



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ
«ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η επίδραση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία.»

Χαρίκλεια Ε. Μπεμπένη

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Τριμελές Εξεταστική Επιτροπή

Γκοβίνα Ουρανία

Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

(Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Πλακάς Σωτήριος

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, μέλος
Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Καλεμικεράκης Ιωάννης

Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, μέλος
Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Μαριλένη Χαρίθαια του Εμμανουήλ
με αριθμό μητρώου 18028 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών
Σπουδών Διαχείριση Χρόνιων Παθήσεων του Τμήματος Παιδιατρικής
Σχολής Συγγραμμάτων Μεταπτυχιακής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ένα χρόνο και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Μαριλένη
Χαρίθαια
[Υπογραφή]

Copyright © Μπεμπένη Χαρίκλεια, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «**Διαχείριση Χρονίων Νοσημάτων**» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής.

Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Πρόλογος

Η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρονίων Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με εξειδίκευση στην «Ογκολογική και Ανακουφιστική Φροντίδα».

Ο καρκίνος συνεχίζει να θεωρείται μία ανίατη ασθένεια, παρά το γεγονός ότι συνεχώς ανακαλύπτονται νέες θεραπείες για την αντιμετώπισή του. Με την τεχνολογική πρόοδο των επιστημών υγείας, ο καρκίνος θεωρείται πλέον μία χρόνια νόσος. Παρόλα αυτά, στην ιδέα και μόνο ότι το άτομο πάσχει από τη νόσο του καρκίνου, η αγωνία, η άρνηση και ο θυμός είναι τα πρώτα κυρίαρχα συναισθήματα. Στην συνέχεια αυτής της επίπονης περιόδου και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, οι ασθενείς κατακλύζονται από άγχος για τυχόν αποτυχία της θεραπείας και κατάθλιψη που μπορεί να πηγάζει από τις παρενέργειες των χημειοθεραπειών, την αλλαγή στον τρόπο ζωής τους και την αποτυχία εκπλήρωσης των ρόλων τους στην οικογένεια αλλά και την κοινωνία.

Στην ιδέα ότι ο θάνατος πλησιάζει και η ζωή είναι πεπερασμένη, δημιουργούνται ερωτήματα στους ασθενείς υπαρξιακής φύσης και καταστάσεις που προκαλούν απελπισία. Στα πλαίσια εύρεσης ενός νέου νοήματος ζωής, η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μπορούν να επιδράσουν θετικά στο άτομο μειώνοντας τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλούνται από τη νόσο, τη θεραπεία και την αλλαγή του τρόπου ζωής.

Παρά τη σημαντικότητα της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στη ζωή των ογκολογικών ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας δεν αξιολογούν την ικανοποίηση αυτών των αναγκών είτε λόγω άγνοιας, είτε λόγω υποτίμησής τους θεωρώντας πως οι σωματικές ανάγκες είναι σπουδαιότερες από τις ψυχικές.

Ευχαριστίες

Τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Γκοβίνα Ουρανία, Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τις γνώσεις που μου προσέφερε, για την υπομονή, την επιμονή, τη στήριξη, την εμπιστοσύνη από την αρχή της ανάθεσης του θέματος μέχρι και την ημέρα της ολοκλήρωσής της.

Θερμές ευχαριστίες στα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τους καθηγητές του ΠΜΣ και τους συναδέλφους μου για την συμπαράσταση σε αυτή τη δύσκολη αλλά τόσο δημιουργική περίοδο των σπουδών μου και για τη βοήθειά τους στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην οικογένειά μου για όλη τη στήριξη και την υπομονή όλο αυτό το διάστημα της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος αποτελεί μία πολύ σοβαρή και σύνθετη ομάδα νοσημάτων. Πέραν της σωματικής επιβάρυνσης, ο καρκίνος επηρεάζει τους ασθενείς και σε πνευματικό και ψυχολογικό επίπεδο επιφέροντας άγχος, κατάθλιψη, φοβία ακόμα και θυμό.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη ποσοτική, συγχρονική και περιγραφική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 60 ασθενείς με καρκίνο ηλικίας άνω των 18 ετών που λάμβαναν χημειοθεραπεία και δεν βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της νόσου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: α) ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών στοιχείων, β) το Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs για τη διερεύνηση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας γ) και η κλίμακα DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale) για τη διερεύνηση του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες των συμμετεχόντων.

Αποτελέσματα: Μετά την ανάλυση των δεδομένων τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο περισσότερη ήταν η διάρκεια της νόσου των συμμετεχόντων τόσο περισσότερη κατάθλιψη αισθάνονταν. Όσο υψηλότερος ήταν ο βαθμός πνευματικότητας και θρησκευτικότητάς τους, τόσο λιγότερη ήταν η κατάθλιψη και το άγχος που αισθάνονταν. Όσο αφορά την πνευματικότητα βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν μετρίου βαθμού πνευματικότητα με μέση τιμή $33,8 \pm 17,6$ μονάδες καθώς και ότι το 51,7% είχαν μια πνευματική και θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή με το 83,3% αυτών να δηλώνουν πως η προσευχή έχει σημαντικό ρόλο στις πνευματικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Ενώ το 63,3% δήλωσαν ότι δεν ακολουθούσαν κάποια θρησκεία. Όσο μεγαλύτεροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο ήταν και το άγχος που είχαν. Οι συμμετέχοντες οι οποίοι είτε ήταν έγγαμοι είτε ούτε ζούσαν με κάποιον σύντροφο, είχαν σημαντικά λιγότερο άγχος. Μόνο ο αριθμός χημειοθεραπειών βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία Στρες των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα όσο περισσότερες ήταν οι χημειοθεραπείες που είχαν κάνει τόσο πιο αυξημένο ήταν και το στρες που αισθάνονταν. Συμπερασματικά βρέθηκε ότι το 51,7% των συμμετεχόντων είχαν φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης, το 20% είχαν σοβαρό επίπεδο άγχους και το 21,7% είχαν μέτρια επίπεδα στρες.

Συμπεράσματα: Τόσο οι πνευματικές όσο και οι θρησκευτικές ανάγκες συχνά δεν ικανοποιούνται στους ογκολογικούς ασθενείς, καθώς οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να τις θεωρούν δευτερευούσης σημασίας. Μέσα από τη μελέτη φάνηκε ότι η στροφή του ανθρώπου προς μία ανώτερη δύναμη έχει σημαντική θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής του. Οι

ασθενείς με υψηλότερη πνευματικότητα και θρησκευτικότητα είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς έχουν την ελπίδα και την πίστη ότι ο Θεός θα τους βοηθήσει σε αυτό που δεν είναι ανθρωπίνως δυνατό. Όσο οι ασθενείς πλησιάζουν προς το τέλος τους, η ανάγκη για την ικανοποίηση των πνευματικών και των θρησκευτικών τους αναγκών αυξάνεται, καθώς αυξάνεται και η αναζήτηση για το τι υπάρχει μετά το θάνατο.

Λέξεις κλειδιά: ασθενείς με καρκίνο, πνευματικότητα, θρησκεία, κατάθλιψη, άγχος

Abstract

Introduction: Cancer is a very serious and complex group of diseases. In addition to the physical burden, cancer affects patients both spiritually and psychologically, causing anxiety, depression, phobia and even anger.

Methodology: Quantitative, cross sectional and descriptive study was conducted by convenience sampling. The sample consisted of 60 cancer patients over 18 who were receiving chemotherapy and were not in the final stage of the disease. The following questionnaires were used for data collection a) demographic and clinical data questionnaire b) the Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs to investigate the spirituality and religiosity c) and the DASS 21 scale (Depression Anxiety Stress Scale) to investigate participants' anxiety, depression and stress.

Results: After analyzing the data, the results showed that the longer the participants' disease lasted, the more depression they felt. The higher their level of the spirituality and religiosity, the less depressed and anxious they felt. Regarding spirituality, it was found that the participants had a moderate degree of spirituality with an average value of 33.8 ± 17.6 points and that 51.7% had a spiritual and religious understanding of life with 83.3% of them state that prayer has an important role in their spiritual and religious beliefs. While 63.3% stated that they didn't follow any religion. The older the participants, the more anxiety they had. Participants who were either married or not living with a partner had significantly less anxiety. Only the number of the chemotherapies was found to be related to the participants' stress score and in particular the more chemotherapies they had done, the greater the stress, they felt. It was found that 51.7% of participants had normal level of depression, 20% had severe level of anxiety and 21.7% had moderate level of stress.

Conclusion: Both spiritual and religious needs are often not met in cancer patients, as the health professionals may consider them secondary. Through the study, it was seemed that the turn of man towards a higher power has a significant positive effect on the quality of life. Patients with higher spirituality and religiosity had lower level of anxiety and depression as they had the hope and belief that God would help them in what it is not humanly possible. As patients approach their end, the need to satisfy their spiritual and religious needs, increases as does the search for what exists after death.

Key words: cancer patients, spirituality, religion, depression, anxiety

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
Κεφάλαιο 1 Η Έννοια του καρκίνου (Εισαγωγή).....	13
Κεφάλαιο 2 Πνευματικότητα-Θρησκευτικότητα στους ασθενείς με καρκίνο.....	15
Κεφάλαιο 3 Άγχος-Κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο	20
Κεφάλαιο 4 Πνευματικότητα-Θρησκευτικότητα και Άγχος-Κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο	25
4.1 Σχέση πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και άγχους.....	25
4.2 Σχέση πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και κατάθλιψης.....	27
Κεφάλαιο 5 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρκίνο.....	30
Κεφάλαιο 6 Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με καρκίνο.....	32
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	33
Κεφάλαιο 7 Μεθοδολογία.....	33
Κεφάλαιο 8 Στατιστική Ανάλυση.....	36
Κεφάλαιο 9 Αποτελέσματα.....	37
9.1 Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος.....	37
9.2 Πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων- Περιγραφική στατιστική ανάλυση...41	
9.3 Συσχέτιση Πνευματικότητας με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	49
9.4 Άγχος, κατάθλιψη και στρες των συμμετεχόντων.....	51
9.5 Συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας DASS με δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	54
Κεφάλαιο 10 Συζήτηση.....	60
10.1 Πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων.....	60
10.2 Συσχέτιση πνευματικότητας με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	63
10.3 Άγχος, κατάθλιψη και στρες των συμμετεχόντων.....	63

10.4 Συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας DASS με δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	65
Κεφάλαιο 11 Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	67
Βιβλιογραφία	69
Παράρτημα.....	84

Εισαγωγή

Ο καρκίνος θεωρείται ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας του οποίου η συχνότητα εμφάνισης συνεχώς αυξάνεται. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει τεχνολογική πρόοδος στις επιστήμες υγείας, που δίνει τη δυνατότητα θεραπείας ασθενειών που θεωρούνταν στο παρελθόν θανατηφόρες, ο καρκίνος θεωρείται ακόμα ανίατη ασθένεια, παρόλο που αρκετοί ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο θεραπεύονται (Costa et al., 2019).

Πέραν της σωματικής επιβάρυνσης, ο καρκίνος μπορεί να επηρεάσει τους ασθενείς και σε ψυχολογικό επίπεδο επιφέροντας άγχος, κατάθλιψη, φοβία ακόμα και θυμό που μπορεί να οδηγήσουν σε πολύ αρνητικές καταστάσεις. Αρνητικά συναισθήματα προκαλούνται στον ασθενή από την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου, την ενημέρωση των συγγενών, τον προγραμματισμό της θεραπείας, τη χειρουργική επέμβαση και τις παρενέργειες της θεραπείας (Xing et al., 2018). Πολλές φορές οι ασθενείς συνδέουν την πορεία του καρκίνου με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, γεγονός που προκαλεί επιπλέον άγχος και φόβο (Costa et al., 2019).

Στην ιδέα ότι πλησιάζει ο θάνατος, δημιουργούνται στο άτομο ερωτήματα υπαρξιακής φύσης και καταστάσεις που προκαλούν αισθήματα απελπισίας. Στα πλαίσια της αναζήτησης ενός νέου νοήματος μπροστά στην νέα απειλητική κατάσταση για τη ζωή, η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μπορούν να επιδράσουν θετικά στο άτομο μειώνοντας τις αρνητικές εμπειρίες του καρκίνου και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής (Xing et al., 2018). Ο όρος θρησκευτικότητα αναφέρεται στην έκφραση της πνευματικότητας μέσα από ένα σύστημα αξιών, πεποιθήσεων, δεοντολογίας και τελετουργιών. Συνήθως περιλαμβάνει κάποια μορφή κοινής θρησκευτικής έκφρασης. Ο όρος πνευματικότητα αναφέρεται ευρύτερα στην πίστη ενός ατόμου σε μία εξουσία πέραν της δικής του ύπαρξης. Είναι η αίσθηση σχέσης ή σύνδεσης με μία δύναμη που ξεπερνά το πλαίσιο της πραγματικότητας (King et al., 2001).

Η νόσος προκαλεί τόσο σωματικές όσο κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των οποίων ο βαθμός αυξάνεται όσο η κατάσταση εξελίσσεται δυνητικά (Tsai et al., 2016). Οι πνευματικές ανάγκες η πνευματική αγωνία και η πνευματική ευημερία των ασθενών με καρκίνο έχουν μεγάλη σημασία για την ποιότητα ζωής. Βασική για αυτούς τους ασθενείς είναι η διατήρηση της ψυχικής και πνευματικής ευημερίας. Πολλοί ασθενείς αναζητούν συμπληρωματικές θεραπείες για την καταπολέμηση της νόσου και μέσα σε αυτές συγκαταλέγεται και η πνευματικότητα (Kandasamy et al., 2011). Η πνευματικότητα συμβάλει στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και βελτιώνει την ποιότητα

ζωής (Xing et al., 2018). Επιπλέον η θρησκεία, και κυρίως η προσευχή, βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν το στρες που δημιουργείται από τη νόσο. Τέλος μπορεί να προάγει την υγεία καθώς εμπνέει ελπίδα, ενθάρρυνση και θετική σκέψη στα άτομα (Tsai et al., 2016).

Στην παρούσα εργασία θα επιχειρηθεί η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ πνευματικότητας θρησκευτικότητας, άγχους και κατάθλιψης ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία στην Ελλάδα. Αντίστοιχες μελέτες διερεύνησης της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, δεν υπάρχουν στη χώρα μας. Το γεγονός αυτό ίσως να δείχνει την προτίμηση ενασχόλησης των επαγγελματιών υγείας με σωματικά παρά με ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα στο «γενικό μέρος» της παρούσας έρευνας γίνονται γενικές αναφορές στη νόσο του καρκίνου. Στη συνέχεια αναλύονται οι έννοιες της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας καθώς και ο τρόπος που αυτές επιδρούν στον καρκίνο. Στη συνέχεια αναφέρεται η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στη νόσο του καρκίνου και διερευνάται στη βιβλιογραφία η σχέση μεταξύ πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και άγχους-κατάθλιψης.

Στο «ειδικό μέρος» παρουσιάζεται η μεθοδολογία της μελέτης, ο σκοπός, η στατιστική ανάλυση, τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η έννοια του καρκίνου

Ο καρκίνος αποτελεί μία πολύ σοβαρή και σύνθετη ομάδα νοσημάτων, η οποία χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο, ταχύτατο, πολλαπλασιασμό και εξάπλωση ανώμαλων κυττάρων (Le Mone et al., 2011). Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν ως προς τη φύση τους, το ρυθμό εξέλιξης και ανάπτυξής τους, τη θεραπεία και την πρόγνωση (Corner & Bailey, 2009). Εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους και αυτό εξαρτάται από τον οργανισμό που προσβάλλεται και το είδος των κυττάρων από τα οποία αυτός προέρχεται. Μπορεί να προσβάλει άτομα οποιαδήποτε ηλικίας, φύλου, κοινωνικοθρησκευτικής πεποιθήσης, εθνικότητας ή περιβαλλοντολογικής και γεωγραφικής προέλευσης. Ο καρκίνος είναι το αποτέλεσμα της μετάλλαξης των φυσιολογικών κυττάρων σε παθολογικά τα οποία πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα και δυνητικά εξαπλώνονται στον οργανισμό προσβάλλοντας τα όργανα και ιστούς του οργανισμού χωρίς διάκριση (Le Mone et al., 2011).

Δυστυχώς ακόμη και σήμερα παραμένει μία συχνή νόσος, αφού ένας στους τρεις την αναπτύσσει κατά μεγάλο ποσοστό κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Παρότι ο καρκίνος δεν κάνει εξαιρέσεις στις ηλικίες, οι περισσότεροι άνθρωποι που νοσούν, είναι άνω των 55 ετών. Στη Μεγάλη Βρετανία προκύπτει ότι οι τέσσερις μορφές του που καλύπτουν πάνω από το 50% του συνόλου των περιπτώσεων είναι αυτός του προστάτη, του πνεύμονα, του μαστού και του παχέως εντέρου. Ο καρκίνος διαφέρει από τις άλλες ασθένειες στο ότι η επιβίωση αποτελεί κομβικό σημείο για την έκβαση και την αποτελεσματικότητα της αποθεραπείας (Corner & Bailey, 2011).

Οι παράγοντες κινδύνου της νόσου χωρίζονται σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Η αναγνώριση και αξιολόγηση των τροποποιήσιμων παραγόντων μπορεί να οδηγήσει στην πρόληψη της συγκεκριμένης νόσου. Από τους μη τροποποιήσιμους παράγοντες πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η κληρονομικότητα σε κάποιες μορφές καρκίνου σε ποσοστό 5%. Για ορισμένους τύπους καρκίνου όπως του μαστού και του παχέως εντέρου, έχει τεκμηριωθεί ο ρόλος της κληρονομικότητας και της προδιάθεσης. Η ηλικία αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου, καθώς εμφανίζεται κυρίως σε άτομα άνω των 55 ετών. Αυτό οφείλεται σε μόνιμες βλάβες οι οποίες προκλήθηκαν στα ανθρώπινα κύτταρα έπειτα από τουλάχιστον πέντε στάδια γενετικής μετάλλαξης. Επίσης άλλος λόγος εμφάνισης του καρκίνου σε προχωρημένη ηλικία είναι η συνεχής έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες, η πτώση του αμυντικού συστήματος και οι διαφοροποιήσεις των επιπέδων των ορμονών. Το

φύλο αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου, καθώς ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις γυναίκες και αντίστοιχα του προστάτη στους άντρες.

Η κακή διατροφή που περιλαμβάνει σε αφθονία τρανς-κορεσμένα λιπαρά αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρκίνου καθώς και η παχυσαρκία η οποία σχετίζεται με την εμφάνιση ορμονοεξαρτώμενων μορφών καρκίνου. Αυτό συμβαίνει διότι οι ορμόνες συντίθενται στο λιπώδη ιστό και επομένως στα παχύσαρκα άτομα λόγω του αυξημένου υποδόριου λιπώδους ιστού, κυκλοφορούν μεγαλύτερες ποσότητες ορμονών οι οποίες τροφοδοτούν τύπους καρκίνου όπως του μαστού, του ενδομητρίου, των ωοθηκών, του προστάτη, του οισοφάγου, του εντέρου, των νεφρών και του αδενοκαρκινώματος. Επίσης, ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι το είδος του επαγγέλματος, όπως η έκθεση σε πάσης φύσεως «κακής» ακτινοβολίας (ιονίζουσα, ηλιακή), βλαβερές ουσίες όπως αμίαντος και άλλες αποδεδειγμένα καρκινογόνες ουσίες. Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν κάποιες λοιμώξεις όπως ο ιός Epstein-Barr και ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), το αλκοόλ που προάγει την εμφάνιση καρκίνου κυρίως της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου και του λάρυγγα καθώς και το υπερβολικό κάπνισμα που σχετίζεται με τον καρκίνο του πνεύμονα, της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού συστήματος όπως λάρυγγας, οισοφάγος, στομάχι, πάγκρεας, και ουροδόχο κύστη.

Θεραπευτικοί τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου είναι μέσω χειρουργικής επέμβασης, με τη χημειοθεραπεία/ανοσοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, φωτοδυναμική θεραπεία, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ορμονοθεραπεία καθώς και άλλες επιμέρους συμπληρωματικές θεραπείες με στόχο την εξάλειψη των όγκων, την πρόληψη μετάστασης ή και τη μείωση του μεγέθους του καρκίνου, αλλά και τη βελτίωση της λειτουργικότητας και κινητικότητας των ασθενών, καθώς και την ανακούφιση του πόνου (Le Mone et al., 2011).

2. Πνευματικότητα-Θρησκευτικότητα στους ασθενείς με καρκίνο

Ως όρος πνευματικότητα νοείται η ευρύτερη πίστη του ανθρώπου σε μία ανώτερη δύναμη πέραν από την ύπαρξη του ίδιου. Είναι το αίσθημα που σχετίζεται με την δύναμη του ανθρώπου που συνδέεται με μία ανώτερη δύναμη πέραν από το πλαίσιο της πραγματικότητας. Θα έλεγε κανείς ότι είναι κάτι πολύ περισσότερο από μία νοητική αναζήτηση ή αίσθηση αναζήτησης με την σύνδεση άλλων ατόμων. Ορισμένοι χρησιμοποιούν την έννοια «Θεός», ενώ άλλοι δεν αναφέρουν τόσο συγκεκριμένα την έννοια αυτή. Παρ' όλα αυτά η πίστη σε αυτή την ανώτερη δύναμη, η οποία έχει την εξουσία της αλλαγής, συνήθως δεν επηρεάζεται από την ακριβή φύση της. Ο όρος θρησκευτικότητα εκφράζεται κυρίως μέσα από την πνευματικότητα του ανθρώπου η οποία λειτουργεί, μέσα από ένα σύστημα αξιών, πεποιθήσεων, δεοντολογίας και θρησκευτικών ή μη τελετουργιών (King et al., 2001). Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα είναι δύο διαφορετικές και διακριτές έννοιες ωστόσο συχνά παρατηρείται η τάση της ταύτισης από ορισμένους ασθενείς (Balducci, 2019, Miller et al., 2022).

Η λέξη «καρκίνος» παραπέμπει αυτομάτως στην σκέψη του δυνητικά αναπόφευκτου, δηλαδή του θανάτου. Έτσι μόνο και μόνο με την σκέψη του θανάτου των νοσούντων από τον καρκίνο, οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν, με αποτέλεσμα να έχουν υπαρξιακή αναζήτηση στο νόημα της ζωής τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δίνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον προς την πνευματικότητα και τη φροντίδα του πνεύματός τους, η οποία δύναται να μειώνει τον ψυχικό τους πόνο. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί η αύξηση της έρευνας για το ενδιαφέρον της συσχέτισης πνευματικότητας και του επιπέδου της ποιότητας ζωής στους καρκινοπαθείς ασθενείς (Kamijo & Miyamura, 2020). Έπειτα από έρευνα βρέθηκε ότι άτομα με υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης καθώς επίσης έχει συσχετιστεί θετικά με την αντιμετώπιση της νόσου, την τήρηση των θεραπειών και την αποτελεσματικότητά τους και με τη διαχείριση τόσο σωματικών όσο και ψυχικών συμπτωμάτων (Balducci & Innocenti, 2017, Delgado-Guay et al., 2021, Kamijo & Miyamura, 2020). Όπως επίσης ασθενείς με ψυχικό πόνο τείνουν να έχουν περισσότερα και σοβαρότερα σωματικά και αρνητικώς ψυχικά συμπτώματα από ότι οι ασθενείς χωρίς ψυχικό πόνο. Η μειωμένη πνευματική ευεξία είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας και έχει ως αποτέλεσμα την ψυχική και σωματική κόπωση των ασθενών με καρκίνο και σχετίζεται με την αντιμετώπιση διαφόρων τρόπων του νοσήματος. Γι' αυτό το λόγο οι πνευματικές-θρησκευτικές παρεμβάσεις, όπως η ανασκόπηση της ζωής ή η συμβουλευτική από πνευματικά άτομα όπως και οι πνευματικές συνεδρίες έχουν οδηγήσει

στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, σε μειωμένο ψυχικό και σε πνευματικό πόνο καθώς και μεγαλύτερη πνευματική ευεξία (Kamijo & Miyamura, 2020). Η πνευματική φροντίδα είναι πολύ βασικό θεραπευτικό κομμάτι της ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία μπορεί να αυξήσει και την ποιότητα ζωής των ασθενών και το προσδόκιμο αυτής, ειδικά αν αυτή παρέχεται από το πρώιμο στάδιο της διάγνωσης (Bovero et al., 2016, Oliveira Arrieira et al., 2018).

