

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ -
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Μπούνταλης Παναγιώτης
Νοσηλεύτης Msc ©

ΑΘΗΝΑ
Μάρτιος 2022

**UNIVERSITY OF WEST ATTICA -
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SERVICES**

POSTGRADUATE Msc PROGRAMM

«MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES»

SPECIALIZATION: «ONCOLOGY AND PALLIATIVE CARE»

DIPLOMA THESIS

**EFFECT OF PERCEIVED STRESS AND RESILIENCE IN QUALITY OF
LIFE IN CANCER PATIENTS**

Bountalis Panagiotis

Nurse Msc ©

Athens

March 2022

Τριμελής Επιτροπή:

Μάργαρη Νικολέττα,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
(Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Τσίου Χρυσούλα

Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Αδαμακίδου Θεοδούλα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Copyright © Μπούνταλης Παναγιώτης, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητα 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 βιβλιογραφίας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για αρχή θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Μάργαρη Νικολέτα για την εξαιρετική συνεργασία που είχαμε το διάστημα αυτό. Ιδιαίτερα χρήσιμη ήταν η καθοδήγησή της σε κάθε βήμα της προετοιμασίας της διπλωματικής εργασίας, καθώς και η παροχή πληροφοριών που μου πρόσφερε ώστε να προσέχω κάθε κίνηση, κάθε λεπτομέρεια για να φτάσουμε στον τελικό σκοπό από την αρχή της εργασίας μέχρι το τέλος.

Έπειτα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, την Καθηγήτρια κ. Τσίου Χρυσούλα και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Αδαμακίδου Θεοδούλα για την αποτελεσματική συμβολή τους.

Στην συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κ. Όουενς Δήμητρα για την πολύτιμη βοήθειά της και την καθοδήγησή της σε ένα μεγάλο μέρος της εργασίας, ώστε να κατανοήσω αρκετά πράγματα και για την άψογη συνεργασία μαζί της από την αρχή μέχρι το τέλος.

Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ στην Προϊσταμένη του τμήματος της βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου Γ.Ο.Ν.Κ. “Οι Άγιοι Ανάργυροι” κ. Κουλουκούρα Χρυσούλα για την πολύτιμη βοήθειά της στην συλλογή του δείγματος, καθώς και το υπόλοιπο προσωπικό του τμήματος για την κατανόηση και την παροχή ιδιωτικότητας με τους ασθενείς, ώστε να γίνει επεξήγηση και συλλογή των ερωτηματολογίων.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και την οικογένειά μου για την στήριξη που μου πρόσφεραν σε όλη αυτή την προσπάθεια και για την κάθε χρήσιμη συμβουλή που μου έδωσαν για να φτάσω στον στόχο και σε κάθε δύσκολη στιγμή όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου που είμαστε μαζί από το σχολείο για όλη την στήριξη και την εμπύχωση σε όλα τα βήματα της πορείας μου στην νοσηλευτική και κατά την διάρκεια του μεταπτυχιακού.

Πίνακας Περιεχομένων

Κατάλογος πινάκων.....	8
Κατάλογος γραφημάτων.....	10
Περίληψη.....	11
Abstract.....	13
Εισαγωγή.....	15
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	22
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	35
4.1 Σκοπός.....	35
4.1.1 Επιμέρους στόχοι – ερωτήματα.....	35
4.2 Ερευνητικό πεδίο και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.....	35
4.3 Δείγμα – Δειγματοληπτική μέθοδος.....	35
4.4 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη.....	35
4.5 Παρουσίαση ερευνητικών εργαλείων.....	36
4.5.1 Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων.....	36
4.5.2 Κλίμακα αντιλαμβανόμενου stress - Perceived Stress Scale (PSS - 14).....	37
4.5.3 Κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας – Resilience Scale (RS - 14).....	37
4.5.4 Κλίμακα ποιότητας ζωής – EORTC core quality of life questionnaire (QLQ – C30).....	38
4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	38
4.7 Θέματα ηθικής δεοντολογίας.....	39
4.8 Στατιστική ανάλυση.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	115
Βιβλιογραφία.....	116

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	122
1. Άδεια του φορέα όπου διενεργήθηκε η μελέτη.....	122
2. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων.....	123
2.1 Perceived Stress Scale στην ελληνική γλώσσα.....	123
2.2 Resilience Scale στην ελληνική γλώσσα.....	125
2.3 EORTC core quality of life questionnaire στην ελληνική γλώσσα.....	127
3. Έντυπο συναίνεσης.....	128
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	129
1. Πλήρης μορφή των ερωτηματολογίων.....	129
1.1 Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων.....	129
1.2 Κλίμακα Perceived Stress Scale – 14.....	131
1.3 Κλίμακα Resilience Scale – 14.....	132
1.4 Κλίμακα EORTC core quality of life questionnaire (QLQ – C30).....	134

Κατάλογος Πινάκων:

- Πίνακας 1.** Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος (n = 120).
- Πίνακας 2.** Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων RS, PSS και EORTC QLQ-C30.
- Πίνακας 3.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει φύλου.
- Πίνακας 4.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ηλικίας
- Πίνακας 5.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει οικογενειακής κατάστασης
- Πίνακας 6.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου.
- Πίνακας 7.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος.
- Πίνακας 8.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει στάδιο νόσου.
- Πίνακας 9.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ετών διάγνωσης.
- Πίνακας 10.** Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ύπαρξης υποτροπής.
- Πίνακας 11.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει φύλου.
- Πίνακας 12.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει ηλικίας.
- Πίνακας 13.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει οικογενειακής κατάστασης.
- Πίνακας 14.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου.
- Πίνακας 15.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος.
- Πίνακας 16.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει σταδίου νόσου.
- Πίνακας 17.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει διάρκειας νόσου.
- Πίνακας 18.** Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει ύπαρξης υποτροπής.
- Πίνακας 19.** Συσχετίσεις r του Pearson μεταξύ βαθμολογιών των RS, PSS και EORTC QLQ-C30.
- Πίνακας 20.** Συσχετίσεις r του Pearson μεταξύ βαθμολογιών των RS και PSS
- Πίνακας 21.** Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την συνολική βαθμολογία EORTC QLQ-C30
- Πίνακας 22.** Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Φυσικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

Πίνακας 23. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Λειτουργικότητας Ρόλου του EORTC QLQ-C30

Πίνακας 24. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

Πίνακας 25. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Γνωστικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

Πίνακας 26. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Κοινωνικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

Πίνακας 27. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Ολικής Κατάστασης Υγείας/Ποιότητας Ζωής του EORTC QLQ-C30

Κατάλογος Γραφημάτων:

Γράφημα 1. Μέσες τιμές των υποκλιμάκων του EORTC QLQ-C30. Οι μπάρες αντιστοιχούν στο τυπικό σφάλμα.

Γράφημα 2. Κατηγορίες ψυχικής ανθεκτικότητας βάσει συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου RS.

Γράφημα 3. Συσχέτιση μεταξύ PSS και Φυσική Λειτουργικότητα βάσει επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας (ανάλυση ρύθμισης)

Γράφημα 4. Συσχέτιση μεταξύ PSS και Ολικής Κατάστασης Υγείας/Ποιότητας Ζωής βάσει επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας (ανάλυση ρύθμισης)

Γράφημα 5. Συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Φυσικής Λειτουργικότητα βάσει επιπέδων PSS (ανάλυση ρύθμισης)

Γράφημα 6. Συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Ολικής Κατάστασης Υγείας/Ποιότητας Ζωής βάσει επιπέδων PSS (ανάλυση ρύθμισης)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις συχνότερα εμφανιζόμενες ασθένειες παγκοσμίως. Ο όρος ψυχική ανθεκτικότητα (resilience) σε ασθενείς με καρκίνο αναφέρεται στην επιτυχή προσαρμογή έναντι στην αντιξοότητα που σχετίζεται με τον καρκίνο. Ως αντιλαμβανόμενο στρες ορίζονται τα συναισθήματα, οι αντιλήψεις και οι σκέψεις που έχει ένα άτομο για τα επίπεδα του στρες του σε μια συγκεκριμένη στιγμή, ή μια συγκεκριμένη περίοδο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του αντιλαμβανόμενου stress και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο

Μέθοδος: Το είδος της μελέτης είναι ποσοτική, μελέτη παρατήρησης, προοπτική ερευνητική μελέτη. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 120 ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο από το τμήμα της βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου Γ.Ο.Ν.Κ. “Οι Άγιοι Ανάργυροι”. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν στα εξής ερωτηματολόγια: α) Perceived Stress Scale (PSS-14), β) Resilience Scale (RS-14), γ) EORTC core quality of life questionnaire (QLQ – C30), δ) ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS®, version 25 (IBM Corp. in Armonk, NY).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν τα 65,28±9,98 έτη. Η μέση βαθμολογία του PSS είναι 18,73±7,83, ενώ η βαθμολογία του RS ήταν 81,04±11,46. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας EORTC QLQ-C30 ήταν 81,04±11,46. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των υποκλιμάκων της κλίμακας PSS με τις functional υποκλίμακες του EORTC QLQ-C30 ($r = -0,27 - -0,58, p < 0,05$), ενώ παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας PSS και των υποκλιμάκων συμπτωμάτων του EORTC QLQ-C30 ($r = 0,21 - 0,44, p < 0,05$). Παρατηρήθηκαν ασθενείς ως μέτριες, αλλά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της RS και υποκλίμακες του EORTC QLQ-C30 Φυσική Λειτουργικότητα ($r = 0,19, p < 0,05$), Συναισθηματική Λειτουργικότητα ($r = 0,36, p < 0,01$), Γνωστική Λειτουργικότητα ($r = 0,23, p < 0,05$), Κοινωνική Λειτουργικότητα ($r = 0,20, p < 0,05$), Λειτουργία Δύσπνοιας score ($r = -0,25, p < 0,01$) και συνολικής βαθμολογίας ποιότητας ζωής ($r = 0,25, p < 0,05$). Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός

παράγοντας την βαθμολογία της Φυσικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,43$, $p < 0,001$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Στην συνολική βαθμολογία EORTC QLQ-C30 και στις περισσότερες υποκλίμακες η αλληλεπίδραση μεταξύ των ερωτηματολογίων PSS και RS δεν ήταν στατιστικά σημαντική και η RS δεν επηρέαζε την σχέση αντιλαμβανόμενου στρες (PSS) και ποιότητας ζωής ($p = ns$). Η αλληλεπίδραση των RS και PSS προέβλεπε ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία στη Φυσική Λειτουργικότητα ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Το αντιλαμβανόμενο στρες έχει αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής, ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητα ζωής. Κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία η εστίαση σε τεχνικές και στρατηγικές που θα αποσκοπούν στην μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες και σε στρατηγικές βελτίωσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Λέξεις – κλειδιά: καρκίνος, αντιλαμβανόμενο στρες, ψυχική ανθεκτικότητα, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Background: Cancer is one of the most common global diseases. Resilience is referred as adaption to adversity related to cancer. The term perceived stress is referred as the feelings, perceptions and thoughts about the levels of an individual's stress in a certain moment, or a certain period.

Aim: The main aim of the study was the investigation of the effects of perceived stress and resilience on quality of life in cancer patients. The effects of demographic characteristics on these constructs were also assessed.

Methods: A quantitative, observative, prospective research study was implemented. The sample of the study was convenient. The sample of this study was consisted of 120 cancer patients from the short hospitalization department of the general – oncological hospital of Kifissia “Agioi Anargiroi”. The participants were administered the following questionnaires: a) Perceived stress (PSS-14), b) Resilience Scale (RS-14), c) EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30), d) clinical-demographic questionnaire. Data analysis was performed using the statistical program IBM SPSS®, version 25 (IBM Corp. in Armonk, NY).

Results: The mean age of the sample was $65,28 \pm 9,98$ years. The mean age of PSS was $18,73 \pm 7,83$ years, while the age of RS was $81,04 \pm 11,46$. There were statistically significant negative correlations among the scales of PSS and functional scales of EORTC QLQ-C30 ($r = -0,27 - -0,58$, $p < 0,05$), while there were statistically significant positive among the scales of PSS and functional scales of EORTC QLQ-C30 ($r = 0,21 - 0,44$, $p < 0,05$). There were also weak to moderate statistically significant correlations among the scales of RS and scales of physical functioning ($r = 0,19$, $p < 0,05$), emotional functioning ($r = 0,36$, $p < 0,01$), cognitive functioning ($r = 0,23$, $p < 0,05$), social functioning ($r = 0,20$, $p < 0,05$), dyspnea score ($r = -0,25$, $p < 0,01$) and overall quality of life score ($r = 0,25$, $p < 0,05$) of EORTC QLQ-C30. The questionnaire of PSS score predicted the physical functioning of EORTC QLQ-C30 ($b = -0,43$, $p < 0,001$) as a negative predictive factor, while the RS score was not a predictive factor. In the overall EORTC QLQ-C30 score and the most sub-scales, the interaction between the questionnaires of PSS and RS was not statistically significant and the RS did not moderate the relationship between perceived stress (PSS) and quality of life

($p = ns$). The interaction between RS and PSS predicted as a negative factor the physical functioning score ($p < 0,05$).

Conclusion: Perceived stress had a negative correlation with quality of life, while there was a positive correlation between resilience and quality of life. Focus on techniques and strategies that intend to decrease of perceived stress and strategies of resilience improvement is appropriate and necessary in order to achieve quality of life improvement.

Keywords: cancer, perceived stress, resilience, quality of life

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο καρκίνο περιγράφεται ο αυτόνομος, άναρχος πολλαπλασιασμός των κυττάρων μιας περιοχής του οργανισμού, ο οποίος υπερβαίνει την ανάπτυξη των φυσιολογικών ιστών και συνεχίζει να αυξάνεται άναρχα και αυτόνομα παρά την καταστολή του γενεσιουργού ερεθίσματος.⁽¹⁾ Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις συχνότερα εμφανιζόμενες ασθένειες παγκοσμίως. Τα είδη του καρκίνου διαφέρουν ως προς τη φύση, τον ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης και θεραπείας. Ωστόσο, το ένα τρίτο των ασθενών με διαγνωσμένο καρκίνο εμφανίζει ίαση. Επίσης σημαντικό ρόλο στη διεργασία της νόσου, παίζει η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου. Οι πιο συχνές μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη. Ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στους άνδρες είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ενώ στις γυναίκες είναι του μαστού.⁽²⁾

Το στάδιο της νόσου την δεδομένη στιγμή της διάγνωσης αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα για την πορεία της νόσου. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών, είναι η επιλογή της θεραπείας (χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, ορμονοθεραπείας), η οποία εξαρτάται από την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών και το ποσοστό τοξικότητας που μπορεί να επιφέρει. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της φύσης και βιολογίας του καρκίνου που οφείλεται στην πρόοδο της μοριακής βιολογίας.⁽²⁾

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της GLOBOSCAN που πραγματοποιήθηκε το 2020, υπολογίστηκε ότι βρέθηκαν 2.261.419 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού στον γενικό πληθυσμό, ενώ καταγράφηκαν 684.996 θάνατοι παγκοσμίως εκείνη την χρονιά. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των νέων περιπτώσεων καρκίνου μαστού ήταν 47,8% των νέων περιπτώσεων όλων των κατηγοριών καρκίνου, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 13,6%.⁽³⁾

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της EUROSTAT σε ευρωπαϊκό επίπεδο που πραγματοποιήθηκε το 2016, παρατηρήθηκε ότι το 25,8% πάνω των θανάτων οφειλόταν σε καρκίνο. Παρατηρήθηκε επίσης πως η Ουγγαρία είχε τους περισσότερους θανάτους με αριθμό 342 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ η Γερμανία είχε τους περισσότερους θανάτους συνολικά με αριθμό 228.040. Στην

ίδια έκθεση, η Ελλάδα κατέχει την 21^η θέση με 29.833 θανάτους σε ποσοστό 24,1% των θανάτων του γενικού πληθυσμού και με 247 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.⁽⁴⁾

Η εν λόγω διπλωματική εργασία αφορά τον καρκίνο για τον οποίο τα τελευταία δεδομένα έχουν δείξει ότι το 2020 υπήρξαν 19,3 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου και 10 εκατομμύρια θάνατοι.⁽⁵⁾

Έναυσμα για την ενασχόλησή μου με το συγκεκριμένο θέμα, αποτέλεσε το γεγονός ότι εργάστηκα για αρκετό καιρό σε ογκολογική παθολογική κλινική και καθημερινά ερχόμουν σε επαφή με ασθενείς, οι οποίοι ανέφεραν άγχος για την πορεία της ασθένειάς τους, καθώς επίσης και η εκτίμηση για την πορεία της υγείας τους και η αυτοεκτίμησή τους ήταν αρκετά χαμηλή αναφέροντας ως κύριο αίτιο την ασθένειά τους. Έτσι η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της επίδρασης του στρες που βιώνουν οι ασθενείς και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής τους και χωρίζεται στο γενικό και στο ειδικό μέρος.

Το γενικό μέρος αποτελείται από τα τρία πρώτα κεφάλαια της εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου γενικά, καθώς επίσης και οι πιο συχνοί καρκίνοι και στα δυο φύλα και οι υπάρχουσες θεραπείες. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο αντιλαμβανόμενο στρες και στην ψυχική ανθεκτικότητα, πως σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και ποιες παραμέτρους της υγείας του επηρεάζονται. Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους αναφέρεται στην ποιότητα ζωής και πως επηρεάζεται από το αντιλαμβανόμενο στρες και την ψυχική ανθεκτικότητα.

Η εργασία συνεχίζεται με τα επόμενα τέσσερα κεφάλαια τα οποία αποτελούν το ειδικό μέρος. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά τη μεθοδολογία έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης και τα ερευνητικά ερωτήματα, η περιγραφή του ερευνητικού πεδίου, ο χρόνος διεξαγωγής της μελέτης, τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη, η αναλυτική παρουσίαση των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων και η διαδικασία συλλογής δεδομένων. Επίσης, σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Τέλος, ακολουθεί το έκτο κεφάλαιο με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και η εργασία ολοκληρώνεται

με το έβδομο κεφάλαιο όπου αναφέρονται οι περιορισμοί της μελέτης, τα συμπεράσματα, καθώς και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας περίπου 9,6 εκατομμύρια θανάτους, ή ένας στους έξι θανάτους, το 2018.⁽⁶⁾ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Ελλάδα το 2020 καταγράφηκαν 64.530 νέες περιπτώσεις καρκίνου, ενώ ο αριθμός των θανάτων ήταν 33.166. Από τις νέες περιπτώσεις το 2020 οι 36.281 είναι άνδρες και οι 28.249 είναι γυναίκες, ενώ από τον συνολικό αριθμό των θανάτων οι 19.761 ήταν άνδρες και οι 13.405 ήταν γυναίκες.⁽⁷⁾ Το 2020 καταγράφηκαν 19,3 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου και 10 εκατομμύρια θάνατοι. Επίσης, εκτιμάται ότι το 2040 θα έχει αυξηθεί ο αριθμός των περιπτώσεων με καρκίνο στα 28,4 εκατομμύρια, ενώ θα υπάρξει αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου από το 64% στο 95% στις χώρες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες οι οποίες θα παρουσιάσουν αύξηση από το 32% στο 56%.⁽⁵⁾

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου στους άνδρες και ο τρίτος πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες.⁽⁸⁾ Το 2020 διαγνώστηκαν 1.435.943 νέες περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα, ενώ επίσης υπήρξαν και 1.118.679 θάνατοι. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα ήταν 31,5% των νέων περιπτώσεων όλων των κατηγοριών καρκίνου στον ανδρικό πληθυσμό, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 25,9%.⁽³⁾ Στις Η.Π.Α το 2018 είχαν παρατηρηθεί οι νέες περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα στους άνδρες είναι 121.680 και 112.350 στις γυναίκες με ποσοστό 641 νέες διαγνωσμένες περιπτώσεις την ημέρα με ποιο συνηθισμένο είδος το αδενοκαρκίνωμα και τον ακανθοκυτταρικό καρκίνο.^(9, 10)

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για 270.000 θανάτους περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο τύπο καρκίνου. Έχει παρατηρηθεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση υπήρξε μείωση του ποσοστού θνητότητας στους άνδρες κατά 26% και κατά 39-61% στις γυναίκες.⁽¹¹⁾ Μεγάλες διαφορές παρατηρήθηκαν στη Βόρεια και την Νότια Ευρώπη το 2018 όσον αφορά το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου πνεύμονα, όπου στην Βόρεια Ευρώπη στους άνδρες οι περιπτώσεις καρκίνου ήταν 34 ανά 100.000 ανθρώπους, ενώ στις γυναίκες ήταν 26,9 ανά 100.000 ανθρώπους και στην Νότια Ευρώπη στους άνδρες ήταν

43,1 ανά 100.000 ανθρώπους, ενώ στις γυναίκες ήταν 15,7 ανά 100.000 ανθρώπους.⁽¹²⁾ Στην Ουγγαρία παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου πνεύμονα με 77,4 ανά 100.000 ανθρώπους στον ανδρικό πληθυσμό. Σε συνδυασμό με τους άνδρες, το 2017 η πιθανότητα εμφάνισης και θνησιμότητας καρκίνου πνεύμονα και στις γυναίκες εμφάνιζε αύξηση.⁽¹³⁾

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός διαγνωσμένος τύπος καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως. Παγκοσμίως το 2020 παρατηρήθηκαν περίπου 2,26 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Επίσης, ο καρκίνος του μαστού είναι και η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες όσον αφορά τον καρκίνο. Επιπλέον, η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου μαστού σχετίστηκε με το επίπεδο ανθρώπινης ανάπτυξης που υπάρχει σε πολλές χώρες και πολλές περιπτώσεις παρατηρήθηκαν σε χώρες που βιώνουν οικονομική κρίση. Επίσης, μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού βρέθηκε στις πιο αναπτυγμένες χώρες και ακόμα περισσότερο σε περιοχές με μεγάλους πληθυσμούς και χαμηλότερο επίπεδο ανάπτυξης, έχοντας ως αποτέλεσμα πάνω από το μισές περιπτώσεις καρκίνου μαστού να εμφανίζονται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα.⁽¹⁴⁾

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, διαγνώστηκαν 3,2 νέες περιπτώσεις καρκίνου από τις οποίες το 19% του γυναικείου πληθυσμού αφορά γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών. Το ποσοστό επιβίωσης στα 5 χρόνια έχει φτάσει στο 90% των περιπτώσεων το 2016, γεγονός που ερμηνεύει την αύξηση του αριθμού των ασθενών που επιβιώνουν από καρκίνο μαστού. Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου και η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου.⁽¹⁵⁾ Σύμφωνα με την έκθεση της GLOBOSCAN το 2020 διαγνώστηκαν 7.772 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού, ενώ ο αριθμός των θανάτων ήταν 2.333 στο γυναικείο πληθυσμό.⁽¹⁶⁾ Το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου μαστού σε ηλικίες κάτω των 50 ετών είναι 1,5%, ενώ στην ηλικία άνω των 70 ετών το ποσοστό είναι άνω του 4%. Το 80% των ασθενών που εμφανίζουν καρκίνο μαστού αφορά ηλικίες άνω των 50 ετών, ενώ το 40% των περιπτώσεων αυτών παρατηρήθηκε σε ηλικίες άνω των 65 ετών.⁽¹⁷⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ποιότητα ζωής ορίζεται η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στα πλαίσια πολιτιστικών χαρακτηριστικών και συστήματος αξιών στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του.⁽¹⁸⁾ Συχνά επηρεάζεται από μια ασθένεια σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και λειτουργικό επίπεδο.⁽¹⁹⁾ Η μείωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Υπάρχουν 3 λόγοι που συνιστούν την ανάγκη αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο. Ο πρώτος είναι η σύγκριση των πιθανών δευτερογενών επιπτώσεων που μπορεί να συμβάλλουν στον προσδιορισμό των οφελών που οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο δεύτερος είναι η βελτίωση φροντίδας υγείας, παρέχοντας λεπτομερείς πληροφορίες για τα συμπτώματα και την έκβαση των ασθενών όσον αφορά την επιρροή της ασθένειας και της θεραπείας στην ζωή τους. Και τέλος ο τρίτος λόγος είναι ότι μπορεί να είναι ένας προγνωστικός παράγοντας για τη θεραπεία, παρέχοντας πληροφορίες για την αξιολόγηση της πορείας της νόσου.⁽²⁰⁾

Η ποιότητα ζωής είναι ένας σημαντικός τομέας των ασθενών με καρκίνο, καθώς τα συμπτώματά του καρκίνου την επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό. Τα περισσότερα συμπτώματα συνδέονται με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής, φυσικής και κοινωνικής ευεξίας. Έχουν παρατηρηθεί πολύ χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής στην σωματική ευεξία με κύρια συμπτώματα τον πόνο, την κόπωση και τις διαταραχές ύπνου, ενώ στην ψυχολογική ευεξία τα κύρια συμπτώματα ήταν το αίσθημα κατάθλιψης, ο φόβος για υποτροπή της ασθένειάς και το αίσθημα της μείωσης του εισοδήματός λόγω της ασθένειας.⁽²¹⁾ Είναι σημαντική η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής την στιγμή της διάγνωσης, κατά την διάρκεια της θεραπείας και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Την στιγμή της διάγνωσης συνήθως οι ασθενείς βιώνουν ένα αίσθημα σοκ, φόβου και δυσπιστίας για την πορεία της ασθένειάς τους. Κατά την διάρκεια της θεραπείας, οι ασθενείς μπορεί να αισθανθούν ανακούφιση από το στρες, αλλά αναπτύσσονται καινούργιοι φόβοι που αφορούν την θεραπεία και προκύπτουν διαταραχές ύπνου και κόπωση. Τέλος, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας υπάρχει συνήθως το αίσθημα του φόβου και της αβεβαιότητας, το οποίο είναι και το κύριο σύμπτωμα που δύσκολα μπορεί να ελεγχθεί.⁽²²⁾

Ο καρκίνος έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ασθενείς, ειδικά κατά την διάρκεια της θεραπείας. Επηρεάζει αρνητικά την φυσική δραστηριότητα του ασθενούς και προκαλεί αλλαγή του αισθήματος της ελκυστικότητας (sense of attractiveness) με αποτέλεσμα να μειώνεται και το αίσθημα της αυτοεκτίμησης (self-esteem). Η χημειοθεραπεία παρατηρήθηκε ότι προκαλεί επιδείνωση της συνολικής εμφάνισης του ασθενούς και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής του. Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν κόπωση κατά κύριο λόγο και τα επόμενα συμπτώματα που εμφανίστηκαν περισσότερο ήταν η ναυτία και ο έμετος. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση συμπτωμάτων, είναι το στάδιο και η διάρκεια της ασθένειας και οι κύκλοι της χημειοθεραπείας.⁽²³⁾ Επίσης, η χημειοθεραπεία οδηγεί σε διάφορα ψυχολογικά συμπτώματα τα οποία έχουν αρνητικά επιρροή στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα συμπτώματα αυτά έχουν συσχετιστεί με την κόπωση που προκαλείται από τον καρκίνο. Κατά κύριο λόγο, παρατηρήθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα κόπωσης συνδέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας η οποία είναι πιο έντονη μετά το τέλος της θεραπείας.⁽²⁴⁾

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι ο πόνος και η κόπωση είναι τα πιο συχνά συμπτώματα στους ασθενείς με καρκίνο, ενώ το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης ποικίλουν ανάλογα το στάδιο της ασθένειας και της θεραπείας επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής και την ανταπόκριση στην θεραπεία. Τα παραπάνω συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων της αϋπνίας και της απώλειας όρεξης βρέθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό και με μεγαλύτερη ένταση στο σύνολο των ασθενών. Το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, ενώ εμφανίζουν συσχέτιση με τα σωματικά συμπτώματα.⁽²⁵⁾ Με το πέρασμα των χρόνων, έχει παρατηρηθεί ότι αποτελεσματικές παρεμβάσεις όπως η σωματική δραστηριότητα και διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, η διαχείριση συμπτωμάτων, όπως αυτά που σχετίζονται με το άγχος χρήζει περισσότερη διερεύνηση.⁽²⁶⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

