αυτών είναι απαραίτητη καθώς μπορεί να διευρύνει την κατανόηση των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς τους βιώνουν τη νόσο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

**Λέξεις Κλειδιά:** ποιότητα ζωής, ψυχική ανθεκτικότητα, πνευματικότητα, ασθενείς, καρκίνος

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is currently a major health problem due to the high incidence and poor prognosis, affecting the diversity of the baby's life.

**Purpose:** The aim of this diploma thesis is to investigate the correlation of quality of life and mental resilience and spirituality in patients with cancer.

**Methodology:** This is a descriptive study investigating the quality of life and mental well-being and spirituality of patients with cancer. In the present study, quantitative data were collected through the use of questionnaires from a number of cancer patients at the General Hospital of Larissa "Koutlibaneio and Triantafylli". In particular, the questionnaires were distributed to the oncology unit of the hospital and in particular to the oncology clinic and the oncology unit of daily hospitalization.

For the purposes of the survey, a completed questionnaire was created which included socio-demographic characteristics as well as FACIT (FACT-G) Scales, EORTC QLQ-C30 (version 3.0), EORTC (QLQ-C30) and The Connor-Davidson Resilience Scale (Mental Resistance Measurement).

**Results:** As for the marital relationships, the marriages had a significantly higher score, ie a better quality of life, compared to the non-married. Patients who considered that nursing care was getting worse had a significantly worse quality of life compared to patients who considered that nursing care provided improved. The patients who had lost weight had a significantly worse quality of life compared to patients who had not lost weight. More resilience was associated with significantly better quality of life. The marital status was found to be significantly related to the rating in the role role. In particular, married people had significantly higher grades, ie better role role, than non-married. The resistance scale was found to be significantly associated with the Emotional Functionality rating. In particular, more resilience was associated with significantly better emotional functionality. Patients with upper / upper education had a significantly lower score, that is, fewer financial difficulties than those who were the most graduate. Weight loss patients had significantly more financial difficulties than those who did not lose weight. The sex was found to be significantly associated with the "Tiredness" dimension. Specifically, women had significantly more fatigue symptoms than men. Sex was also found to be significantly associated with the "Nausea / Vomiting" score. In particular, women had significantly more

nausea / vomiting symptoms than men. The sex was found to be significantly associated with the "Pain" rating. In particular, women had significantly more pain compared to men. The sex was found to be significantly associated with the "Dyspnoea" dimension. In particular, women had significantly more dyspnea symptoms than men.

**Conclusions:** Cancer adversely affects the quality of life and mental resilience of patients. Assessment of these factors is necessary as it can increase the understanding of health professionals for the way patients experience the illness, contributing to the improvement of care provided.

**Keywords:** quality of life, mental resilience, spirituality, patients, cancer

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

---

<b>A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>8</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΚΑΡΚΙΝΟΣ .....	13
1.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ .....	13
1.2. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ .....	14
1.3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....	20
2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....	20
2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ .....	21
2.3. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ...	22
2.4. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ .....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	26
3.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ .....	26
3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	31
<b>B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>34</b>
1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ .....	35
1.1.1. ΣΚΟΠΟΣ .....	35
1.1.2. ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ .....	35
1.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ .....	35
1.3. Ο «ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ» ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ .....	36
1.4. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ .....	36
1.5. ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	36
1.6. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ .....	36
1.7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	40
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>81</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>84</b>

## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---



## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο καρκίνος αποτελεί έως σήμερα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας λόγω της μεγάλης επίπτωσης και της φτωχής πρόγνωσης του επηρεάζοντας ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες και ιδιαίτερα μετά την υποχώρηση του βιοιατρικού μοντέλου σκέψης, έχει στραφεί προς την εκτίμηση της οιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση, ως ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον επαρκής. Οι διαρκώς αυξανόμενες επιθετικές θεραπείες, με μικρές αναμενόμενες διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα (ολική επιβίωση, επιβίωση ελεύθερης νόσου κ.α.) έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως σημαντική παράμετρο κατά την διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους.

Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής 1 στους 2 άνδρες και 1 στις 3 γυναίκες περίπου, θα προσβληθούν από καρκίνο κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ένα χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι ότι το ποσοστό ατόμων που διαγνώστηκε ο καρκίνος και η θνησιμότητα αυξάνονται δραματικά με την αύξηση της ηλικίας. Η αύξηση αυτή εκφράζεται μέσω των στοιχείων που δείχνουν ότι πάνω από το 80% των διηθητικών καρκίνων εκδηλώνεται σε άτομα άνω των 55 ετών (Παπαδάκου, 2007).

Στην Ελλάδα το 1988 ιδρύθηκε το Ελληνικό Αρχείο Νεοπλασιών (EAN) με σκοπό την έρευνα και τον έλεγχο του καρκίνου στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν για το χρονικό διάστημα 1990-1991 οι μορφές καρκίνου με σειρά συχνότητας ήταν: για τους άνδρες ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως, του πνεύμονα, του δέρματος, του παχέος εντέρου, του προστάτη, του στομάχου, του λάρυγγα, λεμφώματα. Για τις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού, του δέρματος, του παχέος εντέρου, του τραχήλου και της μήτρας, λεμφώματα και θυρεοειδής (Παπαδάκου, 2007).

Οι πρώτες αναφορές για την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) γίνονται από το φιλόσοφο Αριστοτέλη, ο οποίος δίνει στην έννοια «ευδαιμονία» ευτυχίας, ικανοποίησης και της ψυχικής ευχαρίστησης. Τις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της Ποιότητας Ζωής αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών, προκειμένου να αξιολογηθεί με

τρόπο επιστημονικό και «αντικειμενικό» η επίδραση των διαφορετικών-δύσκολων καταστάσεων, όπως είναι ασθένεια, στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων που τις βιώνουν. Αξιόπιστες μετρήσεις της μπορούν να συνεισφέρουν στη διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών και δράσεων με σκοπό τη συνεχή βελτίωση της ζωής του πολίτη. Σύμφωνα με τον Macduff (2000) το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής μπορεί να πηγάζει από την ανάγκη εκτίμησης της έκβασης της παρεχόμενης φροντίδας λόγω των περιορισμένων πόρων αλλά και της έλευσης της επιστημονικά τεκμηριωμένης φροντίδας. Ένας άλλος λόγος θεωρείται η ηθική αντίληψη και στροφή προς μια περισσότερο ολιστική και λιγότερο πατερναλιστική θεώρηση του ασθενή, κατά την οποία η αυτοαξιολόγησή της κατάστασης του αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη συμμετοχή του στη θεραπεία και την αυτονομία του. Επίσης, η μετατόπιση του ενδιαφέροντος, τα τελευταία χρόνια, από το «μηχανιστικό μοντέλο» που έχει κύριο στόχο την εξάλειψη της νόσου και των συμπτωμάτων της, στην «ανθρωποκεντρική προσέγγιση» είχε ως αποτέλεσμα η περίθαλψη να θεωρείται ότι αποτελεί μια ανθρωπιστική πράξη και συναλλαγή που αποσκοπεί όχι μόνο στην διασφάλιση της ανθρώπινης ζωής αλλά και στην εξασφάλιση και βελτίωση του «ευ ζην» του ασθενούς.

Ο στενός δεσμός μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας έχει αναγνωριστεί ήδη από την αρχαιότητα, καθώς σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Πλάτωνα, του Ιπποκράτη και του Ασκληπιού, η αφετηρία όλων των καλών αλλά και των δεινών του σώματος βρίσκεται στην ψυχή (Marx&Hillix, 1963). Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη, έχει αναγνωρίσει τη σημασία και την επίδραση της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου, στην εμφάνιση και την πορεία ή τις επιπλοκές μιας πάθησης ή ενός νοσήματος, καθώς τομείς όπως η ανοσολογία, η καρδιολογία και η ογκολογία, εξετάζουν ως εκλυτικά και ως θεραπευτικά ζητούμενα, την κατάσταση της ψυχικής υγείας των ασθενών.

Η ευτυχία έχει βρεθεί σε ένα σύνολο 225 μελετών, ότι συχνά προηγείται παρά έπεται των θετικών γεγονότων ζωής, αποτελώντας, επί της ουσίας, προβλεπτικό παράγοντα πολλών εξ αυτών, όπως είναι η οικονομική επιτυχία, η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων και δικτύων, η ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης των δυσκολιών, η ψυχοσωματική υγεία και η μακροβιότητα (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels&Conway, 2009).

Ως συνθετικό κομμάτι της ευτυχίας, τα θετικά συναισθήματα φαίνεται να διαδραματίζουν, έναν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην επίτευξη και τη διατήρηση

της καλής ψυχικής και σωματικής υγείας συνθέτοντας, αν μη τι άλλο, το ψυχολογικό «ευ ζην» (Mahoneyetal., 2002). Πιο συγκεκριμένα όσο αφορά τη σχέση τους με την ανθεκτικότητα, φαίνεται ότι τα θετικά συναισθήματα τροφοδοτούν επί της ουσίας την ψυχική ανθεκτικότητα, καθώς τα ψυχικώς ανθεκτικά άτομα χρησιμοποιούν τα θετικά συναισθήματα προκειμένου να ανακάμψουν γρήγορα και αποτελεσματικά από συναισθηματικά αρνητικές καταστάσεις και για να βρουν θετικό νόημα σε αυτές (Tugade&Fredrickson, 2004).

Η επίδραση του καρκίνου και της μακροχρόνιας θεραπείας δεν μπορεί επαρκώς να μετρηθεί με τους δείκτες θνησιμότητας, επίπτωσης και επικράτησης ή το μέσο χρόνο διαμονής στο νοσοκομείο καθώς ο καρκίνος επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ζωής και του «ευ ζην» (King 1998). Τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο αφορούν στα τρία επίπεδα φροντίδας, το μικρο-επίπεδο, το μεσαίο επίπεδο και το μακρο-επίπεδο.

Η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους. Τα επίπεδα πνευματικότητας και πνευματικής ευημερίας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο (Peteet&Balboni, 2013. Puchalski, 2012). Η πνευματικότητα μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να βρουν ένα βαθύτερο νόημα και να βιώσουν την αίσθηση της προσωπικής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου αλλά και αφού το ξεπεράσουν (Vachon, 2008).

Η πνευματικότητα είναι η πτυχή της ανθρωπότητας που αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αναζητούν και εκφράζουν το νόημα και το σκοπό της ζωής τους και στον τρόπο που βιώνουν τη σύνδεση με τη στιγμή, με τον εαυτό τους, με τους άλλους, με τη φύση (VerBeek, 2000). Η πνευματικότητα αφορά την αίσθηση της σύνδεσης του ατόμου με μια υπερβατική δύναμη ή έναν υπερβατικό σκοπό (Zinnbauer, Pargament, Cole, Rye, Butter, Belavich, Hipp, Scott, &Kadar, 1997) και μπορεί να διακριθεί σε θρησκευτική, με προσανατολισμό το Θεό, σε φυσική, προσανατολισμένη στη σχέση του ανθρώπου με τη φύση και ανθρωπιστική, με επίκεντρο τον άνθρωπο και τις δυνατότητες του (Mytko &Knight, 1999).

Το στοιχείο της πίστης στην πνευματικότητα συνδέεται συχνότερα με τη θρησκεία και τη θρησκευτική πίστη, ενώ το στοιχείο του νοήματος της πνευματικότητας είναι μια ευρύτερη έννοια όπου υπάρχει σε θρησκευόμενα και μη άτομα (Τζούνης και συν, 2009). Η θρησκεία και η πνευματικότητα είναι δυο έννοιες

που συχνά επικαλύπτονται και η προσπάθεια μέτρησης της πνευματικότητας σαν μια ξεχωριστή μεταβλητή από την θρησκευτικότητα είναι αρκετά δύσκολη (Hilletal, 2000). Η θρησκευτικότητα ορίζεται ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με μια οργανωμένη δομή και αναφέρεται στη συμμετοχή ενός ατόμου σε ένα σύστημα λατρείας και την ενεργή άσκηση θρησκευτικών καθηκόντων. Ωστόσο, σκοπός των περισσότερων θρησκειών είναι να καλλιεργούν την πνευματικότητα στα μέλη της, και αυτό πιθανόν να προκαλεί την επικάλυψη μεταξύ των εννοιών της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (Hilletal, 2000).

Η πνευματικότητα μπορεί να είναι ως εκ τούτου, μέρος μιας πίστης ή μιας θρησκευτικής κοινότητας (θρησκευτική πνευματικότητα), αλλά όχι κατ' ανάγκη, ενσωματώνοντας επίσης μη θρησκευτικές έννοιες (φυσικό/ανθρωπιστική πνευματικότητα) (Mytko&Knight, 1999; Τζούνησκαισιν, 2009).

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας σε ασθενείς με καρκίνο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

### **1.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Ο καρκίνος, όπως ονομάστηκε από τον Ιπποκράτη, κατάλαβε μια από τις υψηλότερες θέσεις νοσηρότητας στον πλανήτη του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων λόγω βλάβης στην κωδικοποίηση του DNA και διαταραχή της διαδικασίας της κυτταροδιαίρεσης καθώς και από μετάσταση των καρκινικών κυττάρων σε διάφορους ιστούς στο σώμα. Στους αιτιολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η κληρονομικότητα, η φυλή, η γεωγραφική κατανομή, διάφορες φυσικές ή χημικές καρκινογόνες ουσίες, το κάπνισμα, η πολύωρη έκθεση στον ήλιο και την ιονίζουσα ακτινοβολία, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (Doll, et al., 1981; World Health Organization and International Agency for Research on Cancer, 2003; Nishikawa, et al., 2004).

Το 2006 στην Ευρώπη διαγνώστηκαν 3.191.600 νέες περιπτώσεις καρκίνου (συμπεριλαμβανομένου και των καρκίνων δέρματος, πλην του μελανώματος) και 1.703.000 θάνατοι από καρκίνο. Οι πιο κοινές μορφές καρκίνου ήταν ο καρκίνος μαστού (429.900 νέες περιπτώσεις, 13,5% της συνολικής επίπτωσης του καρκίνου), ακολουθούμενος από τον καρκίνο παχέος εντέρου (412.900, 12,9%) και τον καρκίνο πνεύμονα (386.300, 12,1%) (Nishikawa et al., 2004; Alberg, 2002).

Η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο οφειλόταν στον καρκίνο πνεύμονα (334.800, 19,7%), ακολουθούμενη από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (207.400 θάνατοι), μαστού (131.900) και στομάχου (118.200). Από το 2004 ο συνολικός αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου στην Ευρώπη αυξήθηκε κατά 300.000. Με την ετήσια εκτίμηση των 3,2 εκατομμυρίων νέων περιπτώσεων καρκίνου (53% για τους άνδρες και 47% στις γυναίκες) και 1,7 εκατομμύρια θανάτους (56% στους άνδρες και 44% στις γυναίκες), ο καρκίνος παραμένει ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη και με τη γήρανση του πληθυσμού που θα προκαλεί συνεχή αύξηση των αριθμών αυτών, πρέπει να ληφθούν μέτρα πρόληψης του καρκίνου (Uauy, Solomos, 2005; Calle, Kaaks, 2004).

Στην Ελλάδα τα στατιστικά στοιχεία από το WHO δείχνουν στα 100.000 άτομα, 18,9 άντρες και 8,9 γυναίκες νοσούν από καρκίνο στομάχου, 31 άντρες και 21,3 γυναίκες από καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού, 88,7 άντρες και 12,7 γυναίκες από καρκίνο παγκρέατος, 81,8 γυναίκες από καρκίνο μαστού, 21,3 γυναίκες από καρκίνο μήτρας και 81 άντρες από καρκίνο προστάτη. Γενικά 423,9 άντρες και 259,5 γυναίκες νόσησαν το 2006 στα 100.000 άτομα που μελετήθηκαν. Τα αντίστοιχα ποσοστά θνησιμότητας για τα 100.000 άτομα ήταν 12,3 άντρες και 5,9 γυναίκες πέθαναν από καρκίνο στομάχου, 15,5 άντρες και 10,8 γυναίκες από καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού, 69 άντρες και 11,4 γυναίκες από καρκίνο παγκρέατος, 21,7 γυναίκες από καρκίνο μαστού, 5,1 γυναίκες από καρκίνο μήτρας και 18,8 άντρες από καρκίνο προστάτη (Ferlayetal., 2007).

## **1.2. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Κυτταρικός κύκλος ονομάζονται οι βιολογικές διαδικασίες από τη στιγμή της διαίρεσης του κυττάρου, μέχρι την επόμενη διαίρεση. Η διάρκεια του φαινομένου αυτού δεν είναι ίδια για όλα τα κύτταρα.

Βασική προϋπόθεση για την δημιουργία νεοπλασίας είναι η διαταραχή της ισορροπίας ανάμεσα στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τον κυτταρικό θάνατο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο αριθμός των κυττάρων που παράγονται να ξεπερνά τον αριθμό που καταστρέφονται την ίδια χρονική περίοδο (Δημόπουλος & Μπάμιας, 2008).

Ο κυτταρικός κύκλος αποτελείται από 4 φάσεις. Η φάση της μίτωσης (διαίρεσης του πυρήνα), στη συνέχεια το νέο κύτταρο εισέρχεται στη φάση G1 στην οποία είναι έτοιμο να συνθέσει DNA. Ακολουθεί η φάση S κατά την οποία η ποσότητα του DNA του κυττάρου διπλασιάζεται. Στη συνέχεια στη φάση G2 πραγματοποιείται ο διπλασιασμός του κυττάρου (Δημόπουλος & Μπάμιας, 2008).

Ένας μικρός αριθμός των καρκινικών κυττάρων βρίσκονται ενός του κυτταρικού κύκλου σε φάση ενεργού πολλαπλασιασμού. Συνήθως βρίσκονται σε αδρανή φάση αλλά μπορούν να μεταπηδήσουν στη φάση G1 και να

πολλαπλασιαστούν. Αυτό το φαινόμενο εξηγεί την μετάσταση των όγκων μετά από χρόνια (Δημόπουλος & Μπάμιας, 2008).

Κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου παίζει η πρωτεΐνη p53 η οποία βοηθά στη ρύθμιση της μεταγραφής. Σε περίπτωση βλάβης η διαδικασία του κύκλου σταματά σε διάφορες φάσεις για να δοθεί η ευκαιρία στο κύτταρο να διορθώσει τη βλάβη. Όταν αυτό δεν είναι δυνατό τότε η p53 οδηγεί το κύτταρο σε απόπτωση. Έτσι έχει βρεθεί ότι το μόριο της πρωτεΐνης p53 βρίσκεται μεταλλαγμένο σε ασθενείς με καρκίνο. Τα καρκινικά κύτταρα δεν έχουν την ικανότητα ελέγχου του κυτταρικού πολλαπλασιασμού, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη υπερπαραγωγή τους, την συσσώρευσή τους και την δημιουργία όγκων (Ανδρεάδης, 2007).

