



«Σχολή Κοινωνικών Επιστημών»

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματικές νόσους.»

Αγγελική Καρατάσου

ΑΜ 530055

Επιβλέπων καθηγητής: π. Σέργιος Παραλίκας

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («Αγγελικής Καρατάσου») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την
ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματικές νόσους.»

«Αγγελική Καρατάσου»

AM 530055

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:
Παραλίκας Θεοδόσιος (πατήρ Σέργιος)
Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
Φραδέλος Ευάγγελος
Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Πάτρα, Ιούνιος 2026



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγο και τα παιδιά μου για την αμέριστη υποστήριξη και συμπαράσταση τους καθώς και την αγαπημένη φίλη και συνάδελφο Γεωργία Καπετανάκη για τις συμβουλές και την ψυχολογική υποστήριξη της σε όλη την πορεία μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η νεοπλασματική νόσος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις της σύγχρονης δημόσιας υγείας, επηρεάζοντας όχι μόνο τη σωματική κατάσταση των ασθενών αλλά και την ψυχική, κοινωνική και πνευματική τους ευημερία. Τα τελευταία χρόνια, η πνευματικότητα αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας προσαρμογής στην ασθένεια, καθώς συμβάλλει στην αναζήτηση νοήματος, στην ενίσχυση της ελπίδας και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ψυχολογικής επιβάρυνσης που συνοδεύει τη διάγνωση και την πορεία του καρκίνου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, καθώς και η διερεύνηση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών που ενδέχεται να επηρεάζουν τις παραπάνω παραμέτρους.

Μεθοδολογία: Η μελέτη είχε ποσοτικό, περιγραφικό και συσχετιστικό σχεδιασμό. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ογκολογικοί και αιματολογικοί ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των ερωτηματολογίων Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp12), General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) και World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF). Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφικά στατιστικά μέτρα, ελέγχους συσχέτισης, συγκρίσεις μεταξύ ομάδων και πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για τον προσδιορισμό των ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, με υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση του νοήματος ζωής. Παράλληλα, καταγράφηκαν σημαντικά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, κυρίως ως προς το άγχος, την αϋπνία και την κοινωνική δυσλειτουργία. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε από μέτρια έως ικανοποιητική, με χαμηλότερες επιδόσεις στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων. Επιπλέον, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής και αρνητική συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας και ψυχολογικής



δυσφορίας. Οι διαστάσεις του νοήματος και της εσωτερικής γαλήνης εμφάνισαν ισχυρότερη σχέση με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία συγκριτικά με τη διάσταση της πίστης. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε την ψυχική υγεία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το γυναικείο φύλο και τη διάσταση της πνευματικής ηρεμίας ως ανεξάρτητους παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασματική νόσο. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη ενσωμάτωσης της πνευματικής διάστασης στη σύγχρονη ογκολογική φροντίδα μέσω μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, η οποία θα ανταποκρίνεται στις σύνθετες βιοψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: πνευματικότητα, νεοπλασματική νόσος, καρκίνος, ψυχική υγεία, ποιότητα ζωής, ογκολογικοί ασθενείς.



«The Association of Spirituality with Mental Health and Quality of Life in Patients with Cancer»

«Aggeliki Karatasou»

Abstract

Introduction: Neoplastic disease represents one of the most significant challenges to modern public health, affecting not only patients' physical condition but also their psychological, social, and spiritual well-being. In recent years, spirituality has been recognized as an important factor in adapting to illness, as it contributes to meaning-making, enhances hope, and facilitates more effective coping with the psychological burden associated with the diagnosis and progression of cancer.

Aim: The aim of the present study was to investigate the relationship between spirituality, mental health, and quality of life among patients with neoplastic disease, as well as to examine the demographic and social characteristics that may influence these parameters.

Methodology: The study employed a quantitative, descriptive, and correlational design. The sample consisted of 100 oncology and hematology patients receiving care at Venizeleio General Hospital of Heraklion, Greece. Data were collected using the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp12), the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), and the World Health Organization Quality

of Life – BREF (WHOQOL-BREF). Statistical analysis included descriptive statistics, correlation analyses, comparisons between groups, and multivariable linear regression analysis to identify independent predictors of quality of life.

Results: Participants demonstrated moderate to high levels of spirituality, with the highest scores observed in the dimension of meaning in life. At the same time, considerable levels of psychological distress were recorded, particularly with regard to anxiety, insomnia, and social dysfunction. Quality of life was assessed as moderate to satisfactory, with lower scores observed in the domain of social relationships. Furthermore, a positive association was identified between spirituality and quality of life, whereas a negative association was found between spirituality and psychological distress. The dimensions of meaning and inner peace exhibited stronger relationships with quality of life and mental health compared with the dimension of faith. Multivariable linear regression analysis identified mental health, educational level, female gender, and the dimension of spiritual peace as independent predictors of quality of life.

Conclusions: Spirituality appears to be an important protective factor for the mental health and quality of life of patients with neoplastic disease. The findings highlight the need to integrate the spiritual dimension into contemporary oncology care through a holistic and patient-centered approach that addresses the complex biopsychosocial and spiritual needs of patients.

Keywords: spirituality, neoplastic disease, cancer, mental health, quality of life, oncology patients.



Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	vi-vi
ABSTRACT.....	vii-viii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	ix-xii
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ.....	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xiv-xv
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	xvi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1 Η νεοπλασματική νόσος ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας	1
1.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις της διάγνωσης νεοπλασματικής νόσου.....	1
1.3 Η έννοια της πνευματικότητας στην υγεία και στην νόσο	1-2
1.4 Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο	2
1.5 Η αλληλεπίδραση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ.....	3
2.1 Νεοπλασματική νόσος	3
2.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση και επιδημιολογική σημασία	3
2.1.2 Ταξινόμηση νεοπλασματικών νοσημάτων	3-4
2.1.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις και η επίδραση τους στον ασθενή	4
2.2 Επιπτώσεις της νεοπλασματικής νόσου στον ασθενή	4
2.2.1 Σωματικές και γνωστικές επιπτώσεις	4
2.2.2 Ψυχολογική επιβάρυνση και συναισθηματική δυσφορία	4-5
2.2.3 Νεοπλασματική νόσος και ποιότητα ζωής	5
2.3 Η μετάβαση στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και την ολιστική φροντίδα.....	5
2.3.1 Η μετάβαση στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο	5-6
2.3.2 Η έννοια της ολιστικής φροντίδας	6
2.3.3 Ο ρόλος της πνευματικότητας στο ολιστικό πλαίσιο	6-7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πνευματικότητα και νεοπλασματική νόσος	8
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση και σύγχρονοι ορισμοί.....	8-9

3.2	Οι διαστάσεις της πνευματικής εμπειρίας στον καρκίνο	9
3.2.1	Αναζήτηση νοήματος.....	9-10
3.2.2	Σύνδεση και υπέρβαση	10
3.2.3	Η υπαρξιακή διάσταση	10
3.2.4	Σκοπός και ελπίδα.....	10-11
3.3	Πνευματικές ανάγκες, πνευματική αντιμετώπιση και πνευματική φροντίδα	11-13
3.4	Πνευματική δυσφορία (Spiritual Distress)	13-14
3.5	Η πνευματικότητα ως στοιχείο της πνευματικής φροντίδας.....	14-15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	Ψυχική υγεία και νεοπλασματική νόσος	16
4.1	Η έννοια της ψυχικής δυσφορίας στην ογκολογία	16-17
4.1.2	Κατάθλιψη	17
4.1.3	Αγχος και Φόβος Υποτροπής (Fear of Cancer Recurrence – FCR)	18
4.1.4	Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)	18-19
4.2	Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία ασθενών με νεοπλασματική νόσο	19
4.2.1	Βιολογικοί και Θεραπευτικοί Παράγοντες	19
4.2.2	Ψυχολογικοί Παράγοντες	20
4.2.3	Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες	20
4.2.4	Συμπαγείς Όγκοι και Εικόνα Σώματος	21
4.2.5	Αιματολογικές Παθήσεις και Κοινωνική Απομόνωση	21-22
4.3	Ο Ρόλος της Κοινωνικής Υποστήριξης και της Ανθεκτικότητας	22-23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	Η Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Νεοπλασματικές Νόσους	24
5.1	Ορισμός Ποιότητας ζωής	24
5.2	Η Σημασία της Ποιότητας Ζωής στην Ογκολογία	24-25
5.3	Οι Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής και οι Παράγοντες που την Επηρεάζουν	25
5.3.1	Σωματική διάσταση	25-26
5.3.2	Ψυχολογική Διάσταση	26
5.3.3	Κοινωνική Διάσταση	27
5.3.4	Λειτουργική διάσταση	27-28
5.5	Επίδραση του Τύπου και του Σταδίου του Καρκίνου στην Ποιότητα Ζωής	28
5.6	Επίδραση της θεραπείας στους τομείς της ποιότητας ζωής	28-29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :	Η Σχέση Πνευματικότητας, Ψυχικής Υγείας και Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς με Νεοπλασματική Νόσο	30
6.1	Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία	30-31



6.2 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα ζωής	31-32
6.3 Η Πνευματικότητα ως Μηχανισμός Προσαρμογής στη Νεοπλασματική	32-33
6.4 Η Σημασία της Πνευματικής Φροντίδας στην Κλινική Πρακτική	33-34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μεθοδολογία Έρευνας	35
7.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	35
7.2 Σκοπός Μελέτης	35-36
7.3 Ερευνητικά Ερωτήματα	36
7.4 Χαρακτηριστικά δείγματος	36
7.5 Ερευνητικά εργαλεία	37
7.5.1 Ερωτηματολόγιο FACIT-sp-12	37-38
7.5.2 Ερωτηματολόγιο GHQ-28	38-39
7.5.3 Ερωτηματολόγιο WHOQoL-Bref	39-40
7.6 Μεταβλητές της Μελέτης	41
7.7 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	41
7.8 Στατιστική Ανάλυση	41-42
7.9 Ηθικά Ζητήματα	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Αποτελέσματα	43
8.1 Δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	44-47
8.2 Περιγραφικά στατιστικά για τις κλίμακες FACIT-sp12, GHQ-28 και WHOQoL-Bref	47-51
8.3 Παράγοντες που επιδρούν στην WHOQoL-Bref	52-60
8.4 Σχέσεις μεταξύ WHOQoL-Bref, FACIT-12 και GHQ-28	60-67
8.5 Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση των μεταβλητών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	67-69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συζήτηση	70
9.1 Πνευματικότητα των ασθενών με νεοπλασματική νόσο	70-71
9.2 Ψυχική υγεία και σχέση με την πνευματικότητα	72
9.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με νεοπλασματική νόσο	72
9.4 Σχέση πνευματικότητας και ποιότητας ζωής	72-73
9.5 Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες	73
9.5.1 Πολυπαραγοντική διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα	



ζωής	73-74
9.6 Περιορισμοί της Μελέτης	74-75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76-77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	78
11.1 Προτάσεις για την Κλινική Πρακτική	78-79
11.2 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2- ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	



Ευρετήριο Διαγραμμάτων/Εξισώσεων

Διάγραμμα 1	Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων	45
Διάγραμμα 2	Δηλωμένη θρησκευτική πίστη συμμετεχόντων	45
Διάγραμμα 3	Βαθμός θρησκευτικότητας ερωτώμενων	46
Διάγραμμα 4	Απαντήσεις στην ερώτηση «Έχετε υποστηρικτικό περιβάλλον;»	46
Διάγραμμα 5	Θηκογράμματα (διαγράμματα Box and Whisker) των κλιμάκων Facit-sp-12	48
Διάγραμμα 6	Θηκογράμματα (διαγράμματα Box and Whisker) των κλιμάκων GHQ-28	50
Διάγραμμα 7	Θηκογράμματα (διαγράμματα Box and Whisker) των κλιμάκων WHOQoL-Bref	51
Διάγραμμα 8	Διαγράμματα διασποράς WHOQoL-Bref PSYCH και ENVIR με την ηλικία των ερωτώμενων	54
Διάγραμμα 9	Ραβδογράμματα των κλιμάκων WHOQoL-Bref με τη θρησκευτική πίστη....	57
Διάγραμμα 10	Ραβδογράμματα των κλιμάκων WHOQoL-Bref με τον βαθμό θρησκευτικής πίστης	57
Διάγραμμα 11	Ραβδογράμματα των κλιμάκων WHOQoL-Bref με βάση τα έτη από τη διάγνωση	58
Διάγραμμα 12	Ραβδογράμματα της κλίμακας WHOQoL-Bref GQ με το δείκτη συνολικό GHQ-28 (α) και του WHOQoL-Bref GH με το συνολικό GHQ-28 (β)	64
Εξίσωση 1.	Μετατροπή των βαθμολογιών WHOQOL-Bref σε κλίμακα 0-100	40

Κατάλογος Πινάκων/Εικόνων

Πίνακας 1. Κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα του ερωτηματολογίου FACIT-sp-12	37
Πίνακας 2. Κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα του ερωτηματολογίου GHQ-28.....	38
Πίνακας 3. Κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα του ερωτηματολογίου WHOQoL-Bref	40
Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	44
Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	47
Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας FACIT-sp12	48
Πίνακας 7. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας GHQ-28.....	49
Πίνακας 8. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας WHOQoL-Bref (κλίμακα 0-100).....	51
Πίνακας 9. Επίδραση του φύλου των ερωτώμενων στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref.	52
Πίνακας 10. Επίδραση της ηλικίας των ερωτώμενων στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL- Bref	53
Πίνακας 11. Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της περιοχής διαμονής στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref	55-56
Πίνακας 12. Επίδραση της εργασίας ή όχι στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref ..	58
Πίνακας 13. Επίδραση της τρέχουσας θεραπείας στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL- Bref	59
Πίνακας 14. Επίδραση του υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref	60
Πίνακας 15. Συσχέτιση της κλίμακας θρησκευτικότητας FACIT-Sp12 στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref	61-62
Πίνακας 16. Συσχέτιση των κλιμάκων κατάστασης υγείας GHQ-28 με τις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref	63-64
Πίνακας 17. Συσχέτιση των κλιμάκων κατάστασης υγείας GHQ-28 με τις κλίμακες πνευματικότητας FACIT-sp12	66
Πίνακας 18. Σύνοψη των κλιμάκων κατάστασης υγείας WHOQOL-Bref με τις μεταβλητές της.....	68



Πίνακας 19. Συντελεστές b με 95%CI (95%LL-95%UL) της επίδρασης στην κλίμακα VAS0-100 της ποιότητας ζωής WHOQoL-Brief από τις επεξηγηματικές μεταβλητές.....69

Εικόνα 1. The biopsychosocial model.....6

Εικόνα 2. Mental burden predictive.....20



Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

α	Cronbach's Alpha (Συντελεστής Εσωτερικής Συνέπειας)
AA	Άγχος και Αϋπνία (Anxiety and Insomnia)
APA	American Psychological Association
ENVIR	Environment (Περιβάλλον)
FACIT-Sp12	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale
FCR	Fear of Cancer Recurrence (Φόβος Υποτροπής του Καρκίνου)
GH	General Health (Γενική Υγεία)
GHQ-28	General Health Questionnaire – 28 items
HRQoL	Health-Related Quality of Life
KS	Kolmogorov–Smirnov Test
ΚΔ	Κοινωνική Δυσλειτουργία (Social Dysfunction)
Min	Minimum (Ελάχιστη Τιμή)
Max	Maximum (Μέγιστη Τιμή)
MO	Μέσος Όρος (Mean)
N	Number of Participants (Μέγεθος Δείγματος)
p	Probability Value (Επίπεδο Στατιστικής Σημαντικότητας)
PHYS	Physical Health (Σωματική Υγεία)
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder (Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες)
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
PSYCH	Psychological Health (Ψυχολογική Υγεία)
QH	Quality of Life (Γενική Ποιότητα Ζωής)
SOCIL	Social Relationships (Κοινωνικές Σχέσεις)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ΣΚ	Σοβαρή Κατάθλιψη (Severe Depression)
ΣΣ	Σωματικά Συμπτώματα (Somatic Symptoms)
ΣΥΝ	Συνολική Βαθμολογία GHQ-28 (Total GHQ-28 Score)
ΤΑ	Τυπική Απόκλιση
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – BREF

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή

1.1 Η νεοπλασματική νόσος ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας

Η νεοπλασματική νόσος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τα σύγχρονα συστήματα υγείας και μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, ο καρκίνος συγκαταλέγεται μεταξύ των κυριότερων αιτιών θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο, με εκατομμύρια νέα περιστατικά να καταγράφονται κάθε χρόνο. Η νόσος περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κακοήθων παθήσεων που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων και δυνατότητα διήθησης ή μετάστασης σε άλλα όργανα του σώματος (Sung κ.ά., 2021).

1.2 Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της διάγνωσης νεοπλασματικής νόσου

Η διάγνωση της νεοπλασματικής νόσου συνοδεύεται συχνά από σημαντική ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση. Η εμπειρία της ασθένειας, οι απαιτητικές θεραπευτικές διαδικασίες και η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της υγείας μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά την ψυχική κατάσταση των ασθενών, οδηγώντας συχνά σε αυξημένα επίπεδα άγχους, συναισθηματικής δυσφορίας και μειωμένης λειτουργικότητας (Niedzwiedz κ.ά., 2019; Pitman κ.ά., 2018). Η ψυχολογική αυτή επιβάρυνση δύναται να επηρεάσει αρνητικά την προσαρμογή στη νόσο, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη συνολική ποιότητα ζωής (Caruso κ.ά., 2017).

1.3. Η έννοια της πνευματικότητας στην υγεία και στη νόσο

Στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής, η φροντίδα των ασθενών με νεοπλασματική νόσο δεν περιορίζεται πλέον μόνο στη θεραπεία της νόσου, αλλά περιλαμβάνει και τη συνολική ευημερία του ατόμου. Η πνευματικότητα αναγνωρίζεται ως μία σημαντική διάσταση της ολιστικής φροντίδας, καθώς σχετίζεται με την αναζήτηση νοήματος, σκοπού και σύνδεσης με τον εαυτό, τους άλλους ή ένα ευρύτερο υπαρξιακό πλαίσιο (Koenig, 2015). Στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, η πνευματικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός ψυχολογικής

και υπαρξιακής προσαρμογής απέναντι στην αβεβαιότητα, τον φόβο και τις αλλαγές που επιφέρει η νόσος (Balboni κ.ά., 2013).

1.4. Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο

Η ποιότητα ζωής αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης της συνολικής υγείας και ευημερίας των ασθενών με καρκίνο. Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και λειτουργική διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας. Στην ογκολογία, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν αποσκοπούν μόνο στην επιβίωση, αλλά και στη διατήρηση της λειτουργικότητας και της καθημερινής ευεξίας των ασθενών (Nolazco & Chang, 2023).

1.5 Η αλληλεπίδραση πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο

Τα τελευταία χρόνια, αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υψηλότερα επίπεδα πνευματικής ευημερίας σχετίζονται με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή, μειωμένη ψυχολογική δυσφορία και υψηλότερη αντίληψη ποιότητας ζωής (Xing κ.ά., 2018). Παρά τη σημαντική πρόοδο της βιβλιογραφίας, εξακολουθούν να υπάρχουν ερευνητικά κενά σχετικά με την ταυτόχρονη διερεύνηση των τριών αυτών διαστάσεων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που περιλαμβάνουν τόσο ασθενείς με συμπαγείς όγκους όσο και ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Η διερεύνηση αυτής της σχέσης μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της σύγχρονης ογκολογικής φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ πνευματικότητας, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Για την πληρέστερη κατανόηση της σχέσης αυτής, κρίνεται απαραίτητη η βιβλιογραφική προσέγγιση των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και υπαρξιακών παραγόντων που διαμορφώνουν την εμπειρία της νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, το επόμενο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη θεωρητική διερεύνηση της νεοπλασματικής νόσου, των επιπτώσεών της στον ασθενή και της σημασίας της ολιστικής φροντίδας στη σύγχρονη ογκολογική πρακτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών με νεοπλασματική νόσο απαιτεί μια πολυδιάστατη θεωρητική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη όχι μόνο τη βιολογική φύση της νόσου αλλά και τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και υπαρξιακές της επιπτώσεις. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά τη νεοπλασματική νόσο, τις συνέπειές της στη ζωή των ασθενών, καθώς και τη μετάβαση προς ένα βιοψυχοκοινωνικό και ολιστικό μοντέλο φροντίδας.

2.1 Νεοπλασματική νόσος

2.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση και επιδημιολογική σημασία

Η νεοπλασματική νόσος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, επηρεάζοντας εκατομμύρια ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί στη διάγνωση και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοηθειών, ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, τόσο λόγω της αυξημένης επίπτωσής του όσο και εξαιτίας των πολύπλευρων επιπτώσεων που επιφέρει στη ζωή των ασθενών και στα συστήματα υγείας (Bray κ.ά., 2021; Sung κ.ά., 2021). Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από παράγοντες όπως ο τύπος της νεοπλασίας, το στάδιο κατά τη διάγνωση, η βιολογική συμπεριφορά του όγκου και η πρόσβαση σε έγκαιρες και αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

2.1.2 Ταξινόμηση Νεοπλασματικών Νοσημάτων

Οι νεοπλασματικές παθήσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κακοήθων διαταραχών, οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς τη βιολογική συμπεριφορά, την πρόγνωση και τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Σε γενικές γραμμές, οι κακοήθεις νεοπλασίες ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες: τις συμπαγείς νεοπλασίες και τις αιματολογικές κακοήθειες. Οι

συμπαγείς όγκοι αναπτύσσονται σε συγκεκριμένα όργανα ή ιστούς, ενώ οι αιματολογικές κακοήθειες αφορούν το αιμοποιητικό και λεμφικό σύστημα, όπως οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα και το πολλαπλούν μυέλωμα (Taylor κ.ά., 2017). Η ταξινόμηση αυτή είναι σημαντική, καθώς σχετίζεται με διαφοροποιήσεις στη θεραπευτική στρατηγική, στη διάρκεια της νόσου και στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν οι ασθενείς

2.1.3 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις και η Επίδρασή τους στον Ασθενή

Η αντιμετώπιση της νεοπλασματικής νόσου βασίζεται συνήθως σε συνδυασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, οι στοχευμένες θεραπείες και η ανοσοθεραπεία. Η πρόοδος της σύγχρονης ογκολογίας έχει συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης και της μακροχρόνιας διαχείρισης της νόσου. Ωστόσο, οι θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις συχνά συνοδεύονται από σημαντικές σωματικές, λειτουργικές και ψυχολογικές επιβαρύνσεις, οι οποίες επηρεάζουν ουσιαστικά την καθημερινή ζωή των ασθενών (S. Liu κ.ά., 2023; Schirrmacher, 2019) Για τον λόγο αυτό, η υποστηρικτική και εξατομικευμένη φροντίδα αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της θεραπευτικής πορείας.

2.2 Επιπτώσεις της Νεοπλασματικής Νόσου στον Ασθενή

2.2.1 Σωματικές και Γνωστικές Επιπτώσεις

Η νεοπλασματική νόσος και οι θεραπευτικές της παρεμβάσεις συχνά επιφέρουν σημαντικές σωματικές και γνωστικές επιπτώσεις, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την αυτονομία των ασθενών. Συχνά συμπτώματα περιλαμβάνουν την κόπωση, τον πόνο, τη ναυτία, τις διαταραχές ύπνου και τη μειωμένη αντοχή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρούνται και γνωστικές δυσκολίες, όπως διαταραχές μνήμης, συγκέντρωσης και εκτελεστικής λειτουργίας, γνωστές και ως *chemobrain* (2019) Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την καθημερινή δραστηριότητα, την εργασιακή ικανότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (Lange κ.ά., 2019; Takkar, 2024).

2.2.2 Ψυχολογική Επιβάρυνση και συναισθηματική δυσφορία

Η διάγνωση και η πορεία της νεοπλασματικής νόσου συνοδεύονται συχνά από σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση. Η αβεβαιότητα σχετικά με την πρόγνωση, ο φόβος της υποτροπής,

οι απαιτητικές θεραπευτικές διαδικασίες και οι μεταβολές στην καθημερινότητα αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση άγχους, συναισθηματικής δυσφορίας και ψυχικής εξάντλησης (Caruso κ.ά., 2017). Η ψυχολογική επιβάρυνση δεν περιορίζεται μόνο στην άμεση αντίδραση στη διάγνωση, αλλά μπορεί να επηρεάσει διαχρονικά την ψυχική υγεία, την κοινωνική προσαρμογή και τη συνολική ευημερία των ασθενών (Shalata κ.ά., 2024; Shivappa κ.ά., 2024).

2.2.3 Νεοπλασματική νόσος και ποιότητα ζωής.

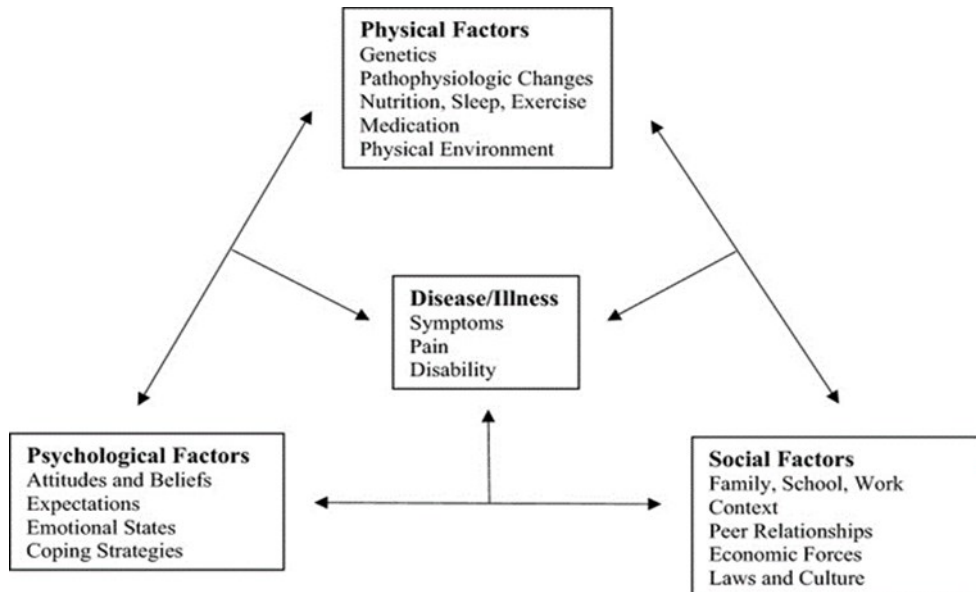
Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης της συνολικής κατάστασης υγείας των ασθενών με καρκίνο. Η νεοπλασματική νόσος επηρεάζει πολυδιάστατα τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και λειτουργική διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας. Οι ασθενείς συχνά βιώνουν περιορισμό της λειτουργικότητας, μεταβολές στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλαγές στην εικόνα σώματος και μειωμένη συμμετοχή στην καθημερινή και κοινωνική δραστηριότητα (Fabi κ.ά., 2020). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έχει επομένως καθοριστική σημασία στη σύγχρονη ογκολογική φροντίδα.

2.3 Η Μετάβαση στο Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο και την Ολιστική Φροντίδα

2.3.1 Η μετάβαση στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Η σύγχρονη ογκολογική φροντίδα έχει μετακινηθεί από μια καθαρά βιοϊατρική προσέγγιση προς ένα περισσότερο ολιστικό και ανθρωποκεντρικό πλαίσιο. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Εικόνα 1) αναγνωρίζει ότι η εμπειρία της νόσου δεν καθορίζεται μόνο από τη βιολογική της διάσταση, αλλά επηρεάζεται και από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι

αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και διαμορφώνουν την πορεία και την προσαρμογή του ασθενούς στη νόσο (Wade & Halligan, 2017).



Εικόνα 1: The biopsychosocial model

2.3.2 Η Έννοια της Ολιστικής Φροντίδας

Η ολιστική φροντίδα στην ογκολογία στοχεύει στην κάλυψη των πολύπλευρων αναγκών των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχολογική, κοινωνική και υπαρξιακή τους διάσταση. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει τον ασθενή ως ολότητα και όχι αποκλειστικά ως φορέα συμπτωμάτων ή βιολογικής νόσου. Η ενσωμάτωση ασθενοκεντρικών πρακτικών, υποστηρικτικής φροντίδας και σεβασμού στις προσωπικές αξίες των ασθενών συμβάλλει στη βελτίωση της θεραπευτικής εμπειρίας και της συνολικής ποιότητας ζωής (Puchalski κ.ά., 2014; Riba κ.ά., 2023).

2.3.3 Ο Ρόλος της Πνευματικότητας στο Ολιστικό Πλαίσιο

Στο πλαίσιο της ολιστικής ογκολογικής φροντίδας, η πνευματικότητα αναδεικνύεται ως μια κρίσιμη συνιστώσα που βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει την υπαρξιακή απειλή του θανάτου. Η αναζήτηση νοήματος μέσα από τη δοκιμασία της νόσου επιτρέπει στους ασθενείς να αναδιαμορφώσουν την ταυτότητά τους και να βρουν εσωτερική γαλήνη (Balboni κ.ά., 2022; Koenig κ.ά., 2020). Η πνευματική υποστήριξη, επομένως, δεν θεωρείται πλέον προαιρετική αλλά αναπόσπαστο μέρος της ογκολογικής φροντίδας που συμβάλλει άμεσα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Puchalski κ.ά., 2014). Παράλληλα, μέσω της αξιολόγησης πνευματικών αναγκών και της παροχής κατάλληλης υποστήριξης, έχει αποδειχθεί η ενίσχυση της



ικανοποίησης των ασθενών και η συμβολή της στη λήψη αποφάσεων που ευθυγραμμίζονται με τις αξίες τους (Ferrell κ.ά., 2017). Ως εκ τούτου, η πνευματικότητα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ασθενοκεντρικής και ολιστικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση της νεοπλασματικής νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πνευματικότητα και Νεοπλασματική Νόσος

3.1 Εννοιολογική Προσέγγιση και Σύγχρονοι Ορισμοί

Η πνευματικότητα αποτελεί μια σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στον χώρο των επιστημών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Στην ογκολογία δεν αποτελεί πλέον μια αφηρημένη ή αποκλειστικά φιλοσοφική έννοια, αλλά μια κλινικά αναγνωρισμένη διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας που ενεργοποιείται ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου (Ljubičić Bistronić κ.ά., 2021). Παρά τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στη βιβλιογραφία ως προς τον ορισμό της, οι σύγχρονες προσεγγίσεις συγκλίνουν στο ότι η πνευματικότητα σχετίζεται με την αναζήτηση νοήματος και σκοπού στη ζωή, καθώς και με την αίσθηση σύνδεσης με τον εαυτό, τους άλλους ανθρώπους, τη φύση ή μια υπερβατική πραγματικότητα (Puchalski κ.ά., 2019).

Η έννοια αυτή υπερβαίνει τα στενά όρια της θρησκευτικότητας, καθώς μπορεί να εκφραστεί τόσο μέσα από οργανωμένες θρησκευτικές πρακτικές όσο και μέσα από προσωπικές φιλοσοφικές, υπαρξιακές ή αξιακές προσεγγίσεις. Ιστορικά, ο όρος «πνευματικότητα» χρησιμοποιούνταν κυρίως για να περιγράψει πρακτικές ανθρώπων που αφιέρωναν τη ζωή τους στη θρησκευτική λατρεία ή που ενσάρκωναν τις διδασκαλίες των θρησκευτικών τους παραδόσεων (Koenig & Büssing, 2010). Ωστόσο, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η πνευματικότητα άρχισε να αντιμετωπίζεται ως διακριτή έννοια από τη θρησκευτικότητα, παρόλο που η επιστημονική κοινότητα εξακολουθεί συχνά να χρησιμοποιεί τον όρο «θρησκευτικότητα/πνευματικότητα» (religiosity/spirituality) για να περιγράψει το σχετικό ερευνητικό πεδίο (de Brito Sena κ.ά., 2021).

Η θρησκευτικότητα (religiousness) αναφέρεται κυρίως στην υιοθέτηση συγκεκριμένων δογματικών αντιλήψεων και στη συμμετοχή σε οργανωμένες τελετουργικές πρακτικές, ενώ η πνευματικότητα θεωρείται μια ευρύτερη και περισσότερο προσωπική ανθρώπινη εμπειρία που μπορεί να υπάρξει και εκτός θρησκευτικών πλαισίων (*Spirituality's Impact on Cancer Treatment Outcomes - European Society of Medicine*, 2025). Για τον λόγο αυτό, πολλοί άνθρωποι αυτοπροσδιορίζονται ως «πνευματικοί αλλά όχι θρήσκοι», αναγνωρίζοντας την

ανάγκη νοήματος, σύνδεσης και υπέρβασης χωρίς απαραίτητα να εντάσσονται σε κάποιο οργανωμένο θρησκευτικό σύστημα (Almaraz κ.ά., 2022).

Στο πλαίσιο της νεοπλασματικής νόσου, η πνευματικότητα λειτουργεί ως το υπαρξιακό υπόβαθρο πάνω στο οποίο ο ασθενής προσπαθεί να ερμηνεύσει την εμπειρία της ασθένειας. Η διάγνωση του καρκίνου συχνά οδηγεί σε επαναπροσδιορισμό προτεραιοτήτων, αξιών και προσωπικών πεποιθήσεων, καθώς το άτομο καλείται να διαχειριστεί την αβεβαιότητα, την απειλή της θνητότητας και τις αλλαγές που επιφέρει η νόσος στην καθημερινότητά του. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η πνευματικότητα θεωρείται ως η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί τη θέληση για ζωή και να αναζητά νόημα ακόμη και υπό την απειλή του θανάτου (Ljubičić Bistronić κ.ά., 2021). Παράλληλα, η σχέση μεταξύ καρκίνου και πνευματικότητας παραμένει βαθιά προσωπική και επηρεάζεται από πολιτισμικούς, κοινωνικούς, θρησκευτικούς και θεραπευτικούς παράγοντες (*Spirituality's Impact on Cancer Treatment Outcomes - European Society of Medicine*, 2025).

3.2 Οι Διαστάσεις της Πνευματικής Εμπειρίας στον Καρκίνο

Η αναγνώριση της πνευματικότητας ως σημαντικής διάστασης της υγείας έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη της έννοιας της «πνευματικής υγείας» (spiritual health). Η πνευματική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να βιώνει νόημα, σκοπό και αρμονία στη ζωή του, καθώς και να διατηρεί μια αίσθηση εσωτερικής συνοχής και σύνδεσης (Long κ.ά., 2024). Στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, η πνευματική εμπειρία συχνά αναδύεται εντονότερα εξαιτίας της υπαρξιακής απειλής που συνοδεύει την ασθένεια.

3.2.1 Αναζήτηση Νοήματος

Μία από τις βασικές διαστάσεις της πνευματικότητας είναι η αναζήτηση νοήματος (meaning-making). Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί συχνά ένα έντονο «υπαρξιακό σοκ», αναγκάζοντας το άτομο να θέσει ερωτήματα σχετικά με το «γιατί» της νόσου και τη σημασία της εμπειρίας αυτής για τη ζωή του. Η πνευματικότητα παρέχει το πλαίσιο μέσα από το οποίο το άτομο επιχειρεί να επεξεργαστεί και να ενσωματώσει την εμπειρία της ασθένειας στη συνολική βιογραφία και ταυτότητά του (Lazenby, 2018).

Σύμφωνα με σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, η αναζήτηση νοήματος αποτελεί θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη και επηρεάζει σημαντικά την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του. Η διαδικασία αυτή δεν είναι στατική αλλά εξελίσσεται διαρκώς,

επηρεαζόμενη από προσωπικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Park, 2022). Στο πλαίσιο της ογκολογικής εμπειρίας, η δυνατότητα του ασθενούς να δώσει νόημα στην ασθένεια του, φαίνεται να συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή απέναντι στις θεραπευτικές και υπαρξιακές προκλήσεις.

3.2.2 Σύνδεση και Υπέρβαση

Μια δεύτερη σημαντική διάσταση της πνευματικότητας είναι η έννοια της σύνδεσης (connectedness). Η σύνδεση αυτή μπορεί να εκφραστεί σε διαφορετικά επίπεδα, όπως η σύνδεση με τον εαυτό, τους άλλους ανθρώπους, τη φύση ή μια ανώτερη δύναμη. Στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, η αίσθηση σύνδεσης ενισχύει το αίσθημα του ανήκειν και της ενότητας, αποτελώντας βασικό στοιχείο της πνευματικής εμπειρίας. Παράλληλα, η σύνδεση αυτή δεν περιορίζεται μόνο στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά περιλαμβάνει και τη βαθύτερη εσωτερική σχέση του ατόμου με τον εαυτό του, τις αξίες και τις πεποιθήσεις του (Timmins & Caldeira, 2017).

Η πνευματικότητα συχνά συνδέεται και με την έννοια της υπέρβασης, δηλαδή την προσπάθεια του ατόμου να υπερβεί τα όρια της ασθένειας, του φόβου και της θνητότητας. Η εμπειρία αυτή μπορεί να εκφραστεί μέσα από την πίστη, την ελπίδα, τη δημιουργικότητα, τη σχέση με τη φύση ή άλλες προσωπικές μορφές νοηματοδότησης.

3.2.3 Η Υπαρξιακή Διάσταση

Η υπαρξιακή διάσταση της πνευματικότητας αποτελεί επίσης σημαντικό στοιχείο της εμπειρίας των ογκολογικών ασθενών. Ζητήματα που σχετίζονται με τη ζωή, τον θάνατο, την ελευθερία, την ευθύνη και την ανθρώπινη ευαλωτότητα συχνά αναδύονται εντονότερα κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Η πνευματικότητα προσφέρει ένα πλαίσιο μέσα από το οποίο τα άτομα μπορούν να εξερευνήσουν και να επεξεργαστούν αυτά τα υπαρξιακά ερωτήματα, αναπτύσσοντας βαθύτερη κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας και των προσωπικών τους αξιών (Britt & Acton, 2022).

3.2.4 Σκοπός και Ελπίδα

Η υπαρξιακή αναζήτηση νοήματος στους ογκολογικούς ασθενείς συχνά εκφράζεται μέσα από την ανάγκη διατήρησης της ελπίδας και του σκοπού ζωής. Η πνευματικότητα μπορεί να

αποτελέσει σημαντική πηγή νοήματος και εσωτερικής ενδυνάμωσης, ιδιαίτερα σε περιόδους όπου η ασθένεια προκαλεί έντονη αβεβαιότητα και ψυχολογική επιβάρυνση.

Μέσω της πνευματικότητας, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επαναπροσδιορίσουν τον σκοπό της ζωής τους, να επεξεργαστούν βαθύτερα υπαρξιακά ερωτήματα και να αναπτύξουν μια περισσότερο ουσιαστική κατανόηση της εμπειρίας της ασθένειας. Η αναζήτηση νοήματος λειτουργεί ως ένας εσωτερικός μηχανισμός που βοηθά το άτομο να εντάξει τη διάγνωση σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ζωής, περιορίζοντας το αίσθημα του χάους και της απώλειας ελέγχου (Park & George, 2015).

Παράλληλα, η πνευματικότητα ενισχύει την ελπίδα, όχι απαραίτητα ως προσδοκία ίασης, αλλά ως βαθύτερη στάση ζωής που σχετίζεται με την αποδοχή, την εσωτερική γαλήνη και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας. Η ελπίδα αυτή μπορεί να εκφραστεί μέσα από προσωπικές αξίες, πεποιθήσεις ή θρησκευτικές πρακτικές και συμβάλλει στη διατήρηση ενός θετικού προσανατολισμού απέναντι στη ζωή ακόμη και υπό δύσκολες συνθήκες (Balboni κ.ά., 2022). Με αυτόν τον τρόπο, η πνευματικότητα λειτουργεί ως υπαρξιακό στήριγμα, προσφέροντας στους ασθενείς ένα πλαίσιο μέσα από το οποίο μπορούν να αντλήσουν δύναμη, νόημα και προοπτική.

3.3 Πνευματικές Ανάγκες, Πνευματική Αντιμετώπιση και Πνευματική Φροντίδα

Η υπαρξιακή αναζήτηση νοήματος και σύνδεσης στους ογκολογικούς ασθενείς εκφράζεται συχνά μέσα από συγκεκριμένες πνευματικές ανάγκες και μηχανισμούς προσαρμογής. Η πνευματικότητα αποτελεί σημαντική διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας και εκδηλώνεται ιδιαίτερα έντονα σε συνθήκες ασθένειας, όπου τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με βαθύτερα υπαρξιακά ερωτήματα.

Στο πλαίσιο αυτό, οι πνευματικές ανάγκες (spiritual needs) αναφέρονται στις ανάγκες των ατόμων για νόημα, σκοπό, ελπίδα και σύνδεση με τον εαυτό, τους άλλους ή μια υπερβατική δύναμη. Οι ανάγκες αυτές περιλαμβάνουν την επιθυμία για εσωτερική γαλήνη, συγχώρεση, συμφιλίωση και κατανόηση της εμπειρίας της ασθένειας (Büssing κ.ά., 2013). Σε ασθενείς με σοβαρά νοσήματα, οι πνευματικές ανάγκες συχνά εντείνονται λόγω της αβεβαιότητας, της απειλής της ζωής και της ανάγκης επαναπροσδιορισμού των προσωπικών αξιών, γεγονός που

καθιστά απαραίτητη την αναγνώριση και αξιολόγησή τους στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας (Timmins & Caldeira, 2017).

Αν και η ανάγκη για νόημα είναι καθολική, η κλινική εκδήλωση της πνευματικότητας διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο της νόσου. Στους ασθενείς με συμπαγείς όγκους, η πνευματικότητα συχνά επικεντρώνεται στη διαχείριση της σωματικής αλλαγής. Η απώλεια οργάνων ή οι μεταβολές στην εικόνα σώματος λόγω χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί να προκαλέσουν κρίση ταυτότητας, οδηγώντας τον ασθενή στην αναζήτηση νοήματος πέρα από τη σωματική του ακεραιότητα (Bai & Lazenby, 2015; Best κ.ά., 2014).

Αντίστοιχα, στις αιματολογικές κακοήθειες, η πνευματική εμπειρία επηρεάζεται από την οξεία φύση της νόσου και τις περιόδους αυστηρής νοσοκομειακής απομόνωσης. Η έλλειψη πρόσβασης στο φυσικό περιβάλλον ή στην κοινότητα συχνά στρέφει τον ασθενή προς περισσότερο εσωτερικές μορφές πνευματικής επεξεργασίας, όπως ο διαλογισμός, η προσευχή ή η εσωτερική ανασκόπηση (Delgado-Guay κ.ά., 2021).

Η ανταπόκριση των ασθενών στις πνευματικές αυτές ανάγκες εκφράζεται μέσα από την πνευματική αντιμετώπιση (spiritual coping), η οποία αφορά τη χρήση πνευματικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων και πρακτικών για τη διαχείριση της ασθένειας. Η πνευματική αντιμετώπιση μπορεί να λάβει θετικές ή αρνητικές μορφές. Το θετικό πνευματικό coping περιλαμβάνει στρατηγικές όπως η αναζήτηση νοήματος, η εμπιστοσύνη σε μια ανώτερη δύναμη και η αποδοχή της κατάστασης, ενώ το αρνητικό πνευματικό coping σχετίζεται με συναισθήματα εγκατάλειψης, αμφισβήτησης ή πνευματικής σύγκρουσης (Peteet & Balboni, 2013a). Στους ογκολογικούς ασθενείς, η πνευματική αντιμετώπιση αποτελεί σημαντικό μηχανισμό προσαρμογής, καθώς συμβάλλει στην ερμηνεία της εμπειρίας της νόσου και στη διαχείριση της αβεβαιότητας που τη συνοδεύει (Ljubičić Bistronić κ.ά., 2021).

Η αναγνώριση των πνευματικών αναγκών και των τρόπων αντιμετώπισής τους οδηγεί στην ανάπτυξη της πνευματικής φροντίδας (spiritual care), η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία. Η πνευματική φροντίδα περιλαμβάνει την κατανόηση και τον σεβασμό των πνευματικών πεποιθήσεων των ασθενών, την ενσυναίσθηση και την ενεργητική ακρόαση, καθώς και τη διευκόλυνση της έκφρασης πνευματικών ανησυχιών. Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνει τη συνεργασία με εξειδικευμένους επαγγελματίες, όπως

πνευματικούς συμβούλους ή θρησκευτικούς λειτουργούς (Balboni κ.ά., 2022; Puchalski κ.ά., 2019).

Παρά τη σημασία της, η ενσωμάτωση της πνευματικής φροντίδας στην καθημερινή κλινική πράξη παραμένει περιορισμένη. Οι κυριότεροι ανασταλτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, την απουσία σαφών κατευθυντήριων οδηγιών και τη δυσκολία διαχείρισης πνευματικών ζητημάτων στο πλαίσιο της κλινικής επικοινωνίας (Best κ.ά., 2014; Timmins & Caldeira, 2017).

Συνολικά, οι πνευματικές ανάγκες, η πνευματική αντιμετώπιση και η πνευματική φροντίδα αποτελούν αλληλένδετες διαστάσεις της πνευματικότητας στον χώρο της υγείας. Η κατανόηση της μεταξύ τους σχέσης είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων και ανθρωποκεντρικών παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις πολυδιάστατες ανάγκες των ογκολογικών ασθενών.

3.4 Πνευματική Δυσφορία (Spiritual Distress)

Η πνευματική δυσφορία (spiritual distress) αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αρνητικές εκφράσεις της πνευματικής εμπειρίας σε συνθήκες σοβαρής ασθένειας. Ως πνευματική δυσφορία μπορεί να οριστεί η μειωμένη ικανότητα του ατόμου να βιώνει και να ενσωματώνει νόημα και σκοπό στη ζωή μέσω της σύνδεσης με τον εαυτό, τους άλλους, τη φύση, την τέχνη ή μια ανώτερη δύναμη (Hughes, 2016).

Η πνευματική δυσφορία εμφανίζεται όταν οι ασθενείς δυσκολεύονται να βρουν νόημα ή σκοπό εξαιτίας της ασθένειας και των αλλαγών που αυτή επιφέρει στην καθημερινότητα, την ταυτότητα και την αντίληψη της ζωής. Συχνά αναγκάζονται να επαναπροσδιορίσουν τις πεποιθήσεις τους για τον εαυτό, τη θνητότητα ή τη σχέση τους με το θείο και τη θρησκεία (Hughes, 2016).

Σε κλινικό επίπεδο, η πνευματική δυσφορία μπορεί να εκδηλωθεί με αισθήματα απελπισίας, εσωτερικού κενού, απώλειας νοήματος, θυμού, ενοχής ή αίσθησης εγκατάλειψης. Ορισμένοι ασθενείς ενδέχεται να βιώνουν έντονη υπαρξιακή αγωνία ή δυσκολία αποδοχής της ασθένειας και της πρόγνωσης. Η κατάσταση αυτή συχνά συνοδεύεται από επιδείνωση της συνολικής

ευεξίας και μειωμένη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια της νόσου (Connolly, M & Timmins, F, 2021).

Η πνευματική δυσφορία συνδέεται επίσης με αυξημένες ανάγκες υποστήριξης και φροντίδας, καθώς επηρεάζει όχι μόνο την υπαρξιακή εμπειρία του ατόμου αλλά και τη σχέση του με το θεραπευτικό περιβάλλον. Για τον λόγο αυτό, η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της θεωρείται σημαντική διάσταση της ολιστικής ογκολογικής φροντίδας (Martins κ.ά., 2024).

Ο ρόλος της πνευματικότητας στη μείωση της πνευματικής δυσφορίας φαίνεται ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα πνευματικής δυσφορίας και καλύτερη προσαρμογή απέναντι στη νόσο (Gudenkauf κ.ά., 2019). Η δυνατότητα του ατόμου να αντλεί νόημα, ελπίδα και αίσθηση σύνδεσης μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στην υπαρξιακή αποδιοργάνωση που προκαλεί η εμπειρία του καρκίνου.

3.5 Η Πνευματικότητα ως Στοιχείο της Ολιστικής Φροντίδας

Η σύγχρονη βιβλιογραφία προτείνει ότι η πνευματικότητα μπορεί να θεωρηθεί ακόμη και ως κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας (social determinant of health). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η πνευματικότητα αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ανθρώπινης εμπειρίας που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία, λαμβάνουν αποφάσεις και αλληλεπιδρούν με τα συστήματα υγείας (Long κ.ά., 2024).

Η σύγχρονη βιοηθική και η παρηγορητική φροντίδα υπογραμμίζουν ότι η παράλειψη της πνευματικής διάστασης συνιστά ελλιπή παροχή φροντίδας, καθώς η πνευματικότητα αποτελεί βασικό στοιχείο της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς. Η πνευματικότητα δεν θεωρείται πλέον ένα «πρόσθετο» στοιχείο, αλλά μια θεμελιώδης διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας μέσω της οποίας ο ασθενής αναπτύσσει ανθεκτικότητα και νοσηματοδοτεί την ασθένεια και τις θεραπευτικές προκλήσεις (Puchalski κ.ά., 2014; VanderWeele κ.ά., 2017).

Παράλληλα, η αναγνώριση και η ανταπόκριση στις πνευματικές ανάγκες από την ιατρική ομάδα συμβάλλει στην ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης, στην προαγωγή της αξιοπρέπειας και στον σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς (Balboni κ.ά., 2022). Η παροχή πνευματικής φροντίδας δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε θρησκευτικές πρακτικές, αλλά περιλαμβάνει τη



δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος όπου ο ασθενής μπορεί να εκφράσει ανησυχίες, φόβους και υπαρξιακές ανάγκες.

Συνολικά, η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα προσαρμογής στη νεοπλασματική νόσο, επηρεάζοντας την υπαρξιακή εμπειρία του ασθενούς και τη συνολική εμπειρία φροντίδας. Η ενσωμάτωση της πνευματικής διάστασης στην ογκολογική και παρηγορητική φροντίδα συμβάλλει στην ανάπτυξη περισσότερο ανθρωποκεντρικών προσεγγίσεων, οι οποίες αναγνωρίζουν τον ασθενή όχι μόνο ως βιολογική οντότητα αλλά ως ολότητα με ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Ψυχική υγεία και νεοπλασματική νόσος.

Η νεοπλασματική νόσος αποτελεί μια πολυδιάστατη εμπειρία που επηρεάζει όχι μόνο τη σωματική υγεία των ασθενών αλλά και την ψυχική τους κατάσταση. Η διάγνωση του καρκίνου συχνά βιώνεται ως ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και υπαρξιακής αγωνίας (Niedzwiedz κ.ά., 2019; Pitman κ.ά., 2018). Οι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τη βιολογική διάσταση της νόσου αλλά και τις ψυχολογικές συναισθηματικές και κοινωνικές προκλήσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της πορείας της.

Οι προκλήσεις αυτές εκδηλώνονται συχνά ως αυξημένο άγχος, κατάθλιψη και αποθάρρυνση, τα οποία είναι σημαντικά συχνότερα στους ασθενείς με καρκίνο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (H.-Q. Wang κ.ά., 2024). Συγκεκριμένα, το άγχος φαίνεται να επηρεάζει έως και το 38% των ασθενών με καρκίνο, ενώ η κατάθλιψη παρατηρείται σε περίπου 16% των περιπτώσεων (Velasco-Durantez κ.ά., 2024). Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά τη διαχείριση της νόσου, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, τη διάρκεια της νοσηλείας, τη συνολική ευημερία και τελικά την έκβαση της υγείας των ασθενών (Shalata κ.ά., 2024; Takkar, 2024).

4.1 Η Έννοια της Ψυχικής Δυσφορίας (Distress) στην Ογκολογία

Η ψυχική δυσφορία (distress) στην ογκολογία ορίζεται ως μια πολυδιάστατη δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία ψυχολογικής, κοινωνικής ή πνευματικής φύσης, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη νόσο και τη θεραπεία (Lima κ.ά., 2025). Η έννοια του distress έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στην ογκολογική φροντίδα, καθώς αναγνωρίζεται πλέον ως σημαντικός δείκτης της συνολικής ψυχικής προσαρμογής των ασθενών.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με καρκίνο βιώνει ψυχολογική δυσφορία, ενώ μελέτες δείχνουν ότι έως και το 50% μπορεί να αντιμετωπίσει τέτοιες δυσκολίες (Lynex κ.ά., 2025). Η δυσφορία αυτή μπορεί να κυμαίνεται από παροδικές συναισθηματικές αντιδράσεις έως σοβαρά, επίμονα συμπτώματα που αντιστοιχούν σε διαγνώσιμες ψυχικές διαταραχές (Penedo & Cella, 2017).

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος της διάγνωσης του καρκίνου συχνά εκτείνεται πέρα από τα σωματικά συμπτώματα, περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών εκδηλώσεων, με συχνότερες το άγχος, την κατάθλιψη και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Çinaroğlu κ.ά., 2023). Παράλληλα, η συμπτωματολογία αυτών των ψυχολογικών συννοσηροτήτων συχνά επικαλύπτεται με τις σωματικές εκδηλώσεις του καρκίνου ή των αντικαρκινικών θεραπειών. Συμπτώματα όπως η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου ή η απώλεια ενέργειας μπορεί να αποδοθούν είτε στη νόσο είτε σε ψυχολογική επιβάρυνση, γεγονός που δυσχεραίνει την ακριβή διάγνωση και ενδέχεται να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της πραγματικής έκτασης της ψυχικής δυσφορίας (Ikhile κ.ά., 2024). Για τον λόγο αυτό, απαιτείται μια περισσότερο ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη διαγνωστική προσέγγιση (Begum, 2015).

Η ψυχική δυσφορία στους ογκολογικούς ασθενείς μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικές μορφές ψυχοπαθολογίας, με συχνότερες την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές.

4.1.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές στους ογκολογικούς ασθενείς, με τα ποσοστά της να αυξάνονται ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια της νόσου (Pitman κ.ά., 2018). Παρότι συχνά θεωρείται λανθασμένα ως «αναμενόμενη» αντίδραση στη διάγνωση του καρκίνου, πρόκειται για μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από επίμονη θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αίσθημα αναξιότητας και μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύεται ακόμη και από αυτοκτονικό ιδεασμό (Pitman κ.ά., 2018). Επιπλέον, η παρουσία ανεξέλεγκτου πόνου φαίνεται να ενισχύει σημαντικά την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γεγονός που καθιστά την αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου βασική προϋπόθεση για την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών (Velosa, 2023).

Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί άμεσα με μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία, αυξημένες δυσκολίες στην επικοινωνία με την ιατρική ομάδα και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Pitman κ.ά., 2018). Παράλληλα, επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα των ασθενών να διαχειριστούν πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητας, καθώς και τη διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων και κοινωνικών ρόλων.

4.1.3 Άγχος και Φόβος Υποτροπής (Fear of Cancer Recurrence – FCR)

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ιδιαίτερα συχνές ψυχολογικές εκδηλώσεις στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο και μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την καθημερινή λειτουργικότητα. Ο φόβος του θανάτου, η αίσθηση ανικανότητας, η αβεβαιότητα για το μέλλον και ο φόβος του πόνου ή της σωματικής επιδείνωσης συνιστούν βασικές πηγές άγχους κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου (*Adjustment to Cancer*, 2026; Menzies κ.ά., 2025).

Το άγχος μπορεί να ενισχυθεί περαιτέρω από απαιτητικές και εξαντλητικές θεραπευτικές διαδικασίες, οι οποίες συχνά συνοδεύονται από έντονες σωματικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον, πολλά από τα συμπτώματα του άγχους, όπως η εφίδρωση, οι ταχυπαλμίες, ο ίλιγγος, η ναυτία και η απώλεια όρεξης, επικαλύπτονται με τα συμπτώματα της νόσου ή των θεραπειών, γεγονός που δυσχεραίνει την έγκαιρη αναγνώρισή του (Ljubičić Bistronić κ.ά., 2021).

Ιδιαίτερη θέση μεταξύ των αγχωδών εκδηλώσεων κατέχει ο φόβος υποτροπής του καρκίνου (Fear of Cancer Recurrence – FCR), ο οποίος αναγνωρίζεται πλέον ως μία από τις σημαντικότερες πηγές ψυχολογικής επιβάρυνσης στους επιζώντες καρκίνου. Ο FCR ορίζεται ως ο φόβος, η ανησυχία ή η αγωνία ότι ο καρκίνος θα επιστρέψει ή θα εξελιχθεί (Lebel κ.ά., 2016).

Η συνειδητοποίηση της ύπαρξης μιας κακοήθους νόσου συχνά οδηγεί στην αντιπαράθεση με τον φόβο του θανάτου και την αίσθηση ανημποριάς, αντιδράσεις που θεωρούνται σε έναν βαθμό φυσιολογικές. Ωστόσο, όταν οι σκέψεις γύρω από τον καρκίνο ή τον θάνατο γίνονται επαναλαμβανόμενες, επίμονες και δύσκολα ελεγχόμενες, μπορεί να προκαλέσουν σημαντική ψυχολογική δυσφορία και λειτουργική επιβάρυνση (Almeida κ.ά., 2019; Ljubičić Bistronić κ.ά., 2021).

4.1.4 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερα στρεσογόνων εμπειριών που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Η αντίληψη της νόσου ως απειλητικής για τη ζωή, οι επώδυνες θεραπευτικές διαδικασίες, οι μακρές περίοδοι νοσηλείας και η πιθανότητα υποτροπής συνιστούν σημαντικούς ψυχotraυματικούς παράγοντες.

Τα συμπτώματα της PTSD μπορεί να εμφανιστούν άμεσα μετά τη διάγνωση ή να εκδηλωθούν αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια αργότερα. Οι ασθενείς ενδέχεται να βιώνουν επαναλαμβανόμενες τραυματικές αναμνήσεις, υπερδιέγερση, αποφυγή σκέψεων ή καταστάσεων που σχετίζονται με τη νόσο και επίμονο αίσθημα φόβου ή απειλής (Ljubicić Bistronić κ.ά., 2021).

Ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ορισμένοι ασθενείς συνεχίζουν να βιώνουν έντονη ψυχολογική επιβάρυνση και φόβο υποτροπής, γεγονός που υποδεικνύει ότι η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να αφήσει μακροχρόνιο ψυχοτραυματικό αποτύπωμα (Palomares-Palomares κ.ά., 2026; Zhou κ.ά., 2025).

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία ασθενών με νεοπλασματική νόσο

Η ψυχική υγεία των ασθενών με νεοπλασματική νόσο επηρεάζεται από ένα σύνθετο πλέγμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (**Εικόνα 2**) και διαμορφώνουν την εμπειρία της ασθένειας και την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου (Hessami κ.ά., 2025).

4.2.1 Βιολογικοί και Θεραπευτικοί Παράγοντες

Οι βιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά της νόσου, όπως το στάδιο και η βαρύτητα του όγκου, καθώς και τις επιπτώσεις των αντικαρκινικών θεραπειών. Θεραπείες όπως η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία ή οι εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις συχνά προκαλούν σωματικά συμπτώματα, όπως πόνο, ναυτία, αδυναμία και κόπωση, τα οποία σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης (Hessami κ.ά., 2025).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το φαινόμενο της γνωστικής έκπτωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο, γνωστό ως “chemobrain”. Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν δυσκολίες στη μνήμη, τη συγκέντρωση και την εκτελεστική λειτουργία, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την αυτοπεποίθηση και τη λειτουργικότητά τους (S.-H. Kim, χ.χ.).

Παράλληλα, η ορμονοθεραπεία σε καρκίνους του μαστού ή του προστάτη συνδέεται με συναισθηματική αστάθεια, εξάψεις και διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας, επηρεάζοντας σημαντικά την εικόνα σώματος και τη συναισθηματική προσαρμογή των ασθενών (Bentsen κ.ά., 2024).

4.2.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες

Οι ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την προσαρμογή στη νόσο. Προϋπάρχον ιστορικό ψυχικής διαταραχής, χαμηλή ανθεκτικότητα, δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας (Negash & Alelign, 2025; Qin κ.ά., 2025).

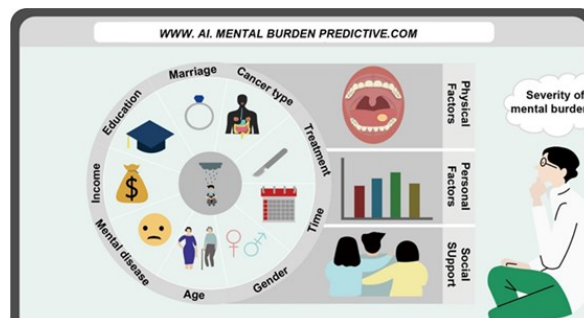
Αντίθετα, χαρακτηριστικά όπως η αισιοδοξία, η ψυχολογική ευελιξία, η αίσθηση ελέγχου και η ικανότητα νοσηματοδότησης της εμπειρίας της ασθένειας φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην ψυχολογική επιβάρυνση (Ang κ.ά., 2023).

4.2.3 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν στοιχεία όπως το επίπεδο εισοδήματος, η επαγγελματική κατάσταση, η οικογενειακή υποστήριξη και οι συνθήκες διαβίωσης. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την πρόσβαση των ασθενών σε υποστηρικτικά δίκτυα και υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη δυνατότητα αποτελεσματικής προσαρμογής στις απαιτήσεις της νόσου (Hessami κ.ά., 2025).

Ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα αποτελεί η λεγόμενη «οικονομική τοξικότητα» της νεοπλασματικής νόσου. Το υψηλό κόστος των θεραπειών, η πιθανή απώλεια εργασίας και η μείωση του εισοδήματος μπορούν να προκαλέσουν έντονη οικονομική ανασφάλεια και άγχος επιβίωσης (Seo κ.ά., 2025; Vancorpenolle κ.ά., 2025; Yu κ.ά., 2022).

Η οικονομική επιβάρυνση έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός προσδιοριστής της ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με μειωμένη ποιότητα ζωής (Li κ.ά., 2025; Schlander κ.ά., 2024). Επιπλέον, οι ασθενείς με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας, λόγω περιορισμένης πρόσβασης σε κοινωνικούς και υλικούς πόρους υποστήριξης (Y. Liu κ.ά., 2025).



Εικόνα 2: *Mental Burden Predictive*. Ανακτήθηκε από (Velasco-Durantez κ.ά., 2024)

4.2.4 Συμπαγείς Όγκοι και Εικόνα Σώματος

Η ψυχική υγεία των ασθενών επηρεάζεται διαφορετικά ανάλογα με τη φύση της νεοπλασματικής νόσου. Στους συμπαγείς όγκους, όπως ο καρκίνος του μαστού, της κεφαλής και τραχήλου ή τα σαρκώματα, η ψυχολογική επιβάρυνση συχνά σχετίζεται με τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις σωματικές μεταβολές και την απώλεια οργάνων.

Η δυσaréσκεια για την εικόνα του σώματος αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα και συνδέεται με δυσκολίες προσαρμογής, αυξημένο άγχος και καταθλιπτική συμπτωματολογία (Manier κ.ά., 2018). Παρεμβάσεις όπως η μαστεκτομή ή η δημιουργία στομίας μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την αυτοεκτίμηση, τη σεξουαλικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών (Andersen κ.ά., 2024).

Μελέτες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν δείξει ότι η υποβάθμιση της εικόνας σώματος σχετίζεται με μειωμένη αυτοεκτίμηση και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, εύρημα που έχει επιβεβαιωθεί και σε άλλες μορφές συμπαγών όγκων (Manier κ.ά., 2018). Παράλληλα, οι αισθητικές και λειτουργικές μεταβολές που επιφέρει η νόσος ενδέχεται να προκαλέσουν αίσθημα απώλειας της προσωπικής ταυτότητας και δυσκολία διατήρησης προηγούμενων κοινωνικών και οικογενειακών ρόλων.

Η ψυχολογική επιβάρυνση είναι ιδιαίτερα έντονη σε κακοήθειες που επηρεάζουν εμφανή μέρη του σώματος, όπως οι καρκίνοι κεφαλής και τραχήλου, όπου οι ασθενείς συχνά βιώνουν κοινωνικό στίγμα, δυσκολίες επικοινωνίας και κοινωνική απόσυρση. Επιπλέον, η σεξουαλική δυσλειτουργία και οι μεταβολές στη σωματική εικόνα μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συναισθηματική προσαρμογή και τη διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Bentsen κ.ά., 2024).

4.2.5 Αιματολογικές Παθήσεις και Κοινωνική Απομόνωση

Οι αιματολογικές κακοήθειες αποτελούν μια ιδιαίτερα απαιτητική κατηγορία νεοπλασματικών νοσημάτων, καθώς συχνά απαιτούν μακροχρόνιες, επιθετικές και επείγουσες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι συχνές νοσηλείες, οι μεταγγίσεις και οι έντονες ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα, τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχική ισορροπία των ασθενών (Konstantinidis κ.ά., 2024).

Ιδιαίτερα στις οξείες αιματολογικές κακοήθειες, οι θεραπείες υψηλής έντασης, όπως η μεταμόσχευση αιμοποιητικών βλαστικών κυττάρων και η χημειοθεραπεία υψηλής δόσης,

συννοδεύονται από αυστηρή απομόνωση σε προστατευμένο περιβάλλον. Η κοινωνική απομάκρυνση και η περιορισμένη επαφή με αγαπημένα πρόσωπα συχνά προκαλούν αισθήματα μοναξιάς, ψυχικής ευαλωτότητας και απώλειας ελέγχου, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικής δυσφορίας και μετατραυματικού στρες (Bucius κ.ά., 2025).

Παράλληλα, η αβεβαιότητα που συνοδεύει την πορεία των αιματολογικών κακοηθειών, καθώς και ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών ή υποτροπής, δημιουργούν ένα συνεχές ψυχολογικό φορτίο. Οι ασθενείς συχνά βιώνουν παρατεταμένο άγχος σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, την πιθανότητα λοιμώξεων και την έκβαση της νόσου (Mehta κ.ά., 2023).

Αντίστοιχα, στις χρόνιες αιματολογικές κακοήθειες, οι ασθενείς καλούνται να προσαρμοστούν σε μακροχρόνια θεραπευτικά σχήματα και συνεχή ιατρική παρακολούθηση, γεγονός που δημιουργεί παρατεταμένο ψυχολογικό φορτίο και αίσθημα αβεβαιότητας για το μέλλον (Konstantinidis κ.ά., 2024). Η χρόνια φύση της νόσου μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική ζωή, τις οικογενειακές σχέσεις και τον κοινωνικό ρόλο των ασθενών, οδηγώντας συχνά σε συναισθηματική εξάντληση (Statham & Davis, 2018).

4.3 Ο Ρόλος της Κοινωνικής Υποστήριξης και της Ανθεκτικότητας

Η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων αναγνωρίζεται ως ένας από τους ισχυρότερους προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία των ογκολογικών ασθενών, επηρεάζοντας καθοριστικά την ψυχολογική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής (Holt-Lunstad κ.ά., 2015).

Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, ευνοϊκότερες νευροενδοκρινικές αποκρίσεις και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας (Ang κ.ά., 2023; Uchino κ.ά., 2018). Οι ασθενείς που αισθάνονται ότι λαμβάνουν συναισθηματική, πρακτική και κοινωνική υποστήριξη εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή απέναντι στη νόσο και μεγαλύτερη ικανότητα διαχείρισης των θεραπευτικών απαιτήσεων.

Αντιθέτως, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης συνδέονται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, μειωμένη ποιότητα ζωής και δυσμενέστερη προσαρμογή στη νόσο (S. Liu κ.ά., 2023). Η μοναξιά, η αίσθηση εγκατάλειψης και η περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση φαίνεται να επιδεινώνουν την εμπειρία της ασθένειας και να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους.

Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας

(resilience), η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται αποτελεσματικά σε συνθήκες σοβαρής δυσκολίας ή απειλής. Η ανθεκτικότητα δεν θεωρείται πλέον ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας, αλλά μια δυναμική διαδικασία που μπορεί να ενισχυθεί μέσω εμπειριών, κοινωνικών σχέσεων και στοχευμένων παρεμβάσεων (Esteban Blanco κ.ά., 2026).

Στους ογκολογικούς ασθενείς, η αυξημένη ανθεκτικότητα έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου. Παρεμβάσεις όπως η ψυχοεκπαίδευση, οι τεχνικές διαχείρισης άγχους, οι ομάδες υποστήριξης και η παροχή ψυχοκοινωνικής και πνευματικής φροντίδας φαίνεται να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας (Zhang κ.ά., 2025).

Επιπλέον, η θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα ψυχολογικής υποστήριξης. Η αποτελεσματική επικοινωνία, η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και ενισχύουν το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης των ασθενών προς το θεραπευτικό περιβάλλον (Banerjee κ.ά., 2017).

Συνολικά, η ψυχική υγεία των ασθενών με νεοπλασματική νόσο επηρεάζεται από την πολύπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η εμπειρία του καρκίνου δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική διάσταση της νόσου, αλλά επηρεάζει βαθιά τη συναισθηματική ισορροπία, την αυτοαντίληψη, τις κοινωνικές σχέσεις και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η έγκαιρη αναγνώριση της ψυχολογικής δυσφορίας και η ενσωμάτωση παρεμβάσεων ψυχολογικής υποστήριξης στην ογκολογική φροντίδα αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την παροχή ολοκληρωμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει τον ασθενή όχι μόνο ως φορέα μιας βιολογικής νόσου αλλά ως μια πολύπλευρη ανθρώπινη οντότητα με ψυχολογικές, κοινωνικές και υπαρξιακές ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Νεοπλασματικές Νόσους

5.1 Ορισμός Ποιότητας ζωής

Η πρόοδος της βιοϊατρικής τεχνολογίας τις τελευταίες δεκαετίες έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών με νεοπλασματικές νόσους. Ωστόσο, η εστίαση αποκλειστικά στη θεραπεία του όγκου θεωρείται πλέον ανεπαρκής, καθώς η εμπειρία της νόσου επηρεάζει πολύπλευρα τη ζωή των ασθενών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής (Quality of Life – QoL) ως «την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του ατόμου.

Στην ογκολογία, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health-Related Quality of Life – HRQoL) αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας του ασθενούς, καθώς αντανακλά την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η νόσος και οι θεραπείες επηρεάζουν την καθημερινότητά του (Aronson κ.ά., 1993). Η HRQoL περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και λειτουργική ευημερία, αναγνωρίζοντας ότι η εμπειρία του καρκίνου υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση της νόσου (Konstantinidis κ.ά., 2024).

5.2 Η Σημασία της Ποιότητας Ζωής στην Ογκολογία

Η ποιότητα ζωής αποτελεί κεντρική παράμετρο στη σύγχρονη ογκολογία, καθώς η πρόοδος στις θεραπευτικές παρεμβάσεις έχει μετατρέψει πολλούς τύπους καρκίνου σε χρόνιες νόσους. Ως αποτέλεσμα, το ενδιαφέρον της ογκολογικής φροντίδας δεν περιορίζεται μόνο στην επιβίωση αλλά επεκτείνεται και στη διατήρηση της ευημερίας και της λειτουργικότητας των ασθενών.

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική,

κοινωνική και λειτουργική κατάσταση του ατόμου, καθώς και την υποκειμενική του αντίληψη για την υγεία και τη ζωή του (Cella & Stone, 2015). Στο πλαίσιο της ογκολογίας, η αξιολόγηση της QoL επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της νόσου και των θεραπειών, όπως η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, οι οποίες συχνά συνοδεύονται από σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που επηρεάζουν την καθημερινότητα των ασθενών (Basch κ.ά., 2016).

Παράλληλα, η ενσωμάτωση των αναφερόμενων από τους ασθενείς εκβάσεων (patient-reported outcomes) στην κλινική πράξη έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τόσο την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς όσο και τα κλινικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της επιβίωσης (Denis κ.ά., 2019). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται πλέον και ως βασικό κριτήριο σε κλινικές δοκιμές και στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, υπογραμμίζοντας τη σημασία της εξατομικευμένης και ασθενοκεντρικής φροντίδας.

Επιπλέον, η ποιότητα ζωής συνδέεται στενά με την ψυχική υγεία, καθώς οι ασθενείς με καρκίνο συχνά βιώνουν ψυχολογική δυσφορία, φόβο υποτροπής και υπαρξιακή αβεβαιότητα, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την παροχή ολιστικής και διεπιστημονικής φροντίδας (Krebbert κ.ά., 2014). Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης η παρηγορητική φροντίδα, η οποία όταν ενσωματώνεται έγκαιρα στη θεραπευτική πορεία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη μείωση των συμπτωμάτων (Temel κ.ά., 2017).

Συνεπώς, η προαγωγή της ποιότητας ζωής δεν αποτελεί απλώς συμπληρωματικό στόχο, αλλά θεμελιώδη πυλώνα της ογκολογικής φροντίδας, που επηρεάζει τόσο την εμπειρία του ασθενούς όσο και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Hassan & Mohammed, 2023).

5.3 Οι Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής και οι Παράγοντες που την Επηρεάζουν

Η ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια που συνήθως αναλύεται σε τέσσερις βασικές διαστάσεις: τη σωματική, την ψυχολογική, την κοινωνική και τη λειτουργική.

5.3.1 Σωματική διάσταση

Η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής αφορά την επίδραση της νόσου και των θεραπειών στη φυσική κατάσταση και λειτουργικότητα των ασθενών. Οι αντικαρκινικές θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση, παρότι είναι απαραίτητες

για τη διαχείριση της νόσου, συχνά συνοδεύονται από ένα ευρύ φάσμα οξέων και χρόνιων ανεπιθύμητων ενεργειών που επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητα των ασθενών (Santarpia κ.ά., 2011).

Συμπτώματα όπως η ναυτία, η κόπωση, ο πόνος και η μυϊκή αδυναμία μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία των ασθενών. Παράλληλα, χρόνιες επιπλοκές όπως η περιφερική νευροπάθεια, η γνωστική δυσλειτουργία και το λεμφοίδημα είναι δυνατόν να επιμείνουν ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, επηρεάζοντας μακροχρόνια τη σωματική και ψυχολογική ευεξία (Nguyen κ.ά., 2023).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο υποσιτισμός, ο οποίος εμφανίζεται συχνά στους ασθενείς με καρκίνο και συνδέεται με μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία, αυξημένη τοξικότητα και χειρότερη πρόγνωση (Karadaş κ.ά., 2022). Επιπλέον, η απώλεια βάρους και μυϊκής μάζας επιβαρύνει σημαντικά τη σωματική λειτουργικότητα και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών (Prado κ.ά., 2022).

5.3.2 Ψυχολογική Διάσταση

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί συχνά μια ιδιαίτερα επιβαρυντική εμπειρία, η οποία συνοδεύεται από έντονη συναισθηματική φόρτιση και ψυχολογική δυσφορία. Η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου, ο φόβος της υποτροπής και η επιβάρυνση από τις θεραπευτικές διαδικασίες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχική ευημερία και, κατ' επέκταση, την ποιότητα ζωής των ασθενών (Vitaloni κ.ά., 2022).

Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και φόβου για το μέλλον, ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια της νόσου ή κατά τη διάρκεια παρηγορητικής φροντίδας (Sánchez-Torralvo κ.ά., 2022). Η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική λειτουργικότητα, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη συνολική αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα ζωής του.

Παράλληλα, η υπαρξιακή απειλή της νόσου και οι μεταβολές στους κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους συχνά οδηγούν σε αίσθημα απώλειας ελέγχου, μειωμένη αυτοεκτίμηση και κοινωνική απόσυρση (Subih κ.ά., 2023). Η συχνή παρουσία ψυχολογικής δυσφορίας στους ογκολογικούς ασθενείς αναδεικνύει τη σημασία της παροχής ολοκληρωμένης ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

5.3.3 Κοινωνική Διάσταση

Η κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις, στους κοινωνικούς ρόλους και στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον του. Η διάγνωση του καρκίνου συχνά επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη δυναμική της οικογένειας, στις φιλικές σχέσεις και στην επαγγελματική ζωή των ασθενών (Faller κ.ά., 2017).

Οι περιορισμοί που επιβάλλει η νόσος και οι θεραπευτικές διαδικασίες μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνική απομόνωση, περιορισμό της κοινωνικής συμμετοχής και αίσθημα απώλειας της προηγούμενης κοινωνικής ταυτότητας. Επιπλέον, η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου και ο φόβος δυσμενούς πρόγνωσης επιβαρύνουν περαιτέρω την κοινωνική και συναισθηματική ευημερία των ασθενών (J. Kim κ.ά., 2024; Liang κ.ά., 2022; Voskanyan κ.ά., 2024).

Σημαντική επίδραση στην κοινωνική ποιότητα ζωής έχει και η οικονομική επιβάρυνση που συνοδεύει συχνά τη νεοπλασματική νόσο. Το υψηλό κόστος των θεραπειών, η πιθανή απώλεια εργασίας και η μείωση του εισοδήματος μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τη συμμετοχή των ασθενών σε κοινωνικές δραστηριότητες και να αυξήσουν το ψυχολογικό φορτίο τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους (Islam κ.ά., 2022).

Αντίθετα, η ύπαρξη ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και συνολικά βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Leung κ.ά., 2014). Επιπλέον, η αποτελεσματική επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ενισχύει την εμπιστοσύνη και την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, γεγονός που συμβάλλει θετικά στην κοινωνική και ψυχολογική του κατάσταση (Epstein & Street, 2007).

5.3.4 Λειτουργική διάσταση

Πέρα από τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νόσου, η νεοπλασματική νόσος επηρεάζει σημαντικά και την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών. Η λειτουργική διάσταση της ποιότητας ζωής αφορά την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες, να διατηρεί την αυτονομία του και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή.

Οι ογκολογικοί ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην προσωπική φροντίδα, στην εργασία και στις κοινωνικές δραστηριότητες εξαιτίας συμπτωμάτων όπως η κόπωση, ο πόνος, η μυϊκή αδυναμία και η μειωμένη κινητικότητα (Williams κ.ά., 2021). Η απώλεια μυϊκής μάζας

και η μείωση της φυσικής λειτουργικότητας συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα, επιβάρυνση της καθημερινότητας και χειρότερη πρόγνωση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς (Rios κ.ά., 2021).

Παρεμβάσεις όπως η φυσική άσκηση, η αποκατάσταση και η εργοθεραπεία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών (Buffart κ.ά., 2017). Επιπλέον, η ενσωμάτωση της αξιολόγησης της λειτουργικής κατάστασης στη θεραπευτική λήψη αποφάσεων επιτρέπει μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο την επιβίωση αλλά και τη διατήρηση της καθημερινής λειτουργικότητας (Mohile κ.ά., 2018).

5.5 Επίδραση του Τύπου και του Σταδίου του Καρκίνου στην Ποιότητα Ζωής

Ο τύπος του καρκίνου και το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση επηρεάζουν σημαντικά την πορεία της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα προχωρημένα στάδια της νόσου συχνά συνοδεύονται από μεγαλύτερο φορτίο συμπτωμάτων, αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και σημαντικότερη λειτουργική επιβάρυνση (Mihic-Góngora κ.ά., 2023).

Ασθενείς με μεταστατική νόσο αναφέρουν συχνά χειρότερη σωματική και λειτουργική ευεξία σε σύγκριση με εκείνους που βρίσκονται σε πρώιμα στάδια (Chung κ.ά., 2024). Επιπλέον, το σύστημα οργάνων που έχει προσβληθεί και η επιθετικότητα του όγκου μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη σοβαρότητα και τον τύπο των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην καθημερινότητά τους (Zarei κ.ά., 2025).

5.6 Επίδραση της Θεραπείας στους τομείς της ποιότητας ζωής

Οι αντικαρκινικές θεραπείες μπορούν να επηρεάσουν όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής καθώς συχνά συνοδεύονται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια απαιτητικών θεραπευτικών σχημάτων ή σε περιπτώσεις προχωρημένης νόσου (Alwhaibi κ.ά., 2023; Naser κ.ά., 2021).

Παράλληλα, η ανοσοθεραπεία και οι νεότερες στοχευμένες θεραπείες, παρότι έχουν βελτιώσει σημαντικά την επιβίωση, συνοδεύονται συχνά από μακροχρόνιες τοξικότητες και χρόνιες

ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την καθημερινότητα των ασθενών (Abraham & Johnson, 2025).

Η εμπειρία της μακροχρόνιας επιβίωσης μετά τον καρκίνο συνοδεύεται επίσης από νέες προκλήσεις, όπως η χρόνια κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, οι γνωστικές δυσκολίες και οι μεταβολές στη σεξουαλικότητα και τη γονιμότητα. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική ζωή των ασθενών (van Leeuwen κ.ά., 2018).

Ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι περιορισμένοι πόροι και η καθυστερημένη διάγνωση συχνά οδηγούν σε αυξημένη τοξικότητα από τις θεραπείες και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Gayatri κ.ά., 2021; Rahman κ.ά., 2024). Για τον λόγο αυτό, η διαχείριση της ποιότητας ζωής απαιτεί μια ολοκληρωμένη και διεπιστημονική προσέγγιση που να συνδυάζει την ιατρική θεραπεία με παρεμβάσεις υποστηρικτικής φροντίδας (Mensah κ.ά., 2024).

Συνολικά, η ποιότητα ζωής αποτελεί θεμελιώδη δείκτη αξιολόγησης της ογκολογικής φροντίδας, καθώς αντανακλά όχι μόνο τη βιολογική πορεία της νόσου αλλά και τη συνολική εμπειρία του ασθενούς σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και λειτουργικό επίπεδο. Η ενσωμάτωση της αξιολόγησης και της προαγωγής της ποιότητας ζωής στην καθημερινή κλινική πρακτική συμβάλλει ουσιαστικά στην παροχή περισσότερο ανθρωποκεντρικής, εξατομικευμένης και ολιστικής ογκολογικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Η Σχέση Πνευματικότητας, Ψυχικής Υγείας και Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς με Νεοπλασματική Νόσο

6.1 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία

Η διάγνωση και η πορεία μιας νεοπλασματικής νόσου αποτελούν ιδιαίτερα επιβαρυντικές εμπειρίες, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών. Η αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, οι απαιτητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ο φόβος του θανάτου και οι αλλαγές στην καθημερινότητα συχνά οδηγούν στην εμφάνιση άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, υπαρξιακής αγωνίας και αισθήματος απώλειας ελέγχου (Martins κ.ά., 2020). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η πνευματικότητα φαίνεται να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών και στην ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας.

Αν και οι έννοιες της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας συχνά αλληλεπικαλύπτονται, η πνευματικότητα αποτελεί ευρύτερη έννοια, η οποία σχετίζεται με την αναζήτηση νοήματος, σκοπού και σύνδεσης με τον εαυτό, τους άλλους ή μια ανώτερη δύναμη, ανεξάρτητα από την ύπαρξη οργανωμένης θρησκευτικής πίστης (Peteet & Balboni, 2013b). Η πνευματικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως πηγή ελπίδας και εσωτερικής δύναμης, βοηθώντας τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν το ψυχολογικό φορτίο της ασθένειας και να αναπτύξουν αποτελεσματικότερους μηχανισμούς προσαρμογής (Palmer Kelly κ.ά., 2022a).

Πλήθος ερευνητικών δεδομένων υποστηρίζει ότι τα υψηλότερα επίπεδα πνευματικής ευημερίας συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με αυξημένη ψυχική ανθεκτικότητα και αισιοδοξία (Nagy κ.ά., 2024). Μέσω της πνευματικότητας, οι ασθενείς συχνά αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης που τους επιτρέπουν να επαναπροσδιορίσουν την εμπειρία της νόσου, να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα τις θεραπευτικές απαιτήσεις και να ενισχύσουν την αίσθηση ελέγχου και εσωτερικής ισορροπίας. Παράλληλα, η αναζήτηση νοήματος και σκοπού ζωής φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση της υπαρξιακής δυσφορίας και του φόβου απέναντι στον θάνατο (Sun κ.ά., 2016).

Επιπλέον, η πνευματικότητα ενισχύει την ψυχολογική προσαρμογή μέσω της ανάπτυξης αισθήματος σύνδεσης και κοινωνικής υποστήριξης. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε

πνευματικές ή θρησκευτικές πρακτικές συχνά αναφέρουν αυξημένη αίσθηση αποδοχής, ενσυναίσθησης και κοινωνικής συνοχής, στοιχεία που λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στη μοναξιά και την ψυχική επιβάρυνση (Hajian-Tilaki κ.ά., 2022). Παράλληλα, η ύπαρξη πνευματικών πεποιθήσεων φαίνεται να ενισχύει την ελπίδα και την ικανότητα αντιμετώπισης των προκλήσεων της νόσου, οδηγώντας σε καλύτερες εκβάσεις ψυχικής υγείας (Palmer Kelly κ.ά., 2022b).

Ωστόσο, η επίδραση της πνευματικότητας δεν είναι πάντοτε θετική. Ορισμένες μορφές αρνητικής θρησκευτικής αντιμετώπισης (negative religious coping), όπως η αντίληψη της ασθένειας ως τιμωρίας, η αίσθηση εγκατάλειψης από μια ανώτερη δύναμη ή η πνευματική αμφισβήτηση, ενδέχεται να επιβαρύνουν την ψυχική κατάσταση των ασθενών και να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας (Damen κ.ά., 2021). Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για εξατομικευμένη και προσεκτική προσέγγιση της πνευματικότητας στην κλινική πράξη, με σεβασμό στις προσωπικές πεποιθήσεις και στις ιδιαίτερες ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες κάθε ασθενούς (Balboni κ.ά., 2022).

6.2 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης της συνολικής κατάστασης υγείας των ασθενών με καρκίνο, καθώς περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και λειτουργική διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας ('The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL)', 1995). Η νεοπλασματική νόσος και οι θεραπευτικές της παρεμβάσεις συχνά επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών, περιορίζοντας τη λειτουργικότητα, την κοινωνική δραστηριότητα και τη συναισθηματική ευεξία (Jetan κ.ά., 2023; Palmer Kelly κ.ά., 2022a).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πνευματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών. Η πνευματική ευημερία έχει αναδειχθεί ως εξίσου σημαντική με τη σωματική ευεξία στην αντίληψη της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο (Nagy κ.ά., 2024). Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας φαίνεται να εμφανίζουν καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή, μειωμένη ψυχολογική δυσφορία και αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή.

Η πνευματικότητα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής παρέχοντας στους ασθενείς ένα πλαίσιο νοηματοδότησης της εμπειρίας της ασθένειας. Μέσω της αναζήτησης νοήματος,

της ελπίδας και της αίσθησης εσωτερικής γαλήνης, οι ασθενείς είναι συχνά σε θέση να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα τα συμπτώματα, την κόπωση και τις δυσκολίες της θεραπείας (Jetan κ.ά., 2023) Παράλληλα, η αίσθηση σύνδεσης με τον εαυτό, τους άλλους ή μια ανώτερη δύναμη φαίνεται να ενισχύει τη συναισθηματική σταθερότητα και τη συνολική ευημερία (Nagy κ.ά., 2024).

Επιπροσθέτως, η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μπορούν να λειτουργήσουν ως πηγή παρηγοριάς και κοινοτικής υποστήριξης, συμβάλλοντας στη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης και στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών (Nagy κ.ά., 2024). Η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών και πνευματικών δικτύων φαίνεται να μειώνει το αίσθημα απομόνωσης και να ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας και αποδοχής (Ciria-Suarez κ.ά., 2021).

Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι πνευματικές παρεμβάσεις στην ογκολογική φροντίδα μπορούν να ενισχύσουν τη συνολική ποιότητα ζωής, προσφέροντας στους ασθενείς αίσθημα ηρεμίας, εσωτερικής δύναμης και ψυχικής σταθερότητας (Izgu κ.ά., 2024). Η ενσωμάτωση της πνευματικής διάστασης στη θεραπευτική προσέγγιση φαίνεται να διευκολύνει την προσαρμογή των ασθενών στη νόσο και να ενισχύει τη συνολική εμπειρία φροντίδας (Nagy κ.ά., 2024).

6.3 Η Πνευματικότητα ως Μηχανισμός Προσαρμογής στη Νεοπλασματική Νόσο

Η πνευματικότητα φαίνεται να λειτουργεί ως σημαντικός μηχανισμός ψυχολογικής και υπαρξιακής προσαρμογής απέναντι στη νεοπλασματική νόσο. Η εμπειρία του καρκίνου συχνά οδηγεί τους ασθενείς σε βαθύτερο αναστοχασμό σχετικά με τη ζωή, τον θάνατο, τις προσωπικές αξίες και το νόημα της ύπαρξης. Μέσα σε αυτή τη διαδικασία, η πνευματικότητα μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να επαναπροσδιορίσουν την εμπειρία της ασθένειας και να ανακαλύψουν νέες πηγές δύναμης και νοήματος (Connolly, M & Timmins, F, 2021)

Η δυνατότητα νοηματοδότησης της ασθένειας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους μηχανισμούς μέσω των οποίων η πνευματικότητα επηρεάζει θετικά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς που καταφέρνουν να αποδώσουν κάποιο προσωπικό ή υπαρξιακό νόημα στην εμπειρία της νόσου φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αποδοχής, ελπίδας και ψυχικής ανθεκτικότητας (Connolly, M & Timmins, F, 2021). Παράλληλα, η

πνευματικότητα ενισχύει την ικανότητα αντιμετώπισης της αβεβαιότητας και μειώνει την υπαρξιακή αγωνία που συνοδεύει συχνά τη νεοπλασματική νόσο (Palmer Kelly κ.ά., 2022a)

Επιπλέον, η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της προσωπικής ταυτότητας και της αίσθησης αξιοπρέπειας των ασθενών, ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Η εμπειρία σύνδεσης με βαθύτερες προσωπικές αξίες και σχέσεις φαίνεται να προσφέρει αίσθημα εσωτερικής πληρότητας και ψυχικής σταθερότητας, ακόμη και σε συνθήκες έντονου σωματικού και συναισθηματικού φορτίου (Χiao κ.ά., 2019).

Παρά τα θετικά ευρήματα της βιβλιογραφίας, η μελέτη της πνευματικότητας παρουσιάζει σημαντικές μεθοδολογικές δυσκολίες. Η έλλειψη ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού της πνευματικότητας, η ποικιλία των εργαλείων μέτρησης και οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πληθυσμών δυσχεραίνουν τη σύγκριση και γενίκευση των αποτελεσμάτων των μελετών (Nagy κ.ά., 2024). Επιπλέον, πολλές έρευνες βασίζονται σε μικρά ή ετερογενή δείγματα, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων (Martins κ.ά., 2020).

6.4 Η Σημασία της Πνευματικής Φροντίδας στην Κλινική Πρακτική

Η αναγνώριση και η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών αποτελούν βασικό στοιχείο της ολιστικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας στην ογκολογία. Πολλοί ασθενείς επιθυμούν οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν την πνευματικότητα ως αναπόσπαστο στοιχείο της προσωπικής τους ταυτότητας και της εμπειρίας της ασθένειας (Balboni κ.ά., 2013). Η ικανοποίηση αυτών των αναγκών φαίνεται να σχετίζεται με βελτιωμένη ψυχική ευημερία, αυξημένη ικανοποίηση από τη φροντίδα και καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής (Jetan κ.ά., 2023; Nagy κ.ά., 2024).

Παρόλα αυτά, η ενσωμάτωση της πνευματικότητας στην κλινική πρακτική εξακολουθεί να παρουσιάζει δυσκολίες. Πολλοί επαγγελματίες υγείας αναφέρουν έλλειψη χρόνου, εκπαίδευσης και αυτοπεποίθησης για τη διαχείριση πνευματικών ζητημάτων των ασθενών (W. Wang κ.ά., 2024). Επιπλέον, η απουσία εναρμονισμένων κατευθυντήριων οδηγιών και η περιορισμένη εκπαίδευση σε θέματα πνευματικής φροντίδας αποτελούν σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματική εφαρμογή της στην καθημερινή ογκολογική πρακτική (Costeira κ.ά., 2024; W. Wang κ.ά., 2024).

Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας



στην αναγνώριση και αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών των ασθενών. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων όπως η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση και ο σεβασμός στις προσωπικές πεποιθήσεις των ασθενών μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην παροχή αποτελεσματικής πνευματικής υποστήριξης και στην ενίσχυση της ολιστικής φροντίδας (Costeira κ.ά., 2024).

Συνολικά, η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό προστατευτικό και υποστηρικτικό παράγοντα για τους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, επηρεάζοντας θετικά τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ποιότητα ζωής τους. Η ενσωμάτωση της πνευματικής διάστασης στην ογκολογική φροντίδα συμβάλλει στην εφαρμογή μιας πραγματικά ολιστικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, η οποία ανταποκρίνεται όχι μόνο στις σωματικές αλλά και στις ψυχοκοινωνικές και υπαρξιακές ανάγκες των ασθενών (Izgu κ.ά., 2024; Nagy κ.ά., 2024).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μεθοδολογία Έρευνας

7.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα αφορά ποσοτική, περιγραφική και συσχετιστική (correlational study) μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που παρακολουθούνταν ή λάμβαναν θεραπεία σε ογκολογικές και αιματολογικές δομές νοσοκομείου, όπως το ογκολογικό και αιματολογικό τμήμα, τα τακτικά ογκολογικά και αιματολογικά ιατρεία, καθώς και το τμήμα ημερήσιας νοσηλείας όπου πραγματοποιούνταν χημειοθεραπείες.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω αυτοσυμπληρούμενων δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία περιλάμβαναν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και σταθμισμένες κλίμακες για την αξιολόγηση της πνευματικότητας, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής. Η μελέτη αποσκοπούσε στην καταγραφή και ανάλυση των σχέσεων μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών στον υπό μελέτη πληθυσμό.

7.2 Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της πνευματικότητας, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Συγκεκριμένα, η έρευνα αποσκοπούσε στην αξιολόγηση του επιπέδου πνευματικότητας των ασθενών που έπασχαν από καρκίνο και παρακολουθούνταν ή λάμβαναν θεραπεία σε ογκολογικές και αιματολογικές δομές νοσοκομείου, καθώς και στη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της πνευματικότητας με την ψυχική τους κατάσταση και τη συνολική ποιότητα ζωής τους.

Παράλληλα, η μελέτη επεδίωξε να εξετάσει κατά πόσο τα επίπεδα πνευματικότητας σχετίζονταν με δείκτες ψυχικής υγείας, όπως το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και με επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, διερευνήθηκε η πιθανή επίδραση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, το φύλο και ο τύπος της νεοπλασματικής νόσου, στις παραπάνω μεταβλητές.

Η κατανόηση της σχέσης αυτών των παραγόντων δύναται να συμβάλει στην ανάπτυξη πιο ολιστικών προσεγγίσεων φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο.

7.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Ποιος είναι ο βαθμός πνευματικότητας σήμερα σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο;
2. Πώς σταθμίζεται η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας και πώς σχετίζεται, πιθανώς, με την πνευματικότητά τους;
3. Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους;
4. Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην πνευματικότητα και στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο; Και αν υπάρχει είναι θετική ή αρνητική;
5. Ποια είναι τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά ασθενών με νεοπλασματική νόσο, που πιθανόν σχετίζονται με τις παραπάνω παραμέτρους;

7.4 Χαρακτηριστικά δείγματος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης «Βενιζέλειο – Πανάνειο», το οποίο υπάγεται στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια.

Συνολικά συμμετείχαν 100 ασθενείς, στην πλειονότητα τους γυναίκες (79,8%), ενώ το ποσοστό συμμετοχής των ανδρών ανήλθε στο 20,2% αντίστοιχα. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκε στις ηλικιακές ομάδες 50–59 ετών (40,4%) και 60–69 ετών (28,1%), γεγονός που δείχνει ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από άτομα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας. Αντίθετα, οι νεότεροι συμμετέχοντες κάτω των 40 ετών ήταν περιορισμένοι (3,4%), κάτι που είναι αναμενόμενο δεδομένης της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης νεοπλασματικών νοσημάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες.

7.5 Ερευνητικά εργαλεία

7.5.1 Ερωτηματολόγιο FACIT-sp-12

Το ακρωνύμιο FACIT-Sp-12 προέρχεται από το όνομα του ερωτηματολογίου Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale και είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για τη μέτρηση της πνευματικής ευεξίας σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο ή άλλες χρόνιες ασθένειες. Η κλίμακα σχεδιάστηκε για να συλλάβει την πνευματικότητα και δεν περιορίζεται αποκλειστικά στη θρησκευτικότητα, αλλά επεκτείνεται στην αίσθηση του νοήματος και της εσωτερικής γαλήνης (Peterman κ.ά., 2002).

Η βαθμολόγηση γίνεται μέσω μιας κλίμακας Likert 5 σημείων (0 = Καθόλου, 1=Λίγο, 2=Μέτρια, 3=Πολύ έως 4 = Πάρα πολύ). Η συνολική βαθμολογία αλλά και των επιμέρους κλιμάκων αθροίζεται για το σύνολο των ερωτήσεων της κλίμακας ή υποκλίμακας. Η συνολική δυνατή βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 48 για το σύνολο, ενώ για τις τρεις υποκλίμακες Νόημα, Ηρεμία, Πίστη η βαθμολογία κυμαίνεται από 0-16. Υπάρχουν δύο αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο ενώ οι εκτιμώμενοι συντελεστές Cronbach's α από τους κατασκευαστές κυμάνθηκαν στο $\alpha=0,87$ για το σύνολο των ερωτήσεων $\alpha=0,81-0,88$ για την κλίμακα Ηρεμίας και την κλίμακα Νοήματος και $\alpha=0,88$ για την κλίμακα Πίστης.

Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτήσεων ανά υποκλίμακα, ενώ στον **Πίνακα Α1** του Παραρτήματος Α. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 15 γλώσσες παγκοσμίως, επιτρέποντας ενώ έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά (Fradelos κ.ά., 2016).

Πίνακας 1. Κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα του ερωτηματολογίου FACIT-SP12

Κλίμακα	Ερωτήσεις	Βαθμολογία	Cronbach's α
Νόημα	2, 3, 5, 8*	0-16	0.87
Ηρεμία	1, 4*, 6, 7	0-16	0.81-0.88
Πίστη	9, 10, 11, 12	0-16	0.88
Σύνολο	1-12	0-48	0.87

* αρνητικής κατεύθυνσης

7.5.2 Ερωτηματολόγιο GHQ-28

Το ερωτηματολόγιο της γενικής υγείας (General Health Questionnaire) αποτελείται από 28 ερωτήσεις και το ακρωνύμιο του είναι το GHQ28. Δημιουργήθηκε από τον Goldberg και η συγκεκριμένη έκδοση παρουσιάστηκε το 1979 (Goldberg & Hillier, 1979). Οι 28 ερωτήσεις αξιολογούν την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί τις συνήθεις καθημερινές του λειτουργίες, καθώς και την εμφάνιση προβλημάτων στην εκτέλεση τους. Υπάρχουν τέσσερις κλίμακες, και οι ερωτήσεις κατανέμονται ισομερώς (7 ερωτήσεις η κάθε κλίμακα). Οι κλίμακες ονομάζονται και αφορούν: Α. Σωματικά Συμπτώματα, Β. Άγχος και Αϋπνία, Γ, Κοινωνική Δυσλειτουργία και Δ. Σοβαρή Κατάθλιψη. Οι ερωτήσεις αθροίζονται ανά κλίμακα και συνολικά για όλες τις ερωτήσεις, ενώ δεν χρειάζεται να αναστραφούν οι αρνητικές ερωτήσεις μια και η αρνητικότητα τους έχει ληφθεί υπόψη.

Οι ερωτήσεις του απαντώνται με μια 4-βάθμια κλίμακα με τιμές από 0 έως 3. Η βαθμολόγηση γίνεται με δύο τρόπους. Ο ένας είναι με την κλίμακα Likert και τιμές 0, 1, 2, 3 με συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 έως 84. Ο άλλος είναι τρόπος κωδικοποιεί τις τιμές της Likert σε 0, 0, 1,1 με το εύρος ανά κλίμακα να κυμαίνεται από 0 έως 7 και τη συνολική να κυμαίνεται από 0-28.

Η μετάφραση και η στάθμιση του GHQ-28 στα ελληνικά παρουσιάστηκε το 1991 σε ένα σύνολο περίπου 100 ατόμων και συγκριτικά με τις εκδόσεις GHQ-60 και GHQ-30 (Garyfallos κ.ά., 1991). Σύμφωνα με την ελληνική έκδοση ο συντελεστής alpha του Cronbach κυμάνθηκε από 0,82 για την κοινωνική δυσλειτουργία έως 0,90 για την κλίμακα Σοβαρή Κατάθλιψη. Ο συνολικός Cronbach's alpha ήταν 0,93. Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζεται μια σύνοψη των κλιμάκων, ενώ στο **Παράρτημα Α (Πίνακας Α2)** παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο

Πίνακας 2. Κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα του ερωτηματολογίου GHQ-28

Ακρωνύμιο	Κλίμακα	Ερωτήσεις	Βαθμολογία	Cronbach's
			(Likert)	α
ΣΣ	Σωματικά Συμπτώματα	1-7	0-21	0.84
ΑΑ	Άγχος και Αϋπνία	8-14	0-21	0.87
ΚΔ	Κοινωνική Δυσλειτουργία	15-21	0-21	0.82
ΣΚ	Σοβαρή Κατάθλιψη	22-28	0-21	0.90

ΣΥΝ	Σύνολο	1-28	0-84	0.93
-----	--------	------	------	------

7.5.3 Ερωτηματολόγιο WHOQoL-Bref

Το WHOQoL-BREF (WHO Quality of Life-Brief) αποτελεί τη σύντομη έκδοχή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 που όπως δείχνει το όνομα του αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Quality of Life - QoL).

Το σύνολο των ερωτήσεων είναι 26 με τις δύο πρώτες ερωτήσεις να αφορούν την αυτό-αντίληψη που έχει το άτομο για την υγεία του και οι υπόλοιπες αφορούν στοιχεία της υγείας. Η κατανομή των ερωτήσεων γίνεται σε 4 κλίμακες. Την κλίμακα Σωματική Υγεία (Physical Health) συντομογραφία PHYS ή DOM1 με ένα σύνολο 7 ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις αφορούν δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εξάρτηση από φαρμακευτική αγωγή, ενέργεια/κόπωση, κινητικότητα, πόνο, ύπνο και ικανότητα εργασίας, Την κλίμακα Ψυχολογική Υγεία (Psychological Health) συντομογραφία PSYCH ή DOM2 με ένα σύνολο 6 ερωτήσεων. Η κλίμακα εξετάζει τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, την αυτοεκτίμηση, την πνευματικότητα και τη συγκέντρωση. Την κλίμακα Κοινωνικές Σχέσεις (Social Relationships) συντομογραφία SOCIL ή DOM3 με 5 ερωτήσεις που εστιάζει στις προσωπικές σχέσεις, την κοινωνική υποστήριξη και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Την κλίμακα Περιβάλλον (Environment) συντομογραφία ENVIR ή DOM4 με ένα σύνολο 8 ερωτήσεων που εξετάζει την οικονομική ασφάλεια, η ελευθερία, η φυσική ασφάλεια, η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας, το οικιακό περιβάλλον και οι ευκαιρίες αναψυχής.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1988 και θεωρείται ως ένα από τα πλέον γνωστά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής. Επίσης θεωρείται ότι διαθέτει διαπολιτισμική εγκυρότητα ενώ παρέχει ένα προφίλ ποιότητας ζωής σε διάφορα κλινικά, κοινωνικά και ερευνητικά πλαίσια. Έχει μεταφραστεί σε δεκάδες γλώσσες (Skevington κ.ά., 2004; WHOQOL group, 1998), ενώ στα ελληνικά έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και δημοσιευθεί το 2012 σε ένα δείγμα 425 ασθενών (Ginieri-Coccossis κ.ά., 2012)

Η βαθμολόγηση των κλιμάκων, η κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα παρουσιάζονται αναλυτικά στον **Πίνακα 3** ενώ το ερωτηματολόγιο αναλυτικά παρουσιάζεται στο **Παράρτημα Α (Πίνακα Α3)**. Ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί η βαθμολόγηση των κλιμάκων ως άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών, συνηθίζεται οι βαθμολογίες να κανονικοποιούνται από 0-100. Η κανονικοποίηση των βαθμολογιών προκύπτει από την διαφορά της βαθμολογίας του κάθε

συμμετέχοντα (Actual Row Score) αφαιρώντας την μικρότερη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας (Lowest Possible Score), διαιρώντας με το εύρος της κλίμακας (Possible Range) και πολλαπλασιάζοντας με το 100.

$$\text{Score}_{0-100} = \frac{(\text{Actual Raw Score} - \text{Lowest Possible Score})}{(\text{Possible Range})} \times 100$$

Εξίσωση 1. Μετατροπή των βαθμολογιών WHOQOL-Bref σε κλίμακα 0-100

Πίνακας 3. Κατανομή των ερωτήσεων ανά κλίμακα του ερωτηματολογίου WHOQoL-Bref

Ακρωνύμιο	Κλίμακα	Ερωτήσεις	Βαθμολογία (Likert)	Cronbach's α
PHYS	Σωματική Υγεία	3*,4*,10,15, 16, 17,18	7-35	0.81
PSYCH	Ψυχολογική Υγεία	5,6,7,11,19, 26*	6-30	0.78
SOCIL	Κοινωνικές Σχέσεις	20, 21, 22	3-15	0.64
ENVIR	Περιβάλλον	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	8-40	0.80
QH	Γενική ποιότητα ζωής	1	1-5	
GH	Γενική Υγεία	1	1-5	

*αρνητικής κατεύθυνσης

7.6 Μεταβλητές της Μελέτης

Οι μεταβλητές της παρούσας μελέτης περιλάμβαναν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και τις κύριες μεταβλητές που αφορούσαν την πνευματικότητα, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, την περιοχή διαμονής και τη θρησκευτική πίστη, ενώ τα κλινικά χαρακτηριστικά αφορούσαν τον χρόνο από τη διάγνωση, την τρέχουσα θεραπεία και την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η πνευματικότητα αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου FACIT-Sp12, η ψυχική υγεία μέσω του GHQ-28 και η ποιότητα ζωής μέσω του WHOQOL-Bref. Οι μεταβλητές αυτές διερευνήθηκαν τόσο περιγραφικά όσο και ως προς τις μεταξύ τους συσχετίσεις, με στόχο την κατανόηση του ρόλου της πνευματικότητας στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασματική νόσο.

7.7 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο Βενιζέλειο-Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου σε ογκολογικούς και αιματολογικούς ασθενείς, μετά από τη λήψη των απαραίτητων εγκρίσεων από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης και τα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας και συμμετείχαν σε αυτήν εθελοντικά, αφού διασφαλίστηκαν η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και το δικαίωμα αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία επίπτωση στη φροντίδα τους. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη διανομή αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν χωρίς παρέμβαση ή καθοδήγηση από τον ερευνητή.

7.8 Στατιστική Ανάλυση

Οι διακριτές ποσοτικές μεταβλητές και οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και % συχνοτήτων. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μορφή μέσου όρου $\pm$ τυπικής απόκλισης. Η εσωτερική συνάφεια των ερωτήσεων των κλιμάκων των ερωτηματολογίων Tacit-sp-12, GHQ-28 και WHOQOL-Bref μετρήθηκε με το συντελεστή

alpha (α) του Cronbach. Η αξιολόγηση της κανονικότητας έγινε με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov. Η συσχέτιση συνεχών μεταβλητών μετρήθηκε με το συντελεστή Pearson's r εφόσον η κατανομή των μεταβλητών ήταν κανονική ή με το συντελεστή Spearman's r όταν αποκλίνει από την κανονική κατανομή. Ο έλεγχος χ^2 του Pearson's για διακριτές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε για τη συσχέτιση ποιοτικών μεταβλητών. Διαφορές σε συνεχείς μεταβλητές ανάμεσα σε δύο ομάδες ελέγχθηκαν με τον t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων ή με το αντίστοιχο μη-παραμετρικό Mann-Whitney. Για σύγκριση συνεχών μεταβλητών με >2 ομάδες χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι one-way ANOVA και Kruskal-Wallis. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση των μεταβλητών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Σε αυτά τα μοντέλα ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα VAS0-100 από το ερωτηματολόγιο ποιότητας υγείας WHOQoL-Bref. Ως επεξηγηματικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν όσες σχετίστηκαν ή διαφοροποιήθηκαν με την κλίμακα VAS0-100 στο επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Για την επιλογή μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος stepwise. Για τη γραφική αναπαράσταση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε διαγράμματα διασποράς, ραβδογράμματα και κυκλικά διαγράμματα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 24.0 και ως όριο αποδοχής τέθηκε το $\alpha=0,05$.

7.9 Ηθικά Ζητήματα

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, μετά από τη λήψη των απαραίτητων εγκρίσεων από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης και τα αρμόδια όργανα του Βενιζέλειου Γενικού Νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης και συμμετείχαν εθελοντικά. Διασφαλίστηκαν η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων, ενώ οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία επίπτωση στη φροντίδα τους. Η διαχείριση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις προστασίας προσωπικών δεδομένων και τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Κεφάλαιο 8: Αποτελέσματα

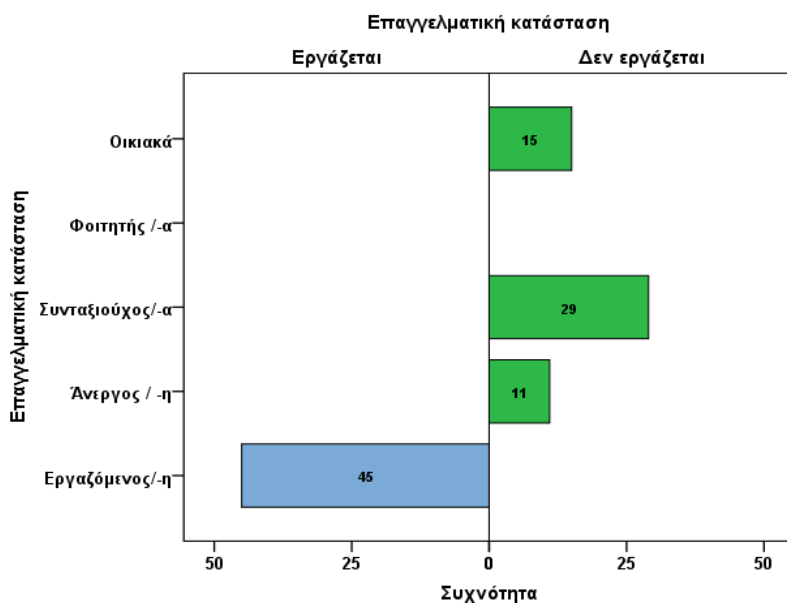
8.1 Δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Στην έρευνα μετείχαν συνολικά 100 άτομα και η περιγραφή των δημογραφικών του δείγματος παρουσιάζεται στον **Πίνακα 4**. Οι γυναίκες πλειοψηφούν των ανδρών με 79 άτομα (79,8%) σε σύνολο 99 απαντήσεων στην ερώτηση. Οι έγγαμες / -οι ή και σε συμβίωση ήταν 72 (72,0%) του δείγματος και οι χήρες/-οι ή διαζευγμένες / -οι ήταν 19 (19,0%) του δείγματος. Σαράντα πέντε (45,0%) των συμμετεχόντων εργάζεται ενώ για τους μη εργαζόμενους οι 29 (29,0%) ήταν συνταξιούχοι και 15 (15,0%) δήλωσαν οικιακά (**Πίνακας 4, Διάγραμμα 1**). Στο επίπεδο εκπαίδευσης οι περισσότεροι είχαν τελειώσει ΑΕΙ ή μεταπτυχιακό (43, 43,0%) με τους 14 (14,0%) να έχουν Master/PhD, ενώ 41 άτομα (41,0%) είχαν τελειώσει το Λύκειο ή ΙΕΚ (28,0% του συνόλου είχαν τελειώσει το Λύκειο). Εξήντα πέντε συμμετέχοντες (65,7%) δήλωσαν ότι διαμένουν στην πόλη, ενώ 18 (18,2%) και 16 (16,2%) διαμένουν σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές αντίστοιχα. Ως προς τη θρησκευτική πίστη η πλειοψηφία 89,0% πιστεύουν με τους 88 (88,0%) του συνόλου να είναι χριστιανοί ορθόδοξοι. Στις υπόλοιπες 11 δηλώσεις, 6 άτομα (6,0%) δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν ενώ 5 (5,0%) δήλωσαν ότι δεν πιστεύουν (**Πίνακας 4, Διάγραμμα 2**).

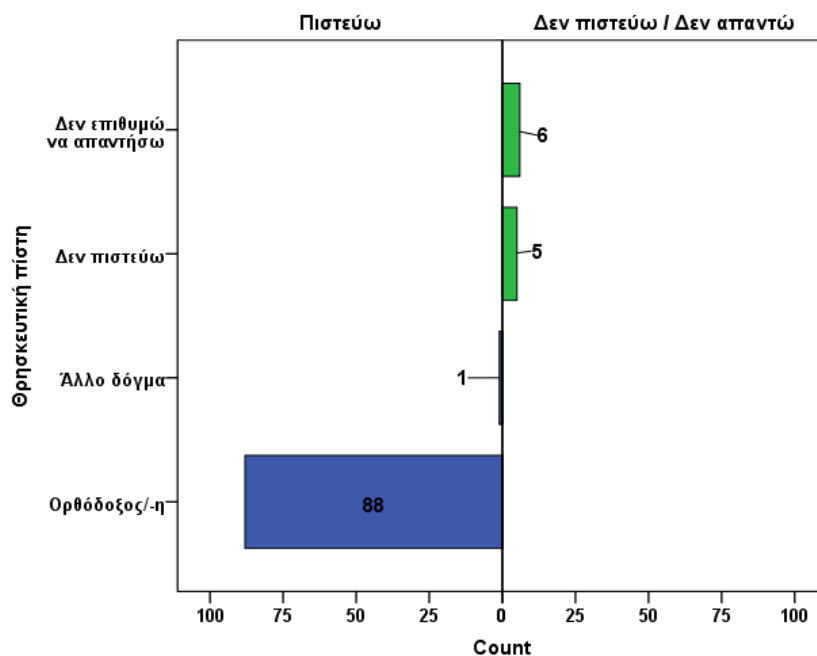
Στο Διάγραμμα 3 ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να δηλώσουν το βαθμό θρησκευτικότητας τους. Από τις απαντήσεις προέκυψε ότι 7 (7,0%) και 16 (16,0%) αντίστοιχα δήλωσαν καθόλου και λίγο. Μέτρια θρησκευτικότητα δήλωσαν 31 (31,0%) άτομα ενώ υψηλή θρησκευτικότητα δήλωσαν 46 άτομα (46,0%) του δείγματος των ερωτώμενων. Από τα στοιχεία του Διαγράμματος 4 το 90% των ερωτώμενων (n=90) δήλωσε ότι είχε υποστήριξη από την οικογένεια του.

Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

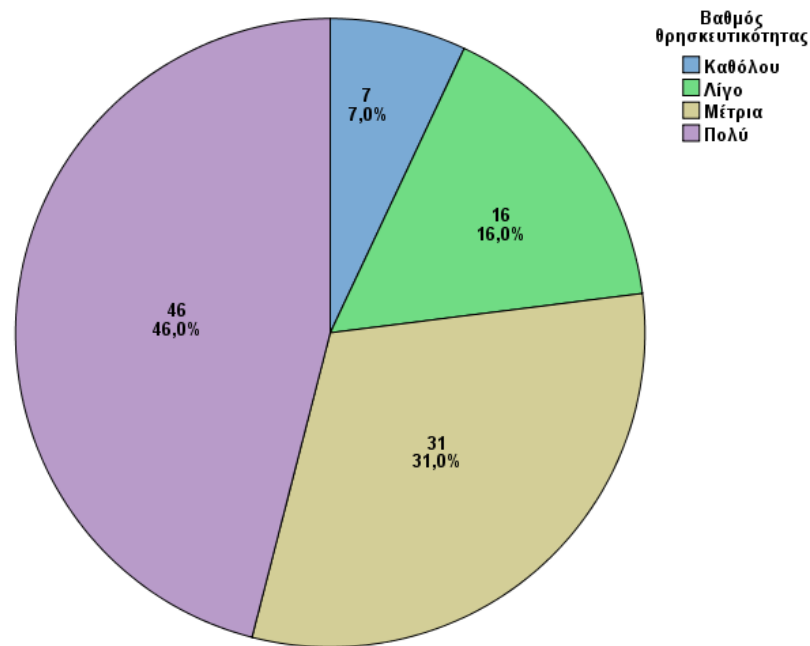
		n	%
Φύλο	Άνδρας	20	20,2%
	Γυναίκα	79	79,8%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη / -ος	9	9,0%
	Έγγαμη /-ος I Συμβίωση	72	72,0%
	Χήρα / -ος Διαζευγμένη /-ος	19	19,0%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό / Γυμνάσιο	16	16,0%
	Λύκειο / ΙΕΚ	41	41,0%
	ΑΕΙ / Μεταπτυχιακά	43	43,0%
Επαγγελματική κατάσταση	Εργάζεται	45	45,0%
	Δεν εργάζεται	55	55,0%
Περιοχή Διαμονής	Αστική	65	65,7%
	Ημιαστική	18	18,2%
	Αγροτική	16	16,2%
Θρησκευτική πίστη	Ορθόδοξος/-η	88	88,0%
	Άλλο δόγμα	1	1,0%
	Δεν πιστεύω	5	5,0%
	Δεν επιθυμώ να απαντήσω	6	6,1%



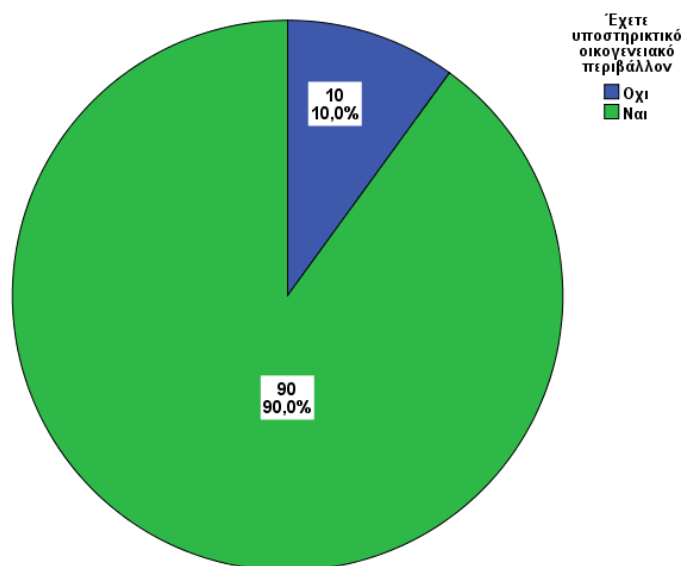
Διάγραμμα 1: Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων



Διάγραμμα 2: Δηλωμένη θρησκευτική πίστη συμμετεχόντων



Διάγραμμα 3: Βαθμός θρησκευτικότητας ερωτώμενων



Διάγραμμα 4: Απαντήσεις στην ερώτηση «έχετε υποστηρικτικό περιβάλλον;»

Στον Πίνακα 5 καταγράφονται τα αποτελέσματα που αφορούν τα ιατρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με νεοπλασία μεταξύ 1-5 ετών (48, 48,0%) ενώ κάτω από 1 έτος είχαν διαγνωστεί συνολικά 30 άτομα (30,0%). Ως προς τη θεραπεία που ακολουθούν την περίοδο της συνέντευξης 42 άτομα

(42,0%) δεν ακολουθούν καμία θεραπεία, 29 άτομα (29,0%) χημειοθεραπεία και συνδυασμό θεραπειών 19 άτομα (19,0%)

Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		n	%
Διάγνωση νεοπλασμάτων	< 6 μήνες	9	9,0%
	6-12 μήνες	21	21,0%
	1-5 έτη	48	48,0%
	>5 έτη	22	22,0%
Τρέχουσα θεραπεία	Καμία	42	42,0%
	Χημειοθεραπεία	29	29,0%
	Ακτινοθεραπεία	5	5,0%
	Χειρουργική	5	5,0%
	Συνδυασμός	19	19,0%

8.2 Περιγραφικά στατιστικά για τις κλίμακες FACIT-sp12, GHQ-28 και WHOQoL-Bref

Τα περιγραφικά στατιστικά καθώς και στοιχεία κανονικότητας και εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων πνευματικότητας FACIT-sp-12 παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6** και στο **Διάγραμμα 5**. Η κλίμακα FACIT-Sp12 Πίστη ήταν η μόνη κλίμακα που ακολούθησε κανονική κατανομή με $p=0,308$ όπως προέκυψε από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov. Η εσωτερική συνέπεια των κλιμάκων μετρημένη με το συντελεστή α του Cronbach ανέδειξε ότι τόσο η συνολική κλίμακα FACIT Sp-12 όσο και οι κλίμακες FACIT Sp12 Νόημα και Πίστη είχαν τιμές $>0,800$. Η συνολική κλίμακα FACIT sp-12 έδειξε διάμεση τιμή 31,0 (19,5-37,0) και μέσο όρο $27,3 \pm$

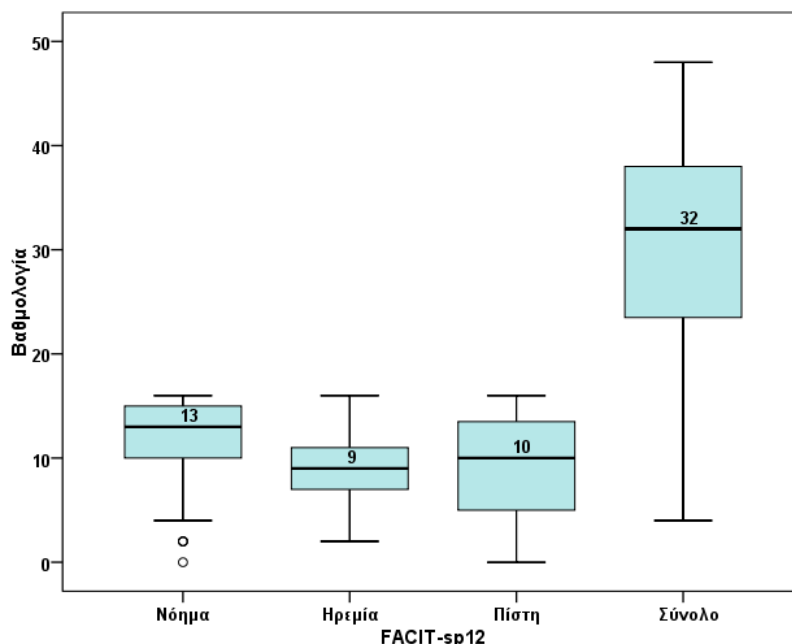
12,7. Ανάμεσα στις άλλες κλίμακες η FACIT Sp12 Νόημα είχε τη μεγαλύτερη διάμεσο 13,0 (9,0-15,0) και μέσο όρο $11,5 \pm 4,3$ ενώ ακολουθεί η FACIT SP12 Πίστη με 9,0 (4,0-13,0) και μέσο όρο $9,0 \pm 5,2$ και τέλος η κλίμακα FACIT Sp12 Ηρεμία με διάμεσο 8,0 (6,0-11,0) και μέσο όρο $8,5 \pm 3,5$.

Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας FACIT-sp12

FACIT sp-12	MO	TA	Τεταρτημόρια			KS p	Alpha
			1 ^ο	2 ^ο (Δ)	3 ^ο		
Νόημα	11,5	4,3	9,0	13,0	15,0	<0,001	0,807
Ηρεμία	8,5	3,5	6,0	8,0	11,0	<0,001	0,620
Πίστη	9,0	5,2	4,0	9,0	13,0	0,308	0,906
Σύνολο	27,3	12,7	19,5	31,0	37,0	<0,001	0,856

KS p p από Kolmogorov–Smirnov α Cronbach's alpha MO Μέσος όρος

TA: Τυπική Απόκλιση 1ο, 2ο (Δ), 3ο : Τεταρτημόρια Δ-διάμεσος



Διάγραμμα 5: Θηκογράμματα (διαγράμματα Box and Whisker) των κλιμάκων FACIT-sp12

Τα περιγραφικά στατιστικά καθώς και στοιχεία κανονικότητας και εσωτερικής συνάφειας των κλιμάκων του ερωτηματολογίου GHQ-28 παρουσιάζονται στον **Πίνακα 7** και στο **Διάγραμμα**

6. Από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov προέκυψε ότι καμία από τις κλίμακες ούτε η συνολική βαθμολογία ακολούθησαν την κανονική κατανομή με $p < 0,05$ σε στις περιπτώσεις. Η εσωτερική συνάφεια των κλιμάκων, μετρημένη με τον συντελεστή alpha του Cronbach, αναδείχθηκε ιδιαίτερα υψηλή, καθώς τόσο η συνολική κλίμακα GHQ-28 $\alpha = 0,928$ όσο και οι επιμέρους υποκλίμακες εμφάνισαν τιμές $> 0,800$. Η συνολική κλίμακα GHQ-28 έδειξε διάμεση τιμή 25 (17,0-35,0). Ανάμεσα στις επιμέρους κλίμακες, η GHQ-28 ΚΔ είχε τη μεγαλύτερη διάμεσο 8,0 (7,0 -11,0) ενώ ακολουθεί η κλίμακα GHQ-28 (ΑΑ) με διάμεσο 7,0 (3,0-12,0). Η κλίμακα GHQ-28 ΣΣ παρουσίασε διάμεσο 5,0 (3,0-10,8) ενώ τέλος η κλίμακα GHQ-28 Σοβαρή Κατάθλιψη (ΣΚ) σημείωσε τη χαμηλότερη διάμεσο 2,0 (1,0-6,0).

Πίνακας 7. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας GHQ-28

Τεταρτημόρια							
	Μέσος	Τυπική				KS p	Alpha
GHQ-28	όρος	Απόκλιση	1 ^ο	Διάμεσος	3 ^ο		
ΣΣ	6,7	4,8	3,0	5,0	10,8	<0,001	0,821
ΑΑ	7,9	5,6	3,0	7,0	12,0	<0,001	0,889
ΚΔ	9,0	3,8	7,0	8,0	11,0	<0,001	0,821
ΣΚ	3,8	4,0	1,0	2,0	6,0	<0,001	0,854
Σύνολο	27,2	14,1	17,0	25,0	35,0	0,002	0,928
KS p: p από Kolmogorov – Smirnov			Alpha: Cronbach alpha				

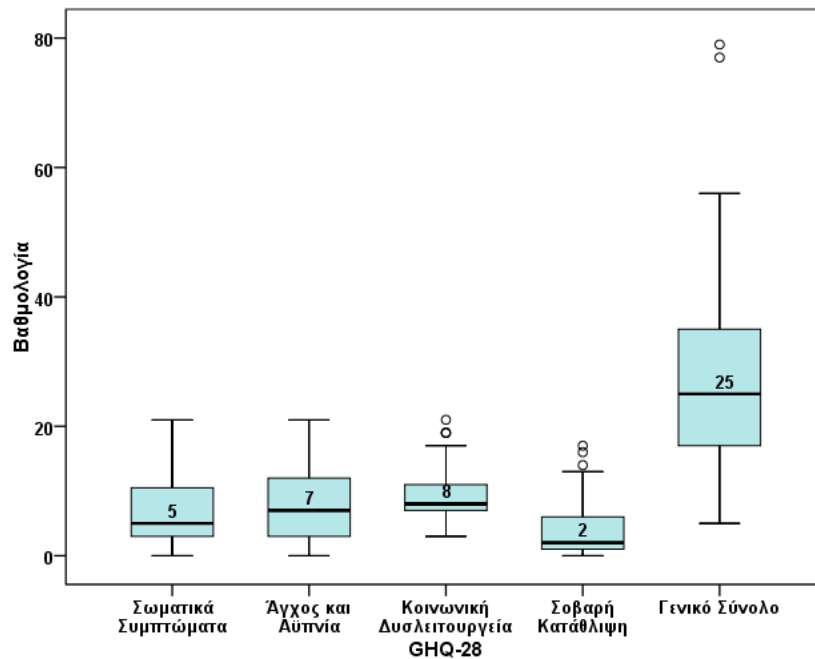
ΣΣ: Σωματικά Συμπτώματα

ΑΑ: Άγχος και Αϋπνία

ΚΔ: Κοινωνική Δυσλειτουργία

ΣΚ: Σοβαρή Κατάθλιψη

ΣΥΝ: Σύνολο



Διάγραμμα 6: Θηκογράμματα (διαγράμματα Box and Whisker) των κλιμάκων GHQ-28

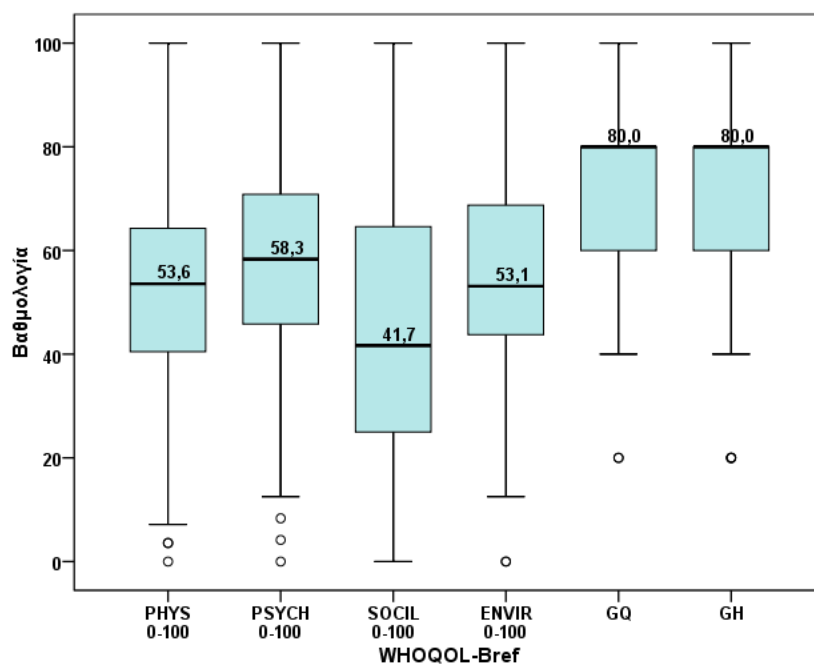
Τα περιγραφικά στατιστικά καθώς και στοιχεία κανονικότητας και εσωτερικής συνάφειας των κλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQol-Bref παρουσιάζονται στον **Πίνακα 8** και στο **Διάγραμμα 7**. Οι τιμές που παρουσιάζονται στον Πίνακα για τις κλίμακες WHOQol-Bref είναι οι αναγώμενες στην κλίμακα 0-100. Με εξαίρεση την κλίμακα κοινωνικών σχέσεων WHOQOL-Bref SOCIL που δεν ξεπέρασε το επίπεδο του 0,700 όλες οι υπόλοιπες ήταν άνω του συγκεκριμένου ορίου ενώ συνολικά το ερωτηματολόγιο είχε συντελεστή εσωτερικής συνάφειας ίσο με $\alpha=0,921$. Κανονική κατανομή ακολουθούσαν οι κλίμακες WHOQOL-Bref Phys για την ποιότητα της Σωματικής υγείας (0,200) και η WHOQOL-Bref ENVIR ($p=0,160$). Υψηλές διάμεσες τιμές παρουσιάστηκαν στις ερωτήσεις για την ποιότητα ζωής και την γενική κατάσταση υγείας 80 (60-80). Ο υψηλότερος διάμεσος παρουσιάστηκε στην κλίμακα WHOQol-Bref Psych με 58,3 (45,8-70,8), ακολουθούμε από την κλίμακα WHOQol-Bref Envir 41,7 (25,0-64,6).

Πίνακας 8. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας WHOQoL-Bref (κλίμακα 0-100)

Τεταρτημόρια							
WHOQoL-Bref	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Τεταρτημόρια			KS p	Alpha
			1 ^ο	Διάμεσος	3 ^ο		
PHYS	53,4	22,1	39,3	53,6	64,3	0,200	0,859
PSYCH	56,3	20,9	45,8	58,3	70,8	<0,003	0,817
SOCIL	44,6	24,4	25,0	41,7	64,6	0,001	0,521
ENVIR	54,6	19,4	43,8	53,1	68,8	0,160	0,748
GQ	73,4	16,6	60,0	80,0	80,0	<0,001	
GH	72,0	21,6	60,0	80,0	80,0	<0,001	

KS p : p από Kolmogorov – Smirnov

Alpha: Cronbach alpha



Διάγραμμα 7: Θηκογράμματα (διαγράμματα Box and Whisker) των κλιμάκων WHOQoL-Bref

8.3 Παράγοντες που επιδρούν στην WHOQol-Bref

Σε αυτή την ενότητα εξετάζονται οι επιδράσεις δημογραφικών μεταβλητών και χαρακτηριστικών υγείας που δυνητικά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής WHOQol-Bref. Η επίδραση του φύλου στις κλίμακες WHOQOL-Bref παρουσιάζεται στον **Πίνακα 9**. Παρατηρήθηκε ότι στις κλίμακες WHOQoL-BReF PHYS , WHOQoL-BReF PSYCH, WHOQoL-BReF SOCIL και WHOQoL-BReF ENVIR, καθώς και στην κλίμακα WHOQoL-BReF Γενική Υγεία, δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p > 0,05$). Ωστόσο, εντοπίστηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα WHOQoL-BReF GQ ($p = 0,012$), όπου οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο βαθμολογίας ($75,5 \pm 16,0$) συγκριτικά με τους άνδρες ($65,0 \pm 17,0$).

Πίνακας 9. Επίδραση του φύλου των ερωτώμενων στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref.

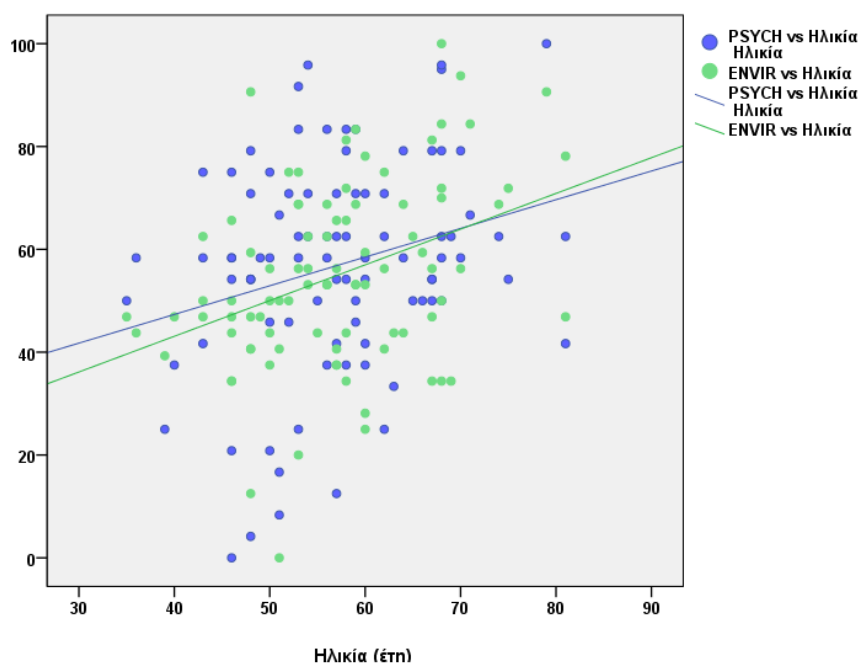
WHOQol-Bref (0-100)	Φύλο				
	Ανδρας (n=20)		Γυναίκα (n=75)		p
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	
PHYS	54,0	23,4	53,1	22,1	0,874
PSYCH	54,4	15,5	56,2	21,5	0,717
SOCIL	37,9	24,8	46,2	24,2	0,181
ENVIR	54,5	16,7	54,4	19,7	0,984
GQ	65,0	17,0	75,5	16,0	0,012
GH	67,0	21,8	73,1	21,9	0,274

Η συσχέτιση της ηλικίας με τις κλίμακες WHOQoL-Bref στους ερωτώμενους ανέδειξε στατιστικά σημαντικές θετικές συνάφειες σε δύο τομείς. Συγκεκριμένα, η Ψυχολογική Υγεία (WHOQoL-Bref PSYCH) εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με την ηλικία (Pearson's $r=0,261$, $p=0,014$, Spearman's $r=0,212$, $p=0,046$). Παρόμοια συσχέτιση παρατηρήθηκε στον τομέα της κλίμακας περιβάλλοντος (WHOQol-Bref ENVIR), όπου η ηλικία συνδέεται θετικά με την

ποιότητα ζωής (Pearson's $r=0,372$, $p<0,001$, Spearman's $r=0,354$, $p=0,001$). Αντιθέτως, οι κλίμακες της Σωματικής Υγείας (PHYS), των Κοινωνικών Σχέσεων (SOCIL), καθώς και οι δείκτες Γενικής Ποιότητας Ζωής GQ και Υγείας GH, δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία των συμμετεχόντων ($p>0,05$), (Πίνακας 10 και Διάγραμμα 8).

Πίνακας 10. Επίδραση της ηλικίας των ερωτώμενων στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref

	Ηλικία			
	Pearson's		Spearman's	
	r	p	r	p
PHYS	0,195	0,069	0,196	0,067
PSYCH	0,261	0,014	0,212	0,046
SOCIL	0,014	0,901	0,009	0,937
ENVIR	0,372	<0,001	0,354	0,001
GQ	0,102	0,341	0,061	0,569
GH	0,182	0,087	0,164	0,126



Διάγραμμα 8: Διαγράμματα διασποράς WHOQoL-Bref PSYCH και ENVIR με την ηλικία των ερωτώμενων

Η διερεύνηση των δημογραφικών παραγόντων σε σχέση με τις κλίμακες του WHOQOL-Bref ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και την περιοχή διαμονής αλλά όχι με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, το επίπεδο εκπαίδευσης επηρέασε σημαντικά τη WHOQOL-Bref GQ ($p=0,005$), με τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά) να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία ($79,0 \pm 14,6$) έναντι των αποφοίτων Λυκείου/ΙΕΚ ($70,5 \pm 15,9$) και Δημοτικού/Γυμνασίου ($65,0 \pm 18,6$). Επιπλέον, η περιοχή διαμονής φάνηκε να διαφοροποιεί σημαντικά την Ψυχολογική Υγεία (WHOQoL-Bref PSYCH) ($p=0,034$), με τους κατοίκους αστικών περιοχών ($59,8 \pm 19,7$) να υπερτερούν των κατοίκων ημιαστικών ($47,5 \pm 21,1$) και αγροτικών περιοχών ($51,7 \pm 22,1$). Αντίστοιχη επίδραση της περιοχής διαμονής βρέθηκε και στη WHOQOL-Bref GQ ($p=0,032$), όπου οι κάτοικοι αστικών κέντρων εμφάνισαν υψηλότερες τιμές ($76,1 \pm 15,3$) συγκριτικά με όσους διαμένουν σε ημιαστικές ($71,1 \pm 15,7$) και αγροτικές περιοχές ($64,0 \pm 20,3$) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της περιοχής διαμονής στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref

Οικογενειακή κατάσταση							
	Άγαμη / -ος		Έγγαμη /-ος I Συμβίωση		Χήρα / -ος Διαζευγμένη /-ος		p
	(n=7)		(n=70)		(n=17)		
	MO	TA	MO	TA	MO	TA	
PHYS	47,3	13,5	53,2	22,4	56,4	25,3	0,610
PSYCH	53,7	11,3	56,4	21,8	57,2	20,4	0,916
SOCIL	30,6	13,8	47,1	24,0	41,7	28,3	0,138
ENVIR	49,0	13,1	54,6	19,8	58,8	19,7	0,463
GO	73,3	14,1	74,6	15,6	68,2	21,3	0,373

GH	68,9	14,5	71,4	22,0	75,3	25,0	0,739
-----------	------	------	------	------	------	------	-------

Επίπεδο εκπαίδευσης

	Δημοτικό / Γυμνάσιο (n=16)				ΑΕΙ / Μεταπτυχιακά (n=42)		
			Λύκειο / ΙΕΚ (n=38)				p
PHYS	60,3	16,5	48,3	23,8	54,9	22,0	0,155
PSYCH	58,3	12,8	53,4	20,8	58,1	23,0	0,550
SOCIL	45,3	23,2	46,1	24,6	43,0	25,0	0,846
ENVIR	58,5	15,4	53,5	19,0	54,5	20,9	0,679
GQ	65,0	18,6	70,5	15,9	79,0	14,6	0,005
GH	75,0	15,5	70,0	23,6	72,4	22,5	0,734

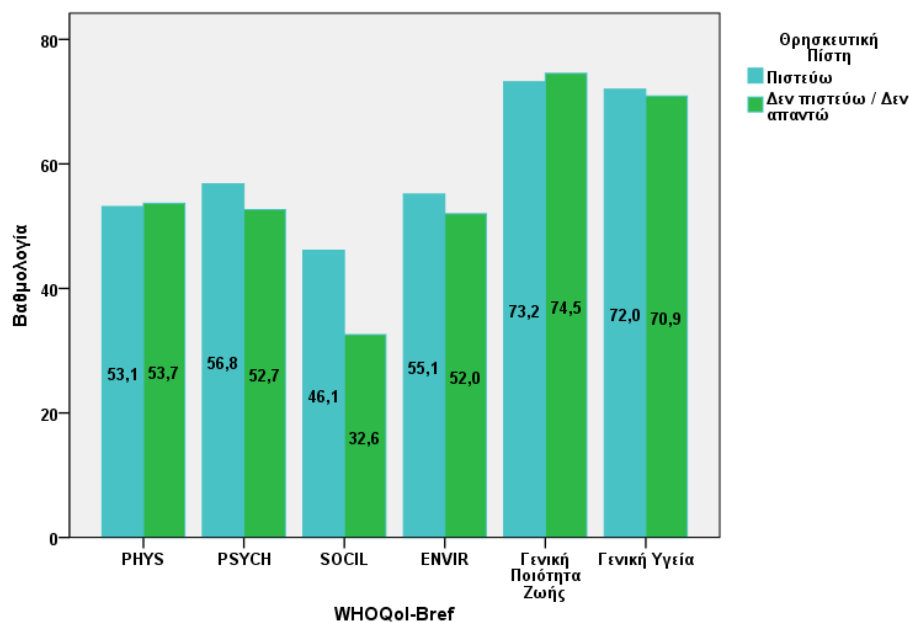
Περιοχή Διαμονής

	Αστική		Ημιαστική		Αγροτική		
	(n=62)		(n=18)		(n=15)		p
PHYS	56,2	20,2	47,1	21,5	47,2	29,3	0,169
PSYCH	59,8	19,7	47,5	21,1	51,7	22,1	0,034
SOCIL	48,6	24,4	34,7	23,4	39,4	23,0	0,071
ENVIR	57,5	20,1	49,2	17,5	49,7	16,7	0,152
GQ	76,1	15,3	71,1	15,7	64,0	20,3	0,032
GH	74,2	21,2	67,8	21,8	68,0	24,8	0,413

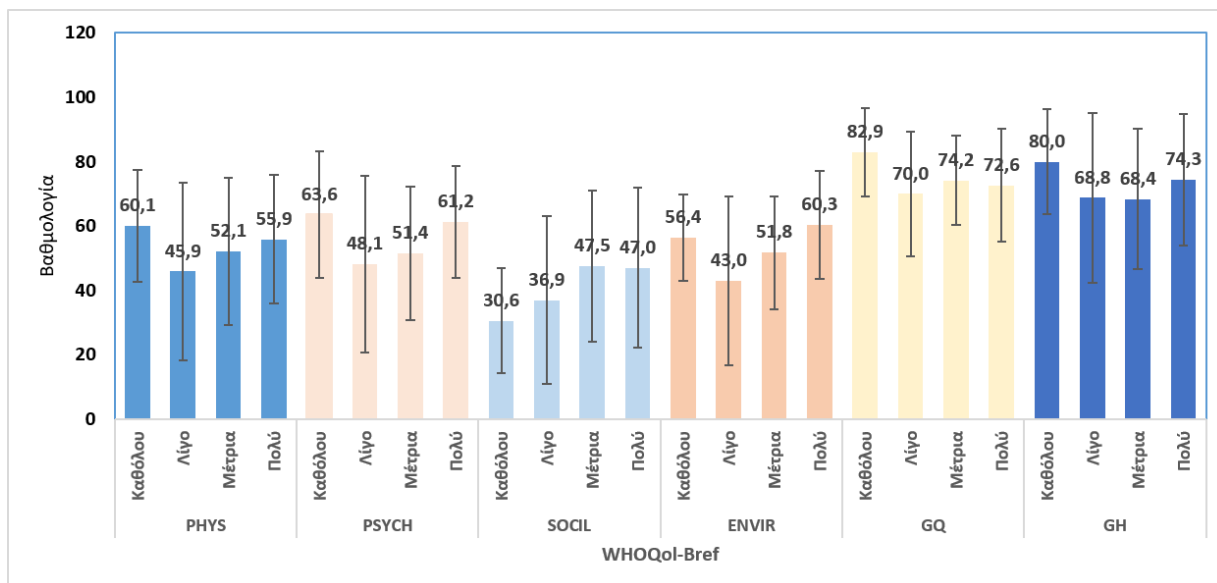
Η ποιότητα ζωής WHOQol-Bref εξετάστηκε με βάση τη θρησκευτική πίστη. Τα αποτελέσματα στις κλίμακες ποιότητας ζωής δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p > 0,05$). Αναλυτικότερα η κλίμακα WHOQol-Bref PHYS παρουσίασε $p = 0,608$, η κλίμακα WHOQol-Bref PSYCH παρουσίασε $p = 0,990$, η κλίμακα WHOQol-Bref Socil παρουσίασε $p = 0,082$, η κλίμακα WHOQol-Bref ENVIR παρουσίασε $p = 0,837$. Η κλίμακα ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref GQ είχε υψηλότερο μέσο όρο στους δεν πιστεύω / δεν απαντώ $76,7 \pm 14,4$ σε σχέση με

όσους πιστεύουν σε κάποιο δόγμα χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,470$). Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε για την κλίμακα γενικής υγείας WHOQOL-Bref GH με μέσο όρο $73,3 \pm 71,8$ για όσους δεν πιστεύω / δεν απαντώ με $p=0,821$. (**Διάγραμμα 9**).

Στο **Διάγραμμα 10** παρουσιάζονται με τη μορφή ραβδογράμματος τα αποτελέσματα για την επίδραση του βαθμού θρησκευτικής πίστης στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα WHOQoL-Bref ENVIR με τιμή $p=0.014$. Σε αυτή την κλίμακα ο μέσος όρος όσων απάντησαν πολύ ήταν $60,3 \pm 16,8$ ενώ όσων απάντησαν καθόλου ήταν $56,4 \pm 13,3$. Στις υπόλοιπες κλίμακες οι τιμές p ήταν για την WHOQoL-Bref PHYS $p=0,371$, για την WHOQoL-Bref PSYCH $p=0,054$, για την WHOQoL-Bref Socil $p=0,227$, για την γενική Ποιότητα ζωής WHOQOL-Bref GQ $p=0,378$ και τέλος για την WHOQoL-Bref GH $p=0,442$.



Διάγραμμα 9: Ραβδογράμματα των κλιμάκων WHOQoL-Bref με τη θρησκευτική πίστη



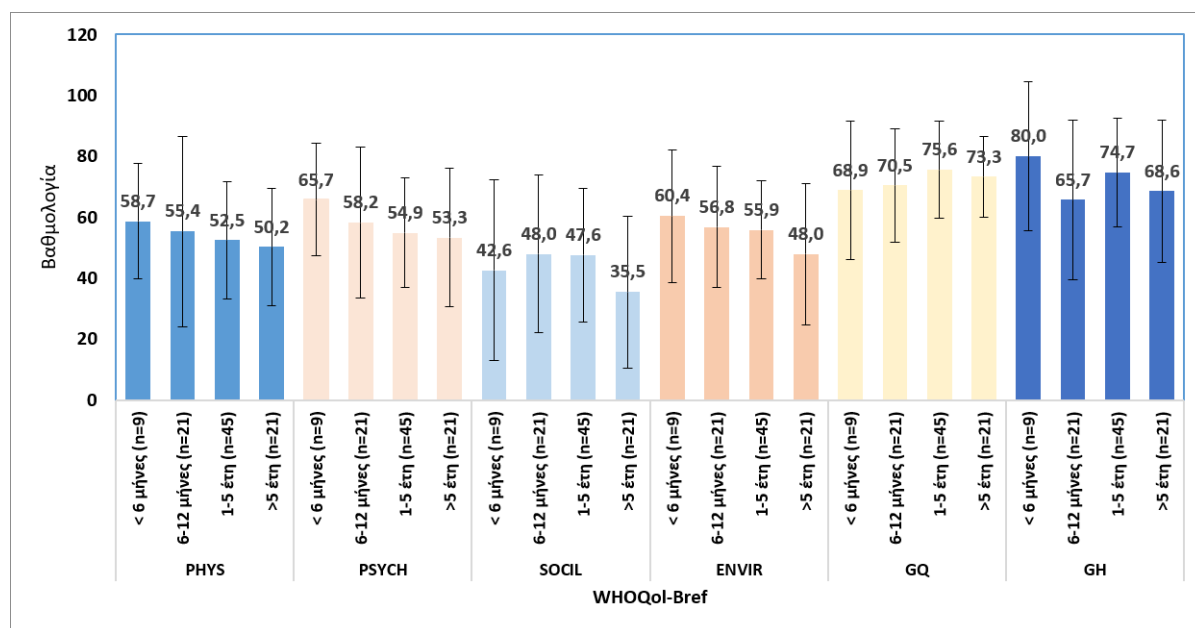
Διάγραμμα 10: Ραβδογράμματα των κλιμάκων WHOQol-Bref με το βαθμό θρησκευτικής πίστης

Η σχέση με το επάγγελμα έδειξε ότι όσοι εργάζονται δεν επηρεάζουν τις κλίμακες ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα οι τιμές στατιστικής σημαντικότητας p ήταν για την κλίμακα WHOQol-Bref PHYS 0,516, για την WHOQol-Bref PSYCH 0,773 για την κλίμακα WHOQol-Bref SOCIL 0,378 και για την γενική ποιότητα ζωής και υγείας 0,448 και 0,460 αντίστοιχα.

Πίνακας 12. Επίδραση της εργασίας ή όχι στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref

WHOQol-Bref	Εργάζεται (n=45)		Δεν εργάζεται (n=54)		p
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	
PHYS	55,0	21,9	52,1	22,5	0,516
PSYCH	56,9	21,5	55,7	20,6	0,773
SOCIL	47,0	25,8	42,5	23,1	0,378
ENVIR	53,5	16,5	55,5	21,6	0,613
GQ	72,0	15,0	74,5	17,8	0,448
GH	70,2	20,7	73,5	22,5	0,460

Καμία από τις κλίμακες WHOQoL-Bref δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών από την διάγνωση. Πιο αναλυτικά, η κλίμακα WHOQoL-Bref PHYS δεν παρουσιάσει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον χρόνο διάγνωσης ($p=0,761$), ομοίως η κλίμακα WHOQoL-Bref PSYCH ($p=0,447$), αλλά και οι κλίμακες WHOQoL-Bref SOCIL $p=0,256$, WHOQoL-Bref ENVIR ($p=0,294$) αλλά και η γενική ποιότητα ζωής και η γενική υγεία με $p=0,563$ και $p=0,249$ αντίστοιχα (**Διάγραμμα 11**).



Διάγραμμα 11: : Ραβδογράμματα των κλιμάκων WHOQoL-Bref με βάση τα έτη από τη διάγνωση

Η επίδραση της ύπαρξης θεραπευτικού σχήματος την εποχή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου έδειξε ότι οι κλίμακες ποιότητας ζωής δεν επηρεάζονται από την ύπαρξη ή όχι τρέχουσας θεραπείας. Οι τιμές p για κάθε κλίμακα WHOQoL-Bref είναι: για το PHYS $p=0,719$, για το PSYCH $p=0,390$, για το SOCIL $p=0,974$, για το ENVIR $p=0,493$, για το GQ $p=0,067$ και το GH $p=0,118$ (**Πίνακας 13**).

Πίνακας 13. Επίδραση της τρέχουσας θεραπείας στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref

	Τρέχουσα θεραπεία				
	Όχι (n=40)		Ναι (n=56)		p
	MO	TA	MO	TA	
PHYS	54,2	20,9	52,5	23,2	0,719
PSYCH	54,1	22,3	57,8	19,5	0,390
SOCIL	44,5	24,7	44,6	24,3	0,974
ENVIR	53,2	21,0	55,9	18,0	0,493
GQ	77,0	13,2	70,7	18,3	0,067
GH	76,0	21,8	68,9	21,5	0,118

Η επίδραση της ύπαρξης υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος ότι μόνο η κλίμακα κοινωνικών σχέσεων WHOQoL-Bref SOCIL επηρεάζεται. Συγκεκριμένα οι τιμές ήταν $46,6 \pm 23,1$ για όσους είχαν υποστηρικτικό περιβάλλον και $27,5 \pm 29,1$ για όσους δεν δήλωναν. Οι υπόλοιπες κλίμακες είχαν τιμές $p=0,198$ για την WHOQoL-Bref PHYS $p=0,542$ για την WHOQoL-Bref PSYCH, $p=0,228$ για την WHOQoL SOCIL, $p=0,505$ WHOQoL-Bref GQ και $p=0,531$ για την WHOQoL-Bref GH (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Επίδραση του υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQoL-Bref

	Υποστηρικτικό Περιβάλλον		p
	Όχι (n=10)	Ναι (n=86)	

	MO	TA	MO	TA	
PHYS	44,6	21,4	54,2	22,2	0,198
PSYCH	52,5	24,9	56,7	20,3	0,542
SOCIL	27,5	29,1	46,6	23,1	0,018
ENVIR	47,8	20,6	55,6	19,1	0,228
GQ	70,0	14,1	73,7	16,9	0,505
GH	76,0	18,4	71,4	22,2	0,531

8.4 Σχέσεις μεταξύ WHOQol-Bref, FACIT-12 και GHQ-28

Κατά τη συσχέτιση των κλιμάκων ποιότητας ζωής WHOQol-Bref με τις κλίμακες θρησκευτικότητας FACIT-Sp12 προέκυψαν τα εξής : Η εκτίμηση είτε με το συντελεστή r του Pearson's είτε με το συντελεστή r του Spearman's συμφωνεί με σχεδόν όλα τα ζευγάρια ποιότητας ζωής και θρησκευτικότητας. Η κλίμακα πνευματικότητας FACIT-12 Νόημα σχετίζεται με όλες τις κλίμακες WHOQoL-Bref και πιο συγκεκριμένα με την PHYS ($r=0,298$, $p=0,004$), για την PSYCh ($r=0,464$, $p<0,001$), SOCIL ($r=0,315$, $p=0,002$) ENVIR ($p=0,428$, $p<0,001$), GQ ($r=0,279$, $p=0,006$) και GH ($r=0,243$, $p=0,018$).

Αντίστοιχη ήταν και η συσχέτιση της κλίμακας πνευματικότητας FACIT-12 Ηρεμία με τιμές συσχέτισης για τους WHOQoL-Bref, PHYS ($r=0,396$, $p<0,001$), PSYCH ($r=0,582$, $p<0,001$), SOCIL ($r=0,385$, $p<0,001$), GQ ($r=0,425$, $p<0,001$), GH ($r=0,345$, $p<0,001$).

Σημαντική συσχέτιση παρουσιάστηκε στην κλίμακα πνευματικότητας FACIT-12 Πίστη με τις κλίμακες WHOQoL-Bref PSYCH ($r=0,309$, $p=0,002$), WHOQoL-Bref SOCIL ($r=0,292$, $p=0,005$), WHOQoL-Bref ENVIR ($r=0,342$, $p=0,001$).

Τέλος η συνολική πνευματικότητα FACIT sp-12 συσχετίστηκε με όλες τις κλίμακες WHOQoL-Bref εκτός της GH. Οι τιμές συσχέτισης ήταν $r=0,293$, $p=0,003$ για την PHYS, $r=0,494$, $p<0,001$ για την PSYCH, $r=0,333$, $p=0,001$ για την SOCIL, $p=0,429$, $p<0,001$ για την ENVIT, $r=0,272$, $p=0,006$ για την κλίμακα GQ (**Πίνακας 15**)

Πίνακας 15. Συσχέτιση της κλίμακας θρησκευτικότητας FACIT-Sp12 στις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref

		Νόημα		Ηρεμία	
	WHOQol-Bref	r	p	r	p
Pearson's	PHYS	0,291	0,004	0,334	0,001
Spearman's		0,298	0,004	0,396	<0,001
Pearson's	PSYCH	0,486	<0,001	0,531	<0,001
Spearman's		0,464	<0,001	0,582	<0,001
Pearson's	SOCIL	0,260	0,012	0,353	0,001
Spearman's		0,315	0,002	0,385	<0,001
Pearson's	ENVIR	0,393	<0,001	0,360	<0,001
Spearman's		0,428	<0,001	0,402	<0,001
Pearson's	GQ	0,221	0,032	0,325	0,001
Spearman's		0,279	0,006	0,425	<0,001
Pearson's	GH	0,187	0,070	0,337	0,001
Spearman's		0,243	0,018	0,353	<0,001
		Πίστη		FACIT sp-12	
R	WHOQol-Bref	r	p	r	p
Pearson's	PHYS	0,179	0,084	0,265	0,008
Spearman's		0,170	0,102	0,293	0,003
Pearson's	PSYCH	0,334	0,001	0,483	<0,001
Spearman's		0,309	0,002	0,494	<0,001
Pearson's	SOCIL	0,262	0,012	0,264	0,009
Spearman's		0,292	0,005	0,333	0,001

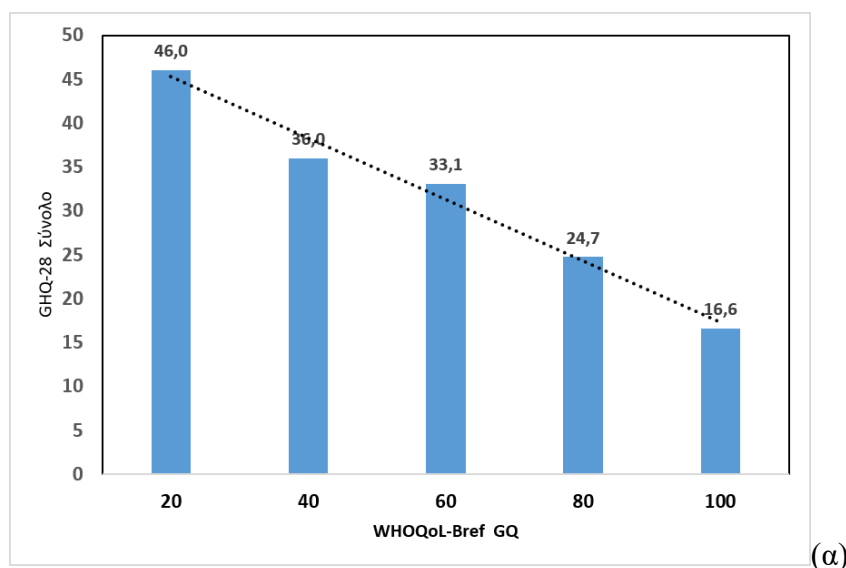
Pearson's	ENVIR	0,367	<0,001	0,381	0,000
Spearman's		0,342	0,001	0,429	0,000
Pearson's	GQ	0,055	0,599	0,197	0,049
Spearman's		0,074	0,478	0,272	0,006
Pearson's	GH	0,013	0,902	0,160	0,112
Spearman's		0,002	0,987	0,188	0,061

Όλες οι κλίμακες ποιότητας ζωής συσχετίστηκαν με τις κλίμακες κατάστασης υγείας GHQ-28 και μάλιστα με αρνητικό συντελεστή. Η ανάλυση των συσχετίσεων Pearson μεταξύ των κλιμάκων του WHOQoL-Bref και των κλιμάκων του GHQ-28 ανέδειξε στατιστικά σημαντικές αρνητικές συνάφειες σε όλες τις εξεταζόμενες παραμέτρους ($p < 0,05$), υποδεικνύοντας ότι η εντονότερη ψυχοπαθολογία συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της Κοινωνικής Δυσλειτουργίας (ΚΔ) και της Ψυχολογικής Υγείας (PSYCH) ($r = -0,643, p < 0,001$), καθώς και μεταξύ της Σωματικής Υγείας (PHYS) τόσο με την Κοινωνική Δυσλειτουργία (ΚΔ) ($r = -0,635, p < 0,001$) όσο και με τη Συνολική βαθμολογία του GHQ-28 ($r = -0,635, p < 0,001$). Αντιθέτως, οι ασθενέστερες συσχετίσεις εντοπίστηκαν στην υποκλίμακα των Σωματικών Συμπτωμάτων (ΣΣ) σε σχέση με την Ψυχολογική Υγεία (PSYCH) ($r = -0,253, p = 0,011$), τη Γενική Ποιότητα Ζωής (GQ) ($r = -0,282, p = 0,005$) και τον τομέα του Περιβάλλοντος (ENVIR) ($r = -0,288, p = 0,004$). Η αντίστοιχη εικόνα με υπολογισμούς συσχετίσεων με το συντελεστή Spearman δεν διαφοροποίησε τις ισχυρότερες και ασθενέστερες συσχετίσεις (**Πίνακας 16**). Στο **Διάγραμμα 12** όπου ακολουθεί, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της συνολικής GHQ-28 με τις κλίμακες WHOQoL-Bref GH και GQ.

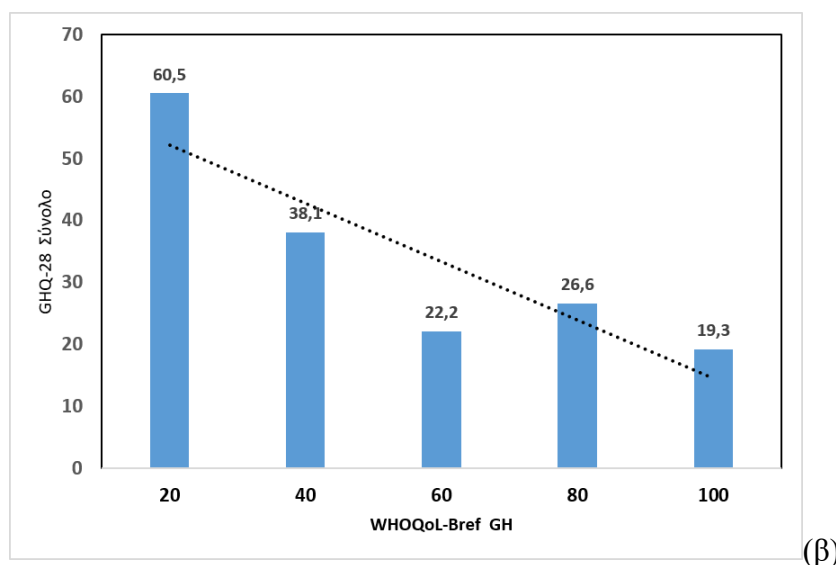
Πίνακας 16. Συσχέτιση των κλιμάκων κατάστασης υγείας GHQ-28 με τις κλίμακες ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref

WHOQoL-Bref							
GHQ-28							
Pearson's rho		PHYS	PSYCH	SOCIL	ENVIR	GQ	GH
ΣΣ	r	-0,411	-0,253	-0,375	-0,288	-0,282	-0,368
	p	<0,001	0,011	<0,001	0,004	0,005	<0,001
ΑΑ	r	-0,437	-0,367	-0,312	-0,328	-0,295	-0,333
	p	<0,001	<0,001	0,002	0,001	0,003	0,001
ΚΔ	r	-0,635	-0,643	-0,318	-0,423	-0,395	-0,565
	p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
ΣΚ	r	-0,522	-0,567	-0,361	-0,312	-0,414	-0,330
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	0,001
Σύνολο	r	-0,635	-0,569	-0,440	-0,432	-0,439	-0,505
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
GHQ-28							
Spearman's rho		PHYS	PSYCH	SOCIL	ENVIR	GQ	GH
ΣΣ	r	-0,369	-0,201	-0,342	-0,333	-0,261	-0,271
	p	<0,001	0,045	0,001	0,001	0,009	0,006
ΑΑ	r	-0,419	-0,334	-0,284	-0,371	-0,300	-0,298
	p	<0,001	0,001	0,005	<0,001	0,002	0,003
ΚΔ	r	-0,594	-0,651	-0,287	-0,421	-0,339	-0,465
	p	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	0,001	<0,001
ΣΚ	r	-0,534	-0,532	-0,359	-0,324	-0,369	-0,281

	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,005
Σύνολο	r	-0,591	-0,513	-0,406	-0,473	-0,401	-0,380
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001



(α)



(β)

Διάγραμμα 12: Ραβδογράμματα της κλίμακας WHOQoL-Bref GQ με το δείκτη συνολικό GHQ-28 (α) και του WHOQoL-Bref GH με το συνολικό GHQ-28 (β)

Μεταξύ των κλιμάκων του GHQ-28 και του ερωτηματολογίου πνευματικότητας FACIT-sp12 αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συνάψεις, υποδηλώνοντας ότι η υψηλότερη ψυχολογική επιβάρυνση συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα πνευματικής ευημερίας. Οι τρεις ισχυρότερες συσχετίσεις εντοπίστηκαν στην υποκλίμακα της Σοβαρής Κατάθλιψης (ΣΚ) σε

σχέση με την Ηρεμία $r=-0,438, p<0,001$) και το Νόημα $r=-0,422, p<0,001$), καθώς και στη σχέση της Γενικής Βαθμολογίας GHQ (ΓΣ) με την Ηρεμία ($r=-0,396, p<0,001$). Οι τρεις ασθενέστερες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της Γενικής Βαθμολογίας GHQ (ΓΣ) και του Νοήματος $r=-0,212, p=0,040$), των Σωματικών Συμπτωμάτων (ΣΣ) με την Ηρεμία $r=-0,219, p=0,034$), καθώς και της Κοινωνικής Δυσλειτουργίας (ΚΔ) με τη συνολική βαθμολογία FACIT sp-12 $r=-0,263, p=0,008$). Αξιοσημείωτο είναι ότι η υποκλίμακα της Πίστης δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με καμία από τις παραμέτρους της ψυχικής υγείας $p>0,05$).

Η ανάλυση των μη παραμετρικών συσχετίσεων Spearman μεταξύ των κλιμάκων του GHQ-28 και των διαστάσεων της πνευματικότητας (FACIT-sp12) επιβεβαίωσε ότι η υποκλίμακα της Πίστης δεν παρουσιάζει καμία στατιστικά σημαντική συνάφεια με τις παραμέτρους της ψυχικής υγείας $p>0,05$). Για τις υπόλοιπες κλίμακες, οι τρεις ισχυρότερες αρνητικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν μεταξύ της Ηρεμίας και των υποκλιμάκων της Σοβαρής Κατάθλιψης (ΣΚ) $r=-0,471, p<0,001$), της Γενικής Βαθμολογίας GHQ (ΓΣ) $r=-0,464, p<0,001$), καθώς και της Κοινωνικής Δυσλειτουργίας (ΚΔ) $r=-0,400, p<0,001$). Στον αντίποδα, οι τρεις ασθενέστερες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ του Νοήματος και της Γενικής Βαθμολογίας (ΓΣ) $r=-0,216, p=0,036$), της Ηρεμίας με τα Σωματικά Συμπτώματα (ΣΣ) $r=-0,248, p=0,016$), καθώς και της Ηρεμίας με το Άγχος/Αϋπνία (ΑΑ) $r=-0,314, p=0,002$). Τέλος, η συνολική βαθμολογία του FACIT sp-12 εμφάνισε σημαντική αρνητική συνάφεια με τη Σοβαρή Κατάθλιψη $r=-0,377, p<0,001$) και την Κοινωνική Δυσλειτουργία $r=-0,314, p=0,001$). **(Πίνακας 17).**

Πίνακας 17. Συσχέτιση των κλιμάκων κατάστασης υγείας GHQ-28 με τις κλίμακες πνευματικότητας FACIT-sp12

		FACIT			
Pearson's r		Νόημα	Ηρεμία	Πίστη	sp-12
ΣΣ	r	-0,041	-0,219	0,051	0,083
	p	0,697	0,034	0,622	0,409
ΑΑ	r	0,011	-0,285	0,042	0,051
	p	0,916	0,005	0,683	0,616
ΚΑ	r	-0,308	-0,323	-0,139	-0,263
	p	0,003	0,002	0,179	0,008
ΣΚ	r	-0,422	-0,438	-0,193	-0,357
	p	<0,001	<0,001	0,061	0,000
ΓΣ	r	-0,212	-0,396	-0,057	-0,125
	p	0,040	<0,001	0,582	0,215
		FACIT			
Spearman's r		Νόημα	Ηρεμία	Πίστη	sp-12
ΣΣ	r	-0,095	-0,248	0,108	0,038
	p	0,363	0,016	0,299	0,706
ΑΑ	r	-0,019	-0,314	0,066	-0,024
	p	0,857	0,002	0,527	0,816
ΚΑ	r	-0,325	-0,400	-0,160	-0,314
	p	0,001	<0,001	0,122	0,001
ΣΚ	r	-0,384	-0,471	-0,182	-0,377
	p	0,000	<0,001	0,078	<0,001
ΓΣ	r	-0,216	-0,464	0,007	-0,175
	p	0,040	<0,001	0,982	0,215

p 0,036 <0,001 0,950 0,082

8.5 Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση των μεταβλητών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Στον Πίνακα 18 που ακολουθεί καταγράφεται μια σύνοψη των επιδράσεων των δημογραφικών, επαγγελματικών, μεταβλητών υγείας και θρησκευτικότητας και η επίδραση τους στις επιμέρους κλίμακες ποιότητας ζωής όπως μετρήθηκαν με το WHOQoL-Bref. Οι μη σημαντικές διαφορές ή συσχετίσεις σημειώνονται με το ΜΣ: Μη Σημαντικότητα, το – με αρνητική συσχέτιση με την αύξηση της ποιότητας ζωής και με το + με θετική συσχέτιση με την αύξηση της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 13. Σύνοψη των κλιμάκων κατάστασης υγείας WHOQoL-Bref με τις μεταβλητές της.

WHOQoL-Bref	PHYS	PSYCH	SOCIL	ENVIR	GQ	GH
Φύλο	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	+	ΜΣ
Ηλικία	ΜΣ	+	ΜΣ	+	ΜΣ	ΜΣ
Οικ. Κατάσταση	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ
Εκπαίδευση	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	+	ΜΣ
Διαμονή	ΜΣ	-	ΜΣ	ΜΣ	-	ΜΣ
Εργασία	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ
Θρησκευτικότητα πίστη	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ
Θρησκευτικότητα Βαθμός	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	+	ΜΣ	ΜΣ
Διάγνωση (χρόνος)	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ
Ύπαρξη τρέχουσας θεραπείας	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ
Υποστηρικτικό περιβάλλον	ΜΣ	ΜΣ	+	ΜΣ	ΜΣ	ΜΣ
GHQ-28	-	-	-	-	-	-
ΣΣ	-	-	-	-	-	-

ΑΑ	-	-	-	-	-	-
ΚΔ	-	-	-	-	-	-
ΣΚ	-	-	-	-	-	-
Σύνολο	-	-	-	-	-	-
FACIT-12	-	-	-	-	-	-
Νόημα	+	+	+	+	+	+
Ηρεμία	+	+	+	+	+	+
Πίστη	ΜΣ	+	+	+	ΜΣ	ΜΣ
Σύνολο	+	+	+	+	+	ΜΣ

+ Θετική σχέση, -Αρνητική σχέση, ΜΣ: Μη Σημαντική

Το 1^ο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης που περιγράφεται στον **Πίνακα 19** αφορά την επίδραση στην κλίμακα VAS0-100 των μεταβλητών φύλο (γυναίκα / άνδρας), τόπος διαμονής (αγροτική / ημιαστική / αστική), το επίπεδο εκπαίδευσης (ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά, Λύκειο / ΙΕΚ, Δημοτικό/Γυμνάσιο), τη συνολική βαθμολογία GHQ-28 και την συνολική βαθμολογία της κλίμακας πνευματικότητας FACIT-Sp12. Το 2^ο μοντέλο διατήρησε την συνολική κλίμακα VAS0-100 ως εξαρτημένη και η διαφορά του στο αρχικό σύνολο επεξηγηματικών μεταβλητών ήταν ότι χρησιμοποιήθηκε την κλίμακα πνευματικότητας FACIT-Sp12 Νόημα. Με αντίστοιχο τρόπο το 3^ο μοντέλο χρησιμοποίησε ως επεξηγηματική κλίμακα την FACIT-Sp12 Ηρεμία. Στο 1^ο μοντέλο παρουσιάζει προσαρμογή με $R^2=0,385$, το 2^ο μοντέλο με $0,381$, και το 3^ο με $R^2=0,419$.

Σε ότι αφορά το 1^ο μοντέλο η κλίμακα ψυχικής υγείας GHQ-28 αποτελεί στατιστικά σημαντικό αρνητικό προγνωστικό παράγοντα με $b=-0,52$ (95%CI: -0,72 έως -0,32, $p < 0,001$). Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι απόφοιτοι ΑΕΙ ή Μεταπτυχιακών προγραμμάτων εμφανίζουν θετική επίδραση με $b=17,33$ (95%CI: 9,21 - 25,46, $p < 0,001$), ενώ για τους αποφοίτους Λυκείου ή ΙΕΚ η επίδραση είναι $b=11,34$ (95%CI: 2,88 - 19,81, $p = 0,009$). Οι γυναίκες δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής με στατιστικά σημαντική συσχέτιση $b=6,99$ (95%CI: 0,02 - 13,96, $p = 0,049$). Σχετικά με την συνολική κλίμακα πνευματικότητας FACIT sp-12 αυτή συνδέεται επίσης θετικά με το αποτέλεσμα, παρουσιάζοντας $b=0,24$ (95%CI: 0,02 - 0,47, $p = 0,036$).

Σε ό,τι αφορά το 2^ο μοντέλο η κλίμακα ψυχικής υγείας GHQ-28 αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα με $b=-0,56$ (95%CI: -0,77 έως -0,35, $p < 0,001$). Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εμφανίζουν θετική επίδραση με $b=15,96$

(95%CI: 7,72 - 24,20, $p < 0,001$), ενώ για τους αποφοίτους Λυκείου /IEK η επίδραση είναι $b=9,89$ (95%CI: 1,27 - 18,52, $p = 0,025$). Οι γυναίκες δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής με στατιστικά σημαντική συσχέτιση $b=8,52$ (95%CI: 1,21 - 15,83, $p = 0,023$). Δεν παρουσιάστηκε επίδραση από την κλίμακα FACIT-Sp12 Νόημα.

Σε ό,τι αφορά το 3ο μοντέλο η κλίμακα ψυχικής υγείας GHQ-28 αποτελεί στατιστικά σημαντικό αρνητικό προγνωστικό παράγοντα με $b=-0,49$ (95%CI: -0,70 έως -0,27, $p < 0,001$). Η εκπαίδευση έδειξε επίδραση με τους απόφοιτους ΑΕΙ ή μεταπτυχιακών σπουδών να εμφανίζουν θετική επίδραση με $b=17,17$ (95%CI: 9,13 - 25,22, $p < 0,001$), τους απόφοιτους Λυκείου / IEK με $b=12,80$ (95%CI: 4,39 - 21,22, $p = 0,003$). Οι γυναίκες δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής με στατιστικά σημαντική συσχέτιση $b=7,79$ (95%CI: 0,93 - 14,64, $p = 0,026$). Σχετικά με την υποκλίμακα πνευματικότητας FACIT sp-12 Ηρεμία, αυτή συνδέεται επίσης θετικά με το αποτέλεσμα, παρουσιάζοντας $b=0,91$ (95%CI: 0,04 - 1,78, $p = 0,041$).

Πίνακας 14. Συντελεστές b με 95%CI (95%LL-95%UL) της επίδρασης στην κλίμακα VAS0-100 της ποιότητας ζωής WHOQoL-Brief από τις επεξηγηματικές μεταβλητές.

Μοντέλο		B	95%LL	95%UL	p	R2
1ο	GHQ-28	-0,52	-0,72	-0,32	<0,001	0,385
	ΑΕΙ / Μεταπτυχιακά	17,33	9,21	25,46	<0,001	
	Λύκειο / IEK	11,34	2,88	19,81	0,009	
	FACIT sp-12 Σύνολο	0,24	0,02	0,47	0,036	
	Φύλο=Γυναίκα	6,99	0,02	13,96	0,049	
2ο	GHQ-28	-0,56	-0,77	-0,35	<0,001	0,381
	ΑΕΙ / Μεταπτυχιακά	15,96	7,72	24,20	<0,001	
	Φύλο=Γυναίκα	8,52	1,21	15,83	0,023	
	Λύκειο / IEK	9,89	1,27	18,52	0,025	
3ο	GHQ-28	-0,49	-0,70	-0,27	<0,001	0,419
	ΑΕΙ / Μεταπτυχιακά	17,17	9,13	25,22	<0,001	
	Λύκειο / IEK	12,80	4,39	21,22	0,003	
	Φύλο=Γυναίκα	7,79	0,93	14,64	0,026	
	FACIT sp-12 Ηρεμία	0,91	0,04	1,78	0,041	

Κεφάλαιο 9: Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Τα ευρήματα ανέδειξαν ότι η πνευματικότητα αποτελεί σημαντική διάσταση της εμπειρίας της νόσου και συνδέεται τόσο με την ψυχική προσαρμογή όσο και με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά πολλαπλές πτυχές της καθημερινότητας των ασθενών. Η συζήτηση που ακολουθεί οργανώνεται με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

9.1 Πνευματικότητα των ασθενών με νεοπλασματική νόσο

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα πνευματικής ευημερίας, με κυρίαρχη διάσταση το νόημα ζωής. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, παρά τις προκλήσεις που συνοδεύουν τη νεοπλασματική νόσο, οι ασθενείς διατηρούν σημαντικούς πνευματικούς πόρους που τους επιτρέπουν να νοηματοδοτούν την εμπειρία της ασθένειας και να αναπτύσσουν στρατηγικές προσαρμογής.

Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η διάγνωση και η πορεία του καρκίνου συχνά ενεργοποιούν υπαρξιακές διεργασίες αναζήτησης νοήματος, επαναπροσδιορισμού των αξιών και επανεκτίμησης των προτεραιοτήτων της ζωής (Ferrell κ.ά., 2018; Puchalski κ.ά., 2014). Αντίστοιχα, οι Whitford και Olver (2012) υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα λειτουργεί ως μηχανισμός ψυχολογικής ανθεκτικότητας, ενισχύοντας την ελπίδα και την αίσθηση σκοπού σε ασθενείς με σοβαρές χρόνιες παθήσεις.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η διάσταση του Νοήματος εμφάνισε υψηλότερες τιμές από τη διάσταση της Ηρεμίας. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, παρόλο που οι ασθενείς καταφέρνουν να αποδίδουν νόημα στην εμπειρία της νόσου, η διατήρηση εσωτερικής γαλήνης και συναισθηματικής ισορροπίας αποτελεί μεγαλύτερη πρόκληση. Αντίστοιχα ευρήματα έχουν αναφερθεί και από τους Salsman και συν (2011), οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι υπαρξιακές διαστάσεις της πνευματικότητας παρουσιάζουν μεγαλύτερη

διακύμανση σε περιόδους αυξημένου ψυχολογικού στρες.

Επιπλέον, η απουσία σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής με βάση τη δηλωμένη θρησκευτική πίστη υποδηλώνει ότι η πνευματικότητα δεν ταυτίζεται με τη θρησκευτικότητα. Η θρησκευτική ταυτότητα ενδέχεται να αποτελεί πολιτισμικό χαρακτηριστικό, ενώ το νόημα και η εσωτερική ειρήνη φαίνεται να αντανakλούν βαθύτερες διεργασίες ψυχολογικής και υπαρξιακής προσαρμογής.

9.2 Ψυχική υγεία και σχέση με την πνευματικότητα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε αξιοσημείωτη ψυχολογική επιβάρυνση στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Τα υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις της κοινωνικής δυσλειτουργίας, του άγχους και της αϋπνίας, ενώ η σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίστηκε σε χαμηλότερα επίπεδα.

Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα οποία το άγχος και η συναισθηματική δυσφορία αποτελούν από τις συχνότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με καρκίνο (Grassi κ.ά., 2023; Pitman κ.ά., 2018). Η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου, οι επιπτώσεις των θεραπειών και οι αλλαγές στους κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Η συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία ήταν κυρίως αρνητική, γεγονός που υποδηλώνει ότι υψηλότερα επίπεδα πνευματικής ευημερίας συνδέονται με χαμηλότερη ψυχολογική δυσφορία. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η συμβολή της διάστασης της Ηρεμίας, η οποία σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, κοινωνικής δυσλειτουργίας και συνολικής ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν την πνευματικότητα ως προστατευτικό παράγοντα απέναντι στο άγχος και την κατάθλιψη (Delgado-Guay κ.ά., 2021; McLouth κ.ά., 2021; Vakili Sadeghi κ.ά., 2025). Αντίθετα, η διάσταση της Πίστης δεν εμφάνισε σημαντικές συσχετίσεις με τους περισσότερους δείκτες ψυχικής υγείας, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η ευεργετική επίδραση της πνευματικότητας σχετίζεται περισσότερο με το νόημα και την εσωτερική γαλήνη παρά με την τυπική θρησκευτική πεποίθηση.

9.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με νεοπλασματική νόσο

Η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων διατηρήθηκε σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα, παρά την ύπαρξη ψυχολογικής επιβάρυνσης. Οι χαμηλότερες επιδόσεις καταγράφηκαν στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, ενώ υψηλότερες ήταν οι αξιολογήσεις της γενικής ποιότητας ζωής και της γενικής υγείας.

Η εικόνα αυτή υποδηλώνει ότι οι ασθενείς αναπτύσσουν μηχανισμούς προσαρμογής που τους επιτρέπουν να διατηρούν μια συνολικά θετική αντίληψη για τη ζωή τους, ακόμη και όταν επιμέρους τομείς της καθημερινότητάς τους επηρεάζονται από τη νόσο. Αντίστοιχα ευρήματα έχουν καταγραφεί σε μελέτες επιζώντων καρκίνου, όπου παρατηρείται σταδιακή αναπροσαρμογή των προσδοκιών και επαναπροσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας ζωής (Montazeri, 2008).

Η χαμηλότερη βαθμολογία στις κοινωνικές σχέσεις είναι σύμφωνη με τη βιβλιογραφία που αναφέρει ότι η νεοπλασματική νόσος συχνά συνοδεύεται από κοινωνική απομόνωση, περιορισμό δραστηριοτήτων και αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις (Fong κ.ά., 2017).

Παράλληλα, η ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ ψυχικής επιβάρυνσης και ποιότητας ζωής επιβεβαιώνει ότι η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό παράγοντα διαμόρφωσης της συνολικής ευημερίας των ασθενών.

9.4 Σχέση πνευματικότητας και ποιότητας ζωής

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης ήταν η θετική σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα πνευματικής ευημερίας εμφάνιζαν καλύτερη ψυχολογική υγεία, καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και θετικότερη αξιολόγηση του περιβάλλοντός τους.

Οι ισχυρότερες συσχετίσεις εντοπίστηκαν μεταξύ της διάστασης της Ηρεμίας και της ψυχολογικής υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η εσωτερική γαλήνη λειτουργεί ως σημαντικός μηχανισμός ψυχολογικής προσαρμογής. Αντίστοιχα, το Νόημα εμφάνισε σταθερές θετικές συσχετίσεις με όλες σχεδόν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των Peterman και συν. (2002), Xing και συν. (2018) και Nagy και συν. (2024), οι οποίοι κατέδειξαν ότι η πνευματικότητα σχετίζεται

συστηματικά με καλύτερη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προκλήσεων της νόσου.

Συνεπώς, η πνευματικότητα φαίνεται να λειτουργεί ως σημαντικός ψυχοκοινωνικός πόρος, ο οποίος διευκολύνει την προσαρμογή των ασθενών στη νεοπλασματική νόσο και συμβάλλει στη διατήρηση της ποιότητας ζωής.

9.5 Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Η ανάλυση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών ανέδειξε ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η περιοχή διαμονής και η οικογενειακή υποστήριξη σχετίζονται με επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Η θετική συσχέτιση της ηλικίας με την ψυχολογική υγεία ενδέχεται να αντανakλά καλύτερους μηχανισμούς προσαρμογής και μεγαλύτερη αποδοχή της νόσου από τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς. Αντίστοιχα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η διαμονή σε αστικές περιοχές πιθανόν συνδέονται με αυξημένη πρόσβαση σε πληροφορίες, υπηρεσίες υγείας και κοινωνικούς πόρους.

Ιδιαίτερα σημαντικός αναδείχθηκε ο ρόλος της οικογενειακής υποστήριξης. Οι ασθενείς που ανέφεραν την ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος παρουσίασαν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και ευνοϊκότερη συνολική προσαρμογή. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν την κοινωνική υποστήριξη ως βασικό παράγοντα προστασίας απέναντι στην ψυχολογική δυσφορία και τη μείωση της ποιότητας ζωής (Rahayuwati κ.ά., 2022).

Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από τη νόσο και τη θεραπεία, αλλά και από τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς πόρους που διαθέτουν.

9.5.1 Πολυπαραγοντική διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Η πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασματική νόσο επηρεάζεται από ένα σύνθετο πλέγμα ψυχολογικών, εκπαιδευτικών και πνευματικών παραγόντων. Ειδικότερα, η χειρότερη ψυχική υγεία, όπως αποτυπώθηκε από υψηλότερες βαθμολογίες στο GHQ-28, αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος

αρνητικός ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η ψυχολογική δυσφορία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της υποκειμενικής αντίληψης της ευημερίας των ασθενών και συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία το άγχος, η κατάθλιψη και η συναισθηματική επιβάρυνση σχετίζονται με σημαντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών.

Παράλληλα, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος θετικός παράγοντας της ποιότητας ζωής. Το εύρημα αυτό πιθανώς αντανακλά μεγαλύτερη υγειονομική εγγραμματοσύνη, καλύτερη κατανόηση της νόσου και των θεραπευτικών διαδικασιών, αποτελεσματικότερη αναζήτηση υποστηρικτικών πόρων και ενισχυμένες δεξιότητες προσαρμογής στις απαιτήσεις της ασθένειας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η πνευματική διάσταση της Ηρεμίας διατήρησε ανεξάρτητη θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής ακόμη και μετά τον έλεγχο των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την άποψη ότι η πνευματικότητα δρα όχι μόνο μέσω της θρησκευτικής πίστης αλλά κυρίως μέσω της εσωτερικής γαλήνης, της αποδοχής και της υπαρξιακής ισορροπίας, οι οποίες φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην ψυχολογική επιβάρυνση της νεοπλασματικής νόσου. Η διατήρηση της Ηρεμίας στο τελικό μοντέλο παλινδρόμησης ενισχύει την κλινική σημασία της πνευματικής διάστασης στην ολιστική φροντίδα των ασθενών.

Τέλος, η ανάδειξη του γυναικείου φύλου ως ανεξάρτητου θετικού προβλεπτικού παράγοντα της ποιότητας ζωής ενδέχεται να αντικατοπτρίζει διαφορές στους μηχανισμούς αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης, στην έκφραση συναισθημάτων και στις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου. Ωστόσο, το εύρημα αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή και να διερευνηθεί περαιτέρω σε μεγαλύτερα και περισσότερο αντιπροσωπευτικά δείγματα.

9.6 Περιορισμοί της Μελέτης

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα ορισμένων περιορισμών. Αρχικά, η έρευνα ακολούθησε συγχρονικό (cross-sectional) και συσχετιστικό σχεδιασμό, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων σχετικά με τη σχέση μεταξύ πνευματικότητας, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να τεκμηριωθεί εάν η υψηλότερη πνευματικότητα οδηγεί σε καλύτερη ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής ή εάν άτομα με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή εμφανίζουν υψηλότερα

επίπεδα πνευματικής ευημερίας.

Επιπλέον, το δείγμα ήταν δείγμα ευκολίας και προήλθε από ένα μόνο νοσοκομείο, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ασθενών με νεοπλασματική νόσο στην Ελλάδα. Παράλληλα, η υπεροχή των γυναικών στο δείγμα και η θρησκευτική ομοιογένεια των συμμετεχόντων ενδέχεται να επηρέασαν ορισμένα από τα ευρήματα που αφορούν την πνευματικότητα και την ποιότητα ζωής.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τα οποία βασίζονται στην προσωπική αντίληψη και αυτοαναφορά των συμμετεχόντων και ενδέχεται να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης. Τέλος, δεν διερευνήθηκαν παράγοντες όπως το στάδιο της νόσου, η πρόγνωση, η ύπαρξη μεταστάσεων ή η ένταση των συμπτωμάτων, οι οποίοι είναι πιθανό να επηρεάζουν σημαντικά τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η μελέτη προσφέρει χρήσιμα δεδομένα για τον ελληνικό ογκολογικό πληθυσμό και συμβάλλει στην κατανόηση του ρόλου της πνευματικότητας στην προσαρμογή των ατόμων με νεοπλασματική νόσο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο της πνευματικότητας στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με νεοπλασματική νόσο. Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα πνευματικής ευημερίας, με κυρίαρχες διαστάσεις το νόημα ζωής και την πίστη, ενώ η διάσταση της εσωτερικής ηρεμίας εμφανίστηκε περισσότερο ευάλωτη στις προκλήσεις που συνοδεύουν την εμπειρία της νόσου.

Παράλληλα, καταγράφηκαν αξιοσημείωτα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, κυρίως ως προς το άγχος, την αϋπνία και την κοινωνική δυσλειτουργία, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η ψυχική υγεία αποτελεί κρίσιμη διάσταση της συνολικής εμπειρίας του καρκίνου. Η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων διατηρήθηκε σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα, αν και οι κοινωνικές σχέσεις αναδείχθηκαν ως ο πλέον ευάλωτος τομέας.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της μελέτης αποτελεί η θετική συσχέτιση της πνευματικότητας με την ποιότητα ζωής και η αρνητική συσχέτισή της με την ψυχολογική δυσφορία. Οι διαστάσεις του νοήματος και της εσωτερικής ειρήνης εμφάνισαν ισχυρότερες σχέσεις με την ψυχολογική υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής συγκριτικά με τη διάσταση της πίστης. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η προστατευτική επίδραση της πνευματικότητας φαίνεται να σχετίζεται κυρίως με την ικανότητα του ατόμου να νοηματοδοτεί την εμπειρία της ασθένειας και να διατηρεί εσωτερική γαλήνη, παρά αποκλειστικά με τη θρησκευτική ταυτότητα ή πρακτική.

Επιπλέον, η ψυχική επιβάρυνση αναδείχθηκε ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη συστηματικής αναγνώρισης και αντιμετώπισης του άγχους, της κατάθλιψης και της κοινωνικής δυσλειτουργίας στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας.

Η οικογενειακή υποστήριξη, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η διαμονή σε αστικές περιοχές συνδέθηκαν με ευνοϊκότερες εκβάσεις σε επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία των κοινωνικών και περιβαλλοντικών πόρων στην προσαρμογή των ασθενών.



Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασματική νόσο επηρεάζεται ανεξάρτητα από την ψυχική υγεία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το φύλο και τη διάσταση της πνευματικής ηρεμίας. Η ψυχολογική δυσφορία αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος αρνητικός παράγοντας, ενώ η υψηλότερη εκπαίδευση και η εσωτερική ηρεμία λειτούργησαν προστατευτικά. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι η ποιότητα ζωής δεν καθορίζεται αποκλειστικά από τη βιολογική πορεία της νόσου αλλά από τη δυναμική αλληλεπίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών παραγόντων.

Συνολικά, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την ανάγκη υιοθέτησης μιας ολιστικής προσέγγισης στην ογκολογική φροντίδα, η οποία θα περιλαμβάνει, εκτός από τη βιοϊατρική αντιμετώπιση της νόσου, τη συστηματική αξιολόγηση και υποστήριξη των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

11.1 Προτάσεις για την Κλινική Πρακτική

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προτείνονται τα ακόλουθα:

1. Η συστηματική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, της ψυχολογικής δυσφορίας και των πνευματικών αναγκών των ασθενών με νεοπλασματική νόσο σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής πορείας.
2. Η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και επαγγελματιών πνευματικής φροντίδας, με στόχο την παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας.
3. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση των πνευματικών και υπαρξιακών αναγκών των ασθενών, καθώς και στη διαχείριση της ψυχολογικής δυσφορίας.
4. Η ανάπτυξη και εφαρμογή παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ενίσχυση του νοήματος ζωής, της ελπίδας, της αποδοχής και ιδιαίτερα της εσωτερικής ηρεμίας, η οποία αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος θετικός παράγοντας της ποιότητας ζωής.
5. Η ενδυνάμωση των οικογενειακών και κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, με στόχο τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών.
6. Ο έγκαιρος εντοπισμός ασθενών που παρουσιάζουν αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, μειωμένη αίσθηση εσωτερικής ηρεμίας και περιορισμένους υποστηρικτικούς πόρους, καθώς οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής.

Τα ευρήματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης υπογραμμίζουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασματική νόσο δεν καθορίζεται αποκλειστικά από τη βιολογική διάσταση της νόσου, αλλά αποτελεί αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών παραγόντων. Επομένως, η ενσωμάτωση ψυχολογικών και πνευματικών παρεμβάσεων στη συνήθη ογκολογική πρακτική δύναται να συμβάλει ουσιαστικά στη

βελτίωση της συνολικής ευημερίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

11.2 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Προτείνεται η διεξαγωγή πολυκεντρικών μελετών με μεγαλύτερα και περισσότερο αντιπροσωπευτικά δείγματα ασθενών με νεοπλασματική νόσο, προκειμένου να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων. Επιπλέον, η πραγματοποίηση διαχρονικών (προοπτικών) ερευνών θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της εξέλιξης της πνευματικότητας, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής κατά την πορεία της νόσου και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περαιτέρω διερεύνηση των μηχανισμών μέσω των οποίων η πνευματική ηρεμία και η ψυχική υγεία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασματική νόσο. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν επίσης να επιβεβαιώσουν τους ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής που αναδείχθηκαν στην παρούσα έρευνα, όπως η ψυχική υγεία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το φύλο και η πνευματική ηρεμία, καθώς και να εξετάσουν πιθανές διαμεσολαβητικές ή τροποποιητικές σχέσεις μεταξύ των παραμέτρων αυτών.

Τέλος, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης στον ελληνικό ογκολογικό πληθυσμό, με έμφαση στην ενίσχυση του νοήματος ζωής, της εσωτερικής ηρεμίας και της κοινωνικής υποστήριξης, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., & de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376.
<https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Abraham, P. E., & Johnson, D. B. (2025). Long-Term Toxicities of Immune Checkpoint Inhibitors. *Drugs*, 85(12), 1535–1549. <https://doi.org/10.1007/s40265-025-02243-4>
- Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®) - NCI*. (2026, Φεβρουάριος 10). [pdqCancerInfoSummary]. (nciglobal,ncienterprise). <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-hp-pdq>
- Almaraz, D., Saiz, J., Moreno Martín, F., Sánchez-Iglesias, I., Molina, A. J., & Goldsby, T. L. (2022). What Aspects of Religion and Spirituality Affect the Physical Health of Cancer Patients? A Systematic Review. *Healthcare*, 10(8), 1447. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081447>
- Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., & Sales, C. M. D. (2019). Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical Psychology Review*, 68, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.001>
- Alwhaibi, M., AlRuthia, Y., & Sales, I. (2023). The Impact of Depression and Anxiety on Adult Cancer Patients' Health-Related Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, 12(6), 2196.
<https://doi.org/10.3390/jcm12062196>
- Andersen, I. S., Jensen, D. M. R., Grosen, K., Bennedsgaard, K. T., Ventzel, L., & Finnerup, N. B. (2024). Body image and psychosocial effects in women after treatment of breast cancer: A prospective study. *American Journal of Surgery*, 237, 115895.
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2024.115895>



Ang, W. R., Ang, W. H. D., Cham, S. Q. G., Mel, S. de, Chew, H. S. J., & Devi, M. K. (2023).

Effectiveness of resilience interventions among cancer patients – A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of randomised controlled trials. *European Journal of Oncology Nursing*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102446>

Bai, M., & Lazenby, M. (2015). A Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 286–298. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189>

Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, M. E., Wright, A., Steihauser, K., VanderWeele, T. J., & Prigerson, H. G. (2013). Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life. *JAMA Internal Medicine*, 173(12), 1109–1117. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.903>

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steihauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>

Basch, E., Deal, A. M., Kris, M. G., Scher, H. I., Hudis, C. A., Sabbatini, P., Rogak, L., Bennett, A. V., Dueck, A. C., Atkinson, T. M., Chou, J. F., Dulko, D., Sit, L., Barz, A., Novotny, P., Fruscione, M., Sloan, J. A., & Schrag, D. (2016). Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34(6), 557–565. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.0830>



- Begum, M. (2015). Psychological Distress and the Leading Cancers among American Adults: An Evidence from the 2013 National Health Interview Survey. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 2. <https://doi.org/10.15406/bbij.2015.02.00053>
- Bentsen, L., Aagesen, M., Bidstrup, P., Hjerding, M., & Pappot, H. (2024). Sexuality, intimacy, and body image among adolescents and young adults with cancer: A qualitative, explorative study. *Supportive Care in Cancer*, 32(4), 219. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08405-6>
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(5), 1333–1339. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2091-1>
- Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., & Soerjomataram, I. (2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*, 127(16), 3029–3030. <https://doi.org/10.1002/cnccr.33587>
- Britt, K. C., & Acton, G. (2022). Exploring the Meaning of Spirituality and Spiritual Care with Help From Viktor Frankl. *Journal of Holistic Nursing*, 40(1), 46–55. <https://doi.org/10.1177/08980101211026776>
- Buciuc, A. G., Espinel, Z., Weber, M., Tran, S., & Rueda-Lara, M. (2025). Post-Traumatic Stress and Stressor-Related Disorders in Hematological Malignancies: A Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17), 6132. <https://doi.org/10.3390/jcm14176132>
- Buffart, L. M., Kalter, J., Sweegers, M. G., Courneya, K. S., Newton, R. U., Aaronson, N. K., Jacobsen, P. B., May, A. M., Galvão, D. A., Chinapaw, M. J., Steindorf, K., Irwin, M. L., Stuiver, M. M., Hayes, S., Griffith, K. A., Lucia, A., Mesters, I., van Weert, E., Knoop, H., ... Brug, J. (2017). Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treatment Reviews*, 52, 91–104. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.11.010>



- Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., & Kopf, A. (2013). Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine*, 14(9), 1362–1373. <https://doi.org/10.1111/pme.12198>
- Caruso, R., Giuliana Nanni, M., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). Depressive Spectrum Disorders in Cancer: Diagnostic Issues and Intervention. A Critical Review. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0785-7>
- Cella, D., & Stone, A. A. (2015). Health-related quality of life measurement in oncology: Advances and opportunities. *The American Psychologist*, 70(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/a0037821>
- Chung, K. C., Muthutanthri, A., Goldsmith, G. G., Watts, M. R., Brown, A. E., & Patrick, D. L. (2024). Symptom impact and health-related quality of life (HRQoL) assessment by cancer stage: A narrative literature review. *BMC Cancer*, 24, 884. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12612-z>
- Ciria-Suarez, L., Calderon, C., Fernández Montes, A., Antoñanzas, M., Hernández, R., Rogado, J., Pacheco-Barcia, V., Ansensio-Martínez, E., Palacín-Lois, M., & Jimenez-Fonseca, P. (2021). Optimism and social support as contributing factors to spirituality in Cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3367–3373. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05954-4>
- Çınaroğlu, M., Ahlatcioğlu, E. N., Prins, J., & Nan, M. A. (2023). Psychopathology in Cancer Patients and the Role of Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Cancer Investigation Journal*, 12(5–2023), 49–59. <https://doi.org/10.51847/ltcYOTbqLP>
- Connolly, M & Timmins, F. (2021). Spiritual care for individuals with cancer: The importance of life review as a tool for promoting spiritual well-being. (Mép. 151209). *Seminars in oncology nursing*, 37(5).



Costeira, C., Querido, A., Ventura, F., Loureiro, H., Coelho, J., Benito, E., Nabal, M., Dones, M.,

Specos, M., & Laranjeira, C. (2024). Spiritual Care[Givers] Competence in Palliative Care: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(11), 1059. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111059>

Damen, A., Exline, J., Pargament, K., Yao, Y., Chochinov, H., Emanuel, L., Handzo, G., Wilkie, D. J., & Fitchett, G. (2021). Prevalence, Predictors and Correlates of Religious and Spiritual Struggles in Palliative Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e139–e147. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.04.024>

de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>

Delgado-Guay, M. O., Palma, A., Duarte, E., Grez, M., Tupper, L., Liu, D. D., & Bruera, E. (2021). Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study. *Journal of Palliative Medicine*, 24(11), 1606–1615. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776>

Denis, F., Basch, E., Septans, A.-L., Bennouna, J., Urban, T., Dueck, A. C., & Letellier, C. (2019). Two-Year Survival Comparing Web-Based Symptom Monitoring vs Routine Surveillance Following Treatment for Lung Cancer. *JAMA*, 321(3), 306–307. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.18085>

Epstein, R., & Street, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. *PsycEXTRA Dataset*. <https://doi.org/10.1037/E481972008-001>

Esteban Blanco, M., Martinez de la Viuda, I., Rodriguez Chico, M. G., Félix Montalvo, M. del M., Garcia Salas, A., Garcia Palomo, A., & Quintana Asenjo, M. T. (2026). Psychological Resilience and Associated Factors in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis. *Cancer Reports*, 9(1), e70415. <https://doi.org/10.1002/cnr2.70415>

Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address:



clinicalguidelines@esmo.org. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice

Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 31(6), 713–723.

<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke,

A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H.-U., & Mehnert, A. (2017).

Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients.

Psycho-Oncology, 26(4), 537–543. <https://doi.org/10.1002/pon.4197>

Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., & Smith, T. J. (2017). Integration of Palliative Care Into Standard

Oncology Care: ASCO Clinical Practice Guideline Update Summary. *Journal of Oncology*

Practice, 13(2), 119–121. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.017897>

Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical

Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of Palliative*

Medicine, 21(12), 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>

Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., McDonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2017). Changes

in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*,

26(5), 664–671. <https://doi.org/10.1002/pon.4064>

Fradelos, E. C., Tzavella, F., Koukia, E., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Aroni, A., Alikari, V., Ralli, M.,

Bredle, J., & Zyga, S. (2016). THE TRANSLATION, VALIDATION AND CULTURAL ADAPTATION

OF FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY - SPIRITUAL WELL-BEING 12

(FACIT-SP12) SCALE IN GREEK LANGUAGE. *Materia Socio-Medica*, 28(3), 229–234.

<https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.229-234>

Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., &

Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of

translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 371–378.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03162.x>



- Gayatri, D., Efremov, L., Kantelhardt, E. J., & Mikolajczyk, R. (2021). Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: Systematic review of the published literature. *Quality of Life Research*, 30(2), 315–343. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02633-z>
- Ginieri-Coccossis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 23(2), 130–142.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Grassi, L., Caruso, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D., & Ripamonti, C. I. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline†. *ESMO Open*, 8(2). <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>
- Gudenkauf, L. M., Clark, M. M., Novotny, P. J., Piderman, K. M., Ehlers, S. L., Patten, C. A., Nes, L. S., Ruddy, K. J., Sloan, J. A., & Yang, P. (2019). Spirituality and Emotional Distress among Lung Cancer Survivors. *Clinical lung cancer*, 20(6), e661–e666. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2019.06.015>
- Hajian-Tilaki, E., Hajian-Tilaki, K., Moslemi, D., Godazandeh, G., & Firouzbakht, M. (2022). Association of social support, spirituality with psychological factors in Iranian breast cancer survivors: An evidence from a cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(2), 1173–1180. <https://doi.org/10.1002/nop2.1158>
- Hassan, B. A. R., & Mohammed, A. H. (2023). Facts About the Quality of Life of Cancer Patients. *Journal of Innovations in Medical Research*, 2(1), 34–35.
- Hessami, A., Ghadirzadeh, E., Ashrafi, S., Taghavi, F., Elyasi, F., Gheibi, M., Zaboli, E., Alizadeh-Navaei, R., Akbari Gelvardi, F., Hedayatizadeh-Omran, A., & Moosazadeh, M. (2025). Depression, anxiety, and stress in breast cancer patients: Prevalence, associated risk factors, and clinical correlates. *Scientific Reports*, 15(1), 31084. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-17285-7>



- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hughes, B. (2016). *Spiritual Care: What It Means, Why It Matters in Health Care*.
- Ikhile, D., Ford, E., Glass, D., Gremesty, G., & van Marwijk, H. (2024). A systematic review of risk factors associated with depression and anxiety in cancer patients. *PloS One*, 19(3), e0296892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296892>
- Islam, K. F., Awal, A., Shaon, F. T. U., Hossain, M. B., Samson, A., Momo, J. S., Hasan, M., Hanif, A. A. M., Mahmud, I., & Mridha, M. K. (2022). *Assessment of quality of life of breast cancer patients attending a tertiary hospital in Bangladesh* (σελ. 2022.12.02.22283032). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.12.02.22283032>
- Izgu, N., Metin, Z. G., Eroglu, H., Semerci, R., & Pars, H. (2024). Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 71, 102646. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102646>
- Jetan, M., Daifallah, A., Rabayaa, M. K., Qadri, R., Nessorah, M., Nouri, A., & Al-Othaman, N. (2023). The Impact of Spiritual Well-Being on the Quality of Life of Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Integrative Cancer Therapies*, 22, 15347354231210841. <https://doi.org/10.1177/15347354231210841>
- Karadaş, G., Erdoğan, A. P., Ekinçi, F., Çivi, M., Göksel, G., Karadaş, G., Erdoğan, A. P., Ekinçi, F., Çivi, M., & Göksel, G. (2022). Effects of Nutritional Support on the Quality of Life of Cancer Patients. *Journal of Oncological Sciences*, 8, 165–172. <https://doi.org/10.37047/jos.2022-89699>
- Kim, J., Kim, Y., Oh, J. W., & Lee, S. (2024). Sex differences of the association between handgrip strength and health-related quality of life among patients with cancer. *Scientific Reports*, 14(1), 9876. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-60710-6>



Kim, S.-H. (χ.χ.). *Study on Demographic, Physical · Mental Health, Oral Health and Quality of Life in*

Cancer Patients. Ανακτήθηκε 18 Μάρτιος 2026, από

<https://www.semanticscholar.org/paper/Study-on-Demographic%2C-Physical-%E2%80%A7-Mental-Health%2C-and-Kim/c64fbab8829a0dc992441dcc12df4bde35400674>

Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: A review and update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19–26.

Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych Advances*, 26(5), 262–272.

<https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>

Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1(1), 78–85.

<https://doi.org/10.3390/rel1010078>

Konstantinidis, T. I., Tsatsou, I., Tsagkaraki, E., Chasouraki, E., Saridi, M., Adamakidou, T., & Govina, O. (2024). Quality of Life and Symptoms of Hospitalized Hematological Cancer Patients.

Current Oncology, 31(11), 6699–6710. <https://doi.org/10.3390/curroncol31110494>

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R., Becker, A., Brug, J., van Straten, A., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: A meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments.

Psycho-Oncology, 23(2), 121–130. <https://doi.org/10.1002/pon.3409>

Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., De Ruiter, M. B., & Castel, H. (2019). Cancer-related cognitive impairment: An update on state of the art, detection, and

management strategies in cancer survivors. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 30(12), 1925–1940.

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410>



Lazenby, M. (2018). Understanding and Addressing the Religious and Spiritual Needs of Advanced Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 274–283.

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.008>

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P., & on behalf of the University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3265–3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>

Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.3523>

Li, Y., Chen, L., Hao, X., Wang, J., Ma, X., Yuan, J., Shi, H., & Li, L. (2025). Financial Toxicity and Its Association With Psychological Distress and Quality of Life: Comparison Between Young, Middle and Old Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 34(10), e70312. <https://doi.org/10.1002/pon.70312>

Liang, Y., Hao, G., Wu, M., & Hou, L. (2022). Social isolation in adults with cancer: An evolutionary concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.973640>

Lima, T., Torres, A., Carvalho, P., & Teixeira, R. J. (2025). Defining and Assessing Distress in Oncology Patients: A Systematic Review of the Literature. *Healthcare*, 13(16), 1976. <https://doi.org/10.3390/healthcare13161976>

Liu, S., Sun, Q., & Ren, X. (2023). Novel strategies for cancer immunotherapy: Counter-immunoediting therapy. *Journal of Hematology & Oncology*, 16, 38. <https://doi.org/10.1186/s13045-023-01430-8>

Liu, Y., Wu, W., Li, S., Wang, X., & Zhang, L. (2025). Exploring psychological distress among lung cancer patients through the stress system model. *Scientific Reports*, 15(1), 27253. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09847-6>



Ljubičić Bistrović, I., Tomljanović, M., & Ljubičić, R. (2021). Psycho-Oncology and Spirituality.

Psychiatria Danubina, 33(Suppl 4), 954–959.

Long, K. N. G., Symons, X., VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., Rosmarin, D. H., Puchalski, C., Cutts, T.,

Gunderson, G. R., Idler, E., Oman, D., Balboni, M. J., Tuach, L. S., & Koh, H. K. (2024).

Spirituality As A Determinant Of Health: Emerging Policies, Practices, And Systems. *Health Affairs*, 43(6), 783–790. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01643>

Lyne, C., Meehan, D., Whittaker, K., Buchanan, T., & Varlow, M. (2025). The need for improved

integration of psychosocial and supportive care in cancer: A qualitative study of Australian patient perspectives. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(6), 516. [https://doi.org/10.1007/s00520-025-](https://doi.org/10.1007/s00520-025-09593-5)

09593-5

Manier, K. K., Rowe, L. S., Welsh, J., & Armstrong, T. S. (2018). The impact and incidence of altered

body image in patients with head and neck tumors: A systematic review. *Neuro-Oncology Practice*, 5(4), 204–213. <https://doi.org/10.1093/nop/np018>

Martins, H., Dias Domingues, T., & Caldeira, S. (2020). Spiritual Well-Being in Cancer Patients

Undergoing Chemotherapy in an Outpatient Setting: A Cross-Sectional Study. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 38(1), 68–77. <https://doi.org/10.1177/0898010119858269>

Martins, H., Domingues, T. D., & Caldeira, S. (2024). Spiritual distress and religious involvement

among cancer patients receiving chemotherapy: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 35(3), 272–280. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12442>

McLouth, L. E., Ford, C. G., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Sherman, A. C., Trevino, K., & Salsman, J. M.

(2021). A systematic review and meta-analysis of effects of psychosocial interventions on spiritual well-being in adults with cancer. *Psycho-oncology*, 30(2), 147–158.

<https://doi.org/10.1002/pon.5562>

- Mehta, P., Murphy, G., Graham-Rowe, E., Katzer, C., Galani, K., & Wood, S. (2023). PB2689: THE PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE AND BURDEN OF BLOOD CANCER FOR ADULT PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-SYNTHESIS. *HemaSphere*, 7(Suppl), e056448b.
<https://doi.org/10.1097/01.HS9.0000977428.05644.8b>
- Mensah, N. A., Mensah, Y. B., & Dedey, F. (2024). Navigating the challenging storms of cancer management in a national cancer centre: Perspectives of female patients. *BMC Public Health*, 24(1), 2856. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20360-9>
- Menzies, R. E., Connery, T., Macdonald, D., & Riotto, G. D. (2025). The relationship between death anxiety and fear of recurrence and progression in chronic illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 198, 112373.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112373>
- Mihic-Góngora, L., Jiménez-Fonseca, P., Gil, R. H. S., Cruz-Castellanos, P., Fernández-Montes, A., Caramés-Sánchez, C., Lee, E. M., Muñoz, M. M., Galan-Moral, R., Raga, M. G., & Calderon, C. (2023). *Quality of Life and Psychological Distress in Advanced Cancer Patients: Associations with Sociodemographic and Clinical Factors*. Research Square.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3132204/v1>
- Mohile, S. G., Dale, W., Somerfield, M. R., Schonberg, M. A., Boyd, C. M., Burhenn, P. S., Canin, B., Cohen, H. J., Holmes, H. M., Hopkins, J. O., Janelins, M. C., Khorana, A. A., Klepin, H. D., Lichtman, S. M., Mustian, K. M., Tew, W. P., & Hurria, A. (2018). Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 36(22), 2326–2347.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.8687>
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research : CR*, 27(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1756-9966-27-32>



- Nagy, D. S., Isaic, A., Motofelea, A. C., Popovici, D. I., Diaconescu, R. G., & Negru, S. M. (2024). The Role of Spirituality and Religion in Improving Quality of Life and Coping Mechanisms in Cancer Patients. *Healthcare*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare12232349>
- Naser, A. Y., Hameed, A. N., Mustafa, N., Alwafi, H., Dahmash, E. Z., Alyami, H. S., & Khalil, H. (2021). Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>
- Negash, B. T., & Alelign, Y. (2025). Stress and coping strategies of cancer among adult cancer patients in Hawassa University comprehensive specialized hospital cancer centre in 2024: Patient, family and health professional perspective. *BMC Cancer*, 25(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-14023-0>
- Nguyen, L. B., Vu, L. G., Le, T. T., Nguyen, X. T., Dao, N. G., Nguyen, D. C., Huyen Thi Dang, T., Vu, T. M. T., Boyer, L., Fond, G., Auquier, P., Latkin, C. A., Zhang, M. W. B., Ho, R. C. M., & Ho, C. S. H. (2023). Impact of interventions on the quality of life of cancer patients: A systematic review and meta-analysis of longitudinal research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02189-9>
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19, 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
- Nolazco, J. I., & Chang, S. L. (2023). The role of health-related quality of life in improving cancer outcomes. *Journal of Clinical and Translational Research*, 9(2), 110–114. <https://doi.org/10.18053/jctres.09.202302.006>
- Palmer Kelly, E., Paredes, A. Z., Tsilimigras, D. I., Hyer, J. M., & Pawlik, T. M. (2022a). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surgical Oncology*, 42, 101389. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.05.004>



- Palmer Kelly, E., Paredes, A. Z., Tsilimigras, D. I., Hyer, J. M., & Pawlik, T. M. (2022b). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surgical Oncology*, 42, 101389. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.05.004>
- Palomares-Palomares, C. B., Rios-Garcia, E., Hernandez-Martinez, J.-M., Gómez-Gloria, J., Llamas-Alonso, L., Hernández-Ortega, M., Lara-Mejía, L., Alvarez-Rayón, G., Florez, N., & Arrieta, O. (2026). Cancer as trauma: Multidimensional determinants of PTSD across the disease course. A narrative integrative review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1719291. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1719291>
- Park, C. L. (2022). Meaning Making Following Trauma. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
- Park, C. L., & George, L. S. (2015). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. Στο *Positive Psychology in Search for Meaning*. Routledge.
- Penedo, F. J., & Cella, D. (2017). Responding to the quality imperative to embed mental health care into ambulatory oncology. *Cancer*, 123(3), 382–386. <https://doi.org/10.1002/cncr.30402>
- Peteet, J. R., & Balboni, M. J. (2013a). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(4), 280–289. <https://doi.org/10.3322/caac.21187>
- Peteet, J. R., & Balboni, M. J. (2013b). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(4), 280–289. <https://doi.org/10.3322/caac.21187>
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 49–58. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_06
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, 361, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>



- Prado, C. M., Laviano, A., Gillis, C., Sung, A. D., Gardner, M., Yalcin, S., Dixon, S., Newman, S. M., Bastasch, M. D., Sauer, A. C., Hegazi, R., & Chasen, M. R. (2022). Examining guidelines and new evidence in oncology nutrition: A position paper on gaps and opportunities in multimodal approaches to improve patient care. *Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3073–3083. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06661-4>
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: A literature review. *ESMO Open*, 4(1), e000465. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000465>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Qin, X.-J., Kang, M.-M., Zhong, F., Liu, J.-J., Zhu, Z.-C., Zhang, D., & Han, K. (2025). Correlations of resilience with coping styles and quality of life in patients with malignancies. *World Journal of Psychiatry*, 15(4), 100573. <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i4.100573>
- Rahayuwati, L., Pahria, T., Ibrahim, K., Nurhidayah, I., & Agustina, H. S. (2022). Social Support and Quality of Life in Cancer Patients: A Study of Palliative Shelters in West Java. *Matrix Science Medica*, 6(2), 40. https://doi.org/10.4103/mtsm.mtsm_58_20
- Rahman, R., Mariam, L., Su, R., Malhotra, C., & Ozdemir, S. (2024). Quality of life and its predictors among patients with metastatic cancer in Bangladesh: The APPROACH survey. *BMC Palliative Care*, 23(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01301-6>
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, G. F., Hoofring, L. H., Huang, C.-H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., ... Darlow, S. D. (2023). NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023: Featured Updates to the NCCN



Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(5), 450–457.

<https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0026>

Rios, T. C., de Oliveira, L. P. M., da Costa, M. L. V., da Silva Baqueiro Boulhosa, R. S., Roriz, A. K. C.,

Ramos, L. B., & Bueno, A. A. (2021). A poorer nutritional status impacts quality of life in a sample population of elderly cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 90.

<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01735-7>

Salsman, J. M., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Sherman, A. C., Park, C. L., & Religion and Spirituality

Special Interest Group of the Society of Behavioral Medicine. (2011). Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*, 117(16),

3769–3774. <https://doi.org/10.1002/cncr.26043>

Sánchez-Torralvo, F. J., Contreras-Bolívar, V., Ruiz-Vico, M., Abuín-Fernández, J., González-

Almendros, I., Barrios, M., & Oliveira, G. (2022). Relationship between malnutrition and the presence of symptoms of anxiety and depression in hospitalized cancer patients. *Supportive*

Care in Cancer, 30(2), 1607–1613. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06532-y>

Santarpia, L., Contaldo, F., & Pasanisi, F. (2011). Nutritional screening and early treatment of

malnutrition in cancer patients. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*.

<https://doi.org/10.1007/s13539-011-0022-x>

Schirrmacher, V. (2019). From chemotherapy to biological therapy: A review of novel concepts to

reduce the side effects of systemic cancer treatment (Review). *International Journal of*

Oncology, 54(2), 407–419. <https://doi.org/10.3892/ijo.2018.4661>

Schlander, M., Harten, W. van, Retèl, V. P., Pham, P. D., Vancoppenolle, J. M., Ubels, J., López, O. S.,

Quirland, C., Maza, F., Aas, E., Crusius, B., Escobedo, A., Franzen, N., Fuentes-Cid, J.,

Hernandez, D., Hernandez-Villafuerte, K., Kirac, I., Paty, A., Philip, T., ... Eckford, R. D. (2024).

The socioeconomic impact of cancer on patients and their relatives: Organisation of

European Cancer Institutes task force consensus recommendations on conceptual



framework, taxonomy, and research directions. *The Lancet Oncology*, 25(4), e152–e163.

[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00636-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00636-8)

Seo, H.-J., Jin, D.-L., Ae, K. Y., Lee, S. J., & Seok-Jun, Y. (2025). Associations of Financial Toxicity with Employment Concerns and Cancer-Related Distress: A Cross-Sectional Survey among Korean Working-Age Cancer Survivors. *Cancer Research and Treatment*, 57(3), 659–668.

Shalata, W., Gothelf, I., Bernstine, T., Michlin, R., Tourkey, L., Shalata, S., & Yakobson, A. (2024). Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety. *Cancers*, 16(16), 2827. <https://doi.org/10.3390/cancers16162827>

Shivappa, P., Bernhardt, G. V., Gatti, P., & Radhakrishnan, V. (2024). Exploring Psychosocial Distress in Cancer Patients and Survivors: A Quick Overview. *New Emirates Medical Journal*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.2174/0102506882320073240612103802>

Skevington, S. M., Lotfy, M., O’Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>

Spirituality’s Impact on Cancer Treatment Outcomes—European Society of Medicine. (2025, Σεπτέμβριος 25). <https://esmed.org/spiritualitys-impact-on-cancer-treatment-outcomes/>

Statham, C., & Davis, C. (2018). Psychological burden of haematological cancer on patient and family: Is it time for a multisystem approach? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(4), 518. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000396>

Subih, H. S., Al-Shwaiyat, E. A., Al-Bayyari, N., Obeidat, B. S., Abu-Farsakh, F., & Bawadi, H. (2023). Dietary Intake Is Not Associated with Body Composition nor with Biochemical Tests but with Psychological Status of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Nutrients*, 15(24), 5087. <https://doi.org/10.3390/nu15245087>



- Sun, V., Kim, J. Y., Irish, T. L., Borneman, T., Sidhu, R. K., Klein, L., & Ferrell, B. (2016). Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-Oncology*, 25(12), 1448–1455. <https://doi.org/10.1002/pon.3987>
- 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>
- Takkar, M. (2024). Mental Health May Affect the Health Outcomes of Cancer Patients. *Journal of Student Research*, 13(1). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v13i1.6195>
- Taylor, J., Xiao, W., & Abdel-Wahab, O. (2017). Diagnosis and classification of hematologic malignancies on the basis of genetics. *Blood*, 130(4), 410–423. <https://doi.org/10.1182/blood-2017-02-734541>
- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., Back, A. L., Kamdar, M., Jacobsen, J., Chittenden, E. H., Rinaldi, S. P., Gallagher, E. R., Eusebio, J. R., Li, Z., Muzikansky, A., & Ryan, D. P. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8), 834–841. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine, Quality of Life in Social Science and Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(22), 50–57. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10311>
- Uchino, B. N., Trettervik, R., Kent de Grey, R. G., Cronan, S., Hogan, J., & Baucom, B. R. W. (2018). Social support, social integration, and inflammatory cytokines: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(5), 462–471. <https://doi.org/10.1037/hea0000594>



- Vakili Sadeghi, M., Tehrani, M. A. H., Pasha, H., Hamidia, A., Nabipour, M., Khafri, S., & Yadollahpour, M. H. (2025). Relationship between spiritual well-being with anxiety and depression among cancer patients. *PloS One*, 20(6), e0322923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322923>
- van Leeuwen, M., Husson, O., Alberti, P., Arraras, J. I., Chinot, O. L., Costantini, A., Darlington, A.-S., Dirven, L., Eichler, M., Hammerlid, E. B., Holzner, B., Johnson, C. D., Kontogianni, M., Kjær, T. K., Morag, O., Nolte, S., Nordin, A., Pace, A., Pinto, M., ... van de Poll-Franse, L. V. (2018). Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: Towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 114. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0920-0>
- Vancoppenolle, J., Franzen, N., Azarang, L., Juslin, T., Krini, M., Lubbers, T., Mattson, J., Mayeur, D., Menezes, R., Schmitt, J., Scotte, F., López, O. S., Skaali, T., Ubels, J., Schlander, M., Retel, V., & Harten, W. H. van. (2025). Financial toxicity and socioeconomic impact of cancer in Europe. *ESMO Open*, 10(6). <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2025.105293>
- VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., & Koh, H. K. (2017). Health and Spirituality. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8136>
- Velasco-Durantez, V., Cruz-Castellanos, P., Hernandez, R., Rodriguez-Gonzalez, A., Fernandez Montes, A., Gallego, A., Manzano-Fernandez, A., Sorribes, E., Zafra, M., Carmona-Bayonas, A., Calderon, C., & Jiménez-Fonseca, P. (2024). Prospective study of predictors for anxiety, depression, and somatization in a sample of 1807 cancer patients. *Scientific Reports*, 14(1), 3188. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53212-y>
- Velosa, T. (2023). Spiritual Distress and Depression in Palliative Care. Στο *Palliative Care—Current Practice and Future Perspectives*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1003235>
- Vitaloni, M., Caccialanza, R., Ravasco, P., Carrato, A., Kapala, A., de van der Schueren, M., Constantinides, D., Backman, E., Chuter, D., Santangelo, C., & Maravic, Z. (2022). The impact of nutrition on the lives of patients with digestive cancers: A position paper. *Supportive Care in Cancer*, 30(10), 7991–7996. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07241-w>



- Voskanyan, V., Marzorati, C., Sala, D., Grasso, R., Pietrobon, R., van der Heide, I., Engelaar, M., Bos, N., Caraceni, A., Couspel, N., Ferrer, M., Groenvold, M., Kaasa, S., Lombardo, C., Sirven, A., Vachon, H., Velikova, G., Brunelli, C., Apolone, G., & Pravettoni, G. (2024). Psychosocial factors associated with quality of life in cancer survivors: Umbrella review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 150(5), 249. <https://doi.org/10.1007/s00432-024-05749-8>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Wang, H.-Q., Lin, H., & Liu, B. (2024). Research progress on the psychological burden and intervention measures in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1408762>
- Wang, W., Yang, J., Bai, D., Lu, X., Gong, X., Cai, M., Hou, C., & Gao, J. (2024). Nurses' perceptions and competencies about spirituality and spiritual care: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 132, 106006. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106006>
- Whitford, H. S., & Olver, I. N. (2012). The multidimensionality of spiritual well-being: Peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho-Oncology*, 21(6), 602–610. <https://doi.org/10.1002/pon.1937>
- WHOQOL group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Williams, G. R., Al-Obaidi, M., Dai, C., Harmon, C., Buford, T. W., Gbolahan, O., Pergolotti, M., Bhatia, S., & Giri, S. (2021). Fatigue is Independently Associated with Functional Status Limitations in Older Adults with Gastrointestinal Malignancies – results from the CARE Registry. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(11), 6793–6800. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06273-y>
- Xiao, J., Chow, K. M., Liu, Y., & Chan, C. W. H. (2019). Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A



systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1791–1802.

<https://doi.org/10.1002/pon.5162>

Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients

with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*,

97(35), e11948. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011948>

Yu, H., Li, H., Zuo, T., Cao, L., Bi, X., Xing, H., Cai, L., Sun, J., & Liu, Y. (2022). Financial toxicity and

psychological distress in adults with cancer: A treatment-based analysis. *Asia-Pacific Journal*

of Oncology Nursing, 9(9), 100069. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.04.008>

Zarei, B., Kazemi, A., Bahrami, M., & Beigi-Harchegani, H. (2025). Social relationship challenges

perceived by cancer patients and survivors: A qualitative meta-synthesis. *BMC Psychology*,

13(1), 1195. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03294-8>

Zhang, J., Chung, J. O. K., Taylor, S., & Yorke, J. (2025). Emotional strategies to enhance resilience in

patients with cancer: A scoping review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12, 100777.

<https://doi.org/10.1016/j.apjon.2025.100777>

Zhou, Y., Zhou, Y., & Tan, H. (2025). The impact of cognitive emotion regulation and social alienation

chain intermediate role in breast cancer patients experiencing postoperative recurrence of

dread for post-traumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1156.

<https://doi.org/10.1186/s12888-025-07678-3>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ 2016/679 και τον Ν. 4624/2019

Τίτλος Ερευνητικού Προγράμματος	«Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο»
Επιστημονικός Υπεύθυνος	Παραλίκας Θεοδόσιος
Φορέας Διεξαγωγής/Υπεύθυνος Επεξεργασίας:..... Στοιχεία Επικοινωνίας (Τηλ./Email)	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο- Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας / Αγγελική Καρατάσου 6945064739/akaratas32@gmail.com
Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων (DPO)	
Στοιχεία Επικοινωνίας (Τηλ./Email)	

Η έρευνα αποσκοπεί στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο.

Η συμμετοχή είναι εθελοντική, χωρίς καμία οικονομική υποχρέωση.

Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς και στατιστικούς σκοπούς, χωρίς εμπορική εκμετάλλευση.

- ☒ Δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο)
- ☒ Ιατρικά ή υγειονομικά δεδομένα (όπου απαιτείται)
- ☒ Στοιχεία ερωτηματολογίου ή αξιολόγησης
- ☒ Άλλα:

Η επεξεργασία βασίζεται στη συναίνεσή σας (άρθρα 6(1)(α) & 9(2)(α) ΓΚΠΔ) ή/και στην εκτέλεση καθήκοντος δημοσίου συμφέροντος (άρθρα 6(1)(ε) & 9(2)(ι) & (θ)).

Τα δεδομένα θα διατηρηθούν για όσο χρόνο απαιτείται για την ολοκλήρωση της έρευνας και ενδεχόμενη αξιολόγηση. Μετά την ολοκλήρωση, θα ανωνυμοποιηθούν ή θα διαγραφούν σύμφωνα με το άρθρο 89 ΓΚΠΔ.



Τα δεδομένα φυλάσσονται σε ασφαλή, κρυπτογραφημένα συστήματα. Η πρόσβαση επιτρέπεται μόνο σε εξουσιοδοτημένα μέλη. Σε κάθε δημοσίευση, τα δεδομένα θα είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα.

- Να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποτεδήποτε.
- Να ζητήσετε πρόσβαση, διόρθωση ή περιορισμό της επεξεργασίας.
- Να υποβάλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr).

Παρακαλώ επιλέξτε μία από τις δύο επιλογές:

☐ (Α) Ενημερώθηκα πλήρως για την έρευνα.

Η συμμετοχή μου αφορά ανωνυμοποιημένα – στατιστικά δεδομένα, χωρίς δυνατότητα ταυτοποίησης. Υπογράφω μόνο ως επιβεβαίωση ενημέρωσης.

☐ (Β) Ενημερώθηκα και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία

ψευδωνυμοποιημένων δεδομένων για ερευνητικούς σκοπούς. Γνωρίζω ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποτεδήποτε και ότι σε κάθε δημοσίευση τα δεδομένα θα είναι απολύτως ανωνυμοποιημένα.

Υπογραφή Υποκειμένου: _____ Ημερομηνία: __/__/____

Υπογραφή Ερευνητή: _____ Ημερομηνία: __/__/____



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Οδηγίες: Παρακαλούμε σημειώστε (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε όπου απαιτείται.

1. Ηλικία
_____ ετών

2. Φύλο

- ☐ Άνδρας
☐ Γυναίκα
☐ Δεν επιθυμώ να απαντήσω

3. Οικογενειακή κατάσταση

- ☐ Άγαμος/η
☐ Έγγαμος/η
☐ Συμβίωση
☐ Διαζευγμένος/η
☐ Χήρος/α

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

- ☐ Δημοτικό
☐ Γυμνάσιο
☐ Λύκειο
☐ ΙΕΚ
☐ ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο
☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

5. Επαγγελματική κατάσταση

- ☐ Εργαζόμενος/η
☐ Άνεργος/η
☐ Συνταξιούχος
☐ Φοιτητής/ρια
☐ Οικιακά
☐ Άλλο: _____

6. Τόπος διαμονής

- ☐ Αστική περιοχή
☐ Ημιαστική περιοχή
☐ Αγροτική περιοχή

7. Θρησκευτική πίστη

- ☐ Ορθόδοξος/η
☐ Άλλο δόγμα
☐ Δεν πιστεύω
☐ Δεν επιθυμώ να απαντήσω



8. Βαθμός θρησκευτικότητας

- ☐ Καθόλου
- ☐ Λίγο
- ☐ Μέτρια
- ☐ Πολύ

9. Διάγνωση νεοπλασματικής νόσου (διάρκεια)

- ☐ Μικρότερη από 6 μήνες
- ☐ 6–12 μήνες
- ☐ 1–5 έτη
- ☐ Μεγαλύτερη από 5 έτη

10. Τρέχουσα θεραπεία

- ☐ Χημειοθεραπεία
- ☐ Ακτινοθεραπεία
- ☐ Χειρουργική θεραπεία
- ☐ Συνδυασμός
- ☐ Καμία αυτή τη στιγμή

11. Έχετε υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

FACIT-Sp-12 (Version 4)

Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο ή σημειώστε έναν αριθμό ανά γραμμή για να υποδείξετε την απάντησή σας όσον αφορά τις τελευταίες 7 ημέρες.

		καθόλου	λίγο	κάπως	πολύ	πάρα πολύ
Sp1	Αισθάνομαι γαλήνιος-α.....	0	1	2	3	4
Sp2	Έχω λόγο να ζω.....	0	1	2	3	4
Sp3	Η ζωή μου υπήρξε παραγωγική.....	0	1	2	3	4
Sp4	Το μυαλό μου δυσκολεύεται να ηρεμήσει.....	0	1	2	3	4
Sp5	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό.....	0	1	2	3	4
Sp6	Είμαι σε θέση να βρίσκω ανακούφιση ψάχνοντας βαθιά τον εαυτό μου.....	0	1	2	3	4
Sp7	Νιώθω μια αίσθηση εσωτερικής αρμονίας.....	0	1	2	3	4
Sp8	Από τη ζωή μου λείπει το νόημα και ο σκοπός	0	1	2	3	4
Sp9	Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις	0	1	2	3	4
Sp10	Βρίσκω δύναμη στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις	0	1	2	3	4
Sp11	Οι δύσκολοι καιροί έχουν ενισχύσει την πίστη μου ή τις πνευματικές μου πεποιθήσεις	0	1	2	3	4
Sp12	Ότι και να συμβεί κατά τους δύσκολους καιρούς, ξέρω ότι τελικά τα πράγματα θα πάνε καλά	0	1	2	3	4



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **όλες** τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματά σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ότι Συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως
Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	1	2	3	4
Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;	1	2	3	4
Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;	1	2	3	4
Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	1	2	3	4
Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	1	2	3	4

Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	1	2	3	4
Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;	1	2	3	4
Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	1	2	3	4
Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;	1	2	3	4
Είσατε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;	1	2	3	4
Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	1	2	3	4
Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	1	2	3	4

Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ότι Συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Μάλλον λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας	Γρηγορότερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως Συνήθως 2	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Περίπου το ίδιο 2	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;	Περισσότερο Ικανοποιημένος/η 1	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η 4
Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 4

Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα το Σκέφτηκα 4

Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πώς εσείς κρίνετε την ποιότητα ζωής σας, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. **Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.** Αν δεν είσθε σίγουρος-η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, **παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή.** Συχνά, η πιο σωστή μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε.

Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη τα δικά σας κριτήρια, τις δικές σας προσδοκίες, ό,τι σας δίνει χαρά καθώς και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στη μνήμη σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο βαθμό της υποστήριξης που είχατε από τους άλλους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έτσι, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 4, εάν είχατε **πολύ** υποστήριξη από τους άλλους, όπως δείχνει το παράδειγμα που ακολουθεί.

Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Αν δεν είχατε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεσθε από τους άλλους, τις τελευταίες Αν δεν είχατε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεσθε από τους άλλους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τότε, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει τη πιο κατάλληλη για σας απάντηση σε κάθε ερώτηση.



		Πολύ άσχημα	Άσχημα	Ούτε καλά Ούτε άσχημα	Καλά	Πολύ καλά
1 (G1)	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ούτε ικανοποιημένος-η Ούτε δυσαρεστημένος-η	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
2 (G4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο είχατε ορισμένες εμπειρίες ή καταστάσεις κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3 (F1.4)	Αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τα πράγματα που έχετε να κάνετε;	1	2	3	4	5
4 (F 11.3)	Χρειάζεστε κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Αισθάνεσθε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5



		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7 (F5.3)	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό είχατε ορισμένες εμπειρίες ή είχατε τη δυνατότητα να κάνετε ορισμένα πράγματα κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων

		Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Απόλυτα
10 (F2.1)	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Μπορείτε να αποδεχθείτε την εμφάνιση του σώματός σας ;	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Μπορείτε να έχετε εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν	1	2	3	4	5



	χρειάζεσθε στην καθημερινή σας ζωή;					
14 (F21.1)	Έχετε την δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
15 (F9.1)	Πόσο άνετα μπορείτε να κυκλοφορείτε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο καλά αισθανθήκατε ή πόσο ικανοποιημένος-η ήσαστε από διάφορες πλευρές της ζωής σας κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ούτε ικανοποιημένος-η Ούτε δυσαρεστημένος-η	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
16 (F3.3)	Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον ύπνο σας ;	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας να φέρνετε σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινή σας ζωής;	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5



19 (F6.3)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε από τις συνθήκες του χώρου στον οποίο κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Πόσο ικανοποιημένος- η είστε από τα μεταφορικά μέσα τα οποία χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5



Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά είχατε ορισμένα συναισθήματα κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
26 (F8.1)	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Σας βοήθησε κανείς να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο;.....

Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΈΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 7/12-05-2026

ΑΠΟΦΑΣΗ 48
ΘΕΜΑ 2

Εισήγηση για την έγκριση μελέτης στο Νοσοκομείο μας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο» από την κ. Καρατάσου Αγγελική, φοιτήτρια του κοινού μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη•

- α) τη με αρ. πρωτ. 11387/14-04-2026 αίτηση της κ. Καρατάσου Αγγελικής, •φοιτήτριας του Κοινού μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- β) τη με αρ. πρωτ. 4892/07-04-2026 βεβαίωση φοίτησης και ανάθεσης της διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο» στην Κ. Καρατάσου Αγγελική του Δημητρίου με Αριθμό Μητρώου 530055, που εκδόθηκε από τη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου
- γ) το συνημμένο ερευνητικό πρωτόκολλο, τα ερωτηματολόγια και το έντυπο ενημέρωσης & συγκατάθεσης συμμετοχής σε επιστημονική έρευνα
- δ) την σύμφωνη γνώμη του Συντ. Διευθυντή Ογκολογικού Τμήματος κ. Ανδρουλάκη Νικολάου
- ε) την θετική εισήγηση του Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και του διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Φουκαράκη Εμμανουήλ
- στ) την έγκριση της Επιτροπής Έρευνας
- ζ) τη διαλογική συζήτηση ομόφωνα αποφασίζει

Εισηγείται θετικά για την διεξαγωγή μελέτης στο Νοσοκομείο μας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με Τίτλο «Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο» από την κ. Καρατάσου Αγγελική, φοιτήτρια του κοινού μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με επιβλέποντα Καθηγητή τον Κ.

Παραλία Θεοδόσιο, Αναπλ. Καθηγητή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και σύμφωνα με τις αρχές της Ορθής Κλινικής Πρακτικής. Αντίγραφο της παραπάνω μελέτης να κατατεθεί και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας. Η παρούσα Απόφαση διαβιβάζεται στην Διοίκηση κα! στην 7η Υ. ΠΕ. για έγκριση.



Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΓΙΑΝΝΙΚΑΚΗ ΕΛΠΙΔΑ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΔΡΟΣΙΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΚΟΝΤΟΠΟΔΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΒΡΕΝΤΖΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΣΠΥΡΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΣΑΒΒΑΣ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΚΟΥΡΛΕΤΑΚΗ ΖΑΧΑΡΕΝΙΑ

Εγχείριση
Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ
Τ.Ν. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ-Γ.
ΚΑΛΟΓΡΙΔΑΚΗ



15.06.2026 10:43:40
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΕΙΡΗΝΗ
ΜΑΡΚΑΚΗ

Ηράκλειο, 15/06/2026

Α. Π.: 29128

Απάντηση στο έγγραφο: 27680



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,

71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης

Πληροφορίες: Πλατάκης Μιχαήλ

Τηλ: 2813 404444

Email: research@hc-crete.gr

ΠΡΟΣ:

ΚΑΡΑΤΑΣΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Κοινού Διαπανεπιστημιακού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :

1. Διοίκηση Γ.Ν. Βενιζέλιο – Πανάνειο
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
3. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση μεταπτυχιακής μελέτης με τίτλο «Η συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής ασθενών με νεοπλασματική νόσο» στο Γ.Ν. «Βενιζέλιο – Πανάνειο»

ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Το με αριθμό πρωτ. 15387/22-05-2026 (αρ. πρωτ. 27680/09-06-2026 εισερχομένου) έγγραφο του Γ.Ν. «Βενιζέλιο – Πανάνειο»
2. Η με αρ. 48/Θ.2/Συν.7/12-05-2026 θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου
3. Η με ημερ. 26-04-2026 παροχή έγκρισης του Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων του Νοσοκομείου
4. Το πρωτόκολλο της έρευνας, Βεβαίωση Φοίτησης, το ερωτηματολόγιο και το Έντυπο Συγκατάθεσης

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, καθώς επίσης τους σκοπούς και τα αναμενόμενα οφέλη από την εν λόγω μελέτη, τη μεθοδολογία της έρευνας, την απουσία ταπεινών κινήτρων συμμετοχής και την έλλειψη πιθανών κινδύνων για τα υποκείμενα της έρευνας, **εγκρίνουμε την διεξαγωγή μελέτης με τον διακριτικό τίτλο «Η συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής ασθενών με νεοπλασματική νόσο» στο Γ.Ν. «Βενιζέλιο – Πανάνειο»,** μέσω της συλλογής δεδομένων από ασθενείς, που παρακολουθούνται στο ογκολογικό τμήμα του Γ.Ν. «Βενιζέλιο – Πανάνειο», από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Καρατάσου Αγγελική, στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής της εργασίας στο Κοινό Διαπανεπιστημιακό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο «**Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων**» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, με επιβλέπων καθηγητή τον κ. Παραλικά Θεοδόσιο.



Η έγκριση δίνεται, επίσης και με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- I. Της ενημέρωσης και της ρητής κι ελεύθερης συγκατάθεσης των υποκειμένων της έρευνας.
- II. Της τήρησης της αρχής της ανωνυμοποίησης και της κρυπτογράφησης των δεδομένων,
- III. Της τήρησης της αρχής της ελαχιστοποίησης των δεδομένων για τους σκοπούς της έρευνας
- IV. Η παρουσίαση των δεδομένων θα είναι ανωνυμοποιημένη.
- V. Πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας, στη Διοίκηση της 7ης ΥΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο <https://www.7ype.gov.gr/wp-content/uploads/2025/07/researchform.docx>. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην αιτούσα ή στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- VI. Της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, τη διεθνή και εθνική νομοθεσία καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της διαφάνειας της επεξεργασίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας και τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Αγγελική Καρατάσου, «Συσχέτιση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νεοπλασματικές νόσους».



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