3.1 Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο

Ο όρος ψυχική ανθεκτικότητα (resilience) σε ασθενείς με καρκίνο αναφέρεται στην επιτυχή προσαρμογή έναντι στις αντιξοότητες που σχετίζονται με τον καρκίνο. Συχνά επηρεάζεται από παράγοντες προσωπικούς και προστατευτικούς, όπως είναι οι θετικές και αρνητικές σκέψεις, καθώς και η κοινωνική στήριξη. Οι ίδιοι παράγοντες έχουν μεγάλη επιρροή στις παρεμβάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας και ταυτόχρονα επηρεάζουν άλλες παραμέτρους όπως το άγχος και τη συμπτωματολογία κατάθλιψης.⁽²⁷⁾ Επιπροσθέτως, διάφοροι άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικά αποτελέσματα στην έκβαση της ασθένειας μέσω της επιρροής τους στην ψυχική ανθεκτικότητα. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί πως η υποστήριξη από την οικογένεια εμποδίζει τα διάφορα αρνητικά ερεθίσματα που μπορούν να δημιουργήσουν ένα τοξικό περιβάλλον για τον ασθενή και συμβάλει στη βελτίωση της ανθεκτικότητας και της ικανότητας προσαρμογής. Ένας από τους σημαντικούς δείκτες που αντικατοπτρίζει την ψυχολογική προσαρμογή σε μια νέα κατάσταση και επηρεάζεται από την ψυχική ανθεκτικότητα, είναι η ποιότητα ζωής.⁽²⁸⁾

Οι ασθενείς με καρκίνο που έχουν καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα εμφανίζουν αυξημένη συναισθηματική ευεξία, αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται καλύτερα στις δραστηριότητές τους και συνεπώς να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι τα υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και οι ίδιοι οι ασθενείς εμφανίζουν λιγότερες ανάγκες για ψυχολογική υποστήριξη και πληροφόρηση.⁽²⁹⁾ Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες με καρκίνο μαστού που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έδειξαν πως τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας τους ήταν σχετικά χαμηλά.⁽³⁰⁾ Ωστόσο, έχουν αναφερθεί και υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε ασθενείς με καρκίνο τα οποία εκφράζουν καλύτερη σωματική, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής. Σε αυτόν τον πληθυσμό, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας έναντι του

άγχους και της κατάθλιψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποδεχθούν με διαφορετικό τρόπο την ασθένειά τους και να βρίσκουν τρόπους να αντλούν θετικά στοιχεία από αυτή την εμπειρία.⁽³¹⁾

Επιπροσθέτως, η καλύτερη κοινωνική υποστήριξη (social support) συμβάλλει στην ψυχική ανθεκτικότητα και συνεπώς σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης αποτέλεσε συνδυαστικό ρόλο μεταξύ των άλλων 2 εννοιών της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ποιότητα ζωής. Φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας και στην βελτίωση της ποιότητα ζωής. Επίσης είναι αναγκαία η παροχή κατάλληλων οδηγιών στους ασθενείς για αναζήτηση υποστήριξης που θα έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα που σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής.⁽³²⁾ Η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίστηκε επίσης, με καλύτερη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα και με λιγότερα σοβαρά συμπτώματα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι ένας αρνητικός παράγοντας στην ψυχική ανθεκτικότητα των ογκολογικών ασθενών. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με χαμηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα είχαν πιο απαισιόδοξη οπτική για την ζωή και πιο παραμελημένη σωματική εμφάνιση.⁽³³⁾

Η έννοια της κατάθλιψης είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Παρατηρείται πιο συχνά σε ασθενείς με λιγότερο καλή έκβαση της ασθένειάς τους. Σε πρόσφατη μελέτη παρατηρήθηκε ότι το στρες σχετίστηκε με το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Παρόλα αυτά, μαζί με την μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους, σημαντικός παράγοντας στην διαδικασία αυτή θεωρήθηκε και η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας.⁽³⁴⁾ Σε άλλη πρόσφατη μελέτη με πληθυσμό γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο, αποδείχθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ψυχολογική προσαρμογή (psychological adjustment) των ασθενών αυτών. Πιο συγκεκριμένα, η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, ως ένας παράγοντας αντιμετώπισης για τους ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, οδήγησε στην βελτίωση της ψυχολογικής προσαρμογής. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, η παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς να ελέγχουν τα συμπτώματά τους και να ενδυναμώσουν την ψυχική ανθεκτικότητά τους με την χρήση

αποτελεσματικότερων τρόπων αντιμετώπισης του καρκίνου, να βοηθήσει και στην βελτίωση της ψυχολογικής προσαρμογής.⁽³⁵⁾

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι επίσης, ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας εναντίον της ψυχολογικής δυσφορίας (psychological distress) και συνεπώς σχετίζεται με την ψυχική υγεία. Σε συνδυασμό με τα προηγούμενα δεδομένα, μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την μετατραυματική ανάπτυξη (post-traumatic growth). Για την βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας, χρήσιμες και αποτελεσματικές είναι οι παρεμβάσεις που αφορούν την μετατραυματικής ανάπτυξης μέσω της ενδυνάμωσης των προσωπικών και κοινωνικών πηγών και της προώθησης αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Συμπερασματικά, η προώθηση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να είναι σημαντικός παράγοντας στην φροντίδα του καρκίνου.⁽³⁶⁾ Επίσης, σημαντικό είναι ότι παρεμβάσεις που είναι βασισμένες στην θετική ψυχολογία και σε ομάδες υποστήριξης, συμπεριφορικής θεραπείας είχαν ευεργετικό αποτέλεσμα σε ασθενείς με καρκίνο. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές σε ασθενείς με μεγαλύτερο κίνητρο και ενδιαφέρον και μπορούν να παρέχονται με μια σειρά 12 συνεδριών και άνω, παράλληλα με σωματική θεραπεία.⁽³⁷⁾

Μέσα από άλλες μελέτες προέκυψε ότι άλλος ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική ανθεκτικότητα είναι η συναισθηματική δυσφορία (emotional distress). Η σχέση μεταξύ αυτών των 2 εννοιών δείχνει ότι υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας συνδυάζονται με μικρότερα ποσοστά συναισθηματικής δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο. Συνεπώς η συναισθηματική δυσφορία συνδέεται και με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής. Μερικές ενδεικτικές παρεμβάσεις που έδειξαν ότι οδηγούν στην μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας, είναι η συμπεριφορική θεραπεία, η αποδοχή της νόσου και η τροποποίηση του τρόπου ζωής στο γενικό πληθυσμό, αλλά και στους ογκολογικούς ασθενείς.⁽³⁸⁾ Επιπροσθέτως, τα συμπτώματα του καρκίνου που σχετίζονται με τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας, επηρεάζουν με την σειρά τους και τα επίπεδα της ποιότητα ζωής των ασθενών. Μερικά από αυτά τα συμπτώματα που συχνά συνδέονται και με την συναισθηματική δυσφορία είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Παρόλο που τα επίπεδα της κατάθλιψης σχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας, υπάρχει θετική συσχέτιση του άγχους και του ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι ερευνητές της μελέτης

προτείνουν παρεμβάσεις με σκοπό την βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας η οποία θα έχει ως συνέπεια και την μείωση των επιπέδων της συναισθηματικής δυσφορίας και βελτίωση της ποιότητα ζωής.⁽³⁹⁾

Σημαντικό ρόλο επίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ογκολογικών ασθενών κατέχει η ελπίδα. Η ελπίδα, όπως και η κοινωνική υποστήριξη που αναφέρθηκε και παραπάνω, επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική ανθεκτικότητα, καθώς υψηλά επίπεδα της ελπίδας σχετίστηκαν με υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας. Στα ευρήματα της μελέτης του Vartak, δεν παρατηρήθηκε σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ του υψηλού αισθήματος της ελπίδας και χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης ως παράγοντας πρόβλεψης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Παρόλα αυτά, το αποτέλεσμα ήταν ότι οι ασθενείς με καρκίνο που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ελπίδας προστατεύονται από αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας.⁽⁴⁰⁾ Η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει θετικά την ψυχική ανθεκτικότητα μέσω της βελτίωσης του αισθήματος της ελπίδας. Οι ερευνητές της μελέτης των Hsu και Juan προτείνουν πως διάφορες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της οπτικής των ασθενών για την σωματική τους εικόνα και η βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας οδηγούν και στην ενίσχυση του αισθήματος της ελπίδας και της κοινωνικής υποστήριξης, ενέργειες που μπορούν να πραγματοποιηθούν από τα μέλη της οικογένειας και από τους επαγγελματίες υγείας.⁽⁴¹⁾

Ο ρόλος της ψυχολογικής ευημερίας (psychological well-being) είναι επίσης ένας θετικός παράγοντας στους ασθενείς με καρκίνο. Ασθενείς που είχαν μια θετική και αισιόδοξη οπτική για το μέλλον τους, είχαν και καλύτερη ψυχολογική ευημερία από τους ασθενείς που είχαν πιο απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς με καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα είναι λιγότερο απογοητευμένοι και πιο ικανοί να έρθουν αντιμέτωποι με τα προβλήματά τους. Το αποτέλεσμα ήταν να υπάρξει ισχυρή συσχέτιση της ψυχολογικής ευημερίας και της ψυχικής ανθεκτικότητας.⁽⁴²⁾ Διάφοροι παράγοντες της ψυχολογικής ευημερίας, όπως είναι η αποδοχή, η γνώση και η θεραπεία επηρεάζουν την ψυχική ανθεκτικότητα των ογκολογικών ασθενών.⁽⁴³⁾ Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στην βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας που συνεπάγεται την βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας.⁽⁴²⁾

Μέσα από μια μελέτη των Strauss και Brix, παρατηρήθηκε επίσης ότι μικρή επιρροή ασκεί η ψυχική ανθεκτικότητα στην κόπωση των ογκολογικών ασθενών

που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία. Από το επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να προβλεφθεί η κόπωση στα πρώιμα στάδια και κατά συνέπεια η ποιότητα ζωής τους. Μαζί με την ποιότητα ζωής, από το επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να προβλεφθεί η ικανότητα αντιμετώπισης της κατάστασής τους, όπως και το αίσθημα αισιοδοξίας τους και την επιβίωσή τους από τον καρκίνο. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να εστιάσουν στο ότι ο όρος της ψυχικής ανθεκτικότητας θα πρέπει να βρίσκεται στον σχεδιασμό των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και να προαχθούν στρατηγικές που στοχεύουν στην βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας στους ασθενείς που βρίσκονται υπό στρεσογόνες θεραπείες.⁽⁴⁴⁾ Μια άλλη μελέτη έδειξε πως σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου το επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας διέφερε ανάλογα με το επάγγελμα και το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού, καθώς επίσης και από το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς. Οι παρεμβάσεις από τους νοσηλευτές και από το ιατρικό προσωπικό ήταν απαραίτητο να εστιάζουν στην κοινωνική υποστήριξη. Στις παρεμβάσεις αυτές το επίπεδο εκπαίδευσης έπρεπε να ληφθεί υπόψη από τους επαγγελματιών υγείας.⁽⁴⁵⁾

Για πολλούς ανθρώπους η θρησκεία είναι ένας σημαντικός τομέας της καθημερινότητάς τους. Μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να έρθουν αντιμέτωποι με τους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής τους και έχει ως στόχο την προώθηση της ψυχικής υγείας ενθαρρύνοντας την ψυχολογική τους ευημερία. Επίσης, παρέχει βοήθεια στους ασθενείς και τους ωθεί ώστε να καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια και να επιμείνουν περισσότερο όσον αφορά το πρόβλημα υγείας τους, ενώ παράλληλα οι ασθενείς διαλέγουν αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης και επικέντρωσης στο πρόβλημα υγείας τους. Συμπερασματικά, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της θρησκείας και της ψυχικής ανθεκτικότητας και η ενίσχυσή της οδηγεί στην μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας των ασθενών με καρκίνο.⁽⁴⁶⁾ Όπως τα παραπάνω, έτσι και ο έλεγχος των συναισθημάτων μαζί με την ψυχική ανθεκτικότητα είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η έκφραση των συναισθημάτων έχει συνδεθεί με θετικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία και την ψυχολογική ευημερία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Macia και Gorbena προκύπτει ότι και οι 2 έννοιες επηρεάζουν την ψυχική υγεία, αλλά σε ξεχωριστή βάση. Όμως παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας και λιγότερη έκφραση συναισθημάτων φάνηκαν να εμφανίζουν καλύτερη ψυχική

υγεία. Αυτό προκύπτει από το ότι οι ασθενείς με καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να έχουν την ικανότητα ανάπτυξης μηχανισμών που σχετίζονται με την ικανότητα αντιμετώπισης και τα θετικά συναισθήματα. Ενώ, η έκφραση συναισθημάτων μπορεί να δράσει ως προστατευτικός παράγοντας και μπορεί να μετριάσει το στρες στους ασθενείς. Παρόλα αυτά, είναι απαραίτητη η παροχή παρεμβάσεων για μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα και περισσότερη έκφραση συναισθημάτων με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής και κατά συνέπεια της ψυχικής υγείας των ασθενών με καρκίνο.⁽⁴⁷⁾

3.2 Αντιλαμβανόμενο στρες και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας της ψυχικής υγείας των ασθενών με καρκίνο είναι το αντιλαμβανόμενο στρες. Ως αντιλαμβανόμενο στρες ορίζονται τα συναισθήματα, οι αντιλήψεις και οι σκέψεις που έχει ένα άτομο για τα επίπεδα του στρες του σε μια συγκεκριμένη στιγμή, ή μια συγκεκριμένη περίοδο. Ο όρος αντιλαμβανόμενο στρες συνδυάζει το συναίσθημα της έλλειψης του ελέγχου με τη συχνότητα διαφόρων αλλαγών που συμβαίνουν στην ζωή ενός ατόμου, καθώς επίσης και το συναίσθημα της ικανότητας αντιμετώπισης προβλημάτων και δυσκολιών. Σε ένα αρνητικό γεγονός ένα άτομο εκτιμά τη σοβαρότητα της κατάστασης σε διάφορους τομείς ως αποτέλεσμα παραγόντων όπως η προσωπικότητα και η υποστήριξη που δέχεται. Συνεπώς το αντιλαμβανόμενο στρες αντικατοπτρίζει την αλληλοεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος το οποίο μπορεί να είναι απειλητικό, ή φιλικό προς εκείνον.⁽⁴⁸⁾ Έχει θεωρηθεί ότι η υποκειμενική αξιολόγηση του περιβάλλοντος ενός ατόμου, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διαδικασία εναντίον του στρες σε σύγκριση με το ίδιο το γεγονός.⁽⁴⁹⁾

Ο όρος του αντιλαμβανόμενου στρες παρατηρήθηκε ότι συνδέεται με πολλά συμπτώματα του καρκίνου, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Η εστίαση στα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο έχει μεγάλη σημασία στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να αξιολογείται η εμφάνιση πολλαπλών συμπτωμάτων με σκοπό την αντιμετώπισή τους η οποία θα έχει ανάλογα αποτελέσματα και στην συνολική υγεία τους. Το αντιλαμβανόμενο στρες

συμβάλλει σημαντικά σε διάφορες ψυχολογικές και σωματικές διαταραχές, όπως ο καρκίνος και παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή του μέσα από ψυχοκοινωνικές επιρροές στην λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Είναι απαραίτητο το αντιλαμβανόμενο στρες να μετράται πριν, κατά την διάρκεια και μετά την διάγνωση του καρκίνου.⁽⁵⁰⁾ Είναι επίσης σημαντική η παρατήρηση ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο επηρεάζεται από τα επίπεδα του στρες που βιώνουν. Τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες περιορίζουν τους ασθενείς από το να αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη και να εφαρμόσουν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασής τους, καθώς και να συμμορφωθούν με τις συστάσεις της θεραπείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες να εμφανίζουν και μικρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.⁽⁵¹⁾

Το άγχος και η κατάθλιψη συνήθως εμφανίζονται σε υψηλά επίπεδα στους ογκολογικούς ασθενείς μετά την διάγνωσή τους. Σε πρόσφατη έρευνα, παρατηρήθηκε ότι οι 2 αυτές έννοιες δεν έχουν κάποια συσχέτιση με το αντιλαμβανόμενο στρες των ασθενών. Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό και θα προσφέρει βοήθεια στους ασθενείς με καρκίνο, η μείωση του άγχους και της κατάθλιψης η οποία με την σειρά της θα οδηγήσει στην μείωση των επιπέδων του αντιλαμβανόμενου στρες.⁽⁵²⁾ Σημαντική προσθήκη στα προηγούμενα δεδομένα είναι ότι οι ασθενείς οι οποίοι βιώνουν μέτριο στρες και αίσθημα έλλειψης ελπίδας, δεν εφαρμόζουν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και εμφανίζουν μειωμένη ποιότητα ζωής. Αυτοί οι μηχανισμοί επηρεάζουν την διεργασία του καρκίνου και σχετίζονται με το στρες. Είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να ανακαλύψουν ψυχολογικές παρεμβάσεις για να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν με επιτυχία και με θετική σκέψη το στρες που βιώνουν και κατά συνέπεια να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.⁽⁵³⁾

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες σε ασθενείς με καρκίνο, προκαλώντας αύξησή του είναι η ενημερωτική υποστήριξη (informational support). Ο ρόλος της υποστήριξης είναι καθοριστικός διότι μεσολαβεί στην διαδικασία δημιουργίας απάντησης εναντίον του στρες στον καρκίνο. Επίσης, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εκτίμησης της νόσου ως ένα επιβλαβές πρόβλημα και των επιπέδων στρες των ασθενών. Η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης στον ασθενή οδηγεί στην δημιουργία δυσμενών προσαρμοστικών συμπεριφορών. Συμπερασματικά, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της

υποστήριξης και των επιπέδων του στρες, γεγονός που δίνει απαραίτητες πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας για την διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας.⁽⁵⁴⁾ Σημαντική πληροφορία είναι ότι η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης δεν εμφάνισε συσχέτιση με την ψυχολογική δυσφορία στην οποία διαμεσολαβητής υπήρξε η ικανότητα αντιμετώπισης και το αντιλαμβανόμενο στρες. Μέσω της ενίσχυσης της ικανότητας αντιμετώπισης και του αντιλαμβανόμενου στρες, το αποτέλεσμα είναι η κοινωνική υποστήριξη να συμβάλλει στον περιορισμό της ψυχολογικής δυσφορίας.⁽⁵⁵⁾

Επιπροσθέτως, ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής είναι η έννοια της ενσυνειδητότητας (mindfulness). Η ενσυνειδητότητα μπορεί να μειώσει και το στρες, το άγχος, ενώ παράλληλα αυξάνει το αίσθημα της υπομονής και της χαλάρωσης στην διαδικασία της θεραπείας βελτιώνοντας στο τέλος την ποιότητα ζωής. Μελέτες έχουν δείξει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ενσυνειδητότητα σε έναν ασθενή, τόσο λιγότερο αντιλαμβανόμενο στρες βιώνει. Αυτά τα αποτελέσματα τονίζουν την σημασία της ενσυνειδητότητας στην διαδικασία μείωσης του στρες στους ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι όσο περισσότερο συνειδητοποιημένοι είναι, τόσο περισσότερα γνωρίζουν μέσα από τις εμπειρίες τους. Αυτό βοηθάει στην καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών τους και στην μείωση του στρες, έχοντας άμεση επιρροή και στην ποιότητα ζωής τους.⁽⁵⁶⁾ Σημαντική πληροφορία είναι επίσης ότι το αίσθημα της αποδοχής της νόσου από τους ίδιους τους ασθενείς σχετίστηκε με το αίσθημα της ενσυνειδητότητας, ενώ δεν σχετίστηκε με το αντιλαμβανόμενο στρες. Οι 2 έννοιες της αποδοχής και του αντιλαμβανόμενου στρες λειτουργούν σαν συνδυαστικοί παράγοντες μεταξύ της ενσυνειδητότητας και των ψυχολογικών συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο. Ως αποτέλεσμα, είναι απαραίτητο να επιτευχθεί η βελτίωση της ενσυνειδητότητας η οποία συνδέεται με μεγαλύτερη αποδοχή από τους ασθενείς και με λιγότερο αντιλαμβανόμενο στρες, οδηγώντας τελικά στην βελτίωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων.⁽⁵⁷⁾

Ο ρόλος της ελπίδας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες που σχετίζεται με τον καρκίνο. Τα υψηλά επίπεδα ελπίδας στους ασθενείς τους βοηθούν να έρθουν αντιμέτωποι με το πρόβλημα υγείας τους και έμμεσα να διευκολυνθεί η διαδικασία θεραπείας τους. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερα επίπεδα ελπίδας εμφανίζουν λιγότερο αντιλαμβανόμενο στρες, ενώ παράλληλα εμφανίζουν και καλύτερη

ανθεκτικότητα γεγονός που τους καθιστά ικανούς να προσαρμόζονται εύκολα και να αντιμετωπίζουν με επιτυχία τους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες τους.⁽⁵⁸⁾ Η ελπίδα παίζει επίσης μεσάζοντα ρόλο και στην σχέση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου στρες και των συμπτωμάτων με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ο ρόλος της ελπίδας σε αυτή την περίπτωση είναι συνδυαστικός μεταξύ αυτών των 2 εννοιών και προκύπτει το αποτέλεσμα ότι το αντιλαμβανόμενο στρες θα μπορούσε να μειώσει τα επίπεδα της ελπίδας και κατά συνέπεια να οδηγήσει στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ως αποτέλεσμα, μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην μείωση του στρες και στην ενίσχυση της ελπίδας.⁽⁵⁹⁾

Τα γεγονότα που συμβαίνουν στην ζωή των ασθενών μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες και κατά συνέπεια σε πιο επιδεινωμένα αποτελέσματα. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των γεγονότων της καθημερινότητας και του αντιλαμβανόμενου στρες, όπου τα γεγονότα αυτά προβλέπουν οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να συμβεί στα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες. Όσο περισσότερο είναι το αντιλαμβανόμενο στρες και ο αριθμός των γεγονότων που συμβαίνουν στην καθημερινότητα, τόσο περισσότερο παρατηρούνται αλλαγές στην συναισθηματική, σωματική και κοινωνική λειτουργία των ασθενών.⁽⁶⁰⁾ Επίσης, οι ασθενείς μετά την διάγνωσή τους με καρκίνο αναπτύσσουν κάποιες αντιλήψεις σχετικά με την ασθένειά τους οι οποίες είναι βασισμένες στην πληροφόρηση που λαμβάνουν από άλλους και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Παρατηρήθηκε ότι οι αρνητικές αντιλήψεις για την ασθένεια συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες. Ενώ αντιθέτως, χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες αναφέρθηκαν από ασθενείς που έχουν θετική αντίληψη για την ασθένειά τους, αναφέροντας επίσης λιγότερες σοβαρές συνέπειες από τον καρκίνο και πιστεύοντας ότι δεν τους επηρέασε αρνητικά συναισθηματικά.⁽⁶¹⁾

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι το αντιλαμβανόμενο στρες σχετίστηκε με τα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ ο ρόλος της νοητικής προσαρμογής (mental adjustment) διαμεσολάβησε μεταξύ αυτών των 2 εννοιών. Το στρες λειτουργεί ως ένας παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών

με καρκίνο. Οι ασθενείς με θετική στάση απέναντι στην ασθένειά τους, μπορεί να εμφανίσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ικανότητα προσαρμογής στις δυσμενείς προκλήσεις και κατά συνέπεια βελτίωση της ευεξίας τους. Φαίνεται πως είναι σημαντικό να εφαρμόζονται τεχνικές μείωσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του στρες.⁽⁶²⁾ Επίσης, το αντιλαμβανόμενο στρες σε συνδυασμό με το αίσθημα ανησυχίας για το μέλλον σχετίστηκαν αρνητικά με την σωματική ευεξία. Το συμπέρασμα ήταν σε ασθενείς με μεγάλη ανησυχία, το υψηλό αντιλαμβανόμενο στρες συνδεόταν με μειωμένη σωματική ευεξία. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην μείωση της ανησυχίας θα οδηγήσουν στην μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες.⁽⁶³⁾

3.3 Αντιλαμβανόμενο στρες και ψυχική ανθεκτικότητα

Οι έννοιες του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας φαίνεται να συνδέονται μεταξύ τους καθώς η ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου παράγοντα. Όπως κάθε κοινός στρεσογόνος παράγοντας χρήζει αντιμετώπιση, έτσι και ο όρος της ανθεκτικότητας ισοδυναμεί με την επιτυχή διαχείριση του στρεσογόνου παράγοντα. Η ανθεκτικότητα επηρεάζει και προστατεύει τη θετική και λειτουργική προσαρμογή του ατόμου στον στρεσογόνο παράγοντα, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι υψηλές βαθμολογίες ανθεκτικότητας σχετίζονται με μειωμένους δείκτες κακής προσαρμογής.⁽⁶⁴⁾ Η εμπειρία του στρες μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό μηχανισμό και να επηρεάσει τη ζωή ενός ατόμου όσον αφορά την ψυχολογική ευεξία και την σωματική υγεία. Παρατηρείται επίσης, ότι οι τρόποι αντιμετώπισης και τα αρνητικά γεγονότα έχουν άμεση επιρροή στα μέτρα σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης.⁽⁶⁵⁾ Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με καλύτερη ανθεκτικότητα εμφανίζουν λιγότερο άγχος και συναφή συμπτώματα και συνεπώς καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ άτομα με χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας εφαρμόζουν φτωχότερες δεξιότητες αντιμετώπισης.⁽⁶⁶⁾

Όπως προαναφέρθηκε πριν, η ψυχική ανθεκτικότητα και το αντιλαμβανόμενο στρες ξεχωριστά επηρεάζονται από την κοινωνική υποστήριξη. Η θετική συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας και κοινωνικής υποστήριξης στηρίζεται από το γεγονός ότι η υποστήριξη από την οικογένεια και η θεραπευτική συμμαχία

μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών βοηθούν στην ίαση του καρκίνου. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη δρα σαν προβλεπτικός παράγοντας εναντίον του στρες και βοηθά ιδιαίτερα στη φάση ανάρρωσης και μειώνει την διάρκεια της τραυματικής ανάρρωσης (trauma-recovery). Επιπροσθέτως, υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και στρες, η οποία προκύπτει από το γεγονός ότι η διάγνωση του καρκίνου οδηγεί σε αλλαγές στην ζωή των ασθενών συνοδευόμενες από υψηλά επίπεδα στρες. Συμπερασματικά, η ψυχική ανθεκτικότητα, το αντιλαμβανόμενο στρες και η κοινωνική υποστήριξη έχουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους.⁽⁶⁷⁾ Στην έρευνα των Kiaei και Makvandi, βρέθηκε ότι σημαντικό ρόλο στη σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας, αντιλαμβανόμενου στρες και κοινωνικής υποστήριξης παίζει η σωματική εικόνα (body image). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού δέχονται αρνητική κριτική για την σωματική τους εικόνα, είτε από τους συζύγους τους ιδιαίτερα μετά από ένα χειρουργείο μαστεκτομής, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει επαρκή κοινωνική υποστήριξη και να μειώνεται η αυτοαποτελεσματικότητά τους. Ως αποτέλεσμα, να επηρεάζεται η σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας και αντιλαμβανόμενου στρες μέσω της κοινωνικής υποστήριξης.⁽⁶⁸⁾

Η ψυχική ανθεκτικότητα μέσα στο σύνολο μιας οικογένειας βοηθάει τα μέλη της να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις όπως είναι μια χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, σε έναν πληθυσμό που αφορούσε νέους και ενήλικες που είχαν έναν γονέα με καρκίνο, παρατηρήθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα της οικογένειας επηρεάστηκε θετικά από την επικοινωνία μεταξύ των νεότερων μελών και των γονέων τους, ενώ παράλληλα επηρεάστηκε αρνητικά από το αντιλαμβανόμενο στρες των μελών αυτών. Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο που έχουν παιδιά, έφηβους, ή νέους ενήλικες, είναι απαραίτητο να αναζητήσουν θετικούς και αρνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική ανθεκτικότητα και να σχεδιάσουν κατάλληλες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της ανθεκτικότητας της οικογένειας.⁽⁶⁹⁾ Σε μια άλλη μελέτη με πληθυσμό ασθενείς με καρκίνο παρατηρήθηκε ότι υπήρξε υψηλό ποσοστό διαταραχών ύπνου, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι το αντιλαμβανόμενο στρες είχε αρνητική επιρροή στην ποιότητα του ύπνου. Ωστόσο η ψυχική ανθεκτικότητα επηρέασε την σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και διαταραχών ύπνου, έχοντας προστατευτικό και θετικό αντίκτυπο στις διαταραχές αυτές. Το συμπέρασμα ήταν ότι θα έπρεπε