Η βιολογική συμπεριφορά ενός κακοήθους όγκου επηρεάζεται από τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Η κλινική εικόνα της κακοήθειας επηρεάζεται από την διηθητικότητα, την μεταστατικότητα και την αντίδραση στη θεραπεία. Η ευαισθησία ενός όγκου στην χημειοθεραπεία είναι μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των πολλαπλασιαζόμενων κυττάρων (Ανδρεάδης, 2007).

### **1.3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Οι δυσκολίες που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τίθενται σε πολλαπλά επίπεδα, (έντονα συναισθήματα, παρενέργειες των θεραπειών) οδηγώντας σε μια σημαντική ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Οι αλλαγές που βιώνει ο ασθενής σχετίζονται με σωματικές αλλαγές (πόνος, αδυναμία, αλλαγή στην εμφάνιση) αλλά και συναισθηματικές αλλαγές που σχετίζονται με ανησυχίες για υπαρξιακά θέματα που εμφανίζονται λόγω της ασθένειας και της θεραπείας.

Το βίωμα του καρκίνου για τον κάθε ασθενή μπορεί να έχει ένα ξεχωριστό νόημα το οποίο συνοδεύεται από φόβο, απελπισία, πόνο, απογοήτευση και προειδοποίηση θανάτου. Ο όρος «ψυχολογικές ανάγκες» περιλαμβάνει καταστάσεις άγχους, κατάθλιψη, οργανικές βλάβες και δυσκολίες προσαρμογής. Η κατανόηση των παραμέτρων αυτών υποβοηθά την υποστήριξη των ασθενών στην διαδικασία προσαρμογής τους (Σταθοπούλου, Αλμπάνη, Χαλκιά & Τσάπαλος, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, κατά την πορεία της νόσου εκδηλώνονται ποικίλες ψυχολογικές ανάγκες:

- I. Με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων, πριν την διάγνωση η ψυχολογική επιβάρυνση ξεκινά. Η ψηλάφηση ενός οζιδίου στο μαστό οδηγεί σε συμπτώματα άγχους, ενεργοποιώντας δυσλειτουργικές αρνητικές σκέψεις και καταθλιπτική διάθεση. Η πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων και η εισαγωγή στο νοσοκομείο λειτουργούν ως επιβαρυντικοί παράγοντες.
- II. Το γεγονός της διάγνωσης μιας νεοπλασίας οδηγεί σε διλήμματα όσον αφορά την ανακοίνωση αυτή στον ασθενή. Συχνά ο ασθενής δεν πληροφορείται για την ακριβή διάγνωση και δίνονται γενικόλογες απαντήσεις. Η ανακοίνωση της διάγνωσης όταν επιτευχθεί οδηγεί τον ασθενή να βιώσει ένα ισχυρό σοκ. Επιπλέον, κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς μπορεί να εκφράσουν αγχώδεις αντιδράσεις, φόβους και παρανοειδείς αντιδράσεις. Οι ψυχολογικές αυτές αντιδράσεις συνεπάγονται διαταραχές στην επικοινωνία και τις σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οδηγώντας έτσι στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική παρέμβαση κρίνεται αναγκαία (Ρηγάτος, 2007).
- III. Μετά την διάγνωση ακολουθεί η ιατρική παρέμβαση με την εφαρμογή της αναγκαίας θεραπείας. Οι επεμβάσεις μπορεί να συνεπάγονται αλλαγές στην εικόνα του σώματος όπως για παράδειγμα οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις οι οποίες δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα. Συχνά επιφέρουν διαταραχές στην ομιλία, τη λήψη τροφής και επηρεάζουν πολλές σωματικές λειτουργίες. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εικόνα του σώματος, αλλά και το ρόλο του φύλου και τη θέση στην οικογένεια, τόσο σε πραγματικό όσο και σε συμβολικό επίπεδο.
- IV. Ειδικές δυσκολίες προκύπτουν και στις άλλες αντικαρκινικές θεραπείες, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, στη χημειοθεραπεία σοβαρή ψυχολογική επιβάρυνση προκαλείται από τις συχνές προσελεύσεις και εισαγωγές στο νοσοκομείο, από τις φλεβοκεντήσεις για αιμοληψία και για τη



χορήγηση φαρμάκων, αλλά και λόγω της αλωπεκίας που τροποποιεί την εικόνα του σώματος αλλά και δηλώνει το πρόβλημα υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον (Ρηγάτος, 2007).

- V. Κατά το διάστημα μετά την θεραπεία, με την ύφεση των συμπτωμάτων οι ασθενείς εκδηλώνουν ψυχικά συμπτώματα είτε λόγω σωματικών συμπτωμάτων, είτε κατά την διάρκεια προγραμματισμένων εξετάσεων. Αναμένοντας τα αποτελέσματα, υπάρχει ο φόβος της υποτροπής ή μετάστασης της νόσου και το αίσθημα της ανασφάλειας.
- VI. Στην φάση της υποτροπής, οι ψυχολογικές δυσκολίες αυξάνονται καθώς οι προσδοκίες για ίαση διαψεύδονται αλλά και λόγω της αντίληψης για την προοπτική της νόσου. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι πολύ έντονη απαιτώντας της ψυχιατρική παρέμβαση. Ο πόνος επιβαρύνει σημαντικά στην φάση αυτή, συμβάλλοντας και την εκδήλωση ψυχιατρικής συννοσηρότητας (Ρηγάτος, 2007).

Έχουν αναφερθεί μια σειρά από φόβοι και ανησυχίες που νιώθουν οι ασθενείς κατά την πορεία της ασθένειας αλλά και την περίοδο κοντά στο θάνατο. Φόβοι που βιώνει ο ασθενής είναι ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας και αφορούν την ανησυχία του ατόμου μήπως παραμορφωθεί η εικόνα του σώματος, ή αποκτήσει κάποιου είδους αναπηρία. Εκφράζεται ο φόβος μήπως αλλάξει η λειτουργικότητα επηρεάζοντας την αυτοεκτίμηση (Παπαδάτου&Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ο φόβος της εξάρτησης παρουσιάζεται έντονος ιδιαίτερα στους ασθενείς που συνήθιζαν να είναι αυτόνομοι στην καθημερινότητά τους. Όταν το άτομο αντιμετωπίζει την μείωση της ικανότητας ελέγχου των ικανοτήτων, της υγείας και των δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχει, φοβάται το ενδεχόμενο να εξαρτηθεί από τους άλλους και να γίνει «βάρος». Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας και της δυσφορίας υπάρχει καθώς ο ασθενής περνά τις φάσεις της ασθένειας και εμπλέκεται σε πολλαπλές ιατρικές παρεμβάσεις.

Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς εκδηλώνεται όταν το προσωπικό υγείας αλλά και οι οικείοι αποσύρονται, καθώς δεν μπορούν να

διαχειριστούν την επιδείνωση της υγείας του ασθενή. Ο φόβος του αποχωρισμού αναφέρεται στην ανησυχία του ατόμου σχετικά με το μέλλον και το τι θα απογίνουν τα μέλη της οικογένειας, ειδικά όταν ο ασθενής αποτελεί ηθικό και οικονομικό στήριγμα για τους ίδιους (Παπαδάτου& Αναγνωστόπουλος, 1999).

Επιπλέον, εκδηλώνονται και φόβοι οι οποίοι αφορούν το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή για την ανυπαρξία προβληματίζουν τους ασθενείς. Κάποιοι ασθενείς φοβούνται ότι θα κριθούν για την πορεία της ζωής τους και θα τιμωρηθούν.

Υπαρξιακά ερωτήματα και προβληματισμοί εγείρονται καθώς το άτομο σκέφτεται όλα τα ανεκπλήρωτα όνειρα και στόχους που δεν κατάφερε να ολοκληρώσει. Η οριστικότητα του θανάτου δυσκολεύει καθώς ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι δεν θα ξαναδεί τα αγαπημένα του πρόσωπα. Η ταφή του σώματος και η αποσύνθεσή του προκαλούν έντονο φόβο για την τύχη του σώματος (Παπαδάτου& Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με την Kubler-Ross (1969) η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς εξελίσσεται η ασθένειά του χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια συναισθηματικών αντιδράσεων:

1. το στάδιο της άρνησης, κατά το οποίο ο ασθενής αρνείται να δει την απειλητική πραγματικότητα και προσωρινά ανακουφίζεται από το άγχος της νόσου
2. το στάδιο του θυμού, στο οποίο ο ασθενής οργίζεται και αναρωτιέται «γιατί εγώ να το περνώ αυτό»,
3. το στάδιο της διαπραγμάτευσης, κατά τη διάρκεια του οποίου ο ασθενής διαπραγματεύεται με το Θεό για μια καλύτερευση της πορείας της νόσου, αλλάζοντας πράγματα που θεωρεί ότι φταίνε για το γεγονός ότι νοσεί,
4. το στάδιο της κατάθλιψης το οποίο προέρχεται λόγω της συνειδητοποίησης πολλών απωλειών (υγείας, εργασίας, εικόνας σώματος, κοινωνικού δικτύου). Ο ασθενής παρουσιάζει κλινικές ενδείξεις κατάθλιψης όπως απόσυρση, ψυχοκινητική καθυστέρηση, διαταραχές ύπνου, απελπισία και τάσεις αυτοκτονίας.

5. το στάδιο της αποδοχής, στο οποίο ο ασθενής αν είχε χρόνο να προετοιμαστεί και να εκφραστεί, συνειδητοποιεί ότι ο θάνατός του είναι αναπόφευκτος και το αποδέχεται. Ο ασθενής γίνεται λιγότερο ομιλητικός, έχει την ανάγκη να κοιμάται συχνά και επιθυμεί σύντομες επισκέψεις (Σηφακάκη, 1995).

Αυτό αποτελεί ένα γενικό πλαίσιο αντιδράσεων που βέβαια εξατομικεύεται σε κάθε άνθρωπο σε συνάρτηση με τις εμπειρίες που έχει βιώσει, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το κοινωνικό του περιβάλλον. το προσωπικό καλείται να αναγνωρίσει τις ψυχικές αυτές διεργασίες και τα στάδια αλλά και να διαμορφώσουν τις συνθήκες για την επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών που αναδύονται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### **2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Σύμφωνα με τον WHO, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, που αφορά την κατάσταση της ζωής του στα πολιτισμικά πλαίσια και στα πλαίσια του συστήματος αξιών, εντός των οποίων ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτοθέτει» (WHO, 1996). Ο ορισμός περιλαμβάνει έξι ευρείες περιοχές αναφοράς: τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος και τα πνευματικά ενδιαφέροντα.

Για την προσέγγιση συγκεκριμένα της επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου, εντάσσεται η έννοια της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (Health Related Quality of Life, HRQOL) και η εκτίμησή της έχει σκοπό να απεικονίσει το πολυπαραγοντικό φορτίο που επωμίζεται ο ασθενής λόγω της κλινικής του κατάστασης (Lindblad et al., 2002; Κάβουρα και συν., 2003). Η έννοια της περίθαλψης διευρύνεται για να συμπεριλάβει όχι μόνο τη διασφάλιση της ανθρώπινης ζωής αλλά και την εξασφάλιση του «ευ ζην» του ασθενούς (Κάβουρα και συν., 2003).

Η απάντηση ενός ατόμου στην ερώτηση «Τι σημαίνει η έννοια της ποιότητας ζωής για σένα;» είναι εξαιρετικά υποκειμενική και προσωπική και μπορεί να αλλάζει ανάλογα με τη διάθεση, το χρόνο, τον τόπο, τη δυναμική της οικογένειας, τις κοινωνικο-πολιτισμικές αξίες καθώς και πολλές άλλες καταστάσεις (Birnbacher 1999). Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να τη θεωρούν ως μια κρίση για το πώς το άτομο βιώνει τη ζωή του. Χαμηλή ποιότητα ζωής δεν σημαίνει ότι το άτομο υποτιμά τη ζωή του ή ότι υποτιμά τον εαυτό του, αλλά περιγράφει πως το άτομο εκτιμά τη ζωή του τη συγκεκριμένη στιγμή.

Για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της ποιότητας ζωής έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα πολλά θεωρητικά μοντέλα και απόψεις. Ευρέως χρησιμοποιούνται στην έρευνα και στη νοσηλευτική κλινική πρακτική το μοντέλο των Ferrell Grant, Padilla, Vemury & Rhiner, των Wilson & Clearly και το μοντέλο των Ferrans & Power (Vellerand et al., 1998). Και τα τρία θεωρούν την ποιότητα ζωής πολυδιάστατη και με υποκειμενική φύση έννοια, βασίζονται στην ατομική-

προσωπική θεώρηση και ιδεολογία του ατόμου ως μοναδική-σύνθετη προσωπικότητα, η υγεία θεωρείται πολυδιάστατη έννοια και η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τις μοναδικές εμπειρίες κάθε ατόμου. Φυσικά κάθε μοντέλο αντανακλά την θεώρηση και τον ορισμό της ποιότητας ζωής που δόθηκε από τους ερευνητές.

Ενδεικτικά, οι Ferrell, Grant, Padilla, Vemury & Rhiner (1991) δίνουν έμφαση στην ανάγκη της πολυδιάστατης προσέγγισης της έννοιας, όπου κάθε διάσταση αποτελείται από γενικού περιεχομένου προσεγγίσεις που ισχύουν για όλο τον πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο αλλά και από ειδικές προσεγγίσεις για κάθε τύπο καρκίνου και κάθε θεραπεία (Grant & Rivera 1998). Οι ερευνητές διακρίνουν τις τέσσερις διαστάσεις-πεδία της ποιότητας ζωής (Ferrel, Hassey-Dow et al., 1995).

Ένα γενικό συμπέρασμα θα μπορούσε να είναι ότι όλοι οι ορισμοί και τα μοντέλα της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις της ζωής οι οποίες επηρεάζουν την αντίληψη του «ευ ζην», την αίσθηση της ικανοποίησης και της ευτυχίας από τους ανθρώπους (Farquhar 1995; Wood-Dauphinee, 1999).

## **2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Η αδυναμία συναίνεσης των ερευνητών σε ένα μόνο ορισμό για την ποιότητα ζωής, είναι στην ουσία αποτέλεσμα της ομοφωνίας τους ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά της. Η ΠΖ είναι έννοια υποκειμενική (Meeberg 1993; Carr & Higginson 2001; Carretal, 2001). Πρόκειται για μια κρίση-άποψη από τη μοναδική υποκειμενική θεώρηση του ατόμου η οποία καθορίζεται από αυτά που βιώνει το άτομο «εδώ και τώρα» (Birnbacher 1999). Η ποιότητα της ζωής είναι μία δυναμική θεώρηση της ζωής και μεταβάλλεται και οικοδομείται σε απάντηση προς την ασθένεια. Οι Allison, Locker & Feine (1997) σε άρθρο τους σχετικά με τη δυναμική θεώρηση της ποιότητας ζωής αναφέρονται σε έννοιες όπως η προσαρμογή, η διαχείριση των καταστάσεων, η αβεβαιότητα, ο αυτοέλεγχος και η εικόνα εαυτού, η αισιοδοξία, οι προσδοκίες και η αυτεπάρκεια. Σύμφωνα με το Norman (2003) οι εκτιμήσεις της ΠΖ πάντα θα επηρεάζονται από παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο. Αυτό αποτελεί την καλλιέπεια αλλά και την Αχίλλειο πτέρνα της. Δεν υπάρχει ένα «εργαλείο πρότυπο» (goldstandard) για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, για το λόγο αυτό κάθε ερευνητής πρέπει να εξετάζει

προσεκτικά το θεωρητικό υπόβαθρο που υποστηρίζει κάθε εργαλείο και σε δεύτερο χρόνο να επιλέγει το πλέον κατάλληλο για τους σκοπούς της μελέτης του.

Είναι έννοια πολυδιάστατη, η οποία εμπεριέχει όλα τα θετικά και αρνητικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη ζωή ενός ατόμου σε διαφορετικούς τομείς (σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, πνευματικό) (Ganz 1994; Haberman&Bush 1998). Συνοψίζοντας, η ποιότητα ζωής μπορεί να αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου, από τη διάγνωση, τη θεραπεία μέχρι και τον επικείμενο θάνατο, και φυσικά οι διαστάσεις της είναι πολλαπλές. Εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο (συμπτώματα της νόσου, επιτυχία αντιμετώπισης τους, κ.α.), τη θεραπεία (το είδος, την έκταση, τις παρενέργειες της υποστηρικτικής θεραπείας), την προσωπικότητα και ψυχολογία του πάσχοντος, την οικογενειακή στήριξη, την επαγγελματική ζωή, την κοινωνική αποδοχή, την γνωστική, συμπεριφορική και πνευματική του καλλιέργεια και υπόσταση (Ρηγάτος, 2000).

### **2.3. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Η επίδραση του καρκίνου και της μακροχρόνιας θεραπείας δεν μπορεί επαρκώς να μετρηθεί με τους δείκτες θνησιμότητας, επίπτωσης και επικράτησης ή το μέσο χρόνο διαμονής στο νοσοκομείο καθώς ο καρκίνος επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ζωής και του «ευ ζην» (King 1998). Τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο αφορούν στα τρία επίπεδα φροντίδας, το μικρο-επίπεδο, το μεσαίο επίπεδο και το μακρο-επίπεδο. Στο μικρο-επίπεδο, πληθυσμός στόχος είναι ο ίδιος ο ασθενής και ο σκοπός της αξιολόγησης είναι η διασφάλιση των πλεονεκτημάτων για την υγεία του σε ατομικό επίπεδο όπως για παράδειγμα περιγραφή και εκτίμηση της φύσης και της έκτασης των λειτουργικών και ψυχολογικών προβλημάτων με αποτέλεσμα την καλύτερη προσέγγιση και αντιμετώπιση τους στα διάφορα στάδια κατά την πορεία της νόσου (Higginson&Carr 2001; Κάβουρα και συν., 2003; Sprangers&Sprangers 2002), η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων (ιατρικών, νοσηλευτικών, ψυχολογικών) (Aaronson 1991; Osoba 1999; Grant&Sun 2010), η πληροφορημένη και αυτόνομη λήψη αποφάσεων (Ganz 1994), η ανακάλυψη των άδηλων/κρυφών προβλημάτων, ιδιαίτερα των ψυχολογικών και

των κοινωνικών που συνήθως αγνοούνται (Sprangers 2002; Grant&Sun 2010), η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης (Detmaretal 2000; Velikovaetal 2004), η διαπίστωση και καταγραφή των αλλαγών ή των απαντήσεων στοθεραπευτικό σχήμα (Haberman&Bush, 1998).