Σε αντίθετη περίπτωση οι ασθενείς με μειωμένο πνευματικό και θρησκευτικό αίσθημα και ανησυχίες είναι οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο και σχετίζονται με κακή ποιότητα ζωής, απόγνωση στο τέλος της ζωής, αυτοκτονικούς ιδεασμούς με άρνηση στην ιατρική βοήθεια και δυσαρέσκεια για τη φροντίδα τους (Bovero et al., 2016, Selman et al., 2018). Αυτό παρατηρείται και από τους φροντιστές τους οι οποίοι λαμβάνουν αυτά τα μηνύματα. Δυστυχώς μόνο το 6% -28% των ασθενών λαμβάνουν πνευματική φροντίδα από τους υγειονομικούς στις μονάδες υγείας, οι οποίοι στοχεύουν στην βελτίωση της πνευματικής δυσφορίας που αισθάνονται αυτοί οι ασθενείς. Η ανεπαρκής πνευματική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο, δεν οφείλεται στην έλλειψη χρόνου των επαγγελματιών υγείας, αλλά στην ανεπαρκή εκπαίδευσή τους, αφού θεωρείται ότι δεν είναι μέρος του επαγγελματικού τους ρόλου. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν τουλάχιστον τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες συμβουλευτικής ικανότητας ώστε να παρέχουν στους ασθενείς πνευματική φροντίδα (Selman et al., 2018).

Η πνευματική και η θρησκευτική ευεξία είναι σημαντική για την ποιότητα της ζωής τους καθώς και την ποιότητα των εμπειριών στο τέλος της ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους (Ahmadi et al., 2019, Maiko et al., 2019, Sprik et al., 2020). Επιπλέον η θρησκευτική πίστη είναι σημαντική για τη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την υγεία για ορισμένους ασθενείς. Άρα η προσοχή στη σημασία της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας είναι σημαντική για το τέλος του κύκλου της ζωής (Maiko et al., 2019). Βέβαια η θρησκεία και η πνευματικότητα μπορούν να προκαλέσουν στους καρκινοπαθείς συναισθηματικό έλεγχο ή ενοχή για τη ζωή τους που αγγίζει έως και το 50%, ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό χρησιμοποιεί τη θρησκεία και την πνευματικότητα για την αντιμετώπιση κρίσεων της ζωής (Maiko et al., 2019, Sprik et al., 2020). Το 47% αναφέρει ότι η θρησκευτική κοινότητα δεν υποστηρίζει ή δεν υποστηρίζει επαρκώς τις πνευματικές τους ανάγκες, ενώ το 72% αναφέρει ότι το σύστημα υγείας δεν υποστηρίζει ή υποστηρίζει ελάχιστα τις πνευματικές τους ανάγκες (Maiko et al., 2019).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει επίσης ότι η πνευματικότητα είναι πολύ σπουδαίος παράγοντας για τη διαχείριση του σωματικού πόνου στους καρκινοπαθείς

ασθενείς. Όταν η φυσική κατάσταση των ασθενών σε προχωρημένο στάδιο της νόσου μειώνεται, μάχονται με ερωτήσεις για τη θνητότητά τους, το νόημα και το σκοπό της ζωής τους σχετικά με το υπερβατικό. Οι θρησκευόμενοι με βαθειά πίστη, συχνά αποδίδουν το νόσημά τους ως θέλημα του Θεού και αποδέχονται την απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια όχι γιατί δεν μπορούν να το αλλάξουν, αλλά γιατί πιστεύουν πως η δοκιμασία είναι Θεϊκή παρέμβαση, διότι ο Θεός γνωρίζει τι είναι καλύτερο γι' αυτούς (Bovero et al., 2016).

Σε γενικές γραμμές η πνευματικότητα αποτελεί σημαντικό κομμάτι της υγειονομικής περίθαλψης. Η υγειονομική περίθαλψη σχετίζεται άμεσα με την πνευματικότητα στους Δυτικούς λαούς, και αυτό φαίνεται στο χώρο των νοσοκομείων από την παρουσία μικρών παρεκκλησιών (Steinhorn et al., 2017). Επίσης σημαντικό ρόλο παίζουν οι ιερείς οι οποίοι παρέχουν την πνευματική φροντίδα στους ασθενείς και στις οικογένειες αυτών (Sun et al., 2016). Έτσι επιτυγχάνεται επιπλέον βοήθεια του έργου της υγειονομικής μονάδας που παρέχει ανακουφιστική φροντίδα. Οι ασθενείς βιώνοντας δύσκολες και αντίξοες συνθήκες, βρίσκουν ηρεμία και άνεση όταν συζητούν θρησκευτικά θέματα (Steinhorn et al., 2017). Οι ασθενείς συχνά αναθεωρούν όλο το νόημα και τις εμπειρίες που έχουν βιώσει για τις επιλογές τους, όταν έχουν φτάσει στο σημείο της απώλειας της υγείας τους (Sprick et al., 2020). Γι' αυτό παρατηρείται πως δεν υπάρχει άθεος άνθρωπος, όλοι στρέφονται σε μία ανώτερη δύναμη για αναζήτηση βοήθειας όταν η υγεία τους εξελίσσεται κυρίως δυνητικά άσχημα (Steinhorn et al., 2017).

Η μελέτη των Tsai et al., (2016) δείχνει πως οι δημογραφικές μεταβλητές όπως είναι το φύλο και η εμπειρία των διαφόρων θαυμάτων συμβάλλουν στην διαφοροποίηση των πιστεύω και των θρησκευτικών πεποιθήσεων των ασθενών. Η θρησκευτικότητα φάνηκε να επιδρά στη βελτίωση της υγείας των χριστιανών γυναικών ασθενών που είχαν θαυματουργικές εμπειρίες, με αποτέλεσμα την υψηλότερη επίδραση στην υγεία τους από αυτήν άλλων ασθενών.

Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, φάνηκε ότι η πνευματική φροντίδα είχε θεμελιώδη επίδραση στην ποιοτική φροντίδα των ασθενών από την αρχή της διάγνωσης ως το τέλος της ζωής τους. Η θρησκεία και η πνευματική ευημερία μπορεί να είναι τα πιο πιθανά μέσα για την αντιμετώπιση της νόσου και την εύρεση παρηγοριάς (Sun et al., 2016).

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στη Μαλαισία, η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι μια πολύ αγχωτική κατάσταση για τους πάσχοντες. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η δυσμενής κατάσταση της ασθένειας, οι νοσούντες με καρκίνο συχνά αναζητούν το νόημα σχετικά τα αίτια εμφάνισης της νόσου. Το βαθύτερο νόημα της ζωής είναι μεγάλης σημασίας καθώς

προκύπτει ότι επηρεάζει θετικά την ψυχολογική ευεξία και συμβάλει στη μείωση και τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων όπως είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, κυρίως μετά την διάγνωση αυτής της σοβαρής ασθένειας (Ahmadi et al., 2019). Σύμφωνα με τους Ahmadi et al., (2019) η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα είναι οι κύριοι παράγοντες για την εύρεση του νοσήματος. Έτσι λοιπόν έδειξαν ότι εκτός από την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα, υπάρχουν κι άλλοι διεξοδοί για αναζήτηση του νοήματος της ζωής που θα βοηθήσουν τους ασθενείς στην αντιμετώπιση της νόσου. Ασθενείς που δεν ζούσαν σε τόσο υποστηρικτικά θρησκευτικό περιβάλλον, έβρισκαν τρόπους και διεξόδους για την αντιμετώπιση και ανακούφιση της ασθένειά τους μέσα από τη λατρεία της φύσης, την πνευματικότητα και την αυτογνωσία, το διαλογισμό, την θετική και παραγωγική πλευρά της μοναξιάς, την ενσυναίσθηση και την αισθαντική μουσική. Άρα φαίνεται πως οι ασθενείς που δεν ζουν σε θρησκευτικό περιβάλλον, έχουν μεγαλύτερη σύνδεση με το φυσικό στοιχείο και την αυτογνωσία παρά με κάτι υπερφυσικό όπως ο Θεός. Αναφέρεται επίσης ότι οι Μαλαισιανοί στους οποίους διεξήχθη η έρευνα, πιστεύουν σε υπερφυσικές και μυστικιστικές αιτίες της ασθένειας. Θεωρούν δηλαδή ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα μαγείας ή δαιμόνων που θέλουν να αποδυναμώσουν και να εξαχίσουν τον άνθρωπο. Ως αποτέλεσμα αναφέρεται στη συγκεκριμένη μελέτη ότι οι Μαλαισιανοί μπορεί να διακόψουν τη θεραπεία για τον καρκίνο και να στραφούν στις πνευματικές δυνάμεις και στην προσευχή ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένεια.

Σε άλλη μελέτη, φάνηκε πως οι ασθενείς με καρκίνο εγκεφάλου, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για την εκπλήρωση των πνευματικών και των θρησκευτικών τους αναγκών, λόγω της μεγάλης θνησιμότητας της μορφής της νόσου και επίσης λόγω της αλλοίωσης της προσωπικότητας που συνοδεύεται από νοητικές απώλειες και έκπτωση της λειτουργικότητας του σώματος. Μάλιστα, η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, χαρακτηρίστηκε από κάποιον φροντιστή ενός ασθενούς ως «ισόβια ποινή» για όλες τις πτυχές της ζωής τους. Πάνω από το 70% των νευρο-ογκολογικών ασθενών αναφέρουν ότι η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα είναι αναγκαίες κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της νόσου (Sprik et al., 2020).

Σε μελέτη με Τούρκους ασθενείς, οι ίδιοι αναφέρουν πως η εμφάνιση της ασθένειάς τους είναι ένα μάθημα από το Θεό και μέσω της πίστης τους ως θρησκευόμενοι μπορούν να μετατρέψουν την κατάσταση αυτής της ασθένειας σε πνευματική ευεργεσία. Αρκετοί από τους ερωτηθέντες της μελέτης έθεσαν στα πιστεύω τους την έννοια του «Θείου Πεπρωμένου». Αυτό σημαίνει πως παρά την επιδίωξη για βελτίωση της νόσου τους, ο Θεός είναι αυτός ο οποίος έχει γράψει το πεπρωμένο τους (Ahmadi et al., 2019). Ωστόσο υπήρξαν

και ασθενείς που εξέφρασαν δυσπιστία ως προς τη δύναμη ή την αγάπη του Θεού, δηλαδή ότι ο Θεός τους εγκατέλειψε (Ahmadi et al., 2019, Pargament et al., 2011) Ανάμεσα σε αυτούς υπήρχαν ασθενείς οι οποίοι αμφισβητούσαν την ύπαρξη του Θεού με την εξήγηση πως «αφού ο Θεός αγαπά τα παιδιά Του, γιατί τους έδωσε μία ασθένεια τόσο θανατηφόρα όσο ο καρκίνος» βιώνοντας έτσι «πνευματική σύγκρουση», η οποία μπορεί να επιδεινώσει το αίσθημα της δυσφορίας και της κατάθλιψης (Ahmadi et al., 2019, Johnson et al., 2011, Manning-Walsh, 2005).

Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στο να κατανοήσουν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους αυτή την αναζήτηση νοήματος της ζωής τους. Γι' αυτό τον λόγο οι επαγγελματίες υγείας είναι σπουδαίο να ενημερωθούν για τους ασθενείς τους σχετικά με τα «πιστεύω» τους, ώστε να τους παρέχουν τη δυνατότητα της συμμετοχής σε θρησκευτικές τελετές, εφόσον το επιθυμούν έχοντας πρώτα κατανοήσει τη διαφορά ανάμεσα στην πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα. Η ενίσχυση της πνευματικότητας στο τέλος της ζωής, έχει ιδιαίτερη σημασία διότι αποσκοπεί σε έναν αξιοπρεπή θάνατο χωρίς τη διαρκή και βασανιστική αγωνία και του φόβου του τέλους της ζωής τους με το λιγότερο δυνατό σωματικό και ψυχικό πόνο για τον ασθενή (Oliveira Arrieira et al., 2018).

3. Άγχος-Κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η συνολική υγεία ορίστηκε ως « *μία πλήρης κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας.*» Με βάση αυτόν τον ορισμό φανερώνεται η σύνδεση και η αλληλουχία σε σχέση με την ψυχική και σωματική υγεία. Είναι φύσει αδύνατο να υπάρχει ψυχική υγεία ενώ δεν υπάρχει σωματική και το αντίστροφο. Αν και ένα μεγάλο παγκόσμιο ποσοστό του πληθυσμού πάσχει από ψυχική νόσο και εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, δυστυχώς η ακριβής συχνότητα είναι δύσκολο να υπολογιστεί, οπότε και η επίδρασή τους σε επιδημιολογικό επίπεδο δεν είναι εφικτή. Εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις δηλαδή το 25% του συνόλου του πληθυσμού πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Ο καρκίνος ανήκει στα πιο επιβαρυντικά σε οικονομικό επίπεδο νοσήματα για τη δημόσια υγεία (Parás-Bravo et al., 2020). Η πολυπλοκότητα της ογκολογικής νόσου, όπως η διάγνωση, οι θεραπείες, διάφοροι δευτερογενείς παράγοντες και επιδράσεις της ασθένειας όπως ο πόνος σχετίζονται με υψηλότερη συναισθηματική δυσφορία (Parás-Bravo et al., 2017, Pará-Bravo et al., 2020). Πολλές μελέτες που έχουν διερευνήσει τη σχέση του καρκίνου με τις ψυχικές διαταραχές φάνηκε πως το 30% αυτών των ασθενών αντιμετωπίζει συναισθηματική δυσφορία κατά τη διάρκεια των θεραπειών (Linden et al., 2012, Pará-Bravo et al., 2020, Singer et al., 2010). Η περιπλοκότητα του καρκίνου δημιουργεί μεγάλη συναισθηματική δυσφορία στους ασθενείς με κυρίαρχα συμπτώματα το άγχος και την κατάθλιψη (Mehnert et al., 2012, Stanton et al., 2013).

Η συναισθηματική δυσφορία για τους ασθενείς με καρκίνο, σχετίζεται άμεσα με την μείωση της ποιότητας ζωής τους, επηρεάζοντας αρνητικά τη συνεργασία για τη θεραπεία τους με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (DiMatteo et al., 2011, Pitman et al., 2018 Tsaras et al., 2018) . Η συναισθηματική δυσφορία με τη μορφή συνήθως της κατάθλιψης και του άγχους θεωρείται το έκτο ζωτικό σημείο στη φροντίδα του καρκίνου και συνήθως συνδέεται με τον πόνο (Bultz & Carlson, 2005, Petkova et al., 2010, Tsaras et al., 2018). Οι διαγνωσμένοι ογκολογικοί ασθενείς διαγνωσμένοι με κατάθλιψη φαίνεται να ανέρχονται στο 58% . Σε ασθενείς που έχουν προσδόκιμο ζωής έξι μήνες ή λιγότερο, η ψυχολογική δυσφορία ανέρχεται σε ποσοστό 22% ενώ μεγαλύτερη αύξηση φαίνεται να υπάρχει τους τελευταίους δύο ή τρεις μήνες πριν από το θάνατο και αναπόφευκτα πολύ μεγαλύτερη τον τελευταίο μήνα της ζωής τους. Ακόμη οι καρκινοπαθείς ασθενείς με προϋπάρχουσα κατάθλιψη έχουν περισσότερο άγχος, πόνο, κόπωση και δυσλειτουργικότητα, σε σχέση με ασθενείς χωρίς κατάθλιψη ενώ εντονότερος φαίνεται να είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Παρά την επίδραση

που έχει η συναισθηματική δυσφορία στην καθημερινότητα των ασθενών με καρκίνο, δυστυχώς συχνά παραβλέπεται (Tsaras et al., 2018).

Η διάγνωση του καρκίνου, αλλάζει τόσο τη ζωή του ίδιου του ασθενή όσο και της οικογένειάς του. Αυτό συμβαίνει διότι η νόσος έχει εδώ και χρόνια γίνει μία χρόνια ασθένεια με αποτέλεσμα να απαιτείται μακροχρόνια φροντίδα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά κυρίως στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι πολλές φορές οι φροντιστές των ασθενών παρατηρείται να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και κακή ποιότητα ζωής από τους ίδιους τους νοσούντες (Karabekiroğlu et al., 2018).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Linden et al., (2012), από τους 10.000 νοσούντες με καρκίνο, το 32% φάνηκε να έχει υποκλινικά συμπτώματα άγχους, ενώ ο επιπολασμός της υποκλινικής κατάθλιψης ανερχόταν στο 29%. Σύμφωνα με τους Costas & Gany, (2013) και τους Ell et al., (2005), τα ποσοστά για τη μείζονα κατάθλιψη ανέρχονταν από 10%-25% ενώ σύμφωνα με τους Ashing-Giwa et al., (2013) και τους Holden et al., (2014), τα ποσοστά για την κατάθλιψη με σοβαρά κλινικά συμπτώματα ανέρχονταν από 32%-53%. Ωστόσο αναφέρεται σε μελέτη που έγινε στον Ισπανόφωνο λαό της Αμερικής ότι για τα συμπτώματα άγχους στη Λατινική Αμερική, έχει δοθεί λιγότερο βάρος στον πληθυσμό με καρκίνο. Ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου, μεγαλύτερη ηλικία και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να έχουν πιο αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η σχέση που παρατηρείται μεταξύ της διάρκειας της νόσου και της συναισθηματικής δυσφορίας κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς χρειάζονταν να υποβληθούν σε χημειοθεραπείες λόγω της υποτροπής ή εξέλιξης της νόσου. Έχει αναφερθεί μάλιστα ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολύ πιο δύσκολα συναισθηματικά το γεγονός της υποτροπής ή την εξέλιξη της νόσου συγκριτικά με την πρώτη διάγνωσή της. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε επίσης πως οι ασθενείς που είχαν αυξημένη πνευματική και θρησκευτική ευεξία είχαν μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους (Lee et al., 2018).

Έπειτα από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και UK , σε ομάδα ασθενών γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών, βρέθηκε ότι δυστυχώς οι περισσότερες διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο, όταν δηλαδή υπάρχουν ήδη και πυελικές μεταστάσεις. Ο συνδυασμός χημειοθεραπειών δηλαδή των σχημάτων με πακλιταξέλη και καρβοπλατίνα κατά τη διάρκειά τους, φάνηκε να επιδεινώνει πάρα πολύ την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών καθώς οι παρενέργειες επηρεάζουν την σωματική εμφάνιση, λόγω αλωπεκίας και αισθητηριακής νευροπάθειας (η οποία βέβαια υποχωρεί με τη ολοκλήρωση των χημειοθεραπειών) και για αυτόν τον λόγο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής (Boyd & Muggia, 2018, Liu & Yang, 2019).

Αναφέρεται ότι το 45% των ασθενών με καρκίνο ωοθηκών, υποφέρει από άγχος και μέχρι και 25% των ασθενών εμφανίζει κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό υπάρχει το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή των ασθενών λόγω του άγχους ή της κατάθλιψης που εμφανίζουν, γεγονός που παρατείνει επιπλέον την παραμονή τους και τη νοσηλεία τους στις μονάδες υγείας. Με την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, οι ασθενείς έχοντας την εμπειρία από την σειρά των τραυματικών καταστάσεων, της διάγνωσης της νόσου και των χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και των χημειοθεραπειών, φαίνεται ότι μπορεί να προκληθεί επιδείνωση της δυσφορίας και του άγχους (Liu & Yang, 2019).

Σε μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών έπασχαν κυρίως από καρκίνο του μαστού ο οποίος είναι ο πιο διαγνωσμένος και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου (Park et al., 2018). Είναι γνωστό πως οι γυναίκες είναι βιολογικά πιθανότερο σε νεαρότερες ηλικίες να αναπτύξουν φαινοτύπους καρκίνου του μαστού πιο επιθετικής μορφής, παρουσιάζοντας προχωρημένη νόσο με αποτέλεσμα δυσμενή προγνωστικά σημειώνοντας χαμηλά ποσοστά επιβίωσης σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Anders et al., 2008). Δεδομένου του νεαρού της ηλικίας των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο ή προχωρημένη αιματολογική κακοήθεια, οι γυναίκες αυτές λόγω της διάγνωσης και του περιορισμού της καθημερινότητάς τους, είχαν ιδιαίτερα ευάλωτη ψυχολογία, άγχος και αγωνία καθώς πρέπει να αντιμετωπίσουν το ψυχοκοινωνικό στρες, τις ανατροπές των καταστάσεων της ζωής τους, και τα μελλοντικά τους σχέδια (Zebrack et al., 2014). Οι ψυχικές διαταραχές σηματοδοτούν την έναρξη και την πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης και άγχους σε αυτές τις ηλικίες. Η σύγκριση των νεαρών και ηλικιωμένων γυναικών με καρκίνο του μαστού, δείχνει ότι οι νεαρές γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε διαταραχές ψυχολογίας. Η έρευνα λοιπόν αυτή κατέδειξε πως στις νεαρές γυναίκες φαίνεται πως υπερισχύουν τα ποσοστά του άγχους σε σχέση με τα ποσοστά κατάθλιψης. Η διαταραχή του άγχους επιφέρει στενή επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, μειωμένη σωματική ευεξία και σωματική ανικανότητα (Park et al., 2018).

Η μελέτη των Huang et al., (2019) που έγινε στην Ταϊβάν έδειξε πως το ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού, είναι αρκετά μεγάλο και βαίνει συνεχώς αυξανόμενο. Ωστόσο, ιδιαίτερα υψηλή φαίνεται να είναι και η ψυχολογική δυσφορία των ασθενών αυτών και να επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους καθώς και τα ποσοστά επιβίωσης με αυτών με υποτροπή (Maass et al., 2015). Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών με καρκίνο του μαστού που αγγίζει το 50% εμφάνισαν πολύ σοβαρά συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης ή και τα δύο μαζί κατά το πρώτο έτος της διάγνωσης (Burgess et al., 2005). Φαίνεται ότι το άγχος ήταν πιο συχνό φαινόμενο σε σχέση με την κατάθλιψη (Huang et al., 2019). Επίσης η κατάθλιψη σχετίζεται κυρίως με την κακή πρόγνωση του καρκίνου του

μαστού (Hjerl et al., 2003, Watson et al., 2005) . Η σωματική δραστηριότητα είναι πιθανό να ανακουφίζει τη συναισθηματική δυσφορία και το άγχος επιφέροντας αρκετά ευεργετική επίδραση (Lahart et al., 2018). Η ενθάρρυνση συμμετοχής σε πολλές δραστηριότητες που βοηθούν στην ψυχική ανάταση, δείχνει να μειώνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Yan et al., 2018).

Μία άλλη μελέτη που έγινε στην Βόρεια Κορέα σε χειρουργημένους ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, αναφέρει πως αυτός αντιπροσωπεύει το 80% όλων των τύπων καρκίνου του πνεύμονα (Huang et al., 2020). Οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται σε τοπικά προχωρημένο στάδιο ή ακόμη σε μεταστατικό στάδιο μη μικροκυτταρικού τύπου. Λόγω της ανάπτυξης των στοχευμένων θεραπειών και ανοσοθεραπειών, δείχνει να έχει βελτιωθεί σημαντικά το κλινικό αποτέλεσμα (Majem et al., 2019). Ωστόσο τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα όπως θωρακικό άλγος, αιμόπτυση, βήχας και με τις διάφορες θεραπείες (όπως χειρουργικές επεμβάσεις, αφαίρεση όγκων και χημειοθεραπείες) δημιουργούν παραμορφώσεις και δυσλειτουργίες, καθώς και παρενέργειες διαφόρων ειδών οι οποίες αυξάνουν την ψυχολογική δυσφορία δηλαδή το άγχος και την κατάθλιψη (Shimizu et al., 2012). Τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη έχουν την ικανότητα να μειώνουν την ανοχή των ασθενών απέναντι στην ασθένεια και τις διάφορες θεραπείες παρατείνοντας έτσι την παραμονή τους στο νοσοκομείο, μειώνοντας την ποιότητα της ζωής και αυξάνοντας εν τέλει το ποσοστό της θνησιμότητας (Agora et al., 2019). Φαίνεται πως η εμφάνιση της κατάθλιψης και του άγχους έχει άμεση σχέση με την ηλικία (κυρίως νεότερες ηλικίες), το φύλο (κυρίως το γυναικείο) το στάδιο της νόσου και την οικογενειακή κατάσταση (Huang et al., 2020).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου ειδικότερα οδηγούν σε αισθητικές και λειτουργικές αναπηρίες οι οποίες επηρεάζουν δυνητικά την ποιότητα ζωής και προσαρμογής των ανθρώπων τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Η παροχή εκπαιδευτικού και πληροφοριακού υλικού σε σχέση με τις δεξιότητες των ασθενών για αυτοεξυπηρέτηση, συνεισφέρουν σε μεγάλο ποσοστό στη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Φαίνεται πως αν δεν αντιμετωπιστεί το άγχος και η κατάθλιψη, μειώνεται η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επανεισάγονται στις κλινικές, να αυξάνεται η χρονική διάρκεια αποκατάστασης και να μειώνεται ο χρόνος επιβίωσής τους (Hortense et al., 2020).