να αναπτυχθούν περισσότερες ψυχολογικές παρεμβάσεις για την πρόληψη εμφάνισης των διαταραχών ύπνου στους ασθενείς με καρκίνο.⁽⁷⁰⁾

3.4 Αντιλαμβανόμενο στρες και ψυχική ανθεκτικότητα στην ποιότητα ζωής

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε έναν πληθυσμό με φροντιστές ασθενών με Parkinson, παρατηρήθηκε ότι οι φροντιστές που ανέφεραν υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες, ανέφεραν και χαμηλά επίπεδα ευεξίας, καθώς επίσης και μειωμένη κοινωνική υποστήριξη. Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας παράγοντας που επηρέασε την σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και της ποιότητας ζωής. Με βάση αυτά τα ευρήματα, παρατηρήθηκε ότι οι φροντιστές που παρουσίασαν υψηλά ποσοστά αντιλαμβανόμενου στρες έτειναν να έχουν και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, με την ψυχική ανθεκτικότητα να ρυθμίζει την σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής, λειτουργώντας ως παράγοντας απομάκρυνσης από τις αντιξοότητες που βιώνουν οι φροντιστές.⁽⁷¹⁾ Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε με πληθυσμό γονέων παιδιών με ειδικές ανάγκες, οι γονείς ανέφεραν υψηλά επίπεδα στρες το οποίο επηρέασε την σωματική και ψυχική υγεία τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής στους γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες, καθώς η παρουσία ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια συνδεόταν με μείωση της ποιότητας ζωής και αύξηση του στρες και της κατάθλιψης. Ενώ παράλληλα, υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής. Αυτό σήμαινε ότι τα υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας στους γονείς οδήγησαν στην βελτίωση της ικανότητας των γονέων να έρχονται αντιμέτωποι με διάφορες καταστάσεις με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.⁽⁷²⁾

Στην μελέτη των Barre και Padmaja μελετήθηκε η επίδραση ιατρικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων στο στρες και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας (CBT).⁽⁷³⁾ Από την οποία μπορούν να ωφεληθούν ασθενείς με καρκίνο μετά την διάγνωση, καθώς και ογκολογικοί ασθενείς με σοβαρές συνοδές ψυχικές διαταραχές, συστήνοντας την αύξηση της διάρκειας των συνεδριών που οδηγούν στην βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητά τους.⁽³⁷⁾

Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση του συνολικού στρες και της ποιότητας ζωής, γεγονός που προκύπτει από την μείωση του συνολικού στρες των ασθενών μέσα από τις συνεδρίες. Πιο συγκεκριμένα η μείωση του συνολικού στρες οδήγησε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής με την βοήθεια φαρμακευτικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων. Επίσης, ταυτόχρονα υπήρχε βελτίωση στην συναισθηματική και φυσική λειτουργικότητα των ασθενών.⁽⁷³⁾

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο έχει μελετηθεί ευρέως και είναι γνωστό πως μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες όπως είναι το στρες και η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών. Επίσης έχει μελετηθεί η επίδραση του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας σε διάφορους πληθυσμούς. Ωστόσο μόνο λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με καρκίνο. Όπως επίσης η επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας και του αντιλαμβανόμενου στρες στην ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί μόνο σε πληθυσμούς που δεν αφορούν ασθενείς με καρκίνο. Ωστόσο δεν έχει διερευνηθεί ενδελεχώς η επίδραση του συνδυασμού της ψυχικής ανθεκτικότητας και του αντιλαμβανόμενου στρες στην ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του αντιλαμβανόμενου stress και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο

4.1.1 Επιμέρους στόχοι – ερωτήματα:

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου στρες και της ποιότητας ζωής;
- Μειώνει η ψυχική ανθεκτικότητα την αρνητική επίδραση του αντιλαμβανόμενου στρες στην ποιότητα ζωής;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου στρες και των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων σε ασθενείς με καρκίνο;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων σε ασθενείς με καρκίνο;

4.2 Ερευνητικό Πεδίο και Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης:

Το είδος της μελέτης είναι συγχρονική, ποσοτική ερευνητική μελέτη.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Μάρτιο έως και τον Απρίλιο 2022.

4.3 Δείγμα - Δειγματοληπτική Μέθοδος:

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 120 ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια κατά τη νοσηλεία τους στο τμήμα της βραχείας νοσηλείας μεγάλου δημόσιου ογκολογικού νοσοκομείου. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας.

4.4 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη:

Τα κριτήρια εισόδου στην μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- Ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο

- Άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω
- Να γνωρίζουν καλά ανάγνωση και γραφή της ελληνικής γλώσσας
- Να επιθυμούν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια με ενυπόγραφη συγκατάθεση.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν:

- Ασθενείς που έχουν θεραπευτεί από τον καρκίνο
- Άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών
- Όσοι δεν γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή της ελληνικής γλώσσας
- Ασθενείς με άνοια και ψυχικά προβλήματα

4.5 Παρουσίαση Ερευνητικών Εργαλείων:

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκαν τα αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια γιατί είναι αποτελεσματικά στη λήψη πληροφοριών και επιπρόσθετα λιγότερο κοστοβόρα και χρονοβόρα. Ένας άλλος λόγος για την επιλογή αυτή, ήταν το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια διατηρούν το στοιχείο της ανωνυμίας, γεγονός που κατά την άποψη του ερευνητή μειώνει την καχυποψία των ερωτηθέντων και ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή τους είναι σχετικά μικρός (10-15 λεπτά), χωρίς να καταλήγει να είναι μια κουραστική διαδικασία για τους συμμετέχοντες.

Πέρα από το ερωτηματολόγιο με τα κλινικο-δημογραφικά στοιχεία, επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθούν 3 ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορά στην αξιολόγηση αντιλαμβανόμενου στρες και ονομάζεται Perceived Stress Scale (PSS-14).⁽⁷⁴⁾ Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αφορά στην μέτρηση ψυχικής ανθεκτικότητας και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Resilience Scale (RS-14).⁽⁷⁵⁾ Τέλος, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα EORTC core quality of life questionnaire (QLQ – C30) για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.⁽⁷⁶⁾

4.5.1 Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων:

Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά όπως: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, κατάσταση ασφάλισης, επαγγελματική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, βάρος, ύψος, όργανο που νοσεί,

στάδιο της νόσου, ημερομηνία διάγνωσης, υποτροπές, είδος θεραπείας, συννοσηρότητα, τρόπος χορήγησης θεραπείας, πρόσφατη νόσηση από λοίμωξη, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ. Κάποια από αυτά (διάγνωση, στάδιο νόσου, συνυπάρχοντα νοσήματα) συμπληρώθηκαν από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.

4.5.2 Κλίμακα αντιλαμβανόμενου stress - Perceived Stress Scale (PSS - 14):

Για την διερεύνηση του αντιλαμβανόμενου στρες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο PSS-14, το οποίο έχει σχεδιαστεί με στόχο να φτιαχτεί ένα εργαλείο αξιολόγησης του αντιλαμβανόμενου στρες, που θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτούσιο καθολικά, σε όλες τις γλώσσες και τους πολιτισμούς. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο δημοσιεύτηκε το 1983⁽⁷⁴⁾ και μεταφράστηκε στα ελληνικά το 2012.⁽⁴⁹⁾ Το ερωτηματολόγιο PSS-14 περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στα συναισθήματα και τις σκέψεις των ασθενών κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Οι ερωτήσεις είναι βαθμονομημένες σε κλίμακα τύπου Likert πέντε σημείων, όπου το 1 αντιστοιχεί στο ποτέ, το 2 στο σχεδόν ποτέ, το 3 στο μερικές φορές, το 4 στο αρκετά συχνά και το 5 στο πολύ συχνά. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο, αρχικά διότι έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα, ενώ χρησιμοποιείται ευρέως αυτούσιο ανά τον κόσμο, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής με άλλες αντίστοιχες στον κόσμο.

4.5.3 Κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας – Resilience Scale (RS - 14):

Για την διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο RS-14, το οποίο έχει σχεδιαστεί με στόχο να φτιαχτεί ένα εργαλείο αξιολόγησης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο δημοσιεύτηκε το 1987⁽⁷⁵⁾ και μεταφράστηκε στα ελληνικά το 2017.⁽⁷⁷⁾ Το ερωτηματολόγιο RS-14 περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στα συναισθήματα, τις σκέψεις και τους τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων των ασθενών. Οι ερωτήσεις είναι βαθμονομημένες σε κλίμακα τύπου Likert επτά σημείων, όπου το 1 αντιστοιχεί στο διαφωνώ απόλυτα, το 2 στο διαφωνώ λίγο, το 3 στο διαφωνώ, το 4 στο ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ (ουδέτερος), το 5 στο συμφωνώ, το 6 στο συμφωνώ λίγο και το 7 στο συμφωνώ

απόλυτα. Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε καθότι διερευνά ένα ευρύ φάσμα παραμέτρων στην αξιολόγηση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

4.5.4 Κλίμακα ποιότητας ζωής – EORTC core quality of life questionnaire (QLQ – C30):

Για την διερεύνηση της ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30, το οποίο έχει σχεδιαστεί με στόχο να φτιαχτεί ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο δημοσιεύτηκε το 1993⁽⁷⁶⁾ και μεταφράστηκε στα ελληνικά το 2011.⁽⁷⁸⁾ Το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις ταξινομημένες σε 3 ομάδες και είναι βαθμονομημένες σε κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων σημείων, όπου το 1 αντιστοιχεί στο καθόλου, το 2 στο λίγο, το 3 στο αρκετά και το 4 στο πολύ. Η πρώτη ομάδα αφορά συναισθήματα και συμπτώματα εκείνη την δεδομένη στιγμή. Η δεύτερη ομάδα αφορά δραστηριότητες και συμπτώματα κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Και η τρίτη ομάδα αφορά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και συνολικά της υγείας του ασθενούς. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο, αρχικά διότι έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα, ενώ χρησιμοποιείται ευρέως ανά τον κόσμο.

4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων:

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ζητήθηκε και ελήφθη έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ο.Ν.Κ «Οι Άγιοι Ανάργυροι».

Οι ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη, προσεγγίστηκαν στο τμήμα της Βραχείας Νοσηλείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους για προγραμματισμένη χορήγησης της θεραπείας τους. Προηγήθηκε προφορική ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το σκοπό της έρευνας, για την εξασφάλιση καλύτερης συνεργασίας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ελήφθη ενυπόγραφη συγκατάθεση. Οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια PSS-14 για την αξιολόγηση αντιλαμβανόμενου στρες, RS-14 για την αξιολόγηση ψυχικής ανθεκτικότητας, EORTC QLQ-C30 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και τις ερωτήσεις για τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους.

Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από τον ερευνητή, ο οποίος ήταν διακριτικός στην παρουσία του για την επίλυση τυχόν αποριών.

4.7 Θέματα ηθικής δεοντολογίας:

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, μη υποχρεωτική και πραγματοποιείται μετά από ενημέρωση του ατόμου σχετικά με τους σκοπούς της έρευνας και τη διαδικασία εκπόνησής της. Σε καμία περίπτωση ο ασθενής δεν κλήθηκε να τροποποιήσει τη φαρμακευτική αγωγή ή άλλες παραμέτρους της ζωής του συμμετέχοντα στην έρευνα. Η έρευνα ήταν ανώνυμη και η δημοσίευση των αποτελεσμάτων δε περιλάμβανε κανένα στοιχείο που δύναται να οδηγήσει στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Ο συμμετέχων απάντησε στις ερωτήσεις με απόλυτη ειλικρίνεια, δε κρίθηκε και δε βαθμολογήθηκε για αυτές. Οι επιστημονικά υπεύθυνοι, ο μεταπτυχιακός φοιτητής και οι συνεργάτες της παρούσας ερευνητικής διπλωματικής εργασίας, δεν είχαν άμεσα ή έμμεσα συγκρουόμενα συμφέροντα με την υπό εκπόνηση Διπλωματική Εργασία.

Για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας στην Έρευνα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Επίσης πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων εξασφαλίστηκε η έγκριση της μελέτης από τις αντίστοιχες υπηρεσίες των νοσοκομείων που περιλήφθηκαν στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη κλήθηκαν να συναινέσουν για τη συμμετοχή τους εγγράφως, σε ειδικά διαμορφωμένο έντυπο, μετά από ενημέρωση για τους σκοπούς της μελέτης. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίστηκαν οι βασικές ηθικές αρχές που αφορούσαν την έρευνα για την προστασία των δικαιωμάτων των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ANONYMO, που σημαίνει ότι δε ταυτοποιήθηκαν τα στοιχεία των συμμετεχόντων μέσα από τις απαντήσεις τους. Οι συμμετέχοντες γνωρίζουν τα στοιχεία του ερευνητή μέσα από το έντυπο συγκατάθεσης και οποιαδήποτε στιγμή μπορούσαν να εκφράσουν τις απόψεις τους ή παράπονα ή και να αποχωρήσουν από την έρευνα. Όλες οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο θεωρήθηκαν προσωπικά δεδομένα και προστατεύτηκαν σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, ΓΚΠΔ ή GDPR). Άμεση πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια είχαν μόνο ο ερευνητής και η τριμελής συμβουλευτική επιτροπή, τα οποία και φυλάχθηκαν

κλειδωμένα στο γραφείο του Επιβλέποντα καθηγητή. Η φύλαξη όλων των δεδομένων έγινε σε έναν μόνο ηλεκτρονικό υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης και δεν μεταφέρθηκαν σε εξωτερικά μέσα αποθήκευσης. Τα δεδομένα διατηρήθηκαν για 36 μήνες από την συλλογή τους και κατόπιν καταστράφηκαν. Για τη χρήση των ερωτηματολογίων ελήφθησαν ήδη όλες οι απαραίτητες άδειες από τους δημιουργούς των εργαλείων (Δες Παράρτημα).

4.8 Στατιστική ανάλυση:

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν εισήχθησαν μετά από κωδικοποίηση προς στατιστική ανάλυση στο στατιστικό πακέτο SPSS®, version 25 (IBM Corp. in Armonk, NY) για Windows.

Υπολογίστηκαν ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson (ή r_s του Spearman εάν οι κατανομές των δεδομένων είναι μη συμμετρικές) μεταξύ του αντιλαμβανόμενου στρες (PSS-14), της ψυχικής ανθεκτικότητας (RS-14) και της ποιότητας ζωής στον καρκίνο (EORTC QLQ-C30).

Για την σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι t-test για ανεξάρτητα δείγματα (2 ομάδες) και Μονοπαραγοντική Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA) (για 3 ομάδες και πάνω) ή οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι σε περίπτωση που δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις των παραμετρικών.

Για να μελετηθεί κατά πόσο το αντιλαμβανόμενο στρες και η ψυχική ανθεκτικότητα προβλέπουν την ποιότητα ζωής, πραγματοποιήθηκαν πολλαπλά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης ανά τομέα της ποιότητας ζωής, όπου σε δεύτερο επίπεδο προστέθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία ως πιθανές συμεταβλητές (covariates).

Για να διερευνηθεί εάν η ψυχική ανθεκτικότητα λειτούργησε ως διαμεσολαβητικός παράγοντας της σχέσης μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διαμεσολάβησης (mediation analysis) χρησιμοποιώντας το SPSS macro του Hayes Process v3,4 (<http://www.afhayes.com>). Για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου υπόθεσης ορίστηκε ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($\alpha \leq 0,05$) για αμφίπλευρο έλεγχο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS®, version 25 (IBM Corp. in Armonk, NY). Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με καρκίνο της μελέτης. Επίσης, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση όσον αφορά των απαντήσεων και ερωτηματολογίων PSS (αντιλαμβανόμενο στρες), RS (ψυχική ανθεκτικότητα) και EORTC QLQ-C30 (ποιότητα ζωής). Για τις ποιοτικές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε υπολογισμός σχετικών συχνοτήτων (%) και απόλυτων συχνοτήτων ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές \pm τυπικές. Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε με τον υπολογισμό του Cronbach's alpha.

Για τις επιδράσεις των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής, ψυχική ανθεκτικότητα και αντιλαμβανόμενο στρες εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητο δείγμα (για 2 ομάδες) ή ο έλεγχος Ανάλυση Διακύμανσης προς ένα παράγοντα (Oneway ANOVA, για 3 ομάδες) όπου οι στατιστικά σημαντικές κύριες επιδράσεις ακολουθήθηκαν από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις Sidak). Όπου παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης d του Cohen χρησιμοποιώντας την ηλεκτρονική πλατφόρμα «Psychometrica».⁽⁷⁹⁾ Για τις στατιστικά σημαντικές κύριες επιδράσεις υπολογίστηκε το η^2_p .

Για να διερευνηθούν οι προβλεπτικοί παράγοντες των βαθμολογιών ποιότητας ζωής, πραγματοποιήθηκε μία σειρά από πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις με έκβαση την βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας του EORTC QLQ-C30 όπου στο πρώτο βήμα προστέθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες η βαθμολογία στο RS (ψυχική ανθεκτικότητα) και στο PSS (Αντιλαμβανόμενο στρες). Στο δεύτερο βήμα προστέθηκαν τα κλινικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων ως συμμεταβλητές (covariates). Η εισαγωγή των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε μέσω της μεθόδου αναγκαστικής εισαγωγής (enter).

Πραγματοποιήθηκε μία σειρά από αναλύσεις ρύθμισης (moderation analysis) ώστε να διερευνηθεί κατά πόσο η ψυχική ανθεκτικότητα ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής. Για να πραγματοποιηθεί η ανάλυση ρύθμισης (moderation analysis) στα μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης,

προστέθηκε η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο προβλεπτικών παραγόντων. Για την ανάλυση ρύθμισης, χρησιμοποιήθηκε το SPSS macro του Hayes Process v3,4 (<http://www.afhayes.com>).

Ως κριτήριο σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά Στοιχεία

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το 51,7% των ασθενών του δείγματος ήταν γυναίκες και το 48,3% άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν τα $65,28 \pm 9,98$ έτη με μικρότερη ηλικία τα 36 και μεγαλύτερη τα 90 έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι (61,7%), ενώ οι υπόλοιποι ήταν μη έγγαμοι. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, αρκετοί συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι (64,2%), ενώ το 6,7% ήταν άνεργοι. Μόλις το 20% δήλωσε πως εργάζεται. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης το 37,5% είχαν πτυχίο ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, ενώ το 31,7% δήλωσαν πως έχουν ολοκληρώσει το Λύκειο, ενώ το 18,3% δήλωσε πως ολοκλήρωσε το Γυμνάσιο. Όσον αφορά το Δείκτη Μάζας Σώματος, το 4,2% των ασθενών είναι λιποβαρές, ενώ το 23,5% έχει παχυσαρκία. Το 29,4% έχει φυσιολογικό ΔΜΣ, ενώ το 42,9% είναι υπέρβαροι. Όσον αφορά το όργανο νόσου, τα πιο συχνά ήταν ο μαστός (25%), ο πνεύμονας (23,3%) και το παχύ έντερο (21,7%), ενώ μόλις το 1,7% δήλωσε πως έχει καρκίνο στο στομάχι, στο ορθό ή στον νεφρό. Η μέση διάρκεια διάγνωσης ήταν τα $3,12 \pm 3,04$ με την μεγαλύτερη διάρκεια να είναι τα 16 έτη. Το 50,8% των ασθενών του δείγματος δήλωσε πως υπάρχουν υποτροπές με το πιο συχνό όργανο υποτροπών να είναι το ήπαρ (36,7%). Πέρα από την χημειοθεραπεία, οι ασθενείς του δείγματος έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση (34,2%), ακτινοθεραπεία (10,8%), στοχευμένες θεραπείες (9,2%), ορμονοθεραπεία (6,7%) και ανοσοθεραπεία (5%). Το 34,2% δεν λαμβάνει επιπρόσθετη θεραπεία. Όσον αφορά τον τρόπο χορήγησης

της θεραπείας, η πλειοψηφία δήλωσε πως λαμβάνει θεραπεία μέσω περιφερικού φλεβοκαθετήρα, ενώ μόνο το 1,7% λαμβάνει θεραπεία από το στόμα.

Πίνακας 28. Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος (n = 120).

Δημογραφικά στοιχεία		N	%
Φύλο	Άνδρας	58	48,3
	Γυναίκα	62	51,7
Ηλικία	Μέση τιμή±τυπική απόκλιση (εύρος: 36 – 90 ετών)	65,28±9,98	
	α. <61 ετών	30	25,0
	β. 61 - 64 ετών	26	21,7
	γ. 65-71 ετών	30	25,0
	δ. 72+ ετών	34	28,3
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	22	18,3
	Έγγαμος	74	61,7
	Διαζευγμένος	14	11,7
	Χηρεία	8	6,7
	Συμβίωση	2	1,7
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	8	6,7
	Ιδιωτικός υπάλληλος	12	10,0
	Δημόσιος υπάλληλος	2	1,7
	Αγρότης	3	2,5
	Ελεύθερος επαγγελματίας	7	5,8
	Οικιακά	11	9,2
	Συνταξιούχος	77	64,2
Κατάσταση ασφάλισης	Δημόσια	107	89,2
	Ιδιωτική	1	0,8
	Δημόσια και ιδιωτική	2	1,7
	Ανασφάλιστος	10	8,3
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	22	18,3
	Γυμνάσιο	10	8,3
	Απόφοιτος λυκείου	38	31,7

	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	45	37,5
	Μεταπτυχιακό	4	3,3
	Διδακτορικό	1	0,8
Δείκτης Μάζας Σώματος *	Λιποβαρής	5	4,2
	φυσιολογικό βάρος	35	29,4
	Υπέρβαρος	51	42,9
	Παχυσαρκία	28	23,5
Όργανο που νοσεί	Μαστός	30	25,0
	Πνεύμονας	28	23,3
	Παχύ έντερο	26	21,7
	Πάγκρεας	10	8,3
	Ωοθήκες	6	5,0
	Ήπαρ	3	2,5
	Προστάτης	3	2,5
	Νεφρός	2	1,7
	Αίμα	3	2,5
	Ουροδόχος κύστη	5	4,2
	Στομάχι	2	1,7
	Ορθό	2	1,7
	Στάδιο νόσου	Πρώτο	32
Δεύτερο		56	46,7
Τρίτο		24	20,0
Τέταρτο		8	6,7
Διάρκεια Διάγνωσης Καρκίνου	Μέση τιμή±τυπική απόκλιση (εύρος: 0 – 16 έτη)	3,12±3,04	
	0-1 έτη διάγνωσης	40	33,3
	2 έτη διάγνωσης	30	25,0
	3-4 έτη διάγνωσης	26	21,7
	5-16 έτη διάγνωσης	24	20,0
Υποτροπές	Ναι	61	50,8
	Όχι	59	49,2

Όργανα υποτροπών	Ήπαρ, Πνεύμονας	1	1,7
	Αριστερή ωοθήκη	1	1,7
	Δέρμα	1	1,7
	Εγκέφαλος	1	1,7
	Ήπαρ	22	36,7
	Κεφάλι, σπονδυλική στήλη	1	1,7
	ΚΝΣ	1	1,7
	Λεμφαδένες	7	11,7
	Μεσοθωράκιο	2	3,3
	Μήτρα	1	1,7
	Νεφρός	2	3,3
	Οστά	8	13,3
	Πάγκρεας	1	1,7
	Παρεγκεφαλίδα	1	1,7
	Παχύ έντερο	1	1,7
	Πνεύμονες	3	5,0
	Σπονδυλική στήλη	2	3,3
Ωοθήκες	1	1,7	
Είδος θεραπείας	Χειρουργική επέμβαση	41	34,2
	Ακτινοθεραπεία	13	10,8
	Στοχευμένες θεραπείες	11	9,2
	Ορμονοθεραπεία	8	6,7
	Ανοσοθεραπεία	6	5,0
	Όχι επιπρόσθετη θεραπεία	41	34,2
Τρόπος χορήγησης θεραπείας	Περιφερικός φλεβοκαθετήρας	80	66,7
	Port	33	27,5
	Picc	5	4,2
	Από το στόμα	2	1,7
Πρόσφατη λοίμωξη	Ναι	5	4,2
	Όχι	115	95,8
Είδος λοίμωξης (n = 5)	Clebsiella	1	20,0
	Covid-19	1	20,0

	Κρυολόγημα	2	40,0
	Ουρολοίμωξη	1	20,0
Νόσηση από Covid	Ναι	22	18,3
	Όχι	98	81,7
Αντιμετώπιση Covid (n = 22)	Κατ' οίκον περιορισμός	16	72,7
	Νοσηλεία σε κλινική	5	22,7
	Νοσηλεία σε ΜΕΘ	1	4,5
Συνοπάρχοντα νοσήματα (n = 34)	Υπέρταση	21	61,8
	Καρδιακή ανεπάρκεια	1	2,9
	Αναπνευστική νόσος	4	11,8
	Αυτοάνοσο νόσημα	8	23,5
Επιπλέον ή άλλα Συνοπάρχοντα νοσήματα (n = 28)	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1	3,6
	Αλλεργική ρινίτιδα	1	3,6
	Ανεύρυσμα ήπατος	1	3,6
	Ανεύρυσμα ανιούσας αορτής	1	3,6
	Αρθρίτιδα	1	3,6
	Αφαίρεση νεφρού	1	3,6
	Θρόμβωση ποδός	1	3,6
	Κολπική μαρμαρυγή	2	7,1
	Νεφρική ανεπάρκεια	1	3,6
	Όζοι θυροειδούς	1	3,6
	Πάθηση καρωτίδας	1	3,6
	Σακχαρώδης διαβήτης	8	28,6
	Στεφανιαία νόσος	2	7,1
	Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας	1	3,6
	Ταχυκαρδία	1	3,6
	Υπερθυρεοειδισμός	1	3,6
	Υποθυρεοειδισμός	1	3,6
	Υψηλή χολυστερίνη	1	3,6
Κάπνισμα	Ναι	29	24,2
	Όχι	91	75,8
Αλκοόλ	Ναι	8	6,7

	Όχι	112	93,3
Σημείωση. *. Με ελλείπουσες τιμές.			