Στο μεσαίο επίπεδο φροντίδας, ο πληθυσμός στόχος είναι οι ομάδες των ασθενών, τα οφέλη είναι ομαδικά και ενεργοποιούνται σε επίπεδο θεσμών και οργανισμών. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις κλινικές δοκιμές είναι εξαιρετική δεδομένου των αλλαγών που διαπιστώνονται και προτείνονται στη θεραπεία, την επιβίωση και τις ανάγκες αποκατάστασης (Osoba, 1999), η διατύπωση οδηγιών/πρωτοκόλλων για την καλύτερη προσέγγιση των προβλημάτων ασθενών που ανήκουν σε ειδικές ομάδες (Sprangers&Sprangers 2002), η παρακολούθηση και καταγραφή της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας με στόχο τη συνεχή βελτίωσή της (Haberman&Bush 1998; Higginson&Carr 2001; Grant&Sun 2010), η εστίαση του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας από τα κλινικά συμπτώματα σε μια περισσότερο ευρύτερη προσέγγιση (Velikovaetal 2004). Τέλος, το μακρο-επίπεδο, έχει πληθυσμό στόχο μεγάλες κοινότητες, από τους δήμους έως ολόκληρη τη χώρα, τα πλεονεκτήματα ενεργοποιούνται σε κυβερνητικό επίπεδο και διανέμονται σε όλο τον πληθυσμό (Sutherland&Till 1993; Osoba 2002; Sprangers&Sprangers 2002). Σε επίπεδο πολιτικής και σχεδιασμού για την υγεία, τα αποτελέσματα των ερευνητικών μελετών επιβάλλεται να συμβάλουν στην επιτήρηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, στον καθορισμό και την παρακολούθηση της κατανομής των πόρων της δημόσιας υγείας (Drummond 1987), στο σχεδιασμό και συντονισμό των προγραμμάτων φροντίδας υγείας και στην αξιολόγηση των επιπτώσεων που οφείλονται στην εφαρμογή της εκάστοτε πολιτικής υγείας (Κάβουρα και συν. 2003; Nordenfelt 1999; Kaplan 2003; Sprangers&Sprangers 2002).

## 2.4. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι κλινικοί γιατροί και οι ερευνητές αναγνωρίζουν συχνά, ότι οι άνθρωποι αλλάζουν τα εσωτερικά τους πρότυπα, τις αξίες και τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα ζωής, όταν έρχονται αντιμέτωποι με μεγάλες αλλαγές της κατάστασης της υγείας τους. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να έχει θετική ή αρνητική κατεύθυνση και μπορεί να αποτελεί μέρος των αμυντικών μηχανισμών ενός ατόμου, που το βοηθάει να δεχθεί τη νόσο και τις συνέπειες της. Ο βαθμός στον οποίο μπορούν να επηρεαστούν τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής, ειδικά σε μελέτες που περιέχουν επανειλημμένες μετρήσεις, από το φαινόμενο της προσαρμογής, πολλές φορές παραγνωρίζεται από τους ερευνητές. Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε μια αύξηση του ενδιαφέροντος για την κατανόηση και διερεύνηση αυτών των φαινομένων «αλλαγής της απάντησης» (response shift RS) λόγω προσαρμογής και δημοσιεύθηκαν περισσότερες από 100 εργασίες από το 1999, που αναφέρονται και προσπαθούν να μετρήσουν με στατιστικές μεθόδους την «αλλαγή της απάντησης».

Τα μεγαλύτερα φαινόμενα αλλαγής της απάντησης, λόγω προσαρμογής, έχουν παρατηρηθεί στους τομείς της κόπωσης, της συνολικής ποιότητας ζωής και του ρόλου στην ζωή. Σε κλινικές μελέτες για τον καρκίνο, οι ασθενείς παρά την αντικειμενική επιβάρυνση της ποιότητας ζωής τους, μπορεί να μην αναφέρουν κάποια επιδείνωση, λόγω της επίδρασης της θετικής προσαρμογής. Ο υπολογισμός της αλλαγής της απάντησης μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση της πραγματικής ποιότητας ζωής, που έχει μεγάλη σημασία, όταν ο στόχος είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Ακόμα είναι πολύ σημαντικός, όταν θέλουμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα αλλαγής της ποιότητας ζωής σε ομάδες ασθενών με διαφορετικές νόσους. Η εκτίμηση του βαθμού θετικής ή αρνητικής προσαρμογής, εκτός από τους ερευνητικούς σκοπούς, μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες στην κλινική πράξη.

Ο κλινικός γιατρός εάν γνωρίζει θεωρητικά και εμπειρικά το φαινόμενο της προσαρμογής, όταν χρησιμοποιεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, μπορεί να ξεχωρίσει την πραγματική αλλαγή της ποιότητας



ζωής. Μπορεί, επίσης, να εκτιμήσει καλύτερα την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την προσαρμογή του ασθενή στη νόσο.

Αντίθετα με άλλα ερωτηματολόγια, τα οποία δημιουργήθηκαν σε μια χώρα ή γλώσσα, η ομάδα για την ποιότητα ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και την Θεραπεία του καρκίνου, από την αρχή υιοθέτησε μια παράλληλη προσέγγιση και άνθρωποι από πολλές διαφορετικές χώρες συνεργάστηκαν σε όλα τα στάδια δημιουργίας του γενικού ερωτηματολογίου EORTC QLQ C30. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτή την στιγμή μεταφρασμένο σε 59 γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές διεθνείς μελέτες. Οι μεταφράσεις γίνονται ακολουθώντας αυστηρή διαδικασία, που περιλαμβάνει ευθείες και αντίστροφες μεταφράσεις που ακολουθούνται από πιλοτική μελέτη. Ακόμη όμως και με αυτή τη διαδικασία, η μετάφραση μπορεί να μην είναι ακριβώς ισοδύναμη με την πρωτότυπη αγγλική έκδοση. Ακόμα και αν η μετάφραση είναι τέλεια, οι πολιτιστικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικές απαντήσεις. Αυτές οι επιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα σε διεθνείς πολυκεντρικές κλινικές μελέτες, όπου συλλέγονται δεδομένα από πολλές χώρες. Η έκταση στην οποία μπορούν να επηρεασθούν τα αποτελέσματα από τις διαφορές των μεταφράσεων και τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας είναι αντικείμενο έρευνας. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η ανάλυση της «διαφορετικής λειτουργίας των θεμάτων» (differential item functioning DIF).

Σε δυο ανασκοπικές μελέτες οι Scott et al. παρατήρησαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις σε μερικά θέματα του ερωτηματολογίου EORTC QLQ C30, που ορισμένες δικαιολογούνταν από τις διαφορετικές μεταφράσεις του, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις ο ακριβής λόγος δεν μπόρεσε να εξηγηθεί. Μια εναλλακτική υπόθεση ήταν ότι ο λόγος για τις παρατηρούμενες διαφορές ήταν οι πολιτιστικές ιδιαιτερότητες των ασθενών από διαφορετικές χώρες. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση οι ασθενείς που προέρχονται από χώρες με κοινή πολιτιστική παράδοση θα έπρεπε να δίνουν παρόμοια αποτελέσματα. Η γλώσσα βέβαια είναι στενά συνδεδεμένη με την πολιτιστική παράδοση και η ανάλυση «διαφορετικής λειτουργίας των θεμάτων» (DIF) θα πρέπει να βασίζεται στο συνδυασμό αυτών των παραγόντων. Ο σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι η ενίσχυση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου, το οποίο στις πολυκεντρικές μελέτες δεν θα πρέπει να δίνει σημαντικά διαφορετικά

αποτελέσματα, όταν χρησιμοποιείται σε χώρες με διαφορετική γλώσσα και πολιτιστική παράδοση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

### **3.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η ψυχική ανθεκτικότητα ως έννοια χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τη φυσική επιστήμη των υλικών και περιγράφει την ιδιότητα του υλικού να επανέρχεται στο αρχικό του σχήμα ή θέση, ύστερα από μια φυσική μεταβολή όπως τέντωμα, συμπίεση ή καμπή (Shastri, 2013). Η έννοια αυτή πέρασε και στην ψυχολογία για να ορίσει τις διαφορετικές αντιδράσεις κατά τις οποίες ένα άτομο ή μία ομάδα ατόμων προσαρμόζεται και ανακάμπτει καλά ύστερα από αντιξοότητες, τραγωδίες, απειλές ή σημαντικές πηγές άγχους όπως τα οικογενειακά προβλήματα και τα προβλήματα στις σχέσεις, σοβαρά προβλήματα υγείας ή στρεσογόνους επαγγελματικούς και οικονομικούς παράγοντες (Aburn, Gott & Hoare, 2016).

Επιπλέον, με βάση τον Ungar (2008), η ψυχική ανθεκτικότητα νοείται «τόσο ως η ικανότητα των ατόμων να κατευθύνουν το δρόμο τους προς ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς και φυσικούς πόρους στήριξης της ευημερίας τους, όσο και να διαπραγματεύονται ατομικά και συλλογικά με στόχο την παροχή αυτών των πόρων με πολιτισμικά ουσιαστικούς τρόπους». Ακόμη η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να αντέξει ή να αναρρώσει μετά από σημαντικές απειλές, επιτυγχάνοντας τη σταθερότητα του, τη βιωσιμότητά του ή την ανάπτυξή του (Masten & Tellegen, 2012).

Ως ψυχικά ανθεκτικά περιγράφονται τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στις εκάστοτε απαιτήσεις, ενώ παράλληλα μετασχηματίζουν τις συνθήκες αντλώντας ευκαιρίες από το περιβάλλον τους (Masten, 2011). Ωστόσο, τα άτομα μπορεί να μην εμφανίζονται ως ανθεκτικά σε όλες τις πτυχές της ζωής τους. Τα διάφορα μεταβατικά στάδια της ζωής που απαιτούν συγκεκριμένους μηχανισμούς αντιμετώπισης, κοινωνικής

υποστήριξης ή πνευματικής δύναμης μπορούν να ενεργοποιήσουν διαφορετικές γενετικά καθορισμένες βιολογικές αντιδράσεις (Tusaie&Dyer, 2004).

Επιπλέον, οι πηγές κοινωνικής στήριξης μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να λειτουργούν υποστηρικτικά, είτε με την παροχή υλικής βοήθειας, είτε σε ψυχολογικό επίπεδο, για παράδειγμα σε δημόσιες κρίσεις (π.χ σεισμός, τυφώνας, πόλεμος κ.α.). Όμως όταν αυτή η κρίση συνδέεται με κοινωνικό στιγματισμό ή ντροπή (π.χ. κάποια μεταδοτική ασθένεια, φυλάκιση κ.α.), τότε η υποστήριξη μπορεί να είναι ελάχιστη και έτσι η διατήρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να είναι σημαντική. Επομένως, η ψυχική ανθεκτικότητα περιλαμβάνει μια αλληλεπίδραση μεταξύ του παράγοντα που προκαλεί το στρες, του περιβάλλοντος και των προσωπικών χαρακτηριστικών (McAllister&McKinnon, 2009).

Κάποιοι ερευνητές αντιμετωπίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως ένα στατικό χαρακτηριστικό (Glantz&Sloboda, 1999), ενώ κάποιοι άλλοι ως δυναμική διαδικασία (Egeland, Carlson&Sroufe, 1993). Η ψυχική ανθεκτικότητα περιλαμβάνει συμπεριφορές, σκέψεις και ενέργειες και η απόκτησή της είναι μια διαδικασία επίπονη. Ωστόσο, η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να αναπτυχθεί από τον καθένα καθώς οι εμπειρίες που συλλέγει ένα άτομο στη ζωή του μπορούν να συμβάλλουν στην ψυχολογική του ωρίμανση και να το βοηθήσουν να αποκτήσει τα ψυχολογικά ερείσματα που είναι απαραίτητα, ώστε να αντιμετωπίσει επερχόμενες δύσκολες καταστάσεις (Masten&Wright, 2010· Rutter, 2008). Η δημιουργία μίας δυναμικής ένωσης προστατευτικών παραγόντων, κατά την οποία ενθαρρύνεται η θετική προσαρμογή ή ανάκαμψη παρά την έκθεση, είτε μικρής είτε μεγάλης διάρκειας και έντασης, βοηθάει το άτομο να ανταπεξέλθει στις δυσμενείς εμπειρίες της ζωής (Shastri, 2013).

Επομένως, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική φυσιολογική διαδικασία καθώς το άτομο αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον στο οποίο ζει και επηρεάζεται από αυτό (Wright, Masten&Narayan, 2013), αντέχοντας και ανασυνθέτοντας τον εαυτό του, μειώνοντας τις αρνητικές συμπεριφορές που προέρχονται από το στρες (Botou, Mylonakou-Keke, Kalouri. &Tsergas, 2017).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς θα μπορούσαμε να πούμε ότι η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: Η πρώτη αφορά στο κατά πόσο ένα άτομο τα καταφέρνει καλά στη ζωή του κυρίως σε σχέση με ένα σύνολο αναμενόμενων συμπεριφορών και αναπτυξιακών επιτευγμάτων. Η δεύτερη

διάσταση αφορά στο βαθμό της έκθεσης σε δύσκολες συνθήκες, είτε στο παρελθόν, είτε στο παρόν, οι οποίες είναι δυνατό να θέσουν σε κίνδυνο την ομαλή εξέλιξη και ανάπτυξη του ατόμου. Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στην ανάρρωση από ένα μετατραυματικό γεγονός. Η διάσταση αυτή μελετήθηκε κυρίως με έρευνες που έγιναν σε παιδιά επίσης και ο Shastri (2013) περιγράφει μια τρισδιάστατη δομή της ψυχικής ανθεκτικότητας εξηγώντας την πρώτον ως μία κατάσταση, τι είναι δηλαδή η ψυχική ανθεκτικότητα και πώς μπορεί κάποιος να την αναγνωρίσει. Δεύτερον, ως μια συνθήκη, δηλαδή τι μπορεί να γίνει για την συγκεκριμένη κατάσταση που βιώνει το άτομο και, τέλος, ως μια πρακτική κατά την οποία κάποιος μπορεί να αποκτήσει ψυχική ανθεκτικότητα.

Οι συγκεκριμένες διακρίσεις δεν είναι τυχαίες καθώς, σύμφωνα με τον Antonovsky (1987), υπάρχουν τρεις παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει μια περίοδο πίεσης. Πρώτον, η κάθε κρίση που βιώνει ένα άτομο έχει διαφορετική σημασία γι' αυτό. Ο αντίκτυπος και το βάθος που έχει η εν λόγω εμπειρία στη ζωή του ποικίλλει, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται και η επιθυμητή αντιμετώπιση. Ένας άλλος παράγοντας είναι η διαχειριστικότητα, δηλαδή η αξιολόγηση της κατάστασης και η καταγραφή των πόρων που απαιτούνται για την ικανοποίηση των απαιτήσεων της κατάστασης, καθώς και η προθυμία για την αναζήτηση όλων των απαιτούμενων μέσων για την επίλυσή της. Τέλος, είναι ο τρόπος που κατανοεί το άτομο τη ζωή του, δηλαδή αν την κατανοεί με έναν τρόπο που για αυτό έχει νόημα, ουσία και ομαλότητα, ή την αντιλαμβάνεται με έναν τρόπο χαοτικό, τυχαίο και απρόβλεπτο.

Σύμφωνα λοιπόν με τους Wolin και Wolin (1993, Botou, Mylonakou-Keke, Kalouri, & Tsergas, 2017), το άτομο θα πρέπει να διαθέτει μια προσωπικότητα με χαρακτηριστικά όπως η διορατικότητα, η ανεξαρτησία, η κοινωνικότητα, η πρωτοβουλία, η δημιουργικότητα, η ηθική και το χιούμορ για να αντεπεξέλθει σε δύσκολες συνθήκες. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά είναι σημαντικά γιατί, αν υπάρχουν στην προσωπικότητα του ατόμου σε συνδυασμό πάντα με τις περιβαλλοντικές συνθήκες, παίζουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που θα αντιδράσει.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα λέγαμε ότι ένα άτομο θεωρείται ψυχικά ανθεκτικό όταν διαθέτει προσαρμοστικότητα, όταν διαθέτει ενσυναίσθηση και αυτογνωσία, όταν έχει θετική στάση ζωής και στόχους, όταν δεν εμπλέκεται συνειδητά σε καταστάσεις έντασης και στεναχώριας, όταν αλλάζει στάσεις, απόψεις, ιδέες κατά

τη διάρκεια της ζωής του, όταν είναι ανεκτικό απέναντι στους άλλους και, τέλος, όταν δημιουργεί στενές διαπροσωπικές σχέσεις (Γεωργαντά, 2003). Οι ικανότητες αυτές συνθέτουν την απαραίτητη συνθήκη, ώστε το άτομο να συνειδητοποιεί τόσο τις εξωτερικές δυσκολίες που πηγάζουν από το περιβάλλον του όσο και τις εσωτερικές που πηγάζουν από την προσωπικότητά του και το βοηθούν να θέσει ρεαλιστικούς στόχους προκειμένου να υπερπηδήσει τα όποια εμπόδια και να τις αντιμετωπίσει (Γεωργαντά, 2003). Επομένως, η σπουδαιότητα της ψυχικής ανθεκτικότητας κρίνεται αδιαπραγμάτευτη καθώς συνδέεται εύλογα με την ψυχική υγεία και θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα συστατικά της επιτυχημένης ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου (Shastri, 2013).