Βάσει της μετα-ανάλυσης των Pitman et al., (2018) ο επιπολασμός τη μείζονος κατάθλιψης φτάνει σε ποσοστό 15% ενώ η κατάθλιψη και το άγχος στο 20% και 10% αντίστοιχα στους

ασθενείς με καρκίνο έπειτα από θεραπεία. Οι ασθενείς με καρκίνο και κατάθλιψη έχουν κατά τα 2/3 και σημαντικά κλινικά συμπτώματα άγχους. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, διαφέρουν. Ποσοστό 13% των ασθενών με κατάθλιψη, είναι οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα, 11% από γυναικολογικό καρκίνο, 9% από καρκίνο μαστού, 7% από παχέως εντέρου και 6% από καρκίνο του ουροποιητικού. Οι ασθενείς με καρκίνο που πάσχουν από κατάθλιψη, δε λαμβάνουν κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή ή αν λαμβάνουν δεν είναι αποτελεσματική, αποτελούν το 73% ενώ μόλις το 5% επισκέπτεται κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (Walker et al., 2014). Έτσι είναι φανερό πως το άγχος και η κατάθλιψη συνυπάρχουν σε αυτούς τους ασθενείς. Ως επακόλουθο όταν αντιμετωπίζεται η κατάθλιψη, υπάρχουν ευεργετικά αποτελέσματα και στην αντιμετώπιση του άγχους. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη για τους ασθενείς με καρκίνο του παχέως εντέρου και του πνεύμονα φαίνεται πως είναι η νεότερη ηλικία, η κοινωνική απομόνωση και το γυναικείο φύλο (Pitman et al., 2018). Επιπλέον φαίνεται πως οι ασθενείς που έχουν την τάση να ενοχοποιούν τον εαυτό τους για τη διάγνωση της νόσου είναι πολύ πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη όπως επίσης και αυτοί με ψυχιατρικό ιστορικό οι οποίοι χρειάζονται στενή παρακολούθηση λόγω της επιρρέπειας (Else-Quest et al., 2009, Pitman et al., 2018).

Παρόλη την αύξηση του μεταστατικού καρκίνου του μαστού σε νεαρές γυναίκες δεν έχουν διεξαχθεί τόσες μελέτες ώστε να αξιολογήσουν την ψυχική δυσφορία μετά από τη διάγνωση της μετάστασης (Park et al., 2018). Λόγω του νεαρού της ηλικίας των γυναικών κατά τη διάγνωση της μετάστασης, αυτές είναι πιο ευάλωτες στην ψυχική καταπόνηση. Αντιμετωπίζουν αλλαγές στην καθημερινότητά τους, την απώλεια μέλους (αλλαγή εικόνας σώματος) έπειτα τον ακρωτηριασμό και την πιθανότητα πρόιμης θνησιμότητας σε αυτή την ηλικία (Dunn & Stegina, 2000). Αυτές οι δύσκολες και δυσμενείς καταστάσεις έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Επιπλέον οι γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο βιώνουν μεγαλύτερο ποσοστό ψυχολογικής δυσφορίας διότι έχουν να αντιμετωπίσουν ποικίλα σωματικά συμπτώματα μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης και μεγαλύτερη τοξικότητα λόγω των αλληπάλληλων θεραπειών. Τα συμπτώματα άγχους φάνηκε πως ήταν πολύ πιο συχνά μεταξύ των γυναικών σε σχέση με αυτά της κατάθλιψης. Τα ποσοστά των συμπτωμάτων άγχους σε γυναίκες νεαρότερης ηλικίας με μεταστατικό καρκίνο του μαστού κυμαίνονται από 20%-40% στις διάφορες μελέτες. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης παρόλο που δεν ήταν τόσο υψηλός όσο του άγχους, ήταν πιο υψηλός σε σχέση με άλλους πληθυσμούς ασθενών με καρκίνο στη συγκεκριμένη μελέτη (Park et al., 2018).

4. Πνευματικότητα-Θρησκευτικότητα και Άγχος-Κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο

Στην σκέψη πως ο θάνατος είναι πολύ κοντά, εύλογα δημιουργούνται στο άτομο υπαρξιακής φύσεως ερωτήματα, καθώς και αισθήματα απελπισίας. Αυτή η απειλή λόγω της ασθένειας για την ίδια τη ζωή έρχεται να πλαισιώσει το νόημα της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, που μπορούν να έχουν θετική επίδραση, μειώνοντας έτσι τις δυσμενείς στην πορεία εξελίξεις της ασθένειας του καρκίνου και βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Για το λόγο αυτό είναι σημαντική η συσχέτιση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας με το άγχος και με την κατάθλιψη (Costa et al., 2019).

4.1. Σχέση πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και άγχους

Σε μετα-ανάλυση των Xing et al., (2018) φάνηκε ότι ο καρκίνος δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στους ασθενείς έπειτα από την ανακοίνωση της διάγνωσης. Αρνητικά συναισθήματα προκαλούνται και από τον προγραμματισμό της χημειοθεραπείας, τις επικείμενες παρενέργειες καθώς και τις επικείμενες χειρουργικές επεμβάσεις. Στη μείωση του άγχους που δημιουργούν οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις συμβάλει κατά πολύ η διατήρηση της πνευματικής-θρησκευτικής και ψυχικής ευημερίας. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν ιδιαίτερη ανησυχία που τους οδηγεί στην αναζήτηση συμπληρωματικών /εναλλακτικών θεραπειών για την αντιμετώπιση της ασθένειας, στις οποίες συγκαταλέγονται η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα. Η πνευματικότητα μπορεί να μειώσει το άγχος, να επιβραδύνει τη νόσο και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας των Parás-Bravo et al., (2020) που είχε στόχο τη διερεύνηση της συμπτωματολογίας του άγχους σε σχέση με το φύλο στη Βόρεια Ισπανία, κλινικά επίπεδα άγχους αναφέρθηκαν σε ποσοστό 7,5% στον καρκίνο του προστάτη και σε ποσοστό 28,4% στο γυναικολογικό καρκίνο. Σύμφωνα με τους Watts et al., (2015) το ποσοστό άγχους στους άνδρες με καρκίνο προστάτη μπορεί να φτάσει ως και το 27% πριν τη θεραπεία. Μετά τη θεραπεία, αυτό μειώνεται στο 15% και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας το ποσοστό φτάνει στο 18,5%. Οι Maas et al., (2015) οι οποίοι μελέτησαν το άγχος σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ανέφεραν ότι η συχνότητα εμφάνισης κυμαίνεται 17,9% και 33,3%.

Μελέτη στην Ταϊβάν ανέφερε ότι η θρησκεία διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στη υγεία των ασθενών και στην ψυχική ενδυνάμωση. Ένα ακόμα στοιχείο που παίζει σημαντικό ρόλο, είναι οι θρησκευτικές καταβολές οι οποίες συνεισφέρουν στη διατήρηση μίας αισιόδοξης και

θετικής στάσης απέναντι στη νόσο, αντιμετωπίζοντας έτσι την αβεβαιότητα που μπορεί να προκαλέσει ο καρκίνος κατά τη διάρκεια της εξέλιξής του. Οι ασθενείς με πίστη έχουν υγιέστερη γνωστική σκέψη και θετικότερη έκβαση της ψυχικής υγείας τους. Οι κοινές πεποιθήσεις πίστης δημιουργούν τις προϋποθέσεις για μία ευρεία κοινωνική υποστήριξη, που μπορεί να συμβάλλει θετικά στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και στην αντιμετώπιση του άγχους (Tsai et al., 2016).

Σε μελέτη γυναικών που επιβίωσαν από τον καρκίνο των ωοθηκών φάνηκε η συναισθηματική αστάθεια και το έντονο άγχος λόγω του μειωμένου προσδόκιμου επιβίωσης. Στα πλαίσια της «μετατραυματικής ανάπτυξης» που μπορεί να παρατηρηθεί στους επιβίωσαντες, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι πολύ θετικά αφού τα άτομα αυτά αναπτύσσονται σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Η μετατραυματική ανάπτυξη στο πεδίο της πνευματικότητας, περιλαμβάνει ζωτικής σημασίας στοιχεία όπως η θρησκευτικότητα και τα υπαρξιακά ζητήματα. Όμως μπορεί να παρατηρηθεί συχνά μείωση της πνευματικότητας μετά από τη στρεσογόνο κατάσταση που προκαλεί ο καρκίνος. Γι' αυτό το λόγο αν δεν υπάρξει κατάλληλη υποστήριξη στα πνευματικά ζητήματα, μπορεί να παρουσιαστεί περισσότερο άγχος και αγωνία (Davis et al., 2018). Η πνευματικότητα αποτελείται από τρία βασικά στοιχεία: το νόημα, την ειρήνη και την πίστη (Davis et al., 2018, Peterman et al., 2002). Η αύξηση της ειρήνης σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μειώνει κατά πολύ το βαθμό του άγχους. Αντίθετα το νόημα και η πίστη δε φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά το άγχος ή τη συνολική δυσφορία (Davis et al., 2018).

Σε μία άλλη μελέτη της Αμερικής σε γυναίκες Ινδιάνικης καταγωγής που επιβίωσαν από καρκίνο του μαστού, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα δεν φάνηκε να έχει αποδεικτικότητα ώστε να ενθαρρυνθούν αλλά θεωρήθηκε ως ένα στερεότυπο ιστορικά καταπιεστικό. Παρ' όλη την καταπίεση λόγω των στερεοτύπων, οι θεραπευτικές τεχνικές και η πνευματικότητα φαίνεται να έχουν πολύ βαθειά αγχολυτική σημασία και ζωτικό νόημα για τις επιζήσαντες από καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ακόμα πως η προσευχή ήταν το πιο σημαντικό μέσο για την αποκατάσταση του καρκίνου καθώς παρέχει αγχολυτική δύναμη και ελπίδα στον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου και συνδέει τον ασθενή με την οικογένεια μέσω των τελετών. Επιπλέον τους ενδυναμώνει και τους κάνει να αποδέχονται και να αισθάνονται πως ο Θεός διάλεξε αυτόν το δρόμο για εκείνους. Έτσι λοιπόν η προσευχή και η πνευματικότητα έχουν βοηθήσει πολύ τους ανθρώπους που επιβίωσαν από τον καρκίνο ώστε να αντιμετωπίσουν τη δική τους θνητή φύση και τον ενδεχόμενο θάνατο. Η προσευχή θεωρείται ως μέσο για την αντιμετώπιση των παρενεργειών των χημειοθεραπειών όπως η ναυτία και η κόπωση και για την αποφυγή υποτροπής της

νόσου. Επίσης μειώνει το άγχος, απαλώνει την επιβάρυνση από τη νόσο και ενδυναμώνει την πεποίθηση για την ίασή τους (Roh et al.,2018).

Ακόμη, αναφέρεται πως σύμφωνα με τις θρησκευτικές διδαχές, ο άνθρωπος οφείλει να εκτελεί τις υποχρεώσεις του προς τον εαυτό του, στους σημαντικούς άλλους, στον ίδιο τον Θεό και στη φύση του ώστε να έχει πνευματική εξύψωση. Η πίστη σε μία ανώτερη δύναμη στις δύσκολες καταστάσεις είναι μία από τις σημαντικότερες πτυχές της πνευματικής φροντίδας, όπου βοηθά τον ασθενή να έχει ηρεμία και δίχως άγχος (Moosavi et al., 2019).

4.2. Σχέση πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και κατάθλιψης

Είναι γνωστό πως οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα όπως ο καρκίνος, εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη κατάθλιψης. Η κατάθλιψη που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο ευθύνεται για τη μείωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και αποτελεί τον κύριο παράγοντα που οδηγεί σε παραίτηση από τη ζωή στον προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο. Φαίνεται πως υπάρχει μία αναλογική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και της κατάθλιψης που αναπτύσσουν οι ασθενείς με καρκίνο(Stutzman & Abraham, 2017). Όσο ισχυρότερη είναι η πνευματική ανάπτυξη των ασθενών, τόσο μειώνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης (Stutzman & Abraham, 2017, Travado et al., 2010).

Στη μετα-ανάλυση των Parás-Bravo et al., (2020) φαίνεται ότι η πνευματικότητα επιδρά σημαντικά στο βαθμό της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο. Έτσι η κατάθλιψη στη συγκεκριμένη μετα-ανάλυση φαίνεται να φτάνει ως και το 66,1% στους ασθενείς με καρκίνο. Η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία συνεχίζει να είναι ως πρώτη επιλογή θεραπείας για μεγάλο χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 6 μήνες έως 2 χρόνια. Λόγω όμως των παρενεργειών των φαρμάκων όπως ταχυκαρδία, νωθρότητα, ξηροστομία και πολλές φορές εξάρτηση, η φαρμακευτική αυτή αγωγή πολύ συχνά δεν γίνεται ανεκτή από τους ασθενείς. Αντίθετα οι πνευματικές επιδράσεις είναι καλά ανεκτές από τους ασθενείς χωρίς τον κίνδυνο των παρενεργειών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Xing et al., 2018).

Σε μελέτη στην Ταϊβάν φάνηκε ότι η συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό των ασθενών οι οποίοι βρίσκονταν σε τελικό στάδιο άγγιζε το 25%. Οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς που ήταν βαθειά θρησκευόμενοι, είχαν πολύ καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου και πολύ θετικότερη στάση στη λήψη της θεραπείας. Η θρησκευτικότητα είναι ικανή να βοηθήσει τους πάσχοντες να προσαρμόζονται στην άσχημη ψυχολογική κατάσταση που προκαλείται από τη νόσο και βελτιώνοντας τους δείκτες ψυχικής νοσηρότητας. Ως εκ τούτου η θρησκευτικότητα μπορεί να προάγει τη βελτίωση της υγείας διότι εμπνέει ελπίδα, ενθαρρύνει και προκαλεί

θετικές σκέψεις στους ασθενείς που πάσχουν από καταλυτικά νοσήματα. Επιπλέον θεωρείται πως η προσευχή μειώνει την κατάθλιψη στους ασθενείς που βρίσκονται υπό χημειοθεραπευτική αγωγή. Στη μελέτη των Tsai et al., (2016) φάνηκε πως ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων (79%) ισχυρίζεται πως η θρησκευτικότητα και η πίστη συμβάλουν στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Νοσηλευόμενοι ασθενείς οι οποίοι ήταν πολύ θρησκευόμενοι, αντιμετώπισαν αποτελεσματικότερα τη νόσο και έλαβαν τη θεραπεία θετικά. Η θρησκεία μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να προσαρμοστούν στο στρες που προκαλεί η νόσος και να βελτιώσει την ψυχική τους κατάσταση. Μπορεί να προάγει την υγεία γιατί εμπνέει ελπίδα, ενθάρρυνση και θετικές σκέψεις στα άτομα. Η προσευχή μάλιστα θεωρείται ότι μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Από τη μελέτη φάνηκε ότι το 79% των ατόμων υποστήριξαν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις βοηθούν πολύ τους ασθενείς να ξεπεράσουν τη ασθένεια (Tsai et al., 2016).

Η μελέτη των Nelson et al., (2019) σε άνδρες ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, έδειξε πως υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό της μείζονος κατάθλιψης στη συγκεκριμένη μελέτη φτάνει στο 38%, ενώ για τις υπόλοιπες μορφές κατάθλιψης στο 58%. Σημαντικό είναι πως η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα θεωρούνται ως οι βασικοί παράγοντες για τη μείωση της κατάθλιψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς με καρκίνο να μπορούν να διαχειριστούν πιο αποτελεσματικά την αγωνία που βιώνουν. Ωστόσο ανεξάρτητα από το βαθμό θρησκευτικότητας, η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλει στη μείωση του βαθμού της κατάθλιψης των ασθενών με καρκίνο. Μάλιστα η πνευματικότητα μπορεί να έχει μία σχέση συνδεδεμένου κρίκου μεταξύ της θρησκευτικότητας και της κατάθλιψης. Η πνευματικότητα δημιουργεί την ικανότητα στον ασθενή να μπορεί να ερμηνεύσει την κατάστασή του και να ενισχύσει την αντίληψη και την αυτογνωσία του, ώστε να αντιμετωπίσει δυσάρεστα γεγονότα χωρίς την παρουσία της κατάθλιψης.

Μελέτη στη Νότια Ευρώπη σε ασθενείς με καρκίνο, ανέφερε τη θετική επίδραση που υπάρχει μεταξύ της πνευματικότητας και της υγείας των ασθενών ευρύτερα είτε πρόκειται για τη σωματική είτε την ψυχική υγεία και ευημερία. Η απειλητική φύση της νόσου του καρκίνου για τη ζωή, τονίζει τη μείζονα σημασία της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων από τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και από τους φροντιστές στους. Σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών της μελέτης, η πνευματικότητα και η πίστη έδωσαν ένα βαθύτερο νόημα στην ύπαρξή τους. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι ασθενείς με αυξημένο ποσοστό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας είχαν χαμηλή

βαθμολογία κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που είχαν χαμηλό επίπεδο πνευματικότητας. (Travado et al., 2010).

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα γίνονται πιο σημαντικές όσο πλησιάζει το τέλος της ζωής των ασθενών. Ο καρκινικός πόνος έχει πολλές διαστάσεις, καθώς περιλαμβάνει σωματική, συναισθηματική και πνευματική δυσφορία. Ο πνευματικός πόνος ορίζεται ως η κατάσταση που προκαλείται από τη σκέψη της ανυπαρξίας της οντότητας της έννοιας της ίδιας της υπόστασης του εαυτού. Κατανοώντας καλύτερα οι επαγγελματίες υγείας τον πνευματικό πόνο των ασθενών, έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στις πνευματικές και σωματικές ανάγκες των ασθενών βελτιώνοντας τα επίπεδα ποιότητας της ζωής τους. Ο πνευματικός πόνος φαίνεται να σχετίζεται εξίσου με την κατάθλιψη, το άγχος, την ανορεξία και την υπνηλία. Έτσι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα δήλωσαν πως η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα ήταν καταλυτικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση της ασθένειας καθώς αποτελούσαν πηγή δύναμης και άνεσης. Η συμμετοχή τους σε διάφορες θρησκευτικές συγκεντρώσεις συνδέθηκε άμεσα με μειωμένα επίπεδα θυμού, συναισθηματικής δυσφορίας και κοινωνικής απομόνωσης και καλύτερη προσαρμοστικότητα απέναντι στην ασθένεια (Delgado-Guay et al., 2011).

Όταν το τέλος της ζωής πλησιάζει, ο θάνατος, το νόημα της ζωής, ο σκοπός της ζωής και η υπερβατικότητα γίνονται σημαντικά θέματα που ενισχύουν την πνευματικότητα, την ψυχική ανάταση και την ευεξία των ασθενών. Η πνευματική εμπειρία, βοηθά στη μείωση του πόνου και της δυσφορίας, στη μεγαλύτερη ανεκτικότητα της ασθένειας και στην αποδοχή του θανάτου. Η πνευματικότητα και η θρησκευτική ευημερία δίνουν νόημα στη ζωή των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η διατήρηση της πνευματικότητας συμβάλει στη διερεύνηση της προσωπικής και πνευματικής ευεξίας ώστε να αποφευχθούν τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης (Bovero et al., 2019).

5. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρκίνο

Οι κλινικοί νοσηλευτές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη θετική εξέλιξη της θεραπείας και της νόσου, τόσο στον σωματικό όσο και τον ψυχοκοινωνικό και ψυχολογικό τομέα. Η κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών, μπορεί να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στη θεραπεία (Tuominen et al.,2019).

Οι νοσηλευτές μπορούν να παρεμβαίνουν και να εντοπίζουν κάποια σημεία σωματικής, κοινωνικής και πνευματικής ευαλωτότητας. Η γνώση και η πνευματική κατανόηση των βαθύτερων ψυχικών πτυχών των ασθενών, εννοούν την κατανόηση δικών τους βαθύτερων αντιλήψεων για τη στάση απέναντι στη ζωή και την αντίληψη των αναγκών τους ευρύτερα. (Costa et al., 2019).

Η πνευματική ευεξία είναι αναγκαίο να αξιολογείται από τους νοσηλευτές, καθώς ασθενείς που είχαν χαμηλά επίπεδα θρησκευτικότητας και πνευματικότητας, είχαν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και σωματικής δυσλειτουργίας όπως και μη ικανή συναισθηματική διαχείριση και τάσεις αυτοκαταστροφής. Γενικότερα, η αξιολόγηση της πνευματικότητας μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση και των επιπέδων της κατάθλιψης. Αυτό καταδεικνύει την ανάγκη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας, πάντοτε σε συνεργασία με τους ασθενείς αν αυτοί το επιθυμούν (Stutzman et al., 2017).

Στο πλαίσιο της θεραπείας για το πλαίσιο αποκατάστασης των ογκολογικών ασθενών, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ανησυχία, το άγχος, η κατάθλιψη, η απελπισία καθώς και η ποιότητα ζωής των ασθενών ώστε να είναι πιο αποτελεσματική η φροντίδα τους (Moosavi et al., 2019, Stutzman et al., 2017).

Ωστόσο θα πρέπει να αξιολογείται από τους επαγγελματίες υγείας και η πνευματική ευεξία των ασθενών αυτών καθώς η έλλειψη πνευματικότητας οδηγεί σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης, απελπισίας, κακής ποιότητας ζωής (Nelson et al., 2009). Σε μεγάλο ποσοστό οι ασθενείς (67%) δήλωσαν ότι η συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας για τα θρησκευτικά πιστεύω τους βοηθά σημαντικά στην αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης που βιώνουν. Δυστυχώς όμως οι επαγγελματίες υγείας πολλές φορές παραμελούν αυτή την πτυχή της φροντίδας και αποτυγχάνουν να παρέμβουν αποτελεσματικά (Davis et al., 2018)

Γενικά επειδή η αιφνίδια εμφάνιση της νόσου του καρκίνου έχει ως αποτέλεσμα τη ριζική αλλαγή στο νόημα και τον τρόπο ζωής, οι ασθενείς έχουν συχνά έντονες πνευματικές ανάγκες οι οποίες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως αναπόσπαστο κομμάτι στη φροντίδα τους.

Η πνευματική φροντίδα αποτελεί πυλώνα της ανακουφιστικής φροντίδας και η νοσηλευτική παρέμβαση χρησιμοποιείται ως μέσο επικοινωνίας για τη βελτίωση της σχέσης των ασθενών με τον εαυτό τους, τους άλλους, τη φύση αλλά και με το Θεό για την εξεύρεση ανώτερου νοήματος στη ζωή τους. Η αντίληψη της ύπαρξης του Θεού ως τιμωρού (θεία δική, αίσθημα ενοχής και συμμόρφωση) είναι ικανή να εμποδίσει την κατανόηση της πνευματικότητας σε σχέση με την θεϊκή παρουσία οδηγώντας τον σε πνευματική δυσφορία. Επομένως, η εκπλήρωση των πνευματικών αναγκών των ασθενών με καρκίνο, είναι μέγιστης σημασίας για την ολιστική φροντίδα. Παρόλο που οι νοσηλευτές μπορούν να αντιληφθούν πόσο σημαντική είναι η πραγματοποίηση αυτής της ανάγκης, δεν έχουν τη γνώση ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν την ουσία της πνευματικότητας και να αξιοποιήσουν την εσωτερική τους δύναμη. Η ενίσχυση της πίστης στο θεό με τη βοήθεια των νοσηλευτών στις δύσκολες στιγμές της ασθένειας είναι από τις σημαντικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις πνευματικής φροντίδας (Moosavi et al., 2019.). Οι σύγχρονοι νοσηλευτές καλούνται να εκτελέσουν ένα δύσκολο έργο προκειμένου να αντιμετωπίσουν σωματικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες (Costa et al., 2019).

6. Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με καρκίνο

Η ποιότητα ζωής των ασθενών περιλαμβάνει και την πνευματική διάσταση. Οι πνευματικές ανάγκες, η αγωνία και η πνευματική ευεξία των ασθενών με προχωρημένο στάδιο καρκίνου, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα πνευματικής ευεξίας έχουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικών μεταβολών όπως η διάθεση, η κατάθλιψη, η ανάγκη επίσπευσης του θανάτου και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν πως η θρησκευτική πίστη τους έπαιξε καθοριστικό ρόλο τη λήψη αποφάσεων στη θεραπεία τους. Η πνευματικότητα λοιπόν πρέπει να αξιολογείται ως αναπόσπαστο κομμάτι στη φροντίδα των ασθενών σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου αφού μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής και να βοηθήσει στη μη αναστρέψιμη πορεία της νόσου (Kandasamy et al., 2011).

Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη οι καρκινοπαθείς ασθενείς πίστευαν πως η ειρηνική σχέση με το Θεό και η ανακούφιση από τον πόνο είναι τα σημαντικότερα στοιχεία της ποιότητας ζωής στο τελικό στάδιο της ασθένειας. Η ανάγκη εκπλήρωσης των θρησκευτικών καθηκόντων συσχετιζόταν με υψηλότερο ποσοστό ψυχολογικής ευημερίας στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και πολύ καλύτερη γενικότερα ποιότητα ζωής. Οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς με περισσότερες πνευματικές ανησυχίες, είχαν κακή ποιότητα ζωής ως προς την ψυχολογική τους διάσταση. Από την συσχέτιση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας με την ποιότητα ζωής φάνηκε πως οι ασθενείς με αυξημένο βαθμό θρησκευτικότητας και πνευματικότητας, παρουσίασαν πολύ χαμηλό ποσοστό κατάθλιψης, σε αντίθεση με τους ασθενείς με χαμηλότερο βαθμό θρησκευτικότητας και πνευματικότητας που είχαν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης και μειωμένη προσαρμοστικότητα στην ασθένεια του καρκίνου. Είναι αξιοσημείωτο πως η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε πως η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες σε όλη την εμπειρία της πορείας τους με τη νόσο του καρκίνου. Οι ασθενείς με χαλαρή ή ανύπαρκτη θρησκευτικότητα φαίνεται ότι έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής και δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής απέναντι στη νόσο γενικότερα (Peteet & Balboni, 2013).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7. Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη είναι πρωτογενής, ποσοτική, μη τυχαιοποιημένη (δείγμα ευκολίας) και περιγραφική στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες μέτρησης για τη συλλογή των δεδομένων.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης

Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- 1) Η διερεύνηση της ύπαρξης πνευματικών-θρησκευτικών αναγκών μεταξύ των ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία.
- 2) Η σχέση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος με την πνευματικότητα-θρησκευτικότητα.
- 3) Η διερεύνηση του βαθμού άγχους-κατάθλιψης μεταξύ των ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία.
- 4) Η σχέση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος με το άγχος και την κατάθλιψη.
- 5) Η συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και άγχους
- 6) Η συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και κατάθλιψης.

Υλικό και μέθοδος

Ερευνητικός σχεδιασμός

Ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν οι τρεις υποκλίμακες της κλίμακας DASS δηλαδή ο βαθμός κατάθλιψης, ο βαθμός άγχους και ο βαθμός στρες. Ως ανεξάρτητες ορίστηκαν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση) και τα κλινικά στοιχεία (διάρκεια νόσου και αριθμός χημειοθεραπειών)

Η μελέτη διεξήχθη σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής. Το δείγμα αποτελούσαν τόσο ασθενείς της βραχείας νοσηλείας όσο και νοσηλευόμενοι ασθενείς οι οποίοι είχαν κάνει εισαγωγή στην ογκολογική κλινική για τη διεξαγωγή πολυήμερων σχημάτων χημειοθεραπείας.

Μελετώμενος πληθυσμός-Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 60 ογκολογικοί ασθενείς.

Κριτήρια επιλογής δείγματος

- Ηλικία >18 ετών
- Ασθενείς που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία, διαφόρων σταδίων πλην του τελικού
- Ασθενείς χωρίς κλινική ψυχιατρική νόσο πριν και μετά τη διάγνωση
- Ασθενείς που μιλούσαν και κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς με κλινική κατάθλιψη πριν και μετά τη διάγνωση της νόσου
- Ασθενείς που δεν μιλούσαν την ελληνική γλώσσα

Μέθοδος

Η δειγματοληψία ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2020 και ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2020, ύστερα από ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών. Τα ερωτηματολόγια ήταν δομημένα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το απόρρητο των πληροφοριών.

Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγια κυρίως με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα αξιολογήθηκαν με το Ερωτηματολόγιο Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 19 ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις 3 και 7 ως 11 αποτελούν την πνευματική διάσταση με Cronbach α 0.81. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις αποτελούν την διάσταση της θρησκευτικότητας με Cronbach α 0.90 (King et al., 2001). Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και εγκυρωποιήθηκε στην ελληνική γλώσσα με ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια (Cronbach του α 0,83) (Sapountzi-Krepia et al., 2005). Το άγχος και η κατάθλιψη

αξιολογήθηκαν με την κλίμακα DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale). Η κλίμακα αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η αρχική της μορφή περιλαμβάνει 42 ερωτήματα όμως στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η τροποποιημένη κλίμακα 21 ερωτήσεων. Το κάθε ερώτημα βαθμολογείται σε κλίμακα Likert τεσσάρων σημείων με δυνατές τιμές 0-3 (0= Δεν ισχύει καθόλου για μένα 3=Ισχύει πάρα πολύ σε μένα). Για την κλίμακα της κατάθλιψης ο Cronbach α ήταν 0.96 ως 0.97, για την κλίμακα του άγχους ήταν 0,84 ως 0,92 και για την κλίμακα του στρες ήταν 0,90 ως 0,95. Έχει μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί στην ελληνική γλώσσα με εξαιρετική εσωτερική συνάφεια (Cronbach $\alpha=0,965$) (Lyraeos et al., 2011, Parkitny & McAuley, 2010).

Ηθική και Δεοντολογία

Ελήφθησαν οι απαραίτητες άδειες για τη χρήση των ερωτηματολογίων από τους δημιουργούς τους καθώς και οι σχετικές εγκρίσεις από τις διοικήσεις των νοσοκομείων στα οποία διεξήχθη η μελέτη (βλ. Παράρτημα). Οι συμμετέχοντες πριν την συμμετοχή τους στην έρευνα υπέγραφαν πληροφορημένη συγκατάθεση που τους εξηγούνταν ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία και θα διαφυλαχθούν τα προσωπικά δεδομένα και το ιατρικό απόρρητο.

8. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή 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 (linear regression analysis) με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις *διαστάσεις της κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21)* από τις οποίες προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

9. Αποτελέσματα

9.1 Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος

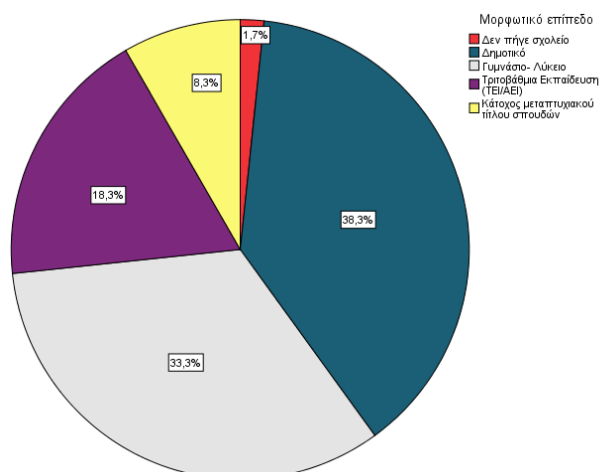
Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 60 άτομα, τα δημογραφικά στοιχεία των οποίων δίνονται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί. Το 61,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν τα 62,1 έτη (SD=14,3 έτη). Επίσης το 45% ήταν έγγαμοι, το 33,3% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου και το 68,3% διέμεναν στην Αθήνα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Ανδρας	23	38,3
	Γυναίκα	37	61,7
Ηλικία (έτη), Μέση τιμή (SD)		62,1(14,3)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	27	45
	Ζω με το σύντροφο μου	5	8,3
	Διαζευγμένος-η	6	10
	Χήρος-α	17	28,3
	Άγαμος-η	5	8,3
Μορφωτικό επίπεδο	Δεν πήγε σχολείο	1	1,7
	Δημοτικό	23	38,3
	Γυμνάσιο- Λύκειο	20	33,3
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο)	11	18,3
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	5	8,3
Τόπος διαμονής	Αθήνα	41	68,3
	Επαρχία	19	31,7

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 1) δίνεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 1. Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων



Ακολουθεί ο Πίνακας 2 με τα επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Το 52,5% των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι και το 8,5% βρίσκονταν σε αναρρωτική άδεια λόγω της ασθένειάς τους.

Πίνακας 2. Επαγγελματικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος-η	8	13,6
	Άνεργος-η	7	11,9
	Φοιτητής/-τρια	0	0
	Συνταξιούχος	31	52,5
	Απασχολούμενος με οικιακά	8	13,6
	Σε αναρρωτική άδεια	5	8,5
Αν είστε εργαζόμενος-η, μπορείτε να μας περιγράψετε την εργασία σας;	Έμπορος	1	1,7
	Ίδιωτικός υπάλληλος (προσωπικό ασφάλειας)	1	1,7
	Καθαρίστρια	1	1,7
	Καθηγητής σε σχολή	1	1,7
	Μεταφράστρια	1	1,7
	Προϊστάμενος σε τμήμα πώλησης	1	1,7
	Πωλήτρια	1	1,7
	Υπάλληλος γραφείου	3	5
	Φυσικοθεραπεύτρια	1	1,7
Αν δεν εργάζεστε τώρα, ποια ήταν η τελευταία σας δουλειά;	Αγρότης	4	6,7
	Αποκλειστική νοσοκόμος	1	1,7
	Ασφαλιστής	1	1,7
	Αυτοκινητιστής	1	1,7
	Δημόσιος υπάλληλος	1	1,7
	Δημόσιος υπάλληλος-μεταπτυχιακή φοιτήτρια	1	1,7
	Εκπαιδευτικός	1	1,7
	Έμπορας	1	1,7
	Επιπλοποιός	1	1,7
	Ηλεκτροσυγκολλητής ηλιακών θερμοσίφωνων	1	1,7
	Ιδιοκτήτρια καταστήματος	1	1,7
	Καθηγητής στο πολυτεχνείο	1	1,7
	Κόπτρια δερμάτων	1	1,7
	Μαγείρισσα σε εστιατόριο	1	1,7
	Νοσηλεύτρια	2	3,3
	Οδηγός ταξί	1	1,7
Οικιακή βοηθός	1	1,7	

Οικιακή βοήθος σπιτι- παιδιά	1	1,7
Οικοδόμος	2	3,3
Πωλήτρια σε σούπερ μάρκες	1	1,7
Ράφτης	1	1,7
Σερβιτόρος	1	1,7
Σιδεράς	1	1,7
Σχολική καθαρίστρια	1	1,7
Υπάλληλος ιδιωτικού τομέα	1	1,7
Υπεύθυνη καταστήματος εστίασης	1	1,7
Ψυχολόγος	1	1,7

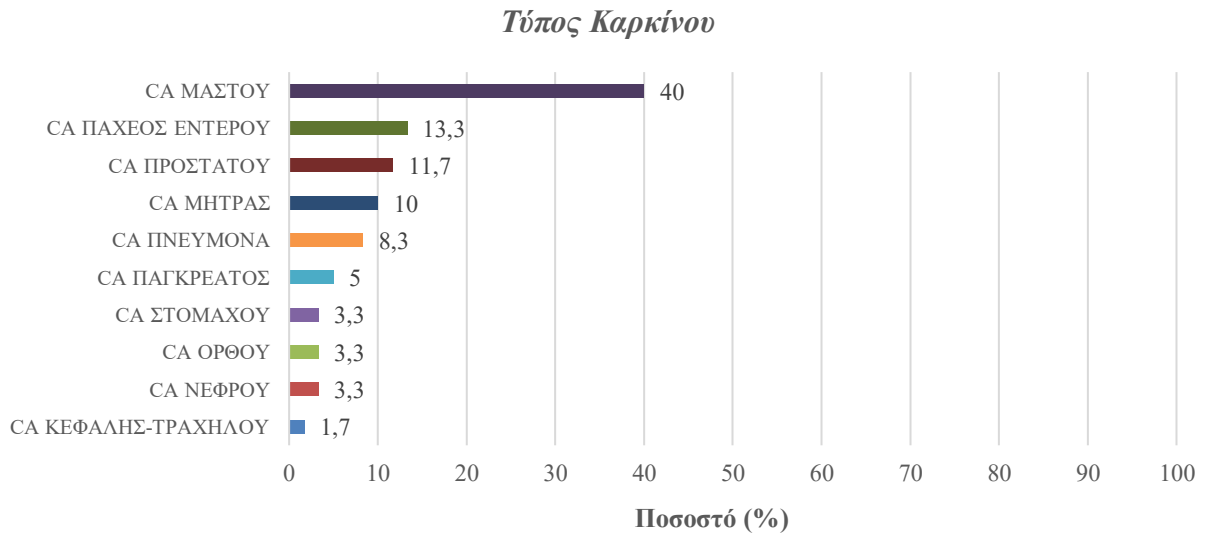
Ακολουθεί ο Πίνακας 3 με τα κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Το 40% έπασχε από καρκίνο του μαστού και στο 30% των περιπτώσεων είχαν γίνει μεταστάσεις. Ο μέσος αριθμός χημειοθεραπειών ήταν 8 (SD=6 χημειοθεραπείες) και η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 25,7 μήνες (SD=48,5 μήνες).

Πίνακας 3. Κλινικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Τύπος καρκίνου	CA ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ	1	1,7
	CA ΜΑΣΤΟΥ	24	40
	CA ΜΗΤΡΑΣ	6	10
	CA ΝΕΦΡΟΥ	2	3,3
	CA ΟΡΘΟΥ	2	3,3
	CA ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	3	5
	CA ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	8	13,3
	CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ	5	8,3
	CA ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ	7	11,7
	CA ΣΤΟΜΑΧΟΥ	2	3,3
Μεταστάσεις	Ναι	18	30
	Όχι	39	65
Αριθμός χημειοθεραπειών (κύκλος χημειοθεραπείας), Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		8(6)	6(4-8)
Διάρκεια νόσου (μήνες), Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		25,7(48,5)	12(8-24)

Στο Γράφημα 2 που ακολουθεί δίνεται το είδος του καρκίνου από το οποίο έπασχαν οι συμμετέχοντες με φθίνουσα σειρά.

Γράφημα 2. Τύπος καρκίνου συμμετεχόντων



9.2 Πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων- Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Στον πίνακα 4 δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις θρησκευτικές και πνευματικές τους πεποιθήσεις. Το 51,7% των συμμετεχόντων είχαν μια Θρησκευτική και Πνευματική κατανόηση της ζωής και το 63,3% δήλωσαν ότι δεν ακολουθούν κάποια θρησκεία.

Πίνακας 4. Πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων

		N	%
Έτσι θα λέγατε ότι έχετε μια θρησκευτική ή πνευματική κατανόηση της ζωής σας	Θρησκευτική	19	31,7
	Θρησκευτική και πνευματική	31	51,7
	Πνευματική	4	6,7
	Ούτε θρησκευτική, ούτε πνευματική	6	10
Μπορείτε να μας εξηγήσετε εν συντομία ποια μορφή έχουν τα θρησκευτικά / πνευματικά σας πιστεύω	Ανακούφιση για τη ζωή. Βλέπεις τη ζωή με περισσότερη αισιοδοξία	1	1,7
	Δωδεκαθεϊστής	1	1,7
	Εκκλησιασμός και διάβασμα	1	1,7
	Επίκληση ανώτερης δύναμης, διάβασμα φιλοσοφικών κείμενων	1	1,7
	Με ανακουφίζει από την σκέψη της αρρώστιας μου	1	1,7
	Οι γνώσεις είναι το παν	1	1,7
	Πηγαίνω εκκλησιά	2	3,3
	Πιστεύω σε ένα θαύμα	1	1,7
	Πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη	3	5
	Πιστεύω στη βοήθεια του θεού και των αγίων	1	1,7
	Πιστεύω στην ανώτερη δύναμη του Θεού	1	1,7
	Πιστεύω στο θεό	12	20
	Πιστεύω στο θεό, πάω εκκλησιά	1	1,7
	Πιστεύω στο καλό, παίρνω δύναμη από τη θρησκεία χωρίς απαραίτητα να πηγαίνω στην εκκλησιά.	1	1,7
	Πιστή και φιλοσοφικό θρησκευτικό ενδιαφέρον	1	1,7
	Προσευχή	2	3,3
	Προσευχή-Εκκλησία	2	3,3
	Τα πνευματικά πιστεύω έχουν να κάνουν με το νόημα της ζωής	1	1,7
	Φιλοσοφική πλευρά της ζωής	2	3,3
	Χριστιανή ορθόδοξη, πιστεύω στο θεό και στους αγίους	1	1,7

	Χριστιανός Ορθόδοξος	16	26,7
	Χριστιανός ορθόδοξος, δύναμη ψυχής που αντλούμε από τα αγαπημένα μας πρόσωπα	1	1,7
Έχετε συγκεκριμένη θρησκεία	Δεν ακολουθώ κάποια θρησκεία	38	63,3
	Χριστιανός Ορθόδοξος	22	36,7

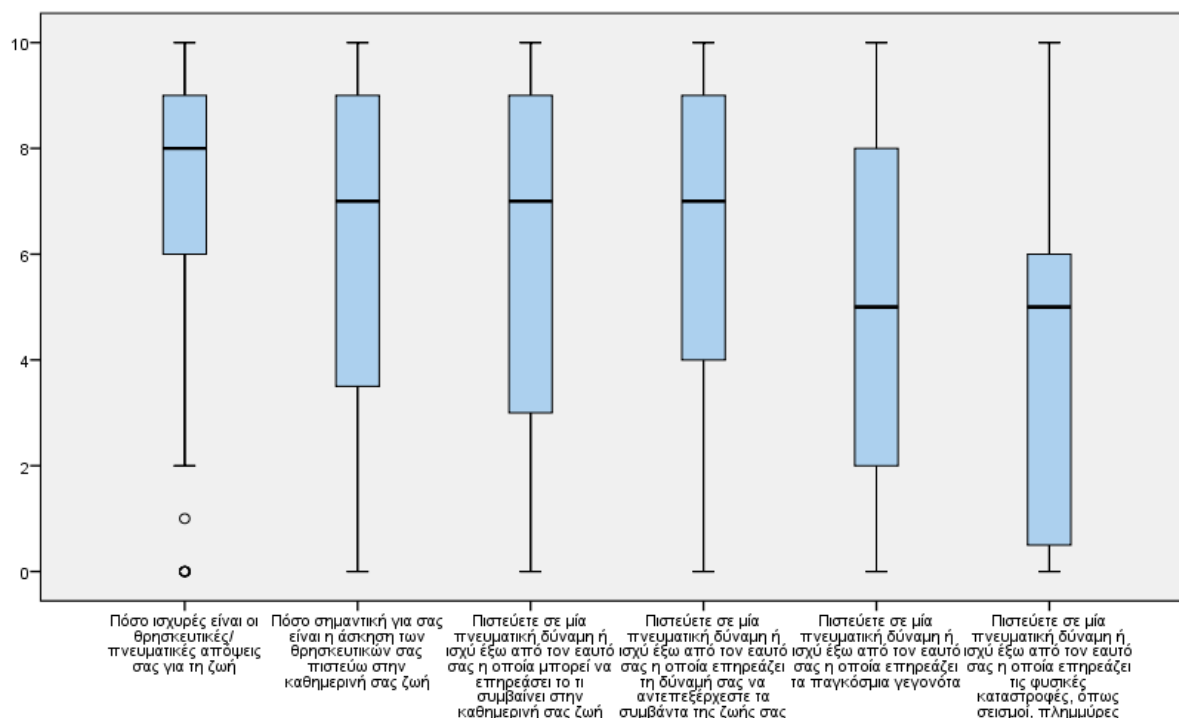
Ακολουθεί ο Πίνακας 5 με τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων σχετικά με το πόσο ισχυρές είναι οι θρησκευτικές/ πνευματικές τους απόψεις, πόσο σημαντική είναι η άσκηση των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων και πόσο πιστεύουν στην επιρροή μιας πνευματικής δύναμης ή ισχύος έξω από τον εαυτό τους. Σε μεγαλύτερο βαθμό θεωρούσαν τις θρησκευτικές/ πνευματικές τους απόψεις για τη ζωή ισχυρές και σε μικρότερο βαθμό πίστευαν σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό τους η οποία επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί, πλημμύρες και τα παγκόσμια γεγονότα.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες συμμετεχόντων για τις θρησκευτικές/πνευματικές απόψεις, την άσκηση των θρησκευτικών πιστεύω και την επιρροή μιας πνευματικής δύναμης

	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Κάποιοι άνθρωποι έχουν ισχυρές απόψεις ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Πόσο ισχυρές είναι οι θρησκευτικές/ πνευματικές απόψεις σας για τη ζωή	7(3,1)	8(6-9)
Πόσο σημαντική για σας είναι η άσκηση των θρησκευτικών σας πιστεύω (π.χ. προσωπικός διαλογισμός, παρακολούθηση θείας λειτουργίας) στην καθημερινή σας ζωή	5,9(3,5)	7(3,5-9)
Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή σας ζωή	6,1(3,5)	7(3-9)
Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τη δύναμή σας να αντεπεξέρχεστε τα συμβάντα της ζωής σας	6(3,3)	7(4-9)
Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα	4,8(3,2)	5(2-8)
Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί, πλημμύρες	4,1(3,3)	5(0,5-6)

Στο Γράφημα 3 δίνεται η βαθμολόγηση των συμμετεχόντων σχετικά με θέματα αναφορικά με τις πνευματικές τους πιστεύω.

Γράφημα 3. Βαθμολόγηση συμμετεχόντων για τα θρησκευτικά πιστεύω.