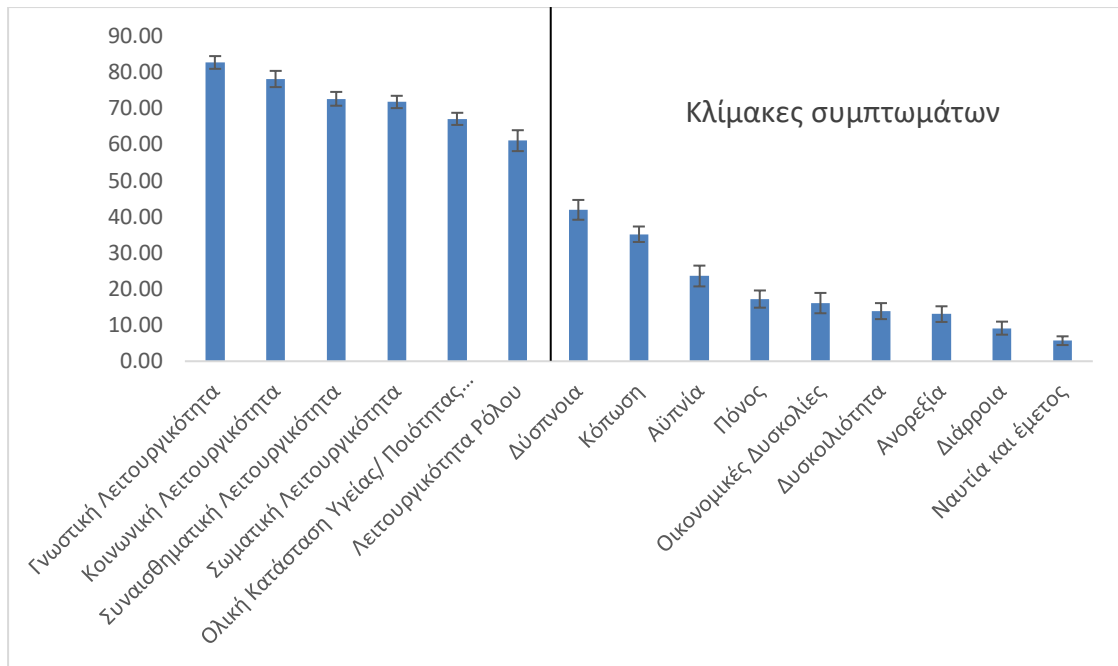
Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων PSS, RS και EORTC QLQ-C30

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων PSS αντιλαμβανόμενου στρες, RS ψυχικής ανθεκτικότητας και EORTC QLQ-C30 ποιότητας ζωής. Η μέση βαθμολογία του PSS είναι $18,73 \pm 7,83$, ενώ η βαθμολογία του RS ήταν $81,04 \pm 11,46$. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας EORTC QLQ-C30 ήταν $81,04 \pm 11,46$. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ποιότητας ζωής ήταν στην υποκλίμακα «Cognitive functioning» ($82,78 \pm 19,32$), ενώ οι μικρότερες βαθμολογίες ήταν στις υποκλίμακες «Nausea and vomiting function score» ($5,69 \pm 13,23$) και «Diarrhoea score» ($9,17 \pm 19,79$). Η εσωτερική συνέπεια σε όλα τα ερωτηματολόγια ήταν αρκετά καλή. Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας ποιότητας ζωής.

Πίνακας 29. Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων RS, PSS και EORTC QLQ-C30.

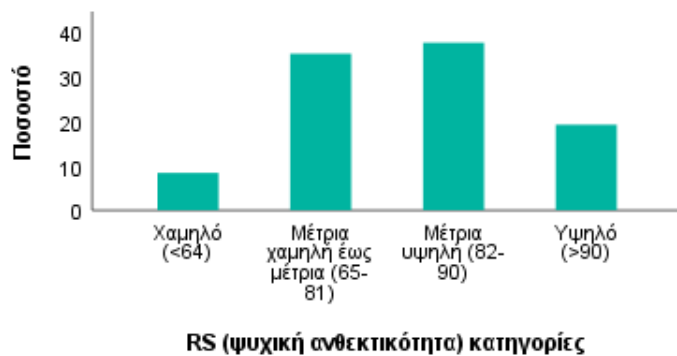
	Μικρότερη	Μεγαλύτερη	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Cronbach's α
PSS Συνολική Βαθμολογία	1,00	37,00	18,73	7,83	0,80
PSS Αβοηθησία	1,00	23,00	11,32	5,27	
PSS αυτοαποτελεσματικότητα	9,00	28,00	20,58	3,77	
Ψυχική Ανθεκτικότητα (RS Score)	41,00	98,00	81,04	11,46	0,85
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ-C30)	37,09	98,72	77,45	12,94	0,83
Φυσική Λειτουργικότητα	13,33	100,00	71,83	18,71	

Λειτουργικότητα Ρόλων	0,00	100,00	61,11	31,71
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	0,00	100,00	72,71	20,98
Γνωστική Λειτουργικότητα	16,67	100,00	82,78	19,32
Κοινωνική Λειτουργικότητα	16,67	100,00	78,19	24,62
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	0,00	100,00	67,15	18,44
Κόπωση	0,00	100,00	35,19	23,51
Ναυτία και εμετός	0,00	50,00	5,69	13,23
Πόνος	0,00	100,00	17,22	26,10
Δύσπνοια	0,00	100,00	41,94	30,09
Αϋπνία	0,00	100,00	23,61	31,58
Ανορεξία	0,00	100,00	13,06	23,79
Δυσκοιλιότητα	0,00	100,00	13,89	24,29
Διάρροια	0,00	100,00	9,17	19,79
Οικονομικές δυσκολίες	0,00	100,00	16,11	30,86
<i>Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</i>				



Γράφημα 7. Μέσες τιμές των υποκλιμάκων του EORTC QLQ-C30. Οι μπάρες αντιστοιχούν στο τυπικό σφάλμα. Στις κλίμακες συμπτωμάτων, όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη η επιβάρυνση.

Η κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας εμπεριέχει κριτήρια σύμφωνα με τα οποία μπορούν να διαχωριστούν οι βαθμολογίες. Το 37,5% είχε μέτρια προς υψηλή βαθμολογία, ενώ το 35% είχε χαμηλή ως μέτρια βαθμολογία. Το 19,2% είχε υψηλή βαθμολογία ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ μόλις το 8,3% είχε χαμηλή βαθμολογία (γράφημα 2).



Γράφημα 8. Κατηγορίες ψυχικής ανθεκτικότητας βάσει συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου RS.

Επιδράσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών

Ποιότητα ζωής. Παρακάτω παρουσιάζονται οι επιδράσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30 ποιότητας ζωής.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει φύλου και τα αποτελέσματα των ελέγχων *t* για ανεξάρτητα δείγματα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στην υποκλίμακα «Συναισθηματική λειτουργικότητα» όπου οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τις γυναίκες ασθενείς του δείγματος ($p = 0,02$, $d = -0,42$) υποδηλώνοντας μεγαλύτερη συναισθηματική λειτουργικότητα των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους άνδρες στην κόπωση ($p = 0,03$, $d = 0,41$) και Δυσκοιλιότητα ($p = 0,03$, $d = 0,41$) υποδηλώνοντας πως οι γυναίκες δήλωσαν υψηλότερο επίπεδο συμπτωματολογίας στην κόπωση και στη δυσκοιλιότητα από τους άνδρες. Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει φύλου.

Πίνακας 30. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει φύλου.

Φύλο		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t (118)	<i>p</i>	<i>d</i>
Φυσική Λειτουργικότητα	Άνδρας	58	74,02	16,88	1,24	0,22	-
	Γυναίκα	62	69,78	20,19			
Λειτουργικότητα Ρόλων	Άνδρας	58	64,66	33,20	1,19	0,24	-
	Γυναίκα	62	57,80	30,14			
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	Άνδρας	58	77,16	18,90	2,29	0,02	-0,42
	Γυναίκα	62	68,55	22,10			
Γνωστική Λειτουργικότητα	Άνδρας	58	84,48	19,21	0,94	0,35	-
	Γυναίκα	62	81,18	19,44			
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Άνδρας	58	77,01	25,33	-0,51	0,61	-
	Γυναίκα	62	79,30	24,08			

Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	Άνδρας	58	69,83	17,30	1,55	0,12	-
	Γυναίκα	62	64,65	19,25			
Κόπωση	Άνδρας	58	30,27	21,91	-2,25	0,03	0,41
	Γυναίκα	62	39,78	24,19			
Ναυτία και εμετός	Άνδρας	58	5,17	12,95	-0,42	0,68	
	Γυναίκα	62	6,18	13,57			
Πόνος	Άνδρας	58	15,23	23,00	-0,81	0,42	
	Γυναίκα	62	19,09	28,76			
Δύσπνοια	Άνδρας	58	40,23	30,43	-0,60	0,55	-
	Γυναίκα	62	43,55	29,93			
Αϋπνία	Άνδρας	58	21,26	29,75	-0,79	0,43	-
	Γυναίκα	62	25,81	33,29			
Ανορεξία	Άνδρας	58	13,22	24,93	0,07	0,94	-
	Γυναίκα	62	12,90	22,87			
Δυσκοιλιότητα	Άνδρας	58	8,62	15,99	-2,38 (95,59)*	0,02	0,30
	Γυναίκα	62	18,82	29,33			
Διάρροια	Άνδρας	58	9,77	20,72	0,32	0,75	-
	Γυναίκα	62	8,60	19,02			
Οικονομικές δυσκολίες	Άνδρας	58	15,52	30,73	-0,20	0,84	-
	Γυναίκα	62	16,67	31,22			
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (QLQ-30)	Άνδρας	58	79,50	11,57	1,69	0,09	-
	Γυναίκα	62	75,53	13,91			
Σημείωση. EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής							

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ηλικίας και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα Παράγοντα. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις της ηλικίας στις υποκλίμακες «Φυσική λειτουργικότητα» ($p = 0,03$, $\eta^2_p = 0,08$), «Λειτουργικότητα Ρόλων» ($p = 0,02$, $\eta^2_p = 0,08$), «Κοινωνική λειτουργικότητα» (p

= 0,04, $\eta^2_p = 0,07$) και στην κλίμακα συμπτωμάτων «Κόπωση» ($p = 0,01$, $\eta^2_p = 0,10$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak στη «Φυσική Λειτουργικότητα» έδειξαν πως οι συμμετέχοντες ηλικίας κάτω των 61 ετών είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από εκείνους ηλικίας 65-71 ετών ($p = 0,048$, $d = 0,66$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak στην Λειτουργικότητα Ρόλων έδειξαν πως οι συμμετέχοντες ηλικίας 61 -64 ετών είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από εκείνους ηλικίας 65-71 ετών ($p = 0,02$, $d = 0,84$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak στην Κοινωνική Λειτουργικότητα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak στην κλίμακα συμπτωμάτων «Κόπωση» έδειξαν πως οι 65-71 ετών είχαν χαμηλότερη βαθμολογία (μικρότερη επιβάρυνση από την κόπωση) από εκείνους ηλικίας <61 ετών ($p = 0,04$, $d = -0,68$) και εκείνους ηλικίας 61 - 64 ετών ($p = 0,03$, $d = 0,92$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Πίνακας 31. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ηλικίας

		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 119)	p	η^2_p
Φυσική Λειτουργικότητα	α. α. <61 ετών	30	68,00 ^γ	21,89	3,18	0,03	0,08
	β. 61 - 64 ετών	26	68,97	16,43			
	γ. 65-71 ετών	30	80,67 ^α	15,79			
	δ. 72+ ετών	34	69,61	17,92			

Λειτουργικότητα Ρόλων	α. <61 ετών	30	55,00	35,06	3,56	0,02	0,08
	β. 61 - 64 ετών	26	51,92 ^γ	31,03			
	γ. 65- 71 ετών	30	76,11 ^β	26,15			
	δ. 72+ ετών	34	60,29	30,16			
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	α. <61 ετών	30	72,50	24,97	0,36	0,78	-
	β. 61 - 64 ετών	26	72,44	17,91			
	γ. 65- 71 ετών	30	75,83	19,25			
	δ. 72+ ετών	34	70,34	21,34			
Γνωστική Λειτουργικότητα	α. <61 ετών	30	83,33	20,99	0,40	0,99	-
	β. 61 - 64 ετών	26	83,33	17,00			

	γ. 65- 71 ετών	30	82,78	19,81			
	δ. 72+ ετών	34	81,86	19,83			
Κοινωνική Λειτουργικότητα	α. <61 ετών	30	73,33	23,41	2,94	0,04	0,07
	β. 61 - 64 ετών	26	71,15	25,63			
	γ. 65- 71 ετών	30	88,33	22,38			
	δ. 72+ ετών	34	78,92	24,72			
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	α. <61 ετών	30	66,39	20,70	0,71	0,55	-
	β. 61 - 64 ετών	26	63,46	16,85			
	γ. 65- 71 ετών	30	70,56	16,19			
	δ. 72+ ετών	34	67,65	19,54			

Κόπωση	α. <61 ετών	30	42,22 ^γ	27,12	4,03	0,01	0,10
	β. 61 - 64 ετών	26	43,16 ^γ	17,02			
	γ. 65- 71 ετών	30	25,93 ^{α,β}	20,08			
	δ. 72+ ετών	34	31,05	24,12			
Ναυτία και εμετός	α. <61 ετών	30	10,56	16,66	2,53	0,06	-
	β. 61 - 64 ετών	26	7,05	14,28			
	γ. 65- 71 ετών	30	3,33	11,07			
	δ. 72+ ετών	34	2,45	9,30			
Πόνος	α. <61 ετών	30	23,89	34,10	1,57	0,20	-
	β. 61 - 64 ετών	26	21,15	24,75			

	γ. 65- 71 ετών	30	12,22	20,50			
	δ. 72+ ετών	34	12,75	22,50			
Δύσπνοια	α. <61 ετών	30	46,67	32,28	0,40	0,75	-
	β. 61 - 64 ετών	26	38,46	26,15			
	γ. 65- 71 ετών	30	40,00	29,56			
	δ. 72+ ετών	34	42,16	32,11			
Αϋπνία	α. <61 ετών	30	28,89	33,60	0,48	0,70	-
	β. 61 - 64 ετών	26	24,36	33,41			
	γ. 65- 71 ετών	30	22,22	33,14			
	δ. 72+ ετών	34	19,61	27,36			

Ανορεξία	α. <61 ετών	30	11,11	26,74	0,76	0,52	-
	β. 61 - 64 ετών	26	19,23	23,42			
	γ. 65- 71 ετών	30	12,22	25,50			
	δ. 72+ ετών	34	10,78	19,63			
Δυσκοιλιότητα	α. <61 ετών	30	16,67	28,70	0,61	0,61	-
	β. 61 - 64 ετών	26	14,10	23,42			
	γ. 65- 71 ετών	30	8,89	14,99			
	δ. 72+ ετών	34	15,69	27,51			
Διάρροια	α. <61 ετών	30	7,78	14,34	0,24	0,87	-
	β. 61 - 64 ετών	26	11,54	24,84			

	γ. 65- 71 ετών	30	10,00	21,71			
	δ. 72+ ετών	34	7,84	18,46			
Οικονομικές δυσκολίες	α. <61 ετών	30	23,33	32,93	2,09	0,10	-
	β. 61 - 64 ετών	26	21,79	35,20			
	γ. 65- 71 ετών	30	5,56	19,74			
	δ. 72+ ετών	34	14,71	31,98			
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ- C30)	α. <61 ετών	30	74,18	14,52	2,60	0,055	-
	β. 61 - 64 ετών	26	74,52	10,26			
	γ. 65- 71 ετών	30	82,22	11,43			
	δ. 72+ ετών	34	78,36	13,63			

Σημείωση. α. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «<61 ετών», β. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «61 – 64 ετών), γ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «65-71 ετών», δ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «72+ ετών», EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει οικογενειακής κατάστασης και τα αποτελέσματα των ελέγχων t για ανεξάρτητα δείγματα. Όσον αφορά την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, οι έγγαμοι ασθενείς δήλωσαν υψηλότερη βαθμολογία από τους μη έγγαμους συμμετέχοντες ($p = 0,01$, $d = 0,48$). Όσον αφορά τις υποκλίμακες λειτουργικότητας, οι έγγαμοι ασθενείς είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους μη έγγαμους στη Φυσική Λειτουργικότητα ($p = 0,01$, $d = 0,38$) και στην Λειτουργικότητα Ρόλων ($p = 0,02$, $d = 0,45$). Όσον αφορά τις υποκλίμακες συμπτωμάτων, οι μη έγγαμοι ασθενείς είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους έγγαμους στην αϋπνία ($p = 0,004$, $d = -0,55$) και στις Οικονομικές Δυσκολίες ($p = 0,01$, $d = -0,48$)

Πίνακας 32. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει οικογενειακής κατάστασης

Οικογενειακή Κατάσταση		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t (118)	p	D
Φυσική Λειτουργικότητα	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	67,54	17,36	-2,01	0,047	0,38
	Έγγαμος	74	74,50	19,12			
Λειτουργικότητα Ρόλων	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	52,54	30,22	-2,38	0,02	0,45
	Έγγαμος	74	66,44	31,63			

Συναισθηματική Λειτουργικότητα	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	70,65	23,16	-0,85	0,40	-
	Έγγαμος	74	73,99	19,55			
Γνωστική Λειτουργικότητα	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	79,71	19,54	-1,38	0,17	-
	Έγγαμος	74	84,68	19,06			
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	74,64	22,97	-1,25	0,21	--
	Έγγαμος	74	80,41	25,49			
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	64,13	17,99	-	1,42	0,16
	Έγγαμος	74	69,03	18,58			
Κόπωση	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	38,16	21,42	1,09	0,28	-
	Έγγαμος	74	33,33	24,67			
Ναυτία και εμετός	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	6,16	14,21	0,30	0,76	-
	Έγγαμος	74	5,41	12,67			
Πόνος	Μη έγγαμος (άγαμος,	46	21,01	28,20	1,26	0,21	-

	διαζευγμένος, χήρος)						
	Έγγαμος	74	14,86	24,61			
Δύσπνοια	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	43,48	27,99	0,44	0,66	-
	Έγγαμος	74	40,99	31,48			
Αϋπνία	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	34,06	38,16	2,95	0,004	- 0,55
	Έγγαμος	74	17,12	24,82			
Ανορεξία	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	13,77	22,85	0,26	0,80	
	Έγγαμος	74	12,61	24,49			
Δυσκοιλιότητα	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	17,39	29,60	1,25	0,21	-
	Έγγαμος	74	11,71	20,22			
Διάρροια	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	11,59	23,54	1,06	0,29	-
	Έγγαμος	74	7,66	17,05			
Οικονομικές δυσκολίες	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	25,36	37,31	2,65	0,01	- 0,50

	Έγγαμος	74	10,36	24,63			
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ- C30)	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	73,80	12,62	-2,49	0,01	0,48
	Έγγαμος	74	79,72	12,69			
Σημείωση. EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής							

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα Παράγοντα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην υποκλίμακα «Αϋπνία», όπου οι πολλαπλές συγκρίσεις με έλεγχο Sidak έδειξαν πως οι συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν Γυμνάσιο είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους που αποφοίτησαν από το δημοτικό ($p < 0,001$, $d = -1,82$), Λύκειο ($p = 0,02$, $d = -1,06$) και από εκείνους που ολοκλήρωσαν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση ($p = 0,02$, $d = -0,99$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Πίνακας 33. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου.

		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 119)	p	η^2_p
Φυσική Λειτουργικότητα	Δημοτικό	22	73,03	16,77	1,41	0,24	
	Γυμνάσιο	10	72,67	9,66			
	Απόφοιτος λυκείου	38	66,84	21,39			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	74,93	18,35			
	Δημοτικό	22	62,12	29,63	0,54	0,65	

Λειτουργικότητα Ρόλων	Γυμνάσιο	10	53,33	38,33			
	Απόφοιτος λυκείου	38	57,89	31,42			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	64,67	31,88			
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	Δημοτικό	22	73,11	18,53	0,12	0,95	
	Γυμνάσιο	10	70,83	26,13			
	Απόφοιτος λυκείου	38	71,49	22,23			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	73,83	20,48			
Γνωστική Λειτουργικότητα	Δημοτικό	22	75,76	23,97	1,57	0,20	
	Γυμνάσιο	10	78,33	22,29			
	Απόφοιτος λυκείου	38	85,09	17,67			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	85,00	17,25			
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Δημοτικό	22	81,06	24,29	0,23	0,87	
	Γυμνάσιο	10	73,33	19,56			
	Απόφοιτος λυκείου	38	77,63	24,59			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	78,33	26,14			
Ολική Κατάσταση	Δημοτικό	22	63,64	21,45	0,34	0,80	
	Γυμνάσιο	10	66,67	17,12			

Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	Απόφοιτος λυκείου	38	67,98	18,02			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	68,17	17,95			
Κόπωση	Δημοτικό	22	28,79	19,29	1,11	0,35	
	Γυμνάσιο	10	44,44	30,09			
	Απόφοιτος λυκείου	38	36,55	25,03			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	35,11	22,49			
Ναυτία και εμετός	Δημοτικό	22	3,79	11,42	0,30	0,82	
	Γυμνάσιο	10	6,67	14,05			
	Απόφοιτος λυκείου	38	7,02	15,32			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	5,33	12,34			
Πόνος	Δημοτικό	22	17,42	27,45	1,19	0,32	
	Γυμνάσιο	10	16,67	32,39			
	Απόφοιτος λυκείου	38	23,25	29,39			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	12,67	20,91			
Δύσπνοια	Δημοτικό	22	42,42	29,42	1,56	0,20	
	Γυμνάσιο	10	56,67	31,62			

	Απόφοιτος λυκείου	38	35,09	30,95			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	44,00	28,92			
Αϋπνία	α. Δημοτικό	22	9,09 ^β	18,35	5,84	0,001	0,13
	β. Γυμνάσιο	10	56,67 ^{α,γ,δ}	38,65			
	γ. Απόφοιτος λυκείου	38	23,68 ^β	28,90			
	δ. Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	23,33 ^β	32,47			
Ανορεξία	Δημοτικό	22	13,64	26,55	0,77	0,51	
	Γυμνάσιο	10	23,33	38,65			
	Απόφοιτος λυκείου	38	10,53	22,06			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	12,67	20,08			
Δυσκοιλιότητα	Δημοτικό	22	15,15	26,68	0,03	0,99	
	Γυμνάσιο	10	13,33	23,31			
	Απόφοιτος λυκείου	38	13,16	26,33			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	14,00	22,43			
Διάρροια	Δημοτικό	22	7,58	17,61	0,43	0,73	
	Γυμνάσιο	10	3,33	10,54			

	Απόφοιτος λυκείου	38	9,65	21,79			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	10,67	20,69			
Οικονομικές δυσκολίες	Δημοτικό	22	13,64	31,97	0,23	0,88	
	Γυμνάσιο	10	23,33	38,65			
	Απόφοιτος λυκείου	38	15,79	27,66			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	16,00	31,76			
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ- C30)	Δημοτικό	22	79,02	13,20	0,96	0,41	
	Γυμνάσιο	10	71,34	11,45			
	Απόφοιτος λυκείου	38	76,93	13,98			
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	78,38	12,26			
<p>Σημείωση. α. Στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «Δημοτικό», β. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «Γυμνάσιο», γ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «Απόφοιτος Λυκείου», δ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση». EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>							

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα παράγοντα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του Δείκτη Μάζας Σώματος στην βαθμολογία στην υποκλίμακα συμπτωμάτων Πόνου, όπου οι πολλαπλές συγκρίσεις έδειξαν πως οι λιποβαρείς ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους με φυσιολογικό βάρος ($p = 0,02$, $d = -1,31$

), υπέρβαρο βάρος ($p = 0,01$, $d = -1,75$) και εκείνους με παχυσαρκία ($p = 0,04$, $d = -1,10$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον Δείκτη Μάζας Σώματος.

Πίνακας 34. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος.

Δείκτης Μάζας Σώματος		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 118)	p	η^2_p
Φυσική Λειτουργικότητα	Λιποβαρής	5	57,33	21,40	1,61	0,19	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	74,86	19,68			
	Υπέρβαρος	51	73,07	17,59			
	Παχυσαρκία	28	69,05	18,43			
Λειτουργικότητα Ρόλων	Λιποβαρής	5	40,00	43,46	1,53	0,21	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	64,29	31,61			
	Υπέρβαρος	51	64,71	32,94			
	Παχυσαρκία	28	54,17	26,69			
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	Λιποβαρής	5	61,67	38,46	0,84	0,48	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	75,95	16,64			
	Υπέρβαρος	51	73,04	23,01			
	Παχυσαρκία	28	70,54	18,49			
Γνωστική Λειτουργικότητα	Λιποβαρής	5	80,00	21,73	0,12	0,95	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	84,29	18,94			
	Υπέρβαρος	51	82,35	21,19			
	Παχυσαρκία	28	82,14	16,93			
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Λιποβαρής	5	76,67	32,49	1,99	0,12	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	72,86	29,73			
	Υπέρβαρος	51	84,64	19,96			

	Παχυσαρκία	28	74,40	22,44			
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	Λιποβαρής	5	61,67	18,26	0,24	0,87	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	67,86	18,87			
	Υπέρβαρος	51	66,67	18,86			
	Παχυσαρκία	28	68,75	17,95			
Κόπωση	Λιποβαρής	5	48,89	25,58	0,82	0,49	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	33,65	23,87			
	υπέρβαρος	51	33,33	24,55			
	Παχυσαρκία	28	37,70	21,24			
Ναυτία και εμετός	Λιποβαρής	5	13,33	21,73	0,80	0,49	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	6,19	15,17			
	υπέρβαρος	51	4,25	10,98			
	Παχυσαρκία	28	6,55	13,10			
Πόνος	α. Λιποβαρής	5	53,33 ^{β,γ,δ}	43,14	3,96	0,01	0,09
	β. Φυσιολογικό βάρος	35	16,19 ^α	26,04			
	γ. Υπέρβαρος	51	13,07 ^α	20,63			
	δ. Παχυσαρκία	28	19,64 ^α	28,35			
Δύσπνοια	Λιποβαρής	5	46,67	29,81	0,100	0,96	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	40,00	26,57			
	Υπέρβαρος	51	42,48	33,39			
	Παχυσαρκία	28	42,86	29,89			
Αϋπνία	Λιποβαρής	5	26,67	43,46	0,61	0,61	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	19,05	28,34			
	Υπέρβαρος	51	27,45	32,46			
	Παχυσαρκία	28	20,24	31,87			

Ανορεξία	Λιποβαρής	5	26,67	43,46	1	0,39	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	15,24	24,71			
	Υπέρβαρος	51	13,07	24,11			
	Παχυσαρκία	28	8,33	17,27			
Δυσκοιλότητα	Λιποβαρής	5	26,67	43,46	0,50	0,68	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	12,38	22,99			
	Υπέρβαρος	51	13,73	25,10			
	Παχυσαρκία	28	14,29	21,14			
Διάρροια	Λιποβαρής	5	20,00	18,26	1,16	0,33	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	7,62	18,23			
	Υπέρβαρος	51	10,46	22,60			
	Παχυσαρκία	28	4,76	11,88			
Οικονομικές δυσκολίες	Λιποβαρής	5	13,33	29,81	0,98	0,40	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	19,05	33,61			
	Υπέρβαρος	51	17,65	30,81			
	Παχυσαρκία	28	7,14	22,87			
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ-C30)	Λιποβαρής	5	65,65	17,98	1,64	0,18	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	78,61	14,71			
	Υπέρβαρος	51	78,46	12,16			
	Παχυσαρκία	28	76,61	10,47			
<p>Σημείωση. α. Στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «λιποβαρής», β. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «φυσιολογικό βάρος», γ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «υπέρβαρος», δ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «παχυσαρκία», Sidak post-hoc tests., EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>							

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει στάδιο νόσου και τα αποτελέσματα των ελέγχων t για ανεξάρτητα δείγματα.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει στάδιο νόσου σε καμία από τις υποκλίμακες ($p = ns$).

Πίνακας 35. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει στάδιο νόσου.