### **3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι μια διαδικασία που διαρκεί μια ζωή για το άτομο. Ωστόσο υπάρχουν κάποιες «κρίσιμες» περιόδους που μπορεί κάποιος να αποκτήσει την ψυχική ανθεκτικότητα, να τη διατηρήσει, να τη συντηρήσει, ή και να τη μειώσει (Shastri, 2013). Για να γίνει ακόμα πιο κατανοητό κάτι τέτοιο θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες. Ως παράγοντας κινδύνου ορίζεται η μεταβλητή η οποία αυξάνει την πιθανότητα αρνητικών αποτελεσμάτων στη ζωή ενός ατόμου, ενώ ως προστατευτικός παράγοντας ορίζεται η μεταβλητή που μειώνει μια τέτοια πιθανότητα (Gu & Day, 2013; Masten & Obradovic, 2006). Δηλαδή ο όρος προστατευτικός παράγοντας αναφέρεται στις μεταβλητές που αμβλύνουν τις επιπτώσεις των παραγόντων κινδύνου ή ενισχύουν τα θετικά αποτελέσματα και την επιτυχημένη προσαρμογή του ατόμου (Howard & Johnson, 2004). Σύμφωνα με τους Benzie & Mychasiuk (2009), για να βελτιωθεί η ψυχική ανθεκτικότητα θα πρέπει να ενισχυθούν οι προστατευτικοί παράγοντες τόσο σε ατομικό και οικογενειακό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο. Γι' αυτό οι ερευνητές τα τελευταία χρόνια επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση των προστατευτικών παραγόντων που εξηγούν την προσαρμογή των ανθρώπων σε δυσμενείς συνθήκες, όπως η κακομεταχείριση, τα καταστροφικά γεγονότα της ζωής ή η αστική φτώχεια (Silyvier & Nyandusi, 2015). Αναλυτικότερα, αυτοί οι παράγοντες μπορεί να διακρίνονται είτε σε εσωτερικές και εξωτερικές δυνατότητες (internal and external assets), δηλαδή σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά του ατόμου

ή μιας κατάστασης που προβλέπουν τη θετική έκβαση μιας κατάστασης, είτε σεπηγές στήριξης (recourses), δηλαδή στα ανθρώπινα, υλικά ή κοινωνικά εφόδια που έχει και αξιοποιεί το άτομο ώστε να προσαρμοστεί (Morrison, Brown, D' I ncau, O' Farrell&Furlong, 2006). Για παράδειγμα, κάποιος που διαθέτει υψηλό δείκτη ευφυΐας έχει τη δυνατότητα να σχεδιάσει καλύτερα ένα πλάνο δράσης και να βρίσκεται σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που διαθέτει τις απαραίτητες δομές και τον στηρίζει, μπορεί να αναπτύξει ευκολότερα. Επιπλέον, σε έρευνες που έγιναν σε παιδιά, οι προστατευτικοί παράγοντες διακρίθηκαν σε ατομικούς, οικογενειακούς και περιβαλλοντικούς προστατευτικούς παράγοντες.

Ως ατομικά προστατευτικά χαρακτηριστικά νοούνται οι καλές γνωστικές λειτουργίες, η θετική αυτοαντίληψη, ο ευπροσάρμοστος χαρακτήρας, η πίστη και η αίσθηση εσωτερικής σοφίας (βιωματική πνευματικότητα) (Denz-Penhey&Murdoch, 2008). Ακόμη, προστατευτικοί παράγοντες μπορεί να είναι η ύπαρξη νοήματος στη ζωή του ατόμου που υποστηρίζει τις αξίες του (Denz-Penhey&Murdoch, 2008), η αισιοδοξία, ο αυτοέλεγχος, η αίσθηση του χιούμορ και η συνειδητοποίηση της σκέψης (Blackburn&EpeI, 2017).

Τέλος, η προσωπική διαχείριση ή η αποτελεσματικότητα όταν υπάρχει ένας προσανατολισμός για το μέλλον και η αίσθηση της επίτευξης είναι δύο σημαντικοί ατομικοί προστατευτικοί παράγοντες (LeCornu, 2009). Στους οικογενειακούς προστατευτικούς παράγοντες εμπεριέχονται οι καλές σχέσεις του ατόμου εντός της οικογένειας, το θετικό κλίμα, το οργανωμένο περιβάλλον, το καλό μορφωτικό επίπεδο γονέων, η εμπλοκή γονέων στη μάθηση και το καλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Τέλος, οι περιβαλλοντικοί προστατευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις σχέσεις του ατόμου με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και γενικότερα τις κοινωνικές του δεξιότητες (LeCornu, 2009), δηλαδή τις σχέσεις με τους φορείς και τις ομάδες της κοινότητας, τις καλές σχέσεις στη γειτονιά, τη δημόσια ασφάλεια, και την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, το περιβαλλοντικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί και αναπτύσσεται ένα άτομο, το οποίο περιλαμβάνει παράγοντες όπως η κοινότητα, η οικογένεια, η κουλτούρα, το σχολείο, οι συνάδελφοι/συμμαθητές, μπορεί να επηρεάσει είτε θετικά είτε αρνητικά την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας. Τα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου παίζουν ακόμα πιο σημαντικό ρόλο στην ψυχική ανθεκτικότητα καθώς αποτελούν τον πυρήνα των

εσωτερικών παραγόντων προστασίας και κινδύνου (Denz-Penhey&Murdoch, 2008; Κοβέκκη, 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Πολλοί ασθενείς με καρκίνο βασίζονται στις πνευματικές ή θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και πρακτικές, προκειμένου να βοηθηθούν για να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους (McClain, Rosenfeld&Breitbart, 2003). Στην έρευνα των Balboni et al (2007), εξετάστηκαν, μέσα από συνεντεύξεις, οι πνευματικές και οι θρησκευτικές πρακτικές των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο πριν και μετά τη διάγνωση, προκειμένου να ερευνηθεί η συσχέτιση των πρακτικών αυτών με την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η πνευματική στήριξη που έλαβαν μέσω των θρησκευτικών κοινοτήτων ή μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συνδέεται σημαντικά με την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους (Balboni et al, 2007).

Οι πνευματικές ανάγκες που προκύπτουν από υπαρξιακές ανησυχίες σε πολλούς τομείς, αποτελούν πηγή σημαντικού άγχους και η φροντίδα των αναγκών αυτών έχει συσχετιστεί με την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς (McClain et al., 2003). Πρόσθετες μελέτες έχουν βρει παρόμοια αποτελέσματα που φανερώνουν ότι η πνευματικότητα επηρεάζει την ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο, να ελέγξουν τον πόνο και άλλα συμπτώματα και να προλάβουν την έναρξη της κατάθλιψης (Brady, Peterman&Fitchett, 1999).

Για τους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, η πνευματική ευημερία δύναται να επηρεάσει το άγχος που αισθάνονται απέναντι στο θάνατο (Breitbart, et al, 2004; Nelson et al, 2002). Στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, η πίστη τους σχετίστηκε με ένα συναίσθημα εσωτερικής γαλήνης, που είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου και τη καλύτερη λειτουργικότητα (Zavala et al, 2009). Επιπλέον, η πνευματική ευημερία, η γαλήνη και η αίσθηση του σκοπού δείχνει να σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Johnson et al, 2011).

Έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο, θεωρούν την πνευματικότητά τους ως μια σημαντική πτυχή της επεξεργασίας της νόσου και της θεραπείας τους, και

ότι θα ήθελαν περισσότερη ενσωμάτωση της πνευματικότητας στηνιατρική τους παρακολούθηση (Whitman, 2007).

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, οι ασθενείς με καρκίνο ήταν αναμενόμενο να αντιμετωπίζουν δυσκολίες, οι οποίες περιορίζουν την ποιότητα ζωής τους, με κυρίαρχες τις συναισθηματικές δυσκολίες, αλλά και με διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο ποιότητας ζωής, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τον χρόνο που είχε παρέλθει από την εποχή της αρχικής διάγνωσης και τον τύπο της θεραπείας τον οποίο δέχονταν. Χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής θεωρήθηκε πιο πιθανό να εμφανίζουν οι ασθενείς οι οποίες υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, λόγω των πολλών και έντονων ανεπιθύμητων ενεργειών που επιφέρει η συγκεκριμένη θεραπεία, ενώ η διενέργεια ολικής μαστεκτομής αναμενόταν να σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σύγκριση με την τμηματεκτομή, συνοδευόμενη από δυσκολίες στην εικόνα του σώματος και στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα, οι γυναίκες με καρκίνο αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, στις περισσότερες διαστάσεις της, σε σύγκριση με άτομα από τον γενικό πληθυσμό με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά (Reichetal., 2008; Schleifeetal., 2014; Mehnert, Koch, 2008). Υπάρχουν, εν τούτοις, αντιτιθέμενα ερευνητικά ευρήματα σε σχέση με την πιθανή επίδραση της ηλικίας και του χρόνου που έχει παρέλθει από την αρχική διάγνωση, στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Σε ορισμένες μελέτες, η επιδείνωση στην ποιότητα ζωής παρατηρείται εντονότερη στις νεότερες ασθενείς (Kwanetal., 2010; Li etal., 2016) (δεν διαπιστώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής ανάλογα με την ηλικία των ασθενών (Κώττη-Κιτρομηλίδου, 2013) ή, αντίθετα, εντοπίζουν πιο επιβαρυνμένη ποιότητα ζωής στις ασθενείς >50 ετών (Moro-Valdezateetal., 2014). Η επιδείνωση των περισσότερων διαστάσεων της ποιότητας ζωής εμφανίζεται οξύτερη αμέσως μετά την έναρξη της θεραπείας, με σταδιακή βελτίωση στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί (Σικαλιάς, 2015; Farthmannetal., 2016; Hoetal., 2013). Ένα έτος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας η ποιότητα ζωής εμφανίζεται να ανακάμπτει, (Rowlandetal., 2009) αν και –σε ορισμένες έρευνες– η εν λόγω ανάκαμψη μοιάζει να μη διατηρείται σταθερή σε βάθος χρόνου, αλλά να φθίνει ανάμεσα στο 5ο και στο 10ο έτος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Ganzetal., 2002; Molsetal., 2005).



Παρ' όλο που έχει υποστηριχθεί ότι οι συγκεκριμένες μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών φαίνεται να είναι ανεξάρτητες από τον τύπο θεραπείας που υιοθετείται (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοβολία κ.λπ.), (Schleife et al., 2014; Mehnert, Koch, 2008) αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής, ανάλογα με τον τύπο θεραπείας.

Ενδεικτικά, αμερικανική μελέτη σε 534 ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά το πρώτο έτος μετά την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπείας (χειρουργική, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία) έδειξε ότι οι ασθενείς οι οποίες είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία παρουσίαζαν σημαντικά σοβαρότερα σωματικά συμπτώματα, που δεν φάνηκε να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες (χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία) (Ganz et al., 2011). Διαφορές έχουν επίσης εντοπιστεί ως προς το είδος της χειρουργικής θεραπείας, με τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή να αναφέρουν καλύτερη γενική κατάσταση υγείας, λιγότερα συμπτώματα, καλύτερη εικόνα του σώματος και σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και λειτουργικότητα ρόλων, σε σχέση με εκείνες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή (Montazeri et al., 2008).

Τα ερευνητικά ευρήματα σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό ετερογένειας, που οφείλεται τόσο σε μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών, σε διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων (τύπος θεραπείας, στάδιο νόσου κ.λπ.), αλλά και σε πολιτισμικές και κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους οι οποίες είναι πιθανόν να επιδρούν στις προσδοκίες και στις αξιολογήσεις των ατόμων για τη ζωή τους και την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και στην ίδια τη διαχείριση της νόσου.

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

## 1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

### 1.1.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας σε ασθενείς με καρκίνο.

### 1.1.2. ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

-Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και συγκεκριμένα την ευεξία του ασθενούς, τις κοινωνικές / οικογενειακές σχέσεις του, την συναισθηματική του κατάσταση και την 'λειτουργικότητα' του, την κόπωση, τον πόνο, τη ναυτία και τον εμετό

-Διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας των ασθενών με καρκίνο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και ειδικότερα την Προσωπική επάρκεια, τα Υψηλά στάνταρντ και την Επιμονή, την Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, τη Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες, τη Θετική αποδοχή της αλλαγής και τις Ασφαλείς Σχέσεις, τον Έλεγχο και τις Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές.

## 1.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. Ποια η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας για τους ασθενείς με καρκίνο του δείγματος μελέτης;
2. Ποια η σχέση της ποιότητας ζωής με την πνευματικότητα για τους ασθενείς με καρκίνο του δείγματος μελέτης;
3. Ποια η συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τους παράγοντες της ποιότητας ζωής;
4. Ποια η συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τους παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας;

### **1.3. Ο «ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ» ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ**

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη διερεύνησης της ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας των ασθενών με καρκίνο. Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε συλλογή ποσοτικών δεδομένων μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων, από αριθμό ασθενών με καρκίνο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο».

Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στην ογκολογική μονάδα του νοσοκομείου και ειδικότερα στην ογκολογική κλινική και την ογκολογική μονάδα ημερήσιας νοσηλείας.

### **1.4. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Για την αδειοδότηση της έρευνας και τη διανομή των ερωτηματολογίων κατατέθηκε αίτηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, ώστε να δοθεί η σχετική άδεια της διανομής του ερωτηματολογίου. Παράλληλα, θα κατατεθεί στο Επιστημονικό Συμβούλιο αντίγραφο του Ερευνητικού Πρωτόκολλου.

### **1.5. ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Μετά την εξασφάλιση της βεβαίωσης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου, διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια στις επιλεγόμενες κλινικές, ορίζοντας ως υπεύθυνο της συλλογής των ερωτηματολογίων τον προϊστάμενο της κάθε κλινικής. Κάθε συμμετέχων στην έρευνα είχε στη διάθεση του αρκετό χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το απόρρητο διασφαλίστηκε και διαβεβαιώθηκαν οι συμμετέχοντες ότι τα στοιχεία ήταν ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διενέργεια της συγκεκριμένης μελέτης στα πλαίσια ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας.

### **1.6. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ**

Για τους σκοπούς της έρευνας δημιουργήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και τις Κλίμακες FACIT (FACT-G) (Κλίμακα Ποιότητας Ζωής), EORTC QLQ-C30 (version 3.0), EORTC (QLQ-C30) (Κλίμακα Ποιότητας

Ζωής) και The Connor-Davidson Resilience Scale (μέτρηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας). Ειδικότερα:

**-Κλίμακα Ποιότητας ζωής – FACIT (FACT-G):** Το FACIT είναι ένα σύστημα μέτρησης το οποίο αφορά χρόνιες παθήσεις και αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά με την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η δημιουργία του συστήματος μέτρησης αυτού ξεκίνησε το 1987 με ένα γενικό πυρήνα ερωτήσεων ο οποίος ονομάζεται FACT-G (το γράμμα G προκύπτει από την λέξη general) και το οποίο αποτελείται από 27 στοιχεία γενικών ερωτήσεων που βασίζονται σε 4 βασικούς πυλώνες που έχουν να κάνουν με την φυσική ευεξία του ασθενούς, τις κοινωνικές / οικογενειακές σχέσεις του, την συναισθηματική του κατάσταση και την 'λειτουργικότητα' του. Το ερωτηματολόγιο αυτό φτιάχτηκε για χρήση σε ασθενείς με οποιαδήποτε μορφή καρκίνου και έχει επεκταθεί και χρησιμοποιείται και για άλλες χρόνιες παθήσεις (π.χ. Parkinson, AIDS κλπ). Το FACT-G ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τέσσερα διαφορετικά πεδία. Έτσι υπάρχει η κλίμακα που αφορά την προσωπική φυσική κατάσταση (PWB - αποτελείται από 7 ερωτήσεις), την κοινωνική/οικογενειακή κατάσταση (SWB - αποτελείται από 7 ερωτήσεις), την συναισθηματική κατάσταση (EWB - αποτελείται από 6 ερωτήσεις) και την γενική ικανότητα λειτουργικότητας (FWB - αποτελείται από 7 ερωτήσεις). Για όλη την οικογένεια των FACIT ερωτηματολογίων ο τρόπος κωδικοποίησης των απαντήσεων είναι κοινός, δηλαδή η υψηλή βαθμολογία σημαίνει θετική απάντηση. Έτσι για να μπορέσει να γίνει περαιτέρω υπολογισμός θα πρέπει πρώτα να αντιστραφούν οι βαθμολογίες σε αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις και στην συνέχεια να γίνει η άθροιση τους. Το συνολικό σκορ του FACT-G θα βρεθεί από το άθροισμα των επιμέρους κατηγοριών (PWB+SWB+EWB+FWB).

**-Κλίμακα Ποιότητας ζωής – EORT (QLQ-C30):** Το QLQ-C30 είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο και χρησιμοποιήθηκε αρχικά σε ασθενείς που συμμετείχαν σε κλινικές δοκιμές. Ο βασικός πυρήνας του ερωτηματολογίου χρειάστηκε μια δεκαετία έρευνας και δουλειάς, και το 1993 κυκλοφόρησε ευρέως και άρχισε να χρησιμοποιείται όχι μόνο σε κλινικές δοκιμές αλλά και σε άλλες έρευνες. Το QLQ-C30 είναι ένα ερωτηματολόγιο 30 στοιχείων, τα οποία απαρτίζονται από κλίμακες για την ποιότητα ζωής. Οι κλίμακες αυτές είναι:

- 5 λειτουργικές κλίμακες (σωματική, ρόλου, γνωστική, συναισθηματική,

- κοινωνική)
- 3 κλίμακες συμπτωμάτων (κόπωση, πόνο, ναυτία και εμετό)
- 1 παγκόσμια κλίμακα υγείας και ποιότητας ζωής

Όλες οι κλίμακες μετριοούνται με βαθμολογίες από το 0 ως το 100. Πιο συγκεκριμένα, στις λειτουργικές κλίμακες μια υψηλή βαθμολογία μεταφράζεται ως ένα υγιές επίπεδο λειτουργιών καθώς και στην παγκόσμια κλίμακα υγείας η υψηλή βαθμολογία αντιπροσωπεύει υψηλή ποιότητα ζωής. Αντίθετα στις κλίμακες συμπτωμάτων, η υψηλή βαθμολογία ερμηνεύεται ως υψηλό επίπεδο προβλημάτων/ συμπτωμάτων, δηλαδή χαμηλή ποιότητα ζωής.

**-Η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson:** Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει σκοπό την ποσοτική μέτρηση της ανθεκτικότητας στον γενικό πληθυσμό και την εκτίμηση της μεταβλητότητας της ανθεκτικότητας σε κλινικά δείγματα. Επίσης αντιμετωπίζει την ανθεκτικότητα ως μία ικανότητα αντιμετώπισης του στρες. Η κλίμακα αποτελείται από 25 δηλώσεις αυτοαναφοράς των πέντε διαβαθμίσεων στην κλίμακα Likert, από 1 σημαίνει «καθόλου αληθές» μέχρι 5 «σχεδόν πάντα αληθές», οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών, και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες:

- (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά στάνταρντ και Επιμονή,
- (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες,
- (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις,
- (4) Έλεγχος,
- (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές.

Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα αποτελέσματα να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα και καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach  $\alpha = 0,89$ ) και, επίσης, καλή αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0,87) (Δημητριάδου & Σταλίκας, 2011).

**-Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης**

**(Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS).** Δεν αποτελεί PROM αλλά ένα

εργαλείο που ανιχνεύει αν στην προσωπικότητα του ασθενούς υπάρχουν στοιχεία αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις (7 σχετιζόμενες με άγχος και 7 με κατάθλιψη) που αναφέρονται κατά βάση στην ψυχική διάθεση του ασθενούς και βαθμολογούνται από μηδέν έως τρία ανάλογα με την απάντηση (Snaith and Zigmond, 1983). Μελέτες έχουν δείξει ότι η υποκλίμακα κατάθλιψης και η υποκλίμακα άγχους μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες της αντίστοιχης διαταραχής, αν και υπάρχουν συγγραφείς που θεωρούν προτιμότερο όλη η κλίμακα να χρησιμοποιείται ως μέτρο διαταραχής της ψυχικής διάθεσης (Bjellandetal, 2002). Η πιοκοινά αποδεκτή κατηγοριοποίηση θεωρεί ένα σκορ από μηδέν ως επτά ως φυσιολογικό, 8-10 ως ενδεικτικό ότι μπορεί να υπάρχει η αντίστοιχη διαταραχή (άγχος ή κατάθλιψη), ενώ σκορ πάνω από 11 δηλώνει ότι η αντίστοιχη διαταραχή είναι πολύ πιθανό να υπάρχει. Η κλίμακα HADS χρησιμοποιείται ευρέως ως εργαλείο διαλογής και ελέγχου στη χειρουργική της σπονδυλικής στήλης (Ziegeretal, 2010).

## 1.7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilrange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linearregressionanalysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής, ανθεκτικότητας και πνευματικότητας από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standarderrors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τις κλίμακες ποιότητας ζωής έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το δείγμα αποτελείται από 120 ασθενείς, δημογραφικά στοιχεία των οποίων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Αρρεν	55	45,8
	Θύλη	65	54,2
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-24	1	0,8
	25-34	1	0,8
	35-44	5	4,2
	45-54	18	15,0
	55-64	28	23,3
	65 ετών και άνω	67	55,8
<b>Εκπαίδευση (κάτοχος απολυτηρίου/τίτλου αποφοίτησης)</b>	Καθόλου	2	1,7
	Δημοτικό	52	43,3
	Γυμνάσιο	20	16,7
	Λύκειο	24	20,0
	Ανώτερη εκπαίδευση	10	8,3
	Ανώτατη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση (πτυχίο, μεταπτυχιακό)	12	10,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος/η	6	5,0
	Έγγαμος/η	98	81,7
	Διαζευγμένος/η	3	2,5
	Χήρος/α	13	10,8
<b>Χρόνια συμβίωσης, μέση τιμή (SD)</b>		37,7 (12,2)	
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια)	88	73,9
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	31	26,1

Το 54,2% των ασθενών ήταν γυναίκες. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν 65 ετών και πάνω, με το ποσοστό να είναι 55,8%. Ακόμα, το 43,3% των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικού και το 20,0% απόφοιτοι λυκείου. Το 81,7% των ασθενών ήταν έγγαμοι με μέσο χρόνο συμβίωσης τα 37,7 έτη (SD=12,2 έτη). Επίσης, το 73,9% των ασθενών έμενε σε αστική περιοχή.



Το επάγγελμα των ασθενών δίνεται στον παρακάτω πίνακα.

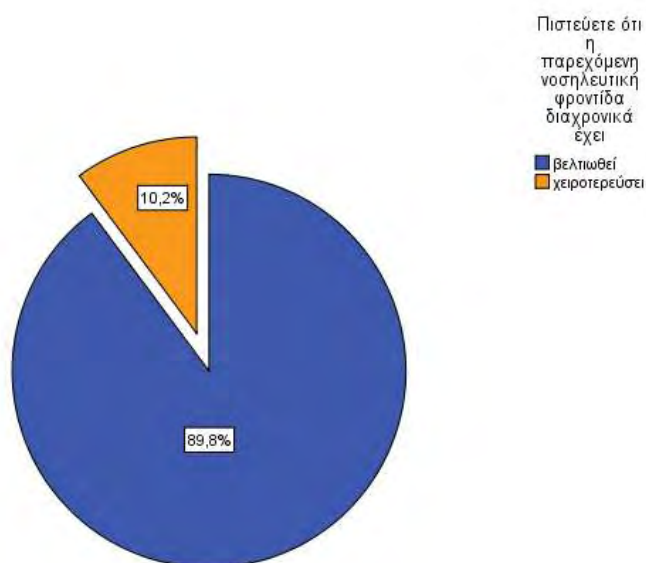
<b>Επάγγελμα</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Αγρότης	13	10,8
Άνεργη	1	0,8
Αξι/κοςΠολεμικήςΑεροπορίας	1	0,8
Απόστρατος ΕΛΑΣ	1	0,8
Αυτοκινητιστής	2	1,7
Β. Μικροβιολόγου	1	0,8
Γεωργός	2	1,7
Δημόσιος υπάλληλος	1	0,8
Δημοτικός υπάλληλος	1	0,8
Εκπαιδευτικός	2	1,7
Ελεύθερος επαγγελματίας	3	2,5
Εργάτρια-Καθαρίστρια εργοστασίου	1	0,8
Ηλεκτρολόγος	2	1,7
Ηλεκτροσυγγολητής	1	0,8
Ιδιωτικός υπάλληλος	5	4,2
Καθαρίστρια	1	0,8
ΚαθηγητήςΦυσικής αγωγής	1	0,8
Κουρέας	1	0,8
Μαθητής	1	0,8
Μελισσοκόμος	1	0,8
Νοσηλεύτρια	2	1,7
Ξενοδόχος	1	0,8
Οδηγός	1	0,8
Οικιακά	29	24,2
Οικιακά-Αγρότισσα	1	0,8
Οικοδόμος	2	1,7
Πωλήτρια	1	0,8
Συνταξιούχος	37	30,8
Υπηρεσίες πώλησης ΕΙΕΜΤ	1	0,8
Φαρμακοποιός	1	0,8

Στοιχεία που αφορούν στη νοσηλεία των ασθενών δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		N	%
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		36,8 (75,1)	24 (24 - 48)
<b>Είδος εισαγωγής</b>	Προγραμματισμένη	119	99,2
	Μη προγραμματισμένη/επείγουσα	1	0,8
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί	106	89,8
	χειροτερεύσει	12	10,2

Ο διάμεσος χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή ήταν 24 ώρες (24 – 48 ώρες). Σχεδόν όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν προγραμματισμένα, με το ποσοστό να είναι 99,2%. Ακόμα, το 89,8% των ασθενών πίστευε ότι διαχρονικά η νοσηλευτική φροντίδα έχει βελτιωθεί.

Η αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας από τους συμμετέχοντες δίνεται στο γράφημα που ακολουθεί.



Όλοι οι ασθενείς γνώριζαν τη νόσο από την οποία έπασχαν. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η διάγνωση των ασθενών.

Διάγνωση	N	%
Ινοσάρκωμα	1	0,8
Καρκίνος	1	0,8
Καρκίνοςενδομητρίου	2	1,7
Καρκίνοςέντερο	14	11,7
Καρκίνοςκύστης και επινεφριδίου	1	0,8
Καρκίνος μαστού	31	25,8
Καρκίνοςνεφρού	1	0,8
Καρκίνοςορθού	4	3,3
Καρκίνοςόρχεος	1	0,8
Καρκίνοςουροδόχουκύστης	1	0,8
Καρκίνοςουροποιητικού	1	0,8
Καρκίνος παγκρέατος	12	10,0
Καρκίνος παχέωςεντέρου	7	5,8
Καρκίνος πνεύμονα	10	8,3
Καρκίνος προστάτη	2	1,7
Καρκίνοςστοσुकώτι	1	0,8
Καρκίνοςστομάχου	5	4,2
Καρκίνος στους παραορτικούς λεμφαδένες-Προηγήθηκε καρκίνος στο παχύ έντερο (σιγμοειδές)	1	0,8
Καρκίνοςτράχηλοκεφαλής	2	1,7
Καρκίνοςωοθηκών	7	5,8
Καρκίνος-Μελάνωμα	3	2,5
Καρκίνοςορθού,ήπατος,παγκρέατος	1	0,8
Λεμφαδένα και πνεύμονα	1	0,8
Όγκος βραχιόνιο πλέγμα	1	0,8
Όγκος καρκινοπαθής στονεφρό	1	0,8
Όγκοςνεφρού	1	0,8
Όγκοςουροδόχουκύστης	1	0,8
Ορθό (αδενοκαρκίνωμα)	1	0,8
Πολύποδας εντέρου	1	0,8
Σάρκωμα στη βουβωνική χώρα	1	0,8
Στομάχι-Συκώτι	1	0,8
Φλεγμονήτουεντέρου	1	0,8
Ωοθήκεςάμφω	1	0,8

Το 25,8% των ασθενών είχε καρκίνο μαστού.

Στοιχεία που αφορούν στη νόσο των ασθενών δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		3,45 (5,50)	1,71 (0,63 - 4,42)
<b>Στάδιο</b>	1	9	13,8
	2	27	41,5
	3	21	32,3
	4	8	12,3
<b>Μεταστάσεις</b>	Ναι	59	50,4
	Όχι	58	49,6
<b>Αν ναι που</b>	Απο παχύ έντερο στους λεμφαδένες	1	0,8
	Επέκταση	1	0,8
	Ήπαρ	2	1,7
	Ήπαρ και πάγκρεας	1	0,8
	Ήπαρ,μεσεντέριο,ωοθήκες	1	0,8
	Κόλπου,πνεύμονος	1	0,8
	Λεμφαδένες	2	1,7
	Λεμφαδένες-Ιστός πνεύμονα	1	0,8
	Λεμφαδένες,συκώτι,κόκαλα,οπισθοστερνικό	1	0,8
	Οστά	2	1,7
	Οστά και κεφάλι	1	0,8
	Οστική και ήπαρ	1	0,8
	Πνεύμονα και Συκώτι	1	0,8
	Πνεύμονες	3	2,5
	Στην αριστερή περιοχή του τραχήλου	1	0,8
	Στομάχι-Συκώτι	1	0,8
	Συκώτι	2	1,7
	Συκώτι-Εγκέφαλος	1	0,8
	Συκώτι-Λεμφαδένες-Πνεύμονες	1	0,8
	Τοπικά	1	0,8
<b>Γνώσημεταστάσεων</b>	Ναι	79	69,9
	Όχι	19	16,8
	Άγνωστο	15	13,3
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Ναι	33	28,2
	Όχι	84	71,8
<b>Αν ναι πόσα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		8,25 (7,07)	5 (3 - 14)

Ο διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση ήταν 1,71 έτη (ενδ. εύρος: 0,63 – 4,42 έτη). Το 41,5% των ασθενών ήταν σταδίου 2 και το 32,3% σταδίου 3. Σχεδόν οι μισοί είχαν μετάσταση, με το ποσοστό να είναι 50,4%. Ακόμα, το 28,2% των ασθενών είχε χάσει βάρος το τελευταίο τρίμηνο, με μέση απώλεια τα 8,25 κιλά (SD=7,07 κιλά).

Στοιχεία που αφορούν στη θεραπεία των ασθενών δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Θεραπεία</b>	Ναι	120	100,0
	Όχι	0	0,0
<b>Χημειοθεραπεία</b>	Ναι	119	99,2
	Όχι	1	0,8
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Ναι	44	36,7
	Όχι	76	63,3
<b>Αν ναι, τι</b>	Προηγθείσα	38	31,7
	Παράλληλη	12	10,0
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Ναι	99	83,2
	Όχι	20	16,8

Όλοι οι ασθενείς έκαναν θεραπεία. Συγκεκριμένα, το 99,2% των συμμετεχόντων έκανε χημειοθεραπεία, το 36,7% έκανε ακτινοθεραπεία (προηγθείσα ή/και παράλληλη). Επίσης, το 83,2% των ασθενών είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται αναλυτικά το σχήμα και ο χρόνος χημειοθεραπείας των ασθενών.

<b>Σχήμα/ Χρόνοςχημειοθεραπείας</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2 ήμερο	1	0,8
2 φορές	1	0,8
2ο σχήμα	1	0,8
3ήμερη	1	0,8
6 χημειοθεραπείες για 15 ημέρες και έπεται συνέχεια	1	0,8
Capesetavin	1	0,8
Carboplatina 500mg,Decetaxel 130mg,Platina 9/2018	1	0,8
Erbidoux	1	0,8
Sandostatin Lac 30	1	0,8
Sandustatin Lar 30/Capécitabine 500mg	1	0,8
Taxol-Avastin	1	0,8
Votzientενδοφλέβια, Inlyta	1	0,8
Xtandi	1	0,8
Ανα 15ήμερο	1	0,8
Ανά 15ήμερο	1	0,8
Ανοσοθεραπεία	9	7,5
Ενδοφλέβια	1	0,8
Ενδοφλέβια χημειοθεραπεία	1	0,8
Ενέσεις	1	0,8
Ένεση και χάπια	1	0,8
Μέχρι 6ο 2018	1	0,8
Ορμονοθεραπεία	2	1,7
Ορός	1	0,8
Ορός;	1	0,8
Σαντοστατίν Lar +30 (1996 -1997)	1	0,8
Υποδόρια ένεση-Χάπια	1	0,8
Χάπια	5	4,2
Χάπια-Capibine 500mg	1	0,8
Χάπια-ορός	1	0,8
Χάπια-Ορός	1	0,8
Χάπια-υποδόρια ένεση	1	0,8
Χημείο. και ακτινοβολία	1	0,8
Χημειοθεραπεία και επέμβαση (Carbon και	1	0,8

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται αναλυτικά το είδος και ο χρόνος επέμβασης των ασθενών.

<b>Είδος/ Χρόνοςχειρουργείου</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1)ορθό, 2)ήπαρ	1	0,8
10/3/2014	1	0,8
14/03/2014,11/3/2015,12/4/2017 στοέντερο	1	0,8
2	4	3,3
20/2/2017	1	0,8
25-8-2016	1	0,8
27/6/2017	1	0,8
3-1-2017	1	0,8
7/1/2019	1	0,8
Αφαίρεση δεξιού μαστού και λεμφαδένων	1	0,8
Αφαίρεση μήτρας	1	0,8
Αφαίρεση ουροδόχουκύστης	1	0,8
Εξάιρεσης μέρους του παγκρέατος και σπλήνα και λεμφογαγγλίων	1	0,8
Η τελευταία το 2016	1	0,8
Καθαρισμόςκύστης	1	0,8
Κολεκτομή	1	0,8
Λεμφαδένες τραχήλου	1	0,8
Μαστός-Πνεύμονας	1	0,8
Νεφρεκτομή	2	1,7
Νοέμβριος 2013	1	0,8
Παχέωςεντέρου	1	0,8
Πνευμονική εκτομή κάτω αριστερού λοβού το Μάρτιο 1987	1	0,8
Πνευμονοκτομή	1	0,8
Σεπτέμβριος 2017	1	0,8
Στο μαστό	1	0,8
Στομάχι	1	0,8
Τον Μάρτη του 2016 αφαιρέθηκαν ορθό και σιγμοειδές	1	0,8
Υφολικήγαστρεκτομή,αποκατάστασηκαταBilRorhll-Χολοκυστεκτομή +Συρίγγιο παροχέτευσης απο το δωδεδακτυλικό κολόβωμα	1	0,8

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των ασθενών στις κλίμακες ανθεκτικότητας και πνευματικότητας.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)	18,0	100,0	70,4	16,8
Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)	18,0	87,0	43,4	15,7

Η βαθμολογία στην κλίμακα ανθεκτικότητας κυμαινόταν από 18 έως 100 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 70,4 μονάδες (SD=16,8 μονάδες). Η βαθμολογία στην κλίμακα πνευματικότητας κυμαινόταν από 18 έως 87 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 43,4 μονάδες (SD=15,7 μονάδες).

### Ποιότητα ζωής (QLQ-C30)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής της κλίμακας QLQ-C30. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα συμπτώματα.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Συνολική κατάσταση υγείας	0,0	100,0	62,4 (25,6)	66,7 (41,7 – 83,3)
Σωματική λειτουργικότητα	0,0	100,0	63,7 (26,8)	73,3 (46,7 – 86,7)
Λειτουργικότητα ρόλου	0,0	100,0	64,8 (35,3)	66,7 (33,3 – 100)
Συναισθηματική λειτουργικότητα	0,0	100,0	68 (28,3)	75 (41,7 – 91,7)
Γνωστική λειτουργικότητα	0,0	100,0	79,2 (26,1)	83,3 (66,7 – 100)
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,0	100,0	72,1 (31,1)	83,3 (50 – 100)
Οικονομικές δυσκολίες	0,0	100,0	28,9 (33)	33,3 (0 – 33,3)
<b>Συμπτώματα</b>				
Κόπωση	0,0	100,0	42,7 (29,6)	33,3 (11,1 – 66,7)
Ναυτία/ Έμετος	0,0	100,0	15,3 (25,5)	0 (0 – 33,3)
Πόνος	0,0	100,0	28,3 (31,5)	16,7 (0 – 50)
Δύσπνοια	0,0	100,0	38,7 (35)	33,3 (0 – 66,7)
Αϋπνία	0,0	100,0	36,7 (33,6)	33,3 (0 – 66,7)
Απώλεια όρεξης	0,0	100,0	21,7 (33,1)	0 (0 – 33,3)
Δυσκοιλιότητα	0,0	100,0	19,4 (28,5)	0 (0 – 33,3)
Διάρροια	0,0	100,0	15,4 (28,4)	0 (0 – 33,3)

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Συνολική κατάσταση υγείας» ήταν 62,4% (SD=25,6%). Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα» ήταν



63,7% (SD=26,8%), στη διάσταση «Λειτουργικότητα ρόλου» ήταν 64,8% (SD=35,3%), στη διάσταση «Συναισθηματική λειτουργικότητα» ήταν 68,0% (SD=28,3%), στη διάσταση «Γνωστική λειτουργικότητα» ήταν 79,2% (SD=26,1%), στη διάσταση «Κοινωνική λειτουργικότητα» ήταν 72,1% (SD=31,1%). και στη διάσταση «Οικονομικές δυσκολίες» ήταν 28,9% (SD=33,0%). Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Κόπωση» ήταν 42,7% (SD=29,6%), στη διάσταση «Ναυτία/εμετός» ήταν 15,3% (SD=25,5%) και στη διάσταση «Πόνος» ήταν 28,3% (SD=31,5%). Ακόμα, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Δύσπνοια» ήταν 38,7% (SD=35%), στη διάσταση «Αϋπνία» ήταν 36,7% (SD=33,6%), στη διάσταση «Απώλεια όρεξης» ήταν 21,7% (SD=33,1%) και στη διάσταση «Δυσκοιλιότητα» ήταν 19,4% (SD=28,5%). Επίσης, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Διάρροια» ήταν 15,4% (SD=28,4%).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των διαστάσεων ποιότητας ζωής με τις κλίμακες ανθεκτικότητας και πνευματικότητας.

	<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>	<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>
<b>Συνολική κατάσταση υγείας</b>	0,50***	-0,03
<b>Σωματική λειτουργικότητα</b>	0,26**	0,06
<b>Λειτουργικότητα ρόλου</b>	0,29**	0,05
<b>Συναισθηματική λειτουργικότητα</b>	0,43***	-0,01
<b>Γνωστική λειτουργικότητα</b>	0,39***	-0,12
<b>Κοινωνική λειτουργικότητα</b>	0,36***	-0,06
<b>Οικονομικές δυσκολίες</b>	-0,02	-0,12
<b>Κόπωση</b>	-0,36***	0,00
<b>Ναυτία/ Έμετος</b>	-0,08	-0,15
<b>Πόνος</b>	-0,31**	-0,01
<b>Δύσπνοια</b>	-0,26**	-0,02
<b>Αϋπνία</b>	-0,29**	-0,06
<b>Απώλεια όρεξης</b>	-0,22*	-0,19*
<b>Δυσκοιλιότητα</b>	-0,02	0,14
<b>Διάρροια</b>	0,01	-0,07

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Η κλίμακα ανθεκτικότητας σχετιζόταν σημαντικά με όλες σχεδόν τις διαστάσεις ποιότητας ζωής. Οπότε περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα συμπτώματα. Η κλίμακα πνευματικότητας

σχετιζόταν σημαντικά αρνητικά μόνο με τη διάσταση «Απώλεια όρεξης». Οπότε περισσότερη πνευματικότητα σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα απώλειας όρεξης.

Στη συνέχεια έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα στοιχεία που αφορούσαν στη νοσηλεία, τη νόσο και τη θεραπεία τους καθώς και τις βαθμολογίες στις κλίμακες ανθεκτικότητας και πνευματικότητας. Στις αναλύσεις αυτές δεν συμπεριλήφθηκε το στάδιο των ασθενών καθώς υπήρχαν πολλές ελλείπουσες τιμές. Οι αναλύσεις αυτές έγιναν με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται παρακάτω:

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συνολική κατάσταση υγείας»:

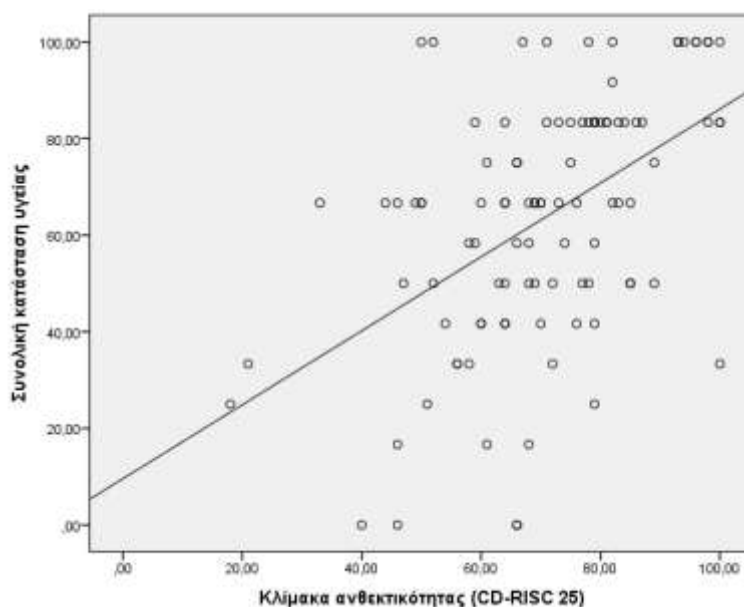
		$\beta^*$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,131	0,101	0,201
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,144	0,131	0,279
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,033	0,126	0,794
<b>Έγγαμοι</b>	Ανώτερη/Ανώτατη	0,015	0,152	0,922
	Όχι (αναφορά)			
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>	Ναι	0,343	0,146	<b>0,022</b>
	Όχι (αναφορά)			
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,033	0,112	0,767
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,001	0,001	0,604
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,326	0,146	<b>0,030</b>
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,011	0,014	0,415
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,085	0,100	0,403
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,228	0,101	<b>0,028</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,081	0,099	0,420
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,024	0,121	0,845
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,007	0,003	<b>0,014</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,006	0,003	0,097

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα

Η οικογενειακή κατάσταση, η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, η απώλεια βάρους και η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συνολική κατάσταση υγείας». Συγκεκριμένα:

- Οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.
- Οι ασθενείς που θεωρούσαν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα έχει χειροτερεύσει είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που θεωρούσαν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα έχει βελτιωθεί.
- Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.
- Περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης «Συνολική κατάσταση υγείας» με την κλίμακα ανθεκτικότητας.



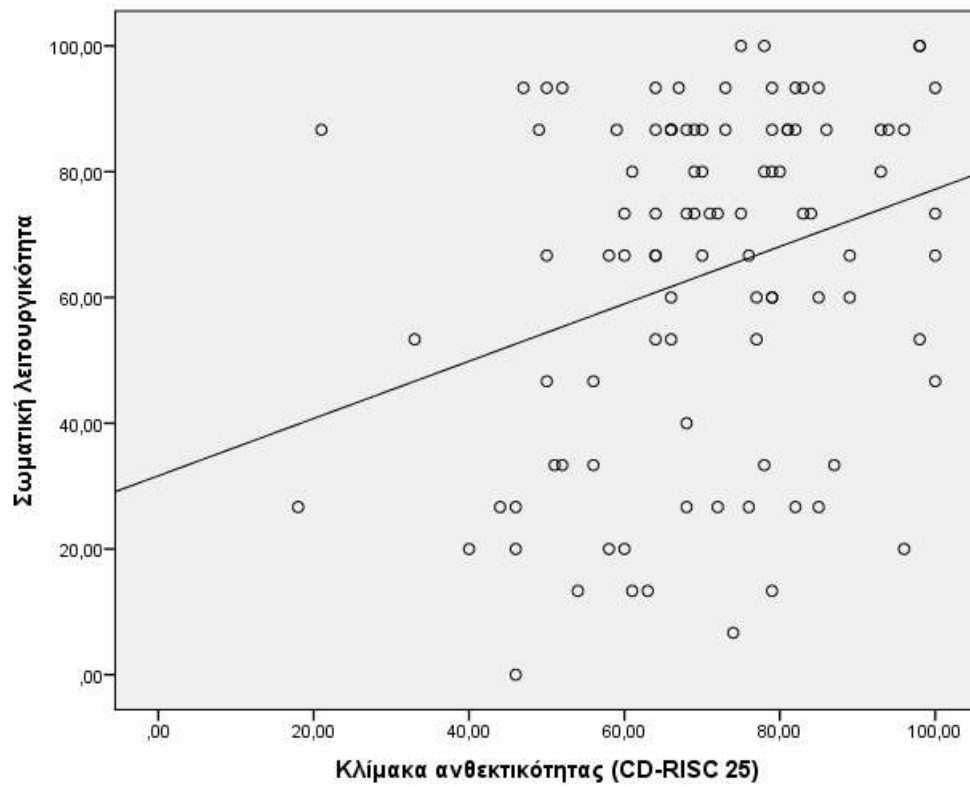
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,013	0,092	0,892
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,059	0,120	0,624
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,000	0,115	0,998
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,048	0,141	0,735
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,047	0,139	0,736
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		-0,004	0,005	0,409
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,041	0,102	0,687
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,002	0,001	0,161
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	0,010	0,133	0,941
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,007	0,012	0,585
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,137	0,092	0,144
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,054	0,092	0,556
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,106	0,091	0,252
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,014	0,110	0,896
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,006	0,003	<b>0,024</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,004	0,003	0,146

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Μόνο η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα, περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη σωματική λειτουργικότητα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης «Σωματική λειτουργικότητα» με την κλίμακα ανθεκτικότητας.



- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Λειτουργικότητα ρόλου»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,071	0,182	0,698
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,011	0,235	0,963
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,104	0,228	0,649
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,240	0,271	0,381
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,600	0,263	<b>0,027</b>
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		-0,001	0,010	0,941
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,121	0,199	0,545
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,000	0,003	0,879
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,094	0,259	0,719
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,009	0,024	0,718
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,022	0,183	0,905
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,257	0,189	0,179
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγούμενα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,022	0,178	0,903
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,066	0,226	0,770
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,009	0,005	0,092
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,008	0,006	0,158

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Μόνο η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Λειτουργικότητα ρόλου». Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη λειτουργικότητα ρόλου, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συναισθηματική λειτουργικότητα»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,022	0,108	0,837
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,013	0,140	0,926
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,067	0,134	0,619
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,006	0,162	0,970
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,161	0,156	0,309
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,001	0,006	0,822
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,040	0,122	0,746
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,003	0,002	0,057
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,183	0,159	0,256
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,010	0,014	0,506
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,023	0,109	0,832
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,004	0,110	0,969
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,051	0,106	0,635
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,252	0,130	0,058
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,011	0,003	<b>0,001</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,001	0,004	0,787

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα, περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη συναισθηματική λειτουργικότητα.





- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Γνωστική λειτουργικότητα»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,016	0,064	0,804
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,062	0,081	0,448
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,121	0,077	0,122
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,091	0,092	0,328
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,137	0,090	0,135
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		-0,001	0,003	0,714
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,046	0,068	0,502
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,007	0,001	<b>&lt;0,001</b>
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	0,064	0,095	0,501
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,008	0,008	0,351
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,034	0,062	0,581
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,050	0,063	0,428
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,057	0,060	0,345
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,037	0,074	0,620
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,003	0,002	0,071
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,002	0,002	0,354

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο ο χρόνος νοσηλείας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Γνωστική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη γνωστική λειτουργικότητα.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική λειτουργικότητα»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	-0,026	0,125	0,835
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,079	0,164	0,630
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,068	0,156	0,664
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,212	0,192	0,274
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,013	0,184	0,943
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,005	0,007	0,475
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,186	0,138	0,184
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,003	0,002	0,136
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	0,128	0,180	0,482
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,040	0,124	0,747
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,326	0,123	<b>0,011</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,016	0,122	0,896
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,191	0,147	0,199
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,005	0,004	0,167
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,003	0,004	0,424

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο η απώλεια βάρους βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά χειρότερη κοινωνική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Οικονομικές δυσκολίες»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	-0,157	0,248	0,530
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,268	0,322	0,409
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,080	0,309	0,797
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,759	0,374	<b>0,047</b>
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,638	0,359	0,081
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,004	0,013	0,748
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,200	0,274	0,468
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,002	0,004	0,629
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>	χειροτερεύσει	-0,056	0,359	0,877
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,031	0,247	0,899
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,613	0,248	<b>0,016</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,430	0,244	0,083
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,258	0,296	0,387
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,002	0,007	0,739
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,003	0,008	0,693

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και η απώλεια βάρους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Οικονομικές δυσκολίες». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες οικονομικές δυσκολίες, σε σύγκριση με τους ασθενείς που ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού.
- Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά περισσότερες οικονομικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κόπωση»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,337	0,154	<b>0,032</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,005	0,202	0,982
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,023	0,192	0,905
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,088	0,232	0,704
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>	Ναι	-0,106	0,222	0,635
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,169	0,170	0,326
	Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)	0,003	0,002	0,167
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>	χειροτερεύσει	0,264	0,222	0,240
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,021	0,021	0,312
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,024	0,154	0,879
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,040	0,154	0,794
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,172	0,152	0,262
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>	Όχι (αναφορά)			
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>	Ναι	-0,231	0,184	0,214
		-0,007	0,004	0,109
		-0,001	0,005	0,888

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Μόνο το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κόπωση». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κόπωσης σε σύγκριση με τους άντρες.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ναυτία/ Έμετος»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,447	0,218	<b>0,046</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,060	0,284	0,834
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,212	0,272	0,440
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,173	0,329	0,602
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,195	0,316	0,539
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,003	0,012	0,776
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,465	0,241	0,059
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,002	0,003	0,451
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	0,578	0,316	0,072
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,018	0,029	0,537
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,213	0,217	0,332
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,141	0,218	0,520
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,238	0,215	0,273
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,064	0,261	0,807
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		-0,004	0,006	0,548
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,010	0,007	0,186

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Μόνο το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ναυτία/ Έμετος». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα ναυτίας/ εμετού σε σύγκριση με τους άντρες.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Πόνος»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,540	0,225	<b>0,020</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,053	0,297	0,858
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,072	0,283	0,801
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,129	0,339	0,705
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,594	0,331	0,078
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,010	0,012	0,433
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,051	0,254	0,841
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,003	0,003	0,305
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	0,218	0,325	0,505
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,020	0,031	0,517
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,075	0,225	0,739
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,432	0,226	0,062
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,255	0,230	0,271
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,091	0,271	0,740
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		-0,008	0,007	0,201
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,002	0,007	0,781

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Πόνος». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερο πόνο σε σύγκριση με τους άντρες.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Δύσπνοια»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,588	0,252	<b>0,023</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,276	0,328	0,404
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,114	0,314	0,718
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,052	0,384	0,893
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,311	0,380	0,417
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,001	0,013	0,953
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,366	0,279	0,195
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,003	0,004	0,440
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>	χειροτερεύσει	0,521	0,365	0,159
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,052	0,034	0,128
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,249	0,252	0,327
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,150	0,251	0,552
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,420	0,250	0,099
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		-0,083	0,301	0,784
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,006	0,007	0,424
		0,000	0,008	0,973

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Δύσπνοια». Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα δύσπνοιας σε σύγκριση με τους άντρες.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αϋπνία»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,800	0,216	<b>0,001</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,299	0,281	0,294
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,031	0,270	0,909
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,269	0,326	0,414
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,250	0,313	0,427
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		-0,011	0,011	0,342
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,084	0,239	0,726
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,003	0,003	0,362
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερευσει	0,423	0,313	0,182
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,010	0,029	0,740
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,083	0,215	0,700
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,449	0,216	<b>0,042</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,248	0,213	0,249
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,255	0,259	0,329
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		-0,002	0,006	0,717
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,007	0,007	0,331

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Το φύλο των συμμετεχόντων και η απώλεια βάρους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αϋπνία». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα αϋπνίας σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα αϋπνίας σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.



- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Απώλεια όρεξης»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,270	0,211	0,205
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,367	0,274	0,186
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,098	0,263	0,711
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,115	0,318	0,719
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>	Ναι	-0,516	0,305	0,097
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,089	0,233	0,703
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,001	0,003	0,644
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>	χειροτερεύσει	0,040	0,305	0,896
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,013	0,028	0,658
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,154	0,210	0,467
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγούμενη ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,010	0,211	<b>&lt;0,001</b>
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,093	0,207	0,656
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		-0,066	0,252	0,795
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,002	0,006	0,772
		-0,005	0,007	0,429

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο η απώλεια βάρους των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Απώλεια όρεξης». Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα απώλειας όρεξης σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Δυσκοιλιότητα»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Άρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,074	0,218	0,734
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,486	0,284	0,092
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,386	0,272	0,162
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,044	0,329	0,894
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,372	0,316	0,244
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,010	0,012	0,380
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,131	0,241	0,589
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,001	0,003	0,702
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	0,254	0,316	0,424
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,007	0,029	0,801
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,041	0,217	0,850
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,694	0,218	<b>0,002</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,090	0,215	0,676
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,089	0,261	0,734
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		-0,013	0,006	<b>0,037</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,010	0,007	0,153

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Η απώλεια βάρους των συμμετεχόντων και η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Δυσκοιλιότητα». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα δυσκοιλιότητας σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.
- Περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα δυσκοιλιότητας.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Διάρροια»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	-0,048	0,231	0,835
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,348	0,301	0,253
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,248	0,287	0,392
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,054	0,346	0,877
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,014	0,334	0,967
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,027	0,012	<b>0,033</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,303	0,254	0,238
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,004	0,003	0,204
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,288	0,333	0,391
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,008	0,031	0,800
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,219	0,228	0,342
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,023	0,233	0,920
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,099	0,235	0,674
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,176	0,278	0,528
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,001	0,007	0,838
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		-0,005	0,008	0,520

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

## Ποιότητα ζωής (FACIT/ FACT-G)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των ασθενών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής της κλίμακας FACIT/ FACT-G. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
<b>Physical well-being</b>	0,0	28,0	19,4 (7,4)	21,5 (14,8 – 26)
<b>Social well-being</b>	6,9	28,0	19,4 (4,3)	19,7 (17,1 – 22)
<b>Emotional well-being</b>	0,0	28,0	19,3 (6,8)	21 (15,2 – 24,5)
<b>Functional well-being</b>	0,0	28,0	16,5 (7,1)	18 (11 – 22)
<b>Total well-being</b>	14,9	110,8	74,7 (20,9)	78,3 (58,4 – 90,5)

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Physical well-being» ήταν 19,4 μονάδες (SD=7,4 μονάδες). Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Social well-being» ήταν 19,4 μονάδες (SD=4,3 μονάδες), στη διάσταση «Emotional well-being» ήταν 19,3 μονάδες (SD=6,8 μονάδες) στη διάσταση «Functional well-being» ήταν 16,5 μονάδες (SD=7,1 μονάδες) και στη διάσταση «Total well-being» ήταν 74,7 μονάδες (SD=20,9 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των διαστάσεων ποιότητας ζωής με τις κλίμακες ανθεκτικότητας και πνευματικότητας.

	Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)	Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)
<b>Physical well-being</b>	0,44***	-0,04
<b>Social well-being</b>	0,44***	-0,14
<b>Emotional well-being</b>	0,55***	-0,06
<b>Functional well-being</b>	0,61***	-0,19*
<b>Total well-being</b>	0,65***	-0,16

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Η κλίμακα ανθεκτικότητας σχετιζόταν σημαντικά με όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής. Οπότε περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με καλύτερη

ποιότητα ζωής. Η κλίμακα πνευματικότητας σχετιζόταν σημαντικά αρνητικά μόνο με τη διάσταση «Functionalwell-being». Οπότε περισσότερη πνευματικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη λειτουργικότητα.

Στη συνέχεια έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα στοιχεία που αφορούσαν στη νοσηλεία, τη νόσο και τη θεραπεία τους καθώς και τις βαθμολογίες στις κλίμακες ανθεκτικότητας και πνευματικότητας. Στις αναλύσεις αυτές δεν συμπεριλήφθηκε το στάδιο των ασθενών καθώς υπήρχαν πολλές ελλείπουσες τιμές. Οι αναλύσεις αυτές έγιναν με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται παρακάτω:

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Physicalwell-being»:

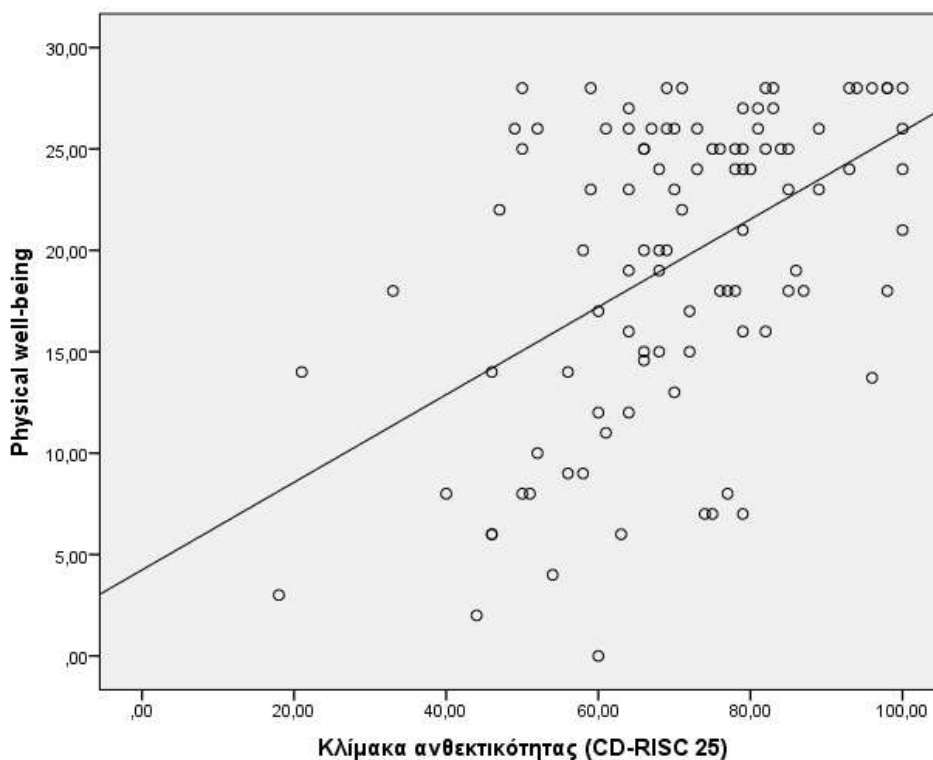
		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	-0,038	0,056	0,498
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,015	0,073	0,838
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,057	0,070	0,424
	Ανώτερη/Ανώτατη	-0,046	0,085	0,591
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,010	0,081	0,900
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,000	0,003	0,900
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-0,055	0,062	0,383
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,001	0,001	0,129
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,052	0,081	0,526
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,001	0,008	0,886
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,056	0,847
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,146	0,056	<b>0,012</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγούμενη ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,016	0,055	0,780
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,003	0,067	0,964
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,006	0,002	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,002	0,002	0,384

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Η απώλεια βάρους των συμμετεχόντων και η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Physicalwell-being». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά λιγότερη σωματική ευεξία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.
- Περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη σωματική ευεξία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Physicalwell-being».



- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Social well-being»:

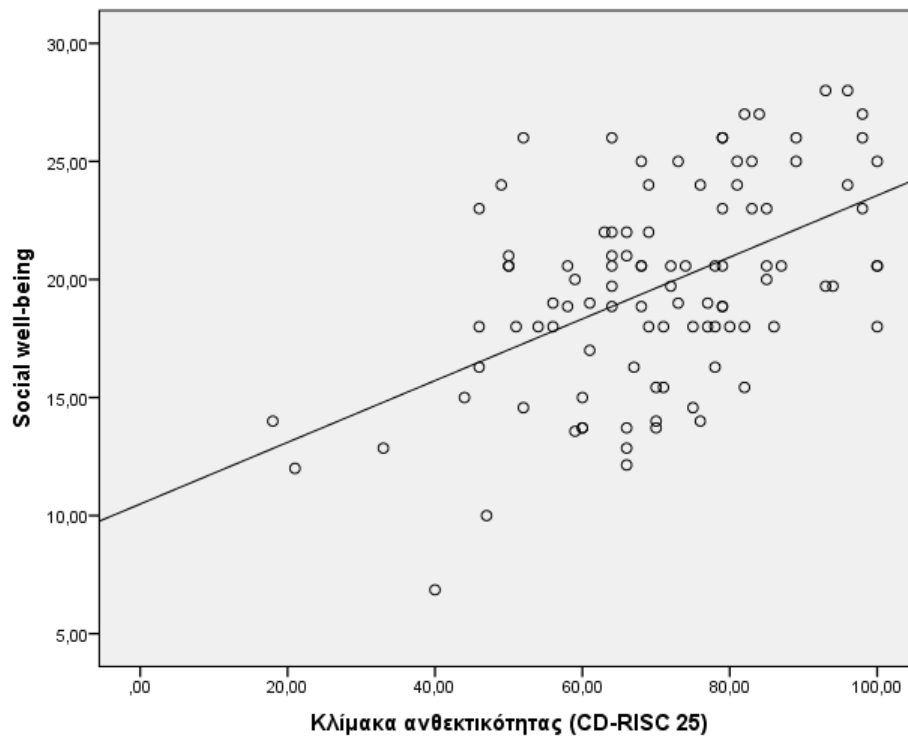
		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
Φύλο	Άρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,005	0,026	0,851
Ηλικία (έτη)	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,052	0,034	0,129
Εκπαίδευση	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,053	0,032	0,106
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,093	0,039	<b>0,020</b>
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,051	0,038	0,180
Χρόνια συμβίωσης		0,000	0,001	0,771
Τόπος διαμονής	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,038	0,029	0,187
Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)		0,000	0,000	0,806
Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει	βελτιωθεί (αναφορά)			
	Χειροτερεύσει	-0,062	0,038	0,103
Χρόνος από διάγνωση (έτη)		-0,002	0,003	0,493
Μεταστάσεις	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,020	0,026	0,441
Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,010	0,026	0,704
Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,034	0,026	0,186
Χειρουργική επέμβαση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,008	0,031	0,795
Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)		0,002	0,001	<b>0,003</b>
Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)		0,000	0,001	0,879

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Social well-being». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση είχαν σημαντικά περισσότερη κοινωνική ευεξία σε σύγκριση με τους ασθενείς που ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού.
- Περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη κοινωνική ευεξία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Social well-being».





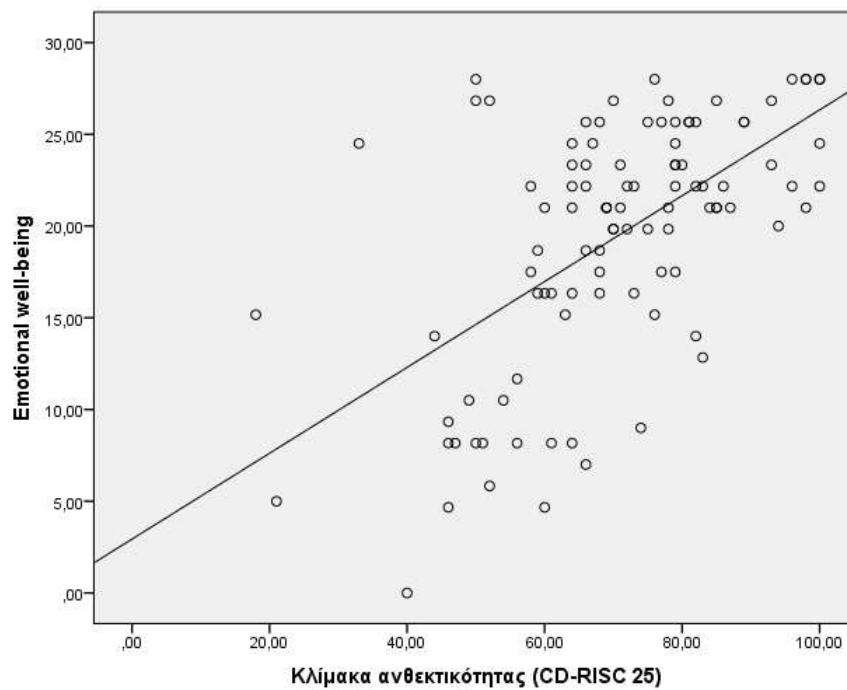
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Emotionalwell-being»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,081	0,055	0,149
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,040	0,072	0,578
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,003	0,069	0,960
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,080	0,083	0,342
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,102	0,080	0,206
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,000	0,003	0,866
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,012	0,061	0,850
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,001	0,001	0,457
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,125	0,080	0,123
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,006	0,007	0,400
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,017	0,055	0,761
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,044	0,055	0,433
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,023	0,054	0,667
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,062	0,066	0,352
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,007	0,002	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,002	0,002	0,340

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Emotionalwell-being». Συγκεκριμένα, περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη συναισθηματική ευεξία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Emotional well-being».



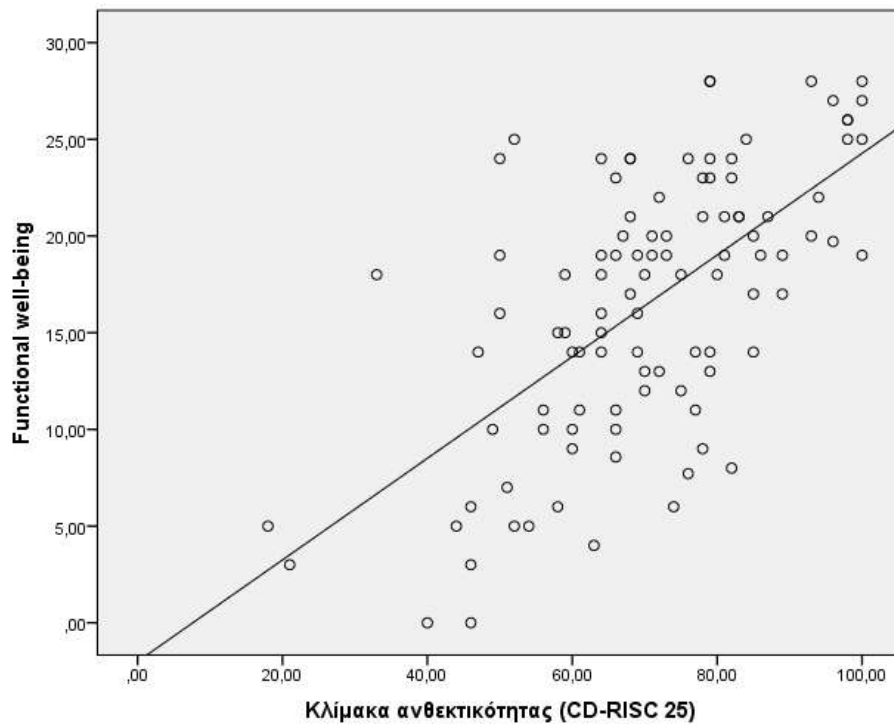
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Functional well-being»:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,082	0,067	0,227
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,007	0,087	0,934
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,007	0,084	0,930
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,081	0,101	0,427
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,048	0,097	0,621
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		0,000	0,004	0,986
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,020	0,074	0,785
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,001	0,001	0,599
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	Χειροτερεύσει	0,025	0,097	0,799
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,005	0,009	0,556
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,058	0,067	0,392
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,109	0,067	0,108
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,066	0,940
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,018	0,080	0,821
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,011	0,002	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,003	0,002	0,159

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Μόνο η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Functional well-being». Συγκεκριμένα, περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη λειτουργική ευεξία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Functional well-being».



- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Totalwell-being»:

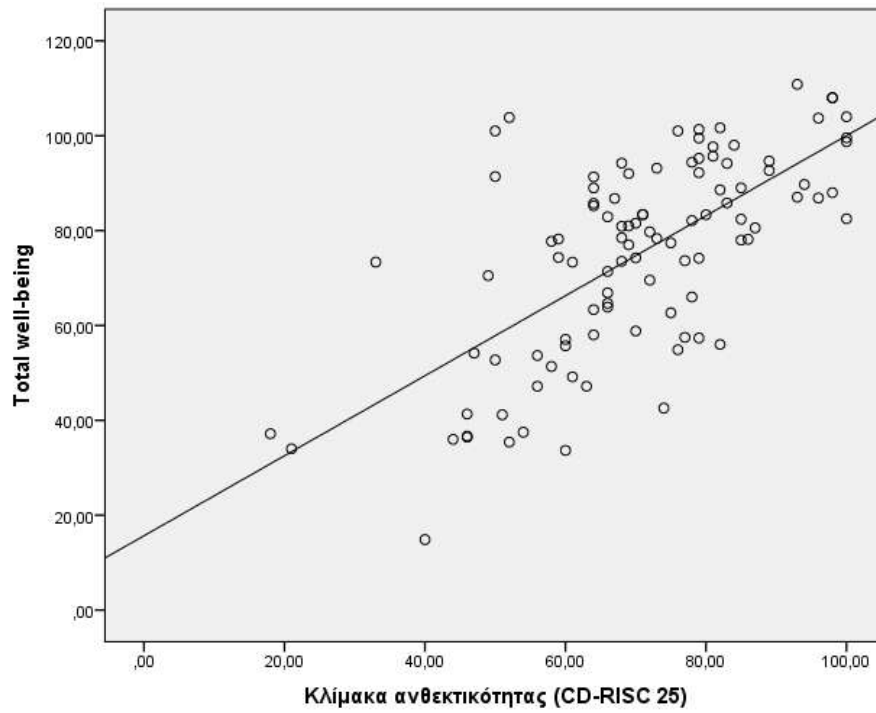
		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Άρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,026	0,032	0,418
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	0,008	0,042	0,846
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,003	0,040	0,939
	Ανώτερη/Ανώτατη	0,049	0,049	0,317
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,068	0,047	0,153
<b>Χρόνια συμβίωσης</b>		-0,001	0,002	0,739
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	0,000	0,036	0,993
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,001	0,000	0,206
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>	Χειροτερεύσει	-0,049	0,047	0,296
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,002	0,032	0,942
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,075	0,032	<b>0,024</b>
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,006	0,032	0,839
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,014	0,039	0,710
<b>Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC 25)</b>		0,006	0,001	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)</b>		0,001	0,001	0,329

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Η απώλεια βάρους των συμμετεχόντων και η κλίμακα ανθεκτικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Totalwell-being». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς που είχαν χάσει βάρος είχαν σημαντικά λιγότερη συνολική ευεξία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν χάσει βάρος.
- Περισσότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη συνολική ευεξία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Totalwell-being».



## Συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα ανθεκτικότητας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών καθώς τα στοιχεία που αφορούσαν στη νοσηλεία, τη νόσο και τη θεραπεία τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	0,92	5,22	0,860
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	6,83	6,78	0,318
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	4,80	6,53	0,465
	Ανώτερη/Ανώτατη	6,68	7,87	0,400
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	9,56	7,45	0,204
<b>Χρόνια συμβίωση</b>		-0,51	0,27	0,065
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	10,31	5,64	0,073
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		0,00	0,08	0,954
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-11,71	7,41	0,119
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		-0,35	0,70	0,615
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-6,25	5,16	0,230
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	5,59	5,11	0,278
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	6,25	5,10	0,225
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-8,39	6,18	0,180

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με την κλίμακα ανθεκτικότητας.

## Συσχέτιση της κλίμακας πνευματικότητας με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα πνευματικότητας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών καθώς τα στοιχεία που αφορούσαν στη νοσηλεία, τη νόσο και τη θεραπεία τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα:

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Φύλο</b>	Αρρεν (αναφορά)			
	Θύλη	-4,86	3,90	0,216
<b>Ηλικία (έτη)</b>	18-64 (αναφορά)			
	65 και άνω	-0,36	5,07	0,943
<b>Εκπαίδευση</b>	Καθόλου/ Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	2,02	4,69	0,669
	Ανώτερη/Ανώτατη	2,32	5,50	0,674
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,40	5,50	0,943
<b>Χρόνια συμβίωση</b>		0,36	0,21	0,091
<b>Τόπος διαμονής</b>	Αστική περιοχή (πόλη, προάστια) (αναφορά)			
	Αγροτική περιοχή (χωριά)	-1,36	4,03	0,737
<b>Χρόνος νοσηλείας κατά την παρούσα εισαγωγή στο θάλαμο (ώρες)</b>		-0,01	0,06	0,909
<b>Πιστεύετε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα διαχρονικά έχει</b>	βελτιωθεί (αναφορά)			
	χειροτερεύσει	-0,95	5,93	0,873
<b>Χρόνος από διάγνωση (έτη)</b>		0,61	0,55	0,268
<b>Μεταστάσεις</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,64	3,94	0,359
<b>Απώλεια βάρους (το τελευταίο τρίμηνο):</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,83	3,92	0,641
<b>Ακτινοθεραπεία (Προηγηθείσα ή/και Παράλληλη)</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,64	3,97	0,363
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,50	4,81	0,353

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα

Δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με την κλίμακα πνευματικότητας.



## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρούσα διπλωματική διατριβή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας σε ασθενείς με καρκίνο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν η βαθμολογία στην κλίμακα ανθεκτικότητας κυμαινόταν από 18 έως 100 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 70,4 μονάδες. Η βαθμολογία στην κλίμακα πνευματικότητας κυμαινόταν από 18 έως 87 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 43,4 μονάδες.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις που προέκυψαν στη συγκεκριμένη έρευνα, οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους άγαμους, χήρους ή διαζευγμένους. Αν γενικεύσουμε το εύρημα αυτό, θα λέγαμε πως η ύπαρξη συντρόφου/συζύγου και ευρύτερης οικογένειας, προσφέρει στον ασθενή ένα υποστηρικτικό και γεμάτο ελπίδα περιβάλλον, το οποίο συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Με το συμπέρασμα αυτό συμφωνεί και η έρευνα των Li, Yang, Liu&Wang, η οποία διεξήχθη το 2016, κι απέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστεως έχουν σημαντικά βελτιωμένη ποιότητα ζωής, όταν τους προσφέρεται κοινωνική υποστήριξη και αίσθημα εσωτερικής ελπίδας και αισιοδοξίας για το μέλλον.

Στην έρευνα που διεξήχθη για τη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εργασία εξήχθησαν κάποια συμπεράσματα, τα οποία θα σχολιαστούν και θα αντιπαραβληθούν με αντίστοιχα άλλων ερευνών. Το πρώτο είναι η αμφίδρομη σχέση της ποιότητας ζωής με την ανθεκτικότητα. Περισσότερη ανθεκτικότητα στη νόσο ισοδυναμεί με καλύτερη ποιότητα ζωής. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη μελέτη των Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski&Dejanova, η οποία διεξήχθη το 2015 σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε σε 218 ασθενείς με καρκίνο του μαστού και η ανθεκτικότητα μετρήθηκε με κλίμακα αντοχής ConnorDavidson. Η ποιότητα ζωής συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα ανθεκτικότητας ( $R = 0,39$   $p < 0,001$ ). Όλες οι λειτουργικές κλίμακες (σωματική, ρόλος, συναισθηματική, γνωστική και κοινωνική λειτουργία είχαν θετική συσχέτιση με την ανθεκτικότητα). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (κόπωση, ναυτία και έμετος,

πόνος, δύσπνοια, αϋπνία, απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα, διάρροια) συσχετίστηκαν αρνητικά με την ανθεκτικότητα. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα επηρεάζει διάφορες πτυχές της υγείας που σχετίζονται ποιότητα ζωής. Οι πιο ανθεκτικοί ασθενείς έχουν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες.

Επίσης, μια μελέτη των Manne και των συνεργατών του (2015), ανέδειξε πως η μεγαλύτερη ανθεκτικότητα σχετίζεται με την υψηλότερη ποιότητα ζωής ( $p < .001$ ). Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι «δυνατές» γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν υψηλότερη ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της διάγνωσης του γυναικολογικού καρκίνου.

Η παρούσα έρευνα αποδεικνύει πως οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά συμπτώματα του καρκίνου όπως είναι η κόπωση, ναυτίες και έμετοι, πόνος, δύσπνοια και απώλεια βάρους. Τα συμπτώματα αυτά είναι άμεσα συνδεδεμένα με την κατάσταση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στην προκειμένη περίπτωση των γυναικών ασθενών. Δηλαδή, τα προαναφερθέντα συμπτώματα του καρκίνου χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται να συμφωνήσει με το συμπέρασμα της ερευνητικής εργασίας των Παλαιογιαννίδου, Τριανταφυλλίδου, Αναγνωστόπουλου & Παλιούρα, με τίτλο «Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού», η οποία διεξήχθη το 2017. Στην παραπάνω έρευνα, τα στοιχεία έδειξαν πως η κόπωση, η αϋπνία και η τριχόπτωση, σημαντικά συμπτώματα του καρκίνου, είναι επιβαρυντικά για την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού..

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της εργασίας αυτής είναι πως η ανθεκτικότητα στη νόσο είναι άμεσα συνδεδεμένη με την συναισθηματική ευεξία (emotional well-being) κάτι που συνάδει με την έρευνα του Nelson, Balk & Roth, η οποία έλαβε χώρα το 2010. Σε αυτήν την έρευνα παρουσιάζονται νέα δεδομένα σχετικά με την συναισθηματική ευεξία, την αγωνία, το άγχος και την κατάθλιψη στους Αфро-Αμερικανούς άνδρες με καρκίνο του προστάτη σε σύγκριση με τους άνδρες που ζουν στην περιοχή του Καύκασου. Οι Αфро-Αμερικανοί και οι Καυκάσιοι άνδρες είχαν ίδια/παρόμοια χαρακτηριστικά στις μεταβλητές: ηλικία, εκπαίδευση και στάδιο της νόσου οι οποίες συνδέονται και αντιπαραβάλλονται με την συναισθηματική ευεξία,

την αγωνία, το άγχος και την κατάθλιψη. Ωστόσο, μετά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων των Αφρο-Αμερικανών και Καυκάσιων ανδρών, οι πρώτοι ανέφεραν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στην συναισθηματική ευεξία και χαμηλότερο ποσοστό Αφρο-Αμερικανών ανδρών που εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες του Καυκάσου. Οι Αφρο-Αμερικανοί άνδρες φαίνεται να εμφανίζουν μια αίσθηση ανθεκτικότητας, επιδεικνύοντας μεγαλύτερη συναισθηματική ευεξία και χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες του Καυκάσου.

Επιπρόσθετα μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, που συνάδει με το συμπέρασμα για την αλληλεπίδραση συναισθηματικής ευεξίας και ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, ήταν εκείνη του Montazeri, η οποία δημοσιεύτηκε το 2008. Η ψυχολογική δυσφορία, το άγχος και η κατάθλιψη βρέθηκαν να είναι συχνά συναισθήματα μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ακόμη και χρόνια μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, επίσης, βρέθηκαν να προβλέπουν την επακόλουθη ποιότητα ζωής ή ακόμη και τη συνολική επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Η παρούσα έρευνα λόγω του μικρού δείγματος των ασθενών αλλά και λόγω των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς δεν δύναται να γενικευτούν σε όλον τον πληθυσμό. Αντίθετα, συνίσταται η περαιτέρω έρευνα και μελέτη του αντικειμένου σε μεγαλύτερο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού εξετάζοντας παράλληλα τις δύο παραμέτρους τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

---

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

- Aaronson NK, (1991). Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*, 67(3):844-850
- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is Resilience? An integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*. 72(5), 980– 1000. doi: 10.1111/jan.12888
- Alberg A. (2002). The influence of cigarette smoking on circulating concentrations of antioxidant micronutrients. *Toxicology*, 180:121-37
- Allison PJ, Locker D & Feine JS (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med.*, 45(2): 221-230
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass
- Balboni, T., Vanderwerker, L., Block, S., Paulk, M., Lathan, C., Peteet, J. & Prigerson, H. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14, 103–114. doi: 10.1111/j.1365- 2206.2008.00586.x
- Birnbacher D (1999). Quality of life- evaluation or description? *Ethical Theory and Moral Practice*, 2: 25-36
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002). The Validity of the Hospital Anxiety and Depression scale. An Updated Literature Review, *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Botou, An., Mylonakou-Keke, Ir., Kalouri, Our., & Tsergas, N. (2017). Primary School Teachers' Resilience during the Economic Crisis in Greece. *Scientific Research Publishing*, 8, 131-159
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case of including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*. 8(5), 417-428

- Breitbart, W. (2001). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10(4), 272-280.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 366-372.
- Calle E. Kaaks R. (2004). Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer*, 4:579-91
- Carr AJ & Higginson IJ (2001). Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centered? *BMJ*, 322: 1357-1360
- Carr AJ, Gibson B & Robinson PG (2001). Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 322: 1240-1243
- Cohn, M.A., Fredrickson, B.L., Brown, S.L., Mikels, J.A. & Conway, A.M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368.
- Denz-Penhey, H., & Murdoch, C. (2008). Personal resiliency: serious diagnosis and prognosis with unexpected quality outcomes. *Qualitative Health Research*, 18 (3), 391–404
- Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients and oncologists preferences for discussing health related quality of life issues. *J Clin Oncol*, 18: 3295-301
- Dimitriadou, D., &Stalikas, A. (2012). Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). In A. Stalikas, S. Triliva, & P. Roussi (Eds.), *Psychometric Instruments in Greece* (2nd ed., p. 717). Athens: Pedio.
- Doll R, Peto R. (1981).The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst*, 66:1191- 308
- Drummond MF (1987). Resources allocation decisions in health care: A role for quality of life assessment? *J Chron Dis*, 40: 605- 616
- Egeland, B., Carlson, E., &Sroufe, L. A. (1993). Resilience as Process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528. doi: 10.1017/S0954579400006131
- Farquhar M (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*, 22: 502-8

- Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, Rautenberg B, Stickeler E, Erbes T et al. (2016). The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer*, 24:2603–2609
- Ferlay J, Autier P, Boniol M et al. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*, 8:581- 92
- Ferrel B, Hassey Dow K, Leigh S, Ly J & Gulasekaram P (1995). Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6): 915-922
- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *J Natl Cancer Inst*, 94:39–49
- Ganz PA (1994). Quality of life and the patient with cancer. *Cancer*, 74: 1445-1452
- Glantz, M. D., & Sloboda, Z. (1999). Analysis and Reconceptualization of Resilience. In M. D. Glantz, & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 109-126). New York: Kluwer Academic
- Grant MM & Sun V (2010) Advances in quality of life at the end of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1): 26-35
- Gordon, T. & Mitchell, D. (2004). A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliative Medicine*. 18(7), 646-651.
- Gu, Q., & Day, C. (2013). Challenges to teacher resilience: conditions count. *British Educational Research Journal*. 39,(1), 22–44, doi: 10.1080/01411926.2011.623152
- Haberman MR & Bush N (1998). Quality of Life: Methodological and Measurement Issues. In King CR & Hinds PS (eds). *Quality of life: From nursing and patient perspectives. Theory-Research–Practice*. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury Massachusetts, (pp.117- 139)
- Higginson IJ & Carr AJ (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322: 1297-1300
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D. & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Ho SS, So WK, Leung DY, Lai ET, Chan CW. (2013). Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *Eur J Oncol Nurs*, 17:877–882

- Howard, S., & Johnson, B. (2004). Resilient teachers: resisting stress and burnout. *Social Psychology of Education*, 7(4), 399-420.
- Johnson, K., Tulsy, J., Hays, J., Arnold, R., Olsen, M., Lindquist, J. & Steinhauser, K. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 751-758.
- Kaplan RM (2003) The significance of quality of life in health care. *Quality of life Research*, 12: 3-16
- King CR, (1998). Clinical implications of quality of life. In King CR & Hinds PS (eds). *Quality of life: From nursing and patient perspectives. Theory-Research-Practice*. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury Massachusetts, (pp.197 -203)
- Kwan ML, Ergas IJ, Somkin CP, Quesenberry CP Jr, Neugut AI, Hershman DL et al.(2010). Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: The Pathways Study. *Breast Cancer Res Treat*, 123:507–524
- Le Cornu, R., (2009). Building resilience in pre-service teachers. *Teaching and Teacher Education*, 25, 717–723.
- Li J, Humphreys K, Eriksson M, Dar H, Brandberg Y, Hall P et al. (2016). Worse quality of life in young and recently diagnosed breast cancer survivors compared with female survivors of other cancers: A cross-sectional study. *Int J Cancer*, 139:2415– 2425
- Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1). doi:10.1186/s12955-016-0481-z
- Lindbland AK, Ring L, Glimelius B & Hansson MG (2002). Focus on the individual. Quality of life assessments in oncology. *Acta Oncologica*. 41(6): 507-516
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., ... Rosenblum, N. (2015). Resilience, Positive Coping, and Quality of Life Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375–382. doi:10.1097/ncc.0000000000000215
- Macduff C (2000). Responded generated quality of life measures: useful tools for nursing or more fool's gold? *Journal Adv Nurs*, 32: 375- 82

- Mahoney, M. J. (2002). Constructivism and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 745-750). New York: Oxford University Press.
- Marx, M.H. & Hillix, W.A. (1963). *Systems and theories in Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Masten A., S. & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24, 345–361
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213–237). New York, NY: Guilford.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009) The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today* 29, 371–379
- McClain, C., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of Spiritual Well Being on End of Life Despair in Terminally-Ill Cancer Patients. *Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- Meeberg GA (1993). Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 18:32-38
- Mehnert A, Koch U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*, 64:383–391
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27(1), 32. doi:10.1186/1756-9966-27-32
- Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8:330
- Moro-Valdezate D, Buch-Villa E, Peiró S, Morales-Monsalve MD, Caballero-Gárate A, Martínez-Agulló Á et al. (2014). Factors associated with health-related



- quality of life in a cohort of Spanish breast cancer patients. *Breast Cancer*, 21:442– 452
- Morrison, G. M., Brown, M., D'Incau, B., O'Farrell, S. L., & Furlong, M. J. (2006). Understanding resilience in educational trajectories: Implications for protective possibilities. *Psychology in the Schools*, 43 (1).
- Mytko, J. & Knight, S. (1999). Body, Mind and Spirit: Toward the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. *Psycho-Oncology*, 8(5), 439-450.
- Nelson, C. J., Balk, E. M., & Roth, A. J. (2010). Distress, anxiety, depression, and emotional well-being in African-American men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1052–1060. doi:10.1002/pon.1659
- Nelson, C, Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002) Spirituality, depression and religion in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Nishikawa A, Mori Y, Lee IS et al. (2004). Cigarette smoking, metabolic activation and carcinogenesis. *Curr DrugMetab*, 5 63-73
- Nordenfelt L (1999). Quality of life: the concept and the application in health care. Introduction. *Ethic Theory Moral Pract*, 2: 3-10
- Norman G (2003). Hi! How are you? Response shift, implicit theories and differing epistemologies. *Qual Life Res*, 12: 239-249
- Osoba D (1999). What has been learned from measuring health related quality of life in clinical oncology? *Eur J Cancer*, 35(11): 1565-1570
- Peteet, J. & Balboni, M. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinician*, 63(4), 280-289.
- Puchalski, C. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(3), 49-55.
- Reich M, Lesur A, perdrizet-Chevallier C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110:9–17
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(1), 727. doi:10.3889/oamjms.2015.128
- Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM, Leedha M B, Desmond K, Belin TR et al. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer:

- A randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*, 118:99–111
- Rutter, M. (2008). Developing concepts in developmental psychopathology, 3–22 in J.J. Hudziak (ed.), *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Shastri, P.C1. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian J Psychiatry*, 55(3), 224-34. doi:10.4103/0019-5545.117134.
- Schleife H, Sachtleben C, Fink Barboza C, Singer S, Hinz A. (2014). Anxiety, depression, and quality of life in German ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer*, 21:208–213
- Silyvier, T. & Nyandusi, C. (2015). Factors influencing teachers' competence in developing resilience in vulnerable children in primary school in Uasin Gishu country, Kenya. *Journal of Education and Practice*, 6(15), 172-182
- Snaith RP, Zigmond AS (1986). The Hospital Anxiety and Depression Scale, *British Medical Journal*, 292, 344.
- Sprangers MA & Sprangers M (2002) An introduction to quality of life assessment in oncology: the value of measuring patient reported outcomes. *Am J Manag Care*, 8:550-559
- Sprangers MA (2002). Quality of life assessment in oncology. Achievements and challenges. *Acta Oncol*, 41(3): 229-237
- Sutherland H, Till J (1993). Quality of life assessments and levels of decision making: differentiating objectives. *Qual Life Res*, 2: 297-303
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B L. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. In Barrett L. Feldman & P. Salovey (Eds.). *The Wisdom of Feelings* (pp. 319–340). New York: Guilford
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice* 18 (1), 3–8
- Uauy R, Solomos N. (2005). Diet, nutrition and the life-course approach to cancer prevention. *J Nutr*, 135:2934s-45s
- Vachon, M. (2008). Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 218-225.
- Velikova G, Stark D & Selby P (1999). Quality of life instruments in oncology. *Eur J Cancer*, 13(11):1571-1580

- Vellerand AH, Breckenridge NA & Hodgson NA, (1998). Theories and conceptual models to guide quality of life related research. In King CR & Hinds PS (eds). Quality of life: From nursing and patient perspectives. Theory-Research-Practice. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury Massachusetts, (pp.37-53)
- Ver Beek, K. (2000). Spirituality: a development taboo. *Development in Practice*, 10(1), 21-43.
- Whitman, S. (2007). Pain and suffering as viewed by the Hindu religion. *The Journal of Pain*. 8(8), 607-613.
- WHO (1996) WHOQOL-BREF. Geneva, WHO (pp 5)
- Wood-Dauphinee S (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*, 52(4): 355-363
- World Health Organization and International Agency for Research on Cancer (2003). *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press.
- Wright, R. (2009). *The evolution of God*. New York: Little, Brown.
- Zeenat Ismail, Z, Desmukh S. (2012). Religiosity and Psychological Well-Being. *International Journal of Business and Social Science*, 3(1), 20-28
- Zavala, M., Maliski, S., Kwan, L., Fink, A. & Litwin, M. (2009). Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 753-758
- Zieger M, Schwartz B, Konig HH, Harter M, Riedel-Heller SG (2010). Depression and Anxiety in Patients Undergoing Herniated Disc Surgery: Relevant but Underresearched – a Systematic review, *Central European Neurosurgery*, 71, 26-34.
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E., Belavich, T., Hipp, K., Scott, A. & Kadar, J. (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549-564.

## **ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ**

- Γεωργαντά, Ευγ. (2003). Προσαρμογή και ψυχικές ασθένειες. Ανακτήθηκε στις 12/2/2019 από <https://www.egeorganda.com/articles>
- Κάβουρα Μ, Γείτονα Μ, Βανδώρου Χ & Κυριόπουλος Γ (2003). Ποιότητα ζωής. Εκδ. Janssen – Cilag, Αθήνα
- Κώττη-Κιτρομηλίδου Α. (2013). Ποιότητα ζωής Κυπρίων γυναικών με καρκίνο του μαστού: Σύγκριση ανάμεσα σε νεαρές και μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες.

- Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας.
- Παλαιογιαννίδου Α., Τριανταφυλλίδου Σ, Αναγνωστόπουλος Φ, & Παλιούρας Δ, (2017). Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. *ArchivesofHellenicMedicine*.
- Ρηγάτος Γ. (2000) Ψυχοκοινωνική ογκολογία. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα, (σελ 75-86)
- Σικαλιάς Ν. (2015). Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε θεραπευτική αντιμετώπιση. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας.
- Τζούνης, Ε., Παπασταύρου, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε. & Τζούνη, Μ. (2008). Η διερεύνηση της πνευματικότητας σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας . *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(4), 321-342.
- Τζούνης, Ε., Τζούνη, Μ., Γκούβα, Μ., Παπασταύρου, Ε., Κοτρώτσιου, Ε. & Γουργουλιάνης, Κ. (2009). Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα: Μια ποιοτική ανάλυση σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. *Interscientific Health Care*, 1(2), 67-76