Ακολουθώντας στον Πίνακα 6 δίνονται οι περαιτέρω εξηγήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το ρόλο της άσκησης των θρησκευτικών τους πιστεύω στην καθημερινή ζωή. Στον Πίνακα 7 δίνεται ο ρόλος κάποιων μέσω έκφρασης των πιστεύω των συμμετεχόντων και ο τρόπος άσκησης τους. Στο 83,3% των συμμετεχόντων έπαιξε σημαντικό ρόλο στα «πιστεύω» τους η προσευχή με το 86% αυτών να επιθυμούν να είναι μόνοι τους στη διάρκεια αυτής. Αναφορικά με την τελετουργία (π.χ. πλύσιμο πριν προσευχή/τελετή) το 45,5%, όσων τη θεωρούσαν σημαντική, δήλωσε ότι θέλει να το κάνει μαζί με άλλους, το διαλογισμό όλοι δήλωσαν ότι θέλουν να τον κάνουν μόνοι τους, το διάβασμα και τη μελέτη το 90,9% επίσης μόνοι τους και την επαφή με θρησκευτικό ηγέτη το 43,8% μαζί με άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 6. Ο ρόλος της άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων

	N	%
<i>Αν θέλετε σχετικά με την ερώτηση "Πόσο σημαντική για σας είναι η άσκηση των θρησκευτικών σας πιστεύω στην καθημερινή σας ζωή" μπορείτε να μας εξηγήσετε περισσότερο</i>		
Εκκλησία, θεία κοινωνία την Κυριακή, αιωνία ζωή	1	1,7
Η πιστή σώζει	1	1,7
Αθεός/η	2	3,3
Βοηθάει ψυχικά και σωματικά	1	1,7

Δεν ακολουθώ πιστά θρησκευτικές τελετές πάρα μόνο σε σημαντικές στιγμές	1	1,7
Δεν το επιδιώκω, όπως μου βγει	1	1,7
Εκκλησιά	2	3,3
Έχω την ανάγκη να προσεύχομαι καθημερινά στο θεό	1	1,7
Η προσευχή και η πίστη είναι το παν για μένα	1	1,7
Κάθε Κυριακή στην εκκλησιά	2	3,3
Κάνω διαλογισμό	1	1,7
Μου δίνει λίγο δύναμη	1	1,7
Νιώθω ηρεμία και εσωτερική ανακούφιση κατά την παρακολούθηση της Θείας λειτουργίας	1	1,7
Ο πανταχού παρών	1	1,7
Οπότε νιώθω την ανάγκη να προσευχηθώ, πηγαίνω στην εκκλησία	1	1,7
Παρακολούθηση θείας λειτουργίας	1	1,7
Παρακολουθώ τη θεία λειτουργία όσο μπορώ	1	1,7
Παρακολουθώ τη θεία λειτουργία, προσεύχομαι, συμμετέχω στη Θεία Κοινωνία	1	1,7
Πηγαίνω στην εκκλησία όταν το νιώθω και όχι επειδή πρέπει	1	1,7
Προσευχή	5	8,3
Προσεύχομαι όταν βρίσκομαι σε πολύ δύσκολη θέση κι έτσι παίρνω δύναμη	1	1,7
Συμμετοχή στην εκκλησία	1	1,7

Πίνακας 7. Ο ρόλος μέσων έκφρασης των πιστεύω των συμμετεχόντων και ο τρόπος άσκησης τους

		N	%
Παίζει κάποιο από τα παρακάτω κάποιο ρόλο στα «πιστεύω» σας	Προσευχή	50	83,3
	Τελετουργία (π.χ. πλύσιμο πριν προσευχή/τελετή)	11	18,3
	Διαλογισμός	8	13,3
	Διάβασμα και μελέτη	33	55
	Επαφή με θρησκευτικό ηγέτη	16	26,7
	Κανένα από τα παραπάνω	8	13,3
Μόνος	Προσευχή	43	86
	Τελετουργία (π.χ. πλύσιμο πριν προσευχή/τελετή)	6	54,5
	Διαλογισμός	8	100
	Διάβασμα και μελέτη	30	90,9
	Επαφή με θρησκευτικό ηγέτη	7	43,8
Μαζί με άλλους ανθρώπους	Προσευχή	3	6
	Τελετουργία (π.χ. πλύσιμο πριν προσευχή/τελετή)	5	45,5
	Διαλογισμός	0	0
	Διάβασμα και μελέτη	2	6,1
	Επαφή με θρησκευτικό ηγέτη	7	43,8

Μόνος+Μαζί	Προσευχή	4	8
	Τελετουργία (π.χ. πλύσιμο πριν προσευχή/τελετή)	0	0
	Διαλογισμός	0	0
	Διάβασμα και μελέτη	1	3
	Επαφή με θρησκευτικό ηγέτη	2	12,5

Στον Πίνακα 8 δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ενδεχόμενη επικοινωνία με κάποια πνευματική δύναμη και την ύπαρξη τους με κάποια μορφή και μετά το θάνατό. Το 29,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι επικοινωνούσαν με κάποια πνευματική δύναμη, με το 25% να δηλώνουν ότι το κάνουν μέσω της προσευχής. Επίσης το 48,3% δήλωσαν πως πιστεύουν ότι υπάρχουμε με κάποια μορφή και μετά το θάνατο μας, με το 15% αυτών να πιστεύει πως αυτό γίνεται με τη μορφή της ψυχής.

Πίνακας 8. Απόψεις συμμετεχόντων με την ενδεχόμενη επικοινωνία με πνευματική δύναμη και με την ύπαρξη μετά το θάνατο

		N	%
Επικοινωνείτε με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ	Ναι	17	29,3
	Όχι	39	67,2
	Αβέβαιος	2	3,4
Εάν ΝΑΙ, περιγράψτε τη μορφή αυτή επικοινωνίας	Επίκληση της ανώτερης δύναμης στις δύσκολες στιγμές	1	1,7
	Προσευχή	15	25
Νομίζετε ότι υπάρχουμε με κάποια μορφή και μετά το θάνατο μας	Ναι	29	48,3
	Όχι	6	10
	Αβέβαιος	25	41,7
Εάν ΝΑΙ, περιγράψτε μας τη μορφή	Άυλοι στον παράδεισο	1	1,7
	Θεωρώ ότι η ενέργεια μας μεταφέρεται σε άλλα πράγματα.	1	1,7
	Καλύτερη από την τωρινή	1	1,7
	Νέο σώμα	1	1,7
	Παράδεισο	3	5
	Παράδεισος, πνεύματα- ψυχές- άγγελοι	1	1,7
	Πηγαίνουμε στον παράδεισο σαν ψυχές και θα κριθούμε για τις πράξεις μας	1	1,7
	Πιστεύω στην άλλη ζωή (παράδεισος)	1	1,7
	Πνεύμα	4	6,7
	Πνεύματα, Παράδεισος	1	1,7

Ψυχές και πνεύματα	1	1,7
Ψυχές ,Παράδεισος	1	1,7
Ψυχή	9	15
Ψυχή αθάνατη, σε άγνωστη μορφή	1	1,7

Στη συνέχεια (Πίνακας 9) δίνονται τα στοιχεία σχετικά με κάποια έντονη εμπειρία που ενδεχομένως βίωσαν οι συμμετέχοντες, κατά τη διάρκεια της οποίας αισθάνθηκαν κάποιο νέο βαθύ νόημα της ζωής, ή αισθάνθηκαν ένα με τον κόσμο ή το σύμπαν. Το 21,7% δήλωσε ότι είχε βιώσει μια τέτοιου είδους εμπειρία, με το 6,7% αυτών να δηλώνει πως αυτό είχε συμβεί μια φορά και το 10% ότι η διάρκεια της ήταν 3 περίπου λεπτά.

Πίνακας 9. Έντονη εμπειρία των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της οποίας αισθάνθηκαν κάποιο βαθύ νόημα της ζωής ή αισθάνθηκαν ένα με τον κόσμο ή με το σύμπαν

		N	%
Είχατε ποτέ σας μια έντονη εμπειρία (που δεν σχετίζεται με τη λήψη ναρκωτικών ή αλκοόλ) κατά τη διάρκεια της οποίας αισθανθήκατε κάποιο νέο βαθύ νόημα της ζωής, ή αισθανθήκατε ένα με τον κόσμο ή το σύμπαν	Ναι	13	21,7
	Όχι	43	71,7
	Αβέβαιος	4	6,7
Εάν Ναι, πόσο συχνά έχει αυτό συμβεί αυτό σε σας	1 Φορά	4	6,7
	1-2 Φορές	1	1,7
	2 Φορές	1	1,7
	Αρκετές φορές	1	1,7
	Κάθε φορά μετά την προσευχή	1	1,7
	Καθημερινά	1	1,7
	Κάποιες φορές	1	1,7
	Λίγες φορές	1	1,7
	Όχι πολύ συχνά	1	1,7
	Πολλές φορές	1	1,7
Πόσο διήρκεσε η εμπειρία; (ή πόσο συνήθως διαρκεί)	1	1	1,7
	1-3	2	3,3
	3	6	10
	4	3	5
Μπορείτε να περιγράψετε αυτή την εμπειρία	Αισθάνθηκα το βαθύ νόημα της ζωής	1	1,7
	Έρχομαι σε μια άλλη κατάσταση σε μια ψυχική	1	1,7

γαληνή		
Έφυγα και ήρθα μια φορά	1	1,7
Κοντά μου το θεό	1	1,7
Μια μεταφυσική ευφορία	1	1,7
Νιώθω ότι κάποιος ήθελε να με βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος	1	1,7
Ξύπνησα και είδα την πανάγια και μου είπε θα γίνεις καλά μη φοβάσαι	1	1,7
Όνειρο Αγίους	1	1,7
Όνειρο την Παναγία	1	1,7
Παρουσία ανώτερης δύναμης κοντά μου	1	1,7
Σκέψεις και φιλοσοφία της ζωής	1	1,7
Τη στιγμή που πήγα να πάρω το βιβλιαράκι του Αγίου Εφραίμ μύρισε το δωμάτιο μύρο	1	1,7

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα στοιχεία σχετικά με κάποια έντονη εμπειρία που ενδεχομένως βίωσαν οι συμμετέχοντες, όπου σχεδόν πέθαναν και τελικά επανήλθαν. Μόλις 2 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχαν βιώσει μια τέτοιου είδους εμπειρία η οποία άλλαξε και στους 2 ολοκληρωτικά τη ζωή τους.

Πίνακας 10. Έντονη εμπειρία συμμετεχόντων που σχεδόν πέθαναν και επανήλθαν

		N	
Κάποιοι άνθρωποι έχουν περιγράψει έντονες εμπειρίες τη στιγμή που σχεδόν πέθαναν και τελικά επανήλθαν. Έχει συμβεί αυτό σε σας	Ναι	2	
	Όχι	58	
	Αβέβαιος	0	
Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, παρακαλώ περιγράψτε την εμπειρία	Εξωσωματική εμπειρία, βγήκα από το σώμα μου	1	
	Πέθανα και ξαναήρθα στο χειρουργείο	1	
Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, κατά πόσο έχει αυτή η κοντά στο θάνατο εμπειρία αλλάξει τη ζωή σας	10 (Ολοκληρωτικά)	2	

Από τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων σχετικά με το πόσο ισχυρές είναι οι θρησκευτικές/πνευματικές απόψεις των συμμετεχόντων, πόσο σημαντική είναι η άσκηση των θρησκευτικών τους πιστεύω και πόσο πιστεύουν στην επιρροή μιας πνευματικής δύναμης ή ισχύος έξω από τον εαυτό τους, προέκυψε η βαθμολογία Πνευματικότητας, της οποίας τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 11. Οι τιμές της μπορούν να κυμανθούν από 0 έως 60 μονάδες, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη πνευματικότητα. Η βαθμολογία κυμάνθηκε από 0 έως 60 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 33,8 μονάδες (SD=17,6 μονάδες).

Πίνακας 11. Βαθμολόγηση των θρησκευτικών/ πνευματικών απόψεων των συμμετεχόντων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)
Βαθμολογία Πνευματικότητας	0	60	33,8(17,6)

9.3 Συσχέτιση Πνευματικότητας με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 12 δίνεται η βαθμολογία πνευματικότητας ανάλογα με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων (αριθμός μεταστάσεων). Η βαθμολογία πνευματικότητας βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, συνεπώς λιγότερες πνευματικές ανάγκες, σε σχέση με όσους ήταν απόφοιτοι Δημοτικού ($p < 0,001$).

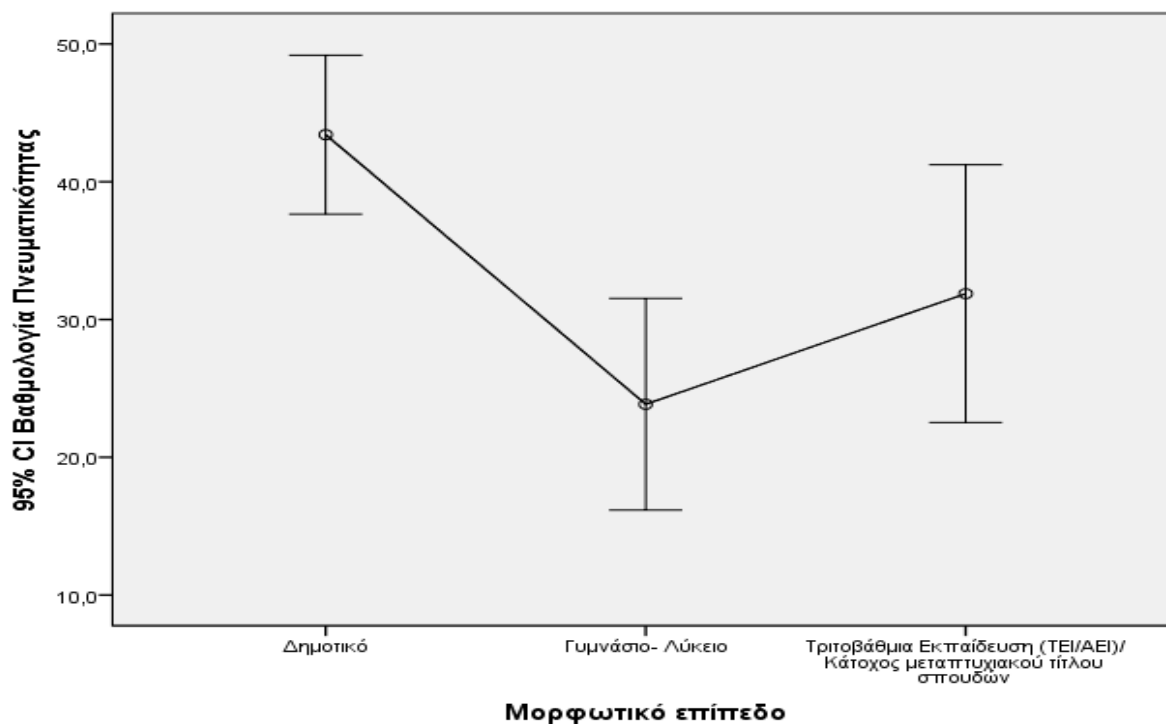
Πίνακας 12. Βαθμολογία πνευματικότητας ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και τον αριθμό μεταστάσεων

		Βαθμολογία Πνευματικό τητας	P Student's t test
Φύλο	Άνδρας	34(18,8)	0,938
	Γυναίκα	33,7(17,1)	
Έγγαμος/Ζω σύντροφο	Όχι	34,4(18,1)	0,804
	Ναι	33,3(17,5)	
Εργαζόμενος/Σε αναρρωτική	Όχι	33,2(18,4)	0,702
	Ναι	35,3(15,3)	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	43,4(13,7)	0,001⁺
	Γυμνάσιο-Λύκειο	23,9(16,4)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο)/ Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	31,9(17,6)	
Τόπος διαμονής	Αθήνα	35,9(16,5)	0,190
	Επαρχία	29,4(19,6)	
Μεταστάσεις	Ναι	32,3(15,1)	0,770
	Όχι	33,8(19,3)	

+ANOVA

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία Πνευματικότητας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 4. Βαθμολογία πνευματικότητας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων



Στον Πίνακα 13 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας Πνευματικότητας με την ηλικία των συμμετεχόντων, τον αριθμό χημειοθεραπειών και τη διάρκεια της νόσου. Κανένα από τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία Πνευματικότητας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 13. Συντελεστές συσχέτισης πνευματικότητας με την ηλικία των συμμετεχόντων, τον αριθμό χημειοθεραπειών και τη διάρκεια νόσου.

		Βαθμολογία Πνευματικότητας
Ηλικία	r^+	0,12
	P	0,371
Αριθμός χημειοθεραπειών (κύκλος χημειοθεραπείας):	r^{++}	-0,22
	P	0,094
Διάρκεια νόσου	r^{++}	-0,10
	P	0,468

+Pearson++Spearman

9.4 Άγχος, κατάθλιψη και στρες των συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 14 δίνονται οι διαστάσεις της κλίμακας DASS-21 και στον Πίνακα 15 δίνονται τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Κατάθλιψη» ήταν 5,3 μονάδες (SD=4,6 μονάδες), στη διάσταση «Άγχος» ήταν 6,3 μονάδες (SD=4,7 μονάδες) και στη διάσταση «Στρες» ήταν 8,7 μονάδες (SD=4,7 μονάδες). Επιπλέον το 51,7% των συμμετεχόντων είχε φυσιολογικού επιπέδου κατάθλιψη, το 20% πολύ σοβαρό άγχος και το 21,7% μετρίου επιπέδου στρες. (Πίνακας 15)

Πίνακας 14. Διαστάσεις της κλίμακας DASS-21

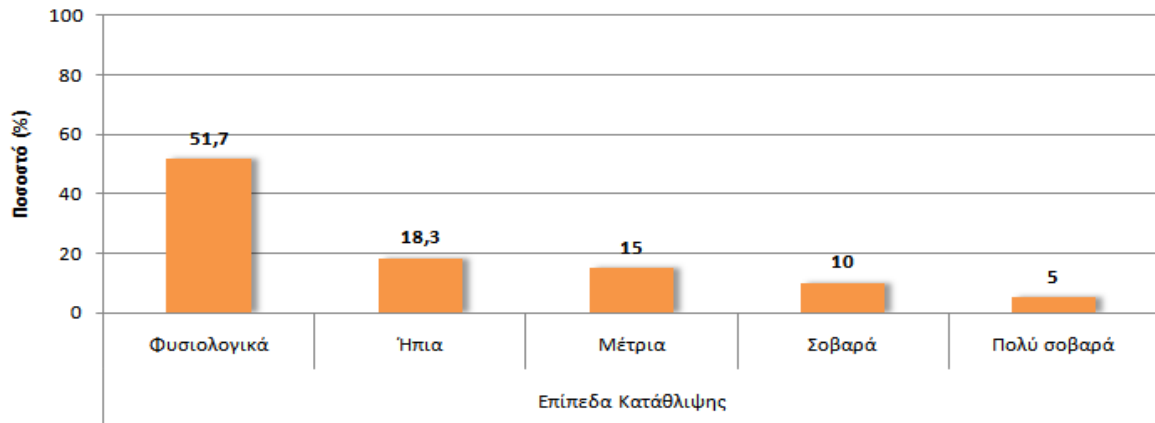
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Βαθμολογία κατάθλιψης	0	21	5,3(4,6)	4(2-7)
Βαθμολογία άγχους	0	19	6,3(4,7)	6(3-8)
Βαθμολογία στρες	0	19	8,7(4,7)	8(5,5-11)

Πίνακας 15. Επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων

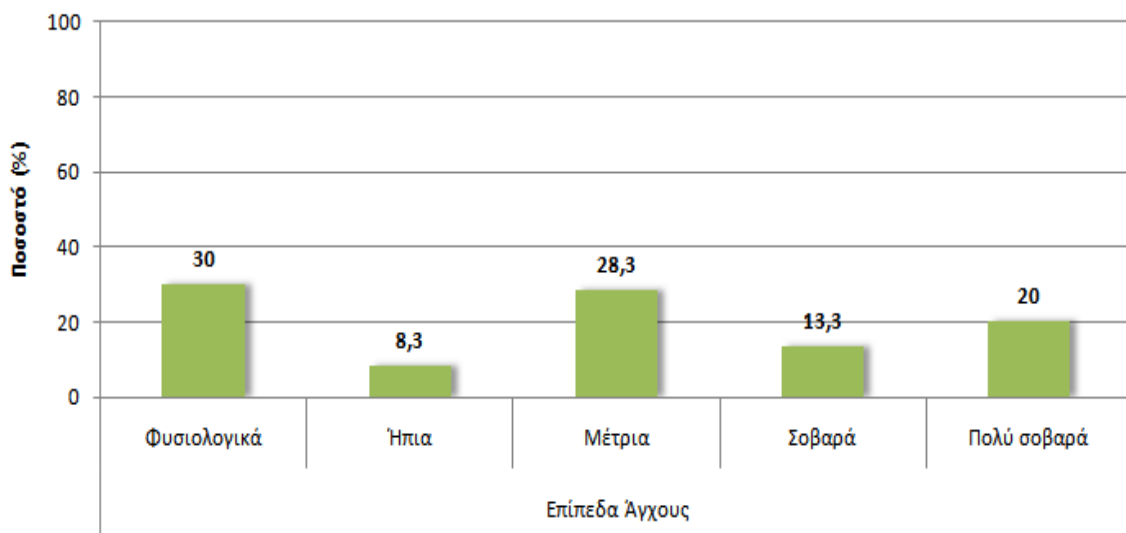
		N	%
Επίπεδα Κατάθλιψης	Φυσιολογικά	31	51,7
	Ήπια	11	18,3
	Μέτρια	9	15
	Σοβαρά	6	10
	Πολύ σοβαρά	3	5
Επίπεδα Άγχους	Φυσιολογικά	18	30
	Ήπια	5	8,3
	Μέτρια	17	28,3
	Σοβαρά	8	13,3
	Πολύ σοβαρά	12	20
Επίπεδα Στρες	Φυσιολογικά	26	43,3
	Ήπια	10	16,7
	Μέτρια	13	21,7
	Σοβαρά	7	11,7
	Πολύ σοβαρά	4	6,7

Τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων δίνονται και στο Γράφημα 5, τα επίπεδα άγχους δίνονται στο Γράφημα 6 και τα επίπεδα στρες στο Γράφημα 7

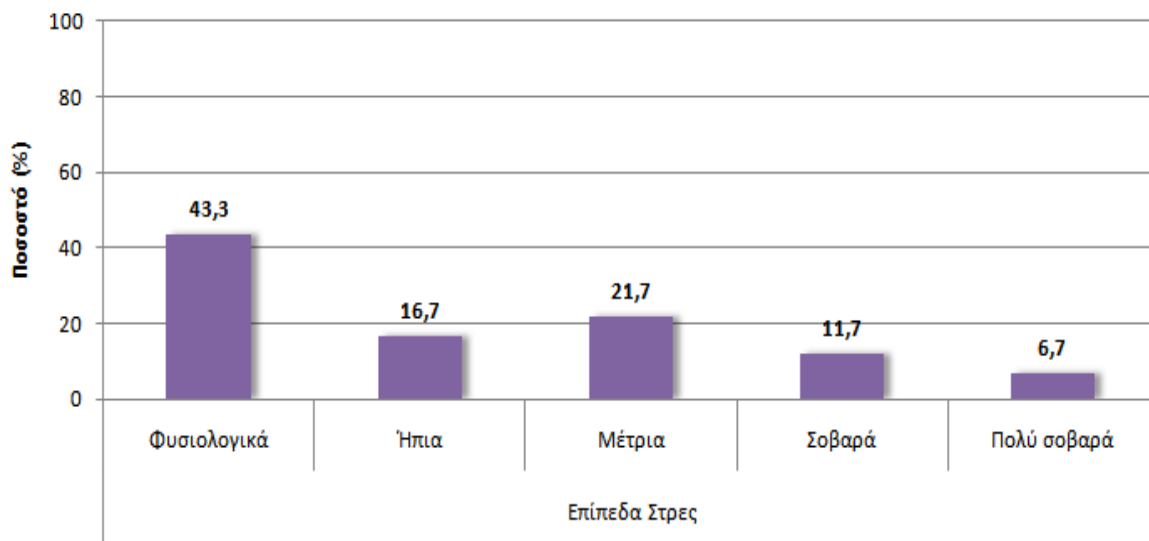
Γράφημα 5. Επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων



Γράφημα 6. Επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων



Γράφημα 7. Επίπεδα στρες των συμμετεχόντων



9.5 Συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας DASS με δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 16 δίνεται η βαθμολογία κατάθλιψης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία και τον αριθμό των μεταστάσεων. Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία Κατάθλιψης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 16. Βαθμολογία κατάθλιψης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και τον αριθμό των μεταστάσεων.

		Βαθμολογία κατάθλιψης		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Ανδρας	4,7(3,1)	5(2-7)	0,994
	Γυναίκα	5,6(5,3)	4(2-9)	
Έγγαμος/Ζω με σύντροφο	Όχι	6(4,7)	6(2,5-8)	0,198
	Ναι	4,7(4,5)	3,5(1,5-7)	
Εργαζόμενος/Σε αναρρωτική	Όχι	5,7(4,8)	5(2-9)	0,240
	Ναι	3,9(3,4)	2(2-6)	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	5,5(4,6)	4,5(3-7)	0,869 ⁺
	Γυμνάσιο-Λύκειο	5(4,3)	4,5(1,5-8)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο)/ Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	5,3(5,2)	3,5(2-6,5)	
Τόπος διαμονής	Αθήνα	5,4(5)	4(2-7)	0,962
	Επαρχία	4,9(3,5)	5(2-7)	
Μεταστάσεις	Ναι	5,7(4,9)	5,5(2-9)	0,691
	Όχι	5,1(4,6)	4(2-7)	

+Kruskal-Wallis test

Στον Πίνακα 17 δίνεται η βαθμολογία άγχους των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία και τον αριθμό των μεταστάσεων. Οι συμμετέχοντες οι οποίοι είτε ήταν έγγαμοι είτε ούτε ζούσαν με κάποιον σύντροφο, είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία άγχους (λιγότερο άγχος).