Στάδιο νόσου		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (2, 119)	P
Φυσική Λειτουργικότητα	πρώτο	32	74,17	21,27	2,13	0,12
	δεύτερο	56	73,81	16,27		
	τρίτο και τέταρτο	32	66,04	19,33		
Λειτουργικότητα Ρόλων	πρώτο	32	65,63	30,51	0,47	0,63
	δεύτερο	56	60,12	34,18		
	τρίτο και τέταρτο	32	58,33	28,71		
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	πρώτο	32	75,26	20,25	0,33	0,72
	δεύτερο	56	72,02	21,17		
	τρίτο και τέταρτο	32	71,35	21,79		
Γνωστική Λειτουργικότητα	πρώτο	32	83,33	22,00	0,02	0,98
	δεύτερο	56	82,74	18,25		
	τρίτο και τέταρτο	32	82,29	18,90		
Κοινωνική Λειτουργικότητα	πρώτο	32	79,69	25,31	0,49	0,61
	δεύτερο	56	79,46	25,02		
	τρίτο και τέταρτο	32	74,48	23,56		
	πρώτο	32	70,31	23,28	0,92	0,40

Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	δεύτερο	56	67,11	17,44		
	τρίτο και	32	64,06	14,27		
	τέταρτο					
Κόπωση	πρώτο	32	28,13	25,24	2,16	0,12
	δεύτερο	56	36,71	22,52		
	τρίτο και τέταρτο	32	39,58	22,57		
Ναυτία και εμετός	πρώτο	32	4,69	11,39	0,34	0,71
	δεύτερο	56	5,36	12,76		
	τρίτο και τέταρτο	32	7,29	15,80		
Πόνος	πρώτο	32	16,67	27,11	0,01	0,99
	δεύτερο	56	17,26	27,15		
	τρίτο και τέταρτο	32	17,71	23,92		
Δύσπνοια	πρώτο	32	38,54	31,80	0,63	0,53
	δεύτερο	56	45,24	29,42		
	τρίτο και τέταρτο	32	39,58	29,86		
Αϋπνία	πρώτο	32	25,00	30,53	1,09	0,34
	δεύτερο	56	26,79	35,06		
	τρίτο και τέταρτο	32	16,67	25,40		
Ανορεξία	πρώτο	32	10,42	17,84	0,87	0,42
	δεύτερο	56	11,90	24,14		

	τρίτο και τέταρτο	32	17,71	28,06		
Δυσκοιλιότητα	πρώτο	32	17,71	29,31	1,72	0,18
	δεύτερο	56	9,52	19,81		
	τρίτο και τέταρτο	32	17,71	25,38		
Διάρροια	πρώτο	32	4,17	14,04	2,27	0,11
	δεύτερο	56	8,93	17,40		
	τρίτο και τέταρτο	32	14,58	26,69		
Οικονομικές δυσκολίες	πρώτο	32	16,67	32,79	0,15	0,86
	δεύτερο	56	17,26	30,48		
	τρίτο και τέταρτο	32	13,54	30,36		
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ- C30)	πρώτο	32	79,44	15,21	0,73	0,48
	δεύτερο	56	77,42	13,02		
	τρίτο και τέταρτο	32	75,51	10,13		
<i>Σημείωση. EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</i>						

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ετών διάγνωσης και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα παράγοντα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση της διάρκειας της διάγνωσης στην υποκλίμακα λειτουργικότητας "Συναισθηματική Λειτουργικότητα" ($p = 0,03$) και υποκλίμακες συμπτωμάτων «Δυσκοιλιότητα» ($p = 0,01$) και «Διάρροια» ($p = 0,02$), καθώς στην συνολική βαθμολογία του EORTC QLQ-C30 ($p = 0,04$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις με έλεγχο Sidak στην

Συναισθηματική Λειτουργικότητα» έδειξαν πως οι συμμετέχοντες με 3-4 έτη διάγνωσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους με 2 έτη διάγνωσης ($p = 0,02$, $d = 0,74$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις στην Δυσκοιλιότητα έδειξαν πως οι ασθενείς με 2 έτη διάγνωσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους με 3-4 έτη διάγνωσης ($p = 0,01$, $d = 0,73$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις στην Διάρροια έδειξαν πως οι ασθενείς με 5-16 έτη διάγνωσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους έως 1 έτος διάγνωσης ($p = 0,03$, $d = 0,65$). Τέλος, οι πολλαπλές συγκρίσεις στην συνολική βαθμολογία δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων.

Πίνακας 36. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ετών διάγνωσης.

Διάρκεια νόσου		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 119)	<i>p</i>	η^2_p
Φυσική Λειτουργικότητα	0-1 έτη διάγνωσης	40	76,83	20,75	1,81	0,15	-
	2 έτη διάγνωσης	30	67,33	17,10			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	72,31	15,28			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	68,61	19,41			
Λειτουργικότητα Ρόλων	0-1 έτη διάγνωσης	40	60,42	33,69	1,60	0,19	-
	2 έτη διάγνωσης	30	55,00	33,95			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	72,44	29,42			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	57,64	26,00			
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	α. 0-1 έτη διάγνωσης	40	75,21	19,01	3,18	0,03	0,08

	β. 2 έτη διάγνωσης	30	64,44 ^γ	24,56				
	γ. 3-4 έτη διάγνωσης	26	80,45 ^β	17,47				
	δ. 5-16 έτη διάγνωσης	24	70,49	19,96				
Γνωστική Λειτουργικότητα	0-1 έτη διάγνωσης	40	84,17	18,47	1,03	0,38		
	2 έτη διάγνωσης	30	78,89	21,86				
	3-4 έτη διάγνωσης	26	87,18	19,04				
	5-16 έτη διάγνωσης	24	80,56	17,49				
Κοινωνική Λειτουργικότητα	0-1 έτη διάγνωσης	40	79,17	24,96	1,61	0,19	-	
	2 έτη διάγνωσης	30	70,56	28,60				
	3-4 έτη διάγνωσης	26	84,62	21,04				
	5-16 έτη διάγνωσης	24	79,17	21,00				
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	0-1 έτη διάγνωσης	40	69,38	20,96	2,06	0,11	-	
	2 έτη διάγνωσης	30	60,00	17,56				
	3-4 έτη διάγνωσης	26	69,55	15,08				
	5-16 έτη διάγνωσης	24	69,79	16,99				
Κόπωση	0-1 έτη διάγνωσης	40	29,17	27,76	1,86	0,14	-	

	2 έτη διάγνωσης	30	42,22	19,22			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	34,62	22,07			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	37,04	20,64			
Ναυτία και έμετος	0-1 έτη διάγνωσης	40	5,83	14,40	0,09	0,96	-
	2 έτη διάγνωσης	30	6,11	12,75			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	4,49	10,06			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	6,25	15,40			
Πόνος	0-1 έτη διάγνωσης	40	15,00	26,63	0,73	0,54	-
	2 έτη διάγνωσης	30	23,33	28,90			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	15,38	24,46			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	15,28	23,53			
Δύσπνοια	0-1 έτη διάγνωσης	40	40,83	29,71	1,35	0,26	-
	2 έτη διάγνωσης	30	51,11	25,87			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	37,18	31,73			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	37,50	33,06			
Αϋπνία	0-1 έτη διάγνωσης	40	25,83	35,80	0,43	0,73	-

	2 έτη διάγνωσης	30	21,11	29,66			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	19,23	25,25			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	27,78	33,57			
Ανορεξία	0-1 έτη διάγνωσης	40	10,00	20,25	0,80	0,50	-
	2 έτη διάγνωσης	30	17,78	25,87			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	10,26	22,65			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	15,28	27,77			
Δυσκοιλιότητα	α. 0-1 έτη διάγνωσης	40	11,67	23,33	3,83	0,01	0,09
	β. 2 έτη διάγνωσης	30	25,56 ^γ	29,92			
	γ. 3-4 έτη διάγνωσης	26	5,13 ^β	12,26			
	δ. 5-16 έτη διάγνωσης	24	12,50	23,70			
Διάρροια	α. 0-1 έτη διάγνωσης	40	5,00 ^δ	14,22	3,29	0,02	0,08
	β. 2 έτη διάγνωσης	30	5,56	12,63			
	γ. 3-4 έτη διάγνωσης	26	10,26	18,30			
	δ. 5-16 έτη διάγνωσης	24	19,44 ^α	30,95			
Οικονομικές δυσκολίες	0-1 έτη διάγνωσης	40	17,50	31,11	1,82	0,15	-

	2 έτη διάγνωσης	30	25,56	38,84			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	10,26	22,65			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	8,33	24,57			
Συνολική βαθμολογία	0-1 έτη διάγνωσης	40	79,42	14,72	2,87	0,04	0,07
Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ- C30)	2 έτη διάγνωσης	30	72,57	12,25			
	3-4 έτη διάγνωσης	26	81,57	10,58			
	5-16 έτη διάγνωσης	24	75,80	11,30			
<p><i>Σημείωση.</i> α. Στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «0-1 έτη διάγνωσης», β. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «2 έτη διάγνωσης», γ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «3-4 έτη διάγνωσης», δ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «5-16 έτη διάγνωσης», Sidak post-hoc tests, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>							

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει του αν έχουν υποτροπές ή όχι και τα αποτελέσματα των ελέγχων t για ανεξάρτητα δείγματα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει στάδιο νόσου σε καμία από τις υποκλίμακες ($p = ns$).

Πίνακας 37. Μέσες βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30 βάσει ύπαρξης υποτροπής.

Υποτροπές		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t (118)	p
Φυσική Λειτουργικότητα	ναι	61	69,51	18,83	-1,39	0,17
	όχι	59	74,24	18,42		
	ναι	61	57,10	31,69	-1,41	0,16

Λειτουργικότητα Ρόλων	όχι	59	65,25	31,45		
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	ναι	61	71,17	21,65	-0,81	0,42
	όχι	59	74,29	20,31		
Γνωστική Λειτουργικότητα	ναι	61	82,51	18,11	-0,15	0,88
	όχι	59	83,05	20,64		
Κοινωνική Λειτουργικότητα	ναι	61	77,60	23,74	-0,27	0,79
	όχι	59	78,81	25,68		
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	ναι	61	65,30	15,82	-1,12	0,26
	όχι	59	69,07	20,76		
Κόπωση	ναι	61	38,80	22,92	1,73	0,09
	όχι	59	31,45	23,72		
Ναυτία και εμετός	ναι	61	6,56	14,68	0,73	0,47
	όχι	59	4,80	11,60		
Πόνος	ναι	61	18,03	27,44	0,34	0,73
	όχι	59	16,38	24,85		
Δύσπνοια	ναι	61	39,89	29,70	-0,76	0,45
	όχι	59	44,07	30,60		
Αϋπνία	ναι	61	19,67	26,79	-1,40	0,17
	όχι	59	27,68	35,64		
Ανορεξία	ναι	61	15,85	27,63	1,31	0,19
	όχι	59	10,17	18,83		
Δυσκοιλιότητα	ναι	61	13,66	23,86	-0,10	0,92
	όχι	59	14,12	24,92		
Διάρροια	ναι	61	12,02	23,60	1,62	0,11
	όχι	59	6,21	14,48		
Οικονομικές δυσκολίες	ναι	61	14,75	29,52	-0,49	0,63
	όχι	59	17,51	32,37		
Συνολική βαθμολογία	ναι	61	76,42	11,92	-0,89	0,38
	όχι	59	78,52	13,93		

Ποιότητας ζωής (EORTC QLQ-C30)						
Σημείωση. EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής						

Ψυχική Ανθεκτικότητα και Αντιλαμβανόμενο Στρες.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι επιδράσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων και αντιλαμβανόμενου στρες.

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει φύλου και τα αποτελέσματα των ελέγχων t για ανεξάρτητα δείγματα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει φύλου.

Πίνακας 38. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει φύλου.

Φύλο		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t (118)	p
RS βαθμολογία	Άνδρας	58	80,55	12,10	-0,45	0,65
	Γυναίκα	62	81,50	10,90		
PSS συνολική βαθμολογία	Άνδρας	58	18,14	8,80	-0,80	0,42
	Γυναίκα	62	19,29	6,82		
PSS-αβοηθησία	Άνδρας	58	10,41	5,65	-1,83	0,07
	Γυναίκα	62	12,16	4,78		
PSS-αυτοαποτελεσματικότητα	Άνδρας	58	20,28	4,18	-0,86	0,39
	Γυναίκα	62	20,87	3,36		
Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα,						

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει ηλικίας και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα

παράγοντα. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις της ηλικίας στην συνολική βαθμολογία της PSS, $F(3, 119) = 3,98$, $p = 0,01$ και στην υποκλίμακα της αβοηθησίας, $F(3, 119) = 4,87$, $p = 0,003$. Οι πολλαπλές συγκρίσεις στην συνολική βαθμολογία του PSS έδειξαν πως οι ασθενείς ηλικίας 65-71 ετών είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από εκείνους <61 ετών ($p = 0,01$, $d = -0,81$) και από εκείνους ηλικίας 61-64 ετών ($p = 0,04$, $d = -0,78$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις στην υποκλίμακα της αβοηθησίας έδειξαν πως οι ασθενείς ηλικίας 65-71 ετών είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από εκείνους <61 ετών ($p = 0,003$, $d = -0,90$) και από εκείνους ηλικίας 61-64 ετών ($p = 0,02$, $d = -0,80$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 39. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει ηλικίας.

Ηλικία		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	F(3,119)	p	η^2_p
RS βαθμολογία	α. <61 ετών	30	84,57	9,67	2,50	0,06	-
	β. 61 - 64 ετών	26	77,15	13,17			
	γ. 65-71 ετών	30	82,77	12,50			
	δ. 72+ ετών	34	79,38	9,69			
PSS συνολική βαθμολογία	α. <61 ετών	30	20,90 ^γ	7,77	3,98	0,01	0,09

	β. 61 - 64 ετών	26	20,42 ^γ	7,11			
	γ. 65- 71 ετών	30	14,80 ^{α,β}	7,33			
	δ. 72+ ετών	34	19,00	7,87			
PSS-αβοηθησία	α. <61 ετών	30	13,10 ^γ	5,05	4,87	0,003	0,11
	β. 61 - 64 ετών	26	12,50 ^γ	4,76			
	γ. 65- 71 ετών	30	8,50 ^{α,β}	5,22			
	δ. 72+ ετών	34	11,32	5,04			
PSS- αυτοαποτελεσματικότητα	α. <61 ετών	30	20,20	4,06	1,20	0,31	-
	β. 61 - 64 ετών	26	20,08	3,38			

	γ. 65- 71 ετών	30	21,70	3,70			
	δ. 72+ ετών	34	20,32	3,81			
<p><i>Σημείωση.</i> α. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «<61 ετών», β. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «61 – 64 ετών), γ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «65-71 ετών», δ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «72+ ετών». PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα</p>							

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει οικογενειακής κατάστασης και τα αποτελέσματα των ελέγχων t. Οι μη έγγαμοι συμμετέχοντες είχαν μικρότερη βαθμολογία στην ψυχική ανθεκτικότητα από τους έγγαμους ($p = 0,01$, $d = 0,63$), ενώ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην συνολική βαθμολογία PSS ($p = 0,01$, $d = 0,64$) και στην PSS αβοηθησία ($p = 0,001$, $d = 0,62$).

Πίνακας 40. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει οικογενειακής κατάστασης.

Οικογενειακή Κατάσταση		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t (118)	p	d
RS βαθμολογία	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	77,72	13,24	-2,56	0,01	0,63
	Έγγαμος	74	83,11	9,73			
PSS συνολική βαθμολογία	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	21,13	7,28	2,71	0,01	0,64

	Έγγαμος	74	17,24	7,84			
PSS-αβοηθησία	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	13,26	4,58	3,32	0,001	0,62
	Έγγαμος	74	10,11	5,34			
PSS- αυτοαποτελεσματικότητα	Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος)	46	20,13	3,88	-1,04	0,30	-
	Έγγαμος	74	20,86	3,70			
<i>Σημείωση.</i> PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα							

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα παράγοντα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου.

Πίνακας 41. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου.

Εκπαιδευτικό επίπεδο		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 119)	p
RS βαθμολογία	Δημοτικό	22	77,14	11,35	1,1	0,35
	Γυμνάσιο	10	80,50	14,25		
	Απόφοιτος λυκείου	38	82,34	10,49		
	Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	50	81,88	11,59		

PSS συνολική βαθμολογία	Δημοτικό	22	19,36	7,16	0,4 7	0,7 0
	Γυμνάσιο	10	17,00	6,11		
	Απόφοιτος λυκείου	38	19,63	9,04		
	Ανώτερη/ανώτα τη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό , διδακτορικό)	50	18,12	7,52		
PSS-αβοηθησία	Δημοτικό	22	11,32	4,75	0,2 1	0,8 9
	Γυμνάσιο	10	10,30	4,27		
	Απόφοιτος λυκείου	38	11,74	6,30		
	Ανώτερη/ανώτα τη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό , διδακτορικό)	50	11,20	4,91		
PSS- αυτοαποτελεσματικότ ητα	Δημοτικό	22	19,95	3,88	0,8 1	0,4 9
	Γυμνάσιο	10	21,30	2,98		
	Απόφοιτος λυκείου	38	20,11	3,55		
	Ανώτερη/ανώτα τη εκπαίδευση (+μεταπτυχιακό , διδακτορικό)	50	21,08	4,02		
Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα						

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα παράγοντα. Οι αναλύσεις έδειξαν στατιστικά σημαντικές κύριες επιδράσεις του ΔΜΣ στην PSS συνολική βαθμολογία, $F(3, 118) = 4,40$, $p = 0,01$ και PSS-αβοηθησία, $F(3, 118) = 0,56$, $p = 0,012$. Οι πολλαπλές συγκρίσεις στην PSS συνολική βαθμολογία έδειξε πως οι λιποβαρείς συμμετέχοντες είχαν

υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους με φυσιολογικό βάρος ($p = 0,02$, $d = -1,4$) και υπέρβαρους ($p = 0,01$, $d = -1,56$). Οι πολλαπλές συγκρίσεις PSS-αβοηθησία έδειξε πως οι λιποβαρής συμμετέχοντες είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους με φυσιολογικό βάρος ($p = 0,01$, $d = -1,54$) και υπέρβαρους ($p = 0,003$, $d = -1,61$).

Πίνακας 42. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος.

Δείκτης Μάζας Σώματος		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 118)	p	η^2_p
RS βαθμολογία	Λιποβαρής	5	77,20	6,98	0,68	0,57	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	82,17	11,88			
	Υπέρβαρος	51	82,25	11,25			
	Παχυσαρκία	28	79,54	9,52			
PSS συνολική βαθμολογία	α. Λιποβαρής	5	28,80 ^{β,γ}	7,76	4,40	0,01	0,10
	β. Φυσιολογικό βάρος	35	18,23 ^α	7,53			
	γ. Υπέρβαρος	51	17,04 ^α	7,55			
	δ. Παχυσαρκία	28	20,50	7,49			
PSS-αβοηθησία	α. Λιποβαρής	5	18,40 ^{β,γ}	4,22	0,56	0,02	0,12
	β. Φυσιολογικό βάρος	35	11,00 ^α	4,87			
	γ. Υπέρβαρος	51	10,00 ^α	5,30			

	δ. Παχυσαρκία	28	12,71	4,75			
PSS- αυτοαποτελεσματικότητα	Λιποβαρής	5	17,60	5,13	1,33	0,27	-
	Φυσιολογικό βάρος	35	20,77	3,86			
	Υπέρβαρος	51	20,96	3,59			
	Παχυσαρκία	28	20,21	3,74			
<p><i>Σημείωση.</i> α. Στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «λιποβαρής», β. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «φυσιολογικό βάρος», γ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «υπέρβαρος», δ. στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα «Παχυσαρκία». PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα</p>							

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει σταδίου νόσου και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα παράγοντα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει σταδίου νόσου.

Πίνακας 43. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει σταδίου νόσου.

Στάδιο νόσου		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (2, 119)	p
RS βαθμολογία	πρώτο	32	83,09	11,79	0,88	0,42
	δεύτερο	56	79,73	11,55		
	τρίτο και τέταρτο	32	81,28	11,01		
PSS συνολική βαθμολογία	πρώτο	32	18,06	9,00	0,22	0,80
	δεύτερο	56	18,75	7,30		
	τρίτο και τέταρτο	32	19,38	7,68		
PSS-αβοηθησία	πρώτο	32	11,22	5,59	0,01	0,99
	δεύτερο	56	11,32	5,26		

	τρίτο και τέταρτο	32	11,41	5,13		
PSS- αυτοαποτελεσματικότητα	πρώτο	32	21,16	4,41	0,71	0,49
	δεύτερο	56	20,57	3,51		
	τρίτο και τέταρτο	32	20,03	3,54		
Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα						

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει διάρκειας νόσου και τα αποτελέσματα των ελέγχων Ανάλυσης Διακύμανσης προς ένα Παράγοντα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει διάρκειας νόσου.

Πίνακας 44. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει διάρκειας νόσου.

Διάρκεια νόσου		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	F (3, 119)	P
RS βαθμολογία	0-1 έτη διάγνωσης	40	82,55	12,67	0,41	0,75
	2 έτη διάγνωσης	30	79,83	9,20		
	3-4 έτη διάγνωσης	26	81,12	8,84		
	5-16 έτη διάγνωσης	24	79,96	14,44		

PSS συνολική βαθμολογία	0-1 έτη διάγνωση ς	40	18,03	8,60	1,24	0,3 0
	2 έτη διάγνωση ς	30	21,00	8,97		
	3-4 έτη διάγνωση ς	26	17,31	5,96		
	5-16 έτη διάγνωση ς	24	18,63	6,48		
PSS αβοηθησία	0-1 έτη διάγνωση ς	40	10,60	5,24	1,72	0,1 7
	2 έτη διάγνωση ς	30	13,13	6,22		
	3-4 έτη διάγνωση ς	26	10,42	4,46		
	5-16 έτη διάγνωση ς	24	11,21	4,55		
PSS αυτοαποτελεσματικότητα	0-1 έτη διάγνωση ς	40	20,58	4,53	0,31	0,8 2
	2 έτη διάγνωση ς	30	20,13	3,75		
	3-4 έτη διάγνωση ς	26	21,12	2,80		

	5-16 έτη διάγνωση ς	24	20,58	3,44		
Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα						

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει ύπαρξης υποτροπής και τα αποτελέσματα των ελέγχων t για ανεξάρτητα δείγματα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει ύπαρξης υποτροπής.

Πίνακας 45. Μέσες βαθμολογίες των RS και PSS βάσει ύπαρξης υποτροπής.

Υποτροπές		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t (118)	p
RS βαθμολογία	ναι	61	81,59	10,72	0,53	0,60
	όχι	59	80,47	12,24		
PSS συνολική βαθμολογία	ναι	61	19,23	7,81	0,70	0,48
	όχι	59	18,22	7,89		
PSS-αβοηθησία	ναι	61	11,85	5,26	1,13	0,26
	όχι	59	10,76	5,27		
PSS-αυτοαποτελεσματικότητα	ναι	61	20,62	3,62	0,12	0,91
	όχι	59	20,54	3,95		
Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα						

Συσχετίσεις r του Pearson μεταξύ των ερωτηματολογίων

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών των RS, PSS με τις βαθμολογίες του EORTC QLQ-C30. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των υποκλιμάκων της κλίμακας PSS με τις λειτουργικές υποκλίμακες του EORTC QLQ-C30 ($r = -0,27- -0,58$, $p < 0,05$), ενώ παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας PSS και των υποκλιμάκων συμπτωμάτων του EORTC QLQ-C30 ($r = 0,21- 0,44$, $p < 0,05$). Παρατηρήθηκαν ασθενείς ως μέτριες, αλλά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της RS και υποκλίμακες του EORTC QLQ-C30 «Φυσική Λειτουργικότητα» ($r = 0,19$, $p < 0,05$), «Συναισθηματική Λειτουργικότητα» ($r = 0,36$, $p < 0,01$), «Γνωστική Λειτουργικότητα» ($r = 0,23$, $p < 0,05$), «Κοινωνική

Λειτουργικότητα» ($r = 0,20$, $p < 0,05$), «Δύσπνοια» ($r = -0,25$, $p < 0,01$) και συνολικής βαθμολογίας της ποιότητας ζωής ($r = 0,25$, $p < 0,05$).

Πίνακας 46. Συσχετίσεις r του Pearson μεταξύ βαθμολογιών των RS, PSS και EORTC QLQ-C30.

EORTC QLQ-C30	RS βαθμολο γία	PSS συνολικ ή βαθμολο γία	PSS- αβοηθησία	PSS- αυτοαποτελεσ ματικότητα
Φυσική Λειτουργικότητα	0,19*	-0,43**	-0,41**	0,33**
Λειτουργικότητα Ρόλων	0,16	-0,40**	-0,40**	0,27**
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	0,36**	-0,58**	-0,57**	0,41**
Γνωστική Λειτουργικότητα	0,23*	-0,27**	-0,26**	0,19*
Κοινωνική Λειτουργικότητα	0,20*	-0,35**	-0,36**	0,23*
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής	0,13	-0,27**	-0,24**	0,22*
Κόπωση	-0,03	0,34**	0,38**	-0,18
Ναυτία και εμετός	0,12	0,22*	0,13	-0,26**
Πόνος	-0,05	0,44**	0,39**	-0,36**
Δύσπνοια	-0,25**	0,19*	0,21*	-0,10
Αϋπνία	-0,15	0,21*	0,22*	-0,13
Ανορεξία	-0,04	0,10	0,05	-0,15
Δυσκοιλιότητα	-0,11	0,31**	0,31**	-0,20*
Διάρροια	0,04	0,02	0,04	0,01
Οικονομικές δυσκολίες	-0,09	0,27**	0,24**	-0,22*
Συνολική βαθμολογία Ποιότητας ζωής (QLQ-30)	0,25**	-0,55**	-0,53**	0,39**
<i>Σημείωση.</i> * . $p < 0,05$, ** . $p < 0,01$. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής				

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών των RS και PSS. Η συνολική βαθμολογία του PSS συσχετιζόταν με την βαθμολογία του RS ($r = -0,42, p < 0,01$). Η βαθμολογία του RS συσχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την PSS αβοηθησία ($r = -0,30, p < 0,01$) και την PSS αυτοαποτελεσματικότητα ($r = 0,45, p < 0,01$).

Πίνακας 47. Συσχετίσεις r του Pearson μεταξύ βαθμολογιών των RS και PSS

	RS βαθμολογία
PSS συνολική βαθμολογία	-0,42**
PSS-αβοηθησία	-0,30**
PSS-αυτοαποτελεσματικότητα	0,45**
Σημείωση. * . $p < 0,05$, ** . $p < 0,01$. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα	

Προβλεπτικοί Παράγοντες της Ποιότητας Ζωής

Υπολογίστηκε μία σειρά από μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας του EORTC QLQ-C30, όπου στο πρώτο βήμα προστέθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες, η βαθμολογία στο RS (ψυχική ανθεκτικότητα) και στο PSS (Αντιλαμβανόμενο στρες). Στο δεύτερο βήμα προστέθηκαν τα κλινικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων ως συμμεταβλητές (covariates). Η εισαγωγή των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε μέσω της μεθόδου αναγκαστικής εισαγωγής (enter).

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την συνολική βαθμολογία EORTC QLQ-C30. Το 1ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,30$), εξηγώντας το 29,6% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 24,38, p < 0,001$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου

στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την συνολική βαθμολογία EORTC QLQ-C30 – ποιότητας ζωής ($b = -0,54, p < 0,001$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Το 2^ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,37$), εξηγώντας το 36,6% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(15, 118) = 3,97, p < 0,001$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της συνολικής βαθμολογίας EORTC QLQ-C30 – ποιότητας ζωής ($b = -0,52, p < 0,001$). Η αποφοίτηση από το γυμνάσιο ήταν επίσης στατιστικά σημαντικός αρνητικός παράγοντας της βαθμολογίας ($b = -0,24, p < 0,01$).

Πίνακας 48. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την συνολική βαθμολογία EORTC QLQ-C30

Μοντέλο		B	SE B	β
1	(Constant)	93,86	9,84	
	RS	0,00	0,10	0,00
	PSS	-0,89	0,14	-0,54***
	(Constant)	96,81	14,07	
	RS	0,01	0,11	0,01
	PSS	-0,86	0,16	-0,52***
	Ανδρας Γυναίκα ^α	3,57	2,30	0,14
	Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	1,32	2,33	0,05
	Γυμνάσιο	-11,26	4,49	-0,24**
	Λύκειο	-2,43	3,30	-0,09
	Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	-1,79	3,07	-0,07
	Λιποβαρής	-5,15	5,69	-0,08

φυσιολογικό_βάρος	-1,90	2,96	-0,07
Υπέρβαρος Παχύσαρκος ^α	-1,81	2,76	-0,07
Δεύτερο στάδιο	-0,41	3,05	-0,02
Τρίτο τέταρτο στάδιο Πρώτο στάδιο ^α	-3,89	4,05	-0,13
Υποτροπή Μη υποτροπή ^α	0,61	2,84	0,02
Ηλικία	-0,04	0,12	-0,03
Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,19	0,41	0,05
<p><i>Σημείωση.</i> Έκβαση: συνολική βαθμολογία του EORTC QLQ-C30 , 1^ο μοντέλο: $R^2 = 0,30$ ($p < 0,001$), 2^ο μοντέλο: $R^2 = 0,37$ ($p < 0,001$) *$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$, ^α= ομάδα αναφοράς PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>			

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Φυσικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30. Το 1ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,18$), εξηγώντας το 18,5% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 13,14, p < 0,001$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία της φυσικής λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,43, p < 0,001$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Το 2ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,26$), εξηγώντας το 26,4% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(15, 118) = 2,46, p < 0,01$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογία του φυσικής λειτουργικότητας του

EORTC QLQ-C30 ($b = -0,37, p < 0,001$). Δεν παρατηρήθηκε άλλος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας

Πίνακας 49. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Φυσικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

		B	SE B	β
1	(Constant)	93,02	15,28	
	RS	-0,02	0,16	-0,01
	PSS	-1,04	0,22	-0,43***
	(Constant)	91,89	21,88	
	RS	0,02	0,17	0,01
	PSS	-0,87	0,24	-0,37***
	Ανδρας Γυναίκα ^α	2,91	3,58	0,08
	Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	2,63	3,62	0,07
	Γυμνάσιο	-4,61	6,99	-0,07
	Λύκειο	-7,27	5,14	-0,18
	Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	0,40	4,78	0,01
	Λιποβαρής	-5,02	8,86	-0,05
	Φυσιολογικό_βάρος	2,29	4,61	0,06
	Υπέρβαρος Παχύσρκος ^α	1,23	4,30	0,03
	Δεύτερο στάδιο	2,03	4,75	0,05
	Τρίτο τέταρτο στάδιο Πρώτο στάδιο ^α	-6,70	6,30	-0,16
	Υποτροπή Μη υποτροπή ^α	-1,17	4,42	-0,03
	Ηλικία	-0,09	0,18	-0,05
	Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,23	0,64	0,04

Σημείωση. Έκβαση: Φυσική Λειτουργικότητα, 1^ο μοντέλο: $R^2 = 0,18$ ($p < 0,001$), 2^ο μοντέλο: $R^2 = 0,26$ ($p < 0,001$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ^a= ομάδα αναφοράς. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Λειτουργικότητας Ρόλου του EORTC QLQ-C30. Το 1ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,16$), εξηγώντας το 16,1% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 11,16$, $p < 0,001$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία της Λειτουργικότητας Ρόλου του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,40$, $p < 0,001$), ενώ η βαθμολογία στο RS- ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Το 2ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,21$), εξηγώντας το 21,1% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(15, 118) = 1,83$, $p < 0,05$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας της Λειτουργικότητας Ρόλου του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,35$, $p < 0,001$). Δεν παρατηρήθηκε άλλος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας.

Πίνακας 50. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Λειτουργικότητας Ρόλου του EORTC QLQ-C30

		B	SE B	β
1	(Constant)	90,11	26,37	
	RS	0,02	0,27	0,01
	PSS	-1,62	0,38	-0,40***
	(Constant)	97,04	38,55	

RS	0,03	0,31	0,01
PSS	-1,43	0,43	-0,35**
Ανδρας Γυναίκα ^α	4,33	6,31	0,07
Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	8,36	6,39	0,13
Γυμνάσιο λύκειο	-11,90	12,31	-0,10
Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	-0,63	8,43	-0,01
Λιποβαρής	-1,67	15,60	-0,01
Φυσιολογικό_βάρος	1,89	8,12	0,03
Υπέρβαρος Παχύσαρκος ^α	3,30	7,58	0,05
Δεύτερο στάδιο	0,75	8,36	0,01
Τρίτο τέταρτο στάδιο Πρώτο στάδιο ^α	0,84	11,10	0,01
Υποτροπή Μη υποτροπή ^α	-7,81	7,78	-0,12
Ηλικία	-0,22	0,32	-0,07
Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,11	1,13	0,01
<p>Σημείωση, Έκβαση: Λειτουργικότητα Ρόλων, 1^ο μοντέλο: $R^2 = 0,16$ ($p < 0,001$), 2^ο μοντέλο: $R^2 = 0,21$ ($p < 0,05$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ^α= ομάδα αναφοράς. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>			

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30. Το 1ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,35$), εξηγώντας το 35,2% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 31,47$, $p < 0,001$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά

σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,52, p < 0,001$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Το 2ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,44$), εξηγώντας το 44,1% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(15, 118) = 5,42, p < 0,001$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,56, p < 0,001$), ενώ με την προσθήκη των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, η βαθμολογία στο RS ήταν θετικός προβλεπτικός παράγοντας ($b = 0,18, p < 0,05$). Το ανδρικό φύλο ήταν θετικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = 0,28, p < 0,05$). Δεν παρατηρήθηκε άλλος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας.

Πίνακας 51. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

		B	SE B	β
1	(Constant)	76,31	15,31	
	RS	0,28	0,16	0,14
	PSS	-1,39	0,22	-0,52***
	(Constant)	96,41	21,42	
	RS	0,35	0,17	0,18*
	PSS	-1,51	0,24	-0,56***
	Άνδρας Γυναίκα ^α	11,74	3,51	0,28*
	Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	-5,58	3,55	-0,13
	Γυμνάσιο	-10,22	6,84	-0,14

Λύκειο	-6,57	5,03	-0,15
Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	-3,71	4,68	-0,09
Λιποβαρής	4,21	8,67	0,04
Φυσιολογικό_βάρος	-0,95	4,51	-0,02
Υπέρβαρος Παχύσαρκος ^α	-3,68	4,21	-0,09
Δεύτερο στάδιο	-1,48	4,65	-0,04
Τρίτο τέταρτο στάδιο Πρώτο στάδιο ^α	-2,45	6,17	-0,05
Υποτροπή Μη υποτροπή ^α	-0,46	4,32	-0,01
Ηλικία	-0,31	0,18	-0,15
Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,66	0,63	0,10
<p>Σημείωση, Έκβαση: Συναισθηματική Λειτουργικότητα, 1^ο μοντέλο: $R^2 = 0,35$ ($p < 0,001$), 2^ο μοντέλο: $R^2 = 0,44$ ($p < 0,001$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ^α= ομάδα αναφοράς. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>			

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Γνωστικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30. Το 1ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,09$), εξηγώντας το 0,09% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 5,96$, $p < 0,01$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία της Γνωστικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,20$, $p < 0,05$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Το 2ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,14$), εξηγώντας το 14,3% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών, ωστόσο

δεν εξηγούσε την μεταβλητότητα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό [$F(15, 118) = 1,15, p = 0,32$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας της Γνωστικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,24, p < 0,05$). Δεν παρατηρήθηκε άλλος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας.

Πίνακας 52. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Συναισθηματικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

		B	SE B	β
1	(Constant)	68,92	16,71	
	RS	0,28	0,17	0,16
	PSS	-0,50	0,24	-0,20*
	(Constant)	75,51	24,47	
	RS	0,21	0,19	0,12
	PSS	-0,59	0,27	-0,24*
	Ανδρας Γυναίκα ^α	3,25	4,01	0,08
	Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	1,92	4,05	0,05
	Γυμνάσιο	0,68	7,82	0,01
	Λύκειο	8,19	5,75	0,20
	Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	7,98	5,35	0,20
	Λιποβαρής	1,96	9,91	0,02
	Φυσιολογικό_βάρος	-1,55	5,16	-0,04
	Υπέρβαρος Παχύσαρκος ^α	-4,96	4,81	-0,13
	Δεύτερο στάδιο	0,26	5,31	0,01
	Τρίτο τέταρτο στάδιο	0,80	7,05	0,02

	Πρώτο στάδιο ^α			
	Υποτροπή	-1,20	4,94	-0,03
	Μη υποτροπή ^α			
	Ηλικία	-0,08	0,20	-0,04
	Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,14	0,72	0,02
<i>Σημείωση</i> , Έκβαση: Γνωστική Λειτουργικότητα, 1 ^ο μοντέλο: $R^2 = 0,09$ ($p < 0,01$), 2 ^ο μοντέλο: $R^2 = 0,14$ ($p = ns$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ^α = ομάδα αναφοράς. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής				

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Κοινωνικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30. Το 1ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,12$), εξηγώντας το 12,2% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 8,09$, $p < 0,01$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία της Κοινωνικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,33$, $p < 0,01$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντας. Το 2^ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,21$), εξηγώντας το 21% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(15, 118) = 1,82$, $p = 0,04$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας της Κοινωνικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,31$, $p < 0,01$). Δεν παρατηρήθηκε άλλος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας.

Πίνακας 53. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Κοινωνικής Λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30

		B	SE B	β
1	(Constant)	92,11	20,83	

	RS	0,07	0,22	0,03
	PSS	-1,05	0,30	-0,33**
	(Constant)	84,81	29,78	
	RS	0,06	0,24	0,03
	PSS	-0,98	0,33	-0,31**
	Ανδρας Γυναίκα ^α	-2,09	4,88	-0,04
	Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	0,59	4,93	0,01
	Γυμνάσιο	-11,54	9,51	-0,13
	Λύκειο	-4,77	7,00	-0,09
	Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	-4,39	6,51	-0,09
	Λιποβαρής	8,45	12,06	0,07
	Φυσιολογικό_βάρος	-4,20	6,28	-0,08
	Υπέρβαρος Παχύσαρκος ^α	7,32	5,85	0,15
	Δεύτερο στάδιο	-2,73	6,46	-0,06
	Τρίτο τέταρτο στάδιο Πρώτο στάδιο ^α	-12,35	8,58	-0,22
	Υποτροπή Μη υποτροπή ^α	2,23	6,01	0,05
	Ηλικία	0,15	0,25	0,06
	Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,96	0,87	0,12
<p>Σημείωση, Έκβαση: Κοινωνική Λειτουργικότητα, 1^ο μοντέλο: $R^2 = 0,12$ ($p = 0,01$), 2^ο μοντέλο: $R^2 = 0,21$ ($p < 0,05$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ^α= ομάδα αναφοράς. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής</p>				

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται τα μοντέλα παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής του EORTC QLQ-C30. Το 1^ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις

βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2=0,07$), εξηγώντας το 0,07% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(2, 118) = 4,36, p < 0,05$] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία της Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,26, p < 0,01$), ενώ η βαθμολογία στο RS - ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν προβλεπτικός παράγοντάς. Το 2^ο μοντέλο παλινδρόμησης, με προβλεπτικούς παράγοντες τις βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια RS και PSS καθώς και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, είχε συντελεστή προσδιορισμού ($R^2 = 0,14$), εξηγώντας το 13,6% της συνολικής μεταβλητότητας των βαθμολογιών [$F(15, 118) = 1,08, p = 0,38$], ωστόσο δεν εξηγούσε την μεταβλητότητα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PSS του αντιλαμβανόμενου στρες συνέχιζε να είναι αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας της Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής του EORTC QLQ-C30 ($b = -0,26, p < 0,01$). Δεν παρατηρήθηκε άλλος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας.

Πίνακας 54. Μοντέλο παλινδρόμησης με έκβαση την βαθμολογία της Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής του EORTC QLQ-C30

		B	SE B	β
1	(Constant)	79,09	16,10	
	RS	0,00	0,17	0,00
	PSS	-0,62	0,23	-0,26**
	(Constant)	79,47	23,37	
	RS	-0,05	0,19	-0,03
	PSS	-0,61	0,26	-0,26**
	Άνδρας Γυναίκα ^α	4,69	3,82	0,13
	Έγγαμος Μη έγγαμος (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) ^α	2,15	3,87	0,06
	Γυμνάσιο	2,32	7,46	0,04

Λύκειο	5,51	5,49	0,14
Τριτοβάθμια και άνω Δημοτικό ^α	6,48	5,11	0,17
Λιποβαρής	-2,13	9,46	-0,02
Φυσιολογικό_βάρος	-4,87	4,93	-0,12
Υπέρβαρος Παχύσαρκος ^α	-6,50	4,59	-0,18
Δεύτερο στάδιο	-3,35	5,07	-0,09
Τρίτο τέταρτο στάδιο Πρώτο στάδιο ^α	-7,35	6,73	-0,18
Υποτροπή Μη υποτροπή ^α	-1,99	4,72	-0,05
Ηλικία	0,01	0,20	0,01
Διάρκεια διάγνωσης (έτη)	0,93	0,68	0,15

Σημείωση, Έκβαση: Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής , 1^ο μοντέλο: $R^2 = 0,07$ ($p < 0,05$), 2^ο μοντέλο: $R^2 = 0,14$ ($p = 0,38$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ^α= ομάδα αναφοράς. *Σημείωση*. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα, EORTC QLQ-C30: ποιότητα ζωής

Ανάλυση Ρύθμισης

Πραγματοποιήθηκε μία σειρά από αναλύσεις ρύθμισης (moderation analysis) ώστε να διερευνηθεί κατά πόσο η ψυχική ανθεκτικότητα ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής. Ωστόσο, στην συνολική βαθμολογία του EORTC QLQ-C30 και στις περισσότερες υποκλίμακες η αλληλεπίδραση μεταξύ των ερωτηματολογίων PSS και RS δεν ήταν στατιστικά σημαντική και η RS δεν επηρέαζε την σχέση αντιλαμβανόμενου στρες (PSS) και ποιότητας ζωής ($p = ns$).

Όσον αφορά την υποκλίμακα Φυσική Λειτουργικότητα, το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό, εξηγώντας το 46,63% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(3, 116) = 10,75$, $p < 0,001$]. Η αλληλεπίδραση των RS και PSS προέβλεπε ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία στη Φυσική

Λειτουργικότητα ($p < 0,05$) (πίνακας 28). Η αλληλεπίδραση αναλύθηκε παραπάνω και τα αποτελέσματα έδειξαν (γράφημα 3):

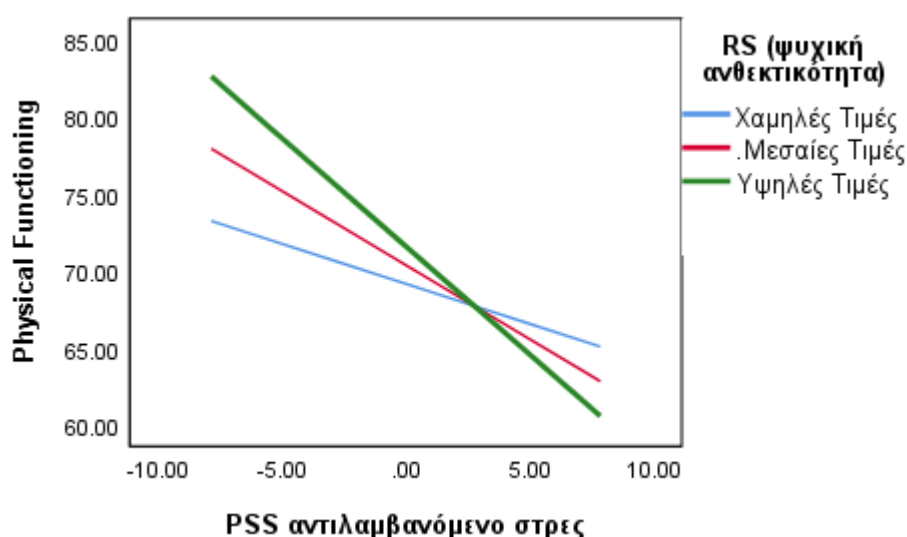
- Όταν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν χαμηλά, η σχέση μεταξύ PSS και Φυσικής Λειτουργικότητας δεν ήταν στατιστικά σημαντική, $b = -0,52$, 95%CI [-1,15, 0,11], $t = -1,64$, $p = 0,10$.
- Όταν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν μέτρια, η σχέση μεταξύ PSS και Φυσικής Λειτουργικότητας ήταν αρνητική και στατιστικά σημαντική, $b = -0,96$, 95%CI [-1,39, -0,53], $t = -4,43$, $p < 0,001$.
- Όταν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν υψηλά, η σχέση μεταξύ PSS και Φυσικής Λειτουργικότητας ήταν αρνητική και στατιστικά σημαντική, $b = -1,41$, 95%CI [-1,97, -0,85], $t = -4,43$, $p < 0,001$.

Όσον αφορά την υποκλίμακα «Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής», το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό, εξηγώντας το 0,13% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(3, 116) = 10,75$, $p = 0,0008$]. Η αλληλεπίδραση των RS και PSS προέβλεπε ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία στην Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ($p < 0,01$) (πίνακας 28). Η αλληλεπίδραση αναλύθηκε παραπάνω και τα αποτελέσματα έδειξαν (γράφημα 4):

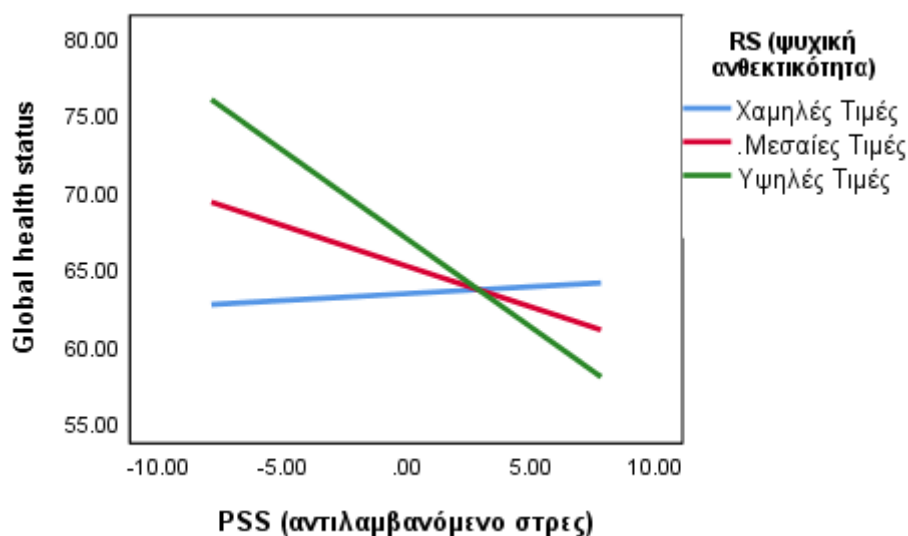
- Όταν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν χαμηλά, η θετική σχέση μεταξύ PSS και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής δεν ήταν στατιστικά σημαντική, $b = 0,09$, 95%CI [-0,56, 0,74], $t = -0,27$, $p = 0,78$.
- Όταν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν μέτρια, η σχέση μεταξύ PSS και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ήταν αρνητική και στατιστικά σημαντική, $b = -0,53$, 95%CI [-0,98, -0,08], $t = -2,35$, $p = 0,02$.
- Όταν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν υψηλά, η σχέση μεταξύ PSS και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ήταν αρνητική και στατιστικά σημαντική, $b = -1,15$, 95%CI [-1,73, -0,57], $t = -3,92$, $p = 0,0002$.

Πίνακας 55. Ανάλυση ρύθμισης με έκβαση την βαθμολογία στη Φυσική Λειτουργικότητα και στην Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής και ρυθμιστή την ψυχική ανθεκτικότητα

	<i>b</i> [CI95%]	<i>SE B</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Φυσική Λειτουργικότητα				
constant	70,38 [67,07, 73,70]	1,68	42,05	<0,001
PSS βαθμολογία	-0,96 [-1,40, -0,53]	0,22	-4,43	<0,001
RS βαθμολογία	0,11 [-1,39, -0,53]	0,15	0,70	0,49
PSS x RS	-0,04 [-0,07, -0,01]	0,02	-2,14	0,04
Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής				
constant	65,12 [61,69, 68,56]	1,74	37,52	<0,001
PSS βαθμολογία	-0,53 [-0,98, -0,08]	0,23	-2,35	0,02
RS βαθμολογία	0,16 [-0,16, 0,47]	0,16	0,99	0,32
PSS x RS	-0,05 [-0,09, -0,02]	0,02	-2,88	0,01
<i>Σημείωση.</i> PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα. Έκβαση: Φυσική Λειτουργικότητα ($R^2 = 0,31$), Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ($R^2 = 0,13$)				



Γράφημα 9. Συσχέτιση μεταξύ PSS και Φυσικής Λειτουργικότητας βάσει επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας (ανάλυση ρύθμισης)



Γράφημα 10. Συσχέτιση μεταξύ PSS και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής βάσει επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας (ανάλυση ρύθμισης)

Καθώς παρατηρήθηκε πως η αλληλεπίδραση PSS (αντιλαμβανόμενο στρες) με RS (ψυχική ανθεκτικότητα) αποτελούσε αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα της βαθμολογίας στη Σωματική Λειτουργικότητα και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής, διερευνήθηκε εάν η βαθμολογία στο αντιλαμβανόμενο στρες ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής στους διάφορους τομείς. Εάν δηλαδή δρα επιβαρυντικά. Πραγματοποιήθηκε μία σειρά από αναλύσεις ρύθμισης (moderation analysis) και παρατηρήθηκε ότι η ανθεκτικότητα ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής. Ωστόσο, στην συνολική βαθμολογία EORTC QLQ-C30 και στις περισσότερες υποκλίμακες η αλληλεπίδραση μεταξύ των ερωτηματολογίων PSS και RS δεν ήταν στατιστικά σημαντική και το αντιλαμβανόμενο στρες (PSS) δεν επηρέαζε τη σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας (RS) και ποιότητας ζωής ($p = ns$).

Όσον αφορά την υποκλίμακα Φυσική Λειτουργικότητα, το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό, εξηγώντας το 21,75% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(3, 116) = 10,75, p < 0,001$]. Η αλληλεπίδραση των RS και PSS προέβλεπε ως αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας την βαθμολογία στη Σωματική Λειτουργικότητα ($p < 0,05$) (πίνακας 29). Η αλληλεπίδραση αναλύθηκε παραπάνω και τα αποτελέσματα έδειξαν (γράφημα 5):

Πως στις αρκετά χαμηλές τιμές του αντιλαμβανόμενου στρες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και φυσικής λειτουργικότητα ($p < 0,05$). Ωστόσο, καθώς δεν παρατηρήθηκαν στις επιμέρους τιμές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, τα άνω αποτελέσματα χρειάζονται προσοχή στην ερμηνεία.

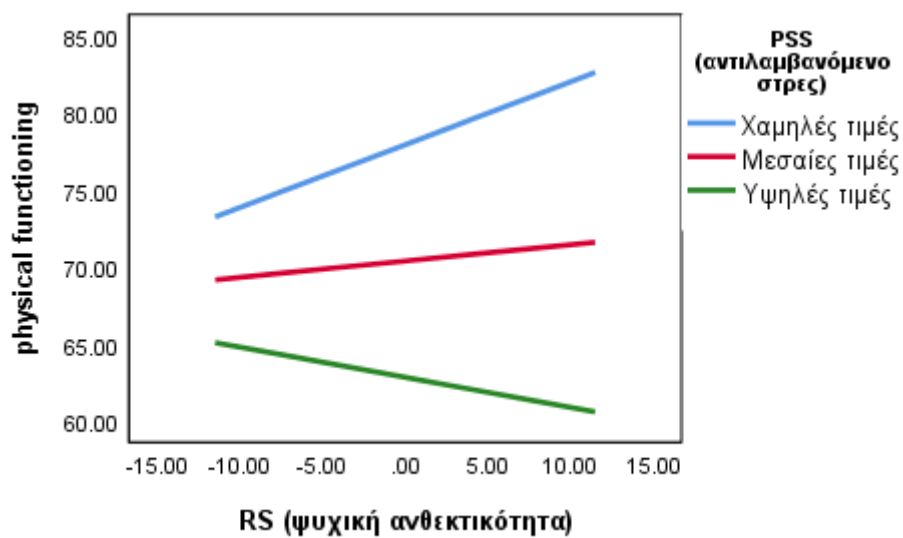
Όσον αφορά την υποκλίμακα QOL Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής, το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό, εξηγώντας το 0,13% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(3, 116) = 5,98, p = 0,0008$]. Η αλληλεπίδραση των RS και PSS προέβλεπε ως αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα τη βαθμολογία στην μέτρηση Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ($p < 0,01$) (πίνακας 28). Η αλληλεπίδραση αναλύθηκε παραπάνω και τα αποτελέσματα έδειξαν (γράφημα 6):

- Όταν τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες ήταν χαμηλά, η θετική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ήταν στατιστικά σημαντική, $b = 0,58, 95\%CI [-0,10, 1,06], t = 2,40, p = 0,02$.
- Όταν τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες ήταν μέτρια, η σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ήταν αρνητική αλλά όχι στατιστικά σημαντική, $b = 0,16, 95\%CI [-0,16, -0,47], t = 0,99, p = 0,33$.
- Όταν τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες ήταν υψηλά, η σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ήταν αρνητική αλλά όχι στατιστικά σημαντική, $b = -0,05, 95\%CI [-0,09, -0,09], t = -2,88, p = 0,16$.

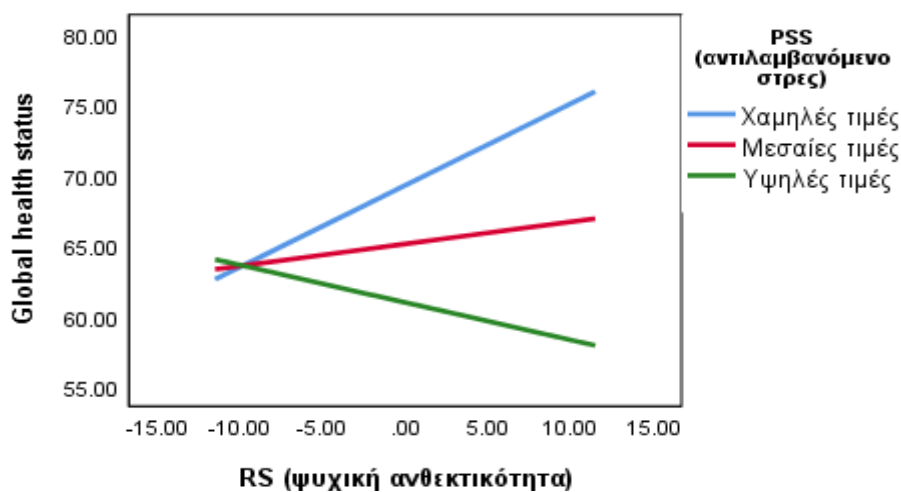
Πίνακας 56. Ανάλυση ρύθμισης με έκβαση την βαθμολογία στη Φυσική Λειτουργικότητα και στην Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής και ρυθμιστή το αντιλαμβανόμενο στρες.

	<i>b</i> [CI95%]	<i>SE B</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Φυσική Λειτουργικότητα				
constant	70,82 [67,08, 73,70]	1,67	42,05	<0,001
RS βαθμολογία	0,11 [-0,20, 0,41]	0,15	0,70	0,49
PSS βαθμολογία	-0,96 [-1,39, -0,53]	0,22	-4,43	<0,001
RS x PSS	-0,04 [-0,07, -0,003]	0,02	-2,14	0,04

Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής				
constant	65,12 [61,69, 68,56]	1,74	37,52	<0,001
RS βαθμολογία	0,16 [-0,16, 0,47]	0,16	0,99	0,32
PSS βαθμολογία	-0,53 [-0,98, -0,08]	0,23	-2,35	0,02
RS x PSS	-0,05 [-0,09, -0,02]	0,02	-2,88	0,01
Σημείωση. PSS: αντιλαμβανόμενο στρες, RS: ψυχική ανθεκτικότητα. Έκβαση: Φυσική Λειτουργικότητα ($R^2 = 0,22$), Ολική Κατάσταση Υγείας/ Ποιότητας Ζωής ($R^2 = 0,13$)				



Γράφημα 11. Συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Φυσικής Λειτουργικότητας βάσει επιπέδων PSS (ανάλυση ρύθμισης)



Γράφημα 12. Συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και Ολικής Κατάστασης Υγείας/ Ποιότητας Ζωής βάσει επιπέδων PSS (ανάλυση ρύθμισης)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό την μελέτη και διερεύνηση της επίδρασης του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Συλλέχθηκαν τα απαραίτητα στοιχεία από διάφορες δημογραφικές μεταβλητές, μεταβλητές ψυχικής ανθεκτικότητας, αντιλαμβανόμενου στρες (αβοηθησία, αυτοαποτελεσματικότητα) και ποιότητας ζωής σε διάφορους τομείς και μελετήθηκε η μεταξύ τους σχέση και αν υπάρχουν συσχετίσεις. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν και περιλάμβαναν 3 κλίμακες (PSS-14, RS-14, EORTC QLQ-C30), καθώς και μια κλίμακα δημογραφικών στοιχείων που περιλάμβανε την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, αλλά και κλινικά στοιχεία όπως η διάγνωση, το στάδιο νόσου και η συνοσηρότητα.

Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία της μελέτης, παρατηρήθηκε ότι η κόπωση στις γυναίκες ήταν μεγαλύτερη από τους άνδρες. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκε και στην έρευνα των Hitz και Weis όπου οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερη κόπωση από τους άνδρες με καρκίνο, χρησιμοποιώντας τις κλίμακες MFI-20 και MFI-10.⁽⁸⁰⁾ Τέλος, επίσης οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό στην δυσκοιλιότητα από τους άνδρες. Παρομοίως η έρευνα των Geue και Sender έχει δείξει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης δυσκοιλιότητας από τους άνδρες τόσο σε νεαρές ηλικίες, όσο και στον γενικό πληθυσμό.⁽⁸¹⁾

Σημαντικά στοιχεία που προέκυψαν μέσα από την μελέτη αφορούν επιμέρους υποκλίμακες της ποιότητας ζωής. Από τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής έχει βρεθεί ότι η φυσική λειτουργικότητα και του ρόλου του ατόμου στην κοινωνία ήταν σε καλύτερο επίπεδο σε ασθενείς ηλικίας 65-71 ετών από ασθενείς ηλικίας 61-64 ετών και κάτω των 61 ετών. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα τη μελέτης, σε άλλες μελέτες παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες ηλικίας κάτω των 61 ετών είχαν καλύτερη φυσική λειτουργικότητα και λειτουργία του ρόλου τους στην κοινωνία από τους άνδρες ηλικίας άνω των 61 ετών, όπως και στις γυναίκες παρατηρήθηκε ότι η φυσική λειτουργικότητα τους στις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες ήταν σε καλύτερο επίπεδο. Μόνο στην έρευνα των Derogar και Van der Shaaf, η λειτουργία του ρόλου τους στην κοινωνία παρατηρήθηκε ότι είναι καλύτερη σε

γυναίκες ηλικίας άνω των 61 ετών από τις γυναίκες κάτω των 61 ετών.⁽⁸²⁾ Στην συνέχεια όσον αφορά την κόπωση των ασθενών στην μελέτη βρέθηκε ότι ήταν λιγότερη σε ηλικίες 65-71 ετών από ασθενείς κάτω των 65 ετών. Ομοίως, σε άλλες μελέτες η κόπωση παρατηρήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό σε ηλικίες κάτω των 61 ετών από σε ηλικίες 60-69 ετών.^(82, 83) Τέλος, ένας άλλος παράγοντας που επηρέασε την ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.). Πιο συγκεκριμένα, η επίδραση του Δ.Μ.Σ. στον πόνο είναι μεγαλύτερη στους λιποβαρείς από ότι στους υπέρβαρους και στους ασθενείς με φυσιολογικό βάρος. Αντιθέτως, στην έρευνα των Majchrzak και Brzecka βρέθηκε ότι η ένταση του πόνου ήταν μεγαλύτερη στους παχύσαρκους ασθενείς σε σύγκριση με τους υπέρβαρους και τους λιποβαρείς ασθενείς.⁽⁸⁴⁾

Εκτός από την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην ποιότητα ζωής, μελετήθηκε και η επίδρασή τους στην ψυχική ανθεκτικότητα και στο αντιλαμβανόμενο στρες. Όσον αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εμφάνισαν μέτρια έως υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα σε ποσοστό 37,5%, ενώ το 35% του δείγματος εμφάνισε χαμηλή έως υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι υψηλότερη ανάλογα με την ηλικία, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι μπορεί να αυξηθεί με την συσσώρευση διαφόρων εμπειριών αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων κατά την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.⁽⁸⁵⁾ Ένα άλλο εύρημα είναι ότι οι έγγαμοι ασθενείς είχαν καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα από τους άγαμους. Το ίδιο αποτέλεσμα βρήκαν στην μελέτη τους και οι Gao και Yuan, όπου οι έγγαμοι ασθενείς είχαν καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα από τους άγαμους ασθενείς.⁽⁸⁶⁾ Όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο στρες, παρατηρήθηκε ότι οι έγγαμοι ασθενείς είχαν λιγότερο αντιλαμβανόμενο στρες από τους άγαμους. Παρόμοιο αποτέλεσμα παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Yang και Li, όπου οι άγαμοι είχαν περισσότερο αντιλαμβανόμενο στρες από τους έγγαμους.⁽⁸⁷⁾ Τέλος, επίσης σημαντικό εύρημα ήταν ότι ο Δ.Μ.Σ. είχε σημαντική επίδραση στο αντιλαμβανόμενο στρες των ασθενών, καθώς οι λιποβαρείς είχαν υψηλότερο στρες από τους υπέρβαρους, τους παχύσαρκους και τους ασθενείς με φυσιολογικό βάρος. Αντιθέτως, στην έρευνα των Song και Saito παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με φυσιολογικό βάρος είχαν μεγαλύτερο στρες από τις υπόλοιπες κατηγορίες.⁽⁸⁸⁾

Στην συνέχεια, στην μελέτη παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά την σχέση της ποιότητας ζωής και αντιλαμβανόμενου

στρες. Στα παραπάνω αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση της ποιότητας ζωής και αντιλαμβανόμενου στρες. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας, στην έρευνα των Zhou και Penedo παρατηρήθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της ποιότητας ζωής και στο στρες η οποία οφειλόταν στην χαμηλότερη βαθμολογία του αντιλαμβανόμενου στρες του πληθυσμού που μελετήθηκε.⁽⁸⁹⁾ Παρόμοια αποτελέσματα με την συγκεκριμένη έρευνα παρατηρήθηκαν στην έρευνα των Haugland και Trube, όπου υπήρχε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και αντιλαμβανόμενου στρες με αποτέλεσμα τα υψηλότερα επίπεδα στρες να οδηγήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά ερμηνεύτηκαν από το γεγονός ότι η καλύτερη κοινωνική υποστήριξη προέβλεπε καλύτερη ψυχική υγεία.⁽⁹⁰⁾

Ένα άλλο εύρημα της μελέτης είναι ότι το συναισθηματικό και το συνολικό στρες είχαν αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των Barre και Padmaja, όπου παρατηρήθηκε επίσης αρνητική συσχέτιση του συνολικού στρες και της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα η μείωση του συνολικού στρες οδήγησε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής με την βοήθεια φαρμακευτικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων. Σημαντική επίσης προσθήκη στα παραπάνω, είναι ότι υπήρχε βελτίωση και στην συναισθηματική και φυσική λειτουργικότητα των ασθενών.⁽⁷³⁾ Ομοίως, στην έρευνα των Abhollahi και Panahipour παρατηρήθηκε ότι το αντιλαμβανόμενο στρες μπορεί να εμποδίσει τα θετικά συναισθήματα και σκέψεις με αποτέλεσμα την μείωση του αισθήματος της ελπίδας και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής συσχετίστηκε αρνητικά με το συναισθηματικό στρες και προέκυψε από την θεωρία ότι οι αρνητικές σκέψεις επηρεάζουν αρνητικά την προσέγγιση του ατόμου για το νόημα της ζωής.⁽⁹¹⁾

Επόμενο εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι η ψυχική ανθεκτικότητα έχει θετική συσχέτιση με κάποιες υποκλίμακες της ποιότητας ζωής. Παρόμοιο αποτέλεσμα εμφάνισε και η έρευνα των Franjic και Babic στην οποία υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας οδήγησαν σε υψηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας με μεγαλύτερη επιρροή στην ψυχική ανθεκτικότητα να ασκεί το περιβάλλον, καθώς οι έγγαμοι ασθενείς είχαν καλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα από τους άγαμους.⁽⁹²⁾ Όπως επίσης και στην έρευνα των Tamura και Suzuki υπήρξε αρνητική συσχέτιση με

το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ υπήρχε θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Όσον αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα, υπήρχαν παράγοντες που την επηρεάζουν η ηλικία, το φύλο, η ύπαρξη, η σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων και η αυτοαποτελεσματικότητα. Το αποτέλεσμα ήταν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η ψυχική ανθεκτικότητα, τόσο πιο εύκολα είναι για τους ασθενείς να προσαρμοστούν στην ασθένειά τους.⁽⁹³⁾

Ένα άλλο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα και το αντιλαμβανόμενο στρες. Πιο συγκεκριμένα, οι 2 έννοιες εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση, όπου όσο καλύτερη είναι η ψυχική ανθεκτικότητα ενός ατόμου, τόσο λιγότερο το αντιλαμβανόμενο στρες που εμφανίζει. Παρόμοιο αποτέλεσμα είχε και η έρευνα των Siquera Costa και Heitkemper, όπου η ψυχική ανθεκτικότητα είχε αρνητική συσχέτιση με το αντιλαμβανόμενο στρες. Πιο αναλυτικά, το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε από την θετική επιρροή της ψυχικής ανθεκτικότητας στην σωματική και συναισθηματική ποιότητα ζωής και στην αρνητική συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με το αντιλαμβανόμενο στρες.⁽⁹⁴⁾ Επιπροσθέτως, άλλο ένα αποτέλεσμα είναι ότι η αυτοαποτελεσματικότητα και η ψυχική ανθεκτικότητα έχουν θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από το ότι η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει περισσότερο θετικά στην πρόβλεψη της ποιότητας ζωής. Το ίδιο αποτέλεσμα εμφάνισε και η έρευνα των Hinz και Friedrich στην οποία οι ασθενείς που είχαν μεγαλύτερο βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας, είχαν και καλύτερη ψυχική υγεία από τους ασθενείς που δεν είχαν αυτό το αίσθημα.⁽⁹⁵⁾

Όσον αφορά τα κυρίως αποτελέσματα που απευθύνονται στις σχέσεις του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας αντίστοιχα με την ποιότητα ζωής, παρατηρήθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα δεν προβλέπει την ποιότητα ζωής. Είναι ένα αποτέλεσμα που δεν μπορεί να υποστηριχθεί πλήρως λόγω του μικρού δείγματος της έρευνας. Παρόμοιο αποτέλεσμα παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Tian και Hong, όπου η ψυχική ανθεκτικότητα δεν ήταν ένας ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής, εμφανίζοντας ένα μικρό ποσοστό επιρροής στην ποιότητα ζωής. Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν η κόπωση και η ψυχολογική δυσφορία, επισημαίνοντας την σημασία της ψυχικής ανθεκτικότητας στην βελτίωση της ποιότητας ζωής.⁽⁹⁶⁾ Από την άλλη μεριά στην έρευνα των Strauss

και Brix βρέθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας ψυχολογικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και της ικανότητας αντιμετώπισης καταστάσεων των ασθενών με καρκίνο.⁽⁴⁴⁾ Όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο στρες, παρατηρήθηκε ότι είναι ένας αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής. Έχει δειχθεί ότι προσωπικοί, κοινωνικοδημογραφικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες και στρεσογόνοι παράγοντες της καθημερινότητας επηρεάζουν την διαδικασία του στρες σε ένα άτομο, επηρεάζοντας στην συνέχεια και την υγεία του.⁽⁵³⁾ Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των Yeh και Lu, όπου το αντιλαμβανόμενο στρες ήταν ο κύριος προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής σε όλους τους τομείς. Παρατηρώντας ότι όσο μεγαλύτερο ήταν το αντιλαμβανόμενο στρες τόσο χαμηλότερο ήταν το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, λαμβάνοντας υπόψη ότι η κοινωνική υποστήριξη ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις ενός ατόμου.⁽⁹⁷⁾

Τα κύρια ευρήματα της έρευνας που αφορούν την σχέση του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής, δείχνουν ότι δεν βρέθηκε προστατευτικός ρόλος της ψυχικής ανθεκτικότητας. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να έχει προκύψει από την σχετικά καλή ψυχική ανθεκτικότητα του δείγματος (δεν παρατηρήθηκαν πολλοί συμμετέχοντες με χαμηλές βαθμολογίες) και του καλού υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Επιπλέον, οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα είχαν καλό επίπεδο συνείδησης, καλό μορφωτικό επίπεδο και ήταν σε σχετικά αρχικά στάδια της ασθένειάς τους. Τα ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής της έρευνας επικεντρώνεται στην σωματική λειτουργικότητα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν άλλες σχετικές έρευνες που να ερευνούν τα ίδια ερωτήματα σε πληθυσμό ασθενών με καρκίνο. Παρόμοια αποτελέσματα με τα συγκεκριμένα ευρήματα, στην έρευνα των Ertl και Trapp βρέθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα δεν ρυθμίζει την σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και σωματικής λειτουργικότητας της ποιότητας ζωής σε φροντιστές ασθενών με Parkinson. Παρόλα αυτά, παίζει πιθανώς σημαντικό προστατευτικό ρόλο στην ποιότητα ζωής όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα.⁽⁹⁸⁾

Το τελευταίο αποτέλεσμα της έρευνας αφορούσε ξανά την σχέση του αντιλαμβανόμενου στρες, ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής. Πραγματοποιήθηκε μία σειρά από αναλύσεις ρύθμισης (moderation analysis) και

παρατηρήθηκε ότι η ανθεκτικότητα ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, εξηγούσε ότι όταν το αντιλαμβανόμενο στρες είναι σε χαμηλά επίπεδα, υπάρχει θετική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής όσον αφορά το Global Health Status. Ως αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το ότι όταν το αντιλαμβανόμενο στρες είναι σε χαμηλά επίπεδα, η ψυχική ανθεκτικότητα επιδρά θετικά στην σωματική λειτουργικότητα και το Global Health Status. Παρόμοιο αποτέλεσμα βρήκαν και οι Sun και Zhang στην έρευνά τους με πληθυσμό μαθητές Λυκείου, όπου σε χαμηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες, η ψυχική ανθεκτικότητα είχε θετική συσχέτιση με πολλούς τομείς της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και ότι το αντιλαμβανόμενο στρες μπορεί να ρυθμίσει την σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής αποτελώντας σημαντικό ρόλο στην σχέση αυτή.⁽⁹⁹⁾

Περιορισμοί μελέτης:

Υπάρχει ποικιλομορφία όσον αφορά την ηλικία των ασθενών και το στάδιο του καρκίνου, γεγονός που δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, το δείγμα ήταν σχετικό για να υποστηρίξει τα αποτελέσματα της έρευνας. Η δειγματοληψία του δείγματος ήταν απλή τυχαία, καθώς και οι συμμετέχοντες που δέχτηκαν είχαν καλό επίπεδο συνείδησης, καλό μορφωτικό επίπεδο και ήταν σε σχετικά αρχικά στάδια της ασθένειάς τους. Το δείγμα συλλέχθηκε μόνο από ένα νοσοκομείο και από ένα συγκεκριμένο τμήμα του, γεγονός που το καθιστά σχετικά μη αντιπροσωπευτικό για τα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Το τμήμα ήταν βραχείας νοσηλείας στο οποίο οι ασθενείς ήταν σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση σε σύγκριση με ασθενείς που είχαν κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επίσης, δεν είχε ληφθεί υπόψη από την αρχή της έρευνας για την μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας, αν οι ασθενείς λάμβαναν και τότε ξεκίνησαν αντικαταθλιπτική αγωγή. Τέλος, η έρευνα ήταν συσχετιστική, οπότε δεν είναι δυνατόν να είναι γνωστό αν η ψυχική ανθεκτικότητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής και αντίστροφα και αν η ψυχική ανθεκτικότητα επηρεάζει την σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας ζωής και αντίστοιχα με το αντιλαμβανόμενο στρες αν επηρεάζει την σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής και αντίστροφα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το αντιλαμβανόμενο στρες έχει αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής, ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητα ζωής. Επίσης, το αντιλαμβανόμενο στρες αποτελεί αρνητικός προβλεπτικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής, ενώ αντίθετα η ψυχική ανθεκτικότητα δεν προβλέπει την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, υπάρχει μέτρια συσχέτιση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και αντιλαμβανόμενου στρες, όπου όταν αυξάνεται η ψυχική ανθεκτικότητα, μειώνεται το στρες. Τέλος, βρέθηκε ότι το αντιλαμβανόμενο στρες λειτουργεί ως ισχυρός επιβαρυντικός παράγοντας της ποιότητας ζωής και επηρεάζει την σχέση της με την ψυχική ανθεκτικότητα.

Κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία η εστίαση σε τεχνικές και στρατηγικές που θα αποσκοπούν στην μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής από τους νοσηλευτές, καθώς περνούν το σημαντικότερο χρόνο με τους ασθενείς. Επίσης, σκόπιμη είναι η εστίαση σε στρατηγικές βελτίωσης της ψυχικής ανθεκτικότητας και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής από τους νοσηλευτές και να παρατηρούν καθημερινά την πρόοδο τους. Πιο συγκεκριμένα, οι γνώσεις αυτές θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να γνωρίζουν τι χρειάζεται για να μειωθεί το στρες στους ασθενείς με καρκίνο κατανοώντας τη σχέση του στρες και της ποιότητας ζωής, αντιστοίχως να γνωρίζουν τι χρειάζεται για τη βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας, έχοντας υπόψη τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής. Περισσότερες και μεγαλύτερες έρευνες είναι απαραίτητο να διεξαχθούν για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος αυτού και στον πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο, καθώς δεν υπάρχουν άλλες μελέτες που να απευθύνονται σε αυτό τον πληθυσμό.

Βιβλιογραφία:

1. Γκοβίνα Ουρανία ΚΘ. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας-Από τη θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Αθήνα: Βασιλειάδης Ιατρικές Εκδόσεις; 2019.
2. Jessica Carter CB. Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο φροντίδας. Αθήνα: Πασχαλίδης Εκδόσεις; 2009.
3. GLOBOSCAN. Global Cancer Observatory 2022 [Available from: <https://gco.iarc.fr/>].
4. EUROSTAT. Cancer statistics 2022 [Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer].
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-49.
6. World Health Organisation. Cancer 2021 [Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1].
7. Kyranou M, Varvara C, Papathanasiou M, Diakogiannis I, Zafeiropoulos K, Apostolidis M, et al. Validation of the Greek version of the distress thermometer compared to the clinical interview for depression. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-9.
8. Travis WD. Pathology of lung cancer. *Clinics in chest medicine*. 2011;32(4):669-92.
9. de Groot PM, Wu CC, Carter BW, Munden RF. The epidemiology of lung cancer. *Translational lung cancer research*. 2018;7(3):220.
10. Lemjabbar-Alaoui H, Hassan OU, Yang Y-W, Buchanan P. Lung cancer: Biology and treatment options. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Reviews on Cancer*. 2015;1856(2):189-210.
11. Veronesi G, Baldwin DR, Henschke CI, Ghislandi S, Iavicoli S, Oudkerk M, et al. Recommendations for implementing lung cancer screening with low-dose computed tomography in Europe. *Cancers*. 2020;12(6):1672.
12. Hvidtfeldt UA, Severi G, Andersen ZJ, Atkinson R, Bauwelinck M, Bellander T, et al. Long-term low-level ambient air pollution exposure and risk of lung cancer—A pooled analysis of 7 European cohorts. *Environment International*. 2021;146:106249.
13. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. *Contemporary Oncology*. 2021;25(1):45.
14. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology*. 2022;95(1130):20211033.
15. Charos D, Merluzzi TV, Kolokotroni P, Lykeridou K, Deltsidou A, Vivilaki V. Breast cancer and social relationship coping efficacy: validation of the Greek version. *Women & health*. 2021;61(10):947-56.
16. Karachalios C, Karamitrousis E, Daskalakis P, editors. Clinicopathological characteristics in women with breast cancer in extreme ages in Greece: A single centre experience. *Forum of Clinical Oncology*; 2022.
17. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers*. 2021;13(17):4287.
18. World Health Organisation. Quality of life 2021 [Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>].

19. Cella DF. Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*. 1994;9(3):186-92.
20. Ruiz-Rodríguez I, Hombrados-Mendieta I, Melguizo-Garín A, Martos-Méndez MJ. The Association of Sources of Support, Types of Support and Satisfaction with Support Received on Perceived Stress and Quality of Life of Cancer Patients. *Integrative Cancer Therapies*. 2021;20:1534735421994905.
21. Nayak MG, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, et al. Quality of life among cancer patients. *Indian journal of palliative care*. 2017;23(4):445.
22. Theofilou P. Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology reviews*. 2012;6(1).
23. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al. Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(19):6938.
24. Oh P-J, Cho J-R. Changes in fatigue, psychological distress, and quality of life after chemotherapy in women with breast cancer: a prospective study. *Cancer nursing*. 2020;43(1):E54-E60.
25. Salvetti MdG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AMd. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73.
26. Mokhatri-Hesari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and quality of life outcomes*. 2020;18(1):1-25.
27. Aizpurua-Perez I, Perez-Tejada J. Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020:101854.
28. Wang H, Yue H, Ren M, Feng D. Dyadic effects of family-functioning and resilience on quality of life in advanced lung cancer patients and caregivers: An actor-partner interdependence mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;52:101963.
29. Alarcón R, Cerezo MV, Hevilla S, Blanca MJ. Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2020;20(1):81-9.
30. Huang Y, Huang Y, Bao M, Zheng S, Du T, Wu K. Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, health & medicine*. 2019;24(7):866-78.
31. Gálvez-Hernández CL, Mondragón AO, Villarreal-Garza C, del Río BR. Mujeres jóvenes con cáncer de mama: necesidades de Apoyo en Atención y Resiliencia. *Psicooncología*. 2018;15(2):287.
32. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2017;23:5969.
33. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2015;3(4):727.
34. Chaudhury S, Jagtap B, Shailaja B, Mungase M, Saini RK, Jain V. Stress, anxiety, depression, and resilience in cancer patients on chemotherapy. *Annals of Indian Psychiatry*. 2021;5(2):126.

35. Yu SY, Nho J-H, Jung MH, Kim HY, An HJ, Choi HA. Symptoms, resilience, coping, and psychosocial adjustment in women with gynecologic cancer in South Korea: A cross sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2022;102097.
36. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*. 2019;10:208.
37. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to promote resilience in cancer patients. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019;116(51-52):865.
38. Min J-A, Yoon S, Lee C-U, Chae J-H, Lee C, Song K-Y, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive care in cancer*. 2013;21(9):2469-76.
39. Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, et al. Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(9):2545.
40. Vartak J. The role of hope and social support on resilience in cancer patients. *Indian Journal of Mental Health*. 2015;2(1):35-42.
41. Hsu H-T, Juan C-H, Chen J-L, Hsieh H-F. Mediator Roles of Social Support and Hope in the Relationship Between Body Image Distress and Resilience in Breast Cancer Patients Undergoing Treatment: A Modeling Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021:4206.
42. Kordan Z, Lolaty HA, Mousavinasab SN, Fard JH. Relationship between psychological well-being and social capital and resilience among cancer patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2019;6(3):131.
43. Rainson D, Rema M. Resilience and psychological wellbeing among cancer patients. 2021;02(05):1401-8.
44. Strauss B, Brix C, Fischer S, Leppert K, Füller J, Roehrig B, et al. The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal of cancer research and clinical oncology*. 2007;133(8):511-8.
45. Kim JI, Byeon YS. A study on the factors affecting resilience in patients with colon cancer. *Asian Oncology Nursing*. 2013;13(4):256-64.
46. Al Eid NA, Alqahtani MM, Marwa K, Arnout BA, Alswailem HS, Al Toaimi AA. Religiosity, psychological resilience, and mental health among breast cancer patients in kingdom of Saudi arabia. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*. 2020;14:1178223420903054.
47. Macía P, Gorbeña S, Barranco M, Alonso E, Iraurgi I. Role of resilience and emotional control in relation to mental health in people with cancer. *Journal of health psychology*. 2022;27(1):211-22.
48. Phillips AC. Perceived Stress. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 1453-4.
49. Katsarou A, Panagiotakos D, Zafeiropoulou A, Vryonis M, Skoularigis I, Tryposkiadis F, et al. Validation of a Greek version of PSS-14; a global measure of perceived stress. *Cent Eur J Public Health*. 2012;20(2):104-9.
50. Jan F, Singh M, Nisar S. Perceived stress in cancer patients: An integrative review. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*. 2021;18(2):112.
51. Yeh Y-C, Sun J-L, Lu C-H. Associations between perceived stress and quality of life in gynaecologic cancer patient-family caregiver dyads. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;55:102060.

52. Alagizy H, Soltan M, Soliman S, Hegazy N, Gohar S. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Current Psychiatry*. 2020;27(1):1-10.
53. Ravindran OS, Shankar A, Murthy T. A comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors. *Indian journal of palliative care*. 2019;25(3):414.
54. Poręba-Chabros A, Mamcarz P, Jurek K. Social support as a moderator between the perception of the disease and stress level in lung cancer patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2020;27(4):630.
55. Tian X, Jin Y, Chen H, Tang L, Jiménez-Herrera MF. Relationships among social support, coping style, perceived stress, and psychological distress in Chinese lung cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2021;8(2):172-9.
56. Dehghan M, Jazinizade M, Malakoutikhah A, Madadimahani A, Iranmanesh MH, Oghabian S, et al. Stress and quality of life of patients with cancer: the mediating role of mindfulness. *Journal of Oncology*. 2020;2020.
57. Xu W, Zhou Y, Fu Z, Rodriguez M. Relationships between dispositional mindfulness, self-acceptance, perceived stress, and psychological symptoms in advanced gastrointestinal cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2017;26(12):2157-61.
58. Taheri A, Falavarjani MF. Hope, self-efficacy, and perceived stress among Iranian women with breast cancer: Examining the mediating role of resilience. *Middle East Journal of Positive Psychology*. 2019;5:82-96.
59. Zhang Y, Cui C, Wang L, Yu X, Wang Y, Wang X. The Mediating Role of Hope in the Relationship Between Perceived Stress and Post-Traumatic Stress Disorder Among Chinese Patients with Oral Cancer: A Cross-Sectional Study. *Cancer Management and Research*. 2021;13:393.
60. Beatty L, Lee C, Wade TD. A prospective examination of perceived stress as a mediator of the relationship between life-events and QOL following breast cancer. *British Journal of Health Psychology*. 2009;14(4):789-804.
61. Miceli J, Geller D, Tsung A, Hecht CL, Wang Y, Pathak R, et al. Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psycho-oncology*. 2019;28(7):1513-9.
62. Li Y, Yang Y, Zhang R, Yao K, Liu Z. The mediating role of mental adjustment in the relationship between perceived stress and depressive symptoms in hematological cancer patients: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142913.
63. Darabos K, Hoyt MA. Cancer-related worry and physical well-being in the context of perceived stress in young adults with testicular cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 2017;6(2):363-6.
64. Sarrionandia A, Ramos-Díaz E, Fernández-Lasarte O. Resilience as a mediator of emotional intelligence and perceived stress: a cross-country study. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2653.
65. Khosravi M, Nikmanesh Z. Relationship of spiritual intelligence with resilience and perceived stress. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(4):52.
66. Tung KS, Ning WW, Kris L. Effect of resilience on self-perceived stress and experiences on stress symptoms a surveillance report. *Universal Journal of public health*. 2014;2(2):64-72.
67. Nigah Z, Ajmal A, Abid S. Resilience, perceived social support and psychological stress in diagnosis of cancer. *Isra Medical Journal*. 2019;11(1):36-40.

68. Kiaei T, Makvandi B, Moradi Manesh F, Hafezi F. The causal relationship between perceived stress, perceived social support, and resilience with emotional adaptation mediated by body image of breast cancer patients. *Razavi International Journal of Medicine*. 2021;9(2):81-6.
69. Chen C-M, Du B-F, Ho C-L, Ou W-J, Chang Y-C, Chen W-C. Perceived stress, parent-adolescent/young adult communication, and family resilience among adolescents/young adults who have a parent with cancer in Taiwan: a longitudinal study. *Cancer Nursing*. 2018;41(2):100-8.
70. Ban Y, Li M, Bai H, Liu L, Gu Z, Zhang K, et al. Association Between Perceived Stress, Loneliness and Sleep Disorders Among Breast Cancer Patients: the Moderating Roles of Resilience. 2022.
71. Ertl MM, Trapp SK, González Arredondo S, Rodríguez Agudelo Y, Arango-Lasprilla JC. Perceived stress, resilience, and health-related quality of life among Parkinson's disease caregivers in Mexico. *Health & Social Care in the Community*. 2019;27(5):1303-10.
72. Savari K, Naseri M, Savari Y. Evaluating the role of perceived stress, social support, and resilience in predicting the quality of life among the parents of disabled children. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2021:1-15.
73. Barre PV, Padmaja G, Rana S, Tiamongla. Stress and quality of life in cancer patients: medical and psychological intervention. *Indian journal of psychological medicine*. 2018;40(3):232-8.
74. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983:385-96.
75. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*. 1993;1(2):165-17847.
76. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-76.
77. Ntountoulaki E, Paika V, Kotsis K, Papaioannou D, Andreoulakis E, Fountoulakis KN, et al. The Greek version of the resilience scale (rs-14): psychometric properties in three samples and associations with mental illness, Suicidality, and Quality of Life. 2017.
78. Kontodimopoulos N, Ntinoulis K, Niakas D. Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2011;20(3):354-61.
79. Lenhard W, Lenhard A. Calculation of effect sizes. *Psychometrica*. 2016.
80. Hinz A, Weis J, Brähler E, Härter M, Geue K, Ernst J. Fatigue in cancer patients: comparison with the general population and prognostic factors. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28(9):4517-26.
81. Geue K, Sender A, Schmidt R, Richter D, Hinz A, Schulte T, et al. Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population. *Quality of Life Research*. 2014;23(4):1377-86.
82. Derogar M, van der Schaaf M, Lagergren P. Reference values for the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire in a random sample of the Swedish population. *Acta oncologica*. 2012;51(1):10-6.
83. Nolte S, Liegl G, Petersen M, Aaronson N, Costantini A, Fayers P, et al. General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the United States. *European journal of cancer*. 2019;107:153-63.

84. Majchrzak M, Brzecka A, Daroszewski C, Błasiak P, Rzechonek A, Tarasov VV, et al. Increased pain sensitivity in obese patients after lung cancer surgery. *Frontiers in Pharmacology*. 2019;10:626.
85. Cohen M, Baziliansky S, Beny A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. *Journal of geriatric oncology*. 2014;5(1):33-9.
86. Gao Y, Yuan L, Pan B, Wang L. Resilience and associated factors among Chinese patients diagnosed with oral cancer. *BMC cancer*. 2019;19(1):1-9.
87. Yang Y-L, Li M-Y, Liu L, Wang L. Perceived stress and its associated demographic-clinical characteristics and positive expectations among Chinese cervical, kidney, and bladder cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(7):2303-12.
88. Song H, Saito E, Sawada N, Abe SK, Hidaka A, Shimazu T, et al. Perceived stress level and risk of cancer incidence in a Japanese population: the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. *Scientific Reports*. 2017;7(1):1-10.
89. Zhou ES, Penedo FJ, Lewis JE, Rasheed M, Traeger L, Lechner S, et al. Perceived stress mediates the effects of social support on health-related quality of life among men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;69(6):587-90.
90. Haugland T. Stress, social support, general self-efficacy and health related quality of life in patients with neuroendocrine tumors. A cross-sectional and pilot study. 2013.
91. Abdollahi A, Panahipour H, Hosseinian S, Allen KA. The effects of perceived stress on hope in women with breast cancer and the role of psychological hardiness. *Psycho-oncology*. 2019;28(7):1477-82.
92. Franjić D, Babić D, Marijanović I, Martinac M. ASSOCIATION BETWEEN RESILIENCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COLON CANCER. *Psychiatria Danubina*. 2021;33(13):297-303.
93. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(7):3471-86.
94. Costa ALS, Heitkemper MM, Alencar GP, Damiani LP, da Silva RM, Jarrett ME. Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in Brazilian patients with colorectal cancer. *Cancer nursing*. 2017;40(5):352-60.
95. Hinz A, Friedrich M, Kuhnt S, Zenger M, Schulte T. The influence of self-efficacy and resilient coping on cancer patients' quality of life. *European Journal of Cancer Care*. 2019;28(1):e12952.
96. Tian J, Hong J-S. Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2014;20(48):18439.
97. Yeh Y-C, Lu C-H, Chen I-H, Kuo S-F, Huang Y-P. Quality of life and its predictors among women with gynaecological cancers. *Collegian*. 2021;28(1):81-8.
98. Ertl M, Trapp S, Arango-Lasprilla J. Perceived stress, resilience, and health-related quality of life among Parkinson's disease caregivers in Mexico. *Health & Social Care in the Community*. 2019;27(5):1303-10.
99. Sun Y, Pan W, Zhang Y, Xu G, Xi J, Bao Q, et al. The relationship between stress, resilience, and quality of life in Chinese high school students. *Annals of Palliative Medicine*. 2021.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

1. Άδεια του φορέα όπου διενεργήθηκε η μελέτη



0000224424

, 18/02/2022

. 3163

: 177

μ/ : 18/02/2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Τηλ. : 210 - 3501854
Fax. : 210- 6205665

Email: epist.simvouliogonk@gmail.com

Αρ. πρ. εξ. ΕΣ: 177
Κηφισιά: 18-02-22

Κοινοποίηση:
-Διοικητή
-Δ.Ι.Υ.
-Δ/ντή Β' Παθ.Ογκ/κής

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΗΣ 101^{ης} / 18-02-2022 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ Ε.Σ. ΕΠΙ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΜΠΟΥΝΤΑΛΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ

Στην 101^η /18-02-2022 Τακτική Συνεδρίαση του Ε.Σ. συζητήθηκε, ως θέμα Ημερήσιας Διάταξης (Διεξαγωγή Μελέτης), το αίτημα με αρ. Πρωτ. Ε.Σ.: 146/09-02-22 του κ. Μπούνταλη Παναγιώτη, φοιτητής μεταπτυχιακού προγράμματος με θέμα: «ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Υπεύθυνη καθηγήτρια στη μελέτη είναι η κα Γοβίνα Ουρανία και Επιβλέπουσα καθηγήτρια η κα Μάργαρη Νικολέτα.

Την αίτηση συνοπλογράφει ότι εγκρίνεται ο Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Γεράσιμος Αραβαντινός.

Η χρήση ερωτηματολογίου της έρευνας θα γίνει σε ασθενείς του τμήματος Βραχείας Νοσηλείας του Νοσοκομείου με τίτλο «Η επίδραση του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο».

Κατατέθηκαν τα δικαιολογητικά :

- Α) Βεβαίωση της επιβλέπουσας καθηγήτριας
- Β) Πρωτόκολλο της έρευνας
- Γ) Βιογραφικό
- Δ) Ερωτηματολόγιο
- Ε) Έγκριση του Δ/ντή της Β' Παθ.Ογκολογικής Κλινικής

Το Ε.Σ., λαμβάνοντας υπ' όψιν το αίτημα αρ. πρωτ. Ε.Σ.: 146/09-02-22 της κ. Μπούνταλη Παναγιώτη, για έγκριση διεξαγωγής έρευνας, και τα συνοδευτικά αυτού έγγραφα, εγκρίνει ομόφωνα την έρευνα με την προϋπόθεση:

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

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΕΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ

2. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων

2.1 Perceived Stress Scale στην ελληνική γλώσσα

PERMISSION FOR USE OF THE PERCEIVED STRESS SCALE

I apologize for this automated reply. Thank you for your interest in our work.

The copyright for the PSS belongs to the American Sociological Association. You should therefore forward your questions about permission to use the PSS directly to them: permissions@asanet.org Information about ASA policies provided below are my attempt to simplify the procedure, but you should confirm requirements relevant to your own use of the scale with ASA.

When you contact ASA refer to the PSS, appearing in the appendix of Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, volume 24.

IN MOST CASES THERE IS NO FEE (or need to file a formal request for permission) FROM EITHER ASA OR FROM THE AUTHOR FOR USE OF THE PSS in RESEARCH. However, in cases where the ASA charges a fee (see following paragraph), an additional fee is charged by the author as well (see below).

My understanding ([as of June 2021] is that ASA does not charge for permission to use the PSS for research, but does for mobile or website applications or for permission to reprint the scale in a publication. ASA will approve your use of the PSS for **mobile or website applications** for one year at a time (See Tables, graphs, figures... line on ASA form) for \$40/year. They do not provide lifetime approvals, but instead you will need to renew with them each year. (This is a new policy and you should confirm this with them). For **reprinting the scale in a publication**, they charge \$25 per page, which covers the length of the appendix with the PSS.

From the ASA website:

"Teaching and Research Purposes: The ASA allows reproduction of its material for teaching and research purposes without permission and without fee. This policy allows instructors and educational institutions to photocopy isolated articles for non-profit classroom or library reserve. Although ASA holds the copyright to all material published in its journals, this policy allows uses such as:

*Reproduction for classroom use distributed without fee
Short-run research reports distributed without fee*

Use in unpublished dissertations (if the dissertation is published at a later date, permission will be required from ASA at that time.)

Electronic requests in this category must abide by the following conditions:

*Online use is limited to a secure or password protected server for a maximum of one year.
Digital rights management (DRM) should be utilized to prevent unauthorized reproduction."*

Dr. Cohen's charges: **If (and only if) ASA determines your use of the scale requires a fee paid to ASA** (example may include mobile applications, website use, reprinting of the scale in publication), you will have to complete the ASA permission form and get it signed by me. (A requirement for them to give permission is the author's signature.) I will then return the form to you to be submitted to ASA. We charge a separate (from ASA) fee for providing a signature. Our charge supports the documentation of the scale on our website: <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/index.html> (Click on scales on front page) and handling of copyright requests.

I will give permission for publication for \$200. I will give permission on a yearly basis (sign ASA forms) for mobile or website use for \$200/year or for \$900 for a lifetime approval. In this case, I will give my approval (provide letter of lifetime approval, and/or sign yearly ASA forms) for as many years as you need.

The check should be made payable to:

Sheldon Cohen, 155 Lakeside Road, Pittsburgh, PA 15238-1707, USA

If you are making a bank transfer (notify us [scohen@cmu.edu] and we will provide information).

Completing the ASA form. Enter the authors of the work: Sheldon Cohen, Tom Kamarck, and Robin Mermelstein. And the article citation: A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1983. Only Appendix A,



...will give permission for publication for \$200. I will give permission on a yearly basis (sign ASA forms) for mobile or website use for \$200/year or for \$900 for a lifetime approval. In this case, I will give my approval (provide letter of lifetime approval, and/or sign yearly ASA forms) for as many years as you need.

The check should be made payable to:

Sheldon Cohen, 155 Lakeside Road, Pittsburgh, PA 15238-1707, USA

If you are making a bank transfer (notify us [scohen@cmu.edu] and we will provide information).

Completing the ASA form. Enter the authors of the work: Sheldon Cohen, Tom Kamarck, and Robin Mermelstein. And the article citation: A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1983. Only Appendix A,

Where it says material will appear in: ...enter proposed use. For example, "PSS to be used online in media website" or "PSS to be reprinted in X. Smith, *My favorite scales*. New York: Publisher X".

For mobile or website applications enter \$40 in the tables/charts/graph/figure line. If you are requesting permission to reprint the scale in a publication, enter \$25 on the line that says "full page @ \$25 per full page."

SEE FOLLOWING PAGE FOR QUESTIONS ABOUT THE SCALE

QUESTIONS ABOUT THE SCALE

Information concerning the PSS can be found at <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/index.html> **click on scales on the front page.** Questions about reliability, validity, norms, and other aspects of psychometric properties can be answered there. The website also contains information about administration and scoring procedures for the scales. Please do not ask for a manual. There is no manual. Read the articles on the website for the information that you need.

TRANSLATIONS

The website (see URL above) also includes copies of translations of the PSS into multiple languages. These translations were done *by other investigators*, not by our lab, and we take no responsibility for their psychometric properties. If you translate the scale and would like to have the translation posted on our website, please send us a copy of the scale with information regarding its validation, and references to relevant publications. If resources are available to us, we will do our best to post it so others may access it.

Good luck with your work.

Dr. Sheldon Cohen
155 Lakeside Drive
Pittsburgh, PA 15238
scohen@cmu.edu



2.2 Resilience Scale στην ελληνική γλώσσα

INTELLECTUAL PROPERTY LICENSE AGREEMENT

This Intellectual Property License Agreement ("Agreement") is made and effective this 23 November 2021 ("Effective Date") by and between The Resilience Center, PLLP ("Licensor") and Panagiotis Mpountalis ("Licensee").

Licensor has developed and licenses to users its Intellectual Property, marketed under the names "the Resilience Scale," "RS", "14-item Resilience Scale," "RS14," the "Resilience Scale for Children" and "RS10" (the "Intellectual Property").

Licensee desires to use the Intellectual Property.

NOW, THEREFORE, in consideration of the mutual promises set forth herein, Licensor and Licensee agree as follows:

- 1. License.**
Licensor hereby grants to Licensee a 1-year, non-exclusive, limited license to use the Intellectual Property as set forth in this Agreement.
- 2. Restrictions.**
Licensee shall not modify, license or sublicense the Intellectual Property, or transfer or convey the Intellectual Property or any right in the Intellectual Property to anyone else without the prior written consent of Licensor. Licensee may make sufficient copies of the Intellectual Property and the related Scoring Sheets to measure the individual resilience of up to 300 subjects, for non-commercial purposes only.
- 3. Fee.**
In consideration for the grant of the license and the use of the Intellectual Property, subject to the Restrictions above, Licensee agrees to pay Licensor the sum of US\$75.
- 4. Term.**
This license is valid for twelve months, starting at midnight on the Effective Date.
- 5. Termination.**
This license will terminate at midnight on the date twelve months after the Effective Date.
- 6. Warranty of Title.**
Licensor hereby represents and warrants to Licensee that Licensor is the owner of the Intellectual Property or otherwise has the right to grant to Licensee the rights set forth in this Agreement. In the event any breach or threatened breach of the foregoing representation and warranty, Licensee's sole remedy shall be to require Licensor to do one of the following: i) procure, at Licensor's expense, the right to use the Intellectual Property, ii) replace the Intellectual Property or any part thereof that is in breach and replace it with Intellectual Property of comparable functionality that does not cause any breach, or iii) refund to Licensee the full amount of the license fee upon the return of the Intellectual Property and all copies thereof to Licensor.
- 7. Warranty of Functionality.**
Licensor provides to Licensee the Intellectual Property "as is" with no direct or implied warranty.
- 8. Payment.**
Any payment shall be made in full prior to shipment. Any other amount owed by Licensee to Licensor pursuant to this Agreement shall be paid within thirty (30) days following invoice from Licensor. In the event any overdue amount owed by Licensee is not paid following ten (10) days written notice from Licensor, then in addition to any other amount due, Licensor may impose and Licensee shall pay a late payment charge at the rate of one percent (1%) per month on any overdue amount.
- 9. Taxes.**
In addition to all other amounts due hereunder, Licensee shall also pay to Licensor, or reimburse Licensor as appropriate, all amounts due for tax on the Intellectual Property that are measured directly by payments made by Licensee to Licensor. In no event shall Licensee be obligated to pay any tax paid on the income of Licensor or paid for Licensor's privilege of doing business.
- 10. Warranty Disclaimer.**
LICENSOR'S WARRANTIES SET FORTH IN THIS AGREEMENT ARE EXCLUSIVE AND ARE IN LIEU OF ALL OTHER WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO, THE IMPLIED WARRANTIES OF MERCHANTABILITY AND FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE.

- 11. Limitation of Liability.**
Licensor shall not be responsible for, and shall not pay, any amount of incidental, consequential or other indirect damages, whether based on lost revenue or otherwise, regardless of whether Licensor was advised of the possibility of such losses in advance. In no event shall Licensor's liability hereunder exceed the amount of license fees paid by Licensee, regardless of whether Licensee's claim is based on contract, tort, strict liability, product liability, or otherwise.

- 12. Support.**
Licensor agrees to provide limited, e-mail-only support for issues and questions raised by the Licensee that are not answered in the current version of the *Resilience Scale User's Guide*, available on www.resiliencescale.com, limited to the Term of this Agreement. Licensor will determine which issues and questions are or are not answered in the current *User's Guide*.

- 13. Notice.**
Any notice required by this Agreement or given in connection with it, shall be in writing and shall be given to the appropriate party by personal delivery or by certified mail, postage prepaid, or recognized overnight delivery services.

If to Licensor:

The Resilience Center
PO Box 313
Worden, MT 59088-0313

If to Licensee:

Name: Panagiotis Mpountalis
University of West Attica
Athens, Greece
Telephone: 6983145759
Email: hn20024@uniwa.gr

- 14. Governing Law.**
This Agreement shall be construed and enforced in accordance with the laws of the United States and the state of Montana. Licensee expressly consents to the exclusive forum, jurisdiction, and venue of the Courts of the State of Montana and the United States District Court for the District of Montana in any and all actions, disputes,



possibility of such losses in advance. In no event shall Licensor's liability hereunder exceed the amount of license fees paid by Licensee, regardless of whether Licensee's claim is based on contract, tort, strict liability, product liability, or otherwise.

12. Support.

Licensor agrees to provide limited, e-mail-only support for issues and questions raised by the Licensee that are not answered in the current version of the *Resilience Scale User's Guide*, available on www.resiliencescale.com, limited to the Term of this Agreement. Licensor will determine which issues and questions are or are not answered in the current *User's Guide*.

13. Notice.

Any notice required by this Agreement or given in connection with it, shall be in writing and shall be given to the appropriate party by personal delivery or by certified mail, postage prepaid, or recognized overnight delivery services.

If to Licensor:

The Resilience Center
PO Box 313
Worden, MT 59088-0313

If to Licensee:

Name: Panagiotis Mpountalis
University of West Attica
Athens, Greece
Telephone: 6983145759
Email: hn20024@uniwa.gr

14. Governing Law.

This Agreement shall be construed and enforced in accordance with the laws of the United States and the state of Montana. Licensee expressly consents to the exclusive forum, jurisdiction, and venue of the Courts of the State of Montana and the United States District Court for the District of Montana in any and all actions, disputes, or controversies relating to this Agreement.

15. No Assignment.

Neither this Agreement nor any interest in this Agreement may be assigned by Licensee without the prior express written approval of Licensor.

16. Final Agreement.

This Agreement terminates and supersedes all prior understandings or agreements on the subject matter hereof. This Agreement may be modified only by a further writing that is duly executed by both Parties.

17. Severability.

If any term of this Agreement is held by a court of competent jurisdiction to be invalid or unenforceable, then this Agreement, including all of the remaining terms, will remain in full force and effect as if such invalid or unenforceable term had never been included.

18. Headings.

Headings used in this Agreement are provided for convenience only and shall not be used to construe meaning or intent.

IN WITNESS WHEREOF, the Parties hereto have duly caused this Agreement to be executed in its name on its behalf, all as of the day and year first above written.

Licensee	The Resilience Center
Signature:	
Printed Name: Panagiotis Mpountalis	Gail M. Wagnild, PhD
Title: Student	Owner and CEO
Date: 23 November 2021	23 November 2021

2.3 EORTC core quality of life questionnaire στην ελληνική γλώσσα

Dear Panagiotis Mpountalis,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

[C30 Scoring Manual](#)

[C30 Scoring Manual](#)

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond

3. Έντυπο συναίνεσης

ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αγαπητέ κύριε / κυρία η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται για την εκπόνηση της ερευνητικής μελέτης μου στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» με ειδίκευση στην «Ογκολογική Ανακουφιστική Φροντίδα», στο οποίο φοιτώ.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του αντιλαμβανόμενου stress και της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών

Πιθανά οφέλη: 1) η αποτύπωση της ποιότητας ζωής σε ογκολογικούς ασθενείς, 2) ο προσδιορισμός επίδρασης της ψυχικής ανθεκτικότητας και του αντιλαμβανόμενου stress στην ποιότητα ζωής, 3) η χάραξη της κατάλληλης προληπτικής στρατηγικής για την βελτίωση της ποιότητας ζωής

Πληροφορίες: Αν έχετε κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις σχετικά με το σκοπό ή τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας, παρακαλώ ζητήστε μου να σας δώσω πληροφορίες.

Δημοσίευση δεδομένων: Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες είναι ανώνυμες.

Τα ερωτηματολόγια είναι αυστηρά ανώνυμα και προστατεύονται τα προσωπικά σας δεδομένα. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική. Είστε ελεύθεροι να μην συναινέσετε ή να διακόψετε την συμμετοχή σας όποτε επιθυμείτε. Προχωρώντας στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δηλώνετε ότι έχετε διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο της έρευνας και συμφωνείτε να συμμετάσχετε σε αυτή.

Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!

Ονοματεπώνυμο ερευνητή: Μπούνταλης Παναγιώτης

Κινητό: 6983145759

Email: panagiotispountalis7@gmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1. Πλήρης μορφή των ερωτηματολογίων

1.1 Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- 1) **Ηλικία** :.....
- 2) **Φύλο** : Άνδρας Γυναίκα
- 3) **Οικογενειακή κατάσταση** : Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χηρεία
Συμβίωση
- 4) **Επαγγελματική κατάσταση** : Άνεργος Ιδιωτικός υπάλληλος Δημόσιος υπάλληλος
Αγρότης Ελεύθερος Επαγγελματίας Οικιακά
Συνταξιούχος Άλλο Προσδιορίστε.....
- 5) **Κατάσταση ασφάλισης** : Δημόσια Ιδιωτική Δημόσια και ιδιωτική
Ανασφάλιστος
- 6) **Επίπεδο εκπαίδευσης** : Δημοτικό Γυμνάσιο Απόφοιτος Λυκείου
Ανώτερη/άνωτατη εκπαίδευση Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
- 7) **Βάρος** : **Ύψος**
(Δείκτης μάζας σώματος (βάρος σε κιλά δια το ύψος στο τετράγωνο σε μέτρα: $25 \leq$
25-35 >35)
- 8) **Όργανο που νοσεί** : Μαστός Πνεύμονας Δέρμα Παχύ έντερο
Πάγκρεας Μήτρα Ενδομήτριο Ωοθήκες Ήπαρ Προστάτης
Νεφρός Αίμα Ουροδόχος κύστη Στομάχι
Άλλο Προσδιορίστε
- 9) **Στάδιο νόσου**:.....

10) Ημερομηνία διάγνωσης (έτος/μήνας/ημέρα):

11) Υποτροπές: Ναι Όχι

Αν ΝΑΙ προσδιορίστε

12) Είδος θεραπείας: Χειρουργική επέμβαση Ακτινοθεραπεία Στοχευόμενες
θεραπείες Ορμονοθεραπεία Άλλο

13) Χημειοθεραπευτικό σχήμα:

14) Τρόπος χορήγησης χημειοθεραπείας: Περιφερικός φλεβοκαθετήρας
Κεντρική φλεβική γραμμή Port Picc Από το στόμα

15) Νοσήσατε πρόσφατα από λοίμωξη: Ναι Όχι

Αν **Ναι** προσδιορίστε είδος λοίμωξης :

16) Νοσήσατε από τον Covid 19: Ναι Όχι

Αν **Ναι** τρόπος ποιος ήταν ο τρόπος αντιμετώπισης;

Κατ' οίκον περιορισμός Νοσηλεία σε κλινική Νοσηλεία σε ΜΕΘ

17) Συνυπάρχοντα νοσήματα: Υπέρταση Καρδιακή ανεπάρκεια

Αναπνευστική νόσος Αυτοάνοσο νόσημα Άλλο

Προσδιορίστε.....

18) Καπνίζετε: Ναι Όχι

19) Κατανάλωση αλκοόλ (> 2 ποτήρια εβδομαδιαίως): Ναι Όχι 1.

1.2 Κλίμακα Perceived Stress Scale - 14

ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟ ΣΤΡΕΣ

Οι ερωτήσεις της κλίμακας αυτής σας ρωτάνε για τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τη διάρκεια του ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΜΗΝΑ. Σε κάθε περίπτωση, θα σας ζητηθεί να υποδείξετε την απάντησή σας βάζοντας ένα «X» στο τετράγωνο που αντιπροσωπεύει το ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε με συγκεκριμένο τρόπο.

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά
PSS.1. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει αναστάτωση εξαιτίας κάποιου γεγονότος που συνέβη αναπάντεχα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι αδυνατούσατε να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε νευρικοί και στρεσαρισμένοι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματα και τις ενοχλήσεις της καθημερινότητας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.5. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε να αντεπεξέρχεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε πεπεισμένοι για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.7. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν με τον τρόπο που θέλατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.8. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά ανακαλύψατε ότι δεν μπορούσατε να αντεπεξέλθετε στο σύνολο των υποχρεώσεων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.9. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά ήσασταν σε θέση να ελέγξετε τους εκνευρισμούς στη ζωή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSS.10. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι είχατε τον απόλυτο έλεγχο των πραγμάτων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.11. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά εξοργιστήκατε εξαιτίας κάποιων συμβάντων που δεν άπτονταν του ελέγχου σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.12. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε πιάσει τον εαυτό σας να σκέφτεται για πράγματα που πρέπει να φέρετε εις πέρας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.13. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά ήσασταν σε θέση να ελέγξετε τον τρόπο που ξοδεύετε τον χρόνο σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSS.14. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν σε τέτοιο βαθμό ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Κλίμακα Resilience Scale – 14

Η Κλίμακα Ανθεκτικότητας

(The Resilience Scale by Wagnild & Young, 1987)

Παρακαλώ, διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις. Στα δεξιά κάθε πρότασης, θα βρείτε 7 αριθμούς, από το «1» (Διαφωνώ Πολύ) στα αριστερά μέχρι το «7» (Συμφωνώ Πολύ) στα δεξιά. Σημειώστε τον κύκλο κάτω από τον αριθμό ο οποίος υποδεικνύει καλύτερα

τι αισθάνεστε για την πρόταση. Για παράδειγμα, αν διαφωνείτε πολύ με μία πρόταση σημειώστε «1». Αν είστε ουδέτερος/η, σημειώστε «4», και αν συμφωνείτε πολύ, σημειώστε «7», κ.τ.λ.

1. Συνήθως τα καταφέρνω, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2. Νιώθω περήφανος/-η που έχω πετύχει πράγματα στη ζωή.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3. Συνήθως ενσωματώνω τα πράγματα στο ρυθμό της ζωής μου.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4. Είμαστε φίλοι με τον εαυτό μου.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
5. Νιώθω ότι μπορώ να χειριστώ πολλά πράγματα ταυτόχρονα.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
6. Είμαι αποφασισμένος/-η.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
7. Μπορώ να ανταπεξέλθω σε δύσκολους καιρούς γιατί αντιμετωπίσα δυσκολίες και πριν.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. Έχω αυτοπειθαρχία.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
9. Διατηρώ το ενδιαφέρον μου σε πράγματα.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
10. Μπορώ συνήθως να βρω κάτι με το οποίο να γελάσω.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
11. Η πίστη μου στον εαυτό μου με βοηθά να τα βγάλω πέρα στους δύσκολους καιρούς.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
12. Σε περίπτωση ανάγκης είμαι κάποιος στον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να βασιστούν.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
13. Η ζωή μου έχει νόημα.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
14. Όταν είμαι σε μια δύσκολη κατάσταση, συνήθως μπορώ να βρω το δρόμο προς τη λύση.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

1.4 Κλίμακα EORTC core quality of life questionnaire (QLQ – C30)

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας μέσα σε ένα κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα. Δεν υπάρχουν «σωστές» και «λάθος» απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικές.

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας: □□□□

Τη χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος): □□□□□□□□

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος): □□□□□□□□

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως όταν κουβαλάτε μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα;	1	2	3	4
2. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μεγάλο</u> περίπατο;	1	2	3	4
3. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μικρό</u> περίπατο έξω από το σπίτι;	1	2	3	4
4. Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1	2	3	4
5. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;	1	2	3	4

Κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;	1	2	3	4
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;	1	2	3	4
8. Λαχανιάσατε;	1	2	3	4
9. Πονέσατε;	1	2	3	4
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	1	2	3	4
11. Είχατε προβλήματα με τον ύπνο;	1	2	3	4
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;	1	2	3	4
13. Είχατε ανορεξία;	1	2	3	4
14. Είχατε τάση για εμετό;	1	2	3	4
15. Κάνατε εμετό;	1	2	3	4
16. Είχατε δυσκοιλιότητα;	1	2	3	4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

GREEK

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
17. Είχατε διάρροια;	1	2	3	4
18. Αισθανθήκατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4
19. Παρενέβη ο πόνος στις καθημερινές σας ασχολίες;	1	2	3	4
20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;	1	2	3	4
21. Αισθανόσασταν υπερένταση;	1	2	3	4
22. Αισθανόσασταν στεναχώρια;	1	2	3	4
23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η;	1	2	3	4
24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	1	2	3	4
25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;	1	2	3	4
26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την <u>οικογενειακή σας</u> ζωή;	1	2	3	4
27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις <u>κοινωνικές σας</u> εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);	1	2	3	4
28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, σας προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;	1	2	3	4

Για τις επόμενες ερωτήσεις παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα από το 1 έως το 7

29. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

30. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική