



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Π.Μ.Σ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

## **Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**Η επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των  
φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο:  
μια πιλοτική έρευνα**

**Συγγραφέας**  
**Ανδρομάχη Κατσαρού**  
**ΑΜ: 202115**

**Επιβλέπουσα:**  
**Δρ. Ευανθία Σακελλάρη**

**Αθήνα, Ιούνιος 2022**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH  
MASTER OF SCIENCE IN HEALTH PROMOTION IN  
THIRD AGE**

**Diploma Thesis**

**The impact of anxiety and depression on the quality of life of caregivers of  
the elderly with advanced cancer: a pilot study**

**Andromachi Katsarou**

**Registration Number: 202115**

**Supervisor:**

**Dr. Evanthia Sakellari**

**Athens, June 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Π.Μ.Σ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

**Η επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο: μια πιλοτική έρευνα**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
	Ευανθία Σακελλάρη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής / Επιβλέπουσα καθηγήτρια	
	Αρετή Λάγιου	Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής / Μέλος εξεταστικής επιτροπής	
	Μαρία Μπούρη	Εξωτερική συνεργάτης του Π.Μ.Σ, Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής / Μέλος εξεταστικής επιτροπής	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ανδρομάχη Κατσαρού του Θωμά, με αριθμό μητρώου 202115 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προαγωγή της Υγείας στην Τρίτη Ηλικία» του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 31 Ιουλίου 2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



**Επιβλέπουσα:**  
**Ευανθία Σακελλάρη**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου  
Δυτικής Αττικής

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**  
(Υπογραφή)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ένα από τα συνήθη νοσήματα της τρίτης ηλικίας είναι ο καρκίνος. Στην Ελλάδα, τη φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου αναλαμβάνουν οι άτυποι φροντιστές, οι οποίοι συνήθως είναι μέλη της οικογένειάς τους.

**Σκοπός:** Αυτή η έρευνα σκοπεύει να εξετάσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο και τη συσχέτισή τους με την ποιότητα ζωής. Ένας άλλος στόχος είναι η διερεύνηση των αναγκών των φροντιστών σχετικά με υπηρεσίες ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για μια πιλοτική έρευνα στην οποία συμμετείχαν 55 φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια σταθμισμένα στα Ελληνικά για την αξιολόγηση του άγχους (STAI), της κατάθλιψης (BDI) και της ποιότητας ζωής των φροντιστών (WHOQOL-BREF). Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

**Αποτελέσματα:** Από τους 55 φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με τη νόσο του καρκίνου το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (33, 60%) με μέσο όρο ηλικίας 40-49 χρονών. Η διάμεση τιμή για το προσωρινό άγχος (State) ήταν 46 (Μέση τιμή 47,5), για την κατάθλιψη ήταν 14 (Μέση τιμή 14,6) και για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας των συμμετεχόντων ήταν 14 (Μέση τιμή 14). Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής. Αναδείχθηκε ανάγκη παροχής φροντίδας του πάσχοντα στο σπίτι καθώς και ψυχοκοινωνικής στήριξης τόσο στους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους.

**Συμπεράσματα:** Είναι σημαντικό να διασφαλίζεται ότι λαμβάνεται μέριμνα για την ψυχολογική ευημερία των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, καθώς τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης άγχους και κατάθλιψης που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους.

*Λέξεις – κλειδιά:* άγχος, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, φροντιστές, καρκίνος, τρίτη ηλικία

## ABSTRACT

**Introduction:** Among the most ordinary diseases of the elderly is cancer. In Greece, most of the time, elderly people suffering from cancer are taken care of their family members or other people, who are described in the literature as caregivers.

**Aim:** This pilot study aims to investigate the levels of anxiety and depression of caregivers of elderly people with advanced cancer and their association with quality of life. The ultimate goal of the research is to highlight the need to provide palliative care for caregivers.

**Method and materials:** This is a pilot study in which participated 55 caregivers of elderly people with advanced cancer. STAI questionnaire was used to assess anxiety, BDI questionnaire to assess depression and caregivers' quality of life was measured using WHOQOL – BREF.

**Results:** The sample consisted of 55 caregivers of elderly patients with advanced cancer. The majority of the participants were women (n=33, 60%) with an average age of 40-49 years. The median value for Temporary Anxiety was 46 (Median 47.5), for depression was 14 (Median 14.6) and for participants' quality of life and health was 14 (Median 14). A negative correlation was found between levels of anxiety, depression and quality of life. Results highlighted the need to provide care for the patient at home as well as psychosocial support to both patients and their caregivers.

**Conclusions:** It is important to ensure the psychological well-being of caregivers for elderly people with advanced cancer, as they face high risk of developing anxiety and depression that negatively affect their quality of life.

*Keywords:* caregivers, cancer, elderly, stress, depression, quality of life

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το προσδόκιμο ζωής των ατόμων άνω των 65 ετών αυξάνεται συνεχώς. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου (Estape, 2018, Maruzza Lefebvre & Onlus, 2022). Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα νοσήματα σε παγκόσμιο επίπεδο και παραμένει η δεύτερη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως, μετά τις καρδιοπάθειες (Valero-Cantero et al., 2020). Συνήθως, προσβάλλει άτομα μεγάλης ηλικίας: το 2012, περίπου το ήμισυ των περιπτώσεων της νόσου του καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο αφορούσαν άτομα άνω των 65 ετών. Η γήρανση συνοδεύεται από φθορά σε διάφορα επίπεδα, κάτι που κάνει πιο πολύπλοκη τη φροντίδα των ατόμων αυτής της ηλικίας με τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο (Carioli et al., 2019). Όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, έτσι και στην Ελλάδα, τη φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου αναλαμβάνουν οι άτυποι φροντιστές, οι οποίοι συνήθως είναι μέλη της οικογένειάς τους (Ανδριοπούλου et al., 2018). Ο καρκίνος είναι μια νόσος που δεν επηρεάζει ψυχικά μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους φροντιστές τους (Sklenarova et al., 2015). Σύμφωνα με δεδομένα από ερευνητικές μελέτες, παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις υψηλότερα από αυτά των πασχόντων. Παράλληλα, έρευνες υποστηρίζουν χαμηλή ποιότητα ζωής των ατόμων που φροντίζουν πάσχοντες από καρκίνο τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικογενειακό, κοινωνικό, εργασιακό αλλά και σωματικό επίπεδο (Al-Mandhari, 2018, Li et al., 2018). Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από καρκίνο. Επίσης, υπάρχει ερευνητικό έλλειμμα σχετικά με τη διερεύνηση των αναγκών των φροντιστών και την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας σε αυτούς. Κρίθηκε σκόπιμο να υλοποιηθεί μια πιλοτική έρευνα για το εν λόγω θέμα, προκειμένου να εκτιμηθούν όλοι οι απαραίτητοι παράγοντες πριν την υλοποίηση μιας αντίστοιχης έρευνας πλήρους κλίμακας.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην κυρία Ευανθία Σακελλάρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, που ανέλαβε την επίβλεψη αυτής της διπλωματικής εργασίας, καθώς επίσης και στα μέλη της επιτροπής, κ. Μαρία Μπούρη, Εξωτερικού Συνεργάτη του ΠΜΣ , και κ. Αρετή Λάγιου, Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τη στήριξη, την καθοδήγηση και τη βοήθειά τους κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης αυτής της διπλωματικής εργασίας για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	13
<b>1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</b>	
1.1 Η γήρανση του πληθυσμού.....	15
1.2 Καρκίνος.....	16
1.3 Καρκίνος στην τρίτη ηλικία.....	17
<b>2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ</b>	
2.1 Οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο.....	19
2.2 Άγχος.....	22
2.3 Κατάθλιψη.....	23
2.4 Άγχος και κατάθλιψη στους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από καρκίνο.....	23
2.5 Ποιότητα ζωής.....	25
2.6 Ποιότητα ζωής ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο.....	25
2.7 Ανακουφιστική / παρηγορητική φροντίδα.....	27
2.8 Διερεύνηση αναγκών φροντιστών.....	29
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
3.1 Είδος μελέτης.....	31
3.2 Σκοπός του προγράμματος.....	31
3.3 Ερευνητικές υποθέσεις.....	31
3.4 Αντικειμενικοί στόχοι του ερευνητικού προγράμματος.....	32
3.5 Δείγμα μελέτης.....	32
3.6 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού συμμετεχόντων.....	32
3.7 Ερευνητικά εργαλεία.....	32
3.7.1 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων.....	32
3.7.2 Κλίμακα μέτρησης άγχους Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)....	33
3.7.3 Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης Beck Depression Inventory (BDI – II).....	34
3.7.4 Κλίμακα μέτρησης ποιότητας ζωής WHOQOL – BREF (ελληνική εκδοχή).....	35
3.8 Συλλογή δεδομένων.....	36
3.9 Ανάλυση δεδομένων.....	36
3.10 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	

4.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	37
2 Σχέση ασθενούς – φροντιστή.....	39
3 Αντίληψη φροντιστών αναφορικά με τις υπηρεσίες που θα βοηθούσαν τους ίδιους και τους πάσχοντες.....	42
4 Ποιότητα ζωής φροντιστών.....	43
5 Κατάθλιψη φροντιστών.....	44
6 Αποτελέσματα BDI για τους συμμετέχοντες.....	44
7 Κλίμακες άγχους (STAI).....	46
8 Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQoL – BREF).....	47
9 Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή.....	48
10 Συσχέτιση ποιότητας ζωής – δημογραφικών – άγχους – κατάθλιψης.....	50
11 Αποτελέσματα ανάλυσης συνολικής ποιότητας ζωής ως εξαρτημένη μεταβλητή.....	55
12 Αποτελέσματα ανάλυσης διάστασης «Σωματικής υγείας» ως εξαρτημένης μεταβλητής.....	56
13 Αποτελέσματα ανάλυσης διάστασης «Ψυχολογικής υγείας» ως εξαρτημένης μεταβλητής.....	58
14 Αποτελέσματα ανάλυσης διάστασης «Κοινωνικών σχέσεων» ως εξαρτημένης μεταβλητής.....	60
15 Αποτελέσματα ανάλυσης διάστασης «Περιβάλλον» ως εξαρτημένης μεταβλητής.....	62
16 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για BDI και δημογραφικά.....	66
17 Αποτελέσματα ανάλυσης προσωρινού άγχους (State) ως εξαρτημένη μεταβλητή.....	66
18 Αποτελέσματα ανάλυσης μόνιμου άγχους (Trait) ως εξαρτημένη μεταβλητή.....	67

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
1. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων.....	38
2. Χρονικό διάστημα φροντίδας του ασθενή.....	40
3. Βοηθητικές υπηρεσίες για τους ασθενείς σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.....	42
4. Επίπεδα κατάθλιψης συμμετεχόντων (BDI).....	45
5. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη συνολική ποιότητα ζωής.....	49
6. Συσχέτιση μόνιμου άγχους (Trait) με την διάσταση «Ψυχολογική υγεία».....	52
7. Συσχέτιση της κατάθλιψης (BDI) με τη διάσταση «Σωματική υγεία».....	53
8. Συσχέτιση προσωρινού άγχους (State) με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».....	54
9. Ψυχολογική υγεία σε σχέση με τη συγγένεια με τον ασθενή.....	59
10. Συσχέτιση μόνιμου άγχους (Trait) με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».....	61
11. Συσχέτιση διάστασης «Περιβάλλον» με τον καρκίνο προστάτη.....	63
12. Συσχέτιση BDI με παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης για τους ασθενείς.....	65

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας εμφανίζουν διάφορα προβλήματα υγείας και έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας (Estepe, 2018, WHO, 2011). Ένα από τα πιο συνήθη νοσήματα της τρίτης ηλικίας είναι ο καρκίνος (Valero-Cantero et al., 2020). Στην Ελλάδα, τη φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου αναλαμβάνουν οι άτυποι φροντιστές, οι οποίοι συνήθως είναι μέλη της οικογένειάς τους (Ανδριοπούλου et al., 2018). Σε διάφορες έρευνες έχουν παρατηρηθεί αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και χαμηλή ποιότητα ζωής σε φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με νόσο του καρκίνου προχωρημένου σταδίου τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικογενειακό, κοινωνικό, εργασιακό αλλά και σωματικό επίπεδο (Stenberg et al., 2010, Oechsle et al., 2013, Li et al., 2018, Rumpold et al., 2016, Karabekiroğlu et al., 2018).

Σε ό,τι αφορά τη βιβλιογραφία στον ελληνικό πληθυσμό, οι Tsigaropoulos και συν. (Tsigaropoulos et al., 2009) δημοσίευσαν μια κλινική αναφορά σχετικά με τη διερεύνηση και την καταγραφή των διαφόρων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όσοι φροντίζουν ένα άτομο που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου στο σπίτι. Η έρευνα έλαβε χώρα στον χώρο του νοσοκομείου και τα πιο συχνά προβλήματα που αναφέρθηκαν από τους φροντιστές ήταν αγωνία για το μέλλον του πάσχοντα, για την αντιμετώπιση του πόνου, για το οικονομικό βάρος, για τη διατροφική κατάσταση του πάσχοντα, για την κατάθλιψη, για την επιδείνωση της συμπεριφοράς του πάσχοντα, για τη δυσκολία αποδοχής της παρούσας κατάστασης, για τη μεταφορά στο νοσοκομείο και για την παροχή βοήθειας από την ευρύτερη οικογένεια. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι πολλά από αυτά τα προβλήματα παραμένουν αδιερεύνητα και τονίζουν τη σημασία της αναγνώρισής τους από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να διευκολυνθεί το δύσκολο έργο των φροντιστών. Ακολούθησε μια μελέτη από τους Govina και συνεργάτες (Govina et al., 2013) για την επικύρωση της ελληνικής μετάφρασης της αναθεωρημένης κλίμακας αποτελεσμάτων φροντίδας Bakas (Bakas Caregiving Outcomes Scale – BCOS) σε ένα δείγμα 100 άτυπων φροντιστών ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο, οι οποίοι λαμβάνουν εξωνοσοκομειακή παρηγορητική ακτινοθεραπεία. Η μελέτη καταλήγει ότι η ελληνική εκδοχή του BCOS αποτελεί ένα έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο που μπορεί να εφαρμοστεί στην κλινική πράξη για τον εντοπισμό φροντιστών που χρειάζονται υποστήριξη.

Οι Govina και συνεργάτες (Govina et al., 2015) διεξήγαγαν μια έρευνα για τη διερεύνηση της επίδρασης διάφορων μεταβλητών (φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, πρωτότερη εμπειρία φροντίδας, επαγγελματική κατάσταση, άγχος και κατάθλιψη) των πασχόντων και των φροντιστών τους σε ό,τι αφορά την αντίληψή τους σχετικά με την επιβάρυνση σε οικογένειες που φροντίζουν κάποιο μέλος που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο στην Ελλάδα. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι φροντιστές που δηλώνουν ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερη δυσφορία και μειονεκτική θέση είναι αυτοί που αναφέρουν μεγαλύτερη καταθλιπτική διάθεση, δυσκολία με τα καθήκοντα φροντίδας, είναι έγγαμοι, μη μισθωτοί και φροντίζουν ασθενείς που δεν έχουν κάνει κάποιο χειρουργείο σχετικό με τη νόσο. Καταλήγουν ότι είναι απολύτως αναγκαίες οι συστηματικές στρατηγικές αξιολόγησης και παρέμβασης για να βοηθηθούν αυτοί οι φροντιστές και να ανταπεξέλθουν στη φροντίδα του πάσχοντα. Μολονότι υπάρχει έρευνα για την ψυχική υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου (Parga et al., 2015), ωστόσο δεν υπάρχει ελληνική βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα περιγραφεί η εξέλιξη της γήρανσης και θα παρουσιαστεί η νόσος του καρκίνου αρχικά γενικά και στη συνέχεια ειδικά ως μια ασθένεια που προσβάλλει τα άτομα τρίτης ηλικίας.

### 1.1 Η γήρανση του πληθυσμού

Η γήρανση είναι μια φυσιολογική βιολογική διαδικασία που συμβαίνει σε όλα τα έμβια όντα. Ξεκινάει από τη στιγμή της σύλληψης και συνεχίζεται μέχρι τον θάνατο, μέσω μιας σειράς αλλαγών σε όλες τις φυσιολογικές λειτουργίες των συστημάτων του οργανισμού (Siefert et al., 2008). Δηλαδή, υπάρχει σταδιακή μείωση ικανότητας του ατόμου τόσο σε σωματικό όσο και σε γνωστικό επίπεδο, παράλληλα με όλο και μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης, με τελικό στάδιο ο άνθρωπος να οδηγείται στον θάνατο (WHO, 2018). Τα τελευταία χρόνια ο κόσμος βιώνει μια αλλαγή στην ηλικιακή ποσόστωση του πληθυσμού. Οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και τα άτομα της τρίτης ηλικίας αυξάνονται ραγδαία (Bloom & Luca, 2016). Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ο μέσος όρος ζωής των ανθρώπων κυμαινόταν στα 50-60 χρόνια. Μετά τα μισά του 20<sup>ου</sup> αιώνα, το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε και ο μέσος όρος ζωής έφτασε τα 80 χρόνια σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες (Mackenbach, 2013). Χάρη στην εξέλιξη της προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής, τα ποσοστά της θνησιμότητας συνεχίζουν να μειώνονται, παράλληλα με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Αυτό το γεγονός έχει οδηγήσει στην αύξηση της διάρκειας ζωής, με αποτέλεσμα το μεγάλο ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας στον γενικό πληθυσμό (Derya & Dilaver, 2015). Ως «τρίτη ηλικία» ορίζεται η ηλικία άνω των 65 ετών. Είναι η ηλικία, κατά τη διάρκεια της οποίας, οι άνθρωποι παίρνουν σύνταξη στις περισσότερες χώρες του κόσμου και έχουν κάποια προνόμια ως ηλικιακή ομάδα. Τα άτομα που είναι 65 έως 74 ετών θεωρούνται νέοι ηλικιωμένοι, ενώ τα άτομα άνω των 75 ετών θεωρούνται όψιμοι ηλικιωμένοι (WHO, 2021).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα αυξηθούν ραγδαία ως το 2050. Αναφέρεται ότι η παραπάνω συνεχής προοδευτική αύξηση αναμένεται να επιταχυνθεί τις επόμενες δεκαετίες, ιδιαίτερα στις δυτικές χώρες, γεγονός που οδηγεί σε προσαρμογές στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας (WHO, 2018). Καθώς ο πληθυσμός γηράσκει, ασθένειες που επηρεάζουν κυρίως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα γίνονται όλο και πιο διαδεδομένες (Berger et al., 2006). Επιπλέον, ασθένειες που

εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας ενδέχεται να συνυπάρχουν, κάνοντας τη φροντίδα τους πιο περίπλοκη (Shin et al., 2018). Αυτό οδήγησε στην εμφάνιση μιας νέας ιατρικής ειδικότητας, της γηριατρικής, η οποία αντιμετωπίζει την πρόκληση να ενσωματώσει, στις καθιερωμένες ιατρικές πρακτικές, διαστάσεις που σχετίζονται με τη γήρανση. Η διαχείριση των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου βασίζεται σε μια διεπιστημονική αξιολόγηση, στην οποία μελετώνται όλες οι πληροφορίες, προκειμένου να εκπονηθεί ένα αποτελεσματικό σχέδιο φροντίδας για το άτομο της τρίτης ηλικίας (Terret, 2004). Τα τελευταία χρόνια, παράλληλα με τη γήρανση του πληθυσμού, παρατηρείται συνεχής αύξηση τόσο της επίπτωσης όσο και του επιπολασμού της νόσου του καρκίνου μετά την ηλικία των 65 ετών (Estape, 2018, Eurostat, 2019).

## 1.2 Καρκίνος

Όταν αναφερόμαστε στην νόσο του καρκίνου, μιλάμε για μια νόσο που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Το αποτέλεσμα αυτής της δυσανάλογης κυτταρικής διαίρεσης είναι η δημιουργία μιας μάζας, της οποίας το σχήμα έμοιαζε με κάβουρα, κι έτσι ονομάστηκε από τον Ιπποκράτη «καρκίνος» (Ανδριοπούλου και συν, 2018). Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια, που απαιτεί χρόνια θεραπεία και φροντίδα, παραμένοντας μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως (Valero-Cantero et al., 2020). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ το 2019, ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη ή δεύτερη αιτία θανάτου για άτομα κάτω των 70 ετών σε 112 από τις 183 χώρες και κατατάσσεται στην τρίτη ή τέταρτη θέση σε άλλες 23 χώρες (WHO, 2019). Σύμφωνα με το GLOBOCAN, το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Καρκίνου, κατά το 2020 σημειώθηκαν παγκοσμίως 19.292.789 νέες περιπτώσεις καρκίνου και 9.958.133 θάνατοι (Sung et al., 2021). Στην Ελλάδα, κατά το 2020 σημειώθηκαν 64.530 νέες περιπτώσεις και 33.166 θάνατοι, με τα μεγαλύτερα ποσοστά τόσο στην εμφάνιση καρκίνου όσο και στη θνησιμότητα να είναι άνδρες άνω των 75 ετών (WHO, 2020). Οι Sung και συνεργάτες (Sung et al., 2021) αναφέρουν ότι η έκταση της πανδημίας COVID – 19 στις διάφορες περιοχές της γης παραμένει επί του παρόντος άγνωστη, αλλά παρατηρείται μη έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου του καρκίνου, κάτι το οποίο οι επιστήμονες έχουν συσχετίσει με τις ανησυχίες των ανθρώπων, τις αλλαγές στο σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αναστολής προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και της περιορισμένης πρόσβασης σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

Το άτομο που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου βιώνει πολλά και διαφορετικά επώδυνα συμπτώματα σε σωματικό (πόνος, αδυναμία, ναυτία, κόπωση, διαταραχή ύπνου, σεξουαλική δυσλειτουργία), ψυχολογικό (άγχος, κατάθλιψη, θυμό, αβεβαιότητα, αγωνία,



χαμηλή αυτοεκτίμηση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας λόγω πτώσης των τριχών), κοινωνικό (απομόνωση, διακοπή εργασίας, οικονομικά προβλήματα, αδυναμία συμμετοχής στα κοινά και στη διασκέδαση) και υπαρξιακό (άγχος θανάτου, αγωνία υποτροπής, φόβος εγκατάλειψης από τους «σημαντικούς άλλους») επίπεδο (Ανδριοπούλου και συν., 2018).

### **1.3 Καρκίνος στην τρίτη ηλικία**

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι ο καρκίνος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την ηλικία. Η συχνότητα της νόσου του καρκίνου αυξάνεται με τη γήρανση και αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες θανάτου στα άτομα τρίτης ηλικίας (Derya & Dilaver, 2015). Στην Ευρώπη, για παράδειγμα, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι διαγιγνώσκονται με τη νόσο του καρκίνου κάθε χρόνο, και περισσότερο από το 50% από τα άτομα αυτά είναι τουλάχιστον 65 ετών κατά τη διάγνωση (Carioli et al., 2019). Το 2035 αναμένεται οι αριθμοί των περιπτώσεων καρκίνου σε άτομα της τρίτης ηλικίας να φτάσουν τα 24 εκατομμύρια, σε παγκόσμιο επίπεδο, διπλασιάζοντας το ποσοστό των περιπτώσεων του 2012 (Pilleron et al., 2019).

Η διάγνωση, η θεραπεία και η γενική διαχείριση της νόσου του καρκίνου στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι περίπλοκη, καθώς λόγω ηλικίας, υπάρχουν ετερογενείς συνθήκες υγείας, όπως συννοσηρότητες, πολυφαρμακία, γνωστικές διαταραχές, κοινωνική απομόνωση και άλλες φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία (DeSantis et al., 2019). Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τόσο τον τρόπο, το πότε διαγιγνώσκεται ο καρκίνος, πώς δύναται να γίνει κάποια θεραπεία, ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου αλλά και το πώς ο οργανισμός του ατόμου θα αναπτύξει ανοχή στην αντικαρκινική θεραπεία (Sarfati et al., 2016). Η διαχείριση της νόσου του καρκίνου στα άτομα τρίτης ηλικίας βασίζεται σε μια ισορροπία μεταξύ της διατήρησης της ποιότητας ζωής και της επιμήκυνσης της ζωής. Αυτή η ισορροπία εξαρτάται από την εκτίμηση τεσσάρων παραγόντων: τον κίνδυνο θανάτου ή επιβάρυνσης από τις επιπλοκές της νόσου για την πορεία της ζωής του πάσχοντα, την πραγματική θέση της νόσου του καρκίνου ανάμεσα στο σύνολο των προβλημάτων υγείας του ηλικιωμένου, την ανοχή στις θεραπείες για τη νόσο του καρκίνου και των οφελών της θεραπείας. Η πολύπλοκη διαχείριση της νόσου του καρκίνου για τα άτομα της τρίτης ηλικίας οδήγησε στην εμφάνιση ενός νέου ιατρικού τομέα, της γηριατρικής ογκολογίας. Η γηριατρική ογκολογία μπορεί να οριστεί ως μια πολυδιάστατη και διεπιστημονική προσέγγιση, που προάγει κατάλληλες ιατρικές μεθόδους φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου, σε όλα τα στάδια (Terret, 2004). Γίνεται αναφορά στη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο, όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν υφίσταται ως επιλογή, η ασθένεια εκτιμάται ότι είναι ανίατη και η κατάσταση του ατόμου επιδεινώνεται προοδευτικά (Li et al.,

2018). Παρά τις εξελίξεις στη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου του καρκίνου, το μέσο προσδόκιμο ζωής με προχωρημένη νόσο του καρκίνου είναι 12 μήνες (Siegel et al., 2012). Η διάγνωση της νόσου του καρκίνου δεν αλλάζει μόνο τη ζωή του ατόμου που πάσχει, αλλά και των μελών της οικογένειας. Υπάρχουν αρκετές έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα άτομα που πάσχουν συγκεκριμένα από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο και οι άνθρωποι που τους φροντίζουν από το οικείο περιβάλλον τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό παρουσιάζουν πιο υψηλά ποσοστά σε ψυχικές ασθένειες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα συζητηθούν τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τους φροντιστές των ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου. Επιπρόσθετα, θα γίνει μια γενική αναφορά στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής και μια πιο ειδική αναφορά σχετικά με τους φροντιστές ατόμων με τη νόσο του καρκίνου. Τέλος, θα παρουσιαστεί η έννοια της ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας και επιπρόσθετα η σημασία ανάδειξης των αναγκών των φροντιστών των ατόμων που πάσχουν από παθήσεις προχωρημένου σταδίου.

#### 2.1 Φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ότι τα άτομα με τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο ηλικίας άνω των 65 ετών, που συνήθως πάσχουν και από άλλα νοσήματα, προτιμούν να παραμείνουν σπίτι τους και να λαμβάνουν φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής τους στο οικείο τους περιβάλλον με συνέπεια μεγάλο μέρος της φροντίδας των ατόμων αυτών να έχει σταδιακά μετατοπιστεί από τους επαγγελματίες υγείας στους άτυπους φροντιστές (Cameron et al., 2004, Weitzner et al., 2000). Στη βιβλιογραφία έρευνες που αφορούν τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου, ως άτυποι φροντιστές ορίζονται οι άνθρωποι που επιφορτίζονται με την καθημερινή φροντίδα τους, χωρίς να πληρώνονται για αυτό (Nijboer et al., 1999). Στην Ελλάδα, στην περίπτωση ατόμων τρίτης ηλικίας, ο άτυπος φροντιστής συνήθως είναι ο σύζυγος/σύντροφος, το παιδί τους, κάποιος φίλος ή ακόμα και κάποιο άτομο πέραν του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, που βοηθά τον πάσχοντα να ανταπεξέλθει στις καθημερινές ανάγκες του (Ανδριοπούλου και συν., 2018). Ως άτυποι φροντιστές, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να αναλάβουν την ευθύνη για μια σειρά δραστηριοτήτων, για τις οποίες μπορεί να μην έχουν πρόσθετη εκπαίδευση ή υποστήριξη και να δυσκολεύονται να τις διαχειριστούν (Mystakidou et al., 2002). Ανάλογα με το στάδιο της νόσου του καρκίνου, οι συνήθεις τομείς βοήθειας περιλαμβάνουν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως μαγείρεμα και καθαριότητα, προσωπική υγιεινή, διαχείριση οικονομικών υποχρεώσεων και συντονισμός της φροντίδας, όπως διαχείριση φαρμάκων και ιατρικά ραντεβού (Cameron et al., 2004). Οι φροντιστές είναι, επίσης, η κύρια πηγή κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης για τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο και παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στο πόσο καλά διαχειρίζονται τη νόσο τους και τη θεραπεία τους (Johansen et al., 2018). Η ικανότητα του φροντιστή να παρέχει τη βέλτιστη δυνατή φροντίδα είναι μεγίστης σημασίας

τόσο για τον πάσχοντα, όσο και για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς μια σειρά από δραστηριότητες που περιλαμβάνει η φροντίδα, μπορούν να επηρεάσουν την προσωπική ζωή των φροντιστών και να έχουν άμεσο αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Shin et al., 2018).

Οι Kim και συνεργάτες (Kim et al., 2007) ανέφεραν ότι οι φροντιστές αποκομίζουν και οφέλη από τον ρόλο τους, συμπεριλαμβανομένης της αποδοχής, της ενσυναίσθησης, της εκτίμησης, της θετικής αυτοεικόνας και της ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Οι Hakey, LaMonde, Burton και Schonwetter (Haley et al., 2003) διερεύνησαν μεταβλητές πρόβλεψης για την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής συζύγων-φροντιστών ατόμων με τη νόσο του καρκίνου σε ξενώνες φροντίδας. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι οι φροντιστές, που έβρισκαν νόημα και υποκειμενικά οφέλη από τη διαδικασία της φροντίδας, ήταν λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης και ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών σχετικά με τους φροντιστές κάνει αναφορά για συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας και μειωμένης ποιότητας ζωής (Karabekiroğlu et al., 2018). Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής δυσφορίας στους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ή την κατάληξη του ατόμου (Prue et al., 2015). Εκτός από τη φροντίδα του ατόμου που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου, οι φροντιστές πιθανότατα έχουν ευθύνη για τη φροντίδα του εαυτού τους ή και άλλων μελών της οικογένειάς τους, καθήκοντα στα οποία μπορεί να μην είναι σε θέση να ανταποκριθούν επαρκώς εξαιτίας των αναγκών φροντίδας του πάσχοντα (Kim et al., 2010).

Καθώς η φροντίδα ενός ενήλικα τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου είναι μια δυναμική διαδικασία, η αίσθηση φόρτισης του φροντιστή διαφέρει ανάλογα με τις διαφορετικές φάσεις της νόσου. Υπάρχουν ενδείξεις κλιμάκωσης του άγχους του φροντιστή, της κατάθλιψης και της ψυχικής του δυσφορίας, καθώς η λειτουργική κατάσταση του ατόμου που πάσχει μειώνεται στο τελικό στάδιο της νόσου (Williams & McCorkle, 2011). Γενικά, η επιβάρυνση του φροντιστή αναφέρεται στο επίπεδο δυσφορίας που βιώνει, κατά την παροχή φροντίδας, σε σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (Shin et al., 2018). Τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχουν αρκετές έρευνες που περιγράφουν τις συνέπειες από την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου (Williams, 2018). Οι φροντιστές παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα ενώ σε μία μελέτη αναφέρονται ως «δεύτερο άτομο που χρήζει φροντίδας» (Northouse et al., 2012). Σε διάφορες έρευνες έχουν παρατηρηθεί αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και χαμηλή ποιότητα ζωής σε φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με νόσο του καρκίνου

προχωρημένου σταδίου τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικογενειακό, κοινωνικό, εργασιακό αλλά και σωματικό επίπεδο (Li et al., 2018). Στην περίπτωση φροντιστών ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο, παρατηρήθηκε ότι περίπου τα δύο τρίτα των φροντιστών ανέφεραν αυξημένα συμπτώματα άγχους και πάνω από το ένα τρίτο ανέφερε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης (Oechsle et al., 2013, Rumpold et al., 2016).

Οι Trevino, Prigerson & Maciejewski (Trevino et al., 2018) διεξήγαγαν μια έρευνα προκειμένου να εξετάσουν εάν οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου προχωρημένου σταδίου έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωσθούν με αρχικά και επαναλαμβανόμενα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το δείγμα των φροντιστών αποτελούνταν από 540 άτομα και το δείγμα του γενικού πληθυσμού από 9.282 άτομα. Το δείγμα σύγκρισης του γενικού πληθυσμού ήταν δημογραφικά παρόμοιο με το δείγμα των φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φροντιστές είχαν περισσότερες πιθανότητες για αρχικό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή από τον γενικό πληθυσμό. Αυτά τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, που σχετίζονται με χαμηλή ποιότητα ζωής, συσχετίζονται με μεγαλύτερα επίπεδα δυσφορίας του ατόμου που πάσχει, υποδηλώνοντας ότι η ψυχική κατάσταση του φροντιστή μπορεί να επηρεάσει την ευημερία του πάσχοντα. Οι ερευνητές τόνισαν την ανάγκη για διερεύνηση και αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα, καθώς επίσης και τη σημασία της προαγωγής της ψυχικής υγείας τους.

Οι Johansen, Cvancarova & Ruland (Johansen et al., 2018) διερεύνησαν την επίπτωση των σωματικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων και των δημογραφικών χαρακτηριστικών τόσο των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου όσο και των οικογενειακών φροντιστών τους στην επιβάρυνση του φροντιστή, από την έναρξη της θεραπείας. Μελέτησαν 281 δυάδες ατόμων που πάσχουν – φροντιστών στο ξεκίνημα της ακτινοθεραπείας. Έγιναν μετρήσεις των επιπέδων κατάθλιψης, διαταραχής ύπνου, κόπωσης, κοινωνικής υποστήριξης και αυτό-αποτελεσματικότητας. Οι φροντιστές αξιολογήθηκαν επιπλέον για τα επίπεδα επιβάρυνσής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίδραση των συμπτωμάτων και των προβλημάτων των ατόμων που πάσχουν και των φροντιστών στα επίπεδα επιβάρυνσης του φροντιστή. Βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ του αισθήματος επιβάρυνσης των φροντιστών με τα επίπεδα κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου και κοινωνικής υποστήριξής τους. Οι ερευνητές συστήνουν διερεύνηση προβλημάτων και συμπτωμάτων τόσο των ατόμων που πάσχουν, κάτι το οποίο ήδη γίνεται στην κλινική πράξη, όσο και των φροντιστών, προκειμένου να επιτευχθεί πρόληψη συμπτωμάτων και επιδείνωσης της ψυχικής υγείας των φροντιστών.

Οι Wadhwa και συνεργάτες (Wadhwa et al., 2011) αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία φροντιστών ατόμων που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο και λαμβάνουν εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Συμμετείχαν 191 φροντιστές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής και η κακή ψυχική υγεία των φροντιστών συσχετιζόταν με την κακή σωματική και ψυχική κατάσταση των ασθενών, καθώς επίσης και με ταυτόχρονη φροντίδα άλλων ανθρώπων και εργασία εκτός σπιτιού. Οι ερευνητές συστήνουν παρεμβάσεις πρώιμης ανακουφιστικής / παρηγορητικής φροντίδας και υποστήριξης των φροντιστών, καθώς η δική τους ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία επηρεάζει αυτή των πασχόντων.

Από πλευράς ψυχικής υγείας, οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα σε ποσοστό, που κυμαίνεται από 55 έως 90%, κατά τη διάρκεια της ανίατης νόσου του ατόμου που πάσχει (Oechsle et al., 2020). Το άγχος και η κατάθλιψη είναι τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζουν οι φροντιστές (Stenberg et al., 2010). Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι πιο συχνά στους φροντιστές απ' ό,τι στα άτομα που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου και υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών παραγόντων (Edwards & Clarke, 2004). Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί το ποσοστό θνησιμότητας των φροντιστών που βιώνουν ψυχική καταπόνηση να είναι υψηλότερο απ' ό,τι στους μη-φροντιστές, γι' αυτό και έχει δοθεί βάση στις παρεμβάσεις διαχείρισης άγχους και κατάθλιψης για φροντιστές (Park et al., 2013).

## 2.2 Άγχος

Οι διαταραχές άγχους είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχιατρικές διαταραχές σε παγκόσμιο επίπεδο. Αναφέρονται σε μια ομάδα διαταραχών του συναισθήματος, με συμπτώματα άγχους και φόβου (American Psychiatric Association, 2013). Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση, που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντασης, σκέψεις που προκαλούν ανησυχία και σωματικές αλλαγές και μπορεί να έχει ήπια ή σοβαρά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, διαταραχή στις συνήθειες ύπνου, ζαλάδα, δυσκολία στη συγκέντρωση και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Όλοι οι άνθρωποι βιώνουν συναισθήματα άγχους ενίοτε και αυτό είναι απολύτως φυσιολογικό. Ωστόσο, κάποιοι άνθρωποι δυσκολεύονται να ελέγξουν τις ανησυχίες και τις σκέψεις τους. Τα συναισθήματα άγχους είναι συχνά και σταθερά και μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινή τους ζωή (American Psychiatric Association, 2013). Οι άνθρωποι που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές συνήθως κατακλύζονται από επαναλαμβανόμενες σκέψεις που τους προκαλούν ενόχληση ή ανησυχίες, που φτάνουν σε σημείο, εξαιτίας τους, να αποφεύγουν ορισμένες καταστάσεις (π.χ είσοδο σε ασανσέρ, συναναστροφή με πολύ κόσμο κ.α). Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ποσοστό του πληθυσμού με αγχώδεις διαταραχές το 2015 ήταν

3,6%. Αυτό το ποσοστό καταδεικνύει μια αύξηση της τάξης του 14,9% συγκριτικά με το 2005, ως αποτέλεσμα της αύξησης και της γήρανσης του πληθυσμού (WHO, 2017).

### **2.3 Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και μαζί με τις αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις ψυχικές διαταραχές, που έχουν τη μεγαλύτερη επίπτωση στην υγεία των ανθρώπων. Το αίσθημα λύπης είναι απολύτως φυσιολογικό και είναι επόμενο όλοι οι άνθρωποι να βιώσουν μια συναισθηματική κατάπτωση κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ωστόσο, η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ασθένεια και χρήζει ιατρικής παρακολούθησης (WHO, 2017). Χαρακτηρίζεται από αίσθημα θλίψης, μελαγχολίας, κενού, έλλειψης νοήματος, ενοχής, ευερεθιστότητας, που συνοδεύεται από αλλαγές τόσο σε σωματικό όσο και σε γνωστικό επίπεδο, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί φυσιολογικά. Το άτομο μπορεί να αποσυρθεί από τις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική ζωή. Συχνά το αίσθημα που υπερισχύει είναι αυτό της απελπισίας. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε φύλου και ηλικίας (American Psychiatric Association, 2013). Κατατάσσεται από τον ΠΟΥ ως τον πιο σημαντικό παράγοντα στα παγκόσμια ποσοστά αναπηρίας, με τις αγχώδεις διαταραχές να καταλαμβάνουν την έκτη θέση. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία των θανάτων από αυτοκτονίες, ο αριθμός των οποίων ανέρχεται σε 800.000 τον χρόνο (WHO, 2017).

### **2.4 Άγχος και κατάθλιψη στους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από καρκίνο**

Οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές που απαντώνται στους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Sklenarova et al., 2015). Έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες μελέτες για τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης φροντιστών ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου. Οι Nirp και συνεργάτες (Nirp et al., 2016) πραγματοποίησαν μια συγχρονική ανάλυση των βασικών δεδομένων από μια τυχαιοποιημένη δοκιμή πρώιμης ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας. Αξιολόγησαν τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο και τους φροντιστές τους εντός 8 εβδομάδων από τη διάγνωση ανίατου καρκίνου του πνεύμονα ή του γαστρεντερικού (Hospital Anxiety and Depression Scale). Αξιολόγησαν, επίσης, την ποιότητα ζωής των ασθενών (Functional Assessment of Cancer Therapy – General), τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Brief COPE) και την προσωπική τους αναφορά σχετικά με τον πρωταρχικό τους στόχο στη θεραπεία του καρκίνου. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν αυξημένα επίπεδα

άγχους και κατάθλιψης, τόσο στους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους. Τα επίπεδα άγχους, συγκεκριμένα, ήταν πιο υψηλά στους φροντιστές από ό,τι στους πάσχοντες.

Οι Geng και συνεργάτες (Geng et al., 2018) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση με στόχο την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και του άγχους στους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου και την αναγνώριση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους ανέδειξαν υψηλά ποσοστά άγχους (47%) και κατάθλιψης (42%) στους φροντιστές. Αυτά τα υψηλά ποσοστά αναδείχθηκε ότι επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των φροντιστών.

Οι Karabekiroglu και συνεργάτες (Karabekiroglu et al., 2018), διεξήγαγαν μια μελέτη για να διερευνήσουν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα επίπεδα επιβάρυνσης και τη γνωστική ευελιξία φροντιστών ατόμων που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο και να καθορίσουν τη σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η βασική ερευνητική υπόθεση ήταν ότι παράγοντες όπως η γνωστική ευελιξία και το επίπεδο επιβάρυνσης της φροντίδας θα αποτελούσαν προβλεπτικούς παράγοντες των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Οι φροντιστές βρέθηκε να έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης και χαμηλότερο ποσοστό ποιότητας ζωής από τους πάσχοντες που φρόντιζαν και η γνωστική ευελιξία αποδείχθηκε προβλεπτικός παράγοντας των επιπέδων κατάθλιψης των φροντιστών. Οι ερευνητές κατέληξαν τονίζοντας τη σημασία της φροντίδας των φροντιστών μέσω κατάλληλων γνωστικών παρεμβάσεων που απευθύνονται στις ανάγκες τους.

Οι Park και συνεργάτες (Park et al., 2013) μελέτησαν τον επιπολασμό και τους προβλεπτικούς παράγοντες του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των οικογενειακών φροντιστών πασχόντων από τη νόσο του καρκίνου στην Κορέα. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 897 φροντιστές και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης για την αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στις δυάδες πασχόντων – φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτριο επιπολασμό άγχους και υψηλό επιπολασμό κατάθλιψης. Προβλεπτικοί παράγοντες για τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (ανεργία, αγωνία για την οικονομική κατάσταση, μεγάλη ηλικία φροντιστή, συζυγική σχέση με τον πάσχοντα) και το χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής των φροντιστών. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι καθώς η φροντίδα για τη νόσο του καρκίνου προσανατολίζεται σε μεγάλο ποσοστό εκτός νοσοκομείου ο ρόλος των φροντιστών είναι πολύ σημαντικός. Αναφέρουν ότι το ψυχολογικό στρες των φροντιστών δεν έχει αρνητικό αντίκτυπο μόνο στους ίδιους, αλλά και στην υγεία και την ευημερία των πασχόντων που φροντίζουν, εάν



οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να παρέχουν τη φροντίδα που χρειάζεται. Καταλήγουν ότι η αξιολόγηση των αναγκών και η παροχή στήριξης των φροντιστών θα πρέπει να αποτελεί μέρος της κλινικής πρακτικής.

## **2.5 Ποιότητα ζωής**

Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής ως μια ευρεία έννοια που αφορά τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, το επίπεδο αυτονομίας, τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο, την προσωπική του ζωή, το περιβάλλον στο οποίο ζει και τις πεποιθήσεις του. Ο ορισμός αυτός αντανακλά την άποψη του Αριστοτέλη για την υποκειμενική θεώρηση της ποιότητας ζωής ανάλογα με το πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου (WHO, 2012). Στον τομέα της υγείας και της ιατρικής, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι μεγίστης σημασίας, καθώς σχετίζεται με ανακούφιση συμπτωμάτων, φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών. Επίσης, είναι προγνωστικός παράγοντας για την επιτυχία της θεραπείας και την επιβίωση (Haraldstad et al., 2019). Στην περίπτωση ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου, έχει μελετηθεί ευρέως η ποιότητα ζωής τόσο των πασχόντων όσο και των φροντιστών τους, καθώς αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα στην ευημερία των πασχόντων, των οικογενειών τους και των φροντιστών τους (Lewandowska et al., 2020).

## **2.6 Ποιότητα ζωής φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο**

Ενώ η εμπειρία της φροντίδας ενός ατόμου που πάσχει από καρκίνο είναι μια ουσιαστική εμπειρία, ωστόσο συνδέεται με την επιδείνωση της ποιότητας ζωής του φροντιστή. Αυτή η επίπτωση στους φροντιστές, επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου. Συνεπώς, είναι πολύ σημαντική η διεξαγωγή ερευνών σχετικά με την ποιότητα ζωής των φροντιστών (Lim et al., 2017).

Οι Wadhwa και συνεργάτες (Wadhwa et al., 2013) διεξήγαγαν μια έρευνα προκειμένου να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία φροντιστών ατόμων με τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. Πήραν μέρος 191 φροντιστές από 24 ογκολογικές κλινικές στο Τορόντο του Καναδά. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε ως μέρος μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής πρώιμης παρέμβασης από μια εξειδικευμένη ομάδα παρηγορητικής φροντίδας, σε σχέση με την παροχή της συνήθους ογκολογικής φροντίδας σε άτομα με τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. Βασικός στόχος της έρευνας ήταν να αξιολογήσει εάν η πρώιμη παρηγορητική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα ζωής του φροντιστή, καθώς βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του ατόμου που πάσχει. Στην ανάλυσή τους οι συμμετέχοντες

που είχαν υψηλά ποσοστά ποιότητας ζωής είχαν και υψηλά ποσοστά ψυχικής υγείας. Το γενικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι οι πρώιμες παρεμβάσεις παρηγορητικής φροντίδας που στοχεύουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων των πασχόντων και την υποστήριξη του φροντιστή, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και των δύο.

Οι Alam και συνεργάτες (Alam et al., 2020) πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση σχετικά με τους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. Επικεντρώθηκαν στους παράγοντες κινδύνου που διατρέχουν οι φροντιστές τόσο κατά τη φροντίδα του πάσχοντα όσο και μετά το πένθος. Οι συγγραφείς τονίζουν τη σημαντικότητα ύπαρξης κατάλληλων παρεμβάσεων στοχευμένων στις ανάγκες των φροντιστών, κυρίως πρώιμων παρεμβάσεων ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας. Παράλληλα, τονίζουν τη σημασία στήριξης όλων των μελών της οικογένειας ως μέρος της ομάδας φροντίδας του ατόμου που πάσχει. Επίσης, αναφέρονται στην παροχή ηλεκτρονικής υποστήριξης των φροντιστών και παραπομπής τους σε κατάλληλες δομές και υπηρεσίες σχετικές με τη φροντίδα. Τέλος, κάνουν αναφορά στην αναγκαιότητα εκπαίδευσης των φροντιστών σε θέματα φροντίδας ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου, όπως επίσης στην ψυχοκοινωνική στήριξη των φροντιστών στο πένθος τους.

Οι Li και συνεργάτες (Li et al., 2018) διεξήγαγαν μια μελέτη σε δυάδες πασχόντων από τη νόσο του καρκίνου – οικογενειακών φροντιστών στην Κίνα, προκειμένου να εκτιμήσουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους πάσχοντες και στους φροντιστές τους, να εξετάσουν τη δυαδική σχέση άγχους και κατάθλιψης στις δυάδες πασχόντων – φροντιστών, να διερευνήσουν πιθανούς παράγοντες που μπορούν να τροποποιήσουν αυτές τις σχέσεις και να ερευνήσουν την επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής της δυάδας πάσχοντα – φροντιστή. Ήταν μια μεγάλη έρευνα με τη συμμετοχή 641 δυάδων πασχόντων – φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πάσχοντες και οι φροντιστές είχαν περίπου τα ίδια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και για αυτόν τον λόγο οι ερευνητές τονίζουν τη σημασία της φροντίδας της δυάδας και όχι αποκλειστικά του πάσχοντα. Επιπρόσθετα, η έρευνά τους έδειξε συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής τόσο των πασχόντων όσο και των φροντιστών. Οι ερευνητές έδωσαν μεγάλη σημασία στη διεξαγωγή μελλοντικής παρέμβασης με στόχο πάσχοντες και φροντιστές που έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, περιορισμένη ενημέρωση σχετικά με τη νόσο, περιορισμένη οικογενειακή στήριξη, μεγάλο οικονομικό βάρος λόγω της θεραπείας της νόσου του καρκίνου και σημαντική ψυχική δυσφορία, με στόχο να λάβουν ενημέρωση για τη νόσο και τη θεραπεία της, δεξιότητες φροντίδας του πάσχοντα και διαχείρισης χρόνου και δεξιότητες για τη βελτίωση της οικογενειακής στήριξης.

Παρόλη την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης σε ό,τι αφορά τη θεραπεία για τη νόσο του καρκίνου, το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο παραμένει υψηλό και σε πολλές περιπτώσεις η ανακουφιστική / παρηγορητική φροντίδα είναι η μόνη διαθέσιμη επιλογή (Valero-Cantero et al., 2020).

## 2.7 Ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα

Ο ΠΟΥ περιγράφει την ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα ως «μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν και των οικογενειών τους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν μια απειλητική για τη ζωή νόσο, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου, με την έννοια της έγκαιρης αναγνώρισης, αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων» (WHO, 2018). Η ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα είναι σημαντικό να μην περιορίζεται στις τελευταίες ημέρες της ζωής του πάσχοντα, αλλά να παρέχεται προοδευτικά καθόλη τη διάρκεια της νόσου, σύμφωνα με τις ανάγκες τόσο του ατόμου που πάσχει όσο και της οικογένειάς του. Επίσης, μεγάλης σημασίας είναι η παροχή της απαραίτητης βοήθειας στους πάσχοντες, προκειμένου να παραμείνουν ενεργείς και να συμμετέχουν στις καθημερινές δραστηριότητες ως το τέλος της ζωής τους και παράλληλα η βοήθεια στα μέλη της οικογένειας, ώστε να διαχειρίζονται επαρκώς τόσο τα διάφορα στάδια της νόσου όσο και το πένθος μετά τον θάνατο του μέλους της οικογένειάς τους (Valero-Cantero et al., 2020). Η έννοια της ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας θεωρεί τους πάσχοντες και τους φροντιστές τους ως «μονάδα φροντίδας» (Borasio, 2011).

Οι Bakitas και συνεργάτες (Bakitas et al., 2004) σε έρευνά τους, έδειξαν ότι υπήρχαν μειωμένα επίπεδα καταθλιπτικής διάθεσης και έντασης συμπτωμάτων, παράλληλα με βελτιωμένη ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από τη νόσο του καρκίνου, σε μια μελέτη που συνέκρινε το πρόγραμμα πρώιμης ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας ENABLE (Educate, Nurture, Advise **B**efore **L**ife **E**nds) συγκριτικά με τη συνήθη ογκολογική φροντίδα. Ωστόσο, ανέφεραν ότι στην εν λόγω έρευνα δεν υλοποιήθηκε κάποια παρέμβαση στοχευμένη στους φροντιστές και κατά συνέπεια δεν αναδείχθηκαν τυχόν οφέλη που να τους αφορούν. Οι συγγραφείς προτείνουν τη διεξαγωγή εξειδικευμένης παρέμβασης για ανάδειξη αναγκών των φροντιστών, καθώς υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που δείχνουν ότι, καθώς η νόσος του καρκίνου εξελίσσεται, κορυφώνεται και η δυσφορία των φροντιστών των πασχόντων. Αργότερα η ίδια ομάδα ερευνητών σχεδίασε και υλοποίησε μια παρέμβαση, στην οποία αναδείχθηκαν οι ανάγκες αυτοφροντίδας των φροντιστών, ενώ παράλληλα τους παρασχέθηκε καθοδήγηση ώστε να μπορούν να λειτουργούν υποστηρικτικά και συνεργατικά στην επίλυση

προβλημάτων, στην επικοινωνία, στη λήψη αποφάσεων και στον εκ των προτέρων προγραμματισμό της φροντίδας του πάσχοντα. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση υπήρχαν δυο ομάδες φροντιστών: αυτοί που συμμετείχαν στην παρέμβαση από την αρχή της διάγνωσης και αυτοί που ξεκίνησαν 3 μήνες από την έναρξη της διάγνωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα της πρώιμης παρέμβασης είχε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι είναι σημαντική η έρευνα στον τομέα της παροχής έγκαιρης ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας και στήριξης των φροντιστών των πασχόντων (Dionne-Odom et al., 2015).

Οι Hannon, Swami, Rodin, Pope και Zimmermann (Hannon et al., 2017) διεξήγαγαν μια ποιοτική έρευνα με συνεντεύξεις, που πραγματοποιήθηκαν με πάσχοντες από τη νόσο του καρκίνου και τους φροντιστές τους. Ο στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραμέτρων που θεωρούνταν ιδιαίτερης σημασίας τόσο από τους πάσχοντες όσο και από τους φροντιστές τους όσον αφορά την εμπειρία τους από ένα πρόγραμμα πρώιμης εξειδικευμένης ανακουφιστικής /παρηγορητικής φροντίδας. Το πρόγραμμα σχετίστηκε με βελτίωση στην ποιότητα ζωής και στο αίσθημα επιβάρυνσης των άλλων όσον αφορά τους πάσχοντες ενώ σε μερικές περιπτώσεις επιδρούσε θετικά και στην επιβίωση τους σε σύγκριση με τα άτομα που έλαβαν την καθιερωμένη ογκολογική φροντίδα, επιφέροντας παράλληλα και μείωση των επιπέδων κατάθλιψης αναφορικά με τους φροντιστές τους. Οι υπηρεσίες ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας αποσκοπούν στη μείωση της αγωνίας και της επιβάρυνσης των φροντιστών, μέσω της εκπαίδευσης τους και της εκμάθησης δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, αυτοφροντίδας, λήψης αποφάσεων και διαχείρισης συμπτωμάτων (Dionne-Odom et al., 2015). Ωστόσο, οι φροντιστές ενδέχεται να αποφύγουν να ζητήσουν κάλυψη των δικών τους αναγκών δίνοντας προτεραιότητα στις ανάγκες του ασθενούς ή προσέχοντας να μην επιβαρύνουν τους επαγγελματίες υγείας (Hudson et al., 2004). Είναι μεγίστης σημασίας να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια της παροχής ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας, να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των φροντιστών, να τους παρέχουν υποστήριξη και να τους συμπεριλαμβάνουν στις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα τους (Ullrich et al., 2017).

Οι Alam, Hannon και Zimmermann (Alam et al., 2020) διεξήγαγαν μια ανασκόπηση σχετικά με την παροχή ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας των φροντιστών ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. Στόχος ήταν να περιγράψουν τα χαρακτηριστικά των φροντιστών, να συζητήσουν την επίπτωση της φροντίδας του πάσχοντα στους φροντιστές, να μελετήσουν τους παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με τη φροντίδα ασθενών που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο, να αξιολογήσουν τα

ερευνητικά στοιχεία για κατάλληλες παρεμβάσεις και να παρέχουν ένα πρακτικό πλαίσιο για την παροχή ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας των φροντιστών σε ογκολογικά πλαίσια. Οι ερευνητές, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αναγνώρισαν τα οφέλη του προγράμματος CARES “Considering caregivers as part of the unit care, Assessing the caregiver’s situation and needs, Referring to appropriate services and resources, Educating about practical aspects of caregiving, Supporting caregivers through bereavement”, στο οποίο αξιολογείται η κατάσταση και οι ανάγκες του φροντιστή, μεριμνά για την παραπομπή του στις κατάλληλες υπηρεσίες, την εκπαίδευσή του σχετικά με το πρακτικό κομμάτι της φροντίδας του πάσχοντα και την υποστήριξή του στη διάρκεια του πένθους. Ωστόσο, οι ερευνητές τονίζουν την ανάγκη περαιτέρω μελετών επικεντρωμένων στους φροντιστές, με κατάλληλα εξειδικευμένα εργαλεία και μελέτη των αποτελεσμάτων παρεμβάσεων, στοχευμένων στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Στην Ελλάδα, οι δομές του δημοσίου συστήματος, στις οποίες παρέχονται υπηρεσίες ανακουφιστικής/ παρηγορητικής φροντίδας, είναι πολύ περιορισμένες. Ταυτόχρονα, υπάρχει ελλιπής ενημέρωση των ατόμων που πάσχουν και των μελών των οικογενειών τους για την αναγκαιότητα ανάλογων υπηρεσιών (Katsarou et al., 2020).

## **2.8 Διερεύνηση αναγκών φροντιστών**

Οι αρνητικές εμπειρίες των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου, η σωματική και ψυχική τους κατάσταση, καθώς επίσης και το αίσθημα επιβάρυνσης από τη φροντίδα επηρεάζουν την ικανότητά τους να φροντίσουν τον πάσχοντα καθόλη τη διάρκεια της νόσου, όπως επίσης και τη δική τους ποιότητα ζωής. Προκειμένου να παρασχεθεί η μέγιστη δυνατή φροντίδα τόσο στους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους, είναι κρίσιμο να γίνει διερεύνηση του πώς οι φροντιστές αντιλαμβάνονται τις ανάγκες και τα προβλήματά τους, ποια είναι τα συμπτώματα που παρατηρούν και πόση είναι η επιβάρυνση που υφίστανται από την αρχή της νόσου. Παράλληλα, είναι σημαντικό να διερευνηθεί πώς όλα τα ανωτέρω σχετίζονται με τα συμπτώματα και τα προβλήματα των πασχόντων (Johansen et al., 2018). Η διερεύνηση των αναγκών των φροντιστών συμπεριλαμβάνει έρευνα για συγκεκριμένες ανάγκες (σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή πνευματικές) και παρέχει μια εικόνα σε σχέση με το φάσμα των αναγκών τους, όπως και της αναγκαιότητας συμβουλευτικής ή άλλου είδους υποστήριξης (Treanor et al., 2019). Αυτή η διερεύνηση είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να αναπτυχθούν κατά το δυνατόν οι πιο ωφέλιμες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, διασφαλίζοντας ότι τόσο οι φροντιστές και οι οικογένειές τους όσο και οι πάσχοντες θα έχουν καλύψει τις ανάγκες τους (Prue et al., 2015). Η ποιότητα ζωής των

φροντιστών μπορεί να μεγιστοποιηθεί, όταν ικανοποιούνται οι ανάγκες τους στο πλαίσιο της παρεχόμενης φροντίδας στο άτομο που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου και της οικογένειάς του (Kim et al., 2010).

Οι Wang, Molassiotis, Man Chung και Tan (Wang et al., 2018) διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση για την αναγνώριση των ανεκπλήρωτων αναγκών των φροντιστών και των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. Σε ό,τι αφορά τους φροντιστές, οι συνήθεις ανάγκες συμπεριελάμβαναν ψυχολογική υποστήριξη, ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη και τις παρενέργειες των θεραπειών καθώς και με τη διαδικασία της φροντίδας. Ερευνητές δηλώνουν ότι εφόσον οι ανάγκες, οι αντιλήψεις και οι καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές γίνουν κατανοητές και τεκμηριωθούν κατάλληλα, οι παρεμβάσεις και τα μοντέλα φροντίδας μπορούν να σχεδιαστούν και να προσαρμοστούν ανάλογα (Akyar et al., 2019). Είναι σημαντικό να εντοπιστούν και να διερευνηθούν οι ανάγκες των φροντιστών με διάφορα εργαλεία που θα λαμβάνουν υπόψη ποικίλα πεδία (ψυχολογικό, συναισθηματικό, ενημέρωση πάνω στην ολοκληρωμένη φροντίδα για τον καρκίνο κ.α) (Sklenarova et al., 2015).

Οι Wen και Gustafson (Wen & Gustafson, 2004) διεξήγαγαν μια ανασκόπηση για την αξιολόγηση των εργαλείων διερεύνησης αναγκών των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου και των οικογενειών τους. Η μελέτη αυτή επικεντρώθηκε στη σημασία της αξιολόγησης αναγκών, τη σχέση μεταξύ των αναγκών, της ευεξίας και της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και στην ανατροφοδότηση πληροφοριών αναφορικά με τα ερωτηματολόγια από τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους. Οι ερευνητές τονίζουν ότι η αξιολόγηση με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων εμπλουτίζει την κατανόηση των εμπειριών των πασχόντων και των οικογενειών τους. Θεωρούν δε ότι αυτό αποτελεί σημαντικό βήμα για την ιεράρχηση της κατανομής των πόρων και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους πάσχοντες και τα μέλη των οικογενειών τους.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν το είδος της έρευνας, ο σκοπός, οι υποθέσεις και οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας, τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων στη μελέτη, τα ερευνητικά εργαλεία, η συλλογή και η ανάλυση των αποτελεσμάτων, καθώς και τα ηθικά ζητήματα που αφορούν την παρούσα πιλοτική μελέτη.

##### **3.1 Είδος μελέτης**

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ένα σχέδιο πιλοτικής έρευνας. Μια πιλοτική έρευνα είναι μια μικρής κλίμακας προκαταρκτική μελέτη, η οποία διεξάγεται με μικρό δείγμα, προκειμένου να αξιολογηθεί η δυνατότητα για μια μελλοντική μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα (In, 2017). Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια, τα οποία περιγράφονται λεπτομερώς στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, σε αυτή τη φάση της ζωής τους. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν μέσω διαδικτύου με τη μορφή Google Form.

##### **3.2 Σκοπός της μελέτης**

Αυτή η πιλοτική μελέτη έχει ως σκοπό να εξετάσει τη συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο. Απώτερος στόχος της μελέτης είναι να αναδειχθεί η αναγκαιότητα παροχής ανακουφιστικής-παρηγορητικής και υποστηρικτικής φροντίδας σε πάσχοντες από καρκίνο και τους φροντιστές τους στη χώρα μας.

##### **3.3 Οι υποθέσεις της μελέτης σχετικά με τους φροντιστές:**

1. Οι φροντιστές με υψηλά επίπεδα άγχους αναμένεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.
2. Επίσης, οι φροντιστές με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αναμένεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

3. Η παρούσα έρευνα στοχεύει να υποστηρίξει ότι οι φροντιστές με χαμηλά επίπεδα άγχους θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.
4. Τέλος, οι φροντιστές με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης αναμένεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

### **3.4 Οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας είναι:**

- Η συσχέτιση άγχους και ποιότητας ζωής των φροντιστών.
- Η συσχέτιση κατάθλιψης και ποιότητας ζωής των φροντιστών
- Η συσχέτιση άλλων παραγόντων (όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, βαθμός συγγένειας με τον ασθενή, τύπος καρκίνου ασθενούς, διάρκειας φροντίδας και χρόνος ημερήσιας φροντίδας) με την ποιότητα ζωής των φροντιστών.
- Η ανάδειξη της αναγκαιότητας παροχής παρηγορητικής/ανακουφιστικής φροντίδας και στήριξης των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο.

### **3.5 Δείγμα μελέτης**

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας, τα οποία πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο. Το δείγμα αντλήθηκε από ομάδες και συλλόγους που αφορούν σε φροντιστές, άτομα τρίτης ηλικίας και τη νόσο του καρκίνου, που υπάρχουν στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης στο διαδίκτυο. Κατά τον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης υπολογίστηκε να πάρουν μέρος στο ερευνητικό πρόγραμμα τουλάχιστον 50 άτομα. Αυτός ο αριθμός συμμετεχόντων δίνει τη δυνατότητα για ένα αξιόπιστο στατιστικό αποτέλεσμα (Martínez-Mesa et al., 2014). Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 55 άτομα.

### **3.6 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού συμμετεχόντων**

Τα κριτήρια ένταξης των φροντιστών στο δείγμα ήταν τα εξής: θα πρέπει να είναι άνω των 18 ετών, να είναι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο και είναι άνω των 65 ετών, να καταλαβαίνουν και να διαβάζουν την ελληνική γλώσσα. Επίσης, θα πρέπει να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εθελοντική τους συμμετοχή στην έρευνα, αφού θα έχουν ήδη ενημερωθεί σχολαστικά σχετικά με τη μελέτη και τα δικαιώματά τους. Σε περίπτωση που δεν είναι ενήλικες, δεν είναι οι σταθεροί φροντιστές του ατόμου που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου, το πάσχον άτομο που φροντίζουν δεν ανήκει στην τρίτη ηλικία,



δεν γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα και δεν συμφωνούν να συμμετέχουν, τότε δεν μπορούν να συμμετέχουν στην πιλοτική έρευνα.

### **3.7 Ερευνητικά εργαλεία**

Προκειμένου να γίνει η συλλογή δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

- Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων
- Η κλίμακα μέτρησης άγχους Spielberger State -Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Η κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory (BDI-II))
- Η κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL – BREF, ελληνική εκδοχή)

#### *3.7.1 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων*

Αυτό το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες της παρούσας πιλοτικής έρευνας, για τη συλλογή των απαραίτητων δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Περιελάμβανε τα παρακάτω στοιχεία: ηλικία, φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, συγγένεια με ασθενή, ηλικία ασθενούς, διαμονή στο ίδιο σπίτι με ασθενή, επαγγελματική δραστηριότητα, επίπτωση φροντίδας του ασθενούς στην εργασία τους, οικονομική κατάσταση, χρονικό διάστημα παροχής φροντίδας από την αρχή της ασθένειας, ημερήσιος χρόνος φροντίδας του ασθενή, τύπος καρκίνου του ασθενή. Επιπλέον, καταγράφηκε η εκτίμηση των φροντιστών για το είδος υποστηρικτικών υπηρεσιών ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας που θα ήταν επιβοηθητικές για τους ίδιους, καθώς και για τα άτομα τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, στα οποία παρέχουν φροντίδα.

#### *3.7.2 Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger [State-Trait Anxiety Inventory (STAI)]*

Για τη μέτρηση των επιπέδων άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο δημιουργήθηκε από τον Spielberger το 1970 (Spielberger, C., Gorsuch, R & Lushene, R., 1970) και έκτοτε έχει μεταφραστεί σε 66 γλώσσες, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής, και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ποικιλία

ερευνών. Έχει πραγματοποιηθεί η στάθμισή του στα ελληνικά από τους Λιάκος & Γιαννίτση, (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984) καθώς και μελέτη της αξιοπιστίας και των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του (Fountoulakis et al., 2006). Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει την ύπαρξη άγχους: α) σε σχέση με μια εξωτερική κατάσταση και β) ως στοιχείο της προσωπικότητας. Αποτελείται από 40 δηλώσεις, εκ των οποίων 20 αφορούν το άγχος ως μια συγκεκριμένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Κλίμακα προσωρινού άγχους - state anxiety) και οι άλλες 20 αναφέρονται στο άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας του ατόμου (Κλίμακα μόνιμου άγχους - trait anxiety). Οι απαντήσεις έχουν τη μορφή κλίμακας τύπου Likert 1-4, όπου το επίπεδο άγχους μετριέται με 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια και 4=Πολύ. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων (Fountoulakis et al., 2006). Η χαμηλότερη βαθμολογία είναι 20, το όριο για το κλινικό άγχος είναι το 40 και το 80 αποτελεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο άγχους (Julian, 2011). Η κλίμακα έχει εξεταστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Έχει Cronbach's  $\alpha=0,93$  για το State στοιχείο και Cronbach's  $\alpha=0,92$  για το Trait στοιχείο (Fountoulakis et al., 2006).

### 3.7.3 Κλίμακα κατάθλιψης του Beck (*Beck Depression Inventory, BDI – II*)

Για τη μέτρηση των επιπέδων κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης του Beck (*Beck Depression Inventory, BDI – II*). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τον συμμετέχοντα, το οποίο δημιουργήθηκε από τον Beck το 1961 και από τότε χορηγείται παγκοσμίως σε ποικίλα πλαίσια. Έχει πραγματοποιηθεί η στάθμισή του στα ελληνικά από τους Ντόνια & Δεμερτζή το 1986 καθώς και μελέτη της αξιοπιστίας και των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του (Giannakou, M., Roussi, P. Kosmides, M. E. & Kiosseoglou, G., 2013). Η κλίμακα περιέχει 21 θέματα με 4 προτάσεις στο καθένα, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τα γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα θέματα αυτά αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV για την κατάθλιψη και αφορούν τα εξής: καταθλιπτική διάθεση, απαισιοδοξία, αίσθημα αποτυχίας, απώλεια ευχαρίστησης, αίσθημα ενοχής, αίσθημα τιμωρίας, αίσθημα απέχθειας για τον εαυτό, αυτοκατηγορία, αυτοκτονικός ιδεασμός, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος, μείωση διάθεσης για εργασία, αϋπνία, αίσθημα κόπωσης, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, σωματικές ενοχλήσεις, απώλεια της λίμπιντο. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από 0 έως 3, ανάλογα με τον βαθμό σοβαρότητας του συμπτώματος. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων. Το 63 είναι το μέγιστο δυνατό επίπεδο κατάθλιψης. Το 14 είναι το όριο για κλινική κατάθλιψη,

σύμφωνα με τους επιστήμονες που έφτιαξαν το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα για τον ελληνικό πληθυσμό το όριο για κλινική κατάθλιψη είναι 17 (Giannakou, M., Roussi, P. Kosmides, M. E. & Kiosseoglou, G., 2013). Η κλίμακα έχει εξεταστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η εσωτερική της συνέπεια κυμαίνεται με Cronbach's  $\alpha$  από 0,73 έως 0,92, με μέσο όρο 0,86 σε ψυχιατρικούς και μη ψυχιατρικούς πληθυσμούς αντίστοιχα. Επίσης, έχει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία μετά από αλληπάλληλες μετρήσεις σε διαφορετικούς πληθυσμούς (Beck et al., 1988).

#### *3.7.4 Κλίμακα μέτρησης ποιότητας ζωής WHOQOL – BREF (ελληνική εκδοχή)*

Για τη μέτρηση του επιπέδου ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή της σύντομης μορφής της κλίμακας μέτρησης ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) WHOQOL-BREF (WHO, 2019). Αρχικά υπήρχε το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100, το οποίο όμως περιείχε πολλές ερωτήσεις και διαρκούσε αρκετά η συμπλήρωσή του. Το 1996 ο ΠΟΥ δημιούργησε τη σύντομη εκδοχή του. Είναι ένα ερωτηματολόγιο που έχει μεταφραστεί σε πάνω από 20 γλώσσες παγκοσμίως και χρησιμοποιείται σε πλήθος ερευνών. Η στάθμισή του στα ελληνικά έγινε από τους Τζινιέρη – Κοκκώση και συνεργάτες (Τζινιέρη - Κοκκώση, 2012). Η κλίμακα περιλαμβάνει 4 θεματικούς τομείς, οι οποίοι εξετάζουν 4 διαστάσεις: τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του ατόμου. Έχει συνολικά 26 ερωτήσεις από την αγγλική εκδοχή και 4 ερωτήσεις σχετικές με την εκάστοτε χώρα. Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας περιλαμβάνει τις 26 ερωτήσεις από το πρωτότυπο και επιπλέον τις 4 ερωτήσεις που αφορούν στον ελληνικό πληθυσμό με τα ιδιαίτερα πολιτισμικά του χαρακτηριστικά. Οι παραπάνω αυτές ερωτήσεις έχουν προκύψει από ομάδες εστιασμένης συζήτησης. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων έχουν τη μορφή κλίμακας τύπου Likert 1-5, όπου όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο ποιότητας ζωής του ατόμου. Η κλίμακα έχει εξεταστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Έχει Cronbach's  $\alpha=0,67-0,81$  για την εσωτερική συνέπεια και την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής με ικανοποιητική συσχέτιση μεταξύ των θεματικών τομέων και των ερωτήσεων, όπως επίσης και μεταξύ των ερωτήσεων μέσα σε κάθε θεματικό τομέα (Ginieri-Coccosis et al., 2009).

### **3.8 Συλλογή δεδομένων**

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ήταν σε διαδικτυακή μορφή – Google Forms. Η προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε μέσα από ομάδες και συλλόγους που αφορούν σε φροντιστές, άτομα τρίτης ηλικίας και τη νόσο του καρκίνου, που υπάρχουν στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης στο διαδίκτυο. Προκειμένου να προχωρήσουν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν δώσει πρώτα τη συγκατάθεσή τους. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια, προκειμένου να προβεί στην ανάλυση των δεδομένων.

### **3.9 Ανάλυση δεδομένων**

Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις για να συνοψίσουν την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη συγγένεια με τον ασθενή και όλα τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που εξετάζονταν στο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η ανάλυση συσχέτισης Spearman χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό συσχετίσεων μεταξύ των προγνωστικών μεταβλητών της μελέτης (επίπεδα άγχους και επίπεδα κατάθλιψης) και την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, εφαρμόστηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να δείξει εάν οι προγνωστικές μεταβλητές της μελέτης εξηγούν μια στατιστικά σημαντική διακύμανση στη μεταβλητή αποτελέσματος (ποιότητα ζωής). Διεξήχθη προκαταρκτική ανάλυση για να διασφαλιστεί ότι δεν παραβιάζονται οι παραδοχές της κανονικότητας, της γραμμικότητας, της πολυσυγγραμμικότητας και της ομοσκεδαστικότητας. Ο παραμετρικός έλεγχος Student's t-test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών (επίπεδα άγχους και κατάθλιψης) μεταξύ δύο ομάδων (έγγαμοι-άγαμοι, άνδρες-γυναίκες κοκ). Ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών σε περισσότερες από δύο ομάδες. Εφαρμόστηκε ένα όριο σημαντικότητας 0,05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 22.0).

### **3.10 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα**

Προκειμένου να διεξαχθεί η παρούσα μελέτη, ελήφθη έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με αριθμό πρωτοκόλλου 14112/17-02-2022. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να πάρουν μέρος στη μελέτη εθελοντικά και ανώνυμα, ενώ ενημερώθηκαν ότι θα μπορούν να διακόψουν τη συμμετοχή τους ανά πάσα στιγμή, χωρίς να χρειαστεί να παρέχουν εξηγήσεις και χωρίς καμία επίπτωση για αυτούς. Ενημερώθηκαν, επίσης, ότι η συμμετοχή τους ή μη στο παρόν πρόγραμμα δεν θα έχει κάποια επίπτωση για τη θεραπεία και τη φροντίδα του ατόμου που πάσχει. Οι συμμετέχοντες, προκειμένου να συμμετέχουν στο Πρόγραμμα, πληροφορήθηκαν σχετικά με τη μελέτη και τους στόχους αυτής. Επιπλέον, ενημερώθηκαν για τη χρονική διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, έλαβαν τη διασφάλιση ότι δεν υφίσταται κάποιος κίνδυνος γι' αυτούς από τη συμμετοχή τους στη μελέτη και πληροφορήθηκαν ότι η ερευνητική ομάδα δεν έχει πρόσβαση στην IP address τους. Επίσης, ενημερώθηκαν για τη δυνατότητα υποβολής καταγγελιών - παραπόνων, για την οποία υπήρχαν οι αντίστοιχες πληροφορίες. Τέλος, τους δόθηκαν τα στοιχεία επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας προκειμένου να επικοινωνήσουν για τυχόν διευκρινήσεις και απορίες τους, ανά πάσα στιγμή. Αφού έδωσαν τη συγκατάθεσή τους, προχώρησαν στη συμπλήρωση και υποβολή των ερωτηματολογίων.

Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε διαφυλάσσοντας την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Συνεπώς, τα ερευνητικά δεδομένα παραμένουν απολύτως απόρρητα. Η ερευνητική ομάδα δεν είχε πρόσβαση στην IP address των συμμετεχόντων. Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια και η ερευνητική ομάδα είχαν πρόσβαση στα δεδομένα της έρευνας. Η στατιστική ανάλυση έγινε από τη φοιτήτρια. Σε οποιαδήποτε μελλοντική δημοσίευση, οποιοδήποτε στοιχείο των συμμετεχόντων δε θα μπορεί να προσδιοριστούν, δεδομένου ότι τα στοιχεία θα έχουν ληφθεί ανωνύμως. Τα δεδομένα που αφορούν τη μελέτη θα χρησιμοποιηθούν από τα μέλη του ερευνητικού προγράμματος αποκλειστικά για τους σκοπούς του παρόντος ερευνητικού έργου και θα διατηρηθούν για 5 χρόνια μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Θα φυλάσσονται σε εξωτερικό σκληρό δίσκο σε γραφείο του Ερευνητικού Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του ΠΑΔΑ, ο οποίος θα καταστραφεί με μηχανικό τρόπο μετά τα 5 χρόνια. Σε κάθε περίπτωση θα ακολουθηθεί η πολιτική και οι οδηγίες του ΠΑΔΑ.

Για τη χρήση των ερωτηματολογίων της μελέτης ελήφθησαν οι απαραίτητες εγκρίσεις από το Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας και από το τμήμα εγκρίσεων χορήγησης εργαλείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 55 άτομα. Το 40% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες. Ακολουθεί πίνακας με τα δημογραφικά στοιχεία.

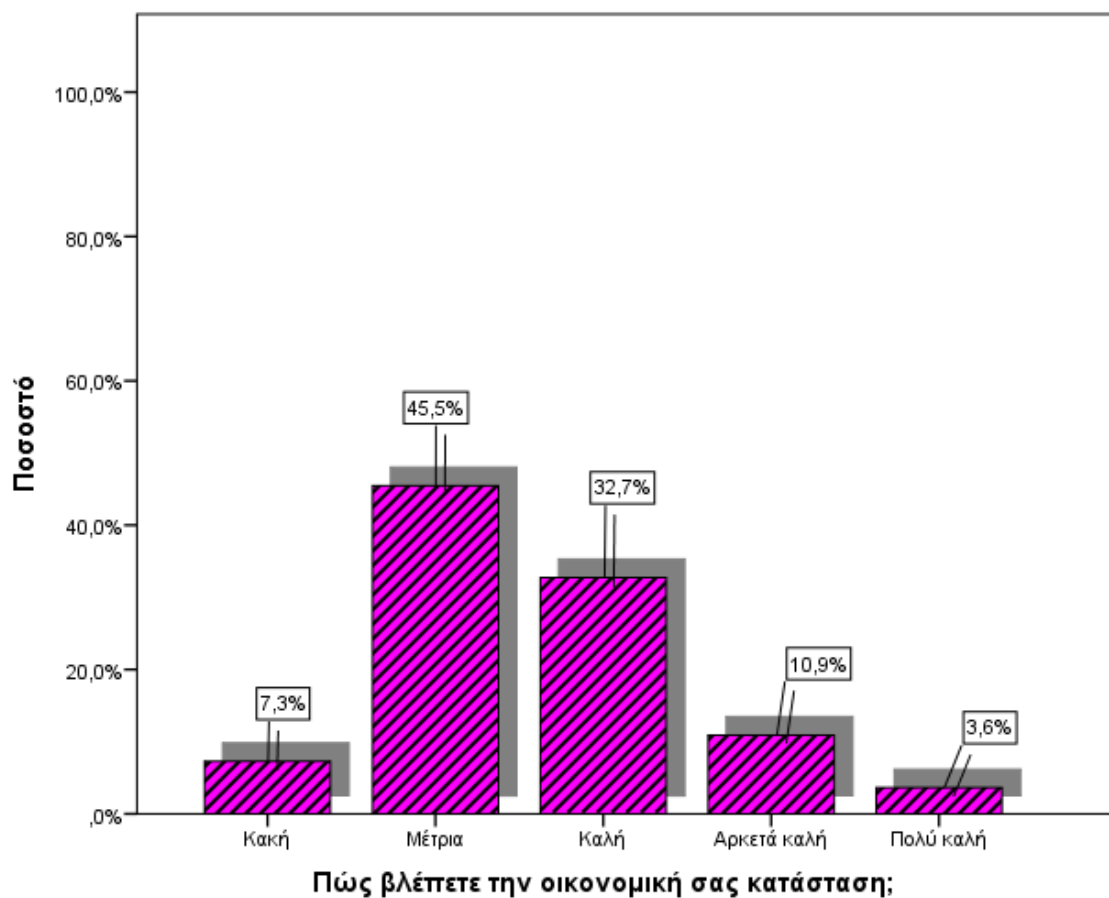
Πίνακας 1 – Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ηλικία</b>	20-29	2	3,6
	30-39	9	16,4
	40-49	18	32,7
	50-59	11	20,0
	60+	15	27,3
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	22	40,0
	Γυναίκα	33	60,0
	Άλλο	0	0,0
<b>Εθνικότητα</b>	Ελληνική	53	96,4
	Άλλο	2	3,6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος-η	26	47,3
	Άγαμος-η	16	29,1
	Διαζευγμένος-η	4	7,3
	Χήρος-α	3	5,5
	Σε σχέση	6	10,9
<b>Εκπαίδευση</b>	Δημοτικό	1	1,8
	Γυμνάσιο	3	5,5
	Λύκειο	9	16,4
	Πανεπιστήμιο	36	65,5
	Άλλο	6	10,9
<b>Εργασία</b>		42	76,4
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Δεν εργάζομαι	13	23,6
	Μερικής απασχόλησης	7	12,7
	Πλήρους απασχόλησης	35	63,6
<b>Εργασία</b>	Δημόσιο τομέα	18	42,9
	Ιδιωτικό τομέα	9	21,4
	Ελεύθερος επαγγελματίας	13	31,0
	Άλλο	2	4,8
<b>Οικονομική κατάσταση</b>	Κακή	4	7,3
	Μέτρια	25	45,5
	Καλή	18	32,7
	Αρκετά καλή	6	10,9
	Πολύ καλή	2	3,6

Το 32,7% των φροντιστών ήταν ηλικίας 40 – 49 ετών και το 96,4% είχαν ελληνική εθνικότητα. Έγγαμοι ήταν το 47,3% των συμμετεχόντων και το 65,5% είχαν τελειώσει Πανεπιστήμιο. Το 76,4% εργάζονταν αυτή την περίοδο με το 63,6% να εργάζονται ως πλήρως απασχολούμενοι. Από τους εργαζόμενους συμμετέχοντες, το 42,9% εργαζόταν στο δημόσιο τομέα. Μέτρια εκτιμούσε την οικονομική του κατάσταση το 45,5% του δείγματος.

Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται η εκτίμηση των συμμετεχόντων για την οικονομική τους κατάσταση.

Γράφημα 1 – Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων



Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα χαρακτηριστικά του πάσχοντος ατόμου και της φροντίδας που παρέχουν οι συμμετέχοντες στο άτομο αυτό.

Πίνακας 2 – Σχέση ασθενή – φροντιστή

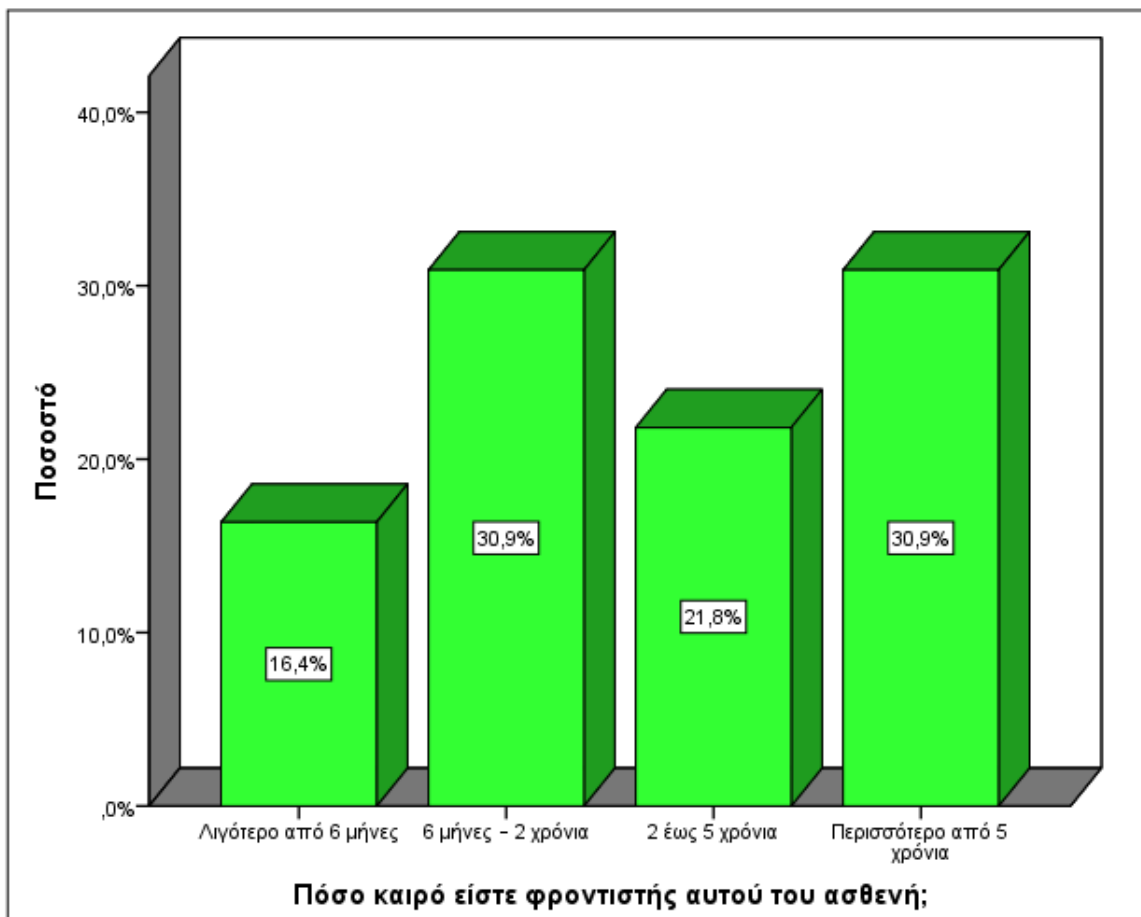
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συγγένεια με τον ασθενή</b>	Σύζυγος	13	24,1
	Γονέας	31	57,4
	Αδερφός-ή	0	0,0
	Άλλο	10	18,5
<b>Ηλικία του ασθενή</b>	60-65	4	7,3
	66-70	7	12,7
	71-75	9	16,4
	76-80	12	21,8
	81-85	18	32,7
	86+	5	9,1
<b>Συγκατοίκηση με τον ασθενή</b>		25	45,5
<b>Επίπτωση φροντίδας ασθενούς στην εργασία</b>		16	32,0
<b>Συνολικό χρονικό διάστημα φροντίδας ασθενούς</b>	Λιγότερο από 6 μήνες	9	16,4
	6 μήνες – 2 χρόνια	17	30,9
	2 έως 5 χρόνια	12	21,8
	Περισσότερο από 5 χρόνια	17	30,9
<b>Ημερήσιος χρόνος φροντίδας ασθενούς</b>	Λιγότερο από 2 ώρες	29	52,7
	2 – 4 ώρες	17	30,9
	4 – 6 ώρες	7	12,7
	6 – 8 ώρες	0	0,0
	Πάνω από 8 ώρες	2	3,6
<b>Τύπος καρκίνου του ασθενή:</b>			
<i>Καρκίνος μαστού</i>		16	29,1
<i>Καρκίνος ωθηκών και τραχήλου της μήτρας</i>		1	1,8
<i>Καρκίνος του προστάτη</i>		9	16,4
<i>Καρκίνος οισοφάγου και στομάχου</i>		2	3,6
<i>Καρκίνος παχέος εντέρου</i>		9	16,4
<i>Καρκίνος στο συκώτι</i>		7	12,7
<i>Καρκίνος του πνεύμονα</i>		10	18,2
<i>Καρκίνος στον εγκέφαλο</i>		2	3,6
<i>Άλλο είδος καρκίνου</i>		15	27,3



Στο 57,4% των περιπτώσεων, το άτομο στο οποίο παρείχαν φροντίδα οι συμμετέχοντες που φρόντιζε ήταν γονιός τους και το 32,7% των πασχόντων είχε ηλικίας 81 με 85 ετών. Το 45,5% των φροντιστών έμενε στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, ενώ για σε ποσοστό 32% εκτιμούσαν ότι η φροντίδα του ασθενή είχε επίπτωση στην εργασία τους. Το 30,9% των φροντιστών του δείγματος παρείχε φροντίδα στο πάσχον άτομο για χρονικό διάστημα από 6 μήνες έως 2 έτη , ενώ ίδιο ποσοστό παρείχε φροντίδα για περισσότερο από 5 χρόνια. Το 52,7% των φροντιστών αφιέρωνε ημερησίως λιγότερο από 2 ώρες στην φροντίδα του ασθενή. Το 29,1% των ατόμων με καρκίνο έπασχε από καρκίνο του μαστού, το 18,2% από καρκίνο του πνεύμονα, το 16,4% από καρκίνο του προστάτη και ίδιο ποσοστό από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Το γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζει το χρονικό διάστημα που οι φροντιστές του δείγματος παρείχαν φροντίδα στο άτομο τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο.

Γράφημα 2 – Χρονικό διάστημα φροντίδας του ατόμου με καρκίνο



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι υπηρεσίες που εκτιμούσαν οι φροντιστές του δείγματος ως επιβοηθητικές για τους ίδιους καθώς και για τα άτομα στα οποία παρέχουν φροντίδα.

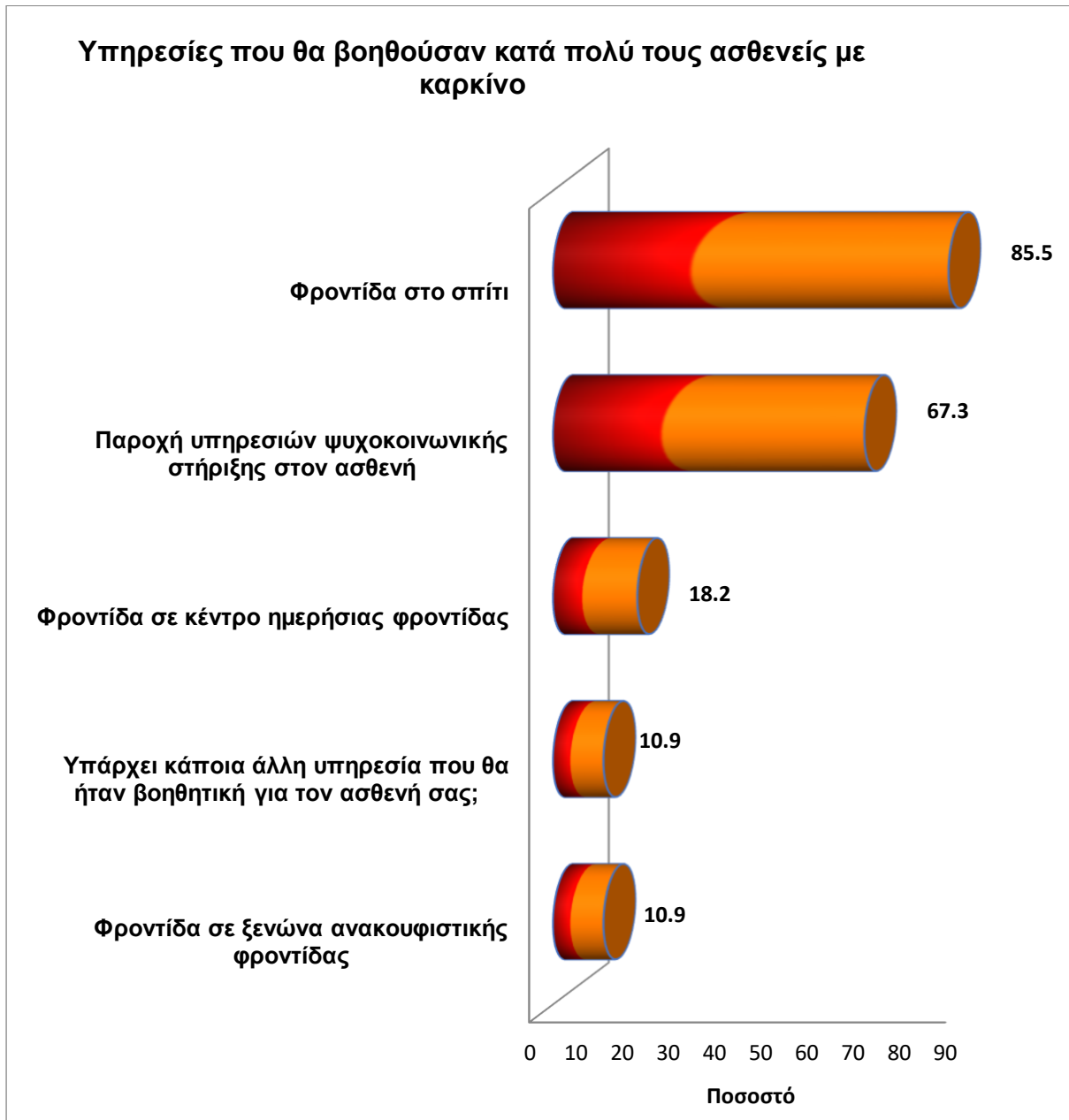
Πίνακας 3 – Αντίληψη φροντιστών αναφορικά με τις υπηρεσίες που θα βοηθούσαν τους ίδιους και τους πάσχοντες

	N	%	
<b>Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες πιστεύετε ότι θα ήταν βοηθητικές για εσάς;</b>			
Φροντίδα του ασθενή στο σπίτι	41	74,5	
Φροντίδα του ασθενή σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας	8	14,5	
Φροντίδα του ασθενή σε ξενώνα ανακουφιστικής φροντίδας	3	5,5	
Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στους φροντιστές ατόμων με καρκίνο	30	54,5	
Υπάρχει κάποια άλλη υπηρεσία που θα ήταν βοηθητική για εσάς;	5	9,1	
<b>Αν υπήρχε, ποια είναι;</b>			
	Οικονομική στήριξη	3	60,0
	Ψυχολογική υποστήριξη	2	40,0
<b>Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες πιστεύετε ότι θα ήταν βοηθητικές για τον ασθενή σας;</b>			
Φροντίδα στο σπίτι	47	85,5	
Φροντίδα σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας	10	18,2	
Φροντίδα σε ξενώνα ανακουφιστικής φροντίδας	6	10,9	
Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή	37	67,3	
Υπάρχει κάποια άλλη υπηρεσία που θα ήταν βοηθητική για τον ασθενή σας;	6	10,9	
<b>Αν υπήρχε, ποια είναι;;</b>			
	Ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι	1	16,7
	Δημιουργική απασχόληση κατ' οίκον από επαγγελματία	1	16,7
	Ιατρικές υπηρεσίες (π.χ. εξετάσεις και επισκέψεις από επαγγελματίες	2	33,3
	Οικονομική στήριξη	2	33,3

Το 74,5% του δείγματος πίστευε ότι βοηθητικές υπηρεσίες για τους ίδιους θα ήταν υπηρεσίες σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντα στο σπίτι και το 54,5% υποστήριζε ότι πολύ βοηθητικές θα ήταν υπηρεσίες παροχής ψυχοκοινωνικής στήριξης στους φροντιστές ατόμων με τη νόσο του καρκίνου. Το 85,5% θεωρούσε ότι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι θα ήταν πολύ βοηθητικές για τους πάσχοντες από τη νόσο του καρκίνου, ενώ το 67,3% εκτιμούσε ότι η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης για τους ασθενείς θα ήταν υπηρεσίες που θα βοηθούσαν πολύ τα άτομα που πάσχουν.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι υπηρεσίες που θα ήταν επιβοηθητικές για τα άτομα με καρκίνο, σύμφωνα με τους φροντιστές τους.

Γράφημα 3 – Υπηρεσίες που θα ήταν εξαιρετικά βοηθητικές για τα άτομα τρίτης ηλικίας με καρκίνο σύμφωνα με τους φροντιστές τους



## Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Πίνακας 4 – Ποιότητα ζωής φροντιστών

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας	6	20	14 (3,5)	14 (12 - 18)
Σωματική υγεία	6,9	20	14,4 (3,5)	14,9 (12 – 17,1)
Ψυχολογική υγεία	6	18,7	13 (3,4)	13,3 (10.7 - 16)
Κοινωνικές σχέσεις	4	20	12,6 (4,8)	13,3 (8 – 17,3)
Περιβάλλον	6,5	20	13,5 (3)	13,5 (12 - 15)

Η βαθμολογία της διάστασης «Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας» κυμαινόταν από 6 έως 20 μονάδες. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 14 μονάδες (SD = 3,5 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 14 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 10 – 18 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Σωματική υγεία» κυμαινόταν από 6,9 έως 20 μονάδες. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 14,4 μονάδες (SD = 3,5 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 14,9 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 12 – 17,1 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Ψυχολογική υγεία» κυμαινόταν από 6 έως 18,7 μονάδες. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 13 μονάδες (SD = 3,4 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 13,3 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 10,7 – 16 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Κοινωνικές σχέσεις» κυμαινόταν από 4 έως 20 μονάδες. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 12,6 μονάδες (SD = 4,8 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 13,3 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 8 – 17,3 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Περιβάλλον» κυμαινόταν από 6,5 έως 20 μονάδες. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 13,5 μονάδες (SD = 3 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 13,5 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 12 – 15 μονάδες).

### Κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI).

Πίνακας 5 – Κατάθλιψη φροντιστών

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα Κατάθλιψης	1	38	14,6 (9,2)	14 (6 – 20)

Η βαθμολογία της κλίμακας έπαιρνε τιμές από 1 έως 38 μονάδες. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 14,6 μονάδες (SD = 9,2 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 14 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 6 – 20 μονάδες).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα επίπεδα της κατάθλιψης τους Beck (BDI) για τους συμμετέχοντες.

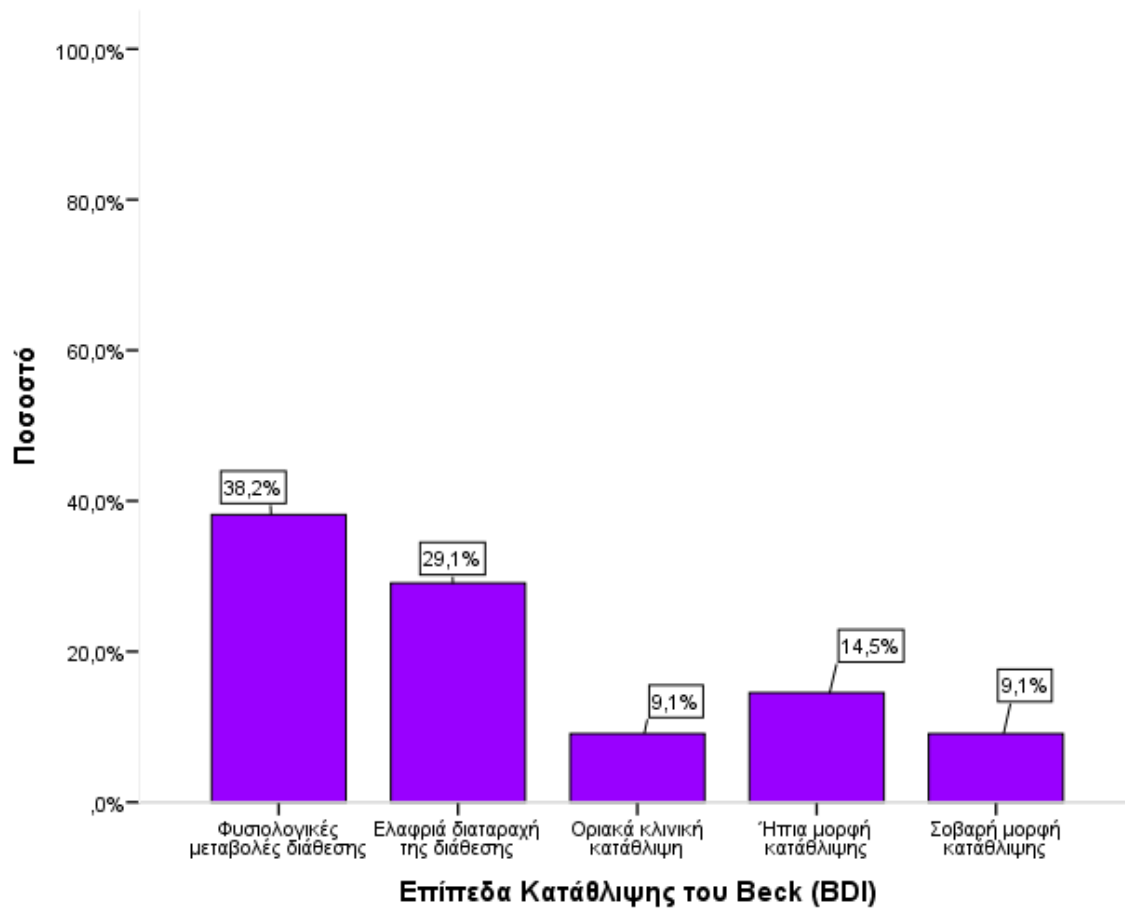
Πίνακας 6 – Αποτελέσματα BDI για τους συμμετέχοντες

Επίπεδα Κατάθλιψης του Beck (BDI)		N	%
	Φυσιολογικές μεταβολές διάθεσης	21	38,2
	Ελαφριά διαταραχή της διάθεσης	16	29,1
	Οριακά κλινική κατάθλιψη	5	9,1
	Ήπια μορφή κατάθλιψης	8	14,5
	Σοβαρή μορφή κατάθλιψης	5	9,1

Το 29,1% των συμμετεχόντων είχε ελαφριά διαταραχή της διάθεσης τους και το 14,5% ήπια μορφή κατάθλιψης. Βεβαία υπήρχε και ένα 9,1% που είχε σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα επίπεδα της κατάθλιψης τους Beck (BDI) για τους συμμετέχοντες.

Γράφημα 4 – Επίπεδα κατάθλιψης συμμετεχόντων (BDI)



## Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger [State-Trait Anxiety Inventory (STAI)]

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι κλίμακες προσωρινού και μόνιμου άγχους.

Πίνακας 7 – Κλίμακες άγχους (STAI)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα προσωρινού άγχους (State)	27	73	47,5 (12,5)	46 (37 - 59)
Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)	22	69	44,9 (12,6)	45 (37 - 55)

Η κλίμακα προσωρινού άγχους κυμαινόταν από 27 έως 73 μονάδες, με μέση τιμή 47,5 μονάδες (SD=12,5 μονάδες) και διάμεσο τιμή 46 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 37 – 59 μονάδες). Η κλίμακα μόνιμου άγχους κυμαινόταν από 22 έως 69 μονάδες, με μέση τιμή 44,9 μονάδες (SD=12,6 μονάδες) και διάμεσο τιμή 45 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 37 – 55 μονάδες).

## Συσχέτιση διαστάσεων κλίμακας ποιότητα ζωής (WHOQoL- BREF) με δημογραφικά στοιχεία

Στον παρακάτω πίνακα δίνεται η βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL- BREF) ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8 – Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQoL – BREF)

		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL- BREF)		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Ποιο είναι το φύλο σας;	Άνδρας	14,3(3,9)	14 (12 - 18)	0,597+
	Γυναίκα	13,8(3,3)	14 (12 - 14)	
Είστε έγγαμος;	Όχι	14,3(4)	14 (12 - 18)	0,598+
	Ναι	13,8(3,1)	14 (12 - 15)	
Ποια είναι η εκπαίδευση που έχετε τελειώσει;	Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	12,9(2,8)	12 (12 - 14)	0,142‡
	Πανεπιστήμιο	13,9(3,2)	14 (12 - 16)	
	Άλλο	16,3(5,6)	19 (14 - 20)	
Εργάζεστε αυτήν την περίοδο;	Όχι	12,3(3,4)	12 (12 - 14)	0,050+
	Ναι	14,5(3,4)	14 (12 - 18)	
Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση;	Δεν εργάζομαι	12,3(3,4)	12 (12 - 14)	0,148‡
	Μερικής απασχόλησης	14,6(4,3)	14 (12 - 18)	
	Πλήρους απασχόλησης	14,5(3,3)	14 (12 - 18)	
Πού εργάζεστε (εφόσον εργάζεστε);	Δημόσιο τομέα	14,4(3)	14 (14 - 16)	0,605‡
	Ιδιωτικό τομέα/Άλλο	15,3(4,4)	18 (12 - 18)	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	13,8(3,2)	12 (12 - 16)	

+Student's t-test ‡ANOVA

Η βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL- BREF) των συμμετεχόντων βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το αν εργάζονται αυτή την περίοδο. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες που εργάζονται αυτή την περίοδο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν.



Στον παρακάτω πίνακα δίνεται η βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL- BREF) ανάλογα με ερωτήσεις σχετικά με την φροντίδα του ασθενή.

Πίνακας 9 – Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή

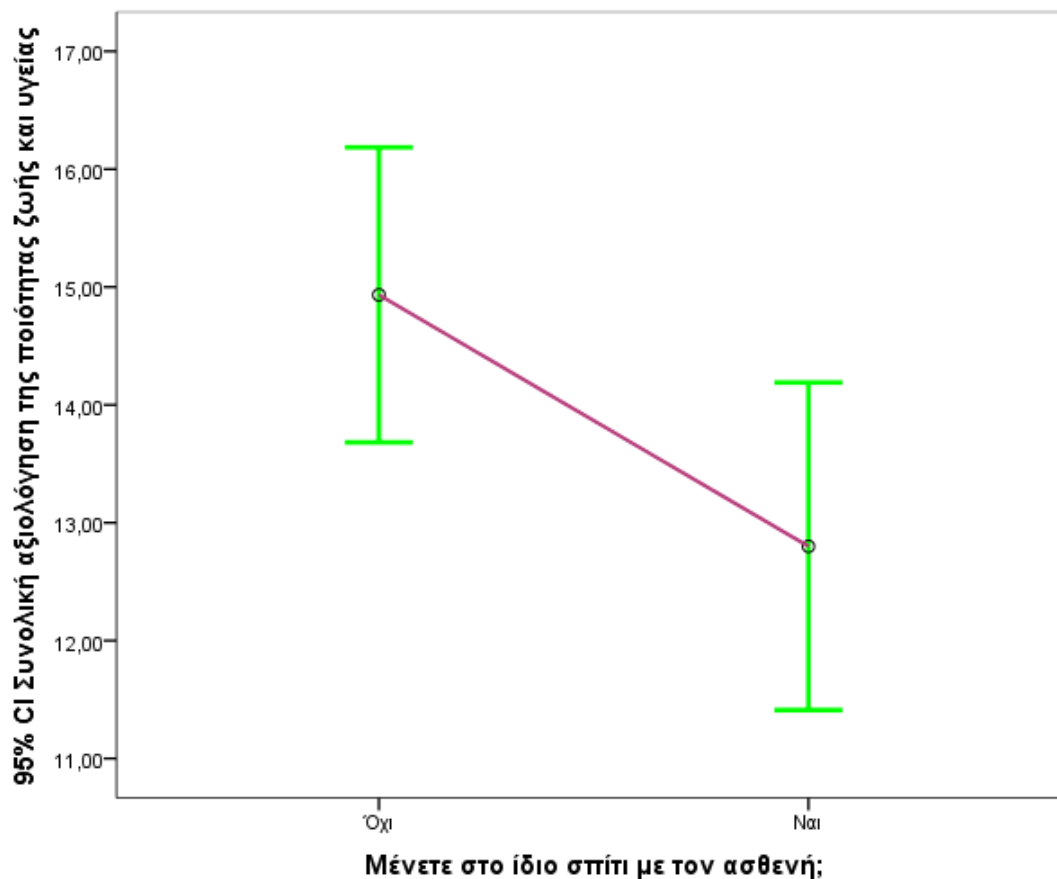
		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL- BREF)		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Ποια είναι η συγγένειά σας με τον ασθενή;	Σύζυγος	12,5(2,3)	12 (12 - 14)	<b>0,026‡</b>
	Γονέας	15,1(3,5)	14 (14 - 18)	
	Άλλο	12,6(3,9)	12 (12 - 14)	
Μένετε στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή;	Όχι	14,9(3,4)	14 (14 - 18)	<b>0,023+</b>
	Ναι	12,8(3,4)	12 (12 - 14)	
Η φροντίδα του ασθενούς έχει επίπτωση στην εργασία σας;	Όχι	14,6(3,5)	14 (14 - 18)	0,366+
	Ναι	13,6(3,5)	12 (12 - 17)	
<b>Τύπος καρκίνου του ασθενή</b>				
Καρκίνος μαστού	Όχι	13,6(3,6)	14 (12 - 16)	0,219+
	Ναι	14,9(3,2)	14 (13 - 18)	
Καρκίνος του προστάτη	Όχι	13,6(3,4)	14 (12 - 14)	0,055+
	Ναι	16(3,5)	16 (16 - 18)	
Καρκίνος παχέος εντέρου	Όχι	14(3,4)	14 (12 - 16)	0,706+
	Ναι	13,6(4)	12 (12 - 18)	
Καρκίνος του πνεύμονα	Όχι	14,4(3,3)	14 (12 - 18)	0,078+
	Ναι	12,2(3,8)	12 (10 - 14)	
Άλλο είδος καρκίνου	Όχι	13,6(3,7)	14 (12 - 17)	0,211+
	Ναι	14,9(2,8)	14 (12 - 18)	
<b>Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες πιστεύετε ότι θα ήταν βοηθητικές για εσάς;</b>				
Φροντίδα του ασθενή στο σπίτι	Όχι	12,9(2,9)	12 (12 - 14)	0,172+
	Ναι	14,3(3,6)	14 (12 - 18)	
Φροντίδα του ασθενή σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας	Όχι	14,2(3,3)	14 (12 - 18)	0,292+
	Ναι	12,8(4,5)	12 (10 - 16)	
Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στους φροντιστές ατόμων με καρκίνο	Όχι	13,5(3,6)	12 (12 - 18)	0,395+
	Ναι	14,3(3,4)	14 (12 - 16)	
<b>Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες πιστεύετε ότι θα ήταν βοηθητικές για τον ασθενή σας</b>				
Φροντίδα στο σπίτι	Όχι	12,3(2,9)	12 (11 - 13)	0,135+
	Ναι	14,3(3,5)	14 (12 - 18)	
Φροντίδα σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας	Όχι	14,1(3,4)	14 (12 - 18)	0,450+
	Ναι	13,2(3,8)	13 (12 - 16)	
Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή	Όχι	12,6(3,6)	12 (10 - 14)	<b>0,036+</b>
	Ναι	14,6(3,3)	14 (12 - 18)	

+Student's t-test ‡ANOVA

Η βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL-BREF) των συμμετεχόντων βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με τη συγγένεια που είχαν με τον ασθενή που φρόντιζαν, με το αν έμεναν στο ίδιο σπίτι άλλα και με το αν πίστευαν ή όχι ότι υπηρεσίες παροχής ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή θα ήταν βοηθητικές για τον ασθενή. Αναλυτικότερα, όσοι δεν έμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή που φρόντιζαν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που κατοικούσαν στο ίδιο σπίτι. Επιπλέον, όσοι θεωρούσαν ότι υπηρεσίες παροχής ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή θα ήταν βοηθητικές για τον ασθενή είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας σε σχέση με όσους είχαν αντίθετη άποψη. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στην βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL - BREF) των συμμετεχόντων και της συγγένειας τους ασθενούς.

Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων ως προς τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας (WHOQoL- BREF) ανάλογα με το αν έμεναν στο ίδιο σπίτι με τον πάσχοντα.

Γράφημα 5 – Βαθμολογία συμμετεχόντων στη συνολική ποιότητα ζωής



**Συσχέτιση διαστάσεων της κλίμακας ποιότητα ζωής (WHOQoL- BREF) με ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές και με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους.**

Στον παρακάτω πίνακα δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ των βαθμολογιών των διαστάσεων της κλίμακας ποιότητας ζωής (WHOQoL- BREF) και των ποσοτικών δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων καθώς και της κλίμακας κατάθλιψης του Beck (BDI) και της κλίμακας προσωρινού και μόνιμου άγχους (State – Trait Anxiety)

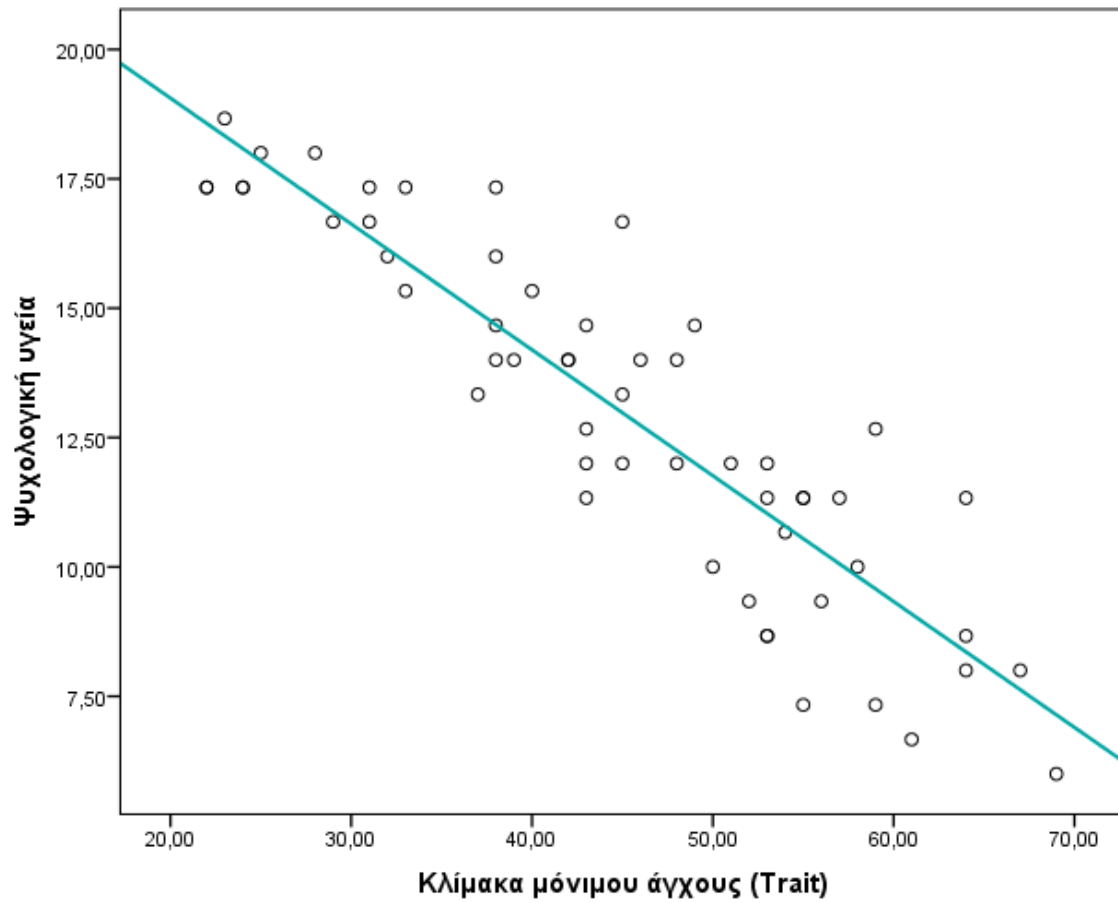
*Πίνακας 10 – Συσχέτιση ποιότητας ζωής – δημογραφικών – άγχους – κατάθλιψης*

		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον
Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI)	rho	-0,70	-0,77	-0,82	-0,75	-0,67
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Κλίμακα προσωρινού άγχους (State)	rho	-0,59	-0,64	-0,71	-0,59	-0,62
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)	rho	-0,77	-0,78	-0,90	-0,74	-0,69
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Ποια είναι η ηλικία σας;	rho	-0,29	-0,32	-0,28	-0,31	-0,11
	P	<b>0,034</b>	<b>0,016</b>	<b>0,039</b>	<b>0,019</b>	0,411
Πώς βλέπετε την οικονομική σας κατάσταση;	rho	0,29	0,25	0,26	0,28	0,58
	P	<b>0,031</b>	0,069	0,054	<b>0,039</b>	<b>&lt;0,001</b>
Ποια είναι η ηλικία του ασθενή;	rho	0,04	0,27	0,15	0,01	0,17
	P	0,766	<b>0,048</b>	0,265	0,964	0,227
Πόσο καιρό είστε φροντιστής αυτού του ασθενή;	rho	0,12	0,19	0,33	0,04	0,03
	P	0,382	0,166	<b>0,014</b>	0,745	0,817
Χρόνος φροντίδας του ασθενή ημερησίως:	rho	-0,39	-0,42	-0,37	-0,53	-0,43
	P	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>

Όλες οι διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής (WHOQoL- BREF) βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με την κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), την κλίμακα προσωρινού άγχους (State), την κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait) αλλά και με τον χρόνο που αφιέρωναν ημερησίως οι συμμετέχοντες στη φροντίδα του ασθενούς. Ειδικότερα όσο περισσότερο χρόνο αφιέρωναν στη φροντίδα του ασθενούς ημερησίως αλλά και όσο περισσότερη κατάθλιψη, μόνιμο και προσωρινό άγχος είχαν τόσο πιο χαμηλή βαθμολογία είχαν στην ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον αρνητική συσχέτιση με όλες της διαστάσεις της κλίμακας ποιότητα ζωής (WHOQoL- BREF), εκτός από τη διάσταση «Περιβάλλον», βρέθηκε να έχει η ηλικία των συμμετεχόντων. Δηλαδή, όσο πιο μεγάλοι ήταν οι συμμετέχοντες σε ηλικία τόσο χειρότερη ήταν και η ποιότητα ζωής τους. Η οικονομική κατάσταση βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τις διαστάσεις «Κοινωνικές σχέσεις», «Περιβάλλον» αλλά και με τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας. Πιο αναλυτικά, όσο καλύτερη ήταν η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο καλύτερη ήταν ποιότητα ζωής τους στις προαναφερθείσες διαστάσεις. Τέλος το χρονικό διάστημα που φρόντιζαν οι συμμετέχοντες τους ασθενείς βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τη διάσταση «Ψυχολογική υγεία». Με άλλα λόγια όσα περισσότερα χρόνια οι συμμετέχοντες φρόντιζαν τους ασθενείς τόσο καλύτερη ήταν η ψυχολογική τους υγεία.

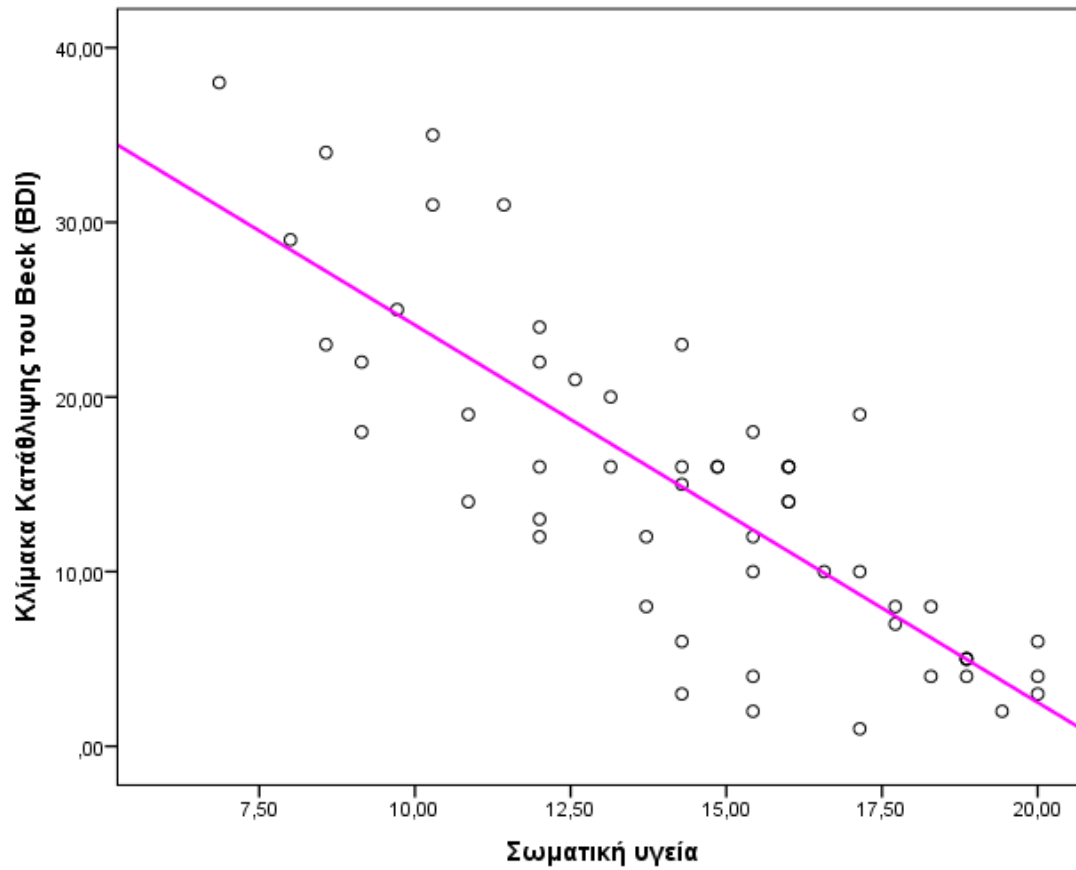
Στο παρακάτω γράφημα αναπαρίσταται η συσχέτιση της κλίμακας μόνιμου άγχους (Trait) με την διάσταση «Ψυχολογική υγεία».

Γράφημα 6 – Συσχέτιση μόνιμου άγχους (Trait) με την διάσταση «ψυχολογική υγεία»



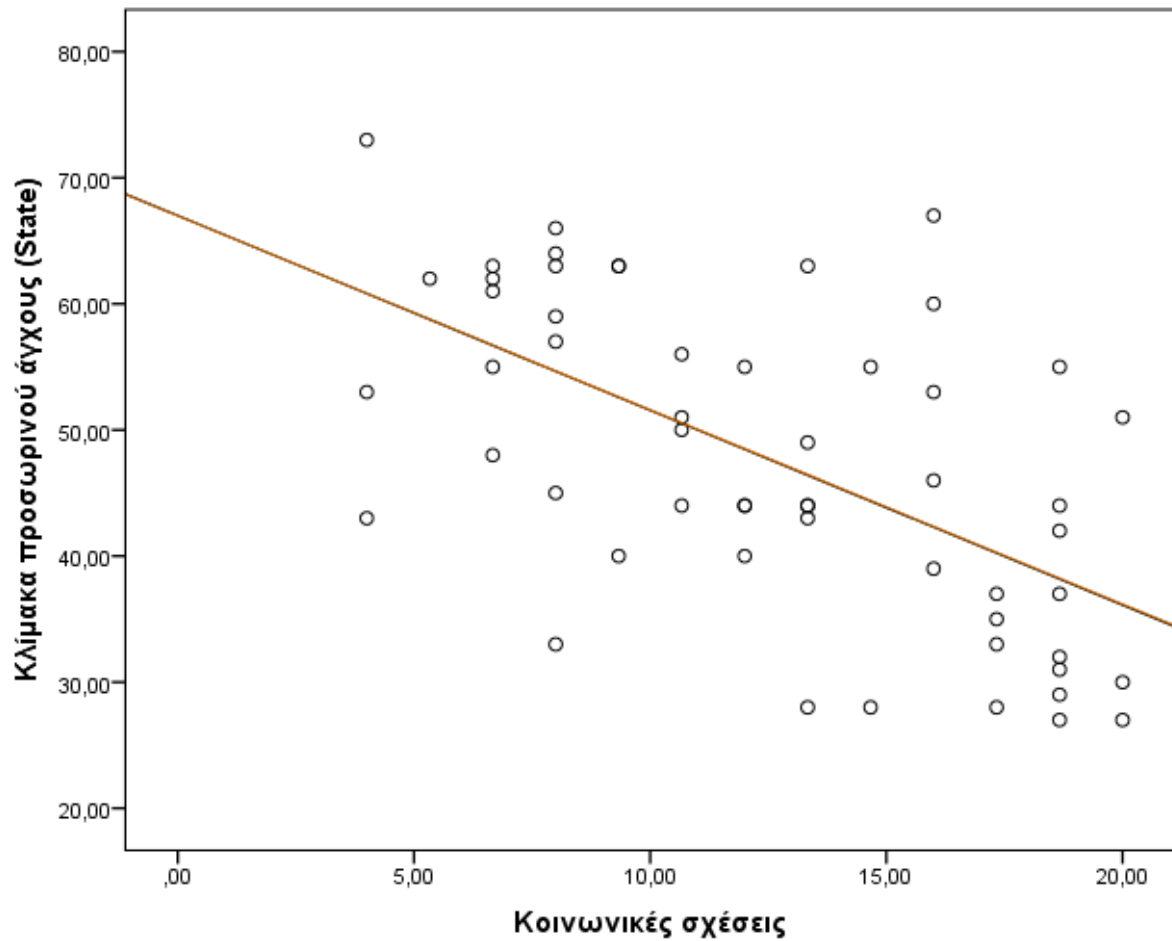
Το παρακάτω γράφημα αφορά τη συσχέτιση της κλίμακας κατάθλιψης του Beck (BDI) με την διάσταση «Σωματική υγεία».

Γράφημα 7 – Συσχέτιση της κατάθλιψης (BDI) με τη διάσταση «Σωματική υγεία»



Στο παρακάτω γράφημα περιγράφεται η συσχέτιση της κλίμακα προσωρινού άγχους (State) με την διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».

Γράφημα 8 – Συσχέτιση προσωρινού άγχους (State) με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις»



## Πολυπαράγοντική ανάλυση διαστάσεων της κλίμακας ποιότητα ζωής (WHOQoL-BREF) και των κλιμάκων κατάθλιψης και άγχους.

Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ικανότητας του άγχους (κλίμακες μόνιμου και προσωρινού άγχους), της κατάθλιψης, των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και των στοιχείων που αφορούν στους ασθενείς και στη φροντίδα τους να προβλέψουν την ποιότητα ζωής. Διεξήχθη προκαταρκτική ανάλυση για να διασφαλιστεί ότι δεν παραβιάζονται οι παραδοχές της κανονικότητας, της γραμμικότητας, της πολυσυγγραμμικότητας και της ομοσκεδαστικότητας. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στους ακόλουθους πίνακες.

Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας ως εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 11 – Αποτελέσματα ανάλυσης συνολικής ποιότητας ζωής ως εξαρτημένης μεταβλητής

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI)</b>	-0,12	0,06	<b>0,050</b>
<b>Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)</b>	-0,14	0,04	<b>0,003</b>

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

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) και η κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και υγείας. Συγκεκριμένα:

- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), δηλαδή εντονότερη κατάθλιψη σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας, δηλαδή χαμηλότερη ποιότητα ζωής.
- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) δηλαδή εντονότερο μόνιμο άγχος στη ζωή των συμμετεχόντων σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας τους.



Στον παρακάτω πίνακα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη διάσταση «Σωματική υγεία» ως εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 12 – Αποτελέσματα ανάλυσης «Σωματικής υγείας» ως εξαρτημένης μεταβλητής

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Είστε έγγαμος;</b>			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	-0,94	0,46	<b>0,049</b>
<b>Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση;</b>			
Δεν εργάζομαι (αναφορά)			
Μερικής απασχόλησης	2,11	0,81	<b>0,013</b>
Πλήρους απασχόλησης	-0,03	0,67	0,968
<b>Ποια είναι η συγγένειά σας με τον ασθενή;</b>			
Σύζυγος (αναφορά)			
Γονέας	0,10	0,69	0,891
Άλλο	-2,83	0,83	<b>0,001</b>
<b>Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στους φροντιστές ατόμων με καρκίνο ;</b>			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	1,56	0,42	<b>0,001</b>
<b>Χρόνος φροντίδας του ασθενή ημερησίως:</b>	-1,14	0,24	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI)</b>	-0,24	0,03	<b>&lt;0,001</b>

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

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το είδος της εργασιακής τους κατάστασης, το είδος της συγγένειας που είχαν με τον ασθενή, η γνώμη τους σχετικά με την ύπαρξη παροχών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης ως κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία στους φροντιστές ατόμων με καρκίνο, ο χρόνος που αφιέρωναν ημερησίως στην φροντίδα των ασθενών αλλά και η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Σωματική υγεία». Αναλυτικότερα:

- Οι έγγαμοι χειρότερη ποιότητα ζωής ως προς τη σωματική τους υγεία συγκριτικά με τους άγαμους.
- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε κατάσταση μερικής απασχόλησης είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη σωματική τους υγεία σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν.
- Όσοι από τους συμμετέχοντες δεν είχαν γονική ή συζυγική συγγένεια με τον ασθενή είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής ως προς τη σωματική τους υγεία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ο ασθενής ήταν σύζυγος ή γονέας τους.

- Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι η ύπαρξη παροχών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης είναι μια κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία στους φροντιστές ατόμων με καρκίνο σε σχέση με εκείνους που είχαν αντίθετη άποψη είχαν κατά 1,56 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία».
- Όσο περισσότερο χρόνο μέσα στην ημέρα κατανάλωναν οι συμμετέχοντες για να φροντίσουν τους ασθενείς συγγενείς τους τόσο μικρότερη ήταν και η βαθμολογία τους στη διάσταση «Σωματική υγεία».
- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), δηλαδή εντονότερη κατάθλιψη σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία».

Στον επόμενο πίνακα παρέχονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ως εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 13 – Αποτελέσματα ανάλυσης «Ψυχολογικής υγείας» ως εξαρτημένης μεταβλητής

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Ποια είναι η συγγένειά σας με τον ασθενή;</b>			
<i>Σύζυγος (αναφορά)</i>			
<i>Γονέας</i>	1,37	0,46	<b>0,005</b>
<i>Άλλο</i>	0,71	0,60	0,245
<b>Φροντίδας στο σπίτι ως παροχή βοηθητικής υπηρεσίας για τον ασθενή;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-1,74	0,53	<b>0,002</b>
<b>Έχει ο ασθενής που φροντίζετε καρκίνο παχέος εντέρου;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	1,28	0,45	<b>0,007</b>
<b>Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI)</b>	-0,09	0,04	<b>0,018</b>
<b>Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)</b>	-0,20	0,02	<b>&lt;0,001</b>

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

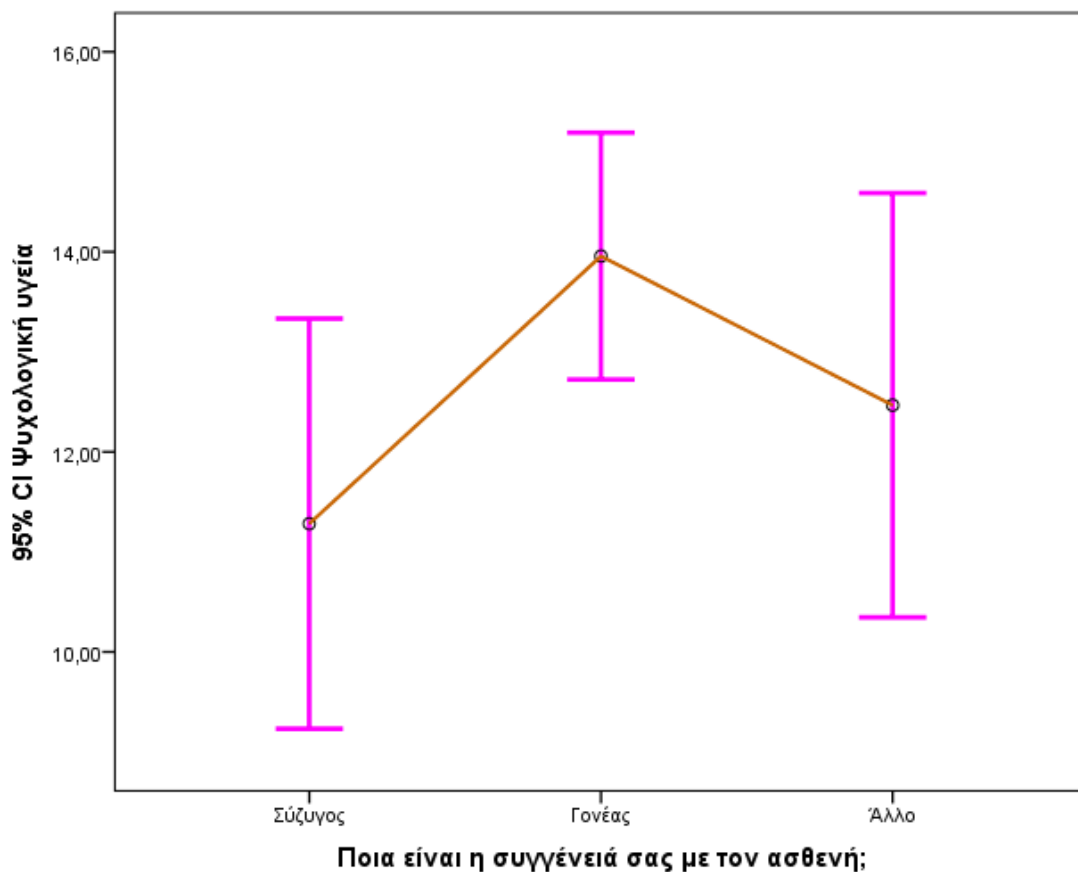
Το είδος της συγγένειας που είχαν οι συμμετέχοντες με τον ασθενή, η γνώμη τους σχετικά με την φροντίδα στο σπίτι ως κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο, το αν οι ασθενείς είχαν καρκίνο στο παχύ έντερο, η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) άλλα και η κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait) βρέθηκαν να σχετίζονται. Αναλυτικότερα:

- Όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν γονική συγγένεια με τον ασθενή είχαν 1,37 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία», δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση της ψυχολογικής τους υγείας σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ο ασθενής ήταν σύζυγος τους.
- Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι η φροντίδα στο σπίτι είναι μια κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους συγγενείς ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με εκείνους που είχαν αντίθετη άποψη είχαν κατά 1,74 μονάδες μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία», δηλαδή χειρότερη ψυχολογική υγεία.
- Οι συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στο παχύ έντερο είχαν κατά 1,28 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος τους.

- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), δηλαδή εντονότερη κατάθλιψη σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία».
- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) δηλαδή εντονότερο μόνιμο άγχος στη ζωή των συμμετεχόντων σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία».

Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται η βαθμολογία της διάστασης «Ψυχολογική υγεία» σε σχέση με το είδος της συγγένειας με το πάσχον άτομο.

Γράφημα 9 – Ψυχολογική υγεία φροντιστών σε σχέση με τη συγγένεια τους με το πάσχον άτομο



Στον παρακάτω πίνακα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ως εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 14 – Αποτελέσματα ανάλυσης «Κοινωνικών σχέσεων» ως εξαρτημένης μεταβλητής

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Είστε έγγαμος;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	4,12	0,81	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ποια είναι η ηλικία σας;</b>	-1,40	0,36	<b>&lt;0,001</b>
<b>Χρόνος φροντίδας του ασθενή ημερησίως:</b>	-0,82	0,40	<b>0,047</b>
<b>Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση;</b>			
<i>Δεν εργάζομαι (αναφορά)</i>			
<i>Μερικής απασχόλησης</i>	-2,54	1,19	<b>0,039</b>
<i>Πλήρους απασχόλησης</i>	-0,08	0,95	0,936
<b>Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)</b>	-0,28	0,03	<b>&lt;0,001</b>

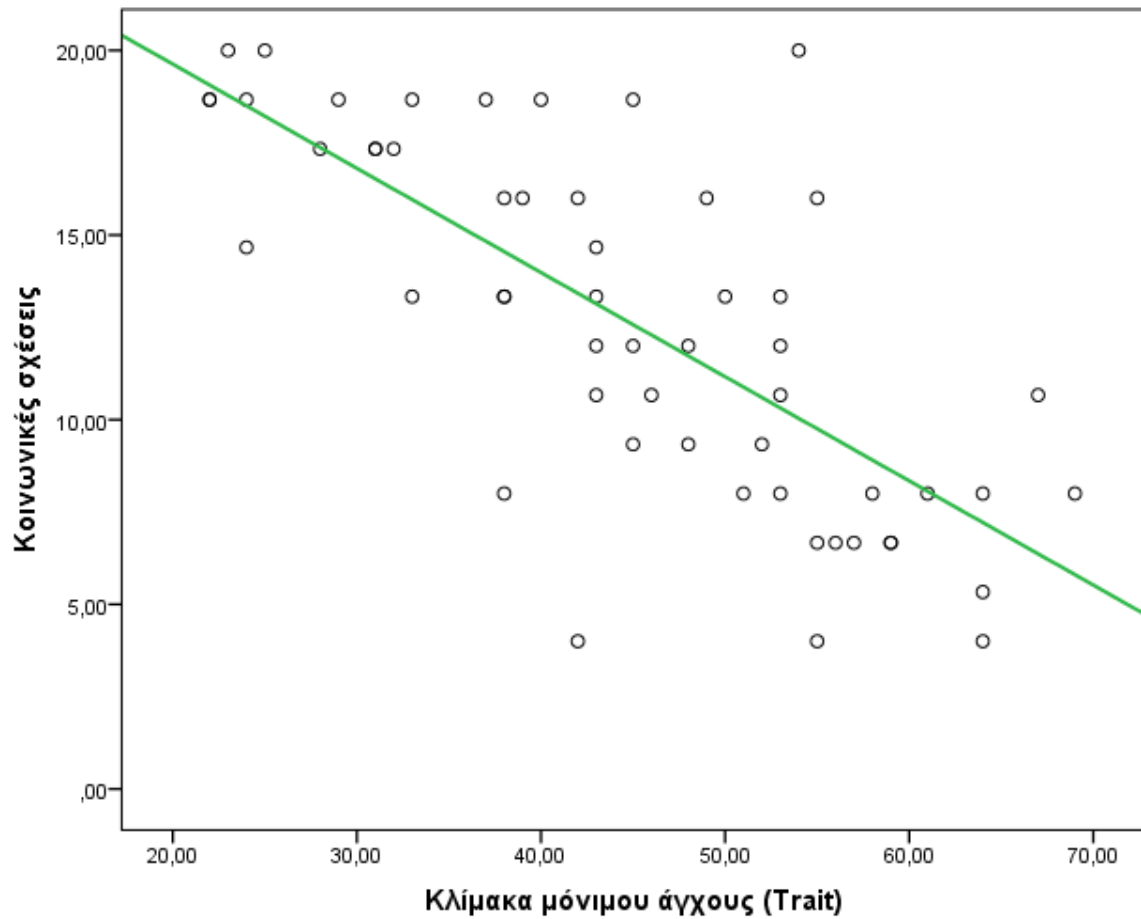
<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

- Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η ηλικία τους, ο χρόνος που αφιέρωναν ημερησίως στην φροντίδα των ασθενών, το είδος της εργασιακής τους κατάστασης, άλλα και η κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Κοινωνικές σχέσεις». Αναλυτικότερα:

- Οι έγγαμοι είχαν κατά 4,12 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις», συγκριτικά με τους άγαμους.
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα των κοινωνικών τους σχέσεων.
- Όσο περισσότερο χρόνο μέσα στην ημέρα καταλάωναν οι συμμετέχοντες για να φροντίσουν τους ασθενείς συγγενείς τους τόσο μικρότερη ήταν και η βαθμολογία τους στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».
- Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε κατάσταση μερικής απασχόλησης είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση των κοινωνικών τους σχέσεων σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν καθόλου.
- Εντονότερο μόνιμο άγχος στη ζωή των συμμετεχόντων σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».

Στο παρακάτω γράφημα περιγράφεται η συσχέτιση της κλίμακας μόνιμου άγχους (Trait) με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις».

Γράφημα 10 – Συσχέτιση μόνιμου άγχους (Trait) με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις»



Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης η οποία ως εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Περιβάλλον».

Πίνακας 15 – Αποτελέσματα ανάλυσης διάστασης «Περιβάλλον» ως εξαρτημένης μεταβλητής

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
Πώς βλέπετε την οικονομική σας κατάσταση;	1,71	0,25	<b>&lt;0,001</b>
Πόσο καιρό είστε φροντιστής αυτού του ασθενή;	-0,76	0,22	<b>0,001</b>
Έχει ο ασθενής που φροντίζετε καρκίνο του προστάτη ;			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	1,73	0,67	<b>0,013</b>
Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή;			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	0,84	0,49	<b>0,049</b>
<b>Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)</b>	-0,11	0,02	<b>&lt;0,001</b>

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

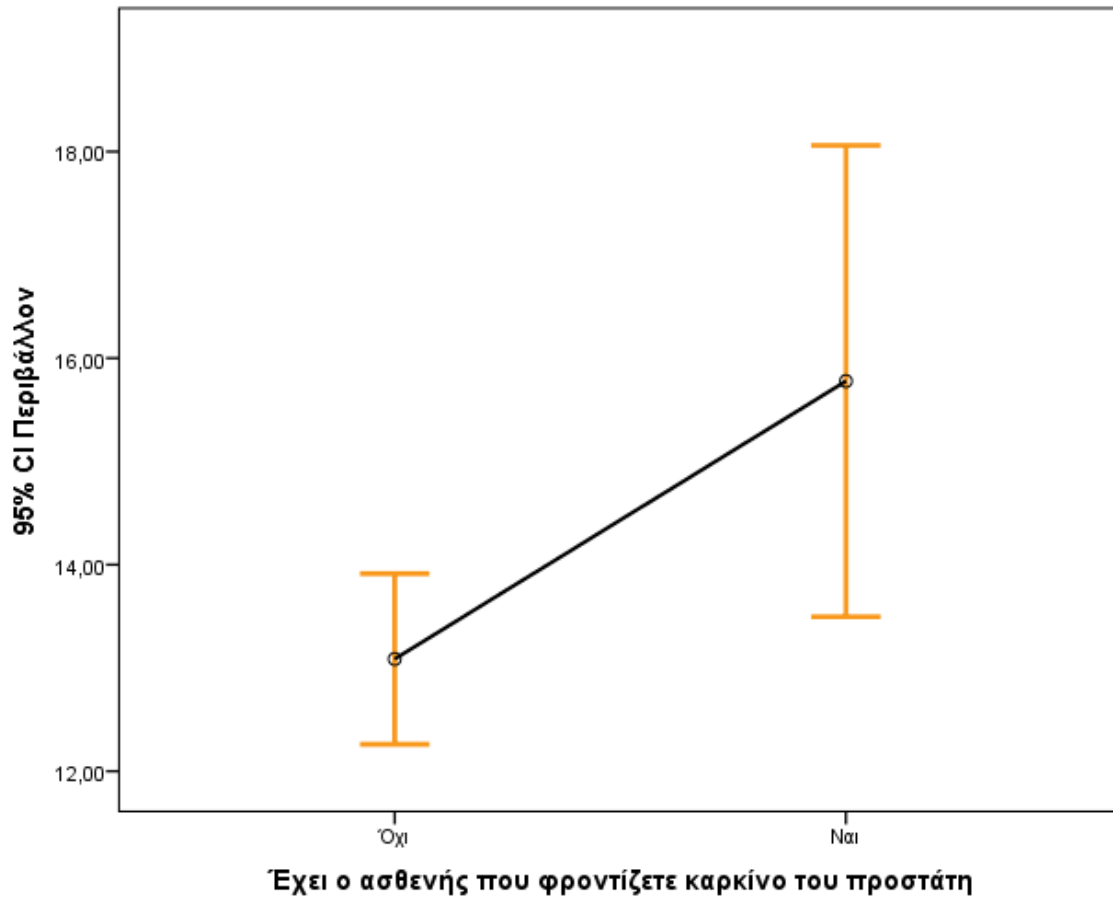
Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, το χρονικό διάστημα που φρόντιζαν τους καρκινοπαθείς συγγενείς τους, το αν φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στον προστάτη, η γνώμη τους σχετικά με την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης ως κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο άλλα και η κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait) βρέθηκαν να σχετίζονται. Αναλυτικότερα:

- Όσο καλύτερη ήταν η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής είχαν ως προς τις γενικές συνθήκες ζωής τους.
- Όσα περισσότερα ήταν τα χρόνια που φρόντιζαν οι συμμετέχοντες τους καρκινοπαθείς συγγενείς τους χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους ως προς τις γενικές συνθήκες ζωής τους.
- Οι συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στον προστάτη είχαν κατά 1,73 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος τους.
- Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι η παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης είναι μια κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με εκείνους που είχαν αντίθετη άποψη είχαν κατά 0,84 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον», δηλαδή η ποιότητα του περιβάλλοντος που ζούσαν ήταν καλύτερη.

- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) δηλαδή εντονότερο μόνιμο άγχος στη ζωή των συμμετεχόντων σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Περιβάλλον».

Στο παρακάτω γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία της διάστασης «Περιβάλλον» ανάλογα με το αν το άτομο που φρόντιζαν είχε καρκίνο προστάτη.

Γράφημα 11 – Συσχέτιση διάστασης «Περιβάλλον» με τον καρκίνο προστάτη





Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης του Beck (BDI) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τα χαρακτηριστικά που αφορούν τους πάσχοντες και τη φροντίδα τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 16 – Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για BDI και δημογραφικά

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Πώς βλέπετε την οικονομική σας κατάσταση;</b>	-4,63	1,07	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ποια είναι η ηλικία σας;</b>	3,84	0,85	<b>&lt;0,001</b>
<b>Έχει ο ασθενής που φροντίζετε καρκίνο του πνεύμονα;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	5,10	2,43	<b>0,041</b>
<b>Παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-5,61	2,02	<b>0,008</b>

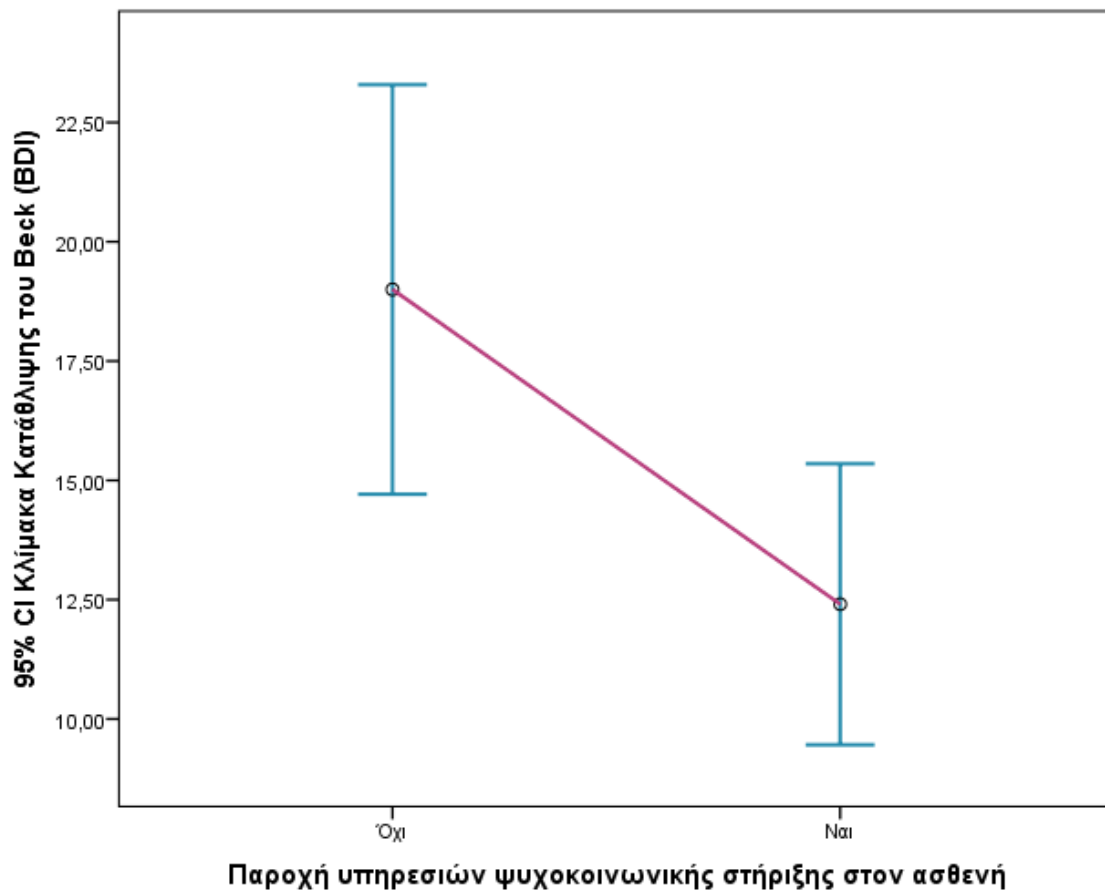
<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, η ηλικία τους, το αν φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στον πνεύμονα αλλά και η γνώμη τους σχετικά με την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης ως κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης του Beck (BDI). Αναλυτικότερα:

- Όσο καλύτερη ήταν η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία που είχαν στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), δηλαδή τόσο λιγότερη ήταν η κατάθλιψη τους.
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία που είχαν στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), δηλαδή τόσο περισσότερη κατάθλιψη είχαν.
- Οι συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στον πνεύμονα είχαν κατά 5,10 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος τους.
- Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι η παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης είναι μια κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με εκείνους που είχαν αντίθετη άποψη είχαν λιγότερη κατάθλιψη.

Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης του Beck (BDI) ανάλογα με γνώμη που είχαν οι συμμετέχοντες σχετικά με την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης ως μια κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο.

Γράφημα 12 – Συσχέτιση BDI με παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης για τους ασθενείς



Τέλος, χρησιμοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες των κλιμάκων προσωρινού και μόνιμου άγχους (State – Trait Anxiety) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στους ασθενείς και τη φροντίδα τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στους ακόλουθους πίνακες.

Στον παρακάτω πίνακα παρέχονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που ως εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (State Anxiety).

*Πίνακας 17 – Αποτελέσματα ανάλυσης προσωρινού άγχους (State) ως εξαρτημένης μεταβλητής*

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Πώς βλέπετε την οικονομική σας κατάσταση;</b>	-5,99	1,35	<b>&lt;0,001</b>
<b>Πόσο καιρό είστε φροντιστής αυτού του ασθενή;</b>	-6,12	1,08	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ποια είναι η ηλικία σας;</b>	4,59	1,17	<b>&lt;0,001</b>
<b>Έχει ο ασθενής που φροντίζετε καρκίνο του πνεύμονα;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	12,39	3,60	<b>0,001</b>
<b>Φροντίδα σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας ως παροχή βοηθητικής υπηρεσίας για τον ασθενή;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-10,20	3,62	<b>0,007</b>
<b>Η φροντίδα του ασθενούς έχει επίπτωση στην εργασία σας;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	6,98	2,67	<b>0,012</b>

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

Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, το χρονικό διάστημα που φρόντιζαν τους καρκινοπαθείς συγγενείς τους, η ηλικία των συμμετεχόντων, το αν φρόντιζαν άτομο με καρκίνο πνεύμονα, η γνώμη τους σχετικά με την παροχή φροντίδας σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας ως κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους πάσχοντες αλλά και το αν η φροντίδα που παρείχαν στους συγγενείς τους είχε επιπτώσεις στην εργασία τους, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (State Anxiety).

Αναλυτικότερα:

- Όσο καλύτερη ήταν η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο λιγότερο προσωρινό άγχος είχαν.
- Όσος περισσότερος ήταν ο καιρός που φρόντιζαν τους καρκινοπαθείς συγγενείς τους οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία που είχαν στην κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety).

- Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο περισσότερο προσωρινό άγχος είχαν.
- Οι συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στον πνεύμονα είχαν κατά 12,39 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που έπασχαν από άλλη μορφή καρκίνου.
- Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι η παροχή φροντίδας σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας είναι μια κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με εκείνους που είχαν αντίθετη άποψη είχαν λιγότερο προσωρινό άγχος.
- Οι συμμετέχοντες που φροντίζοντας τους συγγενείς τους με καρκίνο είχαν επιπτώσεις στην εργασία τους είχαν περισσότερο προσωρινό άγχος συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν επιπτώσεις.

Στον παρακάτω πίνακα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης η οποία ως εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη βαθμολογία της κλίμακας μόνιμου άγχους (Trait Anxiety).

Πίνακας 18 – Αποτελέσματα ανάλυσης μόνιμου άγχους (Trait) ως εξαρτημένης μεταβλητής

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Πώς βλέπετε την οικονομική σας κατάσταση;</b>	-5,64	1,55	<b>0,001</b>
<b>Πόσο καιρό είστε φροντιστής αυτού του ασθενή;</b>	-6,69	1,22	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ποια είναι η ηλικία σας;</b>	5,07	1,31	<b>&lt;0,001</b>
<b>Έχει ο ασθενής που φροντίζετε καρκίνο του πνεύμονα;</b>			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	7,51	3,60	<b>0,043</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, το χρονικό διάστημα που φρόντιζαν τους καρκινοπαθείς συγγενείς τους, η ηλικία των συμμετεχόντων αλλά και το αν φρόντιζαν άτομα με καρκίνο πνεύμονα βρέθηκαν να σχετίζονται. Αναλυτικότερα:

- Όσο καλύτερη ήταν η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων τόσο λιγότερο μόνιμο άγχος είχαν στη ζωή τους.
- Όσο περισσότερο ήταν το διάστημα που φρόντιζαν τους καρκινοπαθείς συγγενείς τους οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία που είχαν στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety).
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο περισσότερο μόνιμο άγχος είχαν στη ζωή τους.

- Οι συμμετέχοντες που φρόντιζαν ασθενείς που είχαν καρκίνο στον πνεύμονα είχαν κατά 7,51 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που φρόντιζαν άτομα που έπασχαν από άλλη μορφή καρκίνου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας του ατόμου που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου και της οικογένειάς του, η ψυχοκοινωνική φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο τα άτομα που πάσχουν αλλά και τα μέλη της οικογένειάς και τους φροντιστές τους (Park et al., 2013). Καθώς η φροντίδα των πασχόντων από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο επικεντρώνεται όλο και περισσότερο στην φροντίδα του ατόμου στον οικείο χώρο του σπιτιού του, ο ρόλος των άτυπων φροντιστών αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία (Wadhwa et al., 2013). Για αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό να διασφαλίζεται ότι λαμβάνεται μέριμνα για την ψυχολογική ευημερία των φροντιστών, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης άγχους και κατάθλιψης από τον γενικό πληθυσμό (Swore Fletcher, Dodd, Schumacher & Miaskowski, 2007, Ratnakar et al., 2008). Η παρούσα έρευνα μελέτησε την επίπτωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης ήταν σύμφωνα με αυτά άλλων ερευνών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες φροντιστές αποτελούσαν ποσοστό 60% και οι άνδρες 40% του δείγματος. Σε αρκετές έρευνες που αφορούν τους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου, το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών είναι γυναίκες (Papastavrou et al., 2009, Trevino et al., 2018). Η πλειοψηφία των φροντιστών του δείγματος (47,5%) ήταν έγγαμοι, όπως και στους Govina και συνεργάτες (Govina et al., 2013) και η σχέση που συνδέει τον φροντιστή με τον πάσχοντα σε ποσοστό 57,4% είναι η γονεϊκή, εύρημα που συμφωνεί με τις έρευνες των Ικονομου και συνεργάτες (2001) και Papastavrou και συνεργάτες (2009). Στην Ελλάδα, οι οικογενειακοί δεσμοί είναι πολύ ισχυροί και συγγενείς προτιμούν να φροντίζουν οι ίδιοι το άτομο που πάσχει παρά να ανατεθεί η φροντίδα του σε επαγγελματία φροντιστή ή να εισαχθεί σε κέντρα φροντίδας (Govina et al., 2013). Ωστόσο, οι θηλυκού γένους φροντιστές, παρόλο που προέρχονται από χώρα που παραδοσιακά επιβαρύνει τις γυναίκες με την ευθύνη της φροντίδας του ατόμου που πάσχει, δεν έδειξαν χαμηλά ποσοστά σε σχέση με την ψυχική και σωματική υγεία, αντίθετα με τα αποτελέσματα από άλλες έρευνες (Iconomou et al., 2001, Tuinstra et al., 2004). Μια πιθανή εξήγηση για το παραπάνω θα μπορούσε να είναι το περιορισμένο δείγμα της παρούσας μελέτης.

Σχετικά με την ηλικία του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό (32,7%) ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 40-49, όπως και στη μελέτη των Karabekiroglu και συνεργάτες (Karabekiroglu et al., 2018). Ωστόσο, η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα δεν εμφάνισε χαμηλή

βαθμολογία στη διάσταση «σωματική υγεία» της ποιότητας ζωής, αντίθετα από την έρευνα των Krug και συνεργάτες (Krug et al., 2016). Ένα ποσοστό 27,3% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60, κάτι που σημαίνει ότι ενδέχεται να αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι, λόγω ηλικίας, διάφορα προβλήματα υγείας που μπορεί να επιδρούν στην παροχή φροντίδας του πάσχοντος, όπως αναφέρουν και οι Romito και συνεργάτες (Romito et al., 2013). Το 65,5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ποσοστό που είναι πολύ υψηλό και δε συναντάται συχνά σε αντίστοιχες έρευνες (Papastavrou et al., 2009, Govina et al., 2013). Οι φροντιστές της συγκεκριμένης μελέτης συγκατοικούν με τους πάσχοντες σε ποσοστό 45,5%, αντίθετα από άλλες έρευνες στη βιβλιογραφία (Iconomou et al., 2001, Govina et al., 2013, Karabekiroğlu et al., 2018). Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συγκεκριμένων φροντιστών είναι παιδιά των πασχόντων και ενδεχομένως να έχουν τις δικές τους οικογένειες. Οι φροντιστές ήταν εργαζόμενοι σε ποσοστό 76,4%, κάτι που συντάσσεται με άλλα βιβλιογραφικά δεδομένα (Papastavrou et al., 2009, Clark et al., 2014, Li et al., 2018).

Σε αυτή τη μελέτη, συμπεριελήφθησαν στο ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά στοιχεία κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το τι θα ήταν βοηθητικό για τους φροντιστές αναφορικά με τους ίδιους και αναφορικά με το άτομο που φροντίζουν. Σχετικά με τη διάσταση «φροντίδα του ασθενή στο σπίτι» το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων απάντησε ότι η φροντίδα του ασθενούς στο σπίτι θα ήταν βοηθητική τόσο για τους ίδιους τους φροντιστές (74,5%) όσο και για τον πάσχοντα (85,5%). Αυτό συνάδει με στοιχεία από έρευνες που δηλώνουν ότι τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο επιθυμούν να λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι τους, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα σημαντικό τον ρόλο των φροντιστών (Gomes et al., 2012, Glajchen, 2012, Krug et al., 2016). Μια άλλη βοηθητική υπηρεσία ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη του πάσχοντα με ποσοστό 67,3% και η ψυχοκοινωνική στήριξη των φροντιστών με ποσοστό 54,5%. Υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία ότι τα άτομα με καρκίνο υποφέρουν από ψυχοκοινωνική δυσφορία όχι μόνο στα αρχικά στάδια μετά τη διάγνωση αλλά καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της νόσου, η οποία περιλαμβάνει συναισθηματικά, γνωστικά, κοινωνικά και λειτουργικά προβλήματα που έχουν τεκμηριωθεί σε πολλές μελέτες (Longo et al., 2006, Weis, 2015). Στον τομέα της ψυχοογκολογίας έχουν αναπτυχθεί ποικίλες ψυχοκοινωνικές στρατηγικές και παρεμβάσεις για την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση αναγκών και την ψυχοκοινωνική φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου (Guo et al., 2013). Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί πολλές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με στόχο τους άτυπους φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου (Treanor et al., 2019).

Σε ό,τι αφορά τη διερεύνηση των αναγκών των φροντιστών, σχετικά με την οικονομική βοήθεια το 60% απάντησε ότι θα ήταν για αυτούς βοηθητική η οικονομική βοήθεια και το 33,3% απάντησε ότι θα ήταν βοηθητική η οικονομική βοήθεια προς τον πάσχοντα. Η φροντίδα ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο του καρκίνου και δέχεται φροντίδα στο σπίτι έχει υψηλό κόστος, το οποίο δεν καλύπτεται από την ασφάλεια, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει τους φροντιστές. Η οικονομική βοήθεια από το κράτος και το υγειονομικό σύστημα ήταν από τις ακάλυπτες αλλά σημαντικές ανάγκες των φροντιστών στην έρευνα των Hashemi, Irajrou και Taleghani (Hashemi et al., 2018).

Σε σχέση με τη συνολική ποιότητα ζωής και τα δημογραφικά στοιχεία, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που εργάζονται στην παρούσα φάση της ζωής τους έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από αυτούς που δεν εργάζονται. Αυτό είναι σύμφωνο και με την έρευνα των Siefert και συνεργάτες (Siefert et al., 2008). Επίσης, διαπιστώθηκε καλύτερη ποιότητα ζωής στα άτομα που ήταν άτυποι φροντιστές των γονιών τους, κάτι που συμβαδίζει με την έρευνα των Shahi και συνεργάτες (Shahi et al., 2014).

Η διάσταση «σωματική υγεία» είχε αρνητική συσχέτιση με τις ώρες φροντίδας που κατανάλωναν οι φροντιστές ημερησίως. Ειδικά στην κατηγορία των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο, παρατηρείται επιδείνωση της σωματικής υγείας των φροντιστών, καθώς οι πάσχοντες γίνονται όλο και πιο ανήμποροι και οι ώρες φροντίδας αυξάνουν (Glajchen, 2012). Οι φροντιστές αναφέρουν έλλειψη ύπνου, κόπωση, μειωμένη γνωστική ικανότητα και σωματικούς πόνους (Stenberg et al., 2010). Ένα σημαντικό εύρημα στην παρούσα μελέτη ήταν η συσχέτιση των επιπέδων κατάθλιψης με τη διάσταση «σωματική υγεία». Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «σωματική υγεία». Στην έρευνα των Shaffer, Kim, Carver & Cannady (Shaffer et al., 2017) μελετήθηκαν οι αλλαγές στη σωματική υγεία των φροντιστών 2 έως 8 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση της νόσου. Ενώ στην αρχή της διάγνωσης η υψηλή βαθμολογία των φροντιστών στην κλίμακα κατάθλιψης δε σχετιζόταν με την αρχική κατάσταση σωματικής υγείας τους, ωστόσο, τελικά τα συμπτώματα κατάθλιψης αποτέλεσαν τον μοναδικό προγνωστικό παράγοντα για επιδείνωση της σωματικής υγείας των φροντιστών.

Σε σχέση με τη διάσταση «ψυχολογική υγεία» τα αποτελέσματα έδειξαν χειρότερη ψυχολογική υγεία στους φροντιστές που είχαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, κάτι το οποίο είναι σύμφωνο και με τη μελέτη των Geng και συνεργάτες (Geng et al., 2018). Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο υψηλός επιπολασμός των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στους



φροντιστές ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του καρκίνου επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία τους και χρήζει κατάλληλων παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους.

Σε σχέση με τη διάσταση «κοινωνικές σχέσεις» στην παρούσα μελέτη, οι έγγαμοι είχαν καλύτερη βαθμολογία συγκριτικά με τους άγαμους, κάτι το οποίο ήταν αντίθετο με τα αποτελέσματα των Yuen & Wilson (Yuen & Wilson, 2021), στην έρευνα των οποίων οι έγγαμοι είχαν χειρότερη βαθμολογία στις κοινωνικές επαφές. Επιπρόσθετα, όσο αύξανε η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μειωνόταν η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων. Είναι γεγονός ότι με την πάροδο της ηλικίας μεταβάλλονται οι κοινωνικοί ρόλοι, τα άτομα δεν έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στις κοινοτικές δραστηριότητες, χάνουν τη σύνδεση με τις κοινωνικές τους σχέσεις και δυσκολεύονται να συνάψουν νέες κοινωνικές σχέσεις (Singh & Misra, 2009).

Σε σχέση με τη διάσταση «περιβάλλον», οι συμμετέχοντες είχαν θετική συσχέτιση με την οικονομική κατάσταση και την ανάγκη παροχής ψυχοκοινωνικής στήριξης στους ασθενείς. Είναι ευνόητο να βιώνουν τα άτομα θετικά το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν αν η οικονομική τους κατάσταση είναι καλή, όπως επίσης και να αναφέρουν μεγάλη επιβάρυνση όταν η οικονομική τους κατάσταση δεν εκτιμάται ως καλή (Bradley, 2019). Επίσης, εάν το άτομο που πάσχει λαμβάνει ψυχοκοινωνική στήριξη, αυτό μπορεί να είναι ανακουφιστικό και για τον φροντιστή του (Weis, 2015). Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τη θετική επίπτωση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στήριξης τόσο για τον πάσχοντα όσο και για την οικογένειά του (Lingens et al., 2021). Αρνητική συσχέτιση στην παρούσα μελέτη είχε ο χρόνος παρεχόμενης φροντίδας και τα επίπεδα άγχους του φροντιστή. Υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η παρατεταμένη παροχή φροντίδας σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής των φροντιστών (Irfan et al., 2017).

Σχετικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με την ποιότητα ζωής, από την ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την συνολική ποιότητα ζωής των φροντιστών. Στην έρευνα αυτή, όπως ήταν αναμενόμενο από τις ερευνητικές υποθέσεις, τα άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας ( $p=0,050$ ). Επίσης, τα άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait) είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας. Επίσης, υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση όλων των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον) με τις κλίμακες κατάθλιψης Beck (BDI), προσωρινού άγχους (State) και μόνιμου άγχους (Trait) με τιμή  $p<0,001$  σε όλες τις

περιπτώσεις. Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα και με εκείνα άλλων ερευνών παρόλο που χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά εργαλεία διερεύνησης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης (Iconomou et al., 2001, Fridriksdóttir et al., 2011).

Σχετικά με τα αποτελέσματα που αφορούν τα επίπεδα κατάθλιψης, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει βαθμολογία μέσα στα υγιή πλαίσια. Αναλυτικότερα, το 38,2% ήταν στην κατηγορία «φυσιολογικές μεταβολές διάθεσης», ένα ποσοστό 29,1% είχε ελαφριά διαταραχή της κατάθλιψης, ένα 14,5% ήπια μορφή κατάθλιψης και ένα 9,1% σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Αυτά τα αποτελέσματα δεν συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπου για το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διαπιστώθηκαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (Young et al., 2008, Papastavrou et al., 2009, Park et al., 2013, Karabekiroğlu et al., 2018). Ωστόσο, τα αποτελέσματά τους σχετικά με τη συσχέτιση σωματικής υγείας και επιπέδων κατάθλιψης είναι παρόμοια με της παρούσας μελέτης. Οι συμμετέχοντες με χαμηλότερα επίπεδα σωματικής υγείας είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Σε σχέση με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για το άγχος (STAI), οι μέσες τιμές τόσο για το μόνιμο άγχος (Trait) όσο και για το προσωρινό άγχος (State) είναι κοντά με αυτές των Ulgade, Krishnasamy και Schofield (Ugalde et al., 2014). Σε αυτή τη μελέτη η μέση τιμή για το μόνιμο άγχος ήταν 44,9 και για το προσωρινό άγχος 47,5 ενώ στην έρευνα των Ulgade, Krishnasamy και Schofield ήταν 45,21 και 41,21 αντίστοιχα. Αυτό δείχνει αυξημένο προσωρινό αλλά και μόνιμο άγχος, καθώς στην κλίμακα STAI το υψηλό άγχος είναι από 45-80. Αυτό είναι σύμφωνο και με άλλες έρευνες (Papastavrou et al., 2009, Ullrich et al., 2017, Karabekiroğlu et al., 2018). Ένα υψηλό επίπεδο άγχους (μόνιμου και προσωρινού) των φροντιστών θα μπορούσε να σχετίζεται με δυσκολία αντιμετώπισης της κατάστασης, ανησυχία για το μέλλον και φόβο για την μελλοντική απώλεια του πάσχοντα. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν ως πηγή άγχους σύμφωνα με τη μελέτη των Haley και συνεργατών (Haley et al., 2003). Σύμφωνα με τους Grov, Dahl, Moum & Fossa (Grov et al., 2005) το άγχος θεωρείται δείκτης της τρέχουσας επιβάρυνσης του φροντιστή καθώς και παράγοντας που επηρεάζει τις αντιδράσεις των φροντιστών σχετικά με τις προκλήσεις της φροντίδας. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να αντανακλούν το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών είναι στενά συνδεδεμένοι με τους πάσχοντες κι έτσι έχουν έναν φυσικό φόβο για την επικείμενη απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου. Η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να ισχύει και στην παρούσα μελέτη, καθώς στο δείγμα των συμμετεχόντων το 57,4% δήλωσε ότι το άτομο τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο που φροντίζουν είναι γονιός και το 24,1% σύζυγος του φροντιστή.

Η πιλοτική αυτή έρευνα είχε ως δυνατό σημείο το γεγονός ότι αξιολόγησε έναν πληθυσμό που δεν έχει μελετηθεί στην Ελλάδα και συμπεριέλαβε στην ανάλυση διάφορους παράγοντες που αφορούν στη φροντίδα. Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα πρέπει να ερμηνευτούν υπό το φως κάποιων περιορισμών. Αρχικά το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό και από μια περιοχή της χώρας μόνο. Συνεπώς, θα ήταν δύσκολο να γενικευτούν τα αποτελέσματα και να γίνουν συγκρίσεις. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ελήφθησαν σε μια περίοδο μετά από πανδημία, κατά τη διάρκεια της οποίας η ψυχική κατάσταση του γενικού πληθυσμού έχει επηρεαστεί αρνητικά (Stamu-O'Brien et al., 2020) και έτσι πιθανόν τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων σχετικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης να μην αφορούν αποκλειστικά την παροχή φροντίδας του πάσχοντα. Θα ήταν σκόπιμο να διενεργηθεί μια μελέτη σε ευρεία κλίμακα με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων από διαφορετικές περιοχές της χώρας προκειμένου τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευθούν.

Επίσης, όπως αναφέρουν οι Wadhwa και συνεργάτες (Wadhwa et al., 2011) στη μελέτη συμπεριελήφθησαν πάσχοντες με διάφορα είδη καρκίνου, κάτι το οποίο θα μπορούσε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των φροντιστών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες που φρόντιζαν κάποιο άτομο που πάσχει από καρκίνο στον πνεύμονα είχαν κατά 5,10 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) και κατά 7,51 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait Anxiety), συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που φρόντιζαν άτομα που έπασχαν από καρκίνο σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος. Θα ήταν σημαντικό να πραγματοποιηθεί μια έρευνα με το ίδιο είδος καρκίνου για πιο ξεκάθαρα αποτελέσματα.

Ένας άλλος περιορισμός ήταν ότι το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες σχετικά με την ποιότητα ζωής δεν ήταν εξειδικευμένο σχετικά με τις ανάγκες των φροντιστών ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, όπως το CareGiver Oncology Quality of Life Questionnaire (CarGoQol) των Minaya και συνεργάτες (Minaya et al., 2012), με αποτέλεσμα να μην διερευνώνται τομείς που αφορούν ειδικά φροντιστές ατόμων με καρκίνο, όπως: ψυχολογική ευεξία, επιβάρυνση, σχέση με την υγειονομική περίθαλψη, διαχείριση οικονομικών, σωματική ευεξία, αυτοεκτίμηση, ελεύθερος χρόνος, κοινωνική υποστήριξη και προσωπική ζωή. Θα ήταν ενδιαφέρον να διενεργηθεί μια τέτοια έρευνα με αυτό το ερωτηματολόγιο αφού μεταφραστεί και σταθμιστεί για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό.

Ως συμπέρασμα, τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν τη θετική συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με τη νόσο του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. Η εργασία αυτή συνέβαλε στην παροχή δεδομένων που αφορούν τον ελληνικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, αναδείχθηκαν ανάγκες

παροχής ψυχοκοινωνικής στήριξης στους φροντιστές. Η ομάδα αυτή θα μπορούσε να επωφεληθεί από υπηρεσίες ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας. Καθώς το είδος αυτό φροντίδας δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα στην Ελλάδα, η ανάδειξη της αναγκαιότητάς της μέσα από μελέτες σαν την παρούσα, αναμένεται να συμβάλει προς την κατεύθυνση αυτή. Ωστόσο, θα ήταν σκόπιμο να γίνει περαιτέρω έρευνα για το εν λόγω θέμα στον Ελληνικό πληθυσμό με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων. Είναι σημαντικό να προωθηθούν παρεμβάσεις ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας για τους φροντιστές, με στόχο την ψυχοκοινωνική τους στήριξη, με δεδομένη τη καθοριστική συμβολή τους στη φροντίδα ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου.

## Βιβλιογραφία

- Akyar, I., Dionne-Odom, J. N., Ozcan, M., & Bakitas, M. A. (2019). Needs Assessment for Turkish Family Caregivers of Older Persons with Cancer: First-Phase Results of Adapting an Early Palliative Care Model. *Journal of Palliative Medicine*, 22(9), 1065–1074. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0643>
- Alam, S., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2020). Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*, 38. <https://doi.org/10.1200/JCO.19>
- Al-Mandhari, A. (2018). Implementing WHO's global strategy in the Eastern Mediterranean Region: what next? *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 24 (8), 703–704 <https://doi.org/10.26719/2018.24.8.703>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596>
- Bakitas, M., Stevens, M., Ahles, T., Kirn, M., Skalla, K., Kane, N., Greenberg, E.R.(2004) Project Enable Co-Investigators. Project ENABLE: a palliative care demonstration project for advanced cancer patients in three settings. *J Palliat Med*.7(2):363-72. doi: 10.1089/109662104773709530. PMID: 15130218.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Berger, N. A., Savvides, P., Koroukian, S. M., Kahana, E. F., Deimling, G. T., Rose, J. H., Bowman, K. F., & Miller, R. H. (2006). Cancer in the Elderly. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 117, 147.
- Bloom, D. E., & Luca, D. L. (2016). *The Global Demography of Aging*. 3–56. <https://doi.org/10.1016/BS.HESPA.2016.06.002>
- Borasio, G. D. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative & Supportive Care*, 9(1), 1–2. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000489>
- Bradley, C. J. (2019). Economic Burden Associated with Cancer Caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(4), 333–336. <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2019.06.003>
- Cameron, J. I., Shin, J. L., Williams, D., & Stewart, D. E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 137–143. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00609-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00609-3)
- Carioli, G., Malvezzi, M., Bertuccio, P., Hashim, D., Waxman, S., Negri, E., Boffetta, P., & La Vecchia, C. (2019). Cancer mortality in the elderly in 11 countries worldwide, 1970–2015. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 30(8), 1344–1355. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDZ178>
- Clark, M. M., Atherton, P. J., Lapid, M. I., Rausch, S. M., Frost, M. H., Cheville, A. L., Hanson, J. M., Garces, Y. I., Brown, P. D., Sloan, J. A., Richardson, J. W., Piderman, K. M., & Rummans, T. A. (2014). Cancer Caregiver Fatigue: A High Level of Symptom Burden. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 31(2), 121. <https://doi.org/10.1177/1049909113479153>
- Derya, C. & Dilaver, T. (2015). Cancer in the elderly. *Northern Clinics of Istanbul*, 2(1). <https://doi.org/10.14744/NCI.2015.72691>
- DeSantis, C. E., Miller, K. D., Dale, W., Mohile, S. G., Cohen, H. J., Leach, C. R., Goding Sauer, A., Jemal, A., & Siegel, R. L. (2019). Cancer statistics for adults aged 85 years and older, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 452–467. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21577>

- Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Lyons, K. D., Hull, J. G., Tosteson, T., Li, Z., Li, Z., Frost, J., Dragnev, K. H., Akyar, I., Hegel, M. T., & Bakitas, M. A. (2015). Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *33*(13), 1446–1452. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.7824>
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, *13*(8), 562–576. <https://doi.org/10.1002/PON.773>
- Estape, T. (2018). Cancer in the elderly: Challenges and barriers. In *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* (Vol. 5, Issue 1, pp. 40–42). Wolters Kluwer Medknow Publications. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_52\\_17](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_52_17)
- Eurostat (2019). *Causes of death statistics - Statistics Explained*. Retrieved June 24, 2022, Ανάκτηση από: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Causes\\_of\\_death\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Causes_of_death_statistics)
- Fountoulakis, K. N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., & Kaprinis, G. S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, *5*, 2. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-5-2>
- Fridriksdóttir, N., Sævarsdóttir, P., Halfdánardóttir, S. Í., Jónsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Ólafsdóttir, K. L., Gudmundsdóttir, G., & Gunnarsdóttir, S. (2011). Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, *50*(2), 252–258. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.529821>
- Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (United States)*, *97*, 39. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- Giannakou, M., Roussi, P., Kosmides, M. E. & Kiosseoglou, G. (2013). Adaptation of the Beck Depression Inventory – II to Greek Population. *Hellenic Journal of Psychology*, *10*(2): 120-146
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Liappas, I. A., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, *8*, 23. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-23>
- Glaichen, M. (2012). Physical well-being of oncology caregivers: an important quality-of-life domain. *Seminars in Oncology Nursing*, *28*(4), 226–235. <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2012.09.005>
- Gomes, B., Higginson, I. J., Calanzani, N., Cohen, J., Deliens, L., Daveson, B. A., Bechinger-English, D., Bausewein, C., Ferreira, P. L., Toscani, F., Meñaca, A., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, S. T., Pasma, H. R. W., Albers, G., Hall, S., Murtagh, F. E. M., Haugen, D. F., ... Harding, R. (2012). Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, *23*(8), 2006–2015. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDR602>
- Govina, O., Kotronoulas, G., Mystakidou, K., Giannakopoulou, M., Galanos, A., & Patiraki, E. (2013a). Validation of the revised Bakas Caregiving Outcomes Scale in Greek

- caregivers of patients with advanced cancer receiving palliative radiotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 21(5), 1395–1404. <https://doi.org/10.1007/S00520-012-1681-7>
- Govina, O., Kotronoulas, G., Mystakidou, K., Katsaragakis, S., Vlachou, E., & Patiraki, E. (2015). Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2014.06.009>
- Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., & Fosså, S. D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 16(7), 1185–1191. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDI210>
- Guo, Z., Tang, H. ying, Li, H., Tan, S. kui, Feng, K. hua, Huang, Y. chun, Bu, Q., & Jiang, W. (2013). The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-121/FIGURES/2>
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003a). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 215–224. <https://doi.org/10.1089/109662103764978461>
- Hannon, B., Swami, N., Rodin, G., Pope, A., & Zimmermann, C. (2017). Experiences of patients and caregivers with early palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 31(1), 72–81. <https://doi.org/10.1177/0269216316649126>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beiland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/S11136-019-02214-9>
- Hashemi, M., Irajpour, A., & Taleghani, F. (2018). Caregivers needing care: the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(3), 759–766. <https://doi.org/10.1007/S00520-017-3886-2>
- Hudson, P. L., Aranda, S., & Kristjanson, L. J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 19–25. <https://doi.org/10.1089/109662104322737214>
- Iconomou, G., Viha, A., Kalofonos, H. P., & Kardamakis, D. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica*, 40(6), 766–771. <https://doi.org/10.1080/02841860152619205>
- Irfan, B., Irfan, O., Ansari, A., Qidwai, W., & Nanji, K. (2017). Impact of Caregiving on Various Aspects of the Lives of Caregivers. *Cureus*, 9(5). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.1213>
- Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C. (2018a). The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms on Caregiver Burden. *Cancer Nursing*, 41(2), 91–99. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000493>
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11(0 11). <https://doi.org/10.1002/ACR.20561>
- Karabekiroğlu, A., Demir, E. Y., Aker, S., Kocamanoğlu, B., & Karabulut, G. S. (2018a). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer

- patients. *Singapore Medical Journal*, 59(11), 572–577.  
<https://doi.org/10.11622/SMEDJ.2018066>
- Katsarou, A., Intas, G., Platis, C., Polidoropoulou, E., & Pierrakos, G. (2020). The contribution of healthcare services to quality at the end of a patient's life cycle. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 13(3), 29–42. <https://doi.org/10.24283/HJNS.202035>
- Kim, Y., Kashy, D. A., Spillers, R. L., & Evans, T. V. (2010a). Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: three cohorts comparison. *Psycho-Oncology*, 19(6), 573–582. <https://doi.org/10.1002/PON.1597>
- Krug, K., Miksch, A., Peters-Klimm, F., Engeser, P., & Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: A prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 15(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0082-y>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., & Brudniak, J. (2020). Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–16.  
<https://doi.org/10.3390/IJERPH17196938>
- Li, Q., Lin, Y., Xu, Y., & Zhou, H. (2018a). The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12955-018-1051-3>
- Lim, H. A., Tan, J. Y. S., Chua, J., Yoong, R. K. L., Lim, S. E., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Medical Journal*, 58(5), 258–261. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016083>
- Lingens, S. P., Schulz, H., & Bleich, C. (2021). Evaluations of psychosocial cancer support services: A scoping review. *PloS One*, 16(5).  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251126>
- Longo, C. J., Fitch, M., Deber, R. B., & Williams, A. P. (2006). Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 14(11), 1077–1085. <https://doi.org/10.1007/S00520-006-0088-8>
- Mackenbach, J. P. (2013). Political conditions and life expectancy in Europe, 1900–2008. *Social Science & Medicine* (1982), 82, 134–146.  
<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2012.12.022>
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D.A., Bastos, J.L., Bonamigo, R.R., Duquia, R.P. (2014). Sample size: how many participants do I need in my research? *An Bras Dermatol*.89(4):609-15. doi: 10.1590/abd1806-4841.20143705. PMID: 25054748; PMCID: PMC4148275.
- Minaya, P., Baumstarck, K., Berbis, J., Goncalves, A., Barlesi, F., Michel, G., Salas, S., Chinot, O., Grob, J. J., Seitz, J. F., Bladou, F., Clement, A., Mancini, J., Simeoni, M. C., & Auquier, P. (2012). The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 48(6), 904–911. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.09.010>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Kalaidopoulou, O., & Vlahos, L. (2002). The families evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients. *BMC Palliative Care*, 1(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-1-3>
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & Van Den Bos, G. A. M. (1999). Determinants of Caregiving Experiences and Mental Health of Partners of Cancer Patients. *Cancer*, 86(4):577-88. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19990815)86:4<577::aid-cncr6>3.0.co;2-s. PMID: 10440685.
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). Factors associated with



- depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27(8), 1607–1612. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw205>
- Northouse, L., Williams, A. L., Given, B., McCorkle, R., & Netter, F. H. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(11), 1227–1234. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5798>
- Oechsle, K., Goerth, K., Bokemeyer, C., & Mehnert, A. (2013). Anxiety and depression in caregivers of terminally ill cancer patients: impact on their perspective of the patients' symptom burden. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1095–1101. <https://doi.org/10.1089/JPM.2013.0038>
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Wowretzko, F., Zhang, Y., Dickel, L. M., Heine, J., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2020). Prevalence and Predictors of Distress, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Bereaved Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 37(3), 201–213. <https://doi.org/10.1177/1049909119872755>
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.02.003>
- Park, B., Kim, S. Y., Shin, J. Y., Sanson-Fisher, R. W., Shin, D. W., Cho, J., & Park, J. H. (2013a). Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: A nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Supportive Care in Cancer*, 21(10), 2799–2807. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1852-1>
- Parpa, E., Tsilika, E., Gennimata, V., & Mystakidou, K. (2015). Elderly cancer patients' psychopathology: a systematic review: aging and mental health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2014.09.008>
- Pilleron, S., Sarfati, D., Janssen-Heijnen, M., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., & Soerjomataram, I. (2019). Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: A population-based study. *International Journal of Cancer*, 144(1), 49–58. <https://doi.org/10.1002/IJC.31664>
- Prue, G., Santin, O., & Porter, S. (2015a). Assessing the needs of informal caregivers to cancer survivors: a review of the instruments. *Psycho-Oncology*, 24(2), 121–129. <https://doi.org/10.1002/PON.3609>
- Ratnakar, S., Banupriya, C., Doureradjou, P., Vivekanandam, S., Srivastava, M. K., & Koner, B. C. (2008). Evaluation of anxiety, depression and urinary protein excretion among the family caregivers of advanced cancer patients. *Biological Psychology*, 79(2), 234–238. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCHO.2008.06.001>
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. L. (2013). Informal caregiving for cancer patients. *Cancer*, 119 Suppl 11(0 11), 2160–2169. <https://doi.org/10.1002/CNCR.28057>
- Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E. K., Watzke, H., & Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(5), 1975–1982. <https://doi.org/10.1007/S00520-015-2987-Z>
- Sarfati, D., Koczwara, B., & Jackson, C. (2016). The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(4), 337–350. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21342>

- Shaffer, K. M., Kim, Y., Carver, C. S., & Cannady, R. S. (2017). Depressive symptoms predict cancer caregivers' physical health decline. *Cancer, 123*(21), 4277–4285. <https://doi.org/10.1002/CNCR.30835>
- Shahi, V., Lapidb, M. I., Kungb, S., Athertonc, P. J., Sloand, J. A., Clarkb, M. M., Rummansb, T. A., Shahi, V., Lapid, M. I., Kung, S., Atherton, P. J., Sloan, J. A., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2014). Do age and quality of life of patients with cancer influence quality of life of the caregiver? *J Geriatr Oncol. 5*(3):331-6. doi: 10.1016/j.jgo.2014.03.003. Epub 2014 Apr 14. PMID: 24726867; PMCID: PMC4364547.
- Shin, J. Y., Lim, J. W., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Cho, J., Jeong, A., Jo, D., Yim, C. Y., Park, K., & Park, J. H. (2018). Underestimated caregiver burden by cancer patients and its association with quality of life, depression and anxiety among caregivers. *European Journal of Cancer Care, 27*(2). <https://doi.org/10.1111/ECC.12814>
- Siefert, M.L., Williams, A.L., Dowd, M.F., Chappel-Aiken, L., McCorkle, R. (2008). The caregiving experience in a racially diverse sample of cancer family caregivers. *Cancer Nurs., 31*(5):399-407. doi: 10.1097/01.NCC.0000305760.04357.96. PMID: 18772665; PMCID: PMC2771410.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2012). Cancer Statistics , 2012. *CA Cancer J Clin. 62*(1):10-29. doi: 10.3322/caac.20138. Epub 2012 Jan 4. PMID: 22237781.
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal, 18*(1), 51. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
- Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H. C., Huber, J., Thomas, M., Winkler, E. C., Herzog, W., & Hartmann, M. (2015b). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer, 121*(9), 1513–1519. <https://doi.org/10.1002/cncr.29223>
- Spielberger, C., Gorsuch, R & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Polo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Stamu-O'Brien, C., Carniciu, S., Halvorsen, E., & Jafferany, M. (2020). Psychological aspects of COVID-19. *Journal of Cosmetic Dermatology, 19*(9), 2169–2173. <https://doi.org/10.1111/JOCD.13601>
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010a). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology, 19*(10), 1013–1025. <https://doi.org/10.1002/PON.1670>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21660>
- Swore Fletcher, B. A., Dodd., M. J., Schumacher, K. L. & Christine Miaskowski (2007). Symptom Experience of Family Caregivers of Patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum, 35*(2), 23-44
- Terret, C. (2004). Management and geriatric assessment of cancer in the elderly. *Expert Review of Anticancer Therapy, 4*(3), 469–475. <https://doi.org/10.1586/14737140.4.3.469>
- Treanor, C. J., Santin, O., Prue, G., Coleman, H., Cardwell, C. R., O'halloran, P., & Donnelly, M. (2019b). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009912.PUB2>
- Trevino, K. M., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2018b). Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psycho-Oncology, 27*(1), 243–249. <https://doi.org/10.1002/pon.4441>

- Tsigaropoulos, T., Mazaris, E., Chatzidarellis, E., Skolarikos, A., Varkarakis, I., & Deliveliotis, C. (2009). Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/J.1440-172X.2008.01725.X>
- Tuinstra, J., Hagedoorn, M., van Sonderen, E., Ranchor, A. v., van den Bos, G. A. M., Nijboer, C., & Sanderman, R. (2004). Psychological distress in couples dealing with colorectal cancer: Gender and role differences and intracouple correspondence. *British Journal of Health Psychology*, 9(4), 465–478. <https://doi.org/10.1348/1359107042304588>
- Ugalde, A., Krishnasamy, M., & Schofield, P. (2014). The relationship between self-efficacy and anxiety and general distress in caregivers of people with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 17(8), 939–941. <https://doi.org/10.1089/JPM.2013.0338>
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0206-z>
- Valero-Cantero, I., Martínez-Valero, F. J., Espinar-Toledo, M., Casals, C., Barón-López, F. J., & Vázquez-Sánchez, M. Á. (2020b). Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: Protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00570-9>
- Wadhwa, D., Burman, D., Swami, N., Rodin, G., Lo, C., & Zimmermann, C. (2013). Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 22(2), 403–410. <https://doi.org/10.1002/pon.2104>
- Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B. P. M., & Tan, J. Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 17(1), 1–29. <https://doi.org/10.1186/S12904-018-0346-9>
- Weis, J. (2015). Psychosocial care for cancer patients. *Breast Care*, 10(2), 84–86. <https://doi.org/10.1159/000381969>
- Weitzner, M. A., Haley, W. E., & Chen, H. (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 14(1), 269–281. [https://doi.org/10.1016/S0889-8588\(05\)70288-4](https://doi.org/10.1016/S0889-8588(05)70288-4)
- Wen, K.-Y., & Gustafson, D. H. (2004). Needs Assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 26;2:11. doi: 10.1186/1477-7525-2-11. PMID: 14987334; PMCID: PMC394345.
- WHO, *Palliative Care for Older People: Better Practices* (2011). Ανάκτηση από: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289002240>
- WHO, *Ageing*. (2018). Ανάκτηση από: [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)
- WHO, *Ageing and health*. (2021). Ανάκτηση από: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- WHO, *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. (2017). Ανάκτηση από: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WHO, *Global Cancer Observatory*. (2020). Ανάκτηση από: <https://gco.iarc.fr/>
- WHO, *Global health estimates: Leading causes of death*. (2019). Ανάκτηση από: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- WHO, *WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization*. (2012). Ανάκτηση από: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- WHO, *Palliative care*. (2018). Ανάκτηση από: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

- Williams, A. L. (2018). Family Caregivers to Adults with Cancer: The Consequences of Caring. *Recent Results in Cancer Research*, 210, 87–103. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_6)
- Williams, A. L., & McCorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative & Supportive Care*, 9(3), 315–325. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000265>
- Young, S. R., Young, H. Y., Park, S., Dong, O. S., Kwang, M. L., Han, J. Y., Jeong, H. K., Soon, O. K., Lee, R., Youn, O. L., & Nam, S. K. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(36), 5890–5895. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.3957>
- Yuen, E. Y. N., & Wilson, C. J. (2021). The Relationship between Cancer Caregiver Burden and Psychological Outcomes: The Moderating Role of Social Connectedness. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 29(1), 14–26. <https://doi.org/10.3390/CURRONCOL29010002>
- Ανδριοπούλου, Μ., Χάρος, Δ., & Στεργιάδης, Ε. (2018). Ο αντίκτυπος του καρκίνου στον ασθενή και στους φροντιστές και η σπουδαιότητα της ενδυνάμωσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), 601–611.
- Λιάκος & Γιαννίτση. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71–76.
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Τομάρας, Β., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β., & Χριστοδούλου, Γ. (2012). Τόμος 23 Τεύχος 2 - Ψυχομετρικές ιδιότητες του WHOQOL-BREF σε ομάδες Ελλήνων ασθενών και υγιών ατόμων: Πολιτισμική προσαρμογή με την ενσωμάτωση νέων ερωτήσεων. *Ψυχιατρική*, 23(2):130.