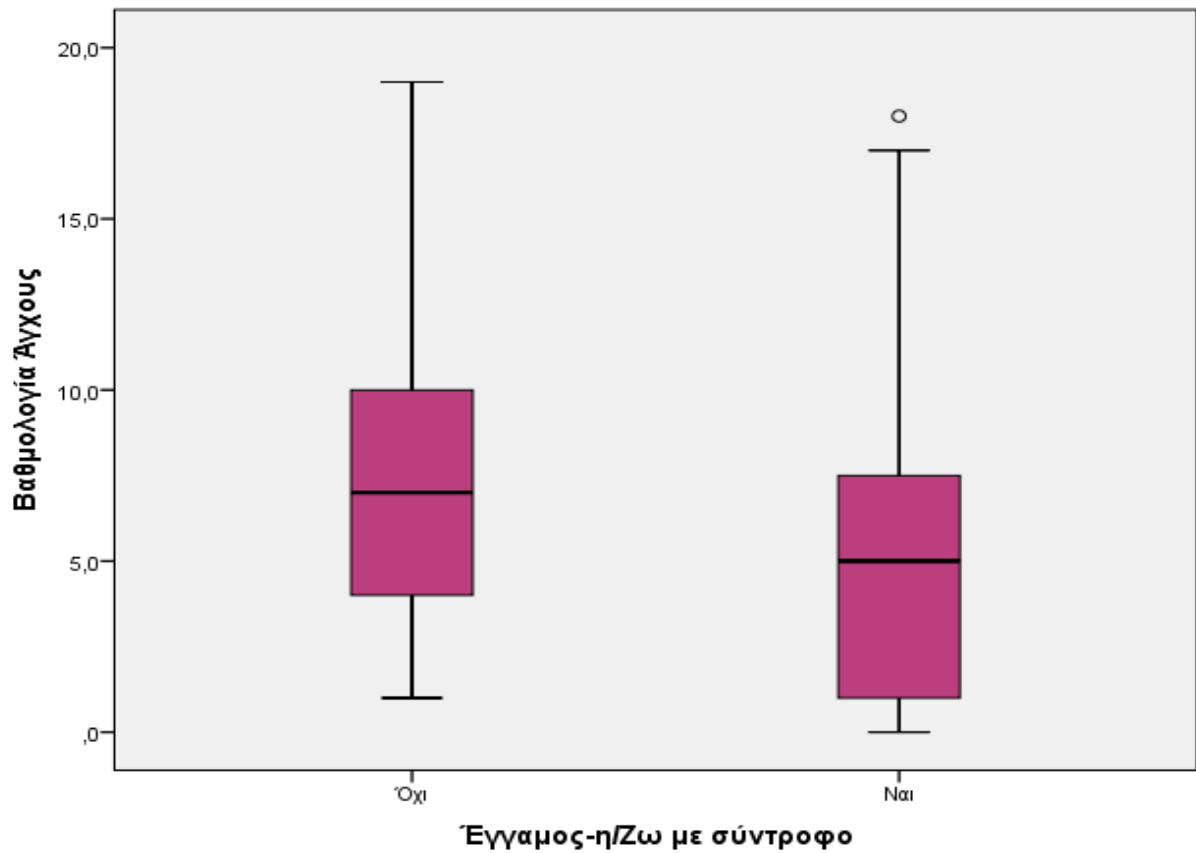
Πίνακας 17. Βαθμολογία άγχους των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και τον αριθμό των μεταστάσεων

		Βαθμολογία άγχους		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	5,8(3,4)	6(4-8)	0,933
	Γυναίκα	6,6(5,4)	6(2-9)	
Έγγαμος/Ζω με σύντροφο	Όχι	7,4(4,6)	7(4-10)	0,050
	Ναι	5,3(4,7)	5(1-7,5)	
Εργαζόμενος/Σε αναρρωτική	Όχι	6,8(4,9)	6,5(3-9)	0,140
	Ναι	4,8(3,9)	4(2-6)	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	7,5(4,8)	7,5(4-10)	0,170 ⁺
	Γυμνάσιο-Λύκειο	5,7(4,5)	5(3-7,5)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο)/ Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	5,3(4,8)	5(1-6,5)	
Τόπος διαμονής	Αθήνα	6(4,5)	6(3-8)	0,616
	Επαρχία	6,9(5,2)	5(3-10)	
Μεταστάσεις	Ναι	5,2(3,7)	6(2-7)	0,282
	Όχι	7(5,1)	6(3-10)	

+Kruskal-Wallis test

Στο Γράφημα 8 δίνεται η βαθμολογία Άγχους των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

Γράφημα 8. Βαθμολογία άγχους των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.



Στον Πίνακα 18 δίνεται η βαθμολογία στρες των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία και τον αριθμό των μεταστάσεων. Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία Στρες των συμμετεχόντων.

Πίνακας 18. Βαθμολογία στρες των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και τον αριθμό των μεταστάσεων.

		Βαθμολογία Στρες		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	7,7(3,7)	8(5-10)	0,192
	Γυναίκα	9,4(5,1)	9(6-12)	
Έγγαμος/Ζω με σύντροφο	Όχι	9,5(4,8)	8(6-13,5)	0,305
	Ναι	8(4,5)	8(5-11)	
Εργαζόμενος/Σε αναρρωτική	Όχι	8,8(4,7)	8,5(6-11)	0,714
	Ναι	8,6(4,8)	7(6-10)	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	8,7(4,2)	8,5(6-11)	0,857 ⁺
	Γυμνάσιο-Λύκειο	9(4,9)	8,5(5,5-12)	

	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο)/ Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	8,4(5,4)	7(5-11,5)	
Τόπος διαμονής	Αθήνα	9(4,7)	8(6-11)	0,566
	Επαρχία	7,9(4,6)	8(5-11)	
Μεταστάσεις	Ναι	8,9(4,8)	8,5(7-11)	0,564
	Όχι	8,6(4,8)	7(5-12)	

+Kruskal-Wallis test

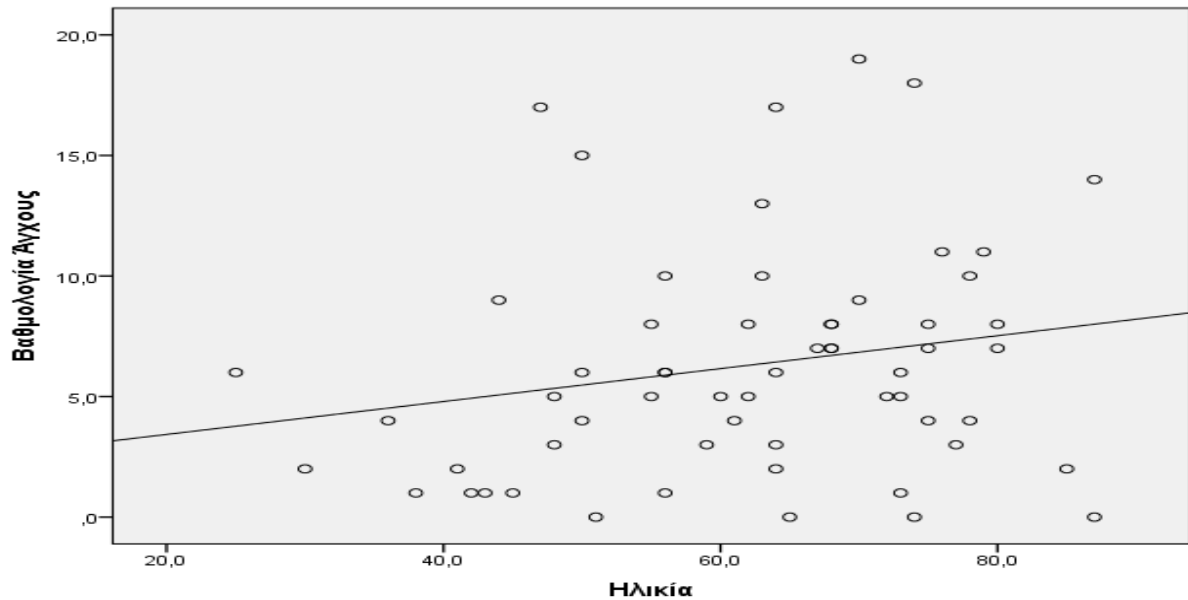
Στον Πίνακα 19 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των βαθμολογιών της κλίμακας DASS με τη βαθμολογία Πνευματικότητας, την ηλικία των συμμετεχόντων, τον αριθμό χημειοθεραπειών και τη διάρκεια της νόσου. Η βαθμολογία Άγχους βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, συνεπώς όσο μεγαλύτεροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο άγχος είχαν. Θετική συσχέτιση βρέθηκε επίσης μεταξύ της βαθμολογίας Στρες με τον αριθμό χημειοθεραπειών, οπότε όσο περισσότερες χημειοθεραπείες είχαν κάνει οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο ήταν και το στρες που βίωναν. Αναφορικά με τη βαθμολογία κατάθλιψης, όσο περισσότερη ήταν η διάρκεια της νόσου των συμμετεχόντων τόσο περισσότερη κατάθλιψη αισθάνονταν ενώ όσο περισσότερη ήταν η πνευματικότητα τους τόσο χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα κατάθλιψης.

Πίνακας 19. Συντελεστές συσχέτισης Spearman των βαθμολογιών της κλίμακας DASS με τη βαθμολογία Πνευματικότητας, την ηλικία των συμμετεχόντων, τον αριθμό χημειοθεραπειών και τη διάρκεια την νόσου.

		Βαθμολογία κατάθλιψης	Βαθμολογία άγχους	Βαθμολογία Στρες
Ηλικία	r	0,00	0,28	-0,04
	P	0,977	0,004	0,754
Αριθμός χημειοθεραπειών (κύκλος χημειοθεραπείας):	r	0,03	0,02	0,26
	P	0,807	0,909	0,006
Διάρκεια νόσου	r	0,18	0,07	0,19
	P	0,030	0,610	0,153
Βαθμολογία Πνευματικότητας	r	-0,20	0,06	-0,09
	P	0,010	0,666	0,474

Στο Γράφημα 9 δίνεται η βαθμολογία άγχους των συμμετεχόντων ανάλογα με την ηλικία τους.

Γράφημα 9. Βαθμολογία άγχους των συμμετεχόντων ανάλογα με την ηλικία τους.



Στη συνέχεια έγιναν γραμμικές πολυπαραγοντικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας DASS και ανεξάρτητες τα δημογραφικά-κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τη βαθμολογία πνευματικότητας. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα που δίνονται στους πίνακες που ακολουθούν (Πίνακας 20,21,22).

Η διάρκεια της νόσου και η βαθμολογία Πνευματικότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία Κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερη ήταν η διάρκεια της νόσου των συμμετεχόντων τόσο περισσότερη κατάθλιψη αισθάνονταν.
- Αντίθετα όσο υψηλότερος ήταν ο βαθμός πνευματικότητας τους, τόσο λιγότερη ήταν η κατάθλιψη που αισθάνονταν.

Η ηλικία των συμμετεχόντων και η οικογενειακή τους κατάσταση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία Άγχους. Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτεροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο ήταν και το άγχος που είχαν.
- Οι συμμετέχοντες οι οποίοι είτε ήταν έγγαμοι είτε ούτε ζούσαν με κάποιον σύντροφο, είχαν σημαντικά λιγότερο άγχος.

Μόνο ο αριθμός χημειοθεραπειών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία Στρες των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα όσο περισσότερες ήταν οι χημειοθεραπείες που είχαν κάνει τόσο πιο αυξημένο ήταν και το στρες που αισθάνονταν.

➤ *Με εξαρτημένη τη Βαθμολογία Κατάθλιψης:*

Πίνακας 20. Συσχέτιση κατάθλιψης με διάρκεια νόσου και βαθμολογία πνευματικότητας

	β+	SE++	P
Διάρκεια νόσου	0,012	0,004	0,004
Βαθμολογία πνευματικότητας	-0,057	0,023	0,014

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

➤ *Με εξαρτημένη τη Βαθμολογία Άγχους:*

Πίνακας 21. Συσχέτιση άγχους με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση

	β+	SE++	P
Ηλικία	0,010	0,004	0,009
Έγγαμος-η/Ζω με σύντροφο			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	-0,320	0,065	0,030

➤ *Με εξαρτημένη τη Βαθμολογία στρες:*

Πίνακας 22. Συσχέτιση στρες με τον αριθμό χημειοθεραπειών

	β+	SE++	P
Αριθμός χημειοθεραπειών (κύκλος χημειοθεραπείας)	0,013	0,005	0,006

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

10. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ασθενών υπό χημειοθεραπεία. Μόνο με την σκέψη του θανάτου των ασθενών με καρκίνο, οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν, με αποτέλεσμα να διακατέχονται από υπαρξιακή αναζήτηση για το νόημα της ζωής τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δίνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον στην πνευματικότητα και τη φροντίδα του πνεύματός τους, η οποία δύναται να μειώνει τον ψυχικό τους πόνο (Kamijo et al., 2020). Στα πλαίσια αυτά, επιχειρήθηκε στην παρούσα μελέτη η διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών.

10.1 Πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων

Στη μελέτη το 51,7% των συμμετεχόντων είχαν μια Θρησκευτική και Πνευματική κατανόηση της ζωής και το 63,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν ακολουθούν κάποια θρησκεία. Σε μελέτη που έγινε στη Βραζιλία με σκοπό τη συσχέτιση της πνευματικότητας-θρησκευτικότητας με την ελπίδα σε ασθενείς με καρκίνο, το 91,5% των ασθενών δήλωσαν ότι πίστευαν σε μία θρησκεία και γενικότερα είχαν μία πνευματική και θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή, ενώ το 68,3% αυτών δήλωσαν ότι ήταν Καθολικοί (Costa et al., 2019). Σε άλλη παρόμοια έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν μια πνευματική και θρησκευτική άποψη για τη ζωή με την πλειοψηφία αυτών να είναι Χριστιανοί, ακολουθούσαν οι Εβραίοι, οι Μουσουλμάνοι και τέλος οι Βουδιστές, σε αντίθεση με το υπόλοιπο ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι δεν είχαν μία πνευματική και θρησκευτική άποψη για τη ζωή, καθώς δεν πίστευαν σε κάποια θρησκεία (King et al., 2001). Σε μελέτη στην Ταϊβάν, το 71,5% πίστευαν σε μία θρησκεία (Βουδισμός) και είχαν κάποια πνευματική-θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή, ενώ το 75% των συμμετεχόντων της μελέτης δεν ανέφεραν κάποια θαυματουργική θρησκευτική εμπειρία (Tsai et al., 2016). Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, στη μελέτη των Sapountzi-Krepia et al., (2005) το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δήλωσαν πως ανήκουν σε κάποια θρησκεία, ενώ μόλις το 8,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν είχαν κάποια πνευματική/θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή τους. Στην ίδια μελέτη το 21,1% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν μία θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή, το 8,7% δήλωσαν ότι είχαν μία πνευματική κατανόηση για τη ζωή, ενώ το 61,4% δηλαδή η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν τόσο πνευματική όσο και θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή. Σε άλλη παρόμοια έρευνα το 19% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν μια θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή, το 23,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι

είχαν μόνο πνευματική κατανόηση για τη ζωή, το 38,1% δήλωσαν ότι είχαν και θρησκευτική και πνευματική και το 19% δήλωσαν ότι δεν είχαν ούτε θρησκευτική ούτε πνευματική κατανόηση για τη ζωή (Maiko et al., 2019). Σε αντίθεση με τη δική μας έρευνα, σε παρόμοια μελέτη το 97% των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι είχαν μία πνευματική κατανόηση για τη ζωή και το 89% των συμμετεχόντων θεωρούσαν πως είχαν μια θρησκευτική κατανόηση για τη ζωή. Ποσοστά τα οποία δηλώνουν πως σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν τους εαυτούς τους είτε πνευματικούς, είτε θρησκευόμενους (Delgado-Guay et al., 2021).

Στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες θεωρούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τις θρησκευτικές/πνευματικές τους απόψεις για τη ζωή ισχυρές και σε μικρότερο βαθμό πίστευαν σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό τους η οποία επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές, όπως σεισμούς, πλημμύρες και τα παγκόσμια γεγονότα. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα των King et al., (2001) όπου βρέθηκαν ότι οι πνευματικές/θρησκευτικές τους πεποιθήσεις για τη ζωή ήταν πιο ισχυρές και σε μικρότερο βαθμό πίστευαν σε μία πνευματική δύναμη η οποία επεμβαίνει σε προσωπικές, φυσικές ή παγκόσμιες υποθέσεις.

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, η προσευχή φαίνεται να είναι σημαντική για το 83,3% των συμμετεχόντων με το 86% αυτών να επιθυμούν να είναι μόνοι τους στη διάρκειά της. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα στην έρευνα των Roh et al., (2018) και στην έρευνα των Tsai et al., (2016) όπου μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσαν πως η προσευχή έπαιξε πρωταρχικό ρόλο στην ψυχική τους ενδυνάμωση για την αντιμετώπιση της νόσου. Στην έρευνά μας οι μισοί περίπου φάνηκε να θεωρούν σημαντικές τις τελετουργικές διαδικασίες από κοινού με άλλους, τον διαλογισμό κατά τον οποίο προτιμούν να είναι μόνοι τους, το διάβασμα και τη μελέτη και τέλος την επαφή με θρησκευτικό ηγέτη. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα στη μελέτη των Sapountzi-Krepia et al., (2005) παρόλο που ένα μικρό ποσοστό δήλωσε πως κανένα από τα παραπάνω δεν έχει πρωταρχικό ρόλο στην πίστη τους.

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, η επικοινωνία με μία ανώτερη δύναμη γίνεται κυρίως μέσω της προσευχής. Σε άλλη μελέτη αναφέρθηκε ωστόσο ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν επικοινωνούσε μέσω της προσευχής ή με κάποιο άλλο τρόπο (Sapountzi-Krepia et al., 2005). Επίσης, σύμφωνα πάλι με τα ευρήματά μας, οι μισοί περίπου ασθενείς δήλωσαν πως πιστεύουν ότι υπάρχουμε με κάποια μορφή και μετά το θάνατο μας, με την πλειοψηφία αυτών να πιστεύει πως αυτό γίνεται με τη μορφή της ψυχής. Στη μελέτη των Sapountzi-Krepia et al., (2005) περίπου το 1/3 των συμμετεχόντων πίστευαν πως υπάρχουμε με κάποιου είδους μορφή μετά το θάνατό μας, ενώ παρόμοιο ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι ήταν αβέβαιοι για την ύπαρξή μας με κάποια μορφή μετά το θάνατό μας. Στην

έρευνά μας όπου το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από Χριστιανούς Ορθόδοξους, βρήκαμε ότι σχεδόν οι μισοί πίστευαν στη μεταθανάτια ζωή, οι άλλοι μισοί ήταν αβέβαιοι και μόνο ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων δεν πίστευε στην ύπαρξη της μεταθανάτιας ζωής, ενώ, σε μελέτη που οι ασθενείς αποτελούνταν από διαφορετικές θρησκείες, φάνηκε πως οι Μουσουλμάνοι πιστεύουν περισσότερο στη μεταθανάτια ζωή από ότι οι Χριστιανοί (Sapountzi-Krepia et al, 2005). Συμπερασματικά, όπως φάνηκε από άλλη μελέτη, η πίστη στη μεταθανάτια ζωή ήταν στενά συνδεδεμένη με άτομα που είχαν μία θρησκευτική-πνευματική πεποίθηση στη ζωή τους (King et al., 2001).

Στην παρούσα έρευνα αναφέρθηκαν έντονες εμπειρίες καθώς και η αίσθηση ενός νέου βαθύτερου νοήματος της ζωής. Σε μελέτη που έγινε στην Ταϊβάν για την επίδραση της θρησκείας στον καρκίνο, βρέθηκε πως οι γυναίκες που πίστευαν στο Χριστιανισμό είχαν βιώσει ένα θαύμα στη διάρκεια της ασθένειάς τους. Φαίνεται πως οι θρησκευτικές εμπειρίες, ανατροφοδοτούν την πίστη τους, με αποτέλεσμα η θρησκεία να επιδρά πιο έντονα στη ζωή τους και στην πορεία της νόσου τους (Tsai et al., 2016). Σε παρόμοια έρευνα, οι συμμετέχοντες, ανέφεραν ότι είχαν βιώσει μία εμπειρία στην οποία ένιωσαν κάποιο βαθύ και σημαντικό νόημα για τη ζωή ή αισθάνθηκαν ένα με το σύμπαν. Οι εμπειρίες που περιέγραφαν συνήθως είχαν θετικό χαρακτήρα και αναφέρονταν σε μία αίσθηση γαλήνης και ηρεμίας, ενώ μόνο λίγοι ανέφεραν ότι είχαν κάποιο όραμα (King et al., 2001). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Sapountzi-Krepia et al., (2005) ένα ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι κάποια στιγμή στη ζωή τους είχαν βιώσει μία έντονη εμπειρία μέσω της οποίας είχαν αισθανθεί το βαθύ νόημα της ζωής. Όταν τους ζητήθηκε να περιγράψουν την εμπειρία τους, οι περισσότεροι ανέφεραν πως ένιωσαν την παρουσία μιας ανώτερης δύναμης, ένα αίσθημα γαλήνης και ηρεμίας και τη δύναμη ότι θα ανταπεξέλθουν από την ασθένεια. Κανένας από τους συμμετέχοντες που είχαν βιώσει αυτή την εμπειρία δεν ανέφερε φόβο και αυτό οφείλεται ίσως στο γεγονός ότι τους δινόταν η ευκαιρία να έρθουν πιο κοντά στο Θεό και τη χάρη του Θεού.

Η πνευματικότητα στην παρούσα μελέτη ήταν μέτρια. Σε άλλη μελέτη των Tsai et al., (2016) βρέθηκε ότι η πνευματικότητα των ασθενών ήταν μεγαλύτερη συγκριτικά με τη δική μας μελέτη, έχοντας μεγαλύτερη επιρροή στην υγεία των ασθενών και παρέχοντάς τους ψυχική ενδυνάμωση για την αντιμετώπιση της νόσου και της εξέλιξής της. Στη μελέτη των Miller et al., (2022) η πνευματικότητα των συμμετεχόντων ήταν επίσης υψηλότερη συγκριτικά με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας. Στη μελέτη των Gonzalez et al., (2014) βρέθηκε πως η πνευματικότητα των συμμετεχόντων ήταν μέτρια όπως και στη δική μας έρευνα.

10.2 Συσχέτιση πνευματικότητας με τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στη μελέτη μας φάνηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου είχαν λιγότερες πνευματικές ανάγκες, σε σχέση με όσους ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Οι άνθρωποι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου είναι πιο εύκολο να πιστέψουν χωρίς έρευνα στο υπερφυσικό. Οι άνθρωποι υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου είναι πιο δύσκολο να πιστέψουν στο υπερφυσικό και να το δεχτούν τόσο εύκολα χωρίς έρευνα και αυτό γιατί η λογική τους και η όποια επιστήμη έχουν σπουδάσει αντιστέκεται σθεναρά στην αποδοχή του Θείου, του υπερβατικού. Σε παρόμοιες μελέτες που ερευνούσαν τη συσχέτιση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας με την ελπίδα και την κατάθλιψη αντίστοιχα στους ογκολογικούς ασθενείς, τα ευρήματα ήταν παρόμοια (Costa et al., 2019, Nelson et al., 2009).

Σε έρευνα που έγινε στον ελληνικό πληθυσμό φάνηκε ότι το φύλο επηρεάζει την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα των συμμετεχόντων, καθώς οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερα επίπεδα πνευματικότητας και θρησκευτικότητας από τους άνδρες (Sapountzi-Kreriá et al., 2005). Στη έρευνά μας φάνηκε ότι η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια νόσου και ο αριθμός χημειοθεραπειών των συμμετεχόντων δεν σχετίζονται με την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα.

10.3 Άγχος κατάθλιψη και στρες των συμμετεχόντων

Στην έρευνά μας, το 1/3 των συμμετεχόντων είχαν φυσιολογικά επίπεδα άγχους, αλλά παρόμοιο ήταν και το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν μέτρια επίπεδα άγχους. Χαμηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων με ήπια και σοβαρά επίπεδα άγχους ενώ το 20% των συμμετεχόντων είχαν πολύ σοβαρά επίπεδα άγχους. Αντίθετα, σε παρόμοια έρευνα που μελετούσε το άγχος και την κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο, φάνηκε πως πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν συμπτώματα σοβαρού άγχους (Lee et al., 2018). Σε παρόμοια έρευνα στην Ταϊβάν τα αποτελέσματα έδειξαν πως μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων είχε ήπιο άγχος, περίπου το 1/5 των συμμετεχόντων είχαν μέτριο άγχος και μικρό ποσοστό είχε σοβαρό άγχος, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της μελέτης μας όπου το ποσοστό των ασθενών που είχε σοβαρό άγχος είναι υψηλότερο (Huang et al., 2019). Σε μελέτη που έγινε στην Νότια Κορέα βρέθηκε πως σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν ήπιο άγχος σε αντίθεση με τη μελέτη μας όπου το ποσοστό ήπιου άγχους ήταν πολύ χαμηλότερο μεταξύ των συμμετεχόντων. Τα ποσοστά μέτριου άγχους τόσο στην παρούσα μελέτη όσο και στη μελέτη της Νότιας Κορέας ήταν παρόμοια, ενώ τα αποτελέσματα

σοβαρού άγχους ήταν πιο υψηλά στη μελέτη μας (Huang et al.,2020). Σε παρόμοια μελέτη αναφέρεται πως σχεδόν το 1/3 των συμμετεχόντων είχαν άγχος χωρίς να διευκρινίζεται η κλιμάκωσή του, ενώ σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη, πάνω από το 60% των συμμετεχόντων φάνηκε να μην είχε άγχος (Tsaras et al., 2018).

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν φυσιολογικού επιπέδου κατάθλιψη, χαμηλά ήταν τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 5% είχε πολύ σοβαρή κατάθλιψη. Αντιθέτως, σε παρόμοια μελέτη βρέθηκε πως σχεδόν το 1/3 των συμμετεχόντων υπέφερε από συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης (Lee et al., 2018). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Huang et al., (2019), βρέθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων τους είχαν ήπιου βαθμού κατάθλιψη σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα όπου το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είχε κατάθλιψη, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 10% είχε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη σε αντίθεση, ποσοστό μεγαλύτερο επίσης από αυτό της παρούσας μελέτης. Το ίδιο ισχύει και στην έρευνα των Huang et al., (2020), με μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων να έχουν ήπιο και μέτριο βαθμό κατάθλιψης ενώ στη μελέτη μας τα ποσοστά ήπιας και μέτριας κατάθλιψης ήταν αρκετά μικρά. Ως προς τον σοβαρό βαθμό κατάθλιψης, τα αποτελέσματα φάνηκε να είναι παρόμοια. Σε παρόμοια μελέτη με γυναίκες με καρκίνο του μαστού, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων είχαν κατάθλιψη χωρίς να διευκρινίζεται η κατάταξη (ήπια, μέτρια, σοβαρή) σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα όπου το συνολικό ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν κατάθλιψη ήταν χαμηλότερο. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν είχαν κατάθλιψη ήταν παρόμοιο με το ποσοστό στη δική μας μελέτη (Tsaras et al., 2018).

Τέλος, στην έρευνά μας, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες είχαν φυσιολογικά επίπεδα στρες. Τα επίπεδα ήπιου, μέτριου και σοβαρού στρες ήταν χαμηλά, ενώ τα επίπεδα πολύ σοβαρού στρες ήταν πολύ χαμηλά. Σε παρόμοια μελέτη οι ασθενείς με καρκίνο που είχαν υποβληθεί σε γνωστική συμπεριφοριστική παρέμβαση για μείωση του στρες φάνηκε πως είχαν τα ίδια αποτελέσματα με τη μελέτη μας, καθώς η μέθοδος αυτή συνέβαλε στη μείωση του στρες και στην καλύτερη σωματική και ψυχική ευεξία (Antoni & Dhabhar, 2019). Σε άλλη μελέτη, οι ασθενείς με καρκίνο είχαν περισσότερο στρες, ενώ τα επίπεδα μέτριου και σοβαρού στρες ήταν πολύ υψηλότερα (Breitbart et al., 2018).

10.4 Συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας DASS με δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στη μελέτη μας βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επίσης, τα υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας φάνηκε να σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ίδια ήταν τα αποτελέσματα στην έρευνα των Miller et al., (2021) και στην έρευνα των Travado et al., (2010) όπου οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας, είχαν μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Οι Tsaras et al., (2018) στη μελέτη τους σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, διαπίστωσαν ότι οι Χριστιανοί είχαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ όσοι δεν ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι είχαν 6,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη και 9,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους. Όσον αφορά την έκβαση της νόσου, αναφέρεται πως όσο προχωρημένο ήταν το στάδιο και όσο πιο καταβεβλημένοι σωματικά ήταν οι ασθενείς τόσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός κατάθλιψης και άγχους.

Σε γενικές γραμμές οι μακροχρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος, προκαλούν άγχος και κατάθλιψη στους ασθενείς. Οι ασθενείς με χαμηλότερο βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας είναι πιο επιρρεπείς σε εμφάνιση αγχώδους διαταραχής και συμπτώματα κατάθλιψης, γνωστική και σωματική ανικανότητα, κακή ποιότητα ζωής, μη συμμόρφωση στη θεραπεία και επιθυμία πρόωρου θανάτου (Stutzman & Abraham, 2017). Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα δίνουν νόημα στη ζωή των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η διατήρηση της πνευματικότητας συμβάλει στη διερεύνηση της προσωπικής και πνευματικής ευεξίας ώστε να αποφευχθούν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Όταν το τέλος της ζωής πλησιάζει, ο θάνατος, το νόημα της ζωής, ο σκοπός της ζωής και η υπερβατικότητα γίνονται σημαντικά θέματα που ενισχύουν την πνευματικότητα, την ψυχική ανάταση και την ευεξία των ασθενών (Bovero et al., 2016).

Αρκετοί ασθενείς στρέφονται στην ικανοποίηση των πνευματικών τους αναγκών και μέσω των πνευματικών παρεμβάσεων έχουν περισσότερη ελπίδα και αισιοδοξία και λιγότερο άγχος και κατάθλιψη. Ίσως οι πνευματικές παρεμβάσεις (διαλογισμός, γιόγκα, προσευχή κ.λπ.) να μειώνουν την κατάθλιψη και το άγχος που προκαλεί η διάγνωση του καρκίνου και οι θεραπείες για τη νόσο και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στους ασθενείς για το άγχος και την κατάθλιψη, συχνά δεν είναι καλά ανεκτή λόγω παρενεργειών (Xing et al., 2018).

Η ηλικία των συμμετεχόντων και η οικογενειακή τους κατάσταση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία άγχους. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο περισσότερο ήταν και το άγχος. Αντιθέτως, σε παρόμοια μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών βρέθηκε πως όσο πιο μικρή ήταν η ηλικία τους τόσο μεγαλύτερο άγχος είχαν, ίσως επειδή οι ασθενείς αυτοί έχουν το μέλλον μπροστά τους και ανησυχούν για την έκβαση της νόσου (Liu & Yang, 2019). Σε παρόμοια μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, βρέθηκε επίσης πως όσο μικρότερη η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο πιο αυξημένα τα επίπεδα άγχους (Huang et al., 2020). Ίδια αποτελέσματα με τα δικά μας έδειξε και η μελέτη των Lee et al., (2018) όπου οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είχαν περισσότερο άγχος.

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι είτε ήταν έγγαμοι είτε ούτε ζούσαν με κάποιον σύντροφο είχαν σημαντικά λιγότερο άγχος. Αντίθετα, σε άλλη μελέτη, από τη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών και του άγχους, φάνηκε ότι οι ασθενείς που ήταν έγγαμοι είχαν περισσότερο άγχος σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς που ήταν άγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι (Parás-Bravo et al., 2020).

Τέλος ο αριθμός χημειοθεραπειών βρέθηκε να σχετίζεται με το στρες των συμμετεχόντων, και συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των χημειοθεραπειών τόσο πιο αυξημένο ήταν και το αντιλαμβανόμενο στρες. Σε παρόμοια μελέτη με τη δική μας, βρέθηκε ότι όσο εξελίσσεται η νόσος και αυξάνεται ο αριθμός των χημειοθεραπειών και οι ασθενείς οδεύουν προς το τελικό στάδιο, αυξάνεται και το στρες και η δυσφορία που αισθάνονται (Bernard et al., 2017). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Lee et al., (2018) όπου φάνηκε πως όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα της νόσου, οι υποτροπές άρα και ο αριθμός των χημειοθεραπειών, τόσο μεγαλύτερο είναι το στρες και η συναισθηματική δυσφορία που αισθάνονται οι ασθενείς.

11. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Τόσο οι πνευματικές όσο και οι θρησκευτικές ανάγκες συχνά δεν ικανοποιούνται στους ογκολογικούς ασθενείς, καθώς οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να τις θεωρούν δευτερευούσης σημασίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην άγνοια των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σημαντικότητα αυτών των θεμάτων ή στο γεγονός ότι η ενασχόληση με τέτοιου είδους θέματα, κυρίως στον προχωρημένο καρκίνο, επιφέρει σε αυτούς μεγάλη ψυχική επιβάρυνση.

Συμπερασματικά, μέσα από τη μελέτη φάνηκε ότι η στροφή του ανθρώπου προς μία ανώτερη δύναμη έχει σημαντική θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής του, στη συμμόρφωσή του απέναντι στη θεραπεία του καρκίνου, στην αποδοχή της νόσου, στην βελτίωση των σχέσεων του ασθενή με τον εαυτό του, με την οικογένεια, με τον κοινωνικό περίγυρο, με τη φύση, με τον Θεό. Οι ασθενείς με υψηλότερη πνευματικότητα και θρησκευτικότητα είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς έχουν την ελπίδα και την πίστη ότι ο Θεός θα τους βοηθήσει σε αυτό που δεν είναι ανθρωπίνως δυνατό.

Όσο πλησιάζει το τέλος και δυναμώνει ο φόβος του θανάτου, γίνεται στροφή προς το Θεό και τις ανώτερες δυνάμεις από τους ασθενείς και από τους συγγενείς-φροντιστές οι οποίοι στηρίζονται μέσω της πίστης τους ώστε να αντέξουν την απώλεια των αγαπημένων τους. Όσο οι ασθενείς πλησιάζουν προς το τέλος τους, η ανάγκη για την ικανοποίηση των πνευματικών-θρησκευτικών τους αναγκών αυξάνεται, καθώς αυξάνεται και η αναζήτηση για το τι υπάρχει μετά το θάνατο. Όπως φάνηκε από τη μελέτη οι περισσότεροι ασθενείς έχουν την ανάγκη να πιστεύουν στη μεταθανάτια ζωή και στο γεγονός ότι ο θάνατος δεν είναι το απόλυτο τέλος αυτής της ζωής.

Για μία καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο, θα πρέπει να ικανοποιούνται εξίσου όλες οι ανάγκες τους, βιολογικές και ψυχικές. Για να επιτευχθεί αυτό, οι επαγγελματίες υγείας καλό θα ήταν να εκπαιδευτούν περισσότερο στην ικανοποίηση των ψυχικών και πνευματικών αναγκών, μιας και όπως φάνηκε από τη μελέτη μας, η κάλυψή τους βοηθά ώστε οι ασθενείς να έχουν λιγότερο άγχος, κατάθλιψη και γενικότερα μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Επίσης, η αξιολόγηση των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών θα πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο από την έναρξη της διάγνωσης της νόσου έως την αποθεραπεία ή το τέλος της ζωής. Με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί η καλύτερη συνεργασία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας καθώς θα υπάρχει καλύτερη αποδοχή της κατάστασης. Επίσης καλό θα ήταν στους ογκολογικούς ασθενείς που

παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη, να μην χορηγούνται αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά φάρμακα άμεσα, καθώς λόγω παρενεργειών τις περισσότερες φορές δεν είναι καλά ανεκτά από τους ασθενείς με αποτέλεσμα την ελλιπή συμμόρφωση. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αξιολογούν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους και να φροντίζουν για την ικανοποίησή τους μέσω δομημένης εκτίμησης και αν υπάρχει η ανάγκη να παραπέμπονται σε κάποιο θρησκευτικό ηγέτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmadi F, Erbil P, Ahmadi N, Cetrez Ö A. Religion, culture and meaning-making coping: A study among cancer patients in Turkey. *Journal of religion and health*, 2019: 58(4) :1115-1124.
- Ahmadi F, Hussin N A M, Mohammad M T. Religion, culture and meaning-making coping: A study among cancer patients in Malaysia. *Journal of religion and health*, 2019: 58(6) :1909-1924.
- Anders, C. K., Hsu, D. S., Broadwater, G., Acharya, C. R., Foekens, J. A., Zhang, Y., ... & Blackwell, K. L. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. *Journal of clinical oncology*, 2008: 26(20): 3324-3330.
- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 2019: 125(9) :1417-1431.
- Arora, A., Saini, S. K., Nautiyal, V., Verma, S. K., Gupta, M., Kalra, B. P., & Ahmad, M. Cancer pain, anxiety, and depression in admitted patients at a tertiary care hospital: a prospective observational study. *Indian Journal of Palliative Care*, 2019: 25(4): 562.
- Ashing-Giwa, K., Rosales, M., Lai, L., & Weitzel, J. Depressive symptomatology among Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2013: 22(4): 845-853.
- Balducci, L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 2019: 57(1) :171-175.
- Balducci, L., & Innocenti, M. Quality of life at the end of life. In *Dying and death in oncology*, 2017: (pp. 31-46) :Springer, Cham.
- Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig, G., Forster, M., Kaspers-Elekes, K., ... & Magaya, N. K. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 2017: 54(4) :514-522.
- Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European journal of cancer care*, 2016: 25(6) :961-969.

- Bovero A, Tosi C, Botto R, Opezzo M, Giono-Calvetto F, Torta R. The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study. *Journal of religion and health*, 2019: 58(6) :2144-2160.
- Boyd, L. R., & Muggia, F. M. Carboplatin/paclitaxel induction in ovarian cancer: the finer points. *Oncology (08909091)*, 2018: 32(8)
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., ... & Fenn, N. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 2018: 124(15) :3231-3239.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*, 2005: 23(26): 6440-6441.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 2005: 330(7493): 702.
- Corner J, Bailey C. Νοσηλευτική Ογκολογία Το πλαίσιο φροντίδας, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, 3
- Costas, R., & Gany, F. Depressive symptoms in a sample of Afro-Caribbean and Latino immigrant cancer patients: a comparative analysis. *Supportive Care in Cancer*, 2013: 21(9): 2461-2468.
- Costa D T, Silva D M R D, Cavalcanti I D L, Gomes E T, Vasconcelos J L D A, Carvalho M V G D. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Revista brasileira de enfermagem*, 2019: 72(3) :640-645.
- Davis L Z, Cuneo M, Thaker P H, Goodheart M J, Bender D, Lutgendorf S K. Changes in spiritual well-being and psychological outcomes in ovarian cancer survivors. *Psycho-oncology*, 2018: 27(2) :477-483.
- Delgado-Guay M O, Hui D, Parsons H A, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 2011: 41(6) : 986-994.
- Delgado-Guay, M. O., Palma, A., Duarte, E., Grez, M., Tupper, L., Liu, D. D., & Bruera, E. Association between spirituality, religiosity, spiritual pain, symptom distress, and quality

- of life among Latin American patients with advanced cancer: a multicenter study. *Journal of palliative medicine*, 2021: 24(11) :1606-1615.
- DiMatteo, M. R., & Haskard-Zolnierrek, K. B. Impact of depression on treatment adherence and survival from cancer. *Depression and cancer*, 2011: 101-124.
- Dunn, J., & Steginga, S. K. Young women's experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-oncology*, 2000.
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P. J., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., ... & Russell, C. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2005: 23(13): 3052.
- Else-Quest, N. M., LoConte, N. K., Schiller, J. H., & Hyde, J. S. Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology and Health*, 2009: 24(8): 949-964.
- Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., Nuñez, A., ... & Talavera, G. A. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 2014: 22(9) :2393-2400.
- Hjerl, K., Andersen, E. W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B., & Jørgensen, T. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 2003: 44(1): 24-30.
- Holden, A. E., Ramirez, A. G., & Gallion, K. Depressive symptoms in Latina breast cancer survivors: a barrier to cancer screening. *Health Psychology*, 2014: 33(3): 242.
- Hortense F T P, Bergerot C D, Domenico E B L D. Quality of life, anxiety and depression in head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2020: 54.
- Huang H M, Lai J H, Huang T W. Mediating effects of depression on anxiety and leisure constraints in patients with breast cancer. *BMC women's health*, 2019: 19(1) :1-8.
- Huang X, Zhang T Z, Li G H, Liu L, Xu G Q. Prevalence and correlation of anxiety and depression on the prognosis of postoperative non-small-cell lung cancer patients in North China. *Medicine*, 2020: 99(11).

- Johnson, K. S., Tulskey, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., & Steinhauser, K. E. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?. *Journal of general internal medicine*, 2011: 26(7) :751-758.
- Kamijo Y, Miyamura T. Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. *Japan Journal of Nursing Science*, 2020: 17(1) :e12276.
- Kandasamy A, Chaturvedi S K, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian journal of cancer*, 2011: 48(1) :55.
- Karabekiroğlu A, Demir E Y, Aker S, Kocamanoğlu B, Karabulut G S. Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore medical journal*, 2018: 59(11) :572.
- King M, Speck P, Thomas A. The royal free interview for spiritual and religious beliefs: Development and validation of a self-report version. *Psychological medicine*, 2001: 31(6): 1015-1023.
- Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M., & Carmichael, A. R. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018: 1.
- Lee M S, Tyson D M, Gonzalez B D, Small B J, Lechner S C, Antoni M H, Jacobsen P B. Anxiety and depression in Spanish-speaking Latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psycho-oncology*, 2018: 27(1) :333-338.
- Le Mone P, Burke K, Bauldoff G. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς, Πέμπτη έκδοση, τόμος Α, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2011, 408-412, 414, 418-420, 428, 430-431, 439-443
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, 2012: 141(2-3): 343-351.
- Liu H, Yang L. Dynamic change of depression and anxiety after chemotherapy among patients with ovarian cancer. *Medicine*, 2019: 98(31).

- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. P03-561-Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 2011: 26 :1731.
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 2015: 82(1) :100-108.
- Maiko S, Johns S A, Helft P R, Slaven J E, Cottingham A H, Torke A M. Spiritual experiences of adults with advanced cancer in outpatient clinical settings. *Journal of pain and symptom management*, 2019: 57(3) :576-586.
- Majem, B., Nadal, E., & Muñoz-Pinedo, C. Exploiting metabolic vulnerabilities of Non small cell lung carcinoma. In *Seminars in cell & developmental biology*, 2020: 98: 54-62. Academic Press.
- Manning-Walsh, J. Spiritual struggle: Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 2005: 23(2) :120-140.
- Mehnert, A., Koch, U., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Faller, H., ... & Härter, M. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients—study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC psychiatry*, 2012: 12(1): 1-9.
- Miller, M., Kwekkeboom, K., & Cherwin, C. The role of spirituality in symptom experiences among adults with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2022: 30(1) :49-57.
- Moosavi S, Rohani C, Borhani F, Akbari M E. Factors affecting spiritual care practices of oncology nurses: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 2019: 27(3) :901-909
- Nelson C, Jacobson C M, Weinberger M I, Bhaskaran V, Rosenfeld B, Breitbart W, Roth A J. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 2009: 38(2) :105-114.
- Oliveira Arrieira I C, Thofehrn M B, Porto A R, Moura P M M, Martins C L, Jacondino M B. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev esc enferm USP*, 2018: 52 :e03312.

- Parás-Bravo, P., Paz-Zulueta, M., Alonso-Blanco, M. C., Salvadores-Fuentes, P., Alconero-Camarero, A. R., & Santibañez, M. Association among presence of cancer pain, inadequate pain control, and psychotropic drug use. *PloS one*, 2017: 12(6): e0178742.
- Parás-Bravo P, Paz-Zulueta M, Boixadera-Planas E, Fradejas-Sastre V, Palacios-Ceña D, Fernández-de-Las-Peñas C, Alonso-Blanco C. Cancer Patients and Anxiety: A Gender Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 2020: 17(4) :1302.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2011: 2(1) :51-76.
- Park E M, Gelber S, Rosenberg S M, Seah D S, Schapira L, Come S E, Partridge A H. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics*, 2018: 59(3) :251-258.
- Parkitny, L., & McAuley, J. The depression anxiety stress scale (DASS). *J Physiother*, 2010: 56(3) :204.
- Peteet J R, Balboni M J. Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2013: 63(4) :280-289.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine*, 2002: 24(1) :49-58.
- Petkova, M., Nikolov, V., Galabova, M., & Petrova, B. Psychological assessment of cancer patients with chronic pain. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2010: 5 :421-425.
- Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 2018: 361.
- Roh, S., Burnette, C. E., & Lee, Y. S. Prayer and faith: Spiritual coping among American Indian women cancer survivors. *Health & Social Work*, 2018: 43(3) :185-192.
- Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Sgantzios, M., Kotrotsiou, E., Roupa-Darivaki, Z., Sotiropoulou, K. & Dimitriadou, A. Validation and test-retest reliability of the Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs when adapted to a Greek population. *Annals of General Psychiatry*, 2005: 4(1) :6.

- Selman L E, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, InSpirit Collaborative. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative medicine*, 2018: 32(1) :216-230.
- Shimizu, K., Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Akechi, T., Yamada, Y., Fujimori, M., ... & Uchitomi, Y. Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Annals of oncology*, 2012: 23(8): 1973-1979.
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Brähler, E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of oncology*, 2010: 21(5): 925-930.
- Sprik P J, Tata B, Kelly B, Fitchett G. Religious/spiritual concerns of patients with brain cancer and their caregivers. *Annals of Palliative Medicine*, 2020
- Stanton, A. L., Luecken, L. J., MacKinnon, D. P., & Thompson, E. H. Mechanisms in psychosocial interventions for adults living with cancer: opportunity for integration of theory, research, and practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2013: 81(2): 318.
- Steinhorn D M, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med*, 2017: 6(3) :237-247.
- Stutzman H, Abraham S. A correlational study of spiritual well-being and depression in the adult cancer patient. *The health care manager*, 2017: 36(2) :164-172
- Sun V, Kim J Y, Irish T L, Borneman T, Sidhu R K, Klein L, Ferrell B. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-oncology*, 2016: 25(12) :1448-1455.
- Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J, Southern European Psycho-Oncology Study Group. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative & supportive care*, 2010: 8(4) :405-413.
- Tsai T J, Chung U L, Chang C J, Wang H H. Influence of religious beliefs on the health of cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2016: 17(4) : 2315-2320.

- Tsaras K, Papathanasiou I V, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos E C. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2018: 19(6) :1661.
- Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: an overview of systematic reviews. *Journal of clinical nursing*, 2019: 28(13-14): 2401-2419.
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 2014: 1(5): 343-350.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European journal of cancer*, 2005: 41(12): 1710-1714.
- Watts, S., Prescott, P., Mason, J., McLeod, N., & Lewith, G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ open*, 2015 :5(11) :e007618.
- Xing L, Guo X, Bai L, Qian J, Chen J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: a meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 2018: 97(35).
- Yan, A. F., Wang, Y., & Ng, A. V. Physical activity and annual medical outlay in US colorectal, breast and prostate cancer survivors. *Preventive medicine reports*, 2018: 9: 118-123.
- Zebrack, B. J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., Hayes-Lattin, B., ... & Cole, S. Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis. *Psycho-Oncology*, 2014: 23(11): 1267-1275.

Παράρτημα

Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης για τη συμμετοχή σε έρευνα:

«Η επίδραση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία»

Ερευνήτρια: Μπεμπένη Χαρίκλεια, Νοσηλεύτρια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ουρανία Γκοβίνα

Δέχομαι να συμμετάσχω στην έρευνα με θέμα: «Η επίδραση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία». Η έρευνα αυτή διεξάγεται από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Νοσηλευτική Σχολή), με ερευνήτρια την Μπεμπένη Χαρίκλεια, στα πλαίσια της απόκτησης του Μεταπτυχιακού Διπλώματος. Η ερευνήτρια μου εξήγησε το στόχο της μελέτης και απάντησε στις ερωτήσεις μου. Επίσης πληροφορήθηκα ότι η συμμετοχή ή η άρνησή μου να απαντήσω στις ερωτήσεις δεν θα έχουν επιπτώσεις στις υπηρεσίες τις οποίες εγώ ή οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς μου μπορεί να λάβει από κάθε επαγγελματία φροντίδας υγείας. Από τη συμμετοχή αυτή δεν υπάρχουν παρενέργειες, αν και ορισμένα άτομα ίσως βρίσκουν κουραστική τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων σχετικά με την υγεία τους. Τα πιθανά οφέλη αυτής της έρευνας είναι ότι έχω μια ευκαιρία να εκφράσω τα προβλήματά μου σε έναν αντικειμενικό ερευνητή και ότι οι πληροφορίες που μοιράζομαι ίσως βοηθήσουν άλλους ανθρώπους με παρόμοια προβλήματα ή καταστάσεις στο μέλλον. Τέλος, κατανοώ ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα μου δοθούν αν τα ζητήσω και ότι η ερευνήτρια Μπεμπένη Χαρίκλεια είναι το άτομο που μπορώ να έρθω σε επαφή αν έχω ερωτήσεις για την έρευνα ή γύρω από τα δικαιώματά μου ως συμμετέχον μέλος. Το τηλέφωνο που μπορώ να επικοινωνώ με την Μπεμπένη Χαρίκλεια είναι το Εξουσιοδοτώ δια του παρόντος την ερευνήτρια να κάνει τις μετρήσεις που απαιτεί η έρευνα και να διαβάσει το φάκελό μου. Η συμμετοχή μου στην έρευνα υπόκειται στους ακόλουθους όρους:

1. Θα διαφυλαχτεί η ανωνυμία των απαντήσεών μου
2. Το ονοματεπώνυμό μου δεν θα χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση των απαντήσεών μου, αλλά θα χρησιμοποιηθούν κωδικοί αριθμοί αντί αυτού.

3. Δεν θα αναφερθούν εξατομικευμένα αποτελέσματα, αλλά οι απαντήσεις μου θα αναφερθούν υπό τη μορφή μέσων όρων ή άλλων αντιπροσωπευτικών τιμών.

Υπογραφή αρρώστου

Υπογραφή ερευνητή

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών στοιχείων

Ημερομηνία:		
Ηλικία:		
Φύλο	<input type="checkbox"/> Άνδρας	<input type="checkbox"/> Γυναίκα
Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/> Έγγαμος-η <input type="checkbox"/> Ζω με το σύντροφο μου <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος-η <input type="checkbox"/> Χήρος-α <input type="checkbox"/> Άγαμος-η	
Επαγγελματική κατάσταση	<input type="checkbox"/> Εργαζόμενος-η <input type="checkbox"/> Άνεργος-η <input type="checkbox"/> Φοιτητής/-τρια <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> Απασχολούμενος με οικιακά <input type="checkbox"/> Σε αναρρωτική άδεια	
<p>Αν είστε εργαζόμενος-η, μπορείτε να μας περιγράψετε την εργασία σας;</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Αν δεν εργάζεστε τώρα, ποια ήταν η τελευταία σας δουλειά;</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Μορφωτικό επίπεδο	<input type="checkbox"/> Δεν πήγε σχολείο <input type="checkbox"/> Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο- Λύκειο <input type="checkbox"/> Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο) <input type="checkbox"/> Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών
Τόπος διαμονής:	
Τύπος καρκίνου:	
Μεταστάσεις	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αριθμός χημειοθεραπειών (κύκλος χημειοθεραπείας):	
Διάρκεια νόσου:	

Ερωτηματολόγιο Royal Free για τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω

Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά τα πιστεύω σας και τις απόψεις σας για τη ζωή. Θα σας κάνουμε τώρα μερικές ακόμα ερωτήσεις σχετικά με τις θρησκευτικά και τα πνευματικά σας πιστεύω. Παρακαλώ, προσπαθήστε να απαντήσετε σε αυτές ακόμα και αν έχετε μικρό ενδιαφέρον για τη θρησκεία. Όταν χρησιμοποιούμε τη λέξη θρησκεία, εννοούμε την ενεργή άσκηση θρησκευτικών καθηκόντων. Για παράδειγμα να πηγαίνουμε στο ναό, στο τζαμί, στην εκκλησία ή τη συναγωγή. Κάποιοι άνθρωποι δεν ακολουθούν συγκεκριμένη θρησκεία, έχουν όμως πνευματικά «πιστεύω» ή εμπειρίες. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ότι υπάρχει κάποια άλλη ισχύς ή δύναμη έξω από τους εαυτούς τους, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη ζωή τους. Κάποιοι άνθρωποι θεωρούν αυτή τη δύναμη ως Θεό ή Θεούς, ενώ άλλοι όχι. Για κάποιους ανθρώπους η ζωή έχει νόημα χωρίς κάποια θρησκευτική ή πνευματική πίστη.

1. Έτσι θα λέγατε ότι έχετε μια θρησκευτική ή πνευματική κατανόηση της ζωής σας;
(Σημειώστε X σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω τετραγωνίδια):

- Θρησκευτική
- Θρησκευτική και πνευματική
- Πνευματική
- Ούτε θρησκευτική, ούτε πνευματική

Εάν ΠΟΤΕ σας δεν είχατε ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ή ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΩ, παρακαλώ πηγαίνετε στην ερώτηση 13.

Διαφορετικά , ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

2. Μπορείτε να μας εξηγήσετε εν συντομία ποια μορφή έχουν τα θρησκευτικά / πνευματικά σας πιστεύω;

3. Κάποιοι άνθρωποι έχουν ισχυρές απόψεις ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Πόσο ισχυρές είναι οι

θρησκευτικές/ πνευματικές απόψεις σας για τη ζωή; (Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει την άποψη σας).

Ασθενείς απόψεις

Ισχυρές απόψεις

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Έχετε συγκεκριμένη θρησκεία;

Δεν ακολουθώ κάποια θρησκεία (πηγαίνετε στην ερώτηση 8)

- Χριστιανός Ορθόδοξος Καθολικός Αγγλικανός Προτεστάντης Ευαγγελιστής
- Άλλου είδους Χριστιανός Σιΐτης Μουσουλμάνος Σουνίτης Μουσουλμάνος
- Εβραίος Ινδουιστής Βουδιστής Άλλο

5. Μπορείτε να μας δώσετε περισσότερες λεπτομέρειες; (π.χ. δόγμα, πτέρυγα)

6. Παίζει κάποιο από τα παρακάτω κάποιο ρόλο στα «πιστεύω» σας; Για παράδειγμα, μπορεί να προσεύχεστε ή να κάνετε διαλογισμό μόνος σας ή μαζί με άλλους ανθρώπους.

(Σημειώστε με X όσα τετραγωνίδια που έχουν εφαρμογή σε σας)

Προσευχή: Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Τελετουργία (π.χ. πλύσιμο πριν προσευχή/τελετή): Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Διαλογισμός: Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Διάβασμα και μελέτη: Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Επαφή με θρησκευτικό ηγέτη: Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Κανένα από τα παραπάνω

7. Πόσο σημαντική για σας είναι η άσκηση των θρησκευτικών σας πιστεύω (π.χ. προσωπικός διαλογισμός, παρακολούθηση θείας λειτουργίας) στην καθημερινή σας ζωή;

(Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Όχι απαραίτητο

Είναι απαραίτητο / σημαντικό

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Αν θέλετε μπορείτε να μας εξηγήσετε περισσότερο:

8. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή σας ζωή; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία επίδραση

Ισχυρή επίδραση

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τη δύναμή σας να αντεπεξέρχεστε τα συμβάντα της ζωής σας; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία βοήθεια

Μεγάλη Βοήθεια

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα; (π.χ. πόλεμοι) (Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία επίδραση

Ισχυρή Επίδραση

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί, πλημμύρες ; (Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία επίδραση

Ισχυρή Επίδραση

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Επικοινωνείτε με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ;

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν ΝΑΙ, περιγράψτε τη μορφή αυτή επικοινωνίας

13. Νομίζετε ότι υπάρχουμε με κάποια μορφή και μετά το θάνατο μας;

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν ΝΑΙ, περιγράψτε μας τη μορφή

14. Είχατε ποτέ σας μια έντονη εμπειρία (που δεν σχετίζεται με τη λήψη ναρκωτικών ή αλκοόλ) κατά τη διάρκεια της οποίας αισθανθήκατε κάποιο νέο βαθύ νόημα της ζωής, ή αισθανθήκατε ένα με τον κόσμο ή το σύμπαν; (Εάν πιστεύετε στο Θεό μπορεί να αισθανθήκατε την εμπειρία του Θεού) αυτό μπορεί να συνέβη για μερικές στιγμές, ώρες ή και ημέρες.

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν απαντήσατε ΟΧΙ στην προηγούμενη ερώτηση, πηγαίνετε στην ερώτηση 18.

Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, παρακαλώ συνεχίστε:

15. Εάν Ναι, πόσο συχνά έχει αυτό συμβεί αυτό σε σας;

16. Πόσο διήρκεσε η εμπειρία; (ή πόσο συνήθως διαρκεί)

Ημέρες Ώρες Λεπτά Δευτερόλεπτα.....

17. Μπορείτε να το περιγράψετε;

18. Κάποιοι άνθρωποι έχουν περιγράψει έντονες εμπειρίες τη στιγμή που σχεδόν πέθαναν και τελικά επανήλθαν. Έχει συμβεί αυτό σε σας;

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, παρακαλώ περιγράψτε την εμπειρία

19. Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, κατά πόσο έχει αυτή η κοντά στο θάνατο εμπειρία αλλάξει τη ζωή σας;

(Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καθόλου

Ολοκληρωτικά

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Αξιολόγηση Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες

DASS 21

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2, ή 3 που προσδιορίζει πόσο η συγκεκριμένη φράση ταιριάζει στο πως αισθανόσαστε την προηγούμενη εβδομάδα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην μένετε πολύ σε κάθε δήλωση. Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

- 0 Δεν μου ταιριάζει καθόλου
- 1 Μου ταιριάζει σε κάποιο βαθμό ή σε κάποιες στιγμές
- 2 Μου ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 3 Μου ταιριάζει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα

					Depression	Anxiety	Stress
	0	1	2	3			
1. Πιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται από αρκετά ασήμαντα πράγματα	0	1	2	3			
2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3			
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3			
4. Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3			

5. Μου φαινόταν πως δεν μπορούσα να κινητοποιηθώ	0	1	2	3			
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3			
7. Είχα ένα αίσθημα τρεμούλας (π.χ., σαν να μου κόβονται τα πόδια)	0	1	2	3			
8. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3			
9. Βρέθηκα σε καταστάσεις που με έκαναν να έχω τόσο άγχος που ένιωσα ανακουφισμένη όταν τελείωσαν	0	1	2	3			
10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3			
11. Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται αρκετά εύκολα	0	1	2	3			
12. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3			
13. Ένιωθα λυπημένα και	0	1	2	3			

καταθλιπτικά							
14. Έπιασα τον εαυτό μου να γίνεται ανυπόμονος όταν καθυστερούσα με οποιοδήποτε τρόπο (π.χ., σε ανελκυστήρες, στα φανάρια κυκλοφορίας, όταν με έκαναν να περιμένω)	0	1	2	3			
15. Είχα μια αίσθηση λιποθυμίας	0	1	2	3			
16. Ένιωθα ότι είχα χάσει το ενδιαφέρον μου σχεδόν για όλα τα πράγματα	0	1	2	3			
17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3			
18. Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστη	0	1	2	3			
19. Ίδρωνα σε εμφανή σημεία (π.χ., χέρια ιδρωμένα) χωρίς να υπάρχουν υψηλές θερμοκρασίες ή να έχω κάνει σωματική άσκηση	0	1	2	3			
20. Ένιωσα φοβισμένη χωρίς να	0	1	2	3			

υπάρχει λόγος							
21. Ένωσα πως η ζωή δεν είναι σημαντική	0	1	2	3			
Σύνολο							

Άδειες για την χρήση των ερωτηματολογίων.

Από: Charoula Mpempeni <cmpempeni@gmail.com>
Θέμα: Fwd: Royal Free Interview
Ημερομηνία: 16 Ιουνίου 2022 - 1:42 μμ
Προς: ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΛΕΜΙΚΕΡΑΚΗΣ <ikalemik@uniwa.gr>

----- Forwarded message -----

Από: **Prof. Despina Sapountzi-Krepia** <desapoun@yahoo.com>
Date: Τρί, 5 Νοε 2019, 20:31
Subject: Royal Free Interview
To: Charoula Mpempeni <cmpempeni@gmail.com>

Αξιότιμη κ. Μπεμπένη

Σας Παραχωρώ την άδεια χρήσης του σταθμισμένου στην Ελληνική Γλώσσα ερωτηματολογίου "Validation and test-retest reliability of the Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs when adapted to a Greek population" προκειμένου να μελετήσετε τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε ογκολογικούς ασθενείς η οποία θα διεξαχθεί στα πλαίσια του ΠΙΜΣ "Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων" με επιβλέπουσα την κ. Ο. Γκοβίνα.

Σας στέλνω την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου.

Με εκτίμηση

Καθηγήτρια Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια

8.1 Ερωτηματολόγιο Royal Free για τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω
Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά τα πιστεύω σας και τις απόψεις σας για τη ζωή. Αρχίζοντας πείτε μας:

Ηλικία _____ Φύλο: _____ Ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου _____ Κωδικός _____

Πώς θα περιγράφατε τον εαυτό σας; (οικογενειακή κατάσταση) (σημειώστε X σε ένα ή περισσότερα τετραγωνίδια):

- Έγγαμος-η Ζω με το σύντροφο μου Διαζευγμένος-η Χήρος-α
 Σε διάσταση Αγαμος-η

Πώς θα περιγράφατε τον εαυτό σας; (τόπος καταγωγής)
(σημειώστε X σε ένα τετράγωνο):

Καταγωγή:

- Στερεοελλαδίτης/-ισσα Πελοποννήσιος/-ια Θεσσαλός /ή Μακεδόνας/-ισσα
 Νησιώτης/-ισσα (Β. Αιγαίο) Νησιώτης/-ισσα (Αν. Αιγαίο) Νησιώτης/-ισσα (Κυκλάδες)
 Θρακιώτης/-ισσα Νησιώτης/-ισσα (Σποράδες) Νησιώτης/-ισσα (Δωδεκάνησα)
 Νησιώτης/-ισσα (Ιόνια νησιά) Κρητικός/-ιά Πόντιος/-ια Αιγυπτιώτης/-ισσα
 Κων/πολίτης/-ισσα Μικρασιάτης/-ισσα Κύπριος/-ια
 Κάτι άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε

Είστε; (σημειώστε X σε ένα):

- Εργαζόμενος-η Άνεργος-η Φοιτητής/-τρια Συνταξιούχος Απασχολούμενος με οικιακά Σε αναρρωτική άδεια

Αν είστε εργαζόμενος-η, μπορείτε να μας περιγράψετε την εργασία σας;

Αν δεν εργάζεστε τώρα, ποια ήταν η τελευταία σας δουλειά;

Θα σας κάνουμε τώρα μερικές ακόμα ερωτήσεις σχετικά με τις θρησκευτικές και τα πνευματικά σας πιστεύω. Παρακαλώ, προσπαθήστε να απαντήσετε σε αυτές ακόμα και αν έχετε μικρό ενδιαφέρον για τη θρησκεία.

Όταν χρησιμοποιούμε τη λέξη θρησκεία, εννοούμε την ενεργή άσκηση θρησκευτικών καθηκόντων. Για παράδειγμα να πηγαίνουμε στο ναό, στο τζαμί, στην εκκλησία ή τη συναγωγή.

Κάποιοι άνθρωποι δεν ακολουθούν συγκεκριμένη θρησκεία, έχουν όμως πνευματικά «πιστεύω» ή εμπειρίες. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ότι υπάρχει κάποια άλλη ισχύς ή δύναμη έξω από τους εαυτούς τους, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη ζωή τους. Κάποιοι άνθρωποι θεωρούν αυτή τη δύναμη ως Θεό ή Θεούς, ενώ άλλοι όχι.

Για κάποιους ανθρώπους η ζωή έχει νόημα χωρίς κάποια θρησκευτική ή πνευματική πίστη.

1. Έτσι θα λέγατε ότι έχετε μια θρησκευτική ή πνευματική κατανόηση της ζωής σας;

(Σημειώστε X σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω τετραγωνίδια):

- Θρησκευτική Θρησκευτική και πνευματική
 Πνευματική Ούτε θρησκευτική, ούτε πνευματική

Εάν ΠΟΤΕ σας δεν είχατε ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ή ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΩ, παρακαλώ πηγαίστε στην ερώτηση 13.

Διαφορετικά, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

Από: Charoula Mrempeni <cmrempeni@gmail.com>
Θέμα: Fwd: άδεια ερωτηματολογίου HADS
Ημερομηνία: 16 Ιουνίου 2022 - 1:43 μμ
Προς: ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΛΕΜΙΚΕΡΑΚΗΣ <ikalemik@uniwa.gr>

----- Forwarded message -----

Από: **Ioannis Michopoulos** <imihopou@med.uoa.gr>
Date: Τρί, 10 Δεκ 2019, 08:33
Subject: Re: άδεια ερωτηματολογίου HADS
To: Charoula Mrempeni <cmrempeni@gmail.com>

Αγαπητή κ. Μπεμπένη,

Βεβαίως σας δίνω την άδεια να χρησιμοποιήσετε στην εργασία σας την κλίμακα HADS, που έχουμε σταθμίσει.

Με εκτίμηση,

--

Ιωάννης Μιχόπουλος
Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Β΄ Ψυχιατρική Κλινική
ΠΓΝ "Αττικόν"
Ρίμνι 1, 12462 Αθήνα
+302105832430
imihopou@med.uoa.gr
yanmih@yahoo.com

Άδειες για τη διανομή των ερωτηματολογίων από τα νοσοκομεία



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η Υ.Π.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ- ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ
& ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΛΑΤΕΙΑ ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 2
ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ, ΤΚ 115 21
ΤΗΛ 2132051125
ΦΑΞ. 2132051125
EMAIL: quality-secr@hospital-elena.gr

Αθήνα, 9.12.20
Αριθ. Πρωτ. 29051

Προς κ. Μπεμπένη Χαρίκλεια
Μαρωνείας 7-9, ΤΚ 104 44
Τηλ 6974916793

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτηση σας

Σχετ. 1) Η υπ'αρ.πρωτ.23704/ 20-10-2020 αίτηση σας
2) Η υπ'αρ. 3/ 13ΗΔ/26-11-2020 Απόφαση ΕΣ

Σε απάντηση του σχετικού (1) αιτήματος σας, σας διαβιβάζεται η σχετική (2) Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου για ενημέρωση σας.
Παραμένουμε στη διάθεση σας σχετικά.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

α/α ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΡΟΥΠΑΣ

Συνημμένα (σχετ.2)

Κοινοποίηση:

1. Γρ. Διοίκησης
2. ΔΙΥ
3. ΔΝΥ
4. Παθολογικό Τμήμα, κ. Κωνσταντουράκη Ε.
5. Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Της 3^{ης} Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Γ.Ν Έλενα Βενιζέλου της 26/11/2020, ημέρα Πέμπτη και ώρα 12:30

ΘΕΜΑ 13 Η.Δ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης με θέμα : Η επίδραση της πραγματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία

Υποβάλλεται προς τα μέλη του Ε.Σ. η υπ' αριθμ. πρωτ. 23704/20/10/20 αίτηση της νοσηλεύτριας Χ.ΜΠΕΜΠΕΝΗ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο

λαμβάνοντας υπ' όψιν το ανωτέρω αίτημα
όπως αυτό αναφέρεται στα σχετικά συνημμένα έγγραφα
μετά από διαλογική συζήτηση

προτείνει την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης με θέμα : Η επίδραση της πραγματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπό χημειοθεραπεία στην κ. Χ.ΜΠΕΜΠΕΝΗ υπό τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Θα τηρούνται οι κανόνες του Νοσοκομείου και του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων με την γραπτή συγκατάθεση ασθενών και δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου.
- Υπεύθυνος για την επίβλεψη της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής ορίζουμε την υπάλληλο ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Κ. Ε.ΚΩΣΤΑΝΤΟΥΡΑΚΗ
- Τέλος θα διασφαλιστεί αυστηρά το απόρρητο και το Ε.Σ θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΕΛΠΩ ΚΑΝΤΑΡΗ



0000187438

. , 14/09/2020
. .: . 14633
. . : 973
μ/ : 07/09/2020

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1η Υ. ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Τηλ. : 210 - 3501854
Fax.: 210- 6205665
Email: epist.simvoulionk@gmail.com

Αρ. πρ. εξ. ΕΣ: 973
Ν.Κηφισιά: 07-09-2020

Προς
- Διοικητή
Κοινοποίηση:
- Δ.Ι.Υ.
- κ. Χαρίκλεια Μπεμπένη
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΗΣ 45^{ης}/7-9-20 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Στην 45^η/7-9-20 Τακτική Συνεδρίαση του Ε.Σ., συζητήθηκε, ως θέμα Ημερήσιας Διάταξης (Ερευνητικά Πρωτόκολλα), το αίτημα με αρ. πρωτ: 11432/9-7-2020 της κ. Χαρίκλειας Μπεμπένη, ΠΕ Νοσηλευτριών, φοιτήτριας του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διαχείριση Χρονίων Νοσημάτων» με κατεύθυνση την «Ογκολογική και Ανακουφιστική Φροντίδα» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με θέμα: «Έγκριση Ερευνητικού πρωτοκόλλου» μέσω διανομής ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής με τίτλο «Η επίδραση της Πνευματικότητας και της Θρησκευτικότητας στο Άγχος και την Κατάθλιψη σε Ογκολογικούς Ασθενείς υπο Χημειοθεραπεία».

Η κ. Χαρίκλεια Μπεμπένη στο έγγραφό της / επιστολή κατάθεσης αναφέρει:

«Σας παρακαλώ να εγκρίνετε το πρωτόκολλο της ερευνητικής εργασίας «Η επίδραση της Πνευματικότητας και της Θρησκευτικότητας στο Άγχος και την Κατάθλιψη σε Ογκολογικούς Ασθενείς υπο Χημειοθεραπεία», με επιβλεπουσα την κ. Γκοβίνα στο πλαίσιο του ΠΜΣ «Διαχείριση Χρονίων Νοσημάτων» με κατεύθυνση την «Ογκολογική και Ανακουφιστική Φροντίδα».

Στο ερευνητικό πρωτόκολλο της μελέτης η αιτούσα αναφέρει:

«Σκοπός της προτεινόμενης μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη ογκολογικών ασθενών υπο χημειοθεραπεία.

Το δείγμα θα αποτελέσουν ασθενείς με καρκίνο όλων των σταδίων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία σε τμήματα βραχείας νοσηλείας(δειγματοληψία ευκολίας). Αποκλείονται ασθενείς τελικού σταδίου οι οποίοι δεν λαμβάνουν πλέον χημειοθεραπεία.

Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με ερωτηματολόγια κυρίως με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Θα γίνει στατιστική ανάλυση με το στατιστικό πακέτο SPSS22.

Τα αποτελέσματα της προτεινόμενης μελέτης ενδεχομένως θα συμβάλλουν στα εξής:

- Στη ανάδειξη της σημαντικότητας της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών υπό χημειοθεραπεία.
- Στην ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σχετικά με τις θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών σε όλη την πορεία της νόσου του καρκίνου,
- Στην ανάπτυξη προτάσεων για την κάλυψη των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών.

Θα τηρηθεί η μέθοδος της πληροφορημένης συγκατάθεσης».

Συνημμένα υποβάλλονται:

1. Βεβαίωση εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας
2. Πρόταση ερευνητικού Πρωτοκόλλου
3. Ερωτηματολόγια

Ο κ. Ι. Σγουρός αποδέχεται τη διανομή του ερωτηματολογίου σε ασθενείς της Γ' Παθολογικής –Ογκολογικής κλινικής για λόγους έρευνας.

Το Ε.Σ., λαμβάνοντας υπ' όψιν αφενός το αίτημα με αρ. πρωτ: 11432/9-7-2020 της κ. Χαρίκλειας Μπεμπένη, και αφετέρου την αποδοχή του κ. Ι.Σγουρού, Διευθυντή της Γ' Παθολογικής –Ογκολογικής κλινικής, εγκρίνει ομόφωνα το συγκεκριμένο αίτημα με όλα τα συνημμένα παραστατικά με την προϋπόθεση:

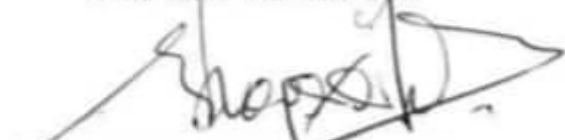
- α. να προστατευθούν τα προσωπικά δεδομένα,
- β. να τηρηθεί ο κώδικας ηθικής και δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας και
- γ. να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.



ΠΑΡΘΕΝΙΑ ΚΟΛΙΟΥΛΗ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.



ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥΣ