

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Μ. ΤΟΓΚΑΣ

**«ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ,
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΠΝΕΥΜΟΝΑ»**

ΑΘΗΝΑ
Ιούνιος 2020

ΜΕΛΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

1. ΑΛΕΞΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ), ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ , ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
2. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΙΟΣ (ΜΕΛΟΣ), ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
3. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ (ΜΕΛΟΣ), ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

ΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

1. ΑΛΕΞΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
2. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΙΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
3. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
4. ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
5. ΜΕΛΛΟΝ ΡΟΜΠΕΡΤ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
6. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
7. ΚΟΡΔΟΥΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΤΕΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερωμένη στη σύζυγό μου και στον πατέρα μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διατριβή αποτελεί την απόληξη μιας μακρόχρονης και επίπονης διαδικασίας και ολοκληρώθηκε με τη βοήθεια και την ξεχωριστή συμβολή διαφόρων ανθρώπων, τους οποίους νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω.

Ευχαριστώ πρωτίστως τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Αλεξιά Γεώργιο, καθηγητή Κοινωνιολογίας της Υγείας και του Σώματος, ο οποίος με τις οδηγίες και τις πολύτιμες παρατηρήσεις του προσέφερε σημαντική βοήθεια και υποστήριξη για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα άλλα δύο μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, τον κ. Αναγνωστόπουλο Φώτιο, Καθηγητή Ψυχολογίας και τον κ. Ποταμιάνο Γρηγόριο, καθηγητή Ψυχολογίας για την πολύτιμη συμβολή τους και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις τους.

Ευχαριστώ ακόμη τον καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και διευθυντή της Γ' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» κ. Συρίγο Κωνσταντίνο καθώς και τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του ίδιου νοσοκομείου για την συναίνεσή τους στην πραγματοποίηση της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των κλινικών του Νοσοκομείου «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», στις οποίες διεξήχθη η έρευνα, για τις διευκολύνσεις τους και τη φιλοξενία τους καθώς και όλους τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα που διέθεσαν ένα μέρος από το χρόνο τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

Κωνσταντίνος Τόγκας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Παρότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι συχνή μορφή καρκίνου, η ψυχολογική κατάσταση αυτών των ασθενών δεν έχει μελετηθεί εκτεταμένα.

Σκοπός: η μελέτη της σχέσης της αίσθησης συνεκτικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

Υλικό-μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε 200 ασθενείς (n=200) με καρκίνο πνεύμονα στο Νοσοκομείο «Σωτηρία» μεταξύ Μαΐου 2014-Αυγούστου 2015. Χρησιμοποιήθηκε σύνθετο ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις για τα δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία των ασθενών και τα ερωτηματολόγια SOC-13, Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ), Κλίμακα Ψυχολογικής έκφρασης, Κλίμακα Κάλυψης Βασικών ψυχολογικών αναγκών, Κλίμακα Χρονικού Προσανατολισμού του Zimbardo (ZTPI), CES-D, EORTC-QLQ C30 και EORTC-LC13. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS v.23.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 69 έτη (SD=8,21, Min= 91, Max==48, Range=43). Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες (70,5%), έγγαμοι/σε συμβίωση (81%), απόφοιτοι δημοτικού (52,5%) και συνταξιούχοι (68,3%). Οι περισσότεροι προσέρχονταν για θεραπεία στην κλινική ημέρας (84,5%), ήταν καπνιστές (86,9 %) και ενημερωμένοι για τη διάγνωση (95%). Ο συχνότερος ιστολογικός τύπος ήταν ο μη-μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (N-SCLC) (84%) και το 24,5% είχαν μεταστάσεις.

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC-13 ήταν 57,85 (SD=15,58). Στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ καταγράφηκαν οι εξής βαθμολογίες: «διεκδικητική επίλυση προβλήματος»=0,8 (SD=0,52), «θετική προσέγγιση»=1,46 (SD=0,52), «αποφυγή/ διαφυγή»=1,39 (SD=0,42), «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»=1,22 (SD=0,82), «ευχολογία/ονειροπόληση»=1,21 (SD=0,64). Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης ήταν 16,80 (SD=10,35) και στην Κλίμακα Κάλυψης Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών 94,61 (SD=24,57). Στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ZTPI οι μέσες βαθμολογίες ήταν οι εξής: «μοιρολατρικό παρόν»=2,48 (SD=1,30), «ηδονιστικό παρόν»=1,73 (SD=0,86), «θετικό παρελθόν»=3,16 (SD=0,92), «αρνητικό παρελθόν»=2,78 (SD=1,06), «μέλλον»=2,94 (SD=1,07).

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D ήταν 22,34 (SD=11,78). Εάν χρησιμοποιηθεί ως όριο (cut-off point) η βαθμολογία 16, τότε το 57,8 % των ασθενών παρουσιάζει ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη, ενώ εάν χρησιμοποιηθεί ως όριο το 24 (ιδανικό για τον ελληνικό πληθυσμό), τότε το αντίστοιχο ποσοστό είναι 41,2%.

Στο ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ C30 χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις υποκλίμακες «RF-λειτουργικότητα ρόλων» (48,92 σε κλίμακα 0-100), «SF-κοινωνική λειτουργικότητα» (50,50) και «PF-σωματική λειτουργικότητα» (56,83) και μεγαλύτερες στις υποκλίμακες «CF-γνωστική λειτουργικότητα» (62,00) και «EF-συναισθηματική λειτουργικότητα» (68,25). Τα συμπτώματα που ταλαιπωρούσαν περισσότερο τους ασθενείς ήταν η κόπωση (46,89), ο πόνος (35,08), η δύσπνοια (34,17), η αϋπνία (32,50) και η απώλεια όρεξης (28,33). Οι ασθενείς αξιολογούσαν συνολικά την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους ως μέτρια ($M=51,71$).

Βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στην κατάθλιψη ($\rho=-0,843$, $p<0,001$). Η συσχέτιση εξακολουθούσε να είναι σημαντική μετά από έλεγχο για την επίδραση της ηλικίας, της συναισθηματικής έκφρασης και του χρονικού διαστήματος που μεσολάβησε από τη διάγνωση. Η ανάλυση διαμεσολάβησης (Mediation analysis) έδειξε ότι η συναισθηματική έκφραση δε διαμεσολαβεί τη σχέση της αίσθησης συνοχής με την κατάθλιψη.

Η υποκλίμακα της «συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής(QL)» του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 συσχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη ($\rho=-0,704$, $p<0,001$) και θετικά με την αίσθηση συνοχής ($\rho=0,619$, $p<0,001$).

Η ανάλυση Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης έδειξε ότι οι ασθενείς με χαμηλή αίσθηση συνοχής ($b^*=-.73$), χαμηλό εισόδημα ($b^*=-.08$), μεταστάσεις ($b^*=-.10$), υποτροπή ($b^*=-.12$) και όσοι υποβάλλονταν στη θεραπεία στην κλινική ημέρας ($b^*=-.09$) είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και μέτρια ποιότητα ζωής. Η υψηλή αίσθηση συνεκτικότητας λειτουργεί προστατευτικά έναντι της κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς και συμβάλλει στην καλύτερη αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν στη διατύπωση προτάσεων για την υποστηρικτική φροντίδα, τη συμβουλευτική καθοδήγηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών. Απαιτούνται μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα και με άλλους ερευνητικούς σχεδιασμούς προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και να αποσαφηνιστούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες της αίσθησης συνεκτικότητας, της ψυχικής υγείας και της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος πνεύμονα, αίσθηση συνεκτικότητας, στρατηγικές αντιμετώπισης, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Introduction: Although lung cancer is a common type of cancer, the psychological state of these patients hasn't been extensively studied.

Aim: to investigate the effect of sense of coherence in mental health and quality of life of lung cancer patients.

Methods: A cross-sectional study was conducted in "Sotiria" Chest Diseases Hospital, Greece with a sample of 200 lung cancer patients. A composite questionnaire was used including demographic-medical information, SOC-13, Ways of Coping Strategies, Distress Disclosure Index, Brief Psychological Needs Satisfaction Scale, Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), CES-D, EORTC-QLQ C30 and EORTC-LC13. Analysis was performed by SPSS v.23.

Results: The mean age was 69 years (SD=8,21, Min= 91, Max==48, Range=43). The majority of the patients were men (70.5%), married / partnered (81%), primary school graduates (52.5%) and pensioners (68.3%). Most of them were subjected to therapy in day clinic (84.5%), were smokers (86.9%) and informed about the diagnosis (95%). The most common histologic type was non-small cell lung cancer (N-SCLC) (84%) and 24.5% had metastases.

The mean score on the SOC-13 questionnaire was 57.85 (SD = 15.58). In the subscales of Ways of Coping Strategies Questionnaire the following score was recorded: "problem solving" = 0.8 (SD = 0.52), "positive approach" = 1.46 (SD = 0.52), "avoidance / distraction" = 1, 39 (SD = 0.42), "seeking social support" = 1.22 (SD = 0.82), "wishful thinking/ daydreaming" = 1.21 (SD = 0.64). The mean score on the Self-Disclosure Index was 16.80 (SD = 10.35) and on the Brief Psychological Needs Satisfaction Scale 94.61 (SD = 24.57). In the subscales of the ZTPI questionnaire, the mean scores was: "present fatalistic" = 2.48 (SD = 1.30), "present hedonistic" = 1.73 (SD = 0.86), "past positive" = 3,16 (SD = 0.92), "past negative" = 2.78 (SD = 1.06), "future" = 2.94 (SD = 1.07).

The mean score on the CES-D questionnaire was 22.34 (SD = 11.78). If the value of 16 is used as a cut-off point, then 57.8% of the patients have mild, moderate or severe depression. However, if the value of 24 is used as the cut-off point (which has been suggested as optimal for the Greek population), then 41,2 % of the patients would show depression.

In the EORTC-QLQ C30 questionnaire, lower scores were recorded on the subscales "RF-Role Functioning" (48.92 on a 0-100 scale), "SF-Social Functioning" (50.50) and "PF-Physical Functioning" (56.83) and greater on the subscales "CF-Cognitive Functioning"

(62.00) and "EF-Emotional Functioning" (68.25). The symptoms that mainly affected patients were fatigue (46.89), pain (35.08), dyspnoea (34.17), insomnia (32.50), and loss of appetite (28.33). Patients evaluated their health and quality of life as moderate during last week ($M = 51.71$).

A significant negative correlation was found between sense of coherence and depression ($\rho = -0.843$, $p < 0.001$). The association was still significant after controlling for the influence of age, self-disclosure and the time elapsed since diagnosis. Mediation analysis showed that self-disclosure does not mediate the relationship between sense of coherence and depression.

The subscale "Global health status/quality of life (QL)" of EORTC-QLQ C30 questionnaire was negatively correlated with depression ($\rho = -0.704$, $p < 0.001$) and positively with sense of coherence ($\rho = 0.619$, $p < 0.001$).

Hierarchical linear regression analysis showed that patients with weak SOC ($b^* = -.73$), recurrence ($b^* = -.12$), metastases ($b^* = -.10$), low income ($b^* = -.08$), subjected to therapy in Day clinic ($b^* = -.09$) had higher levels of depression.

Discussion: Lung cancer patients have high rates of depression and moderate quality of life. High sense of coherence is a protective factor against depression in these patients and contributes to the improvement of their perceived health and quality of life. The results of this study can be used for the counseling and supportive care of these patients and for improving their quality of life. Future research is suggested, in order to further investigate the study's results and to clarify the determinants of sense of coherence, mental health, and quality of life in lung cancer patients.

Key-words: lung cancer, sense of coherence, coping, depression, quality of life

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i. Ευχαριστίες	σελ. 6
ii. Περίληψη	σελ. 7
iii. Abstract	σελ. 9

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή	σελ.17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1.1. Ιστολογικοί τύποι καρκίνου του πνεύμονα	σελ.20
1.2. Επιδημιολογία καρκίνου του πνεύμονα	σελ.25
1.3. Αιτιολογία	σελ.28
1.4. Συμπτωματολογία –διάγνωση	σελ.33
1.5. Σταδιοποίηση	σελ.36
1.6. Θεραπεία	σελ.37
1.7. Πρόγνωση	σελ.44
1.8. Καρκίνος του πνεύμονα στους ηλικιωμένους	σελ.48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΥΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ANTONOVSKY

2.1. Αίσθηση συνεκτικότητας	σελ 50
2.2. Η υγεία ως διεργασία	σελ.53
2.3. Γενικευμένοι παράγοντες αντίστασης (Generalized Resistance Resources-GRRs)	σελ.54
2.4. Κατανομή και σταθερότητα της αίσθησης συνεκτικότητας	σελ.56
2.5. Η σχέση της αίσθησης συνεκτικότητας με τη σωματική υγεία	σελ.59
2.6. Η σχέση της αίσθησης συνεκτικότητας με την ψυχική υγεία	σελ.61
2.7. Αίσθηση συνεκτικότητας και ποιότητα ζωής	σελ.63
2.8. Νεότερες εξελίξεις της θεωρίας	σελ.64
2.9. Κριτική της έννοιας της αίσθησης συνεκτικότητας	σελ.66
2.10. Αίσθηση συνεκτικότητας σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα	σελ.67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

3.1. Ψυχολογική προσέγγιση ασθενών με καρκίνο πνεύμονα	σελ.71
3.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης (coping)	σελ.75
3.3. Η θεωρία της χρονικής προοπτικής και η εφαρμογή της σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.	σελ.81
3.4. Η σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με την επιβίωση	σελ.85
3.5. Ψυχολογικά συμπτώματα και διαταραχές	σελ.87
3.6. Ψυχολογικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα	σελ.92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (ΣΥΠΖ) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

4.1. ΣΥΠΖ: ορισμός και χρήση της στην ογκολογία	σελ.95
4.2. ΣΥΠΖ-καρκίνος πνεύμονα	σελ.97
4.3. Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με την ΣΥΠΖ των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα	σελ.100
4.4. Συμπτώματα και ΣΥΠΖ	σελ.102
4.5. Μεταστάσεις και ΣΥΠΖ	σελ.107
4.6. Η σχέση της ΣΥΠΖ με την επιβίωση	σελ.109
4.7. Είδος θεραπείας και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα	σελ.111
4.7.1. Χειρουργική θεραπεία και ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα	σελ.112
4.7.2. Ακτινοθεραπεία και ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα	σελ.116
4.7.3. Χημειοθεραπεία και ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα	σελ.119
4.8. Μέτρηση της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα	σελ.121

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός της έρευνας	σελ.124
5.2. Ερευνητικές υποθέσεις	σελ.125
5.3. Διαδικασία-δείγμα	σελ.127
5.4. Μεθοδολογία μέτρησης και διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων	σελ.128
5.5. Μέσα συλλογής δεδομένων (εργαλεία)	σελ.128
5.5.1. Η κλίμακα «Αίσθηση Συνεκτικότητας» (Sense of Coherence Scale-SOC)	σελ.130
5.5.2. Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ)	σελ.131
5.5.3. Κλίμακα Συναισθηματικής Έκφρασης	σελ.132
5.5.4. Κλίμακα Κάλυψης των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (Basic Psychological Needs Satisfaction)	σελ.133

5.5.5. Κλίμακα χρονικού προσανατολισμού Zimbardo (Zimbardo Time Perspective Inventory)	σελ.133
5.5.6. Κλίμακα Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)	σελ.135
5.5.7. Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής της EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Core Quality of Life Questionnaire QLQ-C30, version 3.0 και EORTC QLQ-LC 13	σελ.136
5.6. Στατιστική ανάλυση	σελ.138

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Έλεγχος κανονικής κατανομής και εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων	σελ.141
6.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	σελ.147
6.3. Ιατρικά στοιχεία του δείγματος	σελ.148
6.4. Ερωτηματολόγιο Sense of Coherence	σελ.151
6.5. Ερωτηματολόγιο «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων»	σελ.179
6.6. Κλίμακα Συναισθηματικής Έκφρασης	σελ.210
6.7. Κλίμακα Κάλυψης των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών	σελ.215
6.8. Κλίμακα χρονικού προσανατολισμού Zimbardo (ZTPI-Zimbardo Time Perspective Inventory)	σελ.222
6.9. Ερωτηματολόγιο CES-D	σελ.231
6.10. Ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ C30	σελ.243
6.11. Ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-LC13	σελ.263
6.12. Συσχετίσεις (Correlations)	σελ.274
6.13. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για το ερωτηματολόγιο CES-D	σελ.298
6.14. Multiple regressions για την υποκλίμακα Global health status/HRQOL (QL) και τις υποκλίμακες λειτουργικότητας του EORTC-QLQ C30	σελ.307
6.15. Mediation analysis	σελ.309

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. Σύνοψη των αποτελεσμάτων	σελ.312
7.2. Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της έρευνας	σελ.337
7.3. Κλινικές προεκτάσεις	σελ.340
7.4. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	σελ.344
Βιβλιογραφικές αναφορές	σελ.347
Παράρτημα I:Συντομογραφίες-Abbreviations	σελ.371
Παράρτημα II: Τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας	σελ.372
Παράρτημα III: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30	σελ.381
Παράρτημα IV: Εγκρίσεις νοσοκομείου	σελ.382

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος καρκίνου παγκοσμίως (περίπου το 12,3% όλων των νέων περιπτώσεων-όπως και ο καρκίνος του μαστού). Επιπλέον, είναι ο συχνότερα διαγνωσμένος καρκίνος στους άνδρες και ο τρίτος πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος στις γυναίκες και η κύρια αιτία θνησιμότητας από καρκίνο και στα δύο φύλα (World Cancer Research Fund, 2018).

Κάνοντας αρχικά αναφορά στη βιολογική διάσταση, αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν δύο κύριοι ιστολογικοί τύποι: Μη Μικροκυτταρικός Καρκίνος του Πνεύμονα (Non-Small Cell Lung Cancer-NSCLC, που αντιπροσωπεύει περίπου το 85-90% των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα) και Μικροκυτταρικός Καρκίνος του Πνεύμονα (Small Cell Lung Cancer-SCLC, που αντιπροσωπεύει περίπου το 10-15% των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα). Ο δεύτερος ιστολογικός τύπος έχει χειρότερη πρόγνωση και ποιότητα ζωής. Γενικά, ο καρκίνος του πνεύμονα έχει κακή πρόγνωση και το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι πολύ χαμηλό (18% στις ΗΠΑ και 12.6% στην Ευρώπη) (European Lung Foundation, 2018). Περίπου 2 στα 3 ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο πνεύμονα είναι άνω των 65 ετών και η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι 71 έτη (American Cancer Society, 2018).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου είναι αποτέλεσμα τόσο της έκθεσης σε επιβαρυντικούς ή προστατευτικούς παράγοντες όσο και της ευαισθησίας του ατόμου. Το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα, οι εργασιακοί παράγοντες, η ραδιενέργεια, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η ενδοοικιακή ρύπανση είναι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα (Γερογιάννη & Γουργουλιάνης, 2006; Malhotra, Malvezzi, Negri, La Vecchia, & Boffetta, 2016).

Εκτός από τη βιολογική διάσταση της ασθένειας, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η ψυχοκοινωνική, καθώς αυτή η μορφή καρκίνου συνδέεται με πολλαπλές κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές δυσχέρειες (Cataldo & Brodsky, 2013) και οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα παρουσιάζουν αυξημένη ψυχολογική δυσφορία σε σύγκριση με ασθενείς που έχουν άλλες μορφές καρκίνου (Key, 2015).

Η ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια καθορίζεται από ποικίλους παράγοντες και από την ικανότητα του ασθενή να τη θεωρήσει ως πρόκληση και να πιστέψει ότι μπορεί να τη διαχειριστεί ικανοποιητικά. Η θεωρία της «αίσθησης συνεκτικότητας» (Sense of coherence-SOC) του Aaron Antonovsky (1923-1994), η οποία εντάσσεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας (Krivohlavý, 1990; Kalra et al., 2018), αποτελεί μια ενδιαφέρουσα εξήγηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς προσαρμόζονται στην εμφάνιση της πάθησης και

προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα διαχειρίζονται με επιτυχία το στρες και παραμένουν υγιή (salutogenesis), ενώ άλλα καταρρέουν (Erikson & Lindström, 2006).

Ο Antonovsky διατύπωσε την έννοια της SOC ως «μια σφαιρική θεώρηση, που εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι: α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility), β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability), γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζει να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness)» (Antonovsky, 1987; Super et al., 2016). Η SOC είναι λοιπόν ένας παράγοντας που καθιστά τον άνθρωπο ικανό να διαχειρίζεται την ένταση, να αναγνωρίζει τους εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες υποστήριξης, να τους κινητοποιεί, να προάγει αποτελεσματική αντιμετώπιση βρίσκοντας λύσεις και να επιλύει την ένταση με έναν τρόπο που προάγει την υγεία (Antonovsky, 1979).

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή αξιολογείται η αίσθηση συνεκτικότητας, η ψυχική υγεία και η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα και οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις έννοιες. Παρά τον υψηλό επιπολασμό του καρκίνου του πνεύμονα και την καταγραφή και ανάλυση των παραμέτρων εμφάνισής του, οι ψυχολογικές αντιδράσεις και η ποιότητα ζωής σε αυτή τη μορφή καρκίνου δεν έχουν μελετηθεί εκτεταμένα. Με τη συγκεκριμένη διατριβή επιχειρείται να εξεταστεί η ψυχολογική κατάσταση και η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα υπό το πρίσμα της θεωρίας της αίσθησης συνεκτικότητας, προκειμένου να τους παρασχεθεί πληρέστερη ψυχοκοινωνική στήριξη, παράλληλα με την ιατρική, αναδεικνύοντας τη μετάβαση από το βιο-ιατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρέχονται οι ιατρικές πληροφορίες για τον καρκίνο του πνεύμονα (ιστολογικοί τύποι, επιδημιολογία, αιτιολογία, συμπτωματολογία, διάγνωση, σταδιοποίηση, θεραπεία, πρόγνωση). Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η θεωρία της αίσθησης συνεκτικότητας του Antonovsky και η σχέση της με τη σωματική και ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής και γίνεται αναφορά στις λιγοστές έρευνες που εξετάζουν τη θεωρία σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια ψυχολογική προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα και περιγράφονται οι συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν για την προσαρμογή τους στην

ασθένεια. Παρουσιάζονται επίσης τα συχνότερα ψυχολογικά συμπτώματα και διαταραχές και οι συνήθεις ψυχολογικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε αυτούς τους ασθενείς. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της Σχετιζόμενης με Την Υγεία Ποιότητας Ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα και η σχέση της με την επιβίωσή και με το είδος της θεραπείας.

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας. Ειδικότερα στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο σχεδιασμό της έρευνας και στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και παρουσιάζεται η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και οι στατιστικές δοκιμασίες που πραγματοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση. Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο (κεφάλαιο 6) καταγράφονται οι περιορισμοί και τα συμπεράσματα της έρευνας σε συσχέτιση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς και οι κλινικές προεκτάσεις και οι προτάσεις για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ΣΥΠΖ των ασθενών με καρκίνο πνεύμα, υπό το πρίσμα της θεωρίας της αίσθησης συνεκτικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1.1. Ιστολογικοί τύποι καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να αρχίσει από τα επιθηλιακά κύτταρα των βρόγχων και από τμήματα του πνεύμονα, όπως τα βρογχιόλια ή οι κυψελίδες. Θεωρείται ότι ξεκινάει ως περιοχή προ-καρκινικών αλλοιώσεων στον πνεύμονα. Οι πρώτες αλλαγές συμβαίνουν στα γονίδια των ίδιων των κυττάρων και μπορεί να τα αναγκάσουν να μεγαλώνουν γρηγορότερα. Τα κύτταρα μπορεί να φαίνονται λίγο αφύσικα στο μικροσκόπιο, αλλά σε αυτό το σημείο δεν αποτελούν μια μάζα ή όγκο. Δεν είναι ορατά στην ακτινογραφία και δεν προκαλούν συμπτώματα (American Cancer Society, 2018).

Με την πάροδο του χρόνου, αυτές οι προ-καρκινικές αλλαγές στα κύτταρα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Καθώς ο καρκίνος αναπτύσσεται, τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να δημιουργήσουν χημικές ουσίες που προκαλούν σχηματισμό νέων γειτονικών αιμοφόρων αγγείων. Αυτά τα νέα αιμοφόρα αγγεία τροφοδοτούν τα καρκινικά κύτταρα, τα οποία μπορεί να συνεχίσουν να αναπτύσσονται και να σχηματίσουν έναν όγκο αρκετά μεγάλο ώστε να είναι ορατός στις απεικονιστικές τεχνικές. Σε κάποιο σημείο, τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να ξεφύγουν από τον αρχικό όγκο και να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος (μετάσταση). Το λεμφικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση του καρκίνου του πνεύμονα, γιατί είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους αυτός ο καρκίνος μπορεί να εξαπλωθεί (American Cancer Society, 2018).

Τα καρκινικά κύτταρα του πνεύμονα μπορεί να εισέλθουν στα λεμφικά αγγεία και αρχίζουν να μεγαλώνουν στους λεμφαδένες γύρω από τους βρόγχους και το μεσοθωράκιο (η περιοχή μεταξύ των 2 πνευμόνων). Όταν τα καρκινικά κύτταρα του πνεύμονα έχουν φθάσει τους λεμφαδένες, είναι πιθανό να έχουν εξαπλωθεί και σε άλλα όργανα του σώματος. Το στάδιο (έκταση) του καρκίνου και των αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία βασίζεται στο εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί ή όχι στους λεμφαδένες κοντά στο μεσοθωράκιο (American Cancer Society, 2018).

Υπάρχουν τρεις κύριοι ιστολογικοί τύποι καρκίνου του πνεύμονα (Cancer research UK, 2019):

1. Μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (Non-Small Cell Lung Cancer- NSCLC)
2. Μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (Small Cell Lung Cancer- SCLC)
3. Καρκινοειδείς όγκοι του Πνεύμονα (Lung Carcinoid Tumor)

Η θεραπεία για τους δύο τύπους συχνότερους τύπους καρκίνου του πνεύμονα (μικροκυτταρικός-μη μικροκυτταρικός) είναι πολύ διαφορετική. Εάν ο καρκίνος του πνεύμονα έχει χαρακτηριστικά και από τους δύο τύπους ονομάζεται μεικτός μικροκυτταρικός/μη μικροκυτταρικός καρκίνος (mixed small cell/large cell cancer). Τέτοιες περιπτώσεις είναι σπάνιες (American Cancer Society, 2018).

A. Ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (Non-Small Cell Lung Cancer)

Είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου του πνεύμονα. Περίπου 85-90% των καρκίνων του πνεύμονα ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Υπάρχουν 3 βασικοί υπότυποι: καρκίνωμα του πλακώδους επιθηλίου, αδеноκαρκίνωμα και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα (Zappa & Mousa, 2016). Τα κύτταρα σε αυτούς τους υπότυπους διαφέρουν σε μέγεθος και σχήμα καθώς και στη χημική σύνθεση κάτω από το μικροσκόπιο. Αλλά είναι ομαδοποιημένοι, διότι η προσέγγιση στη θεραπεία και την πρόγνωση είναι πολύ παρόμοια.

1. Καρκίνωμα πλακώδους κυττάρου (επιδερμοειδές) (Squamous cell-epidermoid-carcinoma) ή επιθηλιακός τύπος: περίπου 25% έως 30% όλων των καρκίνων του πνεύμονα είναι καρκινώματα πλακωδών κυττάρων. Αυτός ο τύπος καρκίνου ξεκινάει από τα πλακώδη κύτταρα, τα οποία είναι επίπεδα κύτταρα που καλύπτουν το εσωτερικό των αεραγωγών στους πνεύμονες. Συνδέεται με ιστορικό καπνίσματος και συχνά εντοπίζεται στη μέση των πνευμόνων, κοντά σε έναν από τους βρόγχους. Ο επιθηλιακός τύπος εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στις ευρωπαϊκές χώρες και στους ηλικιωμένους (Zappa & Mousa, 2016; American Cancer Society, 2018).

2. Αδеноκαρκίνωμα (Adenocarcinoma): Περίπου το 40% των καρκίνων του πνεύμονα είναι αδеноκαρκινώματα. Αυτός ο τύπος καρκίνου ξεκινά από κύτταρα που εκκρίνουν ουσίες, όπως η βλέννα (American Cancer Society, 2018). Το αδеноκαρκίνωμα έχει συσχετιστεί λιγότερο με το κάπνισμα (Hoffman et al., 2000). Εμφανίζεται κυρίως σε ανθρώπους που καπνίζουν (ή έχουν καπνίσει), αλλά είναι επίσης η πιο κοινή μορφή καρκίνου του πνεύμονα που παρατηρείται σε μη καπνιστές (American Cancer Society, 2018). Είναι πιο συχνός στις γυναίκες καθώς και σε νεότερους ασθενείς (Hoffman et al., 2000; Barrera-Rodriguez & Moralew-Fuentes, 2012; Rich et al., 2015).

Η αύξηση της επίπτωσής του μπορεί να εξηγηθεί από αλλαγές στην καπνιστική συμπεριφορά και στην κατασκευή των τσιγάρων (πχ υιοθέτηση φίλτρου) και στη συχνότερη εκδήλωση της νόσου στις γυναίκες (North & Christiani, 2013).

Βρίσκεται συνήθως στην εξωτερική περιοχή του πνεύμονα. Τείνει να αναπτύσσονται βραδύτερα από άλλους τύπους καρκίνου του πνεύμονα, και είναι πιο πιθανό να εντοπιστεί πριν εξαπλωθεί έξω από τον πνεύμονα. Οι άνθρωποι με τον τύπο αδενοκαρκινώματος που ονομάζεται αδενοκαρκίνωμα *in situ* (παλαιότερα ονομαζόταν βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα) τείνουν να έχουν καλύτερη πρόγνωση από εκείνους με άλλους τύπους καρκίνου του πνεύμονα (American Cancer Society, 2018).

3. Μεγαλοκυτταρικό (αδιαφοροποίητο) καρκίνωμα (Large cell-undifferentiated-carcinoma): Αυτό το είδος καρκίνου αντιστοιχεί στο 10% -15% των καρκίνων του πνεύμονα. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του πνεύμονα. Τείνει να αναπτυχθεί και να εξαπλωθεί γρήγορα, κάτι που σημαίνει ότι μπορεί να είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Ένας υποτύπος του μεγαλοκυτταρικού (αδιαφοροποίητου) καρκινώματος, γνωστός ως νευροενδοκρινικό μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα (large cell neuroendocrine carcinoma), είναι ένας ταχέως αναπτυσσόμενος καρκίνος πολύ παρόμοιος με το μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Άλλοι υποτύποι: Υπάρχουν επίσης μερικοί άλλοι υποτύποι μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα πχ πλακώδες καρκίνωμα, το σαρκοματώδες καρκίνωμα κλπ. Αυτοί είναι πολύ λιγότερο συχνοί.

B. Μικροκυτταρικός Καρκίνος Πνεύμονα (Small Cell Lung Cancer-SCLC)

Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (Small Cell Lung Cancer-SCLC) ονομάζεται επίσης *oat cell cancer*, *oat cell carcinoma*, and *small cell undifferentiated carcinoma*. Ο SCLC συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το κάπνισμα. Εμφανίζει ταχεία ανάπτυξη και οδηγεί σε θάνατο ταχέως σε 2 έως 4 μήνες χωρίς θεραπεία (Simon & Turrisi, 2007). Συνοδεύεται επίσης συχνά με διάχυτες και απομακρυσμένες μεταστάσεις και οι πιο συχνές από αυτές είναι στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο (Nakazawa et al., 2012).

Περίπου 10%-15% των καρκίνων του πνεύμονα ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (American Cancer Society, 2018). Άλλοι ερευνητές υπολογίζουν το ποσοστό από 13 έως 20% (Simon & Turrisi, 2007).

Ο SCLC συνήθως αρχίζει στους βρόγχους κοντά στο κέντρο του θώρακα, και τείνει να εξαπλώνεται ευρέως αρκετά νωρίς στην πορεία της ασθένειας (συνήθως πριν προκαλέσει συμπτώματα). Τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να πολλαπλασιαστούν γρήγορα και να εξαπλωθούν στους λεμφαδένες και σε άλλα όργανα, όπως οστά, εγκέφαλος, επινεφρίδια και ήπαρ. Μερικές φορές οι περιοχές στις οποίες εξαπλώνεται ο καρκίνος είναι ορατές ως

μεγάλοι όγκοι στις ακτινογραφίες και σε άλλες απεικονιστικές εξετάσεις, αλλά στα αρχικά στάδια μπορεί να μην είναι ορατές. Ο SCLC εξαπλώνεται νωρίς, έτσι η αφαίρεση του όγκου στον πνεύμονα σπάνια θεραπεύει τον καρκίνο. Για το λόγο αυτό η χειρουργική επέμβαση σπάνια χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του SCLC (και ποτέ ως μοναδική θεραπεία) (American Cancer Society, 2018). Από την άλλη πλευρά, η χημειοθεραπεία, η οποία μπορεί να φθάσει τα καρκινικά κύτταρα σε όλο το σώμα, είναι η κύρια θεραπεία για το μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (Østerlind, 2001; Karim & Zekri, 2012; American Cancer Society, 2018). Τα ποσοστά ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία κυμαίνονται από 12%-90% στις διάφορες έρευνες. Επιπλέον, η ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του SCLC (Karim & Zekri, 2012).

Σύμφωνα με το παλιό σύστημα ταξινόμησης του διακρίνεται σε περιορισμένο και εκτεταμένο. Ο καρκίνος περιορισμένου σταδίου θεραπεύεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία και περίπου 20% των ασθενών επιτυγχάνουν να θεραπευτούν. Για όλους τους ασθενείς με νόσο περιορισμένου σταδίου, η μέση επιβίωση είναι 16 έως 22 μήνες. Ο καρκίνος εκτεταμένου σταδίου θεραπεύεται πρωτίστως με χημειοθεραπεία με υψηλό αρχικό ποσοστό ανταπόκρισης 60 έως 70%, αλλά έχει τελικά κακή πρόγνωση με μια μέση επιβίωση 10 μήνες και λίγους επιζώντες πέραν των 2 ετών. Όλοι οι ασθενείς που πέτυχαν πλήρη ύφεση θα πρέπει να υποβάλλονται σε προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία (American Cancer Society, 2018). Ο υποτροπιάζον ή ανθεκτικός μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα έχει ομοιόμορφα κακή πρόγνωση (Simon & Turrisi, 2007).

Στην εκτεταμένη νόσο, αντικειμενικός σκοπός της θεραπείας αποτελεί η μείωση/εξάλειψη των συμπτωμάτων και όχι η ίαση (American Lung Association, 2018).

Γ. Καρκινοειδής όγκος του Πνεύμονα (Lung Carcinoid Tumor)

Μερικές φορές αναφέρεται και ως νευροενδοκρινικός όγκος του πνεύμονα. Λιγότερο από το 5% των καρκίνων του πνεύμονα είναι καρκινοειδείς όγκοι του πνεύμονα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους όγκους αναπτύσσονται αργά και σπάνια εξαπλώνονται (American Cancer Society, 2018).

Δ. Άλλοι τύποι

Υπάρχουν και άλλοι, ακόμη πιο σπάνιοι, όγκοι των πνευμόνων, όπως το αδеноειδές κυστικό καρκίνωμα, τα αμαρτώματα, τα λεμφώματα και τα σαρκώματα. Οι όγκοι αυτοί αντιμετωπίζονται διαφορετικά από τους πιο κοινούς καρκίνους των πνευμόνων.

Επίσης, μορφές καρκίνου που ξεκινούν σε άλλα όργανα (όπως ο μαστός, το πάγκρεας, οι νεφροί ή το δέρμα) μπορεί μερικές φορές να εξαπλωθούν (μετάσταση) στους πνεύμονες, αλλά δεν θεωρούνται καρκίνος του πνεύμονα. Για παράδειγμα, ο καρκίνος που ξεκινά στο στήθος και εξαπλώνεται στους πνεύμονες είναι καρκίνος του μαστού και όχι καρκίνος του πνεύμονα. Ορισμένοι αποκαλούν αυτές τις μορφές ως δευτεροπαθή καρκίνο του πνεύμονα. Ο πνεύμονας αποτελεί συνηθισμένο τόπο για μεταστάσεις από άλλους καρκίνους. Αυτό συμβαίνει γιατί το αίμα ρέει μέσα στους πνεύμονες και μπορεί να περιέχει καρκινικά κύτταρα, που δημιουργήθηκαν αρχικά σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος. Η θεραπεία για τον μεταστατικό καρκίνο στους πνεύμονες εξαρτάται από την αρχική του εντόπιση (American Lung Association, 2018).

Τέλος, το πρόσφατο ενδιαφέρον για τον καρκίνο του πνεύμονα χωρίς ιστορικό καπνίσματος έχει οδηγήσει στην ταξινόμηση μιας ξεχωριστής νοσολογικής οντότητας που ονομάζεται «Non-smoking related lung cancer-καρκίνος του πνεύμονα που δε συνδέεται με το κάπνισμα» (Planchard & Besse, 2015).

1.2. Επιδημιολογία καρκίνου του πνεύμονα

Στις αρχές του 20ου αιώνα επικρατούσε η άποψη ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια εξαιρετικά σπάνια ασθένεια (Κωταντούλα & Winterhalder, 2003). Ωστόσο η επίπτωση και η θνησιμότητα των ιστολογικών υποτύπων του έχει αλλάξει δραματικά κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα. Έτσι αποτελεί πλέον ένα από τα πιο συχνά κακοήγη νοσήματα και η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις αναπτυγμένες χώρες (European Lung Foundation, 2018).

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος καρκίνου παγκοσμίως (περίπου το 12,3% όλων των νέων περιπτώσεων-όπως και ο καρκίνος του μαστού). Επιπλέον, είναι πιο συχνός καρκίνος στους άνδρες και ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες και η κύρια αιτία θνησιμότητας από καρκίνο και στα δύο φύλα (World Cancer Research Fund, 2018; American Cancer Society, 2018).

Κάθε χρόνο, περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα από ό,τι από καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και του προστάτη μαζί (American Cancer Society, 2018). Ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν η αιτία για 1.761.007 θανάτους παγκοσμίως το έτος 2018 (International Agency for Research on Cancer, 2019).

Συνολικά, η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος καρκίνο του πνεύμονα στη διάρκεια της ζωής είναι περίπου 1/13. Για μια γυναίκα, ο κίνδυνος είναι περίπου 1/16. Οι αριθμοί αυτοί περιλαμβάνουν τους καπνιστές και τους μη καπνιστές. Για τους καπνιστές ο κίνδυνος είναι πολύ υψηλότερος, ενώ για τους μη καπνιστές ο κίνδυνος είναι μικρότερος (American Cancer Society, 2018).

Για το 2018, τα ποσοστά του καρκίνου του πνεύμονα και για τα δύο φύλα σε συνδυασμό ήταν υψηλότερα στην Ασία και ακολουθούσαν η Ευρώπη και η Βόρεια Αμερική. Χαμηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν στη Λατινική Αμερική, στην Αφρική και στην Ωκεανία (International Agency for Research on Cancer, 2019).

Οι χώρες υψηλού εισοδήματος έχουν υπερδιπλάσια ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα σε σχέση με τις χώρες χαμηλού εισοδήματος. Σε όλες τις εισοδηματικές ομάδες, τα ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες είναι περισσότερο από διπλάσια σε σχέση με τα αντίστοιχα των γυναικών, και στις χώρες με εισόδημα πάνω από το μέσο όρο τα ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερα (World Health Organisation, 2012).

Στις Η.Π.Α. περισσότεροι άνθρωποι και των δύο φύλων πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα από οποιοδήποτε άλλο τύπο καρκίνου. Το 2018 (το πιο πρόσφατο έτος για το

οποίο υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα) 227,356 άνθρωποι στις Η.Π.Α. είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του πνεύμονα (121,408 άνδρες και 105,948 γυναίκες). Ακόμη 152,423 άνθρωποι στις Η.Π.Α. έχασαν τη ζωή τους από καρκίνο του πνεύμονα (81,307 άνδρες και 71,116 γυναίκες). Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα είναι υψηλότερη στη Βόρεια Αμερική. Παρόμοια τάση παρουσιάζουν τα επιδημιολογικά δεδομένα και στην Ευρώπη και ο μεγαλύτερος αριθμός νέων κρουσμάτων παρατηρείται σε χώρες της Ρωσίας (International Agency for Research on Cancer, 2019).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με την έκθεση της IARC (International Agency for Research on Cancer) για το έτος 2018:

- Ο καρκίνος πνεύμονα αποτελούσε την πιο συχνή μορφή καρκίνου και ακολουθούσε ο καρκίνος του μαστού. Συνολικά, καταγράφηκαν 9964 κρούσματα και 8343 θάνατοι εξαιτίας του καρκίνου του πνεύμονα.
- Στους άνδρες τα ποσοστά καταλαμβάνουν με μεγάλη διαφορά την πρώτη θέση (7862 νέα κρούσματα και 6688 θάνατοι). Αποτελεί μακράν την πλέον συχνή αλλά και θανατηφόρα μορφή καρκίνου στη χώρα μας στον ανδρικό πληθυσμό.
- Στις γυναίκες τα ποσοστά εμφάνισης είναι ανησυχητικά, αλλά σημαντικά χαμηλότερα, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση πίσω από τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και της μήτρας. Ωστόσο χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά υψηλή θνησιμότητα.

Για το 2018 καταγράφηκαν 2102 νέα κρούσματα καρκίνου πνεύμονα και 1.655 θάνατοι.

Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα. Περίπου 2 στα 3 άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του πνεύμονα είναι άνω των 65 ετών: λιγότερο από το 2% του συνόλου των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται σε άτομα κάτω των 45 ετών. Η μέση ηλικία κατά το χρόνο της διάγνωσης είναι περίπου 71 έτη. Το 60% των πρωτοδιαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο πνεύμονα είναι άνω των 65 ετών και το 30% άνω των 70 ετών (American Cancer Society, 2018).

Ο καρκίνος του πνεύμονα επηρεάζει κάποιες φυλές περισσότερο από κάποιες άλλες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι έγχρωμοι έχουν υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας από ό, τι οι λευκοί. Οι έγχρωμοι άνδρες έχουν περίπου 40% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα από τους λευκούς άνδρες. Το ποσοστό είναι περίπου το ίδιο για τις μαύρες και λευκές γυναίκες. Η φυλή και η κατάθλιψη μπορεί να προβλέπουν χαμηλότερη πρόσβαση και χρησιμοποίηση της θεραπείας και φτωχότερη ποιότητα ζωής των ασθενών. Συνεπώς απαιτούνται προοπτικά δεδομένα για να εξεταστεί εάν

η κατάθλιψη παίζει ρόλο στις φυλετικές ανισότητες όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα (Traeger et al., 2013; American Cancer Society, 2018).

1.3. Αιτιολογία καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται συνήθως σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές και έχουν πολλαπλά συνοδά ιατρικά νοσήματα (Walker et al., 2013a). Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου είναι αποτέλεσμα της έκθεσης σε επιβαρυντικούς ή προστατευτικούς παράγοντες και της ατομικής ευαισθησίας. Το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα, οι εργασιακοί παράγοντες, η ραδιενέργεια, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η ενδοοικιακή ρύπανση είναι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα (Γερογιάννη & Γουργουλιάνης, 2006; Malhotra et al., 2016).

Αρκετοί τύποι καρκίνου σχετίζονται αιτιολογικά με το κάπνισμα, το οποίο αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου σε πολλά σημεία του σώματος. Αυτά περιλαμβάνουν το κεφάλι και το λαιμό (καρκίνος λάρυγγα, φάρυγγα, οισοφάγου, γλώσσας, σιελογόνων αδένων, χειλέων, στόματος, ρινικών κοιλοτήτων, παραρρινίων κόλπων), την ουροδόχο κύστη, τους νεφρούς, τον τράχηλο της μήτρας, το μαστό, το πάγκρεας, το παχύ έντερο, το στομάχι, το ήπαρ, τους πνεύμονες (Sasco et al., 2004; World Health Organisation, 2012).

Ο καρκίνος πνεύμονα σχετίζεται λοιπόν πρωτίστως με το κάπνισμα. Τουλάχιστον 50 καρκινογόνοι παράγοντες έχουν εντοπιστεί στον καπνό του τσιγάρου και, χωρίς εξαίρεση, οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει μια σταθερή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και στις γυναίκες (Smith et al., 2000a; Smith et al., 2000b, Mullens et al., 2000; Youlten et al., 2008).

Το κάπνισμα προκαλεί περίπου το 30 με 40% των θανάτων από καρκίνο και το 87 % των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα (American Lung Cancer, 2018). Στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη, το κάπνισμα προκαλεί πάνω από το 90% των καρκίνων των πνευμόνων στους άνδρες και το 75-85% των καρκίνων των πνευμόνων στις γυναίκες (Cagle, Jagirdar & Popper, 2008).

Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα στους καπνιστές είναι η ανάπτυξη χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (COPD). Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται πιθανότατα με την ενεργοποίηση κοινών διαδρομών και για τις δύο ασθένειες λόγω του καπνίσματος. Επίσης ενδέχεται να συνδέεται και με τη χρόνια φλεγμονή που προκαλείται από το κάπνισμα και αποτελεί παράγοντα κινδύνου και για τις δύο ασθένειες (Adcock et al., 2011).

Πολλές από τις μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση της ποσότητας έκθεσης στον καπνό που εκφράζεται με τον δείκτη Pack/Years (PY=αριθμός τσιγάρων ημερησίως Χ αριθμός ετών που καταναλώθηκαν) και της ανάπτυξης καρκίνου στον

πνεύμονα. Ενδεικτικά, ο βαθμός επικινδυνότητας για την ανάπτυξη καρκίνου στον πνεύμονα μεταξύ καπνιστών με 20 PY είναι 11.59 όταν καπνίζουν 20-29 τσιγάρα την ημέρα για 20-29 χρόνια, αλλά αυξάνεται σε 29.66 όταν το κάπνισμα είναι 10-19 τσιγάρα ημερησίως αλλά για 40 χρόνια (Κωταντούλα & Winterhalder, 2003).

Ο λανθάνων χρόνος και η συνολική έκθεση (πακέτα ανά έτος ή αριθμός πακέτων ανά ημέρα $\times$ αριθμός ετών καπνίσματος) καθώς και οι διαφορές στα ένζυμα που μεταβολίζουν τους καρκινογόνους παράγοντες του καπνού του τσιγάρου και οι διαφορές στα ένζυμα που επιδιορθώνουν το DNA είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες ειδικό για κάθε καπνιστή (Cagle et al., 2008; Cagle & Allen, 2008).

Η επίδραση της χρήσης πίπας και πούρων είναι παρόμοια με εκείνη του καπνίσματος ελαφριών τσιγάρων (light) (Shaper et al., 2003; Henley et al., 2004).

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα παραμένει αυξημένος στους πρώην καπνιστές για δεκαετίες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, αν και σταδιακά μειώνεται σε σύγκριση με όσους δε διακόπτουν το κάπνισμα (Thun et al., 2002; Cagle et al., 2008; Adcock et al., 2011).

Αν και η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα αυξάνει με την ηλικία, ο κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου είναι ανάλογος της έκθεσης στο κάπνισμα και όχι της ηλικίας: για τους καπνιστές που διακόπτουν τη βλαβερή αυτή συνήθεια, ο κίνδυνος εκδήλωσης δεν αυξάνει με την ηλικία αλλά παραμένει «καθηλωμένος» στην ηλικία που διακόπηκε το κάπνισμα. Επιπλέον, κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι μεγαλύτερη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα επιτεύχθηκε μεταξύ των ανδρών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα σε μικρότερες ηλικίες (Συρίγος & Διονέλης, 2003).

Σε σχετική έρευνα στην οποία συγκρίθηκαν δύο ομάδες ασθενών με καρκίνο πνεύμονα (κάτω των 65 και άνω των 65 ετών) φάνηκε ότι στους ηλικιωμένους ασθενείς ο αριθμός των ετών που κάπνιζαν ήταν λιγότερο σημαντικός σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων ημερησίως, όσον αφορά στον προσδιορισμό του κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα (Συρίγος & Διονέλης, 2003).

Επίσης, ένας σημαντικός αριθμός καρκίνου του πνεύμονα αναπτύσσεται σε άτομα που δεν ήταν ποτέ καπνιστές (Subramanian & Govindan, 2007; Subramanian et al., 2007; Subramanian & Govindan, 2008; Samet et al., 2009). Αυτές οι περιπτώσεις αντιπροσωπεύουν το 15% των καρκίνων πνεύμονα στους άνδρες και το 53% στις γυναίκες παγκοσμίως (Youlden et al., 2008). Η αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνιστές παραμένει αόριστη, αν και πολλοί πιθανοί παράγοντες κινδύνου έχουν περιγραφεί όπως παθητικό

κάπνισμα, επαγγελματικές εκθέσεις, προϋπάρχουσες ασθένειες των πνευμόνων, διατροφή, έκθεση σε οιστρογόνα κλπ (Yano et al., 2011).

Οι παθητικοί καπνιστές εισπνέουν δευτερογενώς τον καπνό και μπορούν να αναπτύξουν και αυτοί καρκίνο του πνεύμονα ή άλλες ασθένειες (Asomaning et al., 2008; American Cancer Society, 2018). Μια μετα-ανάλυση περισσότερων από 50 μελετών σχετικά με το παθητικό κάπνισμα σε μη καπνιστές έδειξε μια συνεπή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα (Sasco et al., 2004). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της ανασκόπησης των Whitrow et al. (2003), τα οποία έδειξαν ένα σχετικό κίνδυνο μεταξύ 1,14-5,20 σε άτομα που δεν είχαν καπνίσει ποτέ, αλλά ζούσαν με έναν καπνιστή. Σύμφωνα με άλλη μελέτη, το παθητικό κάπνισμα κατά την παιδική ηλικία αύξανε τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα στην ενήλικη ζωή κατά 3,6 φορές (Vineis & Husgafvel-Pursiainen, 2005). Στην έρευνα των Zatloukal et al. (2003) το παθητικό κάπνισμα κατά την παιδική ηλικία (πριν τα 16 έτη) σε άτομα που δεν ήταν ποτέ καπνιστές δεν αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο αδενοκαρκινώματος σε αντίθεση με μια αύξηση του κινδύνου του πλακώδους επιθηλίου, μικροκυτταρικού και μεγαλοκυτταρικού καρκίνου σε συνδυασμό. Σε μια άλλη μελέτη (Asomaning et al., 2008) τα άτομα που είχαν εκτεθεί στο παθητικό κάπνισμα πριν τα 25 έτη τους είχαν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο πνεύμονα σε σχέση με τα άτομα που είχαν εκτεθεί μετά τα 25 τους έτη. Ως προς τον ιστολογικό τύπο, φαίνεται ότι το παθητικό κάπνισμα συνδέεται περισσότερο με το μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (Kim et al., 2014).

Οι γενετικοί παράγοντες και η κληρονομική ευαισθησία παίζουν επίσης ρόλο στην πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος καρκίνο του πνεύμονα. Η συμβολή των γενετικών παραγόντων και της ατομικής προδιάθεσης αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μόνο το 10% των καπνιστών αναπτύσσει καρκίνο του πνεύμονα (Cagle et al., 2012). Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί επανειλημμένα αυξημένη οικογενειακή επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα τις τελευταίες δεκαετίες, γεγονός που υποδηλώνει μια κληρονομική βάση για την ανάπτυξη της ασθένειας (Hwang et al., 2003; Li & Hemminki, 2004). Οι Gaughan et al. (2012) εξετάζοντας το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα σε μια κοόρτη 230 ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC), οι οποίοι δεν ήταν ποτέ καπνιστές, βρήκαν ότι το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου (οποιοδήποτε οργάνου) ήταν συχνό (57%) και το ποσοστό οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του πνεύμονα ήταν 18%. Συνεπώς, υπάρχει υψηλό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνιστές με NSCLC.

Περαιτέρω, ο καρκίνος του πνεύμονα συνδέεται με την έκθεση σε ρύπανση του ατμοσφαιρικού αέρα, πιθανότατα μέσω οξειδωτικού στρες, φλεγμονής και δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Kunzli & Tager, 2005; Vineis & Husgafvel-Pursiainen, 2005).

Ένας μικρός αριθμός περιπτώσεων της νόσου μπορεί να οφείλεται και σε άλλα περιβαλλοντικά αίτια που επιδρούν, είτε ανεξάρτητα είτε συνεργικά, με το κάπνισμα (Παπαγιάννης, 2003).

Άλλοι παράγοντες όπως το ραδόνιο, το αρσενικό, ο αμίαντος, η αστική ρύπανση και σε μικρότερο βαθμό η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η διατροφή εμπλέκονται στην καρκινογένεση στον πνεύμονα σε μικρό αριθμό περιπτώσεων. Η αποφυγή των παραγόντων αυτών δεν είναι εύκολη, αλλά και δεν αναμένεται να επηρεάσει σημαντικά την επίπτωση της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου, εφόσον το μείζον καρκινογόνο, που είναι ο καπνός, παραμένει ουσιαστικά ανεξέλεγκτο (Παπαγιάννης, 2003).

Η επίδραση περιβαλλοντικών καρκινογόνων είναι περισσότερο εμφανής σε επαγγελματικούς χώρους, όπου η υπεύθυνη ουσία μπορεί να ανευρίσκεται σε σχετικά μεγάλες συγκεντρώσεις. Ωστόσο, ακόμη και η μη επαγγελματική έκθεση σε συγκεκριμένες ουσίες μπορεί να οδηγήσει σε καρκινογένεση. Διάφοροι εργασιακοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την καρκινογένεση του πνεύμονα. Ουσίες που έχουν ενοχοποιηθεί για ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα είναι τα βενζοπυρένια, διάφορα μέταλλα όπως το αρσενικό, το χρώμιο, το νικέλιο, ενώ δεν έχει τεκμηριωθεί η καρκινογόνος δράση του πυριτίου (Γερογιάννη & Γουργιουλιάνης, 2006). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε σκόνη πυριτίου και ίνες αμιάντου βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο. Είναι επίσης γνωστό ότι οι ανθρακωρύχοι ουρανίου και οι εργαζόμενοι σε πυρηνικά εργοστάσια διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου λόγω της έκθεσης σε ραδιενεργά σωματίδια (Boffetta, 2006).

Η έκθεση στον αμίαντο πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο του καρκίνου του πνεύμονα με παρόμοιο τρόπο στους μη-καπνιστές και τους καπνιστές και άσχετα από τον εμπλεκόμενο τύπο του αμιάντου και τη φύση, την έκταση και τη διάρκεια της έκθεσης. Η έκταση στην οποία πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο ποικίλλει μεταξύ των μελετών (Lee, 2001).

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι τα σωματικά δραστήρια άτομα έχουν χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα: μέτρια έως υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο συσχετίστηκαν με μείωση 13%-30% του κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα σε διάφορες μελέτες. Συνολικά, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει

στην μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων και της θνησιμότητας μεταξύ των βαρέων καπνιστών (Friedenreich & Orenstein, 2002; Lee, 2003; Alfano et al., 2004; Tardon et al., 2005).

Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου έχει επίσης διερευνηθεί σε αρκετές μελέτες, οι οποίες προτείνουν μια ιδιαίτερη σύνδεση μεταξύ αλκοολισμού και ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα, ιδιαίτερα όταν ο αλκοολισμός συνυπάρχει με ταυτόχρονη χρήση καπνού (Κωσταράς και συν., 2011). Σε μια συγκεντρωτική ανάλυση επτά προοπτικών μελετών με 399.767 συμμετέχοντες και 3137 περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα αναφέρθηκε ένας ελαφρώς μεγαλύτερος κίνδυνος στους ανθρώπους που κατανάλωναν τουλάχιστον 30 gr την ημέρα αλκοόλ από ό, τι σε όσους απείχαν από το αλκοόλ (Freudenheim et al., 2005).

Σε μια ενδιαφέρουσα και πρωτότυπη μελέτη προέκυψε αντίστροφη συσχέτιση ανάμεσα στην ποσότητα της εμμήνου ροής (και τον πόνο ή την ψυχική ένταση που σχετίζεται με την έμμηνο ρύση) και στον κίνδυνο για καρκίνο του πλακώδους επιθηλίου, μικροκυτταρικό και μεγαλοκυτταρικό καρκίνο σε συνδυασμό (Zatloukal et al., 2003).

Όσον αφορά στο ρόλο της διατροφής, ο προστατευτικός ρόλος της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών έχει παρατηρηθεί σε πολλές μελέτες. Ειδικά για το ρόλο των βιταμινών και των ιχνοστοιχείων στην προστασία από τον καρκίνο του πνεύμονα, οι μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο ρόλο της βιταμίνης Α και C, στα ολικά καρωτινοειδή και στο β καρωτένιο (Γερογιάννη & Γουργουλιάνης, 2006). Υπάρχουν κάποια στοιχεία για πιθανό προστατευτικό ρόλο των βιταμινών C και E, αλλά όχι της βιταμίνης Α. Δεν έχουν βρεθεί συσχετίσεις ανάμεσα στην πρόσληψη της συνολικής ποσότητας (ή συγκεκριμένων τύπων) λιπαρών και του κινδύνου καρκίνου του πνεύμονα, ανεξάρτητα από το καθεστώς του καπνίσματος (Krinsky & Johnson, 2005; Ruano-Ravina et al., 2006).

Τα φρούτα και τα λαχανικά που αποτελούν πλούσια πηγή αντιοξειδωτικών βιταμινών και άλλων μικροθρεπτικών συστατικών θεωρείται ότι ωφελούν την υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο για καρκίνο των πνευμόνων και άλλων μορφών καρκίνου (Krinsky & Johnson, 2005; Ruano-Ravina et al., 2006).

1.4. Συμπτωματολογία καρκίνου του πνεύμονα-διάγνωση

Ο καρκίνος του πνεύμονα συχνά δεν παρουσιάζει συμπτώματα παρά μόνο αφού φτάσει σε εκτεταμένο στάδιο ή έχει επεκταθεί και σε άλλα όργανα εκτός της θωρακικής κοιλότητας. Η φυσική εξέλιξη του διαρκεί αρκετά έτη και συχνά η νόσος διέρχεται το μεγαλύτερο μέρος της χωρίς να παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα. Διακρίνονται συνεπώς η ασυμπτωματική και η συμπτωματική ή κλινική φάση. Ορισμένες φορές η ανακάλυψη του όγκου είναι τυχαία, οπότε ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός (American Lung Association, 2018).

Η ασυμπτωματική φάση αποτελείται από δύο στάδια: α) ασυμπτωματικό, μη διαγνώσιμο στάδιο με τις συνήθεις διαγνωστικές μεθόδους και β) ασυμπτωματικό-προκλινικό στάδιο, στο οποίο ο όγκος ανιχνεύεται τυχαία, με ακτινογραφία θώρακος ή και κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων (European Lung Foundation, 2018).

Μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζονται με τοπικά εξαπλωμένη ή μεταστατική νόσο σταδίου IV κατά τον χρόνο της διάγνωσης (Porper, 2016). Συχνότερες μεταστατικές εστίες είναι ο άλλος πνεύμονας, ο εγκέφαλος, τα οστά, το ήπαρ και τα επινεφρίδια (Hsu et al., 2017; Canadian Cancer Society, 2018).

Τα συχνότερα προβλήματα των ασθενών ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και μπορεί να περιλαμβάνουν (European Lung Foundation, 2018; American Cancer Society, 2018):

- Βήχα με ή χωρίς απόχρεμψη (ο βήχας δεν υποχωρεί και χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου)
- Ανορεξία-καχεξία, απώλεια σωματικού βάρους
- Δύσπνοια
- Θωρακικό πόνο (που συχνά επιδεινώνεται με την αναπνοή)
- Αιμόπτυση
- Πληκτροδακτυλία
- Πυρετό ή δεκατική πυρετική κίνηση (δέκατα)
- Αδυναμία, καταβολή, εύκολη κόπωση
- Οίδημα (πρήξιμο) κεφαλής και τραχήλου
- Δυσκολία στην κατάποση της τροφής
- Συριγμό της αναπνοής κατά την εισπνοή
- Βράγχος (βραχνάδα) φωνής
- Συχνές λοιμώξεις των πνευμόνων, όπως βρογχίτιδα ή πνευμονία

Στις μισές περιπτώσεις ο πόνος οφείλεται σε οστικές μεταστάσεις οι οποίες μπορεί να συνδυάζονται με παθολογικά κατάγματα και κακοήγη υπερασβεστιαμία (20-40% των ασθενών με εκτεταμένη νόσο). Οι άλλοι μισοί ασθενείς υποφέρουν από άλγος οφειλόμενο σε συμπίεση νεύρων ή σε διήθηση των μαλακών μορίων από τον όγκο. Συχνά στους ασθενείς αυτούς παρατηρούνται μη ειδικοί και απροσδιόριστοι πόνοι στο στήθος, συνήθως στο σύστοιχο ημιθωράκιο. Ποσοστό 20% των ασθενών εμφανίζει θωρακικούς πόνους που επιμένουν και αποτελούν όψιμες παρενέργειες μετά από χειρουργική, ακτινοθεραπευτική ή χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς νόσου. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό υποφέρει από άλγη που δεν σχετίζονται με τον καρκίνο ή τις μεταστάσεις του (American Lung Association, 2018).

Δύσπνοια παρουσιάζεται σε ποσοστό 59% των ασθενών. Η δύσπνοια δεν έχει πάντα κακοήγη αιτιολογία, καθώς πολλοί από τους ασθενείς πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή/και καρδιακή ανεπάρκεια. Άλλες αιτίες της μπορεί να είναι οι χειρουργικές εκτομές καθώς και η όψιμη μετακινική ίνωση (European Lung Foundation, 2018).

Ο βήχας είναι επίσης πολύ συχνό πρόβλημα (71%) και έχει διάφορες αιτίες (πχ. παρουσία ενδοβρογχικής μάζας, μεγάλη συλλογή υγρού, αναπνευστικές λοιμώξεις, πνευμονική ίνωση λόγω ακτινοβολίας ή χημειοθεραπείας κλπ). Όπως και η δύσπνοια, ο βήχας μπορεί να οφείλεται σε μη κακοήγη αίτια (American Lung Association, 2018).

Για να γίνει η διάγνωση ο γιατρός εξετάζει το ιατρικό ιστορικό, το ιστορικό καπνίσματος, την έκθεση σε περιβαλλοντικές και επαγγελματικές ουσίες καθώς και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Συνήθως ακολουθεί μια φυσική εξέταση και μπορεί να ζητηθεί μια ακτινογραφία θώρακος και άλλες εξετάσεις (Canadian Cancer Society, 2018).

Η διάγνωση μπορεί να γίνει είτε με μεθόδους απεικονιστικής ιατρικής (PET/CT) είτε με κυτταρολογική εξέταση του όγκου, η οποία πραγματοποιείται με κάποια ενδοσκοπική μέθοδο, σε ορισμένες περιπτώσεις όμως μπορεί να απαιτηθεί και θωρακοτομή. Οι κυριότερες μέθοδοι εξέτασης «ύποπτων» όγκων είναι οι εξής (American Cancer Society, 2018):

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονική τομογραφία των πνευμόνων
- Μαγνητική τομογραφία
- Βρογχοσκόπηση
- Κυτταρολογία πτυέλων

- Παρακέντηση με λήψη υγρού σε περίπτωση που υπάρχει συλλογή υγρού στη θωρακική κοιλότητα.
- Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET Scan)
- Βιοψία (με βελόνα, θωρακοτομή ή κατά τη βρογχοσκόπηση)
- Υπερηχογράφημα
- Υπολογιστική τομογραφία εκπομπή απλών φωτονίων (SPECT)
- Συνδυασμένη μέθοδος (PET/CT)
- Σπινθηρογράφημα οστών

Ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης αποτελεί το ερώτημα εάν πρέπει να γίνεται ή όχι μαζικός έλεγχος του πληθυσμού για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία δεν συνιστά μαζικό έλεγχο πληθυσμού (screening) για την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονος, επισημαίνει όμως την ανάγκη ετήσιου περιοδικού ελέγχου για άτομα 55-74 ετών που έχουν σχετικά καλή υγεία και πληρούν ορισμένα κριτήρια πχ είναι καπνιστές ή πρώην καπνιστές που έχουν διακόψει το κάπνισμα τα τελευταία 15 έτη, έχουν ιστορικό καπνίσματος τουλάχιστον 30 πακετοετών (αριθμός πακέτων ανά ημέρα × αριθμός ετών καπνίσματος) κλπ (American Cancer Society, 2018):

1.5. Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονα

Σταδιοποίηση ονομάζεται η διαδικασία κατά την οποία προσδιορίζεται αν και κατά πόσο ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους πνεύμονες. Είναι σημαντική διότι η θεραπεία και η γενική προοπτική για την ανάκαμψη και την επιτυχία της εξαρτώνται από το στάδιο του καρκίνου (American Lung Association, 2018).

Στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC) εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως το σύστημα δύο σταδίων που εισήγαγε το Veterans' Affairs Lung Study Group, κυρίως λόγω της απλότητάς του και της κλινικής του χρησιμότητας. Για πολλά χρόνια, ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (SCLC) έχει σταδιοποιηθεί με βάση αυτό το σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει μόνο 2 στάδια: περιορισμένο (πρωτοπαθής όγκος και τοπικοί λεμφαδένες μέσα σε ένα ανεκτό επίπεδο ακτινοβολίας) και εκτεταμένο (οτιδήποτε πέρα από το περιορισμένο στάδιο). Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με SCLC έχουν ασθένεια περιορισμένου σταδίου (Kalemkerian & Gadgeel, 2013; American Lung Association, 2018).

Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET Scan) μπορεί να βελτιώσει την ακρίβεια σταδιοποίησης και το σχεδιασμό της θεραπείας σε ασθενείς με SCLC, αν και απαιτούνται περαιτέρω προοπτικές μελέτες για να καθοριστεί πλήρως ο ρόλος της (Kalemkerian & Gadgeel, 2013).

Στο μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) χρησιμοποιείται το πιο περιγραφικό σύστημα σταδιοποίησης TNM, αποτελούμενο από τέσσερα στάδια (I-IV). Με τη σταδιοποίηση αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου (σύστημα T), η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων (σύστημα N) και η παρουσία μεταστατικών εστιών (σύστημα M). Όσο πιο μικρό είναι το στάδιο τόσο πιο λίγο έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος (Kalemkerian & Gadgeel, 2013; American Lung Association, 2018).

Οι περισσότεροι ασθενείς με NSCLC σταδίου I έως II ωφελούνται από χειρουργική εκτομή, ενώ οι ασθενείς με πιο προχωρημένη νόσο είναι υποψήφιοι για μη χειρουργική θεραπεία. Η συμβατική κλινική σταδιοποίηση εκτελείται πιο συχνά με υπολογιστική τομογραφία (CT) του θώρακα και της άνω κοιλίας (Molina et al., 2008).

1.6. Θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα

Τα τελευταία χρόνια, η μεγάλη τεχνολογική και επιστημονική ανάπτυξη στον τομέα των επιστημών υγείας συνέβαλε στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και την ορθή σταδιοποίησή της και προσέφερε αντineοπλασματικές θεραπείες που αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης, με αποτέλεσμα ο καρκίνος από ανίατη νόσο να μετατραπεί σε χρόνια (Κατσαραγάκης & Πατηράκη, 2007). Η πρόληψη παραμένει οπωσδήποτε η καλύτερη επιλογή, αλλά η βελτίωση στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα παραμένει επίσης πολύ σημαντική (Janssen-Heijnen & Coebergh, 2003).

Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ένα ή περισσότερα είδη θεραπείας ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθός του και την ύπαρξη μεταστάσεων. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει:

Α) Χειρουργική επέμβαση, η οποία συνίσταται στην αφαίρεση του όγκου, μαζί με το πάσχον τμήμα του πνεύμονα. Αν ο όγκος είναι μικρός και δεν έχει εξαπλωθεί έξω από τους πνεύμονες, η χειρουργική επέμβαση είναι σχετικά ο καλύτερος τρόπος θεραπείας. Στην πραγματικότητα, εάν ο καρκίνος του πνεύμονα έχει διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια το ποσοστό ίασης αναμένεται να είναι μεγαλύτερο από 50% (American Lung Association, 2018). Ωστόσο, περίπου 70% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζονται με τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική νόσο κατά τον χρόνο της διάγνωσης (Molina et al., 2008). Έτσι μολονότι η χειρουργική εκτομή μπορεί να είναι χρήσιμη για τους ασθενείς με νόσο που περιορίζεται στον πνεύμονα, είναι εφικτή σε μικρό αριθμό ασθενών. Η χειρουργική εκτομή επηρεάζει την επιβίωση και πραγματοποιείται συνήθως σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα σταδίου I, II και σε επιλεγμένους ασθενείς σταδίου III. Παρόλα αυτά, το 30% έως 70% των μετεγχειρητικών ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα αναπτύσσει μία ή περισσότερες υποτροπιάζουσες αλλοιώσεις και ένα άλλο 2% έως 5% των ασθενών αναπτύσσουν δεύτερο όγκο στον πνεύμονα (Sugimura et al., 2007; Kelsey et al., 2013).

Τα είδη των επεμβάσεων μεταξύ των οποίων μπορεί να επιλέξει ο χειρουργός θώρακος για εκτομή του καρκίνου είναι (American Lung Association, 2018; American Cancer Society, 2018):

1. πνευμονεκτομή (pneumonectomy) , δηλαδή αφαίρεση του ενός πνεύμονα
2. λοβεκτομή (lobectomy), δηλαδή αφαίρεση ενός λοβού του πνεύμονα. Είναι η πιο συχνή επέμβαση στην περιορισμένη νόσο
3. τμηματεκτομή (segmentectomy), δηλαδή αφαίρεση ενός μικρού τμήματος του πνεύμονα μέσα στο οποίο εμπεριέχεται ο όγκος

4. βρογχοπλαστική λοβεκτομή (sleeve lobectomy)
5. σφηνοειδής εκτομή όγκου (wedge resection)
6. εκτομή με συναφαίρεση θωρακικού τοιχώματος που διηθείται από τον όγκο
7. διάφορες επεμβάσεις για αφαίρεση όγκου με διήθηση ανατομικών στοιχείων του μεσοθωρακίου.

Πριν τη χειρουργική επέμβαση ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί και σε χημειοθεραπεία προκειμένου να επιτευχθεί κάποιος βαθμός συρρίκνωσης του όγκου (European Lung Foundation, 2018).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η προεγχειρητική εκτίμηση και η προετοιμασία της χειρουργικής επέμβασης. Γενικά απαιτείται προσεκτική έρευνα για μεταστατικούς ή τοπικά εξαπλωμένους όγκους πριν από την δυνητικά θεραπευτική εκτομή του πνεύμονα (Iannettoni, 2010).

Η υποβολή του ασθενούς σε χειρουργική επέμβαση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυριότεροι από τους οποίους είναι οι ακόλουθοι (American Cancer Society, 2018):

1. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου πνεύμονα. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται κατεξοχήν στην αντιμετώπιση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα. Δεν αποτελεί θεραπευτική επιλογή για τον μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, εκτός από σπάνιες μεμονωμένες περιπτώσεις όπου ο ογκολόγος ιατρός θα κρίνει ότι υπάρχει ένδειξη.

2. Το μέγεθος (στάδιο) και η ανατομική θέση του όγκου του καρκίνου πνεύμονα. Η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί θεραπεία εκλογής των πρώιμων σταδίων (περιορισμένη νόσος) του μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα. Συνήθως, αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με στάδιο I (πολύ περιορισμένη νόσος) και II (περιορισμένη νόσος) και επιλεγμένοι ασθενείς σταδίου III (τοπικά εκτεταμένη νόσος). Πολύ σπάνια και εξατομικευμένα μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ασθενής με μεμονωμένη μετάσταση και χειρουργήσιμη πρωτοπαθή εστία.

3. Η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή. Η βιολογική ηλικία του ασθενή, η καλή γενική κατάσταση και η απουσία σοβαρών υποκείμενων νόσων αποτελούν σημαντικά κριτήρια επιτυχημένης έκβασης και καλύτερης πρόγνωσης.

Σχετικά με τον NSCLC η χειρουργική εκτομή παραμένει η μόνη αξιόπιστη θεραπεία για τη νόσο σταδίου I ή II. Οι ασθενείς οι οποίοι δεν υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση έχουν μέση επιβίωση μικρότερη του ενός έτους. Παρά τα μειονεκτήματα στην επιβίωση, πολλοί ασθενείς με νόσο πρώιμου σταδίου δε λαμβάνουν χειρουργική φροντίδα και τα

ποσοστά είναι ακόμη χαμηλότερα για τους μαύρους ασθενείς (Cykert, Kissling, & Hansen, 2010).

Ως προς τον SCLC, στις περιπτώσεις που κρίνεται εφικτή η χειρουργική αντιμετώπιση, η λοβεκτομή παραμένει η πρότυπη επέμβαση και η θνησιμότητα κατά την εγχείρηση ανέρχεται σε ποσοστό 1,3% (Allen et al., 2006).

Τα τελευταία χρόνια διάφορες χειρουργικές προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στην επέκταση της επιλεξιμότητας για τη χειρουργική εκτομή του καρκίνου του πνεύμονα σε ασθενείς που βρίσκονται στο περιθώριο της λειτουργικότητας. Οι διάφορες αναφορές επανεξετάζουν αν η λοβεκτομή είναι αναγκαία για τους μικρούς (<2 cm) όγκους χωρίς ενδείξεις μετάστασης στους λεμφαδένες (Yamato et al., 2001; Miller et al., 2002; Okada et al., 2005).

Οι χειρουργικές επεμβάσεις ελάχιστης πρόσβασης επεκτείνουν την εφαρμογή της χειρουργικής εκτομής στους ασθενείς οριακής λειτουργικότητας. Η υποβοηθούμενη από βίντεο λοβεκτομή, η οποία προσφέρεται από έναν αυξανόμενο αριθμό χειρουργικών κέντρων, μπορεί να προσφέρει μια λιγότερο επεμβατική μέθοδο για την επίτευξη της ίδιας εκτομής με ένα παρόμοιο ποσοστό μακροχρόνιας επιβίωσης (Onaitis et al., 2006; McKenna, Houck, & Fuller, 2006). Αυτό επιτρέπει σε ορισμένους ασθενείς να υποβληθούν σε εκτομή, μολονότι δεν ήταν υποψήφιοι λόγω της νοσηρότητάς τους (Dominguez-Ventura et al., 2006).

Καθώς γίνονται διαθέσιμες τεχνικές για περιορισμένες ή λιγότερο επεμβατικές εκτομές ακόμη και ασθενείς στην ένατη δεκαετία της ζωής τους υφίστανται όλο και πιο επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση με ουσιαστική μακροπρόθεσμη επιβίωση (Molina et al., 2008; European Lung Foundation, 2018).

Β) ακτινοθεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες-X για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί πριν από τη χειρουργική επέμβαση για να συρρικνωθεί ο όγκος ή μετά από τη χειρουργική επέμβαση για να σκοτώσει όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν παραμείνει στους πνεύμονες. Χρησιμοποιείται πιο συχνά ταυτόχρονα με τη χημειοθεραπεία (σε περιορισμένο στάδιο της νόσου) για τη θεραπεία του όγκου και των λεμφαδένων στο στήθος (American Lung Association, 2018; American Cancer Society, 2018; European Lung Foundation, 2018). Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθεί για τη συρρίκνωση όγκων προκειμένου να ανακουφισθούν συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα, όπως πόνος, αιμορραγία, δυσκολία στην κατάποση, ή απόφραξη των αεραγωγών λόγω του όγκου (American Lung Association, 2018).

Στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC) η θεραπεία με ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορες καταστάσεις. Σε περιορισμένο SCLC χορηγείται συχνά στον εγκέφαλο μετά από άλλες θεραπείες, για να μειωθούν οι πιθανότητες να εξαπλωθεί ο καρκίνος εκεί, καθώς ο εγκέφαλος είναι συχνό όργανο μετάστασης. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος ονομάζεται προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία (prophylactic cranial irradiation) (American Lung Association, 2018).

Πιο συχνά οι θεραπείες ακτινοβολίας, ως μέρος της αρχικής θεραπείας για το SCLC, χορηγούνται μία φορά ή δύο φορές ημερησίως, 5 ημέρες την εβδομάδα, επί 3 έως 7 εβδομάδες. Η ακτινοβολία για την ανακούφιση από τα συμπτώματα και η προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία δίδονται για μικρότερες χρονικές περιόδους (American Cancer Society, 2018).

Οι πιο συχνά παρατηρούμενες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι ο πόνος και το πρήξιμο στο στήθος, ήπιες δερματικές αντιδράσεις, ναυτία, έμετος, κούραση, καταβολή, δυσκολία στη κατάποση, βήχας και πονόλαιμος είναι (European Lung Foundation, 2018; American Lung Association, 2018). Ακόμη η ακτινοθεραπεία ενδέχεται να επηρεάσει τα αιμοποιητικά κύτταρα στο μυελό των οστών. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια και τα λευκά αιμοσφαίρια επηρεάζονται πιο συχνά από την ακτινοβολία, αλλά μερικές φορές επηρεάζονται και τα αιμοπετάλια. Η ακτινοθεραπεία σε μεγάλες περιοχές του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει μερικές φορές απώλεια μνήμης, πονοκέφαλο, προβλήματα σκέψης ή μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά είναι ήσσονος σημασίας συγκρινόμενα με αυτά που προκαλούνται από έναν όγκο στον εγκέφαλο, αλλά μπορεί να μειώσουν την ποιότητα ζωής. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας στον εγκέφαλο συνήθως γίνονται πιο σοβαρές 1 ή 2 χρόνια μετά τη θεραπεία. Όταν η ακτινοθεραπεία χορηγείται ταυτόχρονα και χημειοθεραπεία πολλές από τις παρενέργειες είναι χειρότερες. Οι περισσότερες παρενέργειες βελτιώνονται και εξαφανίζονται μετά από τη θεραπεία αλλά μερικές μπορεί να διαρκέσουν μεγάλο χρονικό διάστημα, ή να είναι και μόνιμες (American Cancer Society, 2018).

Γ) Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί ειδικά φάρμακα, τα οποία ενίονται μέσα στη φλέβα ή λαμβάνονται από το στόμα, για να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα σε όλο το σώμα. Η χημειοθεραπεία είναι συνήθως η κύρια θεραπεία για το μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μετά από χειρουργική επέμβαση για να σκοτώσει όλα τα καρκινικά κύτταρα που εξακολουθούν να υπάρχουν σε κοντινό ιστό ή αλλού στο σώμα. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε περισσότερο προχωρημένα στάδια της νόσου για την ανακούφιση από τα συμπτώματα του καρκίνου (American Lung

Association, 2018; European Lung Foundation, 2018). Οι ασθενείς με τοπικά εντοπισμένο ή εκτεταμένο καρκίνο πνεύμονα (70% όλων των ασθενών) λαμβάνουν συνήθως χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία αντί για χειρουργική επέμβαση (Consonni et al., 2015). Ακόμη, αυτή η μορφή θεραπείας είναι χρήσιμη για τον καρκίνο που έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα (μετάσταση) (Pfister et al., 2003).

Οι γιατροί δίνουν χημειοθεραπεία σε κύκλους, με μια περίοδο θεραπείας (συνήθως 1 έως 3 ημέρες), ακολουθούμενη από μια περίοδο ανάπαυσης που επιτρέπει στο σώμα να ανακτήσει δυνάμεις. Οι χημειοθεραπευτικοί κύκλοι γενικά διαρκούν περίπου 3 έως 4 εβδομάδες, και η αρχική θεραπεία είναι συνήθως 4 έως 6 κύκλοι. Η χημειοθεραπεία συχνά δεν συνιστάται σε ασθενείς με κακή υγεία, αλλά η προχωρημένη ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί εμπόδιο για τη λήψη χημειοθεραπείας.

Στη χημειοθεραπεία για το SCLC γενικά χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός δύο φαρμάκων. Αν ο καρκίνος προχωρήσει (επιδεινωθεί) κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή επιστρέψει όταν η θεραπεία ολοκληρωθεί, μπορούν να δοκιμαστούν διαφορετικά φάρμακα χημειοθεραπείας. Η επιλογή των φαρμάκων εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από το πόσο γρήγορα ο καρκίνος αρχίζει να αναπτύσσεται και πάλι. Για υποτροπές έξι ή περισσότερους μήνες μετά τη θεραπεία, το αρχικό σχήμα χημειοθεραπείας μπορεί να εξακολουθεί να είναι αποτελεσματικό και μπορεί συχνά να δοκιμαστεί εκ νέου. Ακόμη η χημειοθεραπεία μπορεί να προηγηθεί της χειρουργικής επέμβασης για να συρρικνωθεί σε κάποιο βαθμό ο όγκος, όπως προαναφέρθηκε (European Lung Foundation, 2018).

Μετά τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να χορηγηθεί επικουρική χημειοθεραπεία, η οποία ενδείκνυται γενικά για ασθενείς με εκτομή σε στάδια IIA έως IIIA με NSCLC (Molina et al., 2008). Οι κλινικές μελέτες δείχνουν βελτίωση στην πενταετή επιβίωση κατά 5-15% όταν μετά το χειρουργείο ακολουθεί επικουρική χημειοθεραπεία (www.lungcancer.gr, 2014).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την ανωτερότητα της συστηματικής χημειοθεραπείας σε σχέση με την βέλτιστη υποστηρικτική φροντίδα σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο και μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα. Η βασισμένη στην πλατίνα χημειοθεραπεία έχει γίνει ευρέως αποδεκτή ως το πρότυπο της περίθαλψης. Αρκετές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, καθώς και μετα-αναλύσεις έχουν δείξει την ανωτερότητα της βασισμένης στην πλατίνα θεραπείας (Barlesi et al., 2005).

Ωστόσο, μολονότι η χημειοθεραπεία είναι κατάλληλη για πολλούς ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, υπάρχει η αίσθηση ότι η χρήση των παραδοσιακών

χημειοθεραπευτικών παραγόντων έχει φθάσει σε ένα θεραπευτικό μέγιστο επίπεδο (Molina et al., 2008).

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από τον τύπο και την δόση των φαρμάκων που χορηγούνται και το χρονικό διάστημα κατά το οποίο λαμβάνονται. Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι (American Cancer Society, 2018):

- απώλεια μαλλιών
- στοματικά έλκη
- απώλεια της όρεξης
- ναυτία και εμετό
- διάρροια ή δυσκοιλιότητα
- αυξημένη πιθανότητα λοιμώξεων (από χαμηλό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων)
- εύκολες μώλωπες ή αιμορραγία (από χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων στο αίμα)
- κόπωση (από χαμηλά επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων)

Αυτές οι παρενέργειες είναι συνήθως βραχυπρόθεσμες και υποχωρούν όταν τη θεραπεία έχει ολοκληρωθεί. Υπάρχουν συχνά τρόποι για να ελαττωθούν αυτές οι παρενέργειες πχ μπορούν να δοθούν διάφορα φάρμακα για να βοηθήσουν στην πρόληψη ή μείωση της ναυτίας και του εμετού (American Cancer Society, 2018).

Μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να είναι πιο μακροχρόνιες. Για παράδειγμα, ορισμένα φάρμακα μπορεί να μπορεί να προκαλέσουν περιφερική νευροπάθεια ή νεφροπάθεια.

Η χημειοπροφύλαξη αποτελεί σχετικά νέα προσέγγιση στην αντιμετώπιση του καρκίνου και προσδιορίζεται ως η χρήση φυσικών ή χημικών παραγόντων με σκοπό την προφύλαξη, αποτροπή ή αναστροφή της καρκινογένεσης (American Lung Association, 2018).

Δ) Η συνδυασμένη χημειοακτινοθεραπεία (Combined chemoradiation-CRT) είναι η τυπική θεραπεία στον τοπικά προχωρημένο μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC).

Ε) Παρηγορητική φροντίδα: Η φροντίδα που βοηθά στην ανακούφιση από τα συμπτώματα ονομάζεται παρηγορητική φροντίδα ή ανακουφιστική φροντίδα (American Lung Association, 2018). Για ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα, η ανακούφιση από τα συμπτώματα είναι συχνά ένας από τα πολλούς πρωταρχικούς στόχους της συνεχιζόμενης θεραπείας: ωστόσο, όταν η νόσος φθάσει σε τελικό στάδιο, ο έλεγχος των συμπτωμάτων γίνεται ένα κρίσιμο συστατικό της διαχείρισης της ασθένειας (Mendoza et al., 2011).

ΣΤ) Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες (Complementary and Alternative Therapies) (American Lung Association, 2018).

1.7. Πρόγνωση καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει μια ασθένεια με κακή πρόγνωση και τα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά (WHO, 2012). Οι εξελίξεις στη χειρουργική και ιατρική θεραπεία έχουν οδηγήσει σε περισσότερο ευνοϊκά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα επιβίωσης (Ferrell et al., 2011). Ωστόσο, η συνολική επιβίωση όχι μόνο παραμένει φτωχή αλλά μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας κατά τη διάγνωση (Salmerón et al., 2012). Όπως και άλλες ασθένειες, η πρόγνωση αποτελείται από δύο βασικές πτυχές: την επιβίωση και την ποιότητα ζωής (Yang, 2009).

Όλο και περισσότεροι παράγοντες προέκυψαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες επιβίωσης στον καρκίνο του πνεύμονα κατά τα τελευταία χρόνια. Η σημασία των παθολογικών δεικτών όπως το μέγεθος του όγκου, ο κυτταρικός τύπος, η εισβολή τους στα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία, ο ρυθμός πολλαπλασιασμού του όγκου είναι εμφανής αλλά μη συνεπής (Yang, 2009).

Οι στατιστικές για την επιβίωση σε ανθρώπους με καρκίνο του πνεύμονα ποικίλλουν ανάλογα με το στάδιο (έκταση) του καρκίνου όταν διαγνωσθεί. Παρά την πολύ κακή πρόγνωση μερικοί θεραπεύονται (American Cancer Society, 2018).

Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης του καρκίνου του πνεύμονα (18,6%) είναι χαμηλότερο από ό,τι σε άλλες μορφές καρκίνου, όπως του παχέος εντέρου (64,5%), του στήθους (89,6%) και του προστάτη (98,2%). Στις περιπτώσεις που διαγιγνώσκονται όταν η νόσος είναι τοπικά εξαπλωμένη (μέσα στους πνεύμονες) το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι 56%. Ωστόσο, μόνο το 16% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο. Για τους εξαπλωμένους σε άλλα όργανα όγκους το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι μόνο 5%. Επίσης, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα πεθαίνουν μέσα σε ένα χρόνο από τη διάγνωση (American Lung Association, 2018).

Εκτός από το βαθμό εξάπλωσης του όγκου, ένας άλλος προγνωστικός δείκτης είναι ο βαθμός κακοήθειας των καρκινικών κυττάρων, με βάση το βαθμό της διαφοροποίησης τους από τα φυσιολογικά κύτταρα και οι εκτιμήσεις του ρυθμού ανάπτυξης αυτών των κυττάρων. Τα αδιαφοροποίητα καρκινικά κύτταρα συχνά συνδέονται με χειρότερη έκβαση της νόσου απ' ό,τι τα καλά διαφοροποιημένα καρκινικά κύτταρα (Sun et al., 2006).

Ως προς τον ιστολογικό τύπο οι ασθενείς με N-SCLC έχουν καλύτερη πρόγνωση (Salmerón et al., 2012). Στο SCLC η έκταση της νόσου φαίνεται να είναι ο πιο κεντρικός καθοριστικός παράγοντας της μακροπρόθεσμης επιβίωσης. Διάφοροι άλλοι παράγοντες που

έχουν αναγνωριστεί για τους ασθενείς με SCLC είναι η φυσική κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη μεταστάσεων, η υψηλή σταδιοποίηση των λεμφαδένων, τα επίπεδα γαλακτικής αφυδρογονάσης στον ορό και η συγκέντρωση ουρικού οξέος (Argiris & Murren, 2001; Kuang et al., 2012).

Σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη πενταετή επιβίωση σε σχέση με τους άνδρες. Αυτή η διαφορά είναι πιο ευδιάκριτη στους νεότερους ασθενείς (Salmerón et al., 2012). Επιπλέον υπάρχουν εκτεταμένες ενδείξεις ότι καρκίνος του πνεύμονα έχει ένα πλήθος από διαφορές στα δύο φύλα (O'Keeffe & Patel, 2008). Οι άνδρες έχουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο θανάτου στο SCLC και οι γυναίκες στο ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και στο καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων. Στο μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα και το αδενοκαρκίνωμα, τα δύο φύλα δεν διαφέρουν σημαντικά (Salmerón et al., 2012). Ο τόπος κατοικίας (αστικές-αγροτικές περιοχές) δε φαίνεται να συνδέεται με την επιβίωση (Kuang et al., 2012).

Το κάπνισμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της νόσου και στην επιβίωση. Η πρόγνωση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (NSCLC) σε μη καπνιστές είναι καλύτερη σε σχέση με τον σχετιζόμενο με το κάπνισμα NSCLC και στους χειρουργημένους ασθενείς και στους μη χειρουργημένους ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο (Yano et al., 2011).

Σε μια μελέτη με 5229 ασθενείς με NSCLC και SCLC, η μέση επιβίωση σε όσους δεν είχαν καπνίσει ποτέ, στους πρώην καπνιστές και στους τωρινούς καπνιστές με NSCLC ήταν 1,4 χρόνια, 1,3 χρόνια, και 1,1 έτη αντίστοιχα. Οι γυναίκες ασθενείς με NSCLC είχαν σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας με μεγαλύτερη διάρκεια αποχής από το κάπνισμα (Ebbert et al., 2003). Η διακοπή του καπνίσματος μετά τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα σχετίζεται επίσης με βελτίωση των αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας της ζωής και της επιβίωσης (Hopenhayn et al., 2013).

Άλλοι παράγοντες κακής πρόγνωσης είναι η κακή γενική κατάσταση υγείας, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, η πριν από τη θεραπεία σημαντική απώλεια σωματικού βάρους καθώς και η αυξημένη καταπόνηση από τα συμπτώματα στη διάρκεια της διάγνωσης (Κατσαραγάκης, 2005). Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αντιμετωπίζουν σε σημαντικό ποσοστό (64%) συνυπάρχουσες νόσους, οι οποίες έχουν σημαντική προγνωστική σημασία. Με την αυξανόμενη μέση ηλικία ο αριθμός των ασθενών με σοβαρή συννοσηρότητα κατά τη διάγνωση αυξάνεται. Ως αποτέλεσμα, η συννοσηρότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα τόσο στην επιλογή της θεραπείας όσο και στην επιβίωση (Janssen-Heijnen et al., 1998). Στην

έρευνα των Tammemagi et al. (2003), 19 συνοδά νοσήματα (από τα 56 που εξετάστηκαν) συνδέθηκαν με την επιβίωση ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα: HIV / AIDS, φυματίωση, προηγούμενος μεταστατικός καρκίνος, θυρεοειδικές/αδενικές ασθένειες, διαταραχή ηλεκτρολυτών, αναιμία, άλλες παθήσεις του αίματος, άνοια, νευρολογική νόσος, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, άσθμα, πνευμονική ίνωση, ασθένειες του ήπατος, γαστρεντερική αιμορραγία, νεφρική νόσος, νόσος του συνδετικού ιστού, οστεοπόρωση και περιφερική αγγειακή νόσο.

Τα ευρήματα σχετικά με το ρόλο της κατάθλιψης στην πρόγνωση είναι αντιφατικά. Σε ορισμένες παλαιότερες έρευνες η επιβίωση των ασθενών που εμφανίζουν κατάθλιψη ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με ασθενείς χωρίς κατάθλιψη (Buccheri, 1998). Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση κατάθλιψης και πρόγνωσης σε ασθενείς με SCLC αναφέρονται και σε άλλη έρευνα (Wu et al., 2016). Αντίθετα, σε άλλες έρευνες η κατάθλιψη σε ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ή μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα σταδίου III ή IV μετά τη διάγνωση και πριν την υποβολή τους σε προγραμματισμένη χημειοθεραπεία ή/ και ακτινοθεραπεία δεν συνδέεται με την επιβίωση. Ωστόσο η καταθλιπτική αντιμετώπιση φαίνεται να έχει εν μέρει προγνωστική αξία, καθώς σχετίζεται με μικρότερη επιβίωση μετά από προσαρμογή για την ηλικία, τον τύπο θεραπείας, το φύλο, το στάδιο, την ιστολογική ταξινόμηση, αλλά όχι με τον τύπο της θεραπείας (Faller & Schmidt, 2004).

Η διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η διατροφή είναι ένα πολύ σημαντική πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Οι διατροφικές ανάγκες ενδεχομένως να αλλάξουν μετά την εμφάνιση του καρκίνου (American Lung Association, 2018). Υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένα συστατικά των λαχανικών και των φρούτων μπορεί να παρατείνουν την επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (Skuladottir et al., 2006). Η χρήση βιταμινών και συμπληρωμάτων μετάλλων έχει επίσης συνδεθεί με βελτιωμένη επιβίωση σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις τόσο σε ασθενείς με SCLC όσο και σε ασθενείς με NSCLC (Schild et al., 2005; Jatoi et al., 2005).

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα είναι η αδυναμία για την έγκαιρη διάγνωσή του. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα έχουν προχωρημένου σταδίου νόσο κατά την πρώτη επίσκεψη και δεν επιδέχονται θεραπευτική αγωγή (Iannettoni, 2010). Περισσότερο από τα δύο τρίτα των ασθενών εμφανίζονται με στάδιο III-IV τη στιγμή της διάγνωσης (Κωταντούλα & Winterhalder, 2003). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι ο χρόνος ανάμεσα στην έναρξη των συμπτωμάτων και τη

αναζήτηση εξέτασης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την πρόγνωση (Chatwin & Sanders, 2013).

Η έγκαιρη διάγνωση συμβάλλει στην καλύτερη έκβασή της νόσου και έχει θεωρηθεί ως δυνητικά πολύτιμη παρέμβαση, αλλά η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας θέτει εμπόδια στην πρόσβαση στα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, εκτός από τις πλούσιες χώρες (Κωταντούλα & Winterhalder, 2003; WHO, 2012).

Οι διαφορές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση στο στάδιο κατά τη διάγνωση και στην περίοδο μεταξύ της παραπομπής και της διάγνωσης δείχνουν ότι οι ευάλωτοι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα καρκίνου του πνεύμονα απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή (Dalton et al., 2011).

Ενώ διάφορες έρευνες τονίζουν τη σημασία των ψυχοκοινωνικών επιδράσεων στην αναζήτηση βοήθειας όσων ανησυχούν σχετικά με τον καρκίνο, οι υπάρχουσες μελέτες είναι κυρίως αναδρομικές και πολύ λίγες από αυτές έχουν επικεντρωθεί στην αναγνώριση των κινήτρων και των εμποδίων που είναι ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα (Chatwin & Sanders, 2013).

Ο αριθμός των επισκέψεων στους ειδικούς μέχρι τη διάγνωση φαίνεται επίσης ότι έχει ιδιαίτερη σημασία. Είναι ζωτικής σημασίας να μειωθεί ο χρόνος μέχρι τη διάγνωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα με τον περιορισμό του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων και με την εκπαίδευση του κοινού για τον περιορισμό της υπερβολικής χρήσης των ιατρικών πηγών και να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη τους σε ιατρικό προσωπικό (Hsieh et al., 2012).

1.8. Καρκίνος του πνεύμονα στους ηλικιωμένους

Η θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο πνεύμονα αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση (Makrantonakis et al., 2004). Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα ανήκουν στη τρίτη ηλικία και η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι περίπου 70-71 έτη (Bravo-Iñiguez et al., 2014; American Cancer Society, 2018). Περισσότερο από το 50% των ασθενών διαγιγνώσκονται όταν είναι άνω των 65 ετών και περίπου 30% πάνω από 70 (Rossi et al., 2005). Περαιτέρω το 14% των καρκίνων πνεύμονα διαγιγνώσκεται σε ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών (Owonikoko et al., 2007).

Ειδικότερα στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου 4 από τις 10 περιπτώσεις (44%) διαγνώστηκαν σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω κατά τα έτη 2013-2015 (Cancer Research UK, 2019). Αντίστοιχα στις ΗΠΑ οι περισσότερες περιπτώσεις νέων μορφών καρκίνου του πνεύμονα διαγνώστηκαν στην ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών κατά το έτος 2015 (U.S. Cancer Statistics Working Group, 2018).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης αναμένεται να συνδεθεί και με αύξηση της επίπτωσης του νοσήματος αυτού. Οι ασθενείς αυτοί συχνά εμφανίζουν χρόνια προβλήματα, λαμβάνουν πολλά φάρμακα και έχουν ψυχοκοινωνικές και οικονομικές ιδιαιτερότητες που καθιστούν τη διαγνωστική προσπάθεια, σταδιοποίηση και αντιμετώπιση της νόσου δυσχερή και για το λόγο αυτό χρειάζονται εξειδικευμένη αντιμετώπιση (Συρίγος & Διονέλης, 2003).

Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι υποεκπροσωπούνται στις κλινικές δοκιμές, παρότι αποτελούν την πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα (Jennens, Giles & Fox, 2006). Ερώτημα αποτελεί εάν οι ασθενείς αυτοί πρέπει να υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Η ηλικία δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην απόφαση αν θα χειρουργηθεί κάποιος ασθενής και η μεγάλη ηλικία (70-80 ετών) δεν αποτελεί αντένδειξη για εγχείρηση. Η γενική κατάσταση υγείας του ασθενούς θα πρέπει να αξιολογείται και οι αποφάσεις διαχείρισης θα πρέπει να βασίζονται στην ατομική κατάσταση μάλλον παρά στην ηλικία. Η προσεκτική επιλογή των κατάλληλων ασθενών για χειρουργική επέμβαση έχει συμβάλει στη βελτίωση της θνησιμότητας με την πάροδο του χρόνου. Ο στόχος είναι να παρέχεται χειρουργική επέμβαση στον μέγιστο αριθμό ασθενών με την ελάχιστη θνησιμότητα και απώλεια λειτουργικότητας (Bravo-Iñiguez et al., 2014).

Οι χειρουργικές τεχνικές εφαρμόζονται πλέον στους ηλικιωμένους με καλά αποτελέσματα χάρη στη βελτιωμένη τεχνογνωσία και τη χειρουργική εμπειρία. Ωστόσο, το ποσοστό μετεγχειρητικής θνησιμότητας στους μεγαλύτερους ασθενείς είναι υψηλότερο σε σχέση με εκείνο των νεώτερων ατόμων (Scarci et al., 2018).

Συχνά επίσης η συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών στις ιατρικές οδηγίες κατά τις συνεδρίες των ακτινοβολιών καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη. Τα συνυπάρχοντα -χρόνια συνήθως- νοσήματα, όπως η νόσος Parkinson ή η γεροντική άνοια, η αδυναμία χρήσης των μέσων μαζικής μεταφοράς, ο παρατεταμένος χρόνος της θεραπείας, που μπορεί να φθάσει και τις 45 ημέρες, αποτελούν αιτίες που καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή και μειώνουν αισθητά την αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας (Συρίγος & Διονέλης, 2003).

Αναφορικά με τη χημειοθεραπεία, οι αποφάσεις σε ασθενείς ≥ 70 ετών είναι περίπλοκες εξαιτίας της τοξικότητας, της συννοσηρότητας και των λιγοστών δεδομένων σχετικά με τις προτιμήσεις των ασθενών (Gironés et al., 2012).

Παρά την επικρατούσα αντίληψη ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών δε μπορούν να υποβληθούν σε χημειοθεραπευτική αγωγή λόγω μη καλής ανοχής, διάφορες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς ωφελούνται από τη χημειοθεραπεία στον ίδιο βαθμό όπως οι νεότεροι ασθενείς και παρουσιάζουν διαχειρίσιμες παρενέργειες (Tas et al., 2013).

Από την άλλη βέβαια πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η μειωμένη ικανότητα άσκησης στην καθημερινή ζωή (λόγω καπνίσματος και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας), η συννοσηρότητα (πχ διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, άνοια, κατάθλιψη κλπ), το ιστορικό πολλαπλών συμπτωμάτων, η μειωμένη λειτουργικότητα των οργάνων, η μείωση της γνωστικής λειτουργίας και οι αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, οι φυσιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται με τη γήρανση οδηγούν σε νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία με φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές αλλαγές που αυξάνουν την τοξικότητα της χημειοθεραπείας (Sawhney et al., 2005; Takayuki et al., 2018).

-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΥΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ANTONOVSKY

2.1. Αίσθηση συνεκτικότητας

Η προσαρμογή στον καρκίνο συνδέεται-εκτός των άλλων-και με την ικανότητα του ασθενούς να θεωρήσει τη νόσο ως πρόκληση και να πιστεύει ότι μπορεί να τη διαχειριστεί (Eriksson & Lindström, 2006). Τα τελευταία χρόνια, εκτός από την αναζήτηση παραγόντων που σχετίζονται αιτιολογικά με τις ασθένειες, το ενδιαφέρον στράφηκε και στην ύπαρξη καταστάσεων που μπορούν να δράσουν προστατευτικά για το άτομο και να εμποδίσουν την εμφάνιση της νόσου. Σημαντική προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η συνεισφορά του Aaron Antonovsky (Καραλής και συν., 2004). Ο Antonovsky (1923-1994) ήταν ένας αμερικανοεβραίος καθηγητής ιατρικής κοινωνιολογίας, ο οποίος με το έργο του έδωσε έμφαση στη σχέση μεταξύ της διαχείρισης του στρες και της υγείας. Διατύπωσε τη θεωρία περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) και περιέγραψε αυτό που εκείνος ονόμασε «αίσθηση συνεκτικότητας» (Sense of coherence-SOC). Η αίσθηση συνεκτικότητας είναι ένας παράγοντας προαγωγής της υγείας, ο οποίος ισχυροποιεί την αντίσταση και αναπτύσσει μια θετική υποκειμενική κατάσταση υγείας. Φαίνεται επίσης ότι μπορεί να προβλέψει την υγεία (Antonovsky, 1993; Sagy & Antonovsky, 1996; Geyer, 1997). Καθώς ένας μεγάλος αριθμός προβλημάτων υγείας αποδίδεται στο στρες, η θεωρία έχει μεγάλη σημασία για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας των ατόμων.

Ο Antonovsky θεωρούσε ότι το έργο του απευθύνεται πρωταρχικά στα πεδία της ψυχολογίας της υγείας, της συμπεριφορικής ιατρικής και της κοινωνιολογίας της υγείας. Υποστήριζε πως ο τρόπος που βλέπει κανείς της ζωή μπορεί να επηρεάσει την υγεία του (Antonovsky, 1979). Η θεωρία του εστιάζει περισσότερο στην υγεία και στην ευεξία και λιγότερο στην ασθένεια και προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα διαχειρίζονται με επιτυχία το στρες και παραμένουν υγιή (salutogenesis), ενώ άλλα καταρρέουν (Eriksson & Lindström, 2006).

Περαιτέρω, συζήτησε εκτεταμένα τις θεωρίες για το άγχος και τις στρατηγικές αντιμετώπισης και απέρριψε τη γνωστική θεωρία του στρες που διατυπώθηκε από τον Lazarus καθώς και τις θεωρίες των γεγονότων ζωής (Lazarus & Folkman, 1984). Σύμφωνα με τον ίδιο, η υπόθεση πίσω από αυτές τις θεωρίες ήταν μια ζωή σε ισορροπία και ομοιόσταση. Μία δυσκολία θεωρήθηκε ότι βλάπτει αυτή την ισορροπία και κατ' επέκταση την υγεία και την ευημερία. Επιπλέον, οι παραδοσιακές θεωρίες σχετικά με το άγχος και τις στρατηγικές αντιμετώπισης εστιάζουν κυρίως στην έννοια του ελέγχου. Στο μοντέλο του Antonovsky η

έμφαση δίνεται στην ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί εσωτερικούς και εξωτερικούς γενικευμένους πόρους αντίστασης ως διάθεση να διαχειριστεί τις στρεσογόνες καταστάσεις. Το πραγματικό σημείο εκκίνησης είναι ότι η ζωή είναι ένα χάος και συνδέεται συνεχώς με την αλλαγή. Συνεπώς είναι ζωτικής σημασίας το πώς μπορεί να διαχειριστεί κανείς αυτό το χάος (Antonovsky, 1992).

Καθώς ο ίδιος ήταν δυσαρεστημένος από την έρευνα που επικεντρώνεται μόνο στη δυνητικά βλαπτική επίδραση καταστάσεων της ζωής, ξεκίνησε παρατηρήσεις σε επιζώντες στρατοπέδων συγκέντρωσης που παρέμεναν καλά παρά τις τραγικές τους εμπειρίες και επικέντρωσε το ενδιαφέρον του στους μηχανισμούς αντίστασης αναπτύσσουν που τα συγκεκριμένα άτομα (Sagy & Antonovsky, 1996). Παρατήρησε ότι το στρες είναι παρόν σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής, αλλά δεν έχουν όλα τα άτομα αρνητική εξέλιξη στην υγεία τους ως απάντηση σε αυτό. Αντίθετα, κάποιοι άνθρωποι επιτυγχάνουν υγεία παρά την έκθεσή τους σε στρεσογόνους παράγοντες που προκαλούν δυνητικά ανικανότητα (Sagy & Antonovsky, 1996).

Αυτή η ικανότητα να αντιστέκεται κάποιος, βασισμένη σε ειδικές εσωτερικές και εξωτερικές πηγές υποστήριξης ονομάζεται Salutogenesis. Ο όρος Salutogenesis, με την έννοια της «προαγωγής της υγείας», αποτελεί το αντίθετο του όρου «παθογένεση» (Heim, 1994). Προέρχεται από τη λατινική λέξη Salus που σημαίνει υγεία και την ελληνική λέξη genesis που σημαίνει προέλευση (Antonovsky, 1987). Η έννοια περιγράφει μια προσέγγιση που εστιάζει σε παράγοντες που υποστηρίζουν την ανθρώπινη υγεία και ευεξία μάλλον παρά σε παράγοντες που προκαλούν ασθένεια. Ο όρος έχει υιοθετηθεί στον τομέα της φροντίδας υγείας και της προληπτικής ιατρικής. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στην εναλλακτική ιατρική, την ομοιοπαθητική, τη νοσηλευτική και την ψυχιατρική (England & Artinian, 1996; Bergstein, Weizman, & Solomon, 2008).

Η SOC είναι ένας παράγοντας που καθιστά τον άνθρωπο ικανό να διαχειρίζεται την ένταση, να αναγνωρίζει τους εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες υποστήριξης, να τους κινητοποιεί, να προάγει αποτελεσματική αντιμετώπιση βρίσκοντας λύσεις και να επιλύει την ένταση με έναν τρόπο που προάγει την υγεία (Antonovsky, 1979).

Ο Antonovsky διατύπωσε την έννοια της SOC ως «μια σφαιρική θεώρηση, που εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι: α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility), β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που

προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability), γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζει να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness)» (Antonovsky, 1987).

Σύμφωνα με τον Antonovsky, το τρίτο στοιχείο είναι το περισσότερο σημαντικό. Εάν ένα άτομο πιστεύει ότι δεν υπάρχει λόγος να επιμένει και να επιζήσει και να αντιμετωπίσει προκλήσεις, αν αυτές δεν έχουν σημασία, τότε δεν θα έχει καμία κινητοποίηση να αντιληφθεί και να διαχειριστεί τα γεγονότα (Antonovsky, 1979).

Οι τρεις πιο πιθανές αντιδράσεις στο άγχος είναι: (1) να παραμείνει κάποιος ουδέτερος προς τις στρεσογόνες καταστάσεις, (2) να είναι σε θέση να διαχειριστεί το άγχος ώστε να κινείται προς το άκρο της υγείας εντός του συνεχούς «υγεία-ασθένεια» και (3) να μην είναι σε θέση να διαχειριστεί το άγχος, γεγονός που οδηγεί σε κατάρρευση που εκδηλώνεται με ασθένεια και θάνατο (Antonovsky, 1987).

Η αίσθηση της συνοχής αντανακλά την άποψη ενός ατόμου για τη ζωή και την ικανότητα αντίδρασης σε αγχωτικές καταστάσεις (Eriksson & Lindström, 2006). Είναι επίσης η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τους εσωτερικούς και εξωτερικούς πόρους και να τις χρησιμοποιεί με τρόπο που να προάγει την υγεία και την ευημερία (Eriksson & Lindström, 2006). Επιπλέον, είναι ένας τρόπος σκέψης σχετικός με τις δυνατότητες αντιμετώπισης των ανθρώπων και ακόμη ένας τρόπος εργασίας για τη θεραπεία άλλων ανθρώπων. Σύμφωνα με τον Antonovsky, η αίσθηση της συνοχής είναι ένας προσανατολισμός της ζωής (Eriksson, 2016).

Το μοντέλο προαγωγής της υγείας του Antonovsky αναπτύχθηκε και διαμορφώθηκε στο πλαίσιο της συστημικής θεωρίας. Οι θεωρίες του απορρίπτουν το παραδοσιακό διχοτομικό ιατρικό μοντέλο που διαχωρίζει την υγεία και την ασθένεια και δίνουν έμφαση στη σχέση μεταξύ της υγείας, του στρες και της υποστήριξης. Περιέγραψε τη σχέση ως μια συνεχή μεταβλητή, αυτό που ο ίδιος ονόμασε «συνεχές παραγόντων προαγωγής της υγείας έναντι της ασθένειας» (health-ease versus disease model) (Antonovsky, 1979). Θεμελιώδης λοιπόν στην θεωρία είναι η θεώρηση της υγείας ως μιας θέσης στο συνεχές υγεία-ασθένεια, με κατεύθυνση προς την πλευρά της υγείας (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987).

Υπό αυτή την έννοια οι απόψεις του Antonovsky εντάσσονται στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο υγείας. Η συμπεριφορική ιατρική ενάντια στην έμφαση στην παθογένεση προτάσσει την salutogenesis και συσχετίζει με αυτή την ιδέα το πρόβλημα των κοινωνικών επιρροών στην ανάπτυξη της ασθένειας, την πρόληψη και τη θεραπεία. Την ίδια στιγμή δίνει

προσοχή στον τρόπο ζωής, στο σχέδιο ζωής, στις συνήθειες, στις στάσεις, στη συμπεριφορά και στη δράση, οι οποίες επιδρούν στην κατάσταση της υγείας (Krivohlavý, 1990).

Η έννοια της SOC έχει μια ευρεία θεωρητική βάση και αυξανόμενα εμπειρικά στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρησιμότητά της (Feigin & Sapir, 2005). Ακολουθώντας το έργο του Antonovsky, άλλες μεταγενέστερες γενιές μελετητών επικεντρώθηκαν ιδιαίτερα στη μελέτη της αίσθησης συνοχής (Eriksson, 2016).

2.2. Η υγεία ως διεργασία

Σύμφωνα με τον Antonovsky, η υγεία βρίσκεται σε ένα συνεχές ανάμεσα στην απόλυτη ευεξία και την ασθένεια (Antonovsky, 1993). Σε μια τέτοια προσέγγιση, κανείς δεν χαρακτηρίζεται ως υγιής ή ασθενής (Eriksson, 2016; Sagy et al., 2015). Η θεωρία υποθέτει ότι οι άνθρωποι είναι συνεχώς εκτεθειμένοι σε αλλαγές και γεγονότα που μπορεί να θεωρηθούν ως αγχογόνα. Αυτό μπορεί να αφορά σε σημαντικά γεγονότα της ζωής (πχ αρρώστια κάποιου μέλους της οικογένειας), αλλαγές στην οικογένεια (π.χ. διαζύγιο) ή αλλαγές στο χώρο εργασίας (οργανωτικές αλλαγές ή ανεργία). Διάφορες προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τέτοια σημαντικά γεγονότα ζωής επηρεάζουν την υγεία (Folkman, 1984). Έτσι, μπορούν προσωρινά να μειώσουν την υγεία, αλλά μπορούν μακροπρόθεσμα να ενισχύσουν το άτομο κατά τρόπο που του επιτρέπει να διαχειριστεί το άγχος. Ακόμη, τα αρνητικά γεγονότα ζωής παρέχουν εμπειρίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άλλες παρόμοιες καταστάσεις.

Οι άνθρωποι μπορούν να κινούνται κατά μήκος αυτού του συνεχούς μεταξύ των δύο άκρων της «ολικής απουσίας της υγείας» και της «καθολικής υγείας» (Antonovsky, 1987). Αυτή η κίνηση κατά μήκος του συνεχούς σχετίζεται με τους στρεσογόνους παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην καθημερινή ζωή. Εάν οι άνθρωποι αντιμετωπίσουν επιτυχώς αυτούς τους παράγοντες μπορούν να διατηρήσουν την υγεία τους, ενώ η ανεπιτυχής αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση και κίνηση προς την ασθένεια (Antonovsky, 1987).

2.3. Γενικευμένοι παράγοντες αντίστασης (Generalized Resistance Resources-GRRs)

Παράλληλα με την αίσθηση συνοχής, μια βασική ιδέα στο μοντέλο του Antonovsky είναι οι παράγοντες αντίστασης (Antonovsky, 1987). Αυτοί περιλαμβάνουν τους γενικευμένους παράγοντες (οι οποίοι είναι δυνητικά διαθέσιμοι σε ένα ευρύ φάσμα περιστάσεων) και τους ειδικούς παράγοντες (σχετικοί με συγκεκριμένες περιστάσεις). Οι γενικευμένοι παράγοντες αντίστασης είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι στην ανάπτυξη μιας ισχυρής αίσθησης συνοχής. Υπάρχουν στο άτομο, στην ομάδα (οικογένεια), στην υποκουλτούρα και στο σύνολο της κοινωνίας (Antonovsky, 1979) και μπορεί να είναι γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί, πολιτιστικοί, πνευματικοί, υλικοί (Lindström & Eriksson, 2005).

Οι γενικοί παράγοντες αντίστασης μπορεί να είναι σωματικοί (π.χ. ισχυρή σωματική διάπλαση, ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα, γενετικά πλεονεκτήματα), τεχνητοί (π.χ. χρήματα, τρόφιμα, δύναμη), γνωστικοί (π.χ. νοημοσύνη, εκπαίδευση, προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης), κοινωνικοί (π.χ. υποστήριξη από φίλους ή / και οικογένεια) ή σχετικοί με την κουλτούρα και τα συστήματα πεποιθήσεων (Griffiths et al., 2011).

Λίγες έρευνες έχουν εξετάσει το ρόλο των γενικευμένων παραγόντων αντίστασης στην οικοδόμηση της αίσθησης της συνοχής. Παλαιότερες έρευνες (Antonovsky, 1991; Sagy & Antonovsky, 1999) έδειξαν ότι τρεις παράγοντες φάνηκαν ιδιαίτερα σημαντικοί για την ανάπτυξη μιας έντονης αίσθησης συνοχής: συνέπεια, ισορροπία ανάμεσα στην έλλειψη και την υπερφόρτωση ερεθισμάτων και δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για τις καταστάσεις που επηρεάζουν κάποιον.

Αν οι γενικευμένοι παράγοντες αντίστασης εφαρμοστούν με επιτυχία μπορούν να αποτρέψουν την ένταση από το άγχος και ως εκ τούτου να οδηγήσουν στη διατήρηση της υγείας (Antonovsky, 1987). Όταν δεν χρησιμοποιηθούν σωστά η κατάσταση έντασης μπορεί να αυξηθεί, οδηγώντας σε κατάρρευση και σε ασθένεια. Η κινητοποίηση των γενικευμένων παραγόντων αντίστασης βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνες καταστάσεις με: α) αποφυγή των στρεσογόνων καταστάσεων, β) αναγνώριση-αξιολόγησή τους ως μη στρεσογόνων και γ) αντιμετώπισή τους. Η καλή κατάσταση υγείας μπορεί να διευκολύνει την απόκτηση και άλλων γενικευμένων παραγόντων αντίστασης (Antonovsky, 1979).

Ο Antonovsky (1987) υπέθεσε ότι η SOC μπορεί να αναπτυχθεί στην παιδική ηλικία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (δηλαδή συνοχή, ισορροπία υποφόρτωσης-υπερφόρτωσης και κοινωνικά αποδεκτή λήψη αποφάσεων). Αυτές οι συνθήκες προκύπτουν όταν υπάρχουν επαρκείς γενικευμένοι παράγοντες αντίστασης, καθώς παρέχουν

στο άτομο ένα σύνολο από σημαντικές και συνεκτικές εμπειρίες ζωής (Eriksson, 2007, Lindström & Eriksson, 2010).

Επομένως, οι γενικευμένοι παράγοντες αντίστασης είναι απαραίτητοι για την ανάπτυξη της SOC. Τα άτομα με ισχυρή SOC είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν καλύτερα τους στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινής ζωής και να χρησιμοποιήσουν τους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους για να τους αντιμετωπίσουν (Surtees et al., 2003).

2.4. Κατανομή και σταθερότητα της αίσθησης συνεκτικότητας

Οι διαφορές στην αίσθηση συνεκτικότητας αποτελούν μια επιπρόσθετη εξήγηση για διαφορές στην υγεία ανάμεσα σε άτομα και ομάδες. Πως κατανέμεται η αίσθηση συνεκτικότητας ανά τάξη, φύλο, ηλικία; Στο ερώτημα προσπάθησε να απαντήσει μελέτη που διεξήχθη το 1991 στη Σουηδία σε δείγμα 3.949 άτομα ηλικίας 25-75 ετών. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι εργάτες και οι αγρότες έχουν μεγαλύτερο του μέσου όρου κίνδυνο να αναφέρουν χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τους αυτοαπασχολούμενους και τους ανώτερους υπαλλήλους (Lundberg & Peck Nystrom, 1994). Και η μελέτη του Collingwood (2006) κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα: η SOC ήταν υψηλότερη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις.

Στην προαναφερθείσα μελέτη των Lundberg & Peck Nystrom (1994) βρέθηκε επίσης ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας. Άνδρες και γυναίκες δε διαφέρουν μεταξύ τους. Σε παιδιά και νεαρούς ανθρώπους η σχέση ανάμεσα στη SOC και την υγεία είναι ίδια όπως και στους ενήλικες. Όσο καλύτερη είναι η αντιληπτή υγεία, τόσο υψηλότερη είναι η αίσθηση συνεκτικότητας και τόσο χαμηλότερα είναι τα υποκειμενικά ενοχλήματα υγείας (Lundberg & Peck Nystrom, 1994).

Ορισμένες άλλες μελέτες εξετάζουν τη συσχέτιση της αίσθησης συνεκτικότητας με την υγεία των ηλικιωμένων. Συγχρονική μελέτη σε δείγμα 387 ηλικιωμένων στη Γερμανία εξέτασε την αίσθηση συνεκτικότητας. Εξετάστηκαν 19 βιοψυχο-κοινωνικοί παράγοντες, η αίσθηση συνεκτικότητας και τρία υποκειμενικά μέτρα υγείας: ψυχική υγεία, αναφορά συμπτωμάτων, σωματική υγεία. Η ανάλυση έδειξε ότι οι πηγές υποστήριξης, η αίσθηση συνεκτικότητας και η υποκειμενική υγεία συσχετίζονται σε σημαντικό βαθμό. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι η αισιοδοξία, η αυτο-εκτίμηση και η κοινωνική υποστήριξη, η χαμηλή καταθλιπτική διάθεση, η αυτοαποτελεσματικότητα προέβλεπαν την αίσθηση συνεκτικότητας σημαντικά. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αίσθηση συνεκτικότητας διαμορφώνεται ευρέως από μεταβλητές ατομικών διαφορών. Ως διαμεσολαβητική μεταβλητή υπολογίζεται σημαντικά η σχέση ανάμεσα στις πηγές υποστήριξης και τις ψυχογενείς απόψεις για την υγεία, ενώ η σχετική σημαντικότητά της για την σωματική υγεία δεν επιβεβαιώνεται. Τα ευρήματα δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της προσανατολισμένης στις πηγές υποστήριξης φροντίδα υγείας για ηλικιωμένους (Wiesmann et al., 2009).

Παραμένει σταθερή η αίσθηση συνεκτικότητας στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου; Γενικά η γνώση σχετικά με το πώς αλλάζει η SOC και πώς μπορεί να επηρεαστεί παραμένει ανολοκλήρωτη.

Η SOC θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας. Αναπτύσσεται πλήρως στα πρώτα έτη της ενήλικης ζωής και, σύμφωνα με τη θεωρία, είναι ισχυρότερη όταν στο περιβάλλον του ατόμου υπάρχουν 3 βασικά στοιχεία: σταθερότητα (consistency), ισόρροπη συναισθηματική φόρτιση (emotional load balance) και αίσθηση του ανήκειν (sense of belonging). Παραμένει σχετικά σταθερή όσο «ριζικές και υποφερτές αλλαγές στη ζωή κάποιου» δε συμβαίνουν. Σχηματίζεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή και σταθεροποιείται γύρω στην ηλικία των 30 ετών, διαμορφώνοντας μια προδιάθεση της προσωπικότητας που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον κόσμο (Antonovsky, 1979).

Μερικές μελέτες το επιβεβαιώνουν αυτό πλήρως. Αναφέρεται ως αντιπροσωπευτική η μελέτη των Schnyder et al. (2000) με δεδομένα από δύο διαχρονικές μελέτες παρατήρησης: μια με σοβαρά τραυματισμένους σε ατυχήματα (96 άτομα) και μια με ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (60 άτομα). Στα άτομα με ατυχήματα παρατηρήθηκε μια σημαντική πτώση του μέσου όρου της αίσθησης συνεκτικότητας κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού έτους μετά το ατύχημα. Την ίδια περίοδο, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά. Στο δεύτερο μισό του έτους μετά το ατύχημα, η αίσθηση συνεκτικότητας και τα μέτρα ψυχοπαθολογίας παρέμειναν σταθερά. Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έδειξαν υψηλή σταθερότητα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στις μετρήσεις άγχους και κατάθλιψης. Και στα δύο δείγματα οι συσχετίσεις ανάμεσα στο πρώτο και στο δεύτερο εξάμηνο στα σκορ της αίσθησης συνεκτικότητας ήταν υψηλές ($r > 0.70$, $p < 0.01$), υποδηλώνοντας υψηλή σταθερότητα της αίσθησης συνεκτικότητας στις επαναληπτικές μετρήσεις. Συνεπώς η αίσθηση συνεκτικότητας μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό. Εντούτοις, τραυματικά συμβάντα π.χ. ατυχήματα απειλητικά για τη ζωή, μπορούν να αλλάξουν τη θεώρηση του κόσμου και την αίσθηση συνεκτικότητας, ακόμη και αν τα ψυχιατρικά συμπτώματα υποχωρήσουν. Αυτό υποδεικνύει ότι η αίσθηση συνεκτικότητας δεν είναι απλώς ένα μέτρο ψυχοπαθολογίας αλλά μάλλον ένα μερικώς ανεξάρτητο, γενικό μέτρο της θεώρησης του κόσμου (Schnyder et al., 2000).

Σε μια μεγάλη μελέτη του Collingwood (2006), η SOC ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες και αυξανόταν με την ηλικία. Η σχέση ανάμεσα στη SOC

και τις συνθήκες της παιδικής ηλικίας, την κοινωνική τάξη και την υγεία στην ενήλικη ζωή εξετάστηκαν περαιτέρω για να διερευνηθεί πως δημιουργούνται οι ανισότητες στη SOC. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχέση ανάμεσα στη SOC και την ασθένεια είναι πιθανόν να είναι αιτιολογική και η αίσθηση συνεκτικότητας αυξάνεται με την ηλικία (Collingwood, 2006).

Αργότερα, ο Antonovsky (1987) προσάρμοσε τη θεωρία του και δήλωσε ότι η SOC ήταν πιο σταθερή στην ενήλικη ηλικία σε εκείνους με υψηλή SOC από ό, τι σε εκείνους με χαμηλή SOC. Μερικές μελέτες επιβεβαίωσαν την άποψη για τη σταθερότητα της SOC (Feldt, 2000; Schnyder et al., 2000) και ότι η υψηλή SOC καθορίζει τη σταθερή ανάπτυξη της SOC (Hakanen et al., 2007). Παρόλα αυτά, μερικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η ηλικιακή διάσταση που προτείνεται από τον Antonovsky πρέπει να αναθεωρηθεί (Feldt et al., 2003; Feldt et al., 2011) και ότι, υπό ορισμένες συνθήκες, η SOC μπορεί να υποστεί αλλαγές στην ενήλικη ζωή (Schnyder et al., 2000), ακόμη και σε άτομα με υψηλή SOC (Feldt et al., 2011).

Φαίνεται λοιπόν ότι τα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν σε μεγάλο βαθμό την άποψη του Antonovsky ότι η SOC παραμένει σχεδόν εντελώς σταθερή μετά τα 30, εκτός εάν προκύψουν ριζικές και υποφερτές αλλαγές στη ζωή του ατόμου. Διάφορες άλλες μεταγενέστερες μελέτες όμως αμφισβήτησαν αυτή τη σταθερότητα και έδειξαν ότι διάφορες παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν και να βελτιώσουν τη SOC, ακόμη και στην ενήλικη ζωή (Weissbecker et al., 2002; Vastamäki et al., 2009; Sarid et al., 2010; Forsberg et al., 2010; Kähönen et al., 2012; Skodova & Lajciakova, 2013; Super et al., 2016).

2.5. Η σχέση της αίσθησης συνεκτικότητας με τη σωματική υγεία

Η SOC έχει μια κύρια και διαμεσολαβητική επίδραση στην υγεία και μπορεί να προβλέψει την υγεία. Όμως, δεν εξηγεί από μόνη της την συνολική υγεία και η επίδρασή της δεν είναι ίδια στο σωματικό και ψυχικό επίπεδο (Eriksson & Lindström, 2006).

Αυτή η ικανότητα αντιμετώπισης συνδέεται με καλύτερη κατάσταση υγείας για τα άτομα με υψηλότερη SOC. Παρόλο που τα στοιχεία για την επίδραση της SOC στην υγεία είναι ακόμη ελλιπή, φαίνεται ότι οι ομάδες με χαμηλή SOC είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στις δυσκολίες στη ζωή (Surtees et al., 2003), οδηγώντας σε φτωχότερες επιλογές σχετικά με τον τρόπο ζωής (Wainwright et al., 2008), σε μειωμένη ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005; Eriksson & Lindström, 2007), αυξημένη συχνότητα εμφάνισης νόσου (Poppius et al., 2006; Kouvonen et al., 2008) και σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Surtees et al., 2003; Super et al., 2014).

Πλήθος ερευνών συσχετίζουν την υψηλή αίσθηση συνεκτικότητας με την προαγωγή και τη διατήρηση της καλής σωματικής υγείας (Eriksson & Lindström, 2006). Ευρήματα από συγχρονικές μελέτες στη Φινλανδία, τη Σουηδία, την Αγγλία, τον Καναδά και με δείγματα αποτελούμενα από φοιτητές, εργαζόμενους, μετανάστες, κοινωνικούς λειτουργούς και ασθενείς με ρευματικές παθήσεις ή καταθλιπτικές διαταραχές υποστηρίζουν μια άμεση ή έμμεση συσχέτιση ανάμεσα στην αντιληπτή καλή υγεία και στην ισχυρή SOC: όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο χαμηλότερος είναι ο αριθμός των υποκειμενικών ενοχλήσεων και των συμπτωμάτων της ασθένειας (Eriksson & Lindström, 2006).

Αποτελέσματα που υποστηρίζουν ότι η SOC προάγει την προσαρμοστικότητα και τη θετική έκβαση της υγείας αναφέρθηκαν σε Φινλανδικούς πληθυσμούς (Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela, & Koskenvuo, 2001), σε επιζώντες από την καταστροφή της Εσθονίας (Eriksson & Lundin, 1996), σε ασθενείς με ορθοπαιδικά τραύματα (Ristner, Andersson, Johansson, Johansson, & Ponzer, 2000), σε σχιζοφρενείς (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001), σε εργάτες (Kivimäki et al., 1997; Poppius et al., 1999; Poppius et al., 2003) και στην επαγγελματική αποκατάσταση ανέργων με σωματικές διαταραχές (Melin & Fugl-Meyer, 2003).

Η μελέτη EPIC-Norfolk στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει ευρήματα ότι η ισχυρή SOC συσχετίστηκε με 30% μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Surtees et al., 2003).

Η SOC φαίνεται να μειώνει και τον αριθμό των κυκλοφορικών προβλημάτων στους ενήλικες. Άνθρωποι με ισχυρή SOC έχουν μικρότερη διαστολική πίεση, χαμηλότερα επίπεδα στα τριγλυκερίδια, χαμηλότερους καρδιακούς παλμούς στη χαλάρωση. Αντίθετα η χαμηλή

SOC συσχετίστηκε με ψυχιατρικά και κυκλοφορικά προβλήματα υγείας (Lundberg & Peck Nystrom, 1994). Στη μελέτη καρδιολογικών προβλημάτων του Ελσίνκι η χαμηλότερη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου ήταν στις υψηλότερες βαθμολογίες της SOC (Porppius et al., 1999). Εντούτοις, η SOC απέτυχε να έχει επίδραση στην προαγωγή υγείας στους εργάτες.

Στην έρευνα των Boeckxstaens et al. (2016) εξετάστηκε εάν η υψηλή αίσθηση συνοχής (SOC) προστατεύει από τις αρνητικές εκβάσεις υγείας σε ασθενείς μεγαλύτερους των 80 ετών που έχουν πολλαπλές χρόνιες παθήσεις. Το δείγμα περιλάμβανε 567 άτομα 80 ετών και άνω από το Βέλγιο. Αποδείχτηκε ότι ακόμη και τα πολύ ηλικιωμένα άτομα με υψηλή SOC έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και λιγότερη μείωση της λειτουργικότητάς τους. Αυτές οι επιδράσεις ήταν ανεξάρτητες από την πολλαπλή νοσηρότητα, την κατάθλιψη, τη νοημοσύνη, την αναπηρία και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Boeckxstaens et al., 2016).

Η SOC μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας και για την κατανόηση των διαδικασιών μάθησης και της συμμετοχής των ατόμων στα σχετικά προγράμματα (Forland et al., 2018).

Ωστόσο ορισμένες μελέτες καταλήγουν σε αντίθετα συμπεράσματα, δηλαδή δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση της SOC με την υγεία. Σχετική μελέτη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη δεν έδειξε καμία άμεση σχέση μεταξύ της SOC και των αποτελεσμάτων της θεραπείας, τα οποία μετρήθηκαν με τις τιμές της γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1C). Εντούτοις, βρέθηκε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στη SOC, την αυτοεκτιμούμενη υγεία και τη γλυκοζιωμένη αιμοσφαιρίνη (Sanden-Eriksson, 2000). Παρόμοια, στην έρευνα των Surwit et al. (2002) η ανοχή στη γλυκόζη δεν επηρεαζόταν από τη SOC.

Αναφέρεται επίσης η έρευνα των Flensburg-Madsen et al. (2005) στη Δανία, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση της κλίμακας SOC δε μπόρεσε να αποδείξει την υποτιθέμενη ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στη SOC και στην σωματική υγεία.

2.6. Η σχέση της αίσθησης συνεκτικότητας με την ψυχική υγεία

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η σχέση της αίσθησης συνεκτικότητας με την ψυχική υγεία. Μια συστηματική ανασκόπηση της έρευνας για το μοντέλο προαγωγής υγείας του Antonovsky συμπεριέλαβε 458 επιστημονικές δημοσιεύσεις και 13 διδακτορικές διατριβές που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1992-2003. Η ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η SOC σχετίζεται ισχυρά με την αντιληπτή υγεία, ειδικά την ψυχική υγεία. Όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο καλύτερη είναι η αντιληπτή υγεία γενικά, τουλάχιστον για εκείνους με αρχικά υψηλή SOC. Η σχέση αυτή προκύπτει από τους μελετώμενους πληθυσμούς, ασχέτως ηλικίας, φύλου, εθνικότητας και σχεδιασμού της μελέτης (Eriksson & Lindström, 2006).

Επίσης υπάρχει μια αρνητική σχέση ανάμεσα στη SOC και τα αντιλαμβανόμενα στρεσογόνα γεγονότα και την κατάθλιψη (Eriksson & Lindström, 2006; Luutonen et al., 2011). Επιπλέον, η SOC μπορεί να είναι χρήσιμη για την πρόβλεψη της εμφάνισης της κατάθλιψης και την αναγνώριση των ατόμων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη στο μέλλον (Sairenchi et al., 2011).

Μια άλλη μεγάλη μελέτη εξέτασε τους παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική υγεία σε Καναδούς. Τα δεδομένα έδειξαν μια σταθερά ισχυρή και ανεξάρτητη συσχέτιση του τωρινού στρες, της κοινωνικής υποστήριξης, των γεγονότων ζωής, της εκπαίδευσης και των τραυμάτων της παιδικής ηλικίας και με θετικούς και με αρνητικούς δείκτες ψυχικής υγείας. Ο αριθμός των τραυμάτων της παιδικής ηλικίας συσχετίστηκε ισχυρά με τη SOC, την κατάθλιψη και την καταπόνηση και με την βαθιά γνώση και την ευτυχία. Αναφέρονται επίσης ευρήματα σε καναδικό πληθυσμό που επιβεβαιώνουν ότι οι άνθρωποι με υψηλή αίσθηση συνεκτικότητας έτειναν να έχουν καλύτερη υγεία. Εντούτοις, η αίσθηση συνεκτικότητας εξηγούσε από μόνη της μόνο το 10% της συνολικής διακύμανσης της υγείας (Feldt, 1997).

Σε μια σουηδική διαχρονική μελέτη σε οικογένειες με υψηλό κίνδυνο για ψυχικές νόσους, διαχωρίστηκαν 22 διαφορετικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης. Η SOC συσχετίστηκε με τους συνδυασμένους μηχανισμούς αντιμετώπισης και εξήγησε το 22% της διακύμανσης της υγείας. Άσχετα από το φύλο μια σχέση ανάμεσα σε χαμηλά σκορ SOC και σε φτωχή αντιληπτή υγεία βρέθηκε σε σουηδικούς πληθυσμούς στη μελέτη Monica. Οι άνδρες που είχαν χαμηλό σκορ στην SOC είχαν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναφέρουν φτωχή αντιληπτή υγεία (Nilsson et al., 2000).

Υπάρχει υψηλή συσχέτιση της SOC με παράγοντες που μετρούν την ψυχική υγεία όπως η αισιοδοξία, η ευρωστία, η μαθημένη αβοηθησία («learned helplessness»), η εστία ελέγχου («locus of control»), η βαθιά γνώση, η αυτοεκτίμηση και αυτοαποτελεσματικότητα,

η αποδοχή της ανικανότητας και οι κοινωνικές ικανότητες. Η SOC συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με το θυμό, την εξουθένωση, την υπονόμηση του ηθικού, την εχθρότητα, την έλλειψη ελπίδας, την κατάθλιψη, τους αντιλαμβανόμενους στρεσογόνους παράγοντες και τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (Eriksson & Lindström, 2005). Η SOC συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με την αντιληπτή κατάθλιψη. Όσο ισχυρότερη είναι η κατάθλιψη, τόσο λιγότερα είναι τα συμπτώματα της αντιληπτής κατάθλιψης. Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι η SOC μετρά μόνο την απουσία νευρωτισμού ή ανησυχίας (Bothmer & Fridlund, 2003; Matsuura et al., 2003; Eriksson, 2000; Lundberg & Peck Nystrom, 1994).

Σε στρεσογόνες καταστάσεις η SOC φαίνεται να περιορίζει τις αρνητικές επιδράσεις στην υγεία. Οι άνθρωποι με υψηλή SOC φαίνεται να είναι περισσότερο προσαρμοστικοί σε συνθήκες στρες απ' ό,τι οι άνθρωποι με χαμηλή SOC (Korotkov & Hannah, 1994; Feldt, 2000). Όσο ισχυρότερη είναι η SOC τόσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο των συμπτωμάτων και της δυσφορίας (Albertsen et al., 2001). Στην πρώτη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη της έννοιας της SOC που διεξήχθη σε μη δυτικό πολιτισμό, στην Ταϊλάνδη, δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη SOC και τη σωματική υγεία αλλά μια άμεση επίδραση και μια περιοριστική επίδραση στην ψυχική υγεία (Cederblad et al., 2003).

Η έννοια της SOC έχει ερευνηθεί και σε άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι Bengtsson-Tops et al. (2005) βρήκαν μια συσχέτιση ανάμεσα στα υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και στη χαμηλή SOC σε άτομα που είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Οι Langeland et al. (2006) διαπίστωσαν ότι η θεραπεία που βασίζεται στις αρχές της θεωρίας της SOC βοηθούσε στην αύξηση της ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων και στη διαδικασία ανάρρωσης σε άτομα που είχαν διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή (Feigin & Sapir, 2005). Η μελέτη των Langeland et al. (2007) διαπίστωσε ότι η ισχυρή SOC προβλέπει την ευεξία και την ικανοποίηση από τη ζωή σε μια ομάδα ανθρώπων που ζουν στην κοινότητα και παρακολουθούνται από υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η ποιοτική μελέτη των Griffiths et al. (2011) σε 20 χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έδειξε ότι η αίσθηση της συνοχής μπορεί να διακριθεί σε ικανότητα αντιμετώπισης και ικανότητα προσαρμογής σε συγκεκριμένα προβλήματα και σε προβλήματα σχέσεων. Αυτό υποδεικνύει ότι η SOC δεν είναι ένα γενικό μέτρο προσαρμοστικής ικανότητας που μπορεί να εφαρμοστεί με την ίδια αποτελεσματικότητα σε όλες τις προκλήσεις/προβλήματα που αντιμετωπίζει κάποιος στη ζωή. Τέλος, ο Langeland & Wahl (2009) εξέτασαν την προγνωστική αξία της κοινωνικής υποστήριξης στη SOC σε χρήστες υπηρεσιών ψυχικής

υγείας που ζουν στην κοινότητα. Διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται θετικά με τη SOC, προβλέπει την αλλαγή στη SOC και ότι οι παράγοντες κοινωνικής στήριξης της νοσηλείας (παροχή κοινωνικής υποστήριξης σε άλλους) και της κοινωνικής ενσωμάτωσης ήταν οι μεγαλύτεροι συντελεστές πρόβλεψης, υπογραμμίζοντας τη σημασία των κοινωνικών διαστάσεων στη δύναμη της SOC.

2.7. Αίσθηση συνεκτικότητας και ποιότητα ζωής

Η αίσθηση συνεκτικότητας επηρεάζει άμεσα και την ποιότητα ζωής. Σε συστηματική ανασκόπηση Φινλανδών επιστημόνων σε 458 επιστημονικές δημοσιεύσεις και 13 διδακτορικές διατριβές σχετικά με τη προαγωγή της υγείας (salutogenesis) , οι οποίες δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1992-2003, εξετάστηκε επίσης η σχέση της αίσθησης συνεκτικότητας με την ποιότητα ζωής (Quality of life-QoL). Συνολικά , 32 άρθρα είχαν ως κύριο αντικείμενο την έρευνα της σχέσης ανάμεσα στη SOC και την ποιότητα ζωής. Η SOC φαίνεται να έχει επίδραση στην ποιότητα ζωής: όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής. Επιπλέον, άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν την προγνωστική εγκυρότητα της SOC για μια καλή ποιότητα ζωής (Eriksson et al., 2007).

Οι Moons & Norekvål (2006) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια έχουν ισχυρότερη αίσθηση συνεκτικότητας από τους υγιείς. Αυτό ενίσχυσε την ιδέα ότι η αίσθηση συνεκτικότητας αναπτύσσεται στην παιδική ηλικία μέσω της επιτυχούς υιοθέτησης των γενικευμένων παραγόντων αντίστασης. Προωθείται λοιπόν η υπόθεση ότι η αίσθηση συνεκτικότητας μπορεί να είναι ένα δυνητικό μονοπάτι για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που ζουν με μια χρόνια ασθένεια . Αυτή η υπόθεση χρειάζεται να ελεγχθεί σε μακροχρόνιες μελέτες. Εάν τέτοιες μελέτες μπορέσουν να επιβεβαιώσουν την υπόθεση, η αίσθηση συνεκτικότητας μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής κατά την ενήλικη ζωή.

2.8. Νεότερες εξελίξεις της θεωρίας

Οι Super et al. (2016) προσπαθώντας να προσφέρουν μια καλύτερη κατανόηση της SOC πρότειναν ότι η έννοια αποτελείται από δύο σημαντικούς μηχανισμούς: τον συμπεριφορικό και τον αντιληπτικό. Ο συμπεριφορικός υπογραμμίζει τη δυνατότητα ενδυνάμωσης των ανθρώπων να χρησιμοποιούν τους παράγοντες αντίστασής τους σε αγχωτικές καταστάσεις. Ο αντιληπτικός υποδηλώνει ότι, προκειμένου οι άνθρωποι να αντιμετωπίσουν τα στρεσογόνα γεγονότα, είναι σημαντικό να μπορούν να κατανοήσουν την αγχωτική κατάσταση και τους παράγοντες αντίστασης που είναι διαθέσιμοι. Με βάση αυτούς τους μηχανισμούς, οι Super et al. (2016) προτείνουν ότι τόσο οι διαδικασίες ενδυνάμωσης όσο και οι διαδικασίες αντανάκλασης, οι οποίες είναι αλληλεξαρτώμενες, μπορεί να σχετίζονται με δραστηριότητες προαγωγής της υγείας που στοχεύουν στην ενίσχυση της SOC. Η επιτυχής εφαρμογή των παραγόντων για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων είναι πιθανό να έχει θετική επίδραση στην υγεία αλλά και να δημιουργεί συνεπείς και ουσιαστικές εμπειρίες ζωής που μπορούν να ενισχύσουν θετικά τη SOC.

Η έννοια της SOC φαίνεται να συσχετίζεται με τη θεωρία του στρες και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που έχει διατυπωθεί από τους Lazarus και Folkman (1984). Η Folkman (2011) διακρίνει τρία είδη στρατηγικών αντιμετώπισης: 1) αντιμετώπιση με επικέντρωση στο πρόβλημα (problem-focused coping) πχ διαχείριση του προβλήματος ή της αιτίας του στρες, 2) αντιμετώπιση με επικέντρωση στο συναίσθημα (emotion-focused coping) και 3) αντιμετώπιση επικεντρωμένη στην απόδοση νοήματος (meaning-focused coping).

Ο συνδυασμός της θεωρίας της Folkman και του μοντέλου της SOC που προτείνουν οι Super et al. (2016) οδηγεί στις εξής διαπιστώσεις: Η αντιμετώπιση με επικέντρωση στο πρόβλημα φαίνεται να σχετίζεται έντονα με τις διαδικασίες ενδυνάμωσης, καθώς και οι δύο σχετίζονται με την αναγνώριση της αιτίας της δυσφορίας και τη διαχείρισή της. Επιπρόσθετα, η αντιμετώπιση με επικέντρωση στην απόδοση νοήματος φαίνεται να σχετίζεται ισχυρά με τις διαδικασίες αντανάκλασης για την ενίσχυση της SOC. Η αντιμετώπιση επικεντρωμένη στην απόδοση νοήματος (meaning-focused coping) είναι θεμελιώδης για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων σε πολύ αγχωτικές καταστάσεις, ειδικά όταν οι στόχοι της ζωής ενός ατόμου δεν είναι πλέον εφικτοί. Η αναγνώριση ουσιαστικών και ρεαλιστικών στόχων είναι σημαντική για την ανάκτηση μιας αίσθησης ελέγχου και για την επιστροφή της ελπίδας. Επίσης βοηθά τους ανθρώπους να αναγνωρίσουν τους παράγοντες αντίστασής τους, ώστε να επιτύχουν αυτούς τους νέους στόχους (Folkman, 2013). Η αντανάκλαση φαίνεται να

συνδέεται άρρηκτα με την βασισμένη στην απόδοση νοήματος αντιμετώπιση, με την υιοθέτηση περισσότερο ρεαλιστικών στόχων και προτεραιοτήτων και με την ανάκτηση μιας αίσθησης νοήματος ή ελπίδας. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει σήμερα ελάχιστη έρευνα σχετικά με το ρόλο της αντανάκλασης ή της βασισμένη στην απόδοση νοήματος αντιμετώπισης για την καταπολέμηση της δυσφορίας και την αύξηση της ευημερίας (Lee et al., 2006). Τέλος, η βασισμένη στο συναίσθημα αντιμετώπιση (πχ με ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων) απευθύνεται σιωπηρά και στις δύο διαδικασίες ενδυνάμωσης και ανάκλασης. Δηλαδή, εστιάζοντας στις διαδικασίες ενδυνάμωσης και αντανάκλασης στις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας ενδυναμώνονται τα συστατικά της SOC (comprehensibility, manageability and meaningfulness) σχετικά με τις καταστάσεις και πιθανόν παρέχουν ευκαιρίες ρύθμισης των συναισθημάτων. Αυτό που είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί από τις παρατηρήσεις της Folkman είναι ότι οι τρεις τύποι αντιμετώπισης «δουλεύουν παράλληλα» (Folkman, 1997, 2011) και είναι πολύ διαδραστικοί.

2.9. Κριτική της έννοιας της αίσθησης συνεκτικότητας

Εκτός από την αναγνώριση της σημαντικής επίδρασης της αίσθησης συνεκτικότητας στην σωματική και ψυχική υγεία, διάφορες άλλες μελέτες εστιάζουν σε κριτική της έννοιας. Η αίσθηση συνεκτικότητας έχει επικριθεί λόγω του μεγέθους της συσχέτισής της με την ψυχολογική δυσφορία (Geyer, 1997; Schnyder et al., 2000; Breslin et al., 2006). Ωστόσο, άλλες μελέτες (Snekkevik et al., 2003; Kontinen et al., 2008) δεν έχουν βρει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της SOC και της ψυχολογικής δυσφορίας.

Υπάρχει επίσης η κριτική ότι η έννοια είναι ψυχομετρικά ασαφής (Korotkov, 1993, 1994; Stifoss-Hansen & Kallenberg, 1996; Larsson & Kallenberg, 1999) και η συνολική θεωρία συγχέεται με την συναισθηματικότητα (Korotkov, 1994). Ο Geyer (1997) υποστηρίζει ότι υπάρχουν άλλες έννοιες που είναι διαθέσιμες για να εξηγήσουν την υγεία. Ο Kumlin (1998) αναφέρει ότι η θεωρία είναι πλήρης αντιφάσεων, ενώ ο Theorell (1998) θεωρεί ότι τα αποτελέσματα είναι ασήμαντα και υπερεκτιμημένα.

Αναφορικά με την ιδέα, τις έννοιες και τη θεωρία της SOC, η μελέτη των Flensburg-Madsen et al. (2005) στη Δανία κατέληξε στα εξής: 1) η βασική ιδέα της αίσθησης συνεκτικότητας του Antonovsky είναι εξαιρετικά καλή, παρά την έλλειψη στατιστικών ενδείξεων 2) οι διαστάσεις της (comprehensibility, manageability, meaningfulness) φαίνεται ότι είναι μια δίκαιη, αν και ψυχική διανοητικοποίηση αυτής της ιδέας 3) Η θεωρία ήταν δυστυχώς πολύ λίγο σαφής, καθώς ο Antonovsky υπέθεσε ότι η προβλεψιμότητα είναι πολύ σημαντική για την αίσθηση συνεκτικότητας, ειδικά για την «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility) και την πεποίθηση ότι «το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability).

2.10. Αίσθηση συνεκτικότητας σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα

Λίγες μόνο λίγες έρευνες έχουν εξετάσει την αίσθηση συνοχής σε ασθενείς με καρκίνο και ακόμη λιγότερες σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Όπως επισημαίνουν οι Gustavsson-Lilius et al. (2007) υπάρχει μικρή βασισμένη στην έρευνα συζήτηση σχετικά με τη σύνδεση SOC-δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο και ειδικά στους συντρόφους τους. Η αίσθηση συνεκτικότητας έχει εξεταστεί σε διάφορες μορφές καρκίνου και κυρίως στον καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τους Bruscia et al. (2008) η SOC σε ασθενείς με καρκίνο είναι ελαφρώς ασθενέστερη από τον γενικό πληθυσμό. Η ηλικία και η διάρκεια της νόσου μπορεί να σχετίζονται θετικά με τη SOC, ενώ δεν υπάρχουν διαφορές ανάλογα με το φύλο, τη φυλή ή το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Στη μελέτη των Gustavsson-Lilius et al. (2007) σε 123 ζευγάρια με καρκίνο η ισχυρή αίσθηση συνεκτικότητας μετρίαζε την ανάπτυξη της αγωνίας. Επιπλέον, η αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών έτεινε να ενισχύεται κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Ενδεχομένως υπάρχει μια σταδιακή διαδικασία διασταύρωσης της κοινής εμπειρίας του καρκίνου σε ασθενείς και στους συντρόφους τους.

Έχει επίσης βρεθεί ότι η χαμηλή SOC συσχετίζεται με διακοπτόμενο ή μη αναζωογονητικό ύπνο σε ασθενείς με πρώιμο μη μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου (Hyphantis et al., 2016).

Στη μελέτη των Rolke et al. (2008) με ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα, η ασθενής SOC είχε μικρή (αλλά στατιστικώς σημαντική) συσχέτιση με την κατάθλιψη. Σε άλλη μελέτη των Gustavsson-Lilius et al. (2012) μελετήθηκαν 147 ασθενείς με καρκίνο και οι σύντροφοί τους. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τη στιγμή της διάγνωσης (2 μήνες) και μετά από 6 μήνες. Οι αισιόδοξοι ασθενείς και οι ασθενείς με ισχυρή αίσθηση συνεκτικότητας καθώς και οι σύντροφοί τους ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με τους λιγότερο αισιόδοξους και με τα άτομα με ασθενέστερη αίσθηση συνεκτικότητας. Η αισιοδοξία εξήγησε εν μέρει την επίδραση της αίσθησης συνεκτικότητας στη δυσφορία και η αίσθηση συνεκτικότητας φάνηκε να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα στην πρόβλεψη της δυσφορίας. Η δυσφορία των ασθενών και των συντρόφων τους στην αρχή και στην επαναληπτική μέτρηση στους 8 μήνες συσχετίστηκαν θετικά. Επιπλέον, η υψηλή αισιοδοξία των συντρόφων κατά την έναρξη φάνηκε να προβλέψει χαμηλό άγχος των ασθενών κατά επαναληπτική μέτρηση. Συνεπώς τα ευεργετικά αποτελέσματα της αίσθησης συνεκτικότητας φαίνεται να περιλαμβάνουν και άλλα στοιχεία πέρα από την αισιοδοξία. Στην κλινική πρακτική, η ενίσχυση των αισιόδοξων προσδοκιών για το μέλλον και η προαγωγή της

αίσθησης συνεκτικότητας θα μπορούσαν να μειώσουν τη δυσφορία σε ασθενείς με καρκίνο και τους συντρόφους τους.

Από την άλλη λίγα είναι γνωστά σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει ο καρκίνος κατά την παιδική ηλικία στην ανάπτυξη της αίσθησης συνεκτικότητας. Οι μακροχρόνιοι επιζώντες του καρκίνου της παιδικής ηλικίας φαίνεται ότι έχουν πηγές αντίστασης για να αντιμετωπίσουν τις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής στον ίδιο βαθμό όπως οι υπόλοιποι άνθρωποι. Οι επιζώντες με λιγότερες πηγές αντίστασης και εκείνοι που έχουν λάβει μια πιο εντατική θεραπεία είναι πιο πιθανό να έχουν ανάγκη από υποστήριξη (Sundberg et al., 2012). Επιπρόσθετα η αίσθηση συνεκτικότητας των γονέων με παιδιά τα οποία διαγνώστηκαν με καρκίνο δεν είναι σταθερή και αλλάζει κατά τη διάρκεια της πορείας του καρκίνου του παιδιού. Ωστόσο, το σχέδιο των αλλαγών αυτών ποικίλλει μεταξύ των μητέρων και των πατέρων. Συνεπώς οι μητέρες και οι πατέρες μπορεί να έχουν διαφορετικές ανάγκες υποστήριξης κατά τη διάρκεια της πορείας του καρκίνου του παιδιού τους (Bergh & Björk, 2012).

Αναφορικά με την επίδραση της αίσθησης συνεκτικότητας στην επιβίωση, μολονότι υπάρχει η κοινή πεποίθηση ότι η ψυχική στάση ενός ατόμου απέναντι στον καρκίνο επηρεάζει την επιβίωσή του, η βιβλιογραφία παρουσιάζει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Η μελέτη των Surtees et al. (2003) ανέφερε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης συνεκτικότητας και της επιβίωσης από τον καρκίνο και η μελέτη των Porrius et al. (2003) ανέφερε μειωμένη θνησιμότητα από κάθε αιτία για τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα SOC. Άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι οι μη συνήθεις επιζώντες του καρκίνου (π.χ. εκείνοι με λιγότερο από 25% πιθανότητα να ζουν για 5 ή περισσότερα έτη) ανέφεραν ισχυρότερη SOC από τους επιζώντες από καρκίνο πρώιμου στάδιου (Gotay et al., 2004). Στην προοπτική μελέτη των Vilela & Allison (2010) σε 162 ασθενείς με νεοδιαγνωσμένο καρκίνο κεφαλής και τραχήλου δε βρέθηκε κάποια σχέση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την επιβίωση ή τη διάρκεια της επιβίωσης.

Όπως προαναφέρθηκε η αίσθηση συνεκτικότητας έχει εξεταστεί κυρίως στον καρκίνο του μαστού. Σε σχετική μελέτη σε γυναίκες που παραπέμπονται για εξέταση του καρκίνου του μαστού μετά από παράπονα ότι «νιώθουν κάτι στο στήθος», βρέθηκε ότι η αδύναμη αίσθηση συνοχής και μια πιο αρνητική στάση απέναντι στον καρκίνο (π.χ. το να βλέπουν τα θύματα του καρκίνου με οίκτο, να βλέπουν την ασθένεια ως θανατική καταδίκη, να έχουν φόβο θανάτου από καρκίνο) προβλέπουν υψηλό επίπεδο ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ αναμένουν την εξέταση (Gilbar, 2003).

Στη μελέτη των Motyka et al. (2014) σε 60 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο της αίσθησης συνεκτικότητας και την έγκαιρη εφαρμογή των ιατρικών υποδείξεων και το επίπεδο της ικανοποίησης από τη ζωή ($p > 0.05$). Ωστόσο βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και το χρόνο που μεσολάβησε για την αναφορά των συμπτωμάτων σε έναν γιατρό μετά από την παρατήρηση ενοχλήσεων ($p < 0,05$).

Ακόμη έχει βρεθεί ότι η αίσθηση συνεκτικότητας και κυρίως η αντίληψη ότι μπορούν να τα καταφέρουν στην αντιμετώπιση της ασθένειας (manageability) έχει θετική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με καρκίνο μαστού (Quintard et al., 2014).

Οι έρευνες που εξετάζουν την αίσθηση συνεκτικότητας σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα είναι ελάχιστες. Ως ενδεικτική αναφέρεται η έρευνα των Rolke et al. (2008), οι οποίοι εξέτασαν σε προοπτική μελέτη όλους τους ασθενείς που διαγνώστηκαν με πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονα στη Νότια Νορβηγία μεταξύ 2002-2005. Αξιολόγησαν την αίσθηση συνεκτικότητας, το άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής με τα ερωτηματολόγια SOC, HAD και EORTC QLQ-C30. Η κούραση και ο πόνος στο στόμα ήταν πιο έντονα στο μικροκυτταρικό από ό,τι στον μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Επιπλέον, δεν υπήρχε διαφορά στην βαθμολογία του EORTC QLQ-C30 ανάμεσα στις ιστολογικές ομάδες. Τα άτομα που δεν απάντησαν στο EORTC QLQ-C30 ήταν μεγαλύτερα σε ηλικία και είχαν περισσότερο από διπλάσια κακή φυσική κατάσταση σε σχέση με όσους απάντησαν. 17% των ασθενών είχαν βαθμολογία συμβατή με άγχος και 14% με κατάθλιψη και ένας στους τέσσερις συμβατή με πρόδηλο άγχος ή/και κατάθλιψη. Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC ήταν 58,3. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HAD που ήταν συμβατή με άγχος ή κατάθλιψη συσχετίστηκε με αξιοσημείωτα χειρότερες βαθμολογίες λειτουργικότητας στο EORTC QLQ-C30. Η μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης όπως αξιολογήθηκε από το ερωτηματολόγιο SOC συσχετίστηκε μόνο ασθενώς με το άγχος και την κατάθλιψη. Σε αυτή την έρευνα σε επιλεγμένους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, η μέση βαθμολογία της ποιότητας ζωής ήταν φτωχότερη από τις τιμές αναφοράς από τις προηγούμενες, βασισμένες στη θεραπεία μελέτες, τεκμηριώνοντας μεγαλύτερη επιβάρυνση της νόσου στον καρκίνο του πνεύμονα από ό,τι είχε προηγουμένως τεκμηριωθεί (Rolke et al., 2008).

Περαιτέρω άλλες έρευνες ανέφεραν μια συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης και της ικανότητας αντιμετώπισης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα σε καθαρά παρηγορητικό πλαίσιο (Rolke et al., 2008).

Αναφέρεται επίσης η έρευνα των Floyd et al. (2011), οι οποίοι ερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στη αίσθηση συνεκτικότητας και την ποιότητα ζωής σε 56 ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι η αίσθηση συνεκτικότητας συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής και αυτή η σχέση μπορεί να μεσολαβείται από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συμπερασματικά η αίσθηση συνεκτικότητας μπορεί να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας σε σχέση με την ψυχολογική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα (Floyd et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

3.1. Ψυχολογική προσέγγιση ασθενών με καρκίνο πνεύμονα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ψυχική υγεία αποτελεί συστατικό της υγείας και συνδέεται άμεσα με τη σωματική υγεία και συμπεριφορά. Επιπλέον, η ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικής ασθένειας. Ο ΠΟΥ πρόσφατα την όρισε ως «κατάσταση ευημερίας, στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντεπεξέλθει στις συνήθεις αγχογόνες καταστάσεις της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει δημιουργικά στην κοινότητά του» (WHO, 2001).

Πολλά δημογραφικά στοιχεία έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν την ψυχική υγεία και προβλέπουν την εμφάνιση των ψυχολογικών προβλημάτων. Γενικά, οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να παρουσιάσουν διαταραχές άγχους και κατάθλιψη. Επιπλέον, οι γυναίκες χωρίς κοινωνική υποστήριξη είναι πιο ευάλωτες απ' ό,τι οι άνδρες χωρίς υποστήριξη (Afifi, 2007). Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης συχετίζεται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη (Wang et al., 2000). Όσον αφορά την ηλικία, υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα (Street, 2004). Μερικοί ερευνητές αναφέρουν αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την κατάθλιψη (Lawton et al., 1993) ενώ άλλοι αναφέρουν θετική (Rothermund & Brandtstadter, 2003). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η σχέση ηλικίας και κατάθλιψης είναι σε σχήμα U, δηλαδή τα συμπτώματα της κατάθλιψης μειώνονται από την νεαρή στη μέση ηλικία και στη συνέχεια αυξάνονται πάλι με την ηλικία (Tampubolon & Maharani, 2017).

Ο καρκίνος αποτελεί ιδιαίτερα στεσογόνο γεγονός και η ψυχολογική αντίδραση στη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα είναι πολύπλοκη. Έχει υποτεθεί ότι μεταβλητές όπως η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, η σχετιζόμενη με τον καρκίνο συμπτωματολογία, η συννοσηρότητα, ο κυτταρικός τύπος και η θεραπεία είναι έγκυροι προγνωστικοί παράγοντες αυτής της αντίδρασης (Kurtz et al., 2002).

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια, λόγω τροποποίησης των αντιλήψεων για τη νόσο. Η αυξανόμενη κοινωνική στήριξη και η μεγαλύτερη γνώση του καρκίνου του πνεύμονα παρέχουν ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον στο οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τη νόσο σήμερα σε σύγκριση με 30 χρόνια πριν (Weiss et al., 2012).

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα έχουν πολλές και ποικίλες ανάγκες που εκτείνονται σε όλη την πορεία της νόσου. Οι Wiljer et al. (2012) εξέτασαν τις ανάγκες αυτών των

ασθενών, ειδικά στην προδιαγνωστική φάση. Αναφέρθηκαν υψηλά επίπεδα άγχους από πολλούς συμμετέχοντες (45,6%). Ως πιο σημαντικές αναφέρθηκαν οι ανάγκες πληροφόρησης (32,1%) και οι συναισθηματικές ανάγκες (24,1%) και η πλειοψηφία (89%) ανέφερε ότι οι ανάγκες αυτές ικανοποιούνταν. Οι περισσότεροι αναζήτησαν πληροφορίες εκτεταμένα και ποσοστό 38,6% θεωρούσαν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι η καλύτερη πηγή πληροφοριών (Wiljer et al., 2012).

Σε σύγκριση με άλλες μορφές καρκίνου, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα αναφέρουν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και στιγματισμού (Cataldo & Brodsky, 2013). Ο στιγματισμός συνδέεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με το κάπνισμα. Ωστόσο το στίγμα του καπνίσματος μειώνεται καθώς γίνεται περισσότερο γνωστός ο ρόλος των γενετικών παραγόντων και περισσότεροι μη καπνιστές εμφανίζουν τη νόσο (Weiss et al., 2012).

Οι Faller et al. (1995) διερεύνησαν τις αιτιακές αποδόσεις των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα και τις συσχετίσεις τους με την προσαρμογή. «Το κάπνισμα τσιγάρων» και «οι τοξίνες στο χώρο εργασίας» ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενες αιτίες. Οι ασθενείς που έκαναν μια ψυχοκοινωνική αιτιολογική απόδοση εμφάνιζαν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία και ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί και λιγότερο αισιόδοξοι από ό,τι άλλοι ασθενείς. Ήταν επίσης πιθανότερο να αντιμετωπίζουν με δυσπροσαρμοστικό τρόπο την ασθένειά τους (Faller et al., 1995).

Στην ποιοτική μελέτη των Chapple et al. (2004) σε 45 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα οι συμμετέχοντες βίωναν το στίγμα που αναφέρουν ασθενείς με άλλες μορφές καρκίνου, αλλά αισθάνονταν ιδιαίτερα στιγματισμένοι επειδή η ασθένεια συνδέεται έντονα με το κάπνισμα. Ως αποτέλεσμα επηρεαζόταν συχνά η αλληλεπίδραση με την οικογένεια, τους φίλους και τους γιατρούς. Πολλοί ασθενείς, ιδιαίτερα όσοι διέκοψαν το κάπνισμα πριν από χρόνια ή δεν είχαν καπνίσει ποτέ, αισθάνονταν ότι κατακρίνονταν άδικα. Όσοι αντιστάθηκαν στην απόδοση ευθυνών στους ίδιους υποστήριζαν ότι οι πραγματικοί υπεύθυνοι ήταν οι καπνοβιομηχανίες. Μερικοί απέκρυσαν την ασθένεια και αυτό είχε δυσμενείς οικονομικές συνέπειες ή δυσχέρανε τη λήψη υποστήριξης. Ορισμένοι ανέφεραν ότι οι εφημερίδες και η τηλεόραση ίσως έχουν αυξήσει το στιγματισμό. Λίγοι ανησυχούσαν ότι η διάγνωση, η πρόσβαση στην περίθαλψη και η έρευνα για τον καρκίνο του πνεύμονα μπορούν να επηρεαστούν αρνητικά από το στίγμα. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα αναφέρουν στιγματισμό με εκτεταμένες συνέπειες.

Στη συστηματική ανασκόπηση των Chambers et al. (2012) σε 15 μελέτες δημοσιευμένες μεταξύ 1999-2011, το στίγμα αναφέρθηκε από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας και συνδέθηκε με φτωχότερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία των ασθενών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι από τη σκοπιά των ασθενών τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος συμβάλουν στο στιγματισμό. Ο στιγματισμός αποτελεί τμήμα της εμπειρίας του καρκίνου του πνεύμονα, ωστόσο υπάρχουν σαφείς περιορισμοί στη σχετική έρευνα (Chambers et al., 2012).

Η σχέση του στίγματος με την επιβάρυνση των συμπτωμάτων δεν έχει διερευνηθεί εκτεταμένα. Σε σχετική έρευνα με σταθμισμένες κλίμακες μέσω διαδικτύου βρέθηκαν ισχυρές θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στο στίγμα και το άγχος, την κατάθλιψη και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Το στίγμα παρείχε μια σημαντική εξήγηση της διακύμανσης στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων πέρα από εκείνη της ηλικίας, του άγχους και της κατάθλιψης κατά 1,3% (Cataldo & Brodsky, 2013).

Παρόμοια, στη μελέτη των Gonzalez & Jacobsen (2012) σε 95 ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία για μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα σταδίου II-IV βρέθηκε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο αντιλαμβανόμενο στίγμα και την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Προκύπτει λοιπόν ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αισθάνονται σε σημαντικό βαθμό στιγματισμένοι. Ο στιγματισμός αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης και επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

Καθώς οι επαγγελματίες υγείας έχουν καθοριστικό ρόλο ως πηγή πληροφόρησης, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η προσέγγισή τους στη νόσο. Το ιατρικό προσωπικό συχνά αγνοεί ότι οι σκέψεις τους για τη νόσο διαφέρουν πολύ από τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα του ασθενούς. Οι Sagan et al. (2012) εξέτασαν σε σχετική έρευνα τις διαφορές στην ψυχολογική αντίληψη του καρκίνου του πνεύμονα σε ασθενείς ($n = 30$) που λάμβαναν θεραπεία με συνδυασμένη αγωγή, στο ιατρικό προσωπικό ($n = 94$) και σε φοιτητές ιατρικής ($n = 303$). Το ιατρικό προσωπικό και οι φοιτητές αντιλαμβάνονται ότι ο καρκίνος του πνεύμονα προκαλεί πιο βαθιά καταστροφή στην ψυχική και σωματική σφαίρα του ασθενούς από ό,τι οι ασθενείς. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο τους πιο αισιόδοξα από το ιατρικό προσωπικό και τους φοιτητές και μπορεί να υποτιμούν την απειλή. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών στη νόσο τους κατά τη διάρκεια της παρατεταμένης θεραπείας.

Η εικόνα σώματος, η οποία συνήθως διαταράσσεται στους ασθενείς με καρκίνο (λόγω απώλειας μαλλιών, εγχείρησης, αφαίρεσης μελών του σώματος, αλλαγής βάρους κλπ) έχει εξεταστεί ελάχιστα στον καρκίνο του πνεύμονα. Αντίθετα, έχει διερευνηθεί εκτεταμένα σε άλλες μορφές καρκίνου, κυρίως στον καρκίνο μαστού (Kraus, 1999; Falk Dahl et al., 2010).

Για την αντιμετώπιση του στρες που προκαλείται από την πάθηση και για την ψυχολογική προσαρμογή στα δεδομένα που προκαλούνται από τη διάγνωση οι ασθενείς χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες περιγράφονται στο επόμενο κεφάλαιο.

3.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης (coping)

Η ύπαρξη ενός στρεσογόνου γεγονότος συνεπάγεται την κινητοποίηση του ατόμου για να μειώσει το άγχος (Cohen & Lazarus, 1979). Αυτό γίνεται μέσω διαδικασιών-στρατηγικών (Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-ΣΑΑΚ) (Coyne & Lazarus, 1979). Ο καρκίνος αποτελεί στρεσογόνο γεγονός και προκαλεί μόνιμες αλλαγές στον τρόπο ζωής ενός ατόμου και στον τρόπο προσαρμογής τους στις αλλαγές (Kyngäs et al., 2001).

Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει γίνει τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους. Οι Lazarus και Folkman (1984) ορίζουν την ικανότητα αντιμετώπισης (coping) ως «τις διαρκώς μεταβαλλόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου για τη διαχείριση συγκεκριμένων εξωτερικών ή / και εσωτερικών απαιτήσεων που εκτιμάται ότι υπερβαίνουν τους δυνατούς του ατόμου». Η αντιμετώπιση είναι «προσανατολισμένη στη διαδικασία, επηρεαζόμενη από την προσωπική κατάσταση και τις προσπάθειες ενός ατόμου να διαχειριστεί τις απαιτήσεις χωρίς προηγούμενη υπόθεση για το τι συνιστά καλή ή κακή αντιμετώπιση» (Folkman et al., 1986).

Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων αναφέρονται στις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να διευθετήσει τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης προσώπου-περιβάλλοντος που θέτουν σε δοκιμασία ή ξεπερνούν τις δυνατότητές του. Είναι προϊόντα της γνωστικής αξιολόγησης και δεν πρέπει να ταυτίζονται με την προσαρμογή, η οποία αναφέρεται στις ενέργειες που αποσκοπούν στη μείωση του κινδύνου ή του άγχους, ακόμα και στα απλά ανατακλαστικά (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman et al., 1986). Οι συνηθέστερες είναι οι εξής: λήψη άμεσων μέτρων, αναζήτηση πληροφοριών και υποστήριξης, συναισθηματική εκτόνωση και ενδοψυχικές διεργασίες, οι οποίες περιλαμβάνουν μηχανισμούς άμυνας (άρνηση, απώθηση κλπ) (Cohen & Lazarus, 1979; Sarafino, 1990).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης διακρίνονται σε ενεργητικές και παθητικές. Μια άλλη διάκριση είναι ανάμεσα σε αυτές που είναι επικεντρωμένες στο πρόβλημα και αυτές που είναι επικεντρωμένες στο συναίσθημα, ειδικά όταν εξετάζεται η επίδραση της αντιμετώπισης στην ψυχική υγεία (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Vitaliano et al., 1985; Fox et al., 1999). Ωστόσο συνήθως χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και οι δύο μορφές, άσχετα από το παρουσιαζόμενο πρόβλημα (Lazarus & Folkman, 1984).

Οι ερευνητές έχουν επίσης διαπιστώσει ότι η επικεντρωμένη στο συναίσθημα αντιμετώπιση συνδέεται με την κακή ψυχική υγεία και με μεγαλύτερη ψυχολογική δυσλειτουργία (Folkman & Lazarus, 1980; Moos & Billings, 1982; Mitchell et al., 1983).

Άλλοι ερευνητές διακρίνουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε τρεις κατηγορίες: ενεργητική συμπεριφορική αντιμετώπιση, ενεργητική γνωστική αντιμετώπιση και αντιμετώπιση αποφυγής (Billings & Moos, 1984). Σε μια μεταγενέστερη διάκριση, η Folkman (2011) ομαδοποιεί τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε εστιασμένες στο πρόβλημα, εστιασμένες στο συναίσθημα και εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος.

Μια άλλη διάκριση είναι ανάμεσα στην εστιασμένη στην αποφυγή αντιμετώπιση (απόσυρση ή αγνόηση του στρεσογόνου παράγοντα) και στην εστιασμένη στην διαχείριση του προβλήματος αντιμετώπιση (αντιμετώπιση είτε του προβλήματος είτε των σχετικών συναισθημάτων) (Suls & Fletcher, 1985; Roth & Cohen, 1986). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που βασίζονται στην αποφυγή συνδέονται με αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και εκβάσεις (πχ. κατάθλιψη και άγχος), ενώ αντίθετα οι στρατηγικές που είναι επικεντρωμένες στην προσέγγιση-διαχείριση του προβλήματος συνδέονται με θετικά γνωρίσματα και εκβάσεις (Herman-Stabl et al., 1995; Stewart et al., 1997; Abbott, 2003; Moos & Holahan, 2003).

Επιπλέον, έχει προταθεί ότι η εστίαση στην επίλυση προβλημάτων παίζει ρόλο στις προσαρμοστικές αντιδράσεις στο άγχος και η αυτοεκτιμώμενη ανικανότητα επίλυσης προβλημάτων μπορεί να προβλέψει τα μελλοντικά καταθλιπτικά συμπτώματα και να οδηγήσει σε ψυχολογική δυσλειτουργία (Snyder & Ford, 1987; Dixon, Heppner, Burnett, Anderson, & Wood, 1993).

Το αν ένας συγκεκριμένος τύπος στρατηγικής αντιμετώπισης είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικός μπορεί να εξαρτάται από τη δυνατότητα ελέγχου του στρεσογόνου παράγοντα (Dressler, 1985; Forsythe & Compas, 1987). Οι Forsythe και Compas (1987) αναφέρουν ότι όταν πρόκειται για ελεγχόμενους στρεσογόνους παράγοντες, μπορεί να είναι χρήσιμη η ενεργητική αντιμετώπιση ή αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα. Αντίθετα, η ενεργητική αντιμετώπιση μπορεί να είναι λιγότερο χρήσιμη όταν εμφανιστεί ένας ανεξέλεγκτος στρεσογόνος παράγοντας.

Οι άνθρωποι είναι περισσότερο μεταβαλλόμενοι παρά συνεπείς στις στρατηγικές αντιμετώπισης. Πιθανοί παράγοντες επίδρασης στη χρήση τους είναι το πλαίσιο ενός γεγονότος, το πώς αξιολογείται, η ηλικία και το φύλο (Folkman & Lazarus, 1980). Αναφορικά με την ηλικία, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman & Lazarus, 1988; Whitty, 2003). Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις στρατηγικές αντιμετώπισης με βάση την ηλικία και ότι οι ηλικιωμένοι διαφέρουν ελάχιστα από τους νεότερους ενήλικες σε αυτόν τον τομέα (Folkman

& Lazarus, 1980; Folkman & Lazarus, 1988; Aldwin et al., 1996; Whitty, 2003). Άλλοι όμως αναφέρουν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη χρήση της στρατηγικής της αποφυγής (Aldwin, 1991), καθώς και με τη χρήση των εστιασμένων στο πρόβλημα στρατηγικών και με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Meléndez et al., 2012). Ακόμη έχει υποτεθεί ότι οι άνδρες χρησιμοποιούν περισσότερο τις εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές αντιμετώπισης και οι γυναίκες τις εστιασμένες στο συναίσθημα και την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Folkman & Lazarus, 1980; Karadimas, 1998; Meléndez et al., 2012).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται ότι δεν επηρεάζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Lazarus, 1991; Karadimas, 1998).

Οι προηγούμενες έρευνες έχουν εντοπίσει με συνέπεια τους παράγοντες που διαφοροποιούν την αντιμετώπιση με ή χωρίς κοινωνική υποστήριξη. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μπορεί να έχει μεγαλύτερη σημασία η διάκριση ανάμεσα σε μορφές αντιμετώπισης «με κοινωνική υποστήριξη» και «χωρίς κοινωνική υποστήριξη» παρά η διάκριση «εστιασμένες στο πρόβλημα-εστιασμένες στο συναίσθημα» (Litman, 2006).

Ως κοινωνική υποστήριξη ορίζεται «το αντικειμενικά διαθέσιμο δίκτυο που δίνει μια αίσθηση ενδοπροσωπικών σχέσεων, αποδοχής και ασφάλειας και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης διαφορετικών τύπων βοήθειας σε μια δύσκολη κατάσταση» (Sek, 2003). Οι Albrecht & Adelman (1987) ορίζουν την κοινωνική υποστήριξη ως «τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία που μειώνει την αβεβαιότητα σχετικά με την κατάσταση του ατόμου ή της σχέσης και στοχεύει στη βελτίωση της αντίληψης του προσωπικού ελέγχου στη ζωή». Τα κύρια χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης είναι η επικοινωνία, η μείωση της αβεβαιότητας και η αίσθηση ελέγχου. Η κοινωνική υποστήριξη διακρίνεται σε τρεις βασικούς τύπους: συναισθηματική, παροχή πληροφοριών και παροχή πρακτικής βοήθειας (Cohen et al., 2000).

Πολλές παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι η επαρκής κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την υγεία και την ευημερία καθώς και με την αναφερόμενη σοβαρότητα των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων ενός ατόμου και παίζει έναν προληπτικό ρόλο μεταξύ των συμπτωμάτων και των στρεσογόνων παραγόντων (Procidano & Heller, 1983; Sarason et al., 1983; Sarason et al., 1985; Cohen et al., 2000).

Οι Wills και Shinar (2000) διέκριναν την κοινωνική υποστήριξη σε ληφθείσα και αντιληπτή. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στις πεποιθήσεις των ανθρώπων σχετικά με το επίπεδο και την ποιότητα της υποστήριξης που είναι διαθέσιμη σε αυτούς

(Gallagher & Vella-Brodrick, 2008). Η αντίληψη ότι υπάρχει διαθέσιμη συναισθηματική υποστήριξη φαίνεται να έχει πολύ ισχυρότερο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία από την πραγματική κοινωνική υποστήριξη. Εάν οι πηγές υποστήριξης δεν γίνονται αντιληπτές από ένα άτομο, τότε δεν μπορεί να τις χρησιμοποιήσει στην πράξη (Cohen & Wills, 1985; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1997; Feldman et al., 2000).

Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης στον καρκίνο. Οι Dunkel-Schetter et al. (1992) εξετάζοντας 603 ασθενείς με καρκίνο εντόπισαν 5 μορφές αντιμετώπισης: αναζήτηση-χρήση κοινωνικής υποστήριξης, εστίαση στη θετική πλευρά των πραγμάτων, αποστασιοποίηση, γνωστική και συμπεριφορική αποφυγή. Υπήρχαν επίσης διαφορές ασθενών-συζύγων στη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Στην έρευνα των Gilbar & Zusman (2007) σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο και στους συζύγους τους οι ασθενείς χρησιμοποιούσαν περισσότερες στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα σε σχέση με τους συζύγους.

Παρόμοια σε έρευνα σε 14 ασθενείς με καρκίνο 16-22 ετών οι κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν η κοινωνική υποστήριξη, η πίστη στην ανάκαμψη και η επιστροφή στην κανονική ζωή όσο το δυνατόν συντομότερα. Η οικογένεια ήταν η σημαντικότερη πηγή συναισθηματικής στήριξης. Η απόκτηση γνώσεων για τον καρκίνο, η θετική στάση ζωής, η πίστη στις δυνατότητές τους και στο Θεό, οι προηγούμενες εμπειρίες ζωής και η προθυμία για την καταπολέμηση της νόσου ήταν παράγοντες αντιμετώπισης του καρκίνου (Kynge et al., 2001).

Από όλες τις πηγές υποστήριξης οι ασθενείς αναγνωρίζουν τους συζύγους ή τους συντρόφους τους ως τα πλέον έμπιστα άτομα των οποίων την υποστήριξη και θα αναζητήσουν (Figueiredo et al., 2004). Ακόμη, οι ασθενείς αξιολογούν τη συναισθηματική υποστήριξη ως την πιο βοηθητική μορφή συντροφικής υποστήριξης (Blanchard et al., 1996). Για τους ασθενείς με καρκίνο, η δυνατότητα να μιλούν για την ασθένειά τους σε κάποιον που θεωρούν πως ανταποκρίνεται με ειλικρίνεια και χωρίς επικριτική διάθεση σχετίζεται με τη μείωση των επίμονων και αποφευκτικών σκέψεων (Cordova et al., 2001). Η ικανοποίηση από τη λαμβανόμενη συναισθηματική υποστήριξη συνδέεται με μειωμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και καλύτερη ποιότητα ζωής (Norhouse & Peters-Golden, 1993).

Ωστόσο, ελάχιστες έρευνες έχουν διερευνήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και στους φροντιστές τους (Ellis et al., 2013).

Στην έρευνα των Kuo & Ma (2002) σε 73 ασθενείς με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ο βαθμός των δυσφορικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας ήταν

ήπιος έως μέτριος. Όταν οι ασθενείς εμφάνιζαν δυσφορία συνδύαζαν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες και στο πρόβλημα και στο συναίσθημα. Οι συμμετέχοντες με τα υψηλότερα σωματικά συμπτώματα δυσφορίας είχαν υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία και στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα. Τα σωματικά συμπτώματα δυσφορίας και η συχνότητα χρησιμοποίησης των εστιασμένων στο συναίσθημα στρατηγικών εξηγούσαν το 48,8% της διακύμανσης στην ψυχολογική δυσφορία (Kuo & Ma, 2002).

Στην ανασκόπηση των Luszczyńska et al. (2013) σε 14 μελέτες με 2759 ασθενείς η λαμβανόμενη βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας (καθώς και η ανάγκη για λήψη βοήθειας και η ικανοποίηση από αυτή) συσχετίστηκε με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής, εκτός από τις κοινωνικές. Συνολικά, παρατηρήθηκαν σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας και την ποιότητα ζωής πιο συχνά (67% των συσχετίσεων) σε σύγκριση με την υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους (53% των συσχετίσεων). Η έρευνα που εξετάζει την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη από αδιευκρίνιστες πηγές ανέφερε λίγες σημαντικές σχέσεις (25% των συσχετίσεων) και μόνο για το συνολικό δείκτη Ποιότητας Ζωής. Παρατηρήθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές διαφορές των συσχετίσεων ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα ζωής, ανάλογα με το είδος και την πηγή υποστήριξης. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορεί να στοχεύουν στην ενεργοποίηση της παροχής κοινωνικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την προώθηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (Luszczyńska et al., 2013).

Οι Wilkie & Keefe (1991) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ επιλεγμένου πόνου και ψυχολογικών μεταβλητών και τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου σε 45 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια McGill-Melzack Pain Questionnaire (MPQ), State-Trait Anxiety Inventory, Visual Analogue Scale of Pain Intensity και Coping Strategies Questionnaire (CSQ). 42% των ασθενών ανέφεραν ότι προσπάθησαν να μην γνωρίζουν οι άλλοι ότι πονούσαν, ενώ το 40% δήλωσαν ότι το ανέφεραν στους άλλους όταν είχαν πόνο. Η προτίμηση να μην το πουν στους άλλους συσχετίστηκε με πιο συχνές προσπάθειες αντιμετώπισης του πόνου για όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CSQ. Το άγχος ως κατάσταση έδειξε θετική συσχέτιση με καταστροφολογικές στρατηγικές αντιμετώπισης ($r = 0,48$) και αρνητική συσχέτιση με την ικανότητα ελέγχου ($r = -0,50$) και μείωση του πόνου ($r = -0,50$). Η ένταση του πόνου και του άγχους ως κατάσταση έδειξε παρόμοιες σχέσεις. Η ποιότητα του πόνου όπως μετρήθηκε με το MPQ έδειξε μετρίως ισχυρή συσχέτιση με την απόσπαση της προσοχής, την προσευχή, την

ελπίδα, την καταστροφολογία και την αυξημένη δραστηριότητα. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση ή επέκταση του ρεπερτορίου των στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου πρέπει να αναπτυχθούν με προσοχή και να λαμβάνεται υπόψη το άγχος του ασθενούς, η ένταση και η ποιότητα του πόνου και η προτίμηση της έκφρασης του πόνου (Wilkie & Keefe, 1991).

3.3. Η θεωρία της χρονικής προοπτικής και η εφαρμογή της σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

Στο πλαίσιο της ψυχολογίας και σύμφωνα με τη θεωρία της χρονικής προοπτικής ο χρόνος εξαρτάται από το πώς τον σκέφτεται κάποιος. Περαιτέρω, ο τρόπος που σκέφτεται κάποιος το χρόνο σχετίζεται με την προσωπικότητα, τις εμπειρίες ζωής και την ανατροφή του (Zimbardo & Boyd, 1999, 2008; Stolarski et al., 2014) και επηρεάζει τα συναισθήματα, τις αξιολογήσεις, τις αποφάσεις και τις ενέργειές του (Zimbardo & Boyd, 1999; 2008), καθώς και την ευημερία του, την ικανοποίηση από την ζωή και την ποιότητα ζωής του (Hamidou et al., 2018).

Η χρονική προοπτική ορίζεται ως οι μη συνειδητές διαδικασίες που αποκαλύπτουν την προτίμηση των ατόμων να χρησιμοποιούν χρονικά πλαίσια κατά την ερμηνεία σημαντικών προσωπικών γεγονότων και βοηθά στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα επηρεάζονται από την άποψή τους για το μέλλον, τις προηγούμενες αναμνήσεις τους ή τις σημερινές τους ανάγκες του (Zimbardo & Boyd, 1999).

Τα περισσότερα μοντέλα κατανέμουν τις χρονικές προοπτικές στις εξής κατηγορίες: α) Παρελθόν, β) Παρόν, γ) Μέλλον. Με τον ίδιο τρόπο, οι Zimbardo και Boyd (1999, 2008) αντιλαμβάνονται τη χρονική προοπτική ως μια τάση επικέντρωσης στο παρελθόν, το παρόν ή το μέλλον, σε συνδυασμό με μια θετική ή αρνητική αξιολόγηση μιας συγκεκριμένης διάστασης του χρόνου. Έτσι, η προσέγγισή τους κατανέμει περαιτέρω τη χρονική προοπτική σε πέντε υποκατηγορίες:

1. Παρελθόν

-Θετικό παρελθόν: τάση εστίασης στο θετικά αξιολογούμενο παρελθόν

-Αρνητικό παρελθόν: τάση επικέντρωσης στο αρνητικά αξιολογούμενο παρελθόν

2. Παρόν

-Ηδονιστικό παρόν: τάση να επωφεληθεί κάποιος από την ευχαρίστηση «εδώ και τώρα» με κάθε κόστος

-Μοιρολατρικό παρόν: τάση παθητικής παρουσίας στο παρόν, που απορρέει από την πεποίθηση ότι η ζωή καθορίζεται από τη μοίρα.

3. Μέλλον: τάση επικέντρωσης στο μέλλον όσον αφορά στους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν και τα υποχρεώσεις που πρέπει να εκπληρωθούν

Επιπλέον, ο Zimbardo προτείνει μια ξεχωριστή υπερφυσική χρονική προοπτική, η οποία σχετίζεται με την αναζήτηση πέρα από τη διάρκεια ζωής του ατόμου.

Αναφορικά με τη χρονική προοπτική του μέλλοντος, στο αρχικό μοντέλο του Zimbardo το μέλλον αποτελείται από ένα μόνο παράγοντα. Αντίθετα, οι Carelli et al., (2011) διχοτόμησαν τη χρονική προοπτική του μέλλοντος σε θετικό μέλλον και αρνητικό μέλλον καταλήγοντας έτσι σε ένα μοντέλο 6 παραγόντων. Ωστόσο, τα αποτελέσματα φαίνεται να είναι ανάμεικτα για το μοντέλο τους.

Ένα εναλλακτικό μοντέλο με διαχωρισμό του μέλλοντος στους τρεις παρακάτω παράγοντες περιγράφηκε και ελέγχθηκε από τους Rohr et al. (2017):

1. Αντίληψη ευκαιριών σχετικά με τις θετικές ευκαιρίες που υπάρχουν στο μέλλον
2. Αντίληψη σχετικά με το χρονικό διάστημα που απομένει στη ζωή
3. Αντίληψη περιορισμών σχετικά με τα εμπόδια και τους περιορισμούς κατά τη διάρκεια του χρόνου ζωής που απομένει.

Αυτά τα τρία στοιχεία συσχετίζονται και η χρονική προοπτική του μέλλοντος μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί ως ένας ενιαίος παράγοντας ή ως ξεχωριστά στοιχεία.

Η χρονική προοπτική ως ψυχολογική έννοια που αξιολογείται με το ερωτηματολόγιο Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) αποτέλεσε αντικείμενο πολλών μελετών στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλες χώρες. Τα αποτελέσματά τους αποκάλυψαν ότι είναι μια σημαντική ψυχολογική μεταβλητή που σχετίζεται με πολλούς τομείς της ανθρώπινης λειτουργίας, όπως ευεξία, συμπεριφορές υγείας, επικίνδυνες συμπεριφορές, τάση σε εθισμό κλπ. (Zimbardo & Boyd, 1999, 2008; Carelli et al., 2011; Zhang & Howell, 2011).

Σε γενικές γραμμές, το θετικό παρελθόν, το ηδονιστικό παρόν, και ο προσανατολισμός στο μέλλον έχουν συσχετιστεί θετικά με την ευημερία, ενώ το αρνητικό παρελθόν και το μοιρολατρικό παρόν συσχετίζονται περισσότερο αρνητικά με την ευημερία (Hamidou et al., 2018). Επιπλέον, οι πεποιθήσεις ενός ατόμου σχετικά με τις αρνητικές εμπειρίες του παρελθόντος και μια μοιρολατρική στάση ζωής έχουν συσχετιστεί θετικά με την κατάθλιψη και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και αρνητικά με την αυτοεκτίμηση (Anagnostopoulos & Griva, 2012).

Ειδικότερα, η χρονική προοπτική που εστιάζει στο παρόν έχει σχετιστεί θετικά με συμπεριφορές κινδύνου όπως η επικίνδυνη οδήγηση (Zimbardo et al., 1997) και χρήση ουσιών (Keough et al., 1999).

Αντίθετα, το μέλλον συσχετίζεται πολύ έντονα και θετικά με την ευσυνειδησία και αρνητικά με την κατάθλιψη και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Zimbardo & Boyd, 1999). Επιπρόσθετα, η χρονική προοπτική του μέλλοντος έχει σχετιστεί με συμπεριφορές προαγωγής της υγείας όπως η λήψη μέτρων για αποφυγή λοίμωξης από τον ιό

HIV (Rothspan & Read, 1996). Ακόμη, η χρονική προοπτική του μέλλοντος έχει συσχετιστεί αρνητικά με τη χρήση αλκοόλ, καπνού και ναρκωτικών (Keough et al., 1999) και η χαμηλή χρονική προοπτική του μέλλοντος έχει συσχετιστεί θετικά με τη χρήση κάνναβης (Apostolidis et al., 2006).

Το ηδονιστικό παρόν συνδέεται θετικά με την κατάθλιψη, τον χαμηλό έλεγχο του Εγώ και την έμφαση στην αναζήτηση ευχαρίστησης. Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με λοίμωξη HIV, παρουσιάζουν ασθενή προσανατολισμό προς την ευχαρίστηση στο παρόν λόγω της κακής ποιότητα ζωής τους και της μειωμένης ανεξαρτησίας τους (Préau, Apostolidis, Francois, Raffi, & Spire, 2007).

Το μοιρολατρικό παρόν συσχετίζεται αρνητικά με την αυτοεκτίμηση και την ευτυχία και θετικά με την κατάθλιψη και το άγχος (Anagnostopoulos & Griva, 2012).

Το θετικό παρελθόν συνδέεται με μια ισχυρή αίσθηση αυτοεκτίμησης και ευτυχίας και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Anagnostopoulos & Griva, 2012).

Το αρνητικό παρελθόν συσχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη, το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, την αυτοαναφερόμενη δυστυχία και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Anagnostopoulos & Griva, 2012). Ενδεικτικά, το αρνητικό παρελθόν έχει σχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη (Livneh & Martz, 2007), ενώ το αρνητικό παρελθόν ή το μοιρολατρικό παρόν έχουν συνδεθεί με τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε μαθητές λυκείου (Laghi et al., 2009).

Ακόμη, υψηλότερες βαθμολογίες για το θετικό παρελθόν, το ηδονιστικό παρόν και το μέλλον έχουν βρεθεί σε εφήβους που ανέφεραν μια ασφαλή προσκόλληση στους γονείς, υποδηλώνοντας καλύτερη ψυχολογική ευημερία (Laghi et al., 2009).

Ωστόσο, πολύ λίγες έρευνες έχουν εξετάσει τη χρονική προοπτική σε ασθενείς με καρκίνο, ενώ δεν έχει βρεθεί καμία σχετική μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Ενδεικτικά, αναφέρεται η έρευνα των Bitsko et al. (2008), στην οποία βρέθηκε ότι η αρνητική σκέψη για το παρελθόν αποτελεί έναν άμεσο προγνωστικό δείκτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε εφήβους επιζώντες καρκίνου. Ακόμη, η χρήση της χρονικής προοπτικής του μέλλοντος/ηδονιστικού παρόντος συσχετίστηκε με υψηλότερη ποιότητα ζωής σε 156 ζεύγη ασθενών με καρκίνο και των φροντιστών τους, ενώ η χρήση του αρνητικού παρελθόντος συσχετίστηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Hamidou et al., 2018).

Συμπερασματικά, δεδομένου ότι καρκίνος του πνεύμονα είναι απειλητική για τη ζωή ασθένεια, κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική και χρήσιμη η εξέτασή της χρονικής προοπτικής σε αυτούς τους ασθενείς.

3.4. Η σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με την επιβίωση

Λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα σχετικά με την επίδραση των ψυχολογικών μεταβλητών στην έκβαση του καρκίνου (Faller & Bülzebruck, 2002). Αναφορικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, οι προοπτικές επιβίωσης για την πλειοψηφία των ασθενών, παρά τις προόδους στην θεραπεία, παραμένουν ζοφερές και οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν με απαισιοδοξία το μέλλον (Rueda et al., 2011).

Ο Buccheri (1998) εξέτασε 133 νεοδιαγνωσμένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα με την κλίμακα κατάθλιψης του Zung. Η επιβίωση των καταθλιπτικών ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερη και διάφορες υποκλίμακες της κατάθλιψης συσχετίστηκαν με την επιβίωση. Η ερώτηση «αισθάνομαι ότι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους αν ήμουν νεκρός» αναδείχθηκε ως η πιο σημαντική. Φαίνεται ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα και αυτή η σχέση πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω (Buccheri, 1998).

Σε άλλες έρευνες διερευνήθηκε η επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Στη μελέτη των Faller et al. (1999) εξετάστηκαν 103 ασθενείς μετά τη διάγνωση και πριν από την έναρξη της πρωταρχικής θεραπείας. Μετά την επαναληπτική μέτρηση στα 7 - 8 χρόνια 92 ασθενείς είχαν πεθάνει και συλλέχθηκαν δεδομένα επιβίωσης για τους υπόλοιπους 11. Η αυτο-αναφερόμενη καταθλιπτική αντιμετώπιση και η βαθμολογούμενη από το συνεντευκτή συναισθηματική δυσφορία συσχετίστηκαν σημαντικά με μικρότερη επιβίωση, ανεξάρτητα από την επίδραση των βιοϊατρικών προγνωστικών παραγόντων. Σε παρόμοια μελέτη οι Faller & Bülzebruck (2002) εξέτασαν 103 ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου πνεύμονα και τους παρακολούθησαν για 10 χρόνια. Το στυλ αντιμετώπισης αξιολογήθηκε πριν από τη θεραπεία. Στην ανάλυση επιβίωσης με προσαρμογή ως προς γνωστούς βιοϊατρικούς προγνωστικούς παράγοντες (στάδιο του όγκου, ιστολογική ταξινόμηση, φυσική κατάσταση) το καταθλιπτικό στυλ αντιμετώπισης συνδέθηκε με μικρότερη επιβίωση (σχετικός κίνδυνος=1,91) και ο ενεργός τρόπος αντιμετώπισης με μεγαλύτερη επιβίωση (σχετικός κίνδυνος=0,72). Συμπερασματικά υπάρχουν ενδείξεις ότι η συναισθηματική δυσφορία και το στυλ αντιμετώπισης προβλέπουν την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, ωστόσο ο σχεδιασμός των μελετών αποκλείει οποιαδήποτε αιτιώδη ερμηνεία (Faller et al., 1999; Faller & Bülzebruck, 2002).

Σε μεταγενέστερη έρευνα οι Faller & Schmidt (2004) εξέτασαν 59 ασθενείς (μέση ηλικία 65 έτη, 81% άνδρες) με πρόσφατη διάγνωση μικροκυτταρικού ή μη-μικροκυτταρικού

καρκίνου του πνεύμονα σταδίου III ή IV που είχαν προγραμματιστεί για χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία. Έγιναν επαναληπτικές μετρήσεις στα 3 και 5 έτη. Οι ασθενείς εξετάστηκαν μετά τη διάγνωση και πριν την έναρξη της θεραπείας. Η καταθλιπτική αντιμετώπιση συσχετίστηκε με μικρότερη επιβίωση μετά την προσαρμογή για την ηλικία, τον τύπο θεραπείας, το φύλο, το στάδιο, την ιστολογική ταξινόμηση και τη φυσική κατάσταση. Η κατάθλιψη, όμως, δεν συνδέθηκε με την επιβίωση (Faller & Schmidt, 2004).

Από τις έρευνες προκύπτει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν ρόλο στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα , ωστόσο η σχέση αυτή πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω. Άλλες έρευνες υποβαθμίζουν όμως τη σύνδεση της κατάθλιψης με την επιβίωση.

3.5. Ψυχολογικά συμπτώματα και διαταραχές

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα εμφανίζουν πλήθος ψυχολογικών διαταραχών. Τα ποσοστά της ψυχιατρικής συννοσηρότητας ανεβαίνουν σημαντικά σε ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης και σε όσους δεν επιδέχονται χειρουργική επέμβαση. Συνεπώς στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα παρατηρούνται πολύ αυξημένα ποσοστά ψυχολογικής επιβάρυνσης, συγκριτικά με το μη μικροκυτταρικό (Μουσσάς και συν., 2012).

Η πιο συχνή διαταραχή είναι η κατάθλιψη με ποσοστό 11-44% (Hopwood & Stephens, 2000; Massie, 2004). Αυτό το μεγάλο εύρος στον επιπολασμό της κατάθλιψης μπορεί ενδεχομένως να οφείλεται στη διαφορετική μεθοδολογία (πχ συγχρονικές-προοπτικές έρευνες) και στα διαφορετικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες. Μπορεί επίσης να οφείλεται στα διαφορετικά σκορ (cut-off scores) που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της κατάθλιψης, στις διαφορετικές μεθόδους δειγματοληψίας, στις διαφορές στην αξιοπιστία των ερωτηματολογίων, στην ανομοιογένεια των δειγμάτων (εξωτερικοί ασθενείς-νοσηλεύόμενοι) κλπ.

Σε μια μελέτη στην Ιαπωνία το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη (η οποία αξιολογήθηκε με το Hospital Anxiety and Depression Scale) ήταν 12,4 % (Shimizu et al., 2012). Οι Zabora et al. (2001) εξέτασαν ασθενείς με 14 μορφές καρκίνου στις ΗΠΑ με το Brief Symptom Inventory και ο επιπολασμός της ψυχολογικής δυσφορίας (συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης) στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα ήταν 43.4%. Παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης σε ασθενείς με NSCLC (46.1%) βρέθηκαν από τους Shi et al. (2015) στην Κίνα, ενώ μικρότερα ποσοστά αναφέρθηκαν στις έρευνες των Margari et al. (2016) (21.8%) και Rolke et al. (2008) (14%). Το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη (η οποία αξιολογήθηκε με το Hospital Anxiety and Depression Scale) σε Κινέζους ασθενείς με πρωτοδιαγνωσμένο καρκίνο πνεύμονα ήταν 27.7% (Mou et al., 2016). Τέλος, σε μια άλλη μελέτη σε πρόσφατα διαγνωσμένους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα στην Ιταλία ποσοστό 44.2% είχαν μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (η οποία αξιολογήθηκε με το Zung Self-Rating Depression Scale) (Buccheri, 1998).

Προκύπτει λοιπόν ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα παρουσιάζουν με μεγάλη συχνότητα κατάθλιψη, η οποία επιδεινώνει την ποιότητα ζωής και συχνά μειώνει τη συμμόρφωση και την ανταπόκριση στη θεραπεία, ενώ φαίνεται να παρατείνει τη νοσηλεία των ασθενών και να αυξάνει τη θνησιμότητα (Μουσσάς και συν., 2012).

Παρά το αυξημένο ποσοστό κατάθλιψης, λίγα είναι γνωστά για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της (Gonzalez & Jacobsen, 2012). Έχουν προταθεί διάφοροι

παράγοντες κινδύνου αλλά έχουν εξετασθεί ξεχωριστά σε σχετικά μικρά δείγματα (Shimizu et al., 2012). Οι παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (π.χ. νευρωτισμός), τη νεαρή ηλικία, το θήλυ φύλο, το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και το να είναι κάποιος άγαμος (Rolke et al., 2008; Shimizu et al., 2012; Akechi et al., 1998; Abhishekh et al., 2014). Το προχωρημένο στάδιο της νόσου, η φτωχή κοινωνική λειτουργικότητα οι ανθυγιεινές συμπεριφορές (πχ κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ) και τα σωματικά συμπτώματα εξαιτίας του καρκίνου (πχ πόνος, δύσπνοια) έχουν επίσης προταθεί ως παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς (Hopwood & Stephens, 2000; Shimizu et al., 2012).

Στη μελέτη των Shimizu et al. (2012) με το μεγαλύτερο δείγμα ασθενών που έχει αναφερθεί (n=1334) το ποσοστό της κατάθλιψης ήταν 12,4% και ο μεγαλύτερος κίνδυνος για κατάθλιψη συσχετίστηκε ισχυρά με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (νευρωτισμός) και το στυλ αντιμετώπισης (χαμηλό μαχητικό πνεύμα, αδυναμία/ απόγνωση και ανησυχία). Αν και η συνεισφορά των σχετιζόμενων με τον καρκίνο μεταβλητών, των προσωπικών χαρακτηριστικών, των συμπεριφορών υγείας και της κλινικής κατάστασης ήταν χαμηλή, το στάδιο και ο τύπος του καρκίνου, το φύλο και η ηλικία συσχετίστηκαν σημαντικά με την κατάθλιψη (Shimizu et al., 2012).

Το ποσοστό της κατάθλιψης συνδέεται και με τον τύπο καρκίνου του πνεύμονα: στην έρευνα των Hopwood & Stephens (2000) οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο (SCLC) είχαν τρεις φορές μεγαλύτερο επιπολασμό της κατάθλιψης από εκείνους με μη μικροκυτταρικό καρκίνο (NSCLC) (25 % -9%).

Λίγες έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση στην κατάθλιψη. Στην έρευνα των Κωσταρά και συν. (2011) εξετάστηκε η συσχέτιση αλκοολισμού και απελπισίας σε 150 νοσηλευόμενους άνδρες με διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα, ανεξαρτήτως τύπου και σταδιοποίησης και βρέθηκε ότι τα επίπεδα απελπισίας δεν διαφοροποιούνταν ανάμεσα στις δυο υποομάδες ασθενών (γνωρίζοντες και μη την διάγνωση), πιθανώς λόγω της ανασφάλειας και των υποψιών-υποθέσεων των μη γνωριζόντων την διάγνωσή τους ασθενών.

Οι Aass et al. (1997) ανέφεραν ότι η κατάθλιψη αλλά όχι το άγχος αυξανόταν με την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, υποτροπής και όταν η διάγνωση είχε γίνει εντός του προηγούμενου μήνα. Η μελέτη τους όμως αφορά ασθενείς με καρκίνο διαφόρων τύπων και όχι αποκλειστικά με καρκίνο πνεύμονα. Βρήκαν επίσης ότι το φύλο και η ηλικία δεν επηρεάζουν τον επιπολασμό της κατάθλιψης.

Άλλες έρευνες επισημαίνουν το ρόλο των ψυχοκοινωνικών και ιατρικών μεταβλητών και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Ως μέρος μιας μεγάλης διαχρονικής μελέτης έγιναν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε 211 ασθενείς 65 ετών και άνω με διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα σε τέσσερα χρονικά σημεία κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση. Η κοινωνική λειτουργικότητα, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η θεραπεία με ακτινοβολία ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με τα περισσότερα συμπτώματα και την πιο περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι ασθενείς που δεν είχαν λάβει θεραπεία ακτινοβολίας ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί συγκριτικά με αυτούς που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία τουλάχιστον 40 ημέρες πριν από τη συνέντευξη (Kurtz et al., 2002). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από άλλη έρευνα, η οποία επισημαίνει ότι η λειτουργική ανεπάρκεια είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου: η κατάθλιψη αυξανόταν κατά 41% για κάθε αύξηση στην κλίμακα ανεπάρκειας. Η επιβάρυνση με σωματικά συμπτώματα πριν τη θεραπεία, η κούραση, και η βαθμολογία της φυσικής κατάστασης ήταν επίσης ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες, αλλά ο κυτταρικός τύπος δεν ήταν (Hopwood & Stephens, 2000).

Επίσης έχουν προταθεί ως παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα η υψηλή επιβάρυνση της νόσου, η ανασφαλής προσκόλληση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η νεαρότερη ηλικία. Η κατάθλιψη και η απελπισία προέβλεπαν ανεξάρτητα την επιθυμία για επίσπευση του θανάτου σε αυτούς τους ασθενείς (Rodin et al., 2009). Το αντιλαμβανόμενο στίγμα της νόσου συνδέεται επίσης με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως προαναφέρθηκε (Gonzalez & Jacobsen, 2012).

Μια συνοπτική περιγραφή των συμπτωμάτων και των ψυχολογικών διαταραχών αυτών των ασθενών δίνει η έρευνα των Ginsburg et al. (1995). Εξετάστηκαν 52 ασθενείς με νεοδιαγνωσμένο καρκίνο του πνεύμονα, οι οποίοι υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Κατά τη στιγμή της συνέντευξης 4% είχαν μια συναισθηματική διαταραχή, 0% διαταραχή άγχους και 12% διαταραχή προσαρμογής. Προηγουμένως, το 31% είχαν συναισθηματική διαταραχή ή διαταραχή άγχους ή και τα δύο. Ποσοστό 4% είχαν διαταραχή προσαρμογής μετά τη διάγνωση, η οποία είχε αντιμετωπιστεί πριν από τη συνέντευξη. Τα συχνότερα εκφραζόμενα συναισθήματα ήταν: θλίψη (44%), φόβος (29%), θυμός (4%), σοκ (17%), ενοχή (8%). Περίπου οι μισοί (46%) είχαν εμφανίσει κατάχρηση αλκοόλ κάποια στιγμή της ζωής τους και ποσοστό 13% εμφάνιζαν κατάχρηση αλκοόλ κατά τη συνέντευξη. Όλοι ήταν καπνιστές και το 63% ήταν εξαρτημένοι από το κάπνισμα. Ποσοστό 31%

ανέφεραν σκέψεις θανάτου και 13% είχαν σκεφτεί να αυτοκτονήσουν. Το 38% είχαν αποδεχτεί τη διάγνωση και 10% εξέφραζαν αισιοδοξία. 52% είχαν αϋπνία (29% σοβαρή) και 48% απώλεια της λίμπιντο (27% σοβαρή). 19% ανέφεραν δυσκολία στη συγκέντρωση και 33% μειωμένη ικανότητα για εργασία ή απώλεια ενδιαφέροντος για εργασία. Το 29% ανησυχούσαν για τις οικογένειές τους και το 8% για την εργασία ή τα οικονομικά. Οι περισσότεροι (79%) είχαν καλή υποστήριξη από την οικογένεια και το 44% έβρισκαν στήριξη στη θρησκεία. Συμπερασματικά αν και η ψυχιατρική ασθένεια ήταν σπάνια, τα συμπτώματα πιθανής ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής σημασίας ήταν συχνά σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών (Ginsburg et al., 1995).

Ακόμη, οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα εμφανίζουν συχνά διαταραχές ύπνου-εγρήγορσης και έχουν αυξημένο κίνδυνο για υπνική άπνοια (Vena et al., 2006).

Επίσης, στους ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζεται γνωστική δυσλειτουργία σε ποσοστό 15%-90%. Ως υπεύθυνη έχει περιγραφεί η προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία αλλά και άλλες αιτίες (Kanard et al., 2004). Οι ασθενείς αυτοί έχουν επίσης ελλείμματα στη μνήμη, στην εκτελεστική λειτουργία και τις κινητικές δεξιότητες, πριν λάβουν προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία. Σε σχετική μελέτη, οι Meyers et al. (1995) πραγματοποίησαν μία προοπτική μελέτη της νοητικής λειτουργίας σε ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα προκειμένου να εξακριβωθεί εάν αυτά τα ελλείμματα σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Εξέτασαν δύο ομάδες ασθενών: μια με πρόσφατα διαγνωσμένους χωρίς θεραπεία και μια με ασθενείς μετά τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία και πριν την προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα έχουν γνωστικά ελλείμματα πριν από τη λήψη χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, ειδικά στα τεστ λεκτικής μνήμης, εκτελεστικών λειτουργιών που ελέγχονται από το μετωπιαίο λοβό καθώς και συντονισμού των κινήσεων (Meyers et al., 1995).

Οι Κωσταράς και συν. (2011) εξέτασαν τη συσχέτιση αλκοολισμού και απελπισίας σε 150 νοσηλευόμενους άνδρες με διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα, ανεξαρτήτως τύπου και σταδιοποίησης. Μόνο το 12% γνώριζαν την ακριβή διάγνωση. Βρέθηκε αυξημένη συχνότητα προβλημάτων κατάχρησης-εξάρτησης από το αλκοόλ και η συννοσηρότητα αυτή εμφανίζεται υψηλότερη στις νεαρότερες ηλικίες. Δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας απελπισίας και της κατάχρησης αλκοόλ. Τα επίπεδα απελπισίας δεν διαφοροποιούνταν ανάμεσα στις δυο υποομάδες ασθενών (γνωρίζοντες και μη την διάγνωση) κι αυτό πιθανώς

σχετίζεται με την ανασφάλεια και τις υποψίες ή υποθέσεις των μη γνωριζόντων την διάγνωσή τους ασθενών (Κωσταράς και συν., 2011).

3.6. Ψυχολογικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα

Η διαφορετική θεώρηση του καρκίνου ως τραυματικού στρεσογόνου γεγονότος έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων θεωρητικών μοντέλων και παρεμβάσεων για τους ασθενείς με καρκίνο (Baum & Posluszny, 2001).

Η ψυχιατρική εκτίμηση των ασθενών με καρκίνο περιλαμβάνει πλήρη ιατρική αξιολόγηση της περιοχής, του σταδίου και της θεραπείας του καρκίνου και των συνοδών ιατρικών παθήσεων ή θεραπειών, εκτίμηση του ψυχιατρικού ιστορικού, της παρούσας ψυχικής κατάστασης και της κατανόησης της νόσου και της πρόγνωσής της και εκτίμηση των συστημάτων υποστήριξης. Η ιδανική ψυχιατρική θεραπεία απαιτεί ταυτόχρονη χρήση πολλαπλών μεθόδων (ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία κλπ) για ανακούφιση της ψυχικής δυσφορίας (Breitbart & Alici, 2009).

Πολυάριθμες μέθοδοι ψυχοθεραπείας (γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, παρέμβαση στην κρίση, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχοθεραπεία) έχει διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικές στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο (Breitbart & Alici, 2009).

Η ψυχοθεραπεία είναι μια προτιμώμενη από τον ασθενή και πολλά υποσχόμενη στρατηγική για την θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο. Τα στοιχεία από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι είναι χρήσιμη για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Ωστόσο, καμία απόδειξη δεν υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της για ασθενείς με κλινικά διαγνωσμένη κατάθλιψη (Akechi, et al., 2008).

Πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της ψυχολογικής θεραπείας για την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο, ωστόσο τα ευρήματα είναι αντικρουόμενα και καμία ανασκόπηση δεν έχει εξετάσει την κατάθλιψη σε ασθενείς με ανίατο καρκίνο. Ενώ υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη σε ασθενείς που δεν έχουν καρκίνο, είναι αβέβαιο ποιες θεραπείες είναι αποτελεσματικές σε καταθλιπτικούς ασθενείς με καρκίνο. Η αβεβαιότητα επιτείνεται στον καρκίνο του πνεύμονα εξαιτίας των ειδικών χαρακτηριστικών της πάθησης (Akechi et al., 2008).

Αναφορικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, οι συνδυασμένες θεραπείες μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογική και σωματική καταπόνηση στους ασθενείς με υψηλή συννοσηρότητα. Επιπλέον, ο ίδιος ο όγκος μπορεί να προκαλέσει πόνο και διατροφικά προβλήματα και προβλήματα στις στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι ασθενείς μπορεί να

αντιμετωπίζουν φόβο και κατάθλιψη, συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης, κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και κίνδυνο μόνιμης ανικανότητας. Το επακόλουθα των θεραπειών ποικίλουν ανάλογα με την επιλεγείσα διαδικασία (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία κλπ) (Lübbe et al., 2008).

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, χρησιμοποιούμενες σε συνδυασμό με την ιατρική θεραπεία, μειώνουν τη ναυτία και τον εμετό που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία καθώς και την ενόχληση από τον πόνο και το άγχος που σχετίζεται με τη δύσπνοια. Μειώνουν τη συναισθηματική δυσφορία και προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την ενισχυμένη αντιμετώπιση και μια αίσθηση ελέγχου και αισιοδοξίας (Ryan, 1996).

Παρόμοια, η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης εμετού σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πνεύμονα που λαμβάνουν χημειοθεραπεία (Parvez et al., 2007).

Σχετικά με την παραπομπή για ψυχιατρική παρακολούθηση, οι έρευνες επισημαίνουν ότι οι ογκολόγοι δεν αναγνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τους ασθενείς με δυσφορία. Οι Söllner et al. (2001) διερεύνησαν σε 298 ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία την αγωνία, την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και την επιθυμία για υποστηρικτική συμβουλευτική. Ταυτόχρονα 8 ογκολόγοι εκτίμησαν τη δυσφορία των ασθενών και την ανάγκη για ψυχοκοινωνική στήριξη. Η συμφωνία των ογκολόγων και των εργαλείων ελέγχου για τη δυσφορία του ασθενή και την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη ήταν αδύναμη ($\kappa=0.10$, $\kappa=0.05$). Η ορθή εκτίμηση της δυσφορίας ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και καρκίνου του πνεύμονα και σε ασθενείς χαμηλότερης τάξης (Söllner et al., 2001).

Σε άλλες έρευνες έχει εξεταστεί η χρήση των υπηρεσιών υποστήριξης από τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Στην έρευνα των Wiljer et al. (2012) οι περισσότεροι ασθενείς (70%) δεν κατευθύνονταν σε οποιεσδήποτε πηγές υποστήριξης για να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση του άγχους τους. Στην έρευνα των Mosher et al. (2013) με δείγμα 165 ασθενείς μόνο το 40% των ασθενών με έντονο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα και το 28% του συνολικού δείγματος ανέφεραν τρέχουσα χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, σχεδόν οι μισοί (47%) λάμβαναν υποστήριξη από έναν πνευματικό ηγέτη. Η ύπαρξη προχωρημένου σταδίου καρκίνου και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις προέβλεπαν τη λήψη πνευματικής υποστήριξης. Λίγοι ασθενείς οι οποίοι δεν λάμβαναν υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή πνευματική υποστήριξη ενδιαφέρονταν για αυτές (4-18%). 27% των ασθενών ενδιαφέρονταν για υπηρεσίες συμπληρωματικής-εναλλακτικής ιατρικής, ωστόσο το ποσοστό

χρήσης τους ήταν σχετικά χαμηλό (22%). Συνεπώς οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα χρησιμοποιούν σε περιορισμένο βαθμό τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά πολλοί λαμβάνουν βοήθεια από τους πνευματικούς ηγέτες (Mosher et al., 2013).

Μετά το τέλος της θεραπείας πρέπει να αντιμετωπιστεί ο ατέρμονος φόβος της υποτροπής της νόσου, η δύσπνοια και το αίσθημα ασφυξίας καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με τη νόσο (Lübbe et al., 2008).

Οι Walker et al. (2013b) στη συστηματική τους ανασκόπηση δε βρήκαν σχετικές κλινικές δοκιμές σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα που εμφανίζουν κατάθλιψη. Βρήκαν ωστόσο έξι μελέτες παρεμβάσεων που σκόπευαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε μη επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Σε αυτές επισημαίνεται ότι η εντατική φροντίδα είναι πιο αποτελεσματική από την πρότυπη φροντίδα στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ενώ φαίνεται λογικό να θεραπεύεται η κατάθλιψη σε άτομα με καρκίνο του πνεύμονα με τις πρότυπες θεραπείες έως ότου γίνουν διαθέσιμες πιο συγκεκριμένες ενδείξεις, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι η αποτελεσματικότητα και οι πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις από αυτές τις θεραπείες παραμένουν άγνωστες σε αυτούς τους ασθενείς (Walker et al., 2013b).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (ΣΥΠΖ) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

4.1. ΣΥΠΖ: ορισμός και χρήση της στην ογκολογία

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) προσδιορίζεται μέσα από προσπάθειες ερευνητών να δημιουργήσουν συστήματα εκτίμησης και εργαλεία μέτρησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, των παραμέτρων δηλαδή που συνιστούν την υγεία (Yfantopoulos, 2001).

Δεν υπάρχει ένας μοναδικός ορισμός της ΣΥΠΖ. Οι ορισμοί της ποικίλλουν από αυτούς με ολιστική έμφαση στην κοινωνική, συναισθηματική και φυσική ευεξία των ασθενών μετά την ολοκλήρωση κάποιας θεραπείας έως αυτούς που περιγράφουν την επίδραση της υγείας ενός ατόμου στην δυνατότητά του να διάγει μια ζωή πλήρη και δημιουργική σε όλα τα επίπεδα (Bullinger et al., 1998). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη ΣΥΠΖ ως «μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με σύνθετο τρόπο από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και τις προσωπικές πεποιθήσεις του ατόμου και τη σχέση τους με τα σημαντικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός τους» (World Health Organisation, 2016).

Η λειτουργικότητα είναι η πιο ουσιαστική διάσταση της ΣΥΠΖ και περιλαμβάνει τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και τη λειτουργικότητα των ρόλων. Οι άλλες βασικές διαστάσεις της είναι η ψυχική υγεία και η αντίληψη για τη γενική υγεία. Η ζωτικότητα, ο πόνος και η γνωστική λειτουργία είναι επίσης σημαντικές διαστάσεις της ΣΥΠΖ (Wilson & Cleary, 1995).

Είναι σαφές ότι η περιγραφή και η αξιολόγηση μιας δεδομένης κατάστασης της υγείας μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το ποιος κάνει την αξιολόγηση (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας ή το ευρύ κοινό). Οι ασθενείς διαφέρουν επίσης από το μη ενημερωμένο κοινό. Υπάρχει επίσης η άποψη ότι ενώ οι ασθενείς θα πρέπει να είναι η πηγή των πληροφοριών σχετικά με ποιες πτυχές της ζωής πρέπει να μετρηθούν, ο γενικός πληθυσμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να παρέχει εκτιμήσεις για τον προσδιορισμό του σχετικού βάρους που πρέπει να τοποθετείται σε κάθε διάσταση (O'Connor's, 2004).

Υπάρχουν περισσότερα από 800 εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ (Australian Centre on Quality of Life Instruments, 2013). Τα περισσότερα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (O'Connor's, 2004; Araujo et al., 2016):

1. εργαλεία μέτρησης ειδικά για μια συγκεκριμένη ασθένεια σε αντίθεση με τα γενικά εργαλεία μέτρησης και

2. εργαλεία μέτρησης μιας διάστασης σε αντίθεση με τα εργαλεία μέτρησης ευρέως φάσματος

Τα γενικά εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής προτιμώνται σε ασθενείς με πολλαπλές συνοδές παθήσεις και έχουν την ίδια ή καλύτερη ανταπόκριση στην αλλαγή σε σύγκριση με τα ειδικά εργαλεία μέτρησης (Hand, 2016). Προτείνονται ως καλύτερα, δεδομένου ότι μπορούν να αξιολογήσουν μια μεγάλη ποικιλία από δυσλειτουργίες που δεν είναι ειδικές για την πάθηση (π.χ. σύγχυση, κόπωση, σεξουαλική ανικανότητα, κατάθλιψη). Κατά γενικό κανόνα ωστόσο, ο συνδυασμός των γενικών και ειδικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών παρέχει συμπληρωματικές πληροφορίες (Asadi-Lari et al., 2004).

Η επιβίωση και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι δύο σημαντικά μέτρα έκβασης στην έρευνα και πρακτική για τον καρκίνο (Montazeri, 2008). Ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι περισσότεροι άνθρωποι επιζούν από τον καρκίνο τα αποτελέσματα των ερευνών για την ποιότητα ζωής έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια του χρόνου (Sanson-Fisher et al., 2010).

Μέχρι πρόσφατα η συντριπτική πλειοψηφία της ερευνητικής δραστηριότητας στην κλινική ογκολογία είχε εστιαστεί στις βιοϊατρικές παραμέτρους της νόσου με κύριο στόχο την αύξηση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών και των ποσοστών ανταπόκρισης της νόσου. Για παράδειγμα σε ανασκόπηση 10896 τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν από το 1990 έως το 1997, μόνο το 4,1% από αυτές αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής. Αξιοσημείωτη ωστόσο είναι η προοδευτική αύξηση του ποσοστού των μελετών που συνεκτίμησαν την ποιότητα ζωής από 1,5% το 1980 σε 8,2% το 1997, καταδεικνύοντας τη συνεχώς μεγαλύτερη ευαισθησία του ιατρικού κόσμου στη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της νόσου (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2003).

4.2. ΣΥΠΖ-καρκίνος πνεύμονα

Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν σημαντική επιβάρυνση λόγω της κακής πρόγνωσης, της συνοσηρότητας και των πολλαπλών συμπτωμάτων και έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής (Yorke et al., 2012; Davis, 2012; Brown Johnson et al., 2014) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό ή με τους επιζώντες από άλλους τύπους καρκίνου (Clauser et al. 2008; Larsson et l., 2012).

Οι σχετικές μελέτες κατά το παρελθόν επικεντρώνονταν σε παραδοσιακά σημεία έκβασης όπως η επιβίωση, η ελεύθερη νόσου επιβίωση ή ο έλεγχος των συμπτωμάτων. Εντούτοις, υπάρχουν ενδείξεις ότι η επιτυχημένη θεραπεία δε συνοδεύεται πάντοτε από βελτίωση στην ποιότητα ζωής (Sarna et al., 2010).

Πιο πρόσφατα οι ερευνητές έχουν αρχίσει να εκτιμούν τη σημασία της ΣΥΠΖ, η οποία αποτελεί βασικό σημείο έκβασης στη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου λόγω της φύσης της νόσου και της θεραπείας της (Siddiqui et al., 2010; Sloan, 2011). Επιπλέον, η ΣΥΠΖ είναι μια βασική έννοια και στον καρκίνο πνεύμονα τελικού σταδίου, καθώς η θεραπεία είναι κυρίως παρηγορητική γι' αυτούς τους ασθενείς (Salvo et al., 2009). Ως συνέπεια, οι ερευνητές έχουν αρχίσει να τη συμπεριλαμβάνουν στις έρευνές τους προκειμένου να αξιολογηθεί η έκβαση της θεραπείας και οι σχετικές μελέτες και δημοσιεύσεις έχουν αυξηθεί (Gralla & Thatcher, 2004; Sanson-Fisher et al., 2010).

Σε ένα πληθυσμό ασθενών με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας (όπως οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα) η αξιολόγηση και η διατήρηση της ποιότητας ζωής μετά τη θεραπεία είναι επιτακτική ανάγκη (Balduyck, Hendriks, Sardari Nia, Lauwers, & Van Schil, 2009).

Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα καθορίζεται από παράγοντες όπως το στάδιο της ασθένειας, η συνοσηρότητα, η πρόγνωση και η θεραπεία (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) (Gridelli et al., 2001; Postolache et al., 2014).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής βοηθά στο σχεδιασμό κατάλληλων στρατηγικών θεραπείας, θέτει πρακτικούς θεραπευτικούς στόχους και συμβάλλει στη σύγκριση διαφορετικών θεραπευτικών αγωγών επιτρέποντας την επιλογή των κατάλληλων λύσεων. Η ανομοιογένεια των μελετών και το υψηλό ποσοστό εγκατάλειψης των ασθενών αποτελούν βασικά προβλήματα κατά την αξιολόγηση. Ωστόσο, παρά τα μειονεκτήματα η ΣΥΠΖ σήμερα θεωρείται ότι είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της διαχείρισης του καρκίνου του πνεύμονα και θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά (Anant et al., 2005). Η ασυνέπεια στην ερμηνεία, ο υψηλός βαθμός διαρροής των ασθενών, η χρήση συχνά μη έγκυρων-αξιόπιστων εργαλείων

μέτρησης και η κακή μεθοδολογία είναι βασικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν (Gridelli et al., 2001).

Έχει σημειωθεί λοιπόν πρόοδος στην αξιολόγηση της ΣΥΠΖ μέσω των αναφερόμενων από τους ασθενείς αποτελεσμάτων («αναφερόμενες από τους ασθενείς εκβάσεις» ή «Patient reported outcomes»-PROs). Έτσι, οι κλινικές δοκιμές ενσωματώνουν πλέον τα σκορ των συμπτωμάτων και τα αποτελέσματα της ΣΥΠΖ στους σχεδιασμούς τους (Sloan, 2011). Υπάρχει συνεπώς ανάγκη εντοπισμού και παρέμβασης σε υποομάδες επιζώντων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και μειωμένης ποιότητας ζωής (Sigimura & Yang, 2006). Ακόμη, στον προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντικό παράγοντα καθώς η θεραπεία είναι σε μεγάλο βαθμό παρηγορητική (Salvo et al., 2009).

Γενικά οι επιζώντες του καρκίνου του πνεύμονα δεν βιώνουν την ίδια ποιότητα ζωής όπως τα υγιή άτομα ίδιας ηλικίας ή οι επιζώντες από άλλες μορφές καρκίνου (Sigimura & Yang, 2006). Εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής κατάπτωσης και μειωμένη ποιότητα ζωής (Floyd et al., 2011). Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα αφορούν στον ασθενή, τη νόσο και τη θεραπεία (Κατσαράγκης & Πατηράκη, 2007).

Ενώ τα αποτελέσματα της έρευνας στον καρκίνο του πνεύμονα έχουν επικεντρωθεί κυρίως στη βραχυπρόθεσμη επιβίωση και την ποιότητα ζωής, οι πληροφορίες σχετικά με τη μακροπρόθεσμη (δηλαδή >5 έτη μετά τη διάγνωση) επιβίωση από τον καρκίνο του πνεύμονα εξακολουθούν να είναι περιορισμένες (Sigimura & Yang, 2006). Περίπου το 1/4 των μακροχρόνιων επιζώντων από καρκίνο του πνεύμονα έχει σημαντικούς περιορισμούς στη σωματική ικανότητα ή στα αναφερόμενα σημαντικά συμπτώματα και παραβλάπτεται έτσι η ποιότητα ζωής τους.

Οι Yang et al. (2012) διεξήγαγαν μια διαχρονική μελέτη επτά ετών σε επιζώντες πρωτογενούς καρκίνου του πνεύμονα για τον εντοπισμό παραγόντων που σχετίζονται με τη μείωση ή τη βελτίωση της ΣΥΠΖ. Εντοπίστηκαν 447 μακροχρόνιοι επιζώντες μεταξύ 1997-2003 και παρακολουθήθηκαν μέχρι το 2007. Τα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ζωής αφορούσαν δύο περιόδους: βραχυπρόθεσμα (λιγότερο από 3 έτη) και μακροπρόθεσμα. 302 (68%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή και 122 (27%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή και ακτινοθεραπεία/χημειοθεραπεία. Υποτροπιάζουσες ή νέες κακοήθειες του πνεύμονα παρατηρήθηκαν σε 84 (19%) επιζώντες. Από τους 447 επιζώντες οι 155 (35%) ανέφεραν σημαντική μείωση στην ποιότητα ζωής και οι 67 (15%) σημαντική βελτίωση. Τα

σημαντικά επιδεινωμένα συμπτώματα στους 155 που ανέφεραν επιδείνωση της ποιότητας ζωής ήταν: κόπωση (69 %), πόνος (59 %), δύσπνοια (58 %), μειωμένη όρεξη (49%), βήχας (42%). Η επιβάρυνση των συμπτωμάτων δεν μειώθηκε στους 67 που ανέφεραν βελτίωση στη συνολική ποιότητα ζωής, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι επιζώντες είχαν προσαρμοστεί στη μειωμένη φυσική τους κατάσταση. Οι μακροχρόνιοι επιζώντες υπέστησαν σημαντική επιβάρυνση από τα συμπτώματα η οποία επιδείνωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς υπάρχει ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (Yang et al., 2012).

Το βάρος της φροντίδας των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα φέρουν τα μέλη των οικογενειών τους (Παπαγιάννης, 2001). Η κακή διαχείριση των συμπτωμάτων περιπλέκει τη φροντίδα των ασθενών και ενδεχομένως συμβάλλει στο βαρύ φορτίο που επιβαρύνει συχνά τους φροντιστές της οικογένειας, ειδικά καθώς η νόσος εξελίσσεται. Η πλειοψηφία των μελετών επικεντρώνεται στις εμπειρίες των πρωταρχικών φροντιστών, τις περισσότερες φορές στους συντρόφους/συζύγους. Τέτοιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι σύζυγοι των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν σημαντική δυσφορία και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η έρευνα δείχνει επίσης ότι οι Σημαντικοί Άλλοι περνούν από μια διαδικασία μετάβασης λόγω των αλλαγών που επέφερε η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα και του αγώνα για να αντέξουν, να διαχειριστούν και να ξεπεράσουν τις δυσκολίες και την αγωνία. Οι Σημαντικοί Άλλοι φάνηκαν να υποφέρουν κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας μετάβασης και βίωναν μεταβαλλόμενες σχέσεις. Πρέπει συνεπώς να αναπτυχθούν παρεμβάσεις για να υποστηρίξουν τόσο τους ασθενείς όσο και τους φροντιστές (Ellis, 2012).

4.3. Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με την ΣΥΠΖ των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα

Αρκετά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που σχετίζονται με τη ΣΥΠΖ τους έχουν διερευνηθεί, ωστόσο τα αποτελέσματα είναι ασαφή (Brown Johnson et al., 2014). Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής (Larsson et al., 2012) και υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης πριν από τη θεραπεία από τους άνδρες (Hopwood & Stephens, 2000). Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να μην επηρεάζει τη ΣΥΠΖ (Jatoi et al., 2007). Η μεγαλύτερη ηλικία κατά τη διάγνωση φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Langendijk et al., 2000; Gridelli et al., 2001), αλλά σε άλλες μελέτες, ο χειρότερη ΣΥΠΖ σχετιζόταν θετικά με την νεότερη ηλικία (Larsson et al., 2012). Η τριτοβάθμια εκπαίδευση έχει συνδεθεί επίσης με καλύτερη ποιότητα ζωής σε διάφορες μελέτες (Lam et al., 2013, Pierzynski et al., 2018).

Τα προχωρημένα στάδια της νόσου σχετίζονται με μείωση της ποιότητας ζωής, λόγω των πολλαπλών συμπτωμάτων (Larsson et al., 2012). Ο ρόλος των μεταστάσεων είναι επίσης σημαντικός και εκείνοι που έχουν μεταστάσεις έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής (Tripoli et al., 2001).

Σχετικά με το κάπνισμα, οι Brown Johnson et al. (2014) υποστηρίζουν ότι δεν επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, αλλά οι Pierzynski et al. (2018) διαπίστωσαν ότι οι πρώην/τωρινοί καπνιστές αναφέρουν χειρότερη ΣΥΠΖ από ό,τι όσοι δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

Αναφορικά με τον τύπο καρκίνου του πνεύμονα, η ΣΥΠΖ έχει αγνοηθεί σε μεγάλο βαθμό σε κλινικές δοκιμές στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC). Ειδικά στον προχωρημένο NSCLC χρησιμοποιείται συχνά ως δευτερεύον σημείο έκβασης (Cella & Patel, 2008; Saad et al., 2012). Ωστόσο υπάρχει αυξανόμενη αποδοχή από τους γιατρούς ότι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η βελτιωμένη ΣΥΠΖ θα πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά. Γενικά η ΣΥΠΖ προβλέπει την επιβίωση σε αυτό τον τύπο καρκίνου του πνεύμονα και αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια σημαντική έκβαση στη θεραπεία του (Cella et al., 2004; Cella & Patel, 2008). Έτσι ο αριθμός των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών για τον NSCLC που ενσωματώνουν εκτιμήσεις της ΣΥΠΖ έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (Claassens et al., 2011).

Άλλες έρευνες επισημαίνουν ότι είναι αμφίβολο εάν τα αποτελέσματα της ΣΥΠΖ μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Saad et al. (2012) εξετάστηκε η συχνότητα και οι συσχετισμοί τόσο στη χρήση όσο και στη βελτίωση της ΣΥΠΖ σε μελέτες NSCLC φάσης III, που δημοσιεύθηκαν

μεταξύ 1/1998 και 12/2009 σε 13 κορυφαία περιοδικά. Η έρευνα εντόπισε 122 κλινικές δοκιμές στις οποίες συμμετείχαν συνολικά 56.031 ασθενείς σε 273 σκέλη δοκιμών. Η ΣΥΠΖ έχει αξιολογηθεί επίσημα σε σχεδόν 60% των σύγχρονων κλινικών δοκιμών φάσης III σε προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και βρέθηκε μια σημαντική βελτίωση στη ΣΥΠΖ σχεδόν στις μισές περιπτώσεις. Δε βρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη βελτίωση της ΣΥΠΖ και την αύξηση της συνολικής επιβίωσης. Συνεπώς, είναι αμφίβολο αν τα αποτελέσματα της ΣΥΠΖ μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή μεταξύ των θεραπειών με διαφορετική επίδραση στη συνολική επιβίωση (Saad et al., 2012).

4.4. Συμπτώματα και ΣΥΠΖ

Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα βιώνουν γενικά σημαντική επιβάρυνση λόγω των συμπτωμάτων (ιδιαίτερα λόγω συμπτωμάτων αναπνευστικής φύσης, απώλειας όρεξης κλπ.), εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής κατάπτωσης και παρουσιάζουν μειωμένη ΣΥΠΖ (Yorke et al., 2012; Davis, 2012). Έχουν μεγάλο αριθμό προβλημάτων, καταναλώνουν πολλά φάρμακα και χρειάζονται συχνές ιατρικές επισκέψεις και παρεμβάσεις (Παπαγιάννης, 2001). Στην προχωρημένη νόσο παρατηρούνται επίσης πολλαπλά συμπτώματα, όπως κόπωση, πόνος, δύσπνοια, βήχας, αιμόπτυση και ανορεξία (Pearman, 2008).

Οι νέες εξελίξεις στην υποστηρικτική φροντίδα περιλαμβάνουν τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ασθένειας (αναπνευστικά προβλήματα, πόνος και καχεξία) και των παρενεργειών της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος, ωστόσο η ανακούφιση από τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συνεχιζόμενης έρευνας (Boyar & Raftoroylos, 2005).

Τα κύρια συμπτώματα που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής είναι η σχετιζόμενη με τον καρκίνο δύσπνοια, ο βήχας, η κόπωση, ο πόνος, η διάρροια, οι διαταραχές ύπνου και η απώλεια της όρεξης (Davis, 2012; Dean et al., 2013).

Η σχετιζόμενη με τον καρκίνο δύσπνοια φαίνεται ότι είναι ένα βασικό σύμπτωμα που επηρεάζει τη σωματική, κοινωνική και ψυχολογική ευεξία του ασθενούς (Smith et al., 2001; Davis, 2012). Σε σχετική μελέτη των Smith et al. (2001) σε 127 περιπατητικούς ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα σταδίου I-IV το 87% των συμμετεχόντων παρουσίασαν δύσπνοια και οι ασθενείς με υψηλό σκορ στην υποκλίμακα της δύσπνοιας είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η δύσπνοια ήταν χειρότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες και υπήρχε μια τάση των ηλικιωμένων ασθενών να αναφέρουν πιο σοβαρή δύσπνοια από τους νεότερους ασθενείς. Ακόμη η δύσπνοια ήταν πιο σοβαρή σε ασθενείς που λάμβαναν οποιοδήποτε αναλγητικά σε σύγκριση με τους ασθενείς που δε λάμβαναν οποιοδήποτε ή φάρμακα πόνου. Η βαθμολογία του πόνου και του άγχους ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με υψηλή δύσπνοια Δεν υπήρχε διαφορά στη δύσπνοια με βάση το στάδιο του καρκίνου, τον κυτταρικό τύπο ή την φυσική κατάσταση (Smith et al. , 2001).

Οι Langendijk et al. (2000c) επισήμαναν το σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει η ανακούφιση της δύσπνοιας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες στο μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) και την αυτοαναφερόμενη προ της θεραπείας ποιότητα ζωής και την

επίδραση της παρουσίας, της σοβαρότητας και των αλλαγών των αναπνευστικών συμπτωμάτων στα γενικά συμπτώματα και την ποιότητα ζωής. Η μελέτη συμπεριέλαβε 262 ασθενείς και χρησιμοποιήθηκαν το EORTC QLQ-C30 και το EORTC QLQ-LC13 για την εκτίμηση των συμπτωμάτων και την ποιότητα ζωής πριν από την ακτινοθεραπεία. Οι ασθενείς με μη εγχειρήσιμο NSCLC έδειξαν σημαντικές διαφορές στην αυτο-αναφερόμενη ποιότητα ζωής σε σχέση με κλινικούς προγνωστικούς παράγοντες. Μια σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη φυσική κατάσταση και την ποιότητα ζωής, αλλά όχι με τους άλλους προγνωστικούς παράγοντες. Η δύσπνοια ήταν το μόνο αναπνευστικό σύμπτωμα που σχετίστηκε σημαντικά με τα γενικά συμπτώματα, τη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, οι αλλαγές στη δύσπνοια συσχετίστηκαν σημαντικά με αλλαγές στη σωματική λειτουργικότητα και τη λειτουργικότητα ρόλων, την κούραση και την ολική ποιότητα ζωής (όπως αξιολογήθηκε στις 6 εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανακούφιση της δύσπνοιας μπορεί να έχει σημαντική ευεργετική επίδραση στην ποιότητα ζωής και ότι η ανακούφιση των άλλων αναπνευστικών συμπτωμάτων δεν συνδέεται απαραίτητα με βελτίωση των γενικών συμπτωμάτων, της σωματικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας ή της ολικής ποιότητας ζωής (Langendijk et al., 2000c).

Η ανασκόπηση των Yorke et al. (2012) αξιολόγησε 13 μελέτες των μη φαρμακολογικών και μη επεμβατικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση των αναπνευστικών συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Συμπεριλήφθηκαν 1383 ασθενείς εκ των οποίων 1296 ήταν ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Το πιο συχνά αξιολογούμενο και αναφερόμενο σύμπτωμα ήταν η δύσπνοια (n=9 μελέτες), ενώ ο βήχας και η αιμόπτυση αναφέρθηκαν σε μία μελέτη. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν είναι δυνατόν να συναχθούν σταθερά συμπεράσματα ως προς την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση των αναπνευστικών συμπτωμάτων στον καρκίνο του πνεύμονα και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση (Yorke et al., 2012).

Επίσης οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για διαταραχές ύπνου. Η εκτίμηση και η διαχείριση των κοινών συμπτωμάτων, όπως η δύσπνοια, μπορεί να βελτιώσει τον ύπνο και τελικά την ποιότητα ζωής. Οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να σχετίζονται περισσότερο με τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα από ό,τι με το άγχος ή την κατάθλιψη. Αν και οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν μια συνολικά αποδεκτή ποιότητα ύπνου όταν αξιολογούνται από μια μόνο ερώτηση, οι ίδιοι ασθενείς μπορεί να έχουν

αισθητά αυξημένη λανθάνουσα κατάσταση ύπνου ή μειωμένο συνολικό χρόνο ύπνου (Dean et al., 2013).

Μια από τις σημαντικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής είναι η σεξουαλική λειτουργικότητα του ατόμου. Η σεξουαλική λειτουργικότητα των ασθενών με καρκίνο αποτελεί σημαντική παράμετρο της ποιότητας ζωής, η οποία πολλές φορές υποεκτιμάται και παραμελείται από τους θεράποντες ιατρούς (Βόμβας, 2012). Κατά την ανασκόπηση δε βρέθηκαν σχετικές έρευνες σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

Τα δεδομένα από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι η έγκαιρη παρηγορητική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα ζωής και τα καταθλιπτικά συμπτώματα και μπορεί να παρατείνει την επιβίωση στους ασθενείς με προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα σε σύγκριση με την πρότυπη φροντίδα (Davis, 2012). Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς η πλειοψηφία των ασθενών με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζεται κατά τη στιγμή της διάγνωσης με μεταστατική νόσο σταδίου IV (Hirsh, 2014a).

Οι Larsson et al. (2012) εξέτασαν ασθενείς με προχωρημένο NSCLC και η ποιότητα ζωής ήταν σημαντικά μειωμένη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ υπήρχαν στατιστικά και κλινικά σημαντικές διαφορές σε όλες σχεδόν τις λειτουργικές κλίμακες και κλίμακες συμπτωμάτων του EORTC QLQ-C30. Η συνολική κατάσταση υγείας, η σωματική και συναισθηματική λειτουργικότητα και η λειτουργικότητα ρόλων επιδεινώθηκαν σημαντικά, ενώ τα πιο σοβαρά συμπτώματα ήταν η δύσπνοια, η κόπωση, ο βήχας, η αϋπνία, η απώλεια όρεξης και ο πόνος. Η κακή φυσική κατάσταση, η νεαρότερη ηλικία, το γυναικείο φύλο και το πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με χειρότερη ΣΥΠΖ (Larsson et al., 2012).

Στην έρευνα των Lemonnier et al. (2014) εξετάστηκε η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με NSCLC με τα ερωτηματολόγια SF-36 και EORTC QLQ C-30. Πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, σχεδόν το 60% των ασθενών είχαν υποβληθεί σε κάποιας μορφής χημειοθεραπεία, περίπου 10% υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή και στα δύο και περισσότερο από 30% υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση ή χειρουργική επέμβαση συν χημειοθεραπεία/ακτινοθεραπεία. το χαμηλότερο σκορ για τη διάσταση των συμπτωμάτων καταγράφηκε στη διάρροια και το υψηλότερο στην κόπωση. Αναφορικά με τις λειτουργικές διαστάσεις της ΣΥΠΖ, στο SF-36 η υψηλότερη μέση βαθμολογία βρέθηκε στην κοινωνική λειτουργικότητα ($55,5 \pm 28$) και η χαμηλότερη στην σωματική λειτουργικότητα

(17,9±32,2), ενώ στο EORTC QLQ C-30 η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφηκε στη γνωστική λειτουργικότητα και η χαμηλότερη στη λειτουργικότητα ρόλων.

Τα νοσηλευτικά προγράμματα και οι παρεμβάσεις για τη διαχείριση της δύσπνοιας μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα. Η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τα συναισθηματικά συμπτώματα, αλλά οι σχετικές ενδείξεις δεν είναι πειστικές. Άλλες ψυχοθεραπευτικές, ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι διατροφικές παρεμβάσεις δεν έχουν δείξει σχετική και διαρκή βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ρεφλεξολογία μπορεί να έχει κάποια ευεργετικά αποτελέσματα βραχυχρόνια (Rueda et al., 2011).

Αναφορικά με τη σωματική άσκηση, η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα και οι συναφείς θεραπευτικές παρεμβάσεις συνδέονται με μοναδικές και ποικίλου βαθμού παρενέργειες που μειώνουν σημαντικά την ικανότητα του ασθενούς να ανέχεται την άσκηση. Η περιορισμένη ικανότητα άσκησης προδιαθέτει σε αυξημένη ευαισθησία σε άλλες συχνές σχετιζόμενες με την ηλικία ασθένειες, κακή ποιότητα ζωής και πιθανόν σε πρόωρο θάνατο (Jones, 2011). Το περπάτημα είναι συνήθως η προτιμώμενη μορφή φυσικής δραστηριότητας στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Σε αντίθεση με το συμπέρασμα των Rueda et al. (2011), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι τα προγράμματα άσκησης δεν έχουν δείξει σχετική και διαρκή βελτίωση της ποιότητας ζωής, οι Lin et al. (2014) επισημαίνουν ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να προωθήσει και να διατηρήσει την υγεία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα.

Επίσης, τα τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι η άσκηση είναι μια ασφαλής και εφικτή βοηθητική θεραπεία για τους ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του πνεύμονα τόσο πριν όσο και μετά από πνευμονική εκτομή (Jones, Eves, Waner, & Joy, 2009). Κατά συνέπεια, η ποιότητα ζωής των ασθενών μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή σε άσκηση με περπάτημα για 6 μήνες. Η ενσωμάτωση ψυχολογικών στρατηγικών μπορεί να χρειαστεί να ενισχύσει τις θετικές επιπτώσεις της άσκησης με περπάτημα στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα (Lin et al., 2014).

Τέλος, η συστηματική ανασκόπηση των Granger et al. (2011) σε 16 μελέτες με συνολικά 675 ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις άσκησης για αυτούς τους ασθενείς είναι ασφαλείς πριν και μετά τη θεραπεία και σχετίζονται με θετικά οφέλη στην ικανότητα άσκησης, στα συμπτώματα και σε ορισμένους τομείς της ΣΥΠΖ. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι απαιτείται

παραιτέρω έρευνα για να καθοριστεί η επίδραση της άσκησης κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία του καρκίνου και σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, το βέλτιστο είδος άσκησης και η βέλτιστη ρύθμιση για την παροχή (Granger et al., 2011).

4.5. Μεταστάσεις και ΣΥΠΖ

Ο ρόλος των μεταστάσεων είναι σημαντικός στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα και εκείνοι που έχουν μεταστάσεις έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής (Tripoli et al., 2001).

Εγκεφαλικές μεταστάσεις εμφανίζονται σε 20-40% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Η χρήση της ακτινοθεραπείας ολόκληρου του εγκεφάλου (Whole Brain Radiation Therapy-WBRT) βελτιώνει πολλά νευρολογικά συμπτώματα και την ποιότητα ζωής και παρατείνει την επιβίωση. Οι οξείες παρενέργειες της WBRT είναι γενικά ήπιες και ασήμαντες ενώ οι όψιμες επιπλοκές είναι συχνά προοδευτικές, μη αναστρέψιμες και μπορεί να έχουν μια βαθιά επίδραση στη νευρογνωστική λειτουργία και στην ποιότητα ζωής. Παρ' όλα αυτά παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος για τη θεραπεία πολλών εγκεφαλικών μεταστάσεων, λόγω της αποτελεσματικότητάς της και της έλλειψης άλλων θεραπευτικών επιλογών (Shaw & Ball, 2013).

Σκοπός της προοπτικής μελέτης των Langendijk et al. (2000a) ήταν να διερευνήσει τις αλλαγές στα αναπνευστικά συμπτώματα και την ποιότητα ζωής σε 65 ασθενείς με τοπικά προχωρημένο και μεταστατικό μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία θώρακα. Επιπλέον, ερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο της ανακούφισης των συμπτωμάτων και την αντικειμενική ανταπόκριση του όγκου. Χρησιμοποιήθηκε το EORTC QLQ-C30 και το EORTC QLQ-LC13 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Οι εκτιμήσεις έγιναν πριν από την ακτινοθεραπεία και στις 2 εβδομάδες, 6 εβδομάδες, και 3 μήνες μετά την ακτινοθεραπεία. Τα ποσοστά ανταπόκρισης της ποιότητας ζωής ήταν εξαιρετικά για την αιμόπτυση (79%), καλά για τον πόνο στο χέρι/ώμο (56%), για τον πόνο στο θώρακα (53%) και το βήχα (49%), μέτρια για τη δύσπνοια (39%) και ελάχιστα για την κόπωση από τα γενικά συμπτώματα (22%) και την απώλεια της όρεξης (11%). Τα ποσοστά της ποιότητας ζωής για τις κλίμακες λειτουργικότητας του QLQ-C30 κυμαίνονταν από 35% για τη λειτουργικότητας ρόλων έως 57% για τη συναισθηματική λειτουργικότητα. Η ολική ποιότητα ζωής βελτιώθηκε σε 37% των περιπτώσεων. Σε γενικές γραμμές, υπήρξε μια τάση για καλύτερη ανακούφιση των συμπτωμάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με αντικειμενική ανταπόκριση του όγκου από ό,τι σε εκείνους χωρίς αντικειμενική ανταπόκριση, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική για τη δύσπνοια και την κοινωνική λειτουργικότητα. Η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει ότι η συμβατική ακτινοθεραπεία θώρακα προσφέρει ανακούφιση των αναπνευστικών συμπτωμάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό NSCLC. Η

μείωση του όγκου είναι μόνο ένας από τους μηχανισμούς με τους οποίους επιτυγχάνεται ανακούφιση των συμπτωμάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής (Langendijk et al., 2000a).

Ως προς τις σύγχρονες στρατηγικές υποστηρικτικής φροντίδας για τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα η μεγαλύτερης διάρκειας ακτινοθεραπεία προσφέρει όφελος στην επιβίωση και στα συμπτώματα σε σχέση με τη μικρής διάρκειας θεραπεία σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση (Freedman & Zimmermann, 2009).

Μέχρι τώρα περίπου 30-40% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα αναπτύσσουν οστικές μεταστάσεις. Ακόμη, καθώς οι νεότερες θεραπείες παρατείνουν την επιβίωση, η πιθανότητα ανάπτυξης οστικών μεταστάσεων αυξάνεται. Η κακή φυσική κατάσταση στη συνέχεια εμποδίζει τους ασθενείς να λάβουν περαιτέρω θεραπείες οι οποίες είναι διαθέσιμες σήμερα. Συνεπώς η πρόωγη ανίχνευση των οστικών μεταστάσεων μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Hirsh, 2014b).

4.6. Η σχέση της ΣΥΠΖ με την επιβίωση

Δεδομένου ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μία από τις κοινές μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο απαιτείται να γίνουν κατανοητές οι επιπτώσεις της εστίασης στη ΣΥΠΖ και στην επιβίωση (Montazeri et al., 2001). Η ΣΥΠΖ φαίνεται να προβλέπει την επιβίωση στους ασθενείς με καρκίνο (Montazeri et al., 2001; Lemonnier et al., 2014).

Οι Montazeri et al. (2001) διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στην επιβίωση και την ποιότητα ζωής σε 129 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, συγκρίνοντας τους ασθενείς που ζούσαν με εκείνους που απεβίωσαν μέσα σε 3 μήνες. 96 ασθενείς ήταν ζωντανοί στην επαναληπτική μέτρηση μετά τους 3 μήνες και από αυτούς μόνο οι 90 ήταν αξιολογήσιμοι. Η ανάλυση έδειξε ότι όσοι είχαν πεθάνει είχαν περισσότερα αντιλαμβανόμενα προβλήματα υγείας, υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων και σημαντικά χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα ρόλων και συνολική ποιότητα ζωής. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η πριν τη διάγνωση συνολική ποιότητα ζωής ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της διάρκειας της επιβίωσης, ακόμη και μετά την προσαρμογή για γνωστούς προγνωστικούς παράγοντες (ηλικία, έκταση της νόσου, συνολική ποιότητα ζωής), ενώ η φυσική κατάσταση, το φύλο και η απώλεια βάρους δεν ήταν. Η μελέτη επιβεβαίωσε ότι η πριν τη διάγνωση ποιότητα ζωής ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της επιβίωσης στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα (Montazeri et al., 2001).

Σε μεταγενέστερη ανασκόπηση ο ίδιος ερευνητής (Montazeri, 2008) εξέτασε όλες τις σχετικές δημοσιεύσεις μεταξύ 1982-2008. Συμπεριλήφθηκαν ετερογενή δείγματα ασθενών με καρκίνο, καρκίνο του πνεύμονα, καρκίνο μαστού, γαστρο-οισοφαγικού καρκίνου, καρκίνου του παχέος εντέρου, της κεφαλής και του τραχήλου, μελάνωμα και άλλους καρκίνους. Με ελάχιστες εξαιρέσεις τα ευρήματα έδειξαν ότι τα δεδομένα της ποιότητας ζωής ή κάποιες πτυχές τους ήταν σημαντικοί ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της διάρκειας επιβίωσης. Η συνολική ποιότητα ζωής, οι διαστάσεις λειτουργικότητας και το σκορ των συμπτωμάτων-όπως απώλεια όρεξης, κούραση και πόνος- ήταν οι πιο σημαντικοί δείκτες, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, για την πρόβλεψη του χρόνου επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο μετά την προσαρμογή για έναν ή περισσότερους δημογραφικούς και γνωστούς κλινικούς προγνωστικούς παράγοντες (Montazeri, 2008).

Πρόσφατη μελέτη των Lemonnier et al. (2014) έδειξε μια συνεχιζόμενη σχέση ανάμεσα στην καλύτερα αντιληπτή υγεία μετά την αρχική θεραπεία του μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (NSCLC) και την καλύτερη επιβίωση (Lemonnier et al., 2014). Η ολική ποιότητα ζωής αποτελεί επίσης σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την επιβίωση

σε ασθενείς με NSCLC που έχουν παθολογικούς λεμφαδένες και υποβάλλονται σε θεραπεία με ριζική ή θεραπευτική ακτινοθεραπεία (Langendijk et al., 2000b).

Αντίθετα είναι τα αποτελέσματα παλαιότερης μελέτης των Herndon et al. (1999) στην οποία δεν επιβεβαιώθηκε η προγνωστική σημασία της συνολικής ποιότητας ζωής στην επιβίωση. Ωστόσο, μετά από προσαρμογή για σημαντικούς κλινικούς παράγοντες ο αναφερόμενος από τον ασθενή πόνος είχε τη μεγαλύτερη προγνωστική σημασία. Οι κλινικοί παράγοντες που ήταν από κοινού προβλεπτικοί της φτωχότερης επιβίωσης περιλάμβαναν την κακή φυσική κατάσταση, ιστολογικό τύπο που δεν είναι αδενοκαρκίνωμα, την παρουσία δύσπνοιας, την απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 5% και τις μεταστάσεις στα επινεφρίδια. Οι υποκλίμακες του EORTC, στις οποίες οι ασθενείς ανέφεραν αυξημένο πόνο, απώλεια όρεξης, κόπωση, συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα, φτωχότερη συνολική ποιότητα ζωής και φτωχότερη σωματική λειτουργικότητα προέβλεπαν σημαντικά τη φτωχότερη επιβίωση. Οι πολυμεταβλητές αναλύσεις έδειξαν ότι η συνολική ποιότητα ζωής δεν αποτελούσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της επιβίωσης (Herndon et al., 1999).

4.7. Είδος θεραπείας και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα

Η αντинеοπλασματική θεραπεία φαίνεται ότι επηρεάζει ποικιλότροπα την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, αλλά τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα αφορούν κυρίως στην επίδραση της χημειοθεραπείας και λιγότερο της ακτινοθεραπείας και της χειρουργικής επέμβασης (Κατσαραγάκης & Πατηράκη, 2007).

Για το μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC), η θεραπεία είναι γενικά επιθετική, βασιζόμενη κυρίως στη χημειοθεραπεία. Η στρατηγική θεραπείας για το μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το στάδιο της νόσου και κυμαίνεται από χειρουργική επέμβαση μέχρι ανακουφιστική χημειοθεραπεία. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, πολύ μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί όσον αφορά την επιβίωση. Ως εκ τούτου, η επίδραση της θεραπείας στην ποιότητα ζωής έχει γίνει σταδιακά πιο σημαντική (Gridelli et al., 2001).

Η υποστηρικτική φροντίδα παίζει κεντρικό ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα (Boyar & Raftopoulos, 2005). Ειδικά για τους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα η υποστηρικτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλες τις θεραπευτικές επιλογές που θα μπορούσαν να προσφέρουν όφελος. Ανάλογα με την κλινική κατάσταση θα μπορούσε να περιλαμβάνει χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία, κατάλληλη διαχείριση των συμπτωμάτων και υποστήριξη της οικογένειας. Οι έρευνες που ενσωματώνουν μέτρα για τα συμπτώματα και την ποιότητα της ζωής αποτελούν πρόκληση, αλλά είναι επίσης απαραίτητες για την παροχή άριστης υποστηρικτικής φροντίδας (Freedman & Zimmermann, 2009).

Μετά την αρχική θεραπεία, ο καρκίνος του πνεύμονα απαιτεί συνεχή επίβλεψη και παρακολούθηση για τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες και για πιθανή υποτροπή και ένα διεπιστημονικό μοντέλο φροντίδας μπορεί να συνδέσει αποτελεσματικά τους ασθενείς με τις κατάλληλες υποστηρικτικές υπηρεσίες φροντίδας εγκαίρως (Ferrell et al., 2011).

4.7.1. Χειρουργική θεραπεία και ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπείας του καρκίνου του πνεύμονα (Postolache et al., 2014) και ο χρόνιος πόνος είναι η πιο συχνή επιπλοκή (Cannon et al., 2008). Η εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση σχετίζεται με μείωση της ποιότητας ζωής και ειδικότερα της σωματικής, κοινωνικής λειτουργικότητας και της λειτουργικότητας ρόλων (Balduyck et al., 2009; Chambers et al., 2010; Poghosyan et al., 2013). Ο μακροπρόθεσμος στόχος της χειρουργικής θεραπείας περιλαμβάνει τον έλεγχο του καρκίνου, την επιβίωση και την ποιότητα ζωής (Denton & Matloff, 1995; Win et al., 2005).

Ωστόσο υπάρχουν πολύ περιορισμένα στοιχεία για την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς ή την ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του πνεύμονα (Hendriks et al., 1996; Win et al., 2005) και οι καθοριστικοί παράγοντες και οι προγνωστικοί δείκτες της ποιότητας ζωής σε αυτούς τους ασθενείς παραμένουν ακόμη αόριστοι (Sterzi et al., 2013).

Μια διαφορά υπάρχει ανάμεσα σε αυτό που οι γιατροί θεωρούν ως σημαντικό κατά τη μετεγχειρητική περίοδο (θνησιμότητα και επιπλοκές) και σε αυτό που οι ασθενείς βλέπουν ως σημαντικό (μακροπρόθεσμη σωματική αναπηρία). Έτσι, οι γιατροί προσπαθούν να προβλέψουν μια μεταβατική κατάσταση (τη μετεγχειρητική περίοδο), ενώ οι ασθενείς ανησυχούν για τις πιο μόνιμες μετεγχειρητικές τους συνθήκες (Cykert et al., 2000).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι σωματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής επιδεινώνονται μετά από τη χειρουργική επέμβαση αλλά βελτιώνονται στο αρχικό επίπεδο στους 6 μήνες μετά την εγχείρηση (Cannon et al., 2008). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η ποιότητα ζωής εξακολουθεί να είναι σημαντικά μειωμένη στους 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση. Η ηλικία, η έκταση της χειρουργικής επέμβασης, η προεγχειρητική λειτουργία των πνευμόνων, η τεχνική πρόσβασης και η επικουρική θεραπεία μπορούν να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική ποιότητα ζωής (Balduyck et al., 2009).

Ως ενδεικτική αναφέρεται η μελέτη των Win et al.(2005), οι οποίοι εξέτασαν με τα ερωτηματολόγια EORTC QLQ-C30 και EORTC QLQ-LC13 110 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρκίνου του πνεύμονα. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν πριν την επέμβαση και ξανά στον πρώτο μήνα και στους 3 και 6 μήνες μετεγχειρητικά. Κατά μέσο όρο, είχαν υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας και χαμηλά επίπεδα συμπτωμάτων. Η συνολική ποιότητα ζωής είχε επιδεινωθεί σημαντικά 1 μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση αλλά είχε επιστρέψει στα προεγχειρητικά επίπεδα στους 3 μήνες. Τα συμπτώματα είχαν επιδεινωθεί σημαντικά στον 1 μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση, αλλά επανήλθαν στα αρχικά επίπεδα

σε 6 μήνες. Οι χαμηλές τιμές στις προεγχειρητικές κλίμακες της ποιότητας ζωής δε συσχετίστηκαν σημαντικά με κακή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Ωστόσο, οι ασθενείς με χαμηλή βαθμολογία στις λειτουργικές κλίμακες της ποιότητας ζωής προεγχειρητικά και υψηλή βαθμολογία στα προεγχειρητικά συμπτώματα ήταν πιο πιθανό να έχουν κακή μετεγχειρητική (στους 6 μήνες) ποιότητα ζωής. Συμπερασματικά, αν και η χειρουργική επέμβαση είχε βραχυπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, η ΣΥΠΖ είχε επιστρέψει στις προεγχειρητικές τιμές μέσα στους 6 μήνες. Η χαμηλή βαθμολογία στις λειτουργικές κλίμακες της ΣΥΠΖ και οι υψηλές προεγχειρητικές βαθμολογίες συμπτωμάτων σχετίστηκε με χειρότερη μετεγχειρητική ΣΥΠΖ (Win et al., 2005).

Παρόμοια είναι τα ευρήματα των Handy et al. (2002), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η προεγχειρητική λειτουργική κατάσταση της υγείας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση είναι σημαντικά μειωμένη. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών πεθαίνουν κατά τη διάρκεια των 6 μηνών μετά την εγχείρηση. Ο πόνος και η μείωση της λειτουργικής κατάστασης της υγείας παραμένει για 6 μήνες μετά την εγχείρηση. Η προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία, η έκταση της εκτομής, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές ή η επικουρική θεραπεία δεν επηρεάζουν δυσμενώς τη λειτουργική κατάσταση της υγείας ή την ποιότητα ζωής 6 μήνες μετά την επέμβαση. Συνεπώς για τουλάχιστον 6 μήνες μετά την επέμβαση παρατηρείται σημαντική σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική αναπηρία (Handy et al., 2002).

Αναφορικά με τον τύπο καρκίνου του πνεύμονα η χειρουργική εκτομή είναι σήμερα η καλύτερη διαθέσιμη θεραπεία για την ενίσχυση της μακροπρόθεσμης επιβίωσης στο μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) (Poghosyan et al., 2013). Αν και παραμένει η θεραπεία εκλογής στον NSCLC πρώιμου στάδιου, η πρόγνωση παραμένει ζοφερή, ακόμη και μετά τη χειρουργική θεραπεία (Li et al., 2004). Στη συστηματική ανασκόπηση των Poghosyan et al. (2013) σε ασθενείς με NSCLC σταδίου I , II ή III η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχαν σταθερή ή βελτιωμένη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής στους 6 μήνες μετά την επέμβαση. Ωστόσο είχαν χειρότερη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σε σύγκριση με την προ-εγχειρητική κατάσταση, οι συμμετέχοντες είχαν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα στους 6 μήνες μετά την επέμβαση και μειωμένη σωματική λειτουργικότητα έως 2 χρόνια μετά την επέμβαση. Ο πόνος, η κόπωση, η δύσπνοια και ο βήχας ήταν τα πιο συχνά συμπτώματα. Τα αυξημένα επίπεδα δύσπνοιας και κόπωσης παρέμειναν για τουλάχιστον 2 χρόνια μετά την επέμβαση. Η συνέχιση του καπνίσματος, η παρουσία συνοδών νοσημάτων, η εκτεταμένη χειρουργική

εκτομή και η χρήση επικουρικής θεραπείας συσχετίστηκαν με χαμηλότερο σκορ στην ποιότητα ζωής (Poghosyan et al., 2013).

Ελάχιστες επίσης έρευνες έχουν εξετάσει ασθενείς που χειρουργήθηκαν για δεύτερο πρωτοπαθή καρκίνο των πνευμόνων τους. Σε μια σχετική μελέτη των Asaph et al. (2000) σε περισσότερους από 800 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονα από το 1980, 37 ασθενείς παρουσιάστηκαν με δεύτερο καρκίνο του πνεύμονα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χειρουργική θεραπεία του δεύτερου πρωτοπαθούς πνευμονικού νεοπλασματος μπορεί να πραγματοποιηθεί σε επιλεγμένους ασθενείς με αποδεκτή μακροχρόνια επιβίωση (Asaph et al., 2000). Ωστόσο δε βρέθηκε κάποια έρευνα που να εξετάζει την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Ο χρόνιος πόνος είναι η πιο κοινή επιπλοκή μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του πνεύμονα και κυρίαρχος στην μετεγχειρητική επανεκτίμηση μετά τους 6 μήνες (Cannon, Win & Ferguson, 2008). Η πιθανότητα μακροχρόνιου πόνου επηρεάζεται, εκτός των άλλων, και από τις χειρουργικές τεχνικές (Asaph et al., 2000).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμμετοχή σε προγράμματα συστηματικής αποκατάστασης μπορεί να βελτιώσει τις δυσμενείς συνέπειες τόσο του υποκείμενου καρκίνου του πνεύμονα όσο και της εγχείρησης (Li et al., 2004; Li et al., 2013).

Καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα είναι ηλικιωμένοι αρκετές έρευνες εξετάζουν την ποιότητα ζωής ειδικά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν σύνθετα ιατρικά ιστορικά και πλήθος συνοδών νοσημάτων. Σε αυτούς τους ασθενείς με τις περιορισμένες προσδοκίες επιβίωσης, η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η ποιότητα ζωής και η ευκολία της θεραπείας είναι ιδιαίτερα σημαντικά σημεία έκβασης (Gralla, 2004).

Βέβαια δεν είναι όλα αρνητικά για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει, σε αντίθεση με τη γενική αντίληψη, ότι τα ηλικιωμένα άτομα αποδέχονται ευκολότερα τη διάγνωση του καρκίνου και είναι πιο θετικοί στη διενέργεια ειδικής θεραπείας και πιο αποφασισμένοι να υποστούν τις παρενέργειές της. Ακόμη τα ηλικιωμένα άτομα έχουν εξοικειωθεί με τη χρησιμοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών και αποδέχονται ευκολότερα την ιδέα της αρρώστιας και του θανάτου. Εξαίρεση αποτελούν εκείνοι οι ηλικιωμένοι που λόγω διαταραχών της ψυχικής τους υγείας αδυνατούν να συνεργαστούν (Συρίγος & Διονέλης, 2003).

Στην έρευνα των Chambers et al. (2010) οι ασθενείς άνω των 70 ετών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανταποκρίθηκαν, όπως και οι νεότεροι ασθενείς, όσον αφορά τη

νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την ποιότητα ζωής. Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στα πενταετή ποσοστά επιβίωσης μετά από επέμβαση για το αρχικό στάδιο της νόσου. Επιπλέον, τα ποσοστά θνησιμότητας στις 30 ημέρες, η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και η πτώση της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων (Chambers et al., 2010).

Περαιτέρω, καθώς το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης στον καρκίνο του πνεύμονα είναι χαμηλό λίγες έρευνες έχουν εξετάσει την ποιότητα ζωής σε μακροχρόνια επιζώντες. Αν και δεν υπάρχουν διαθέσιμες προοπτικές μελέτες, τα αναδρομικά δεδομένα δείχνουν ότι οι μακροχρόνια επιζώντες μετά από εγχείρηση για καρκίνο του πνεύμονα έχουν καλή ποιότητα ζωής, παρά τη μειωμένη σωματική λειτουργικότητα (Li et al., 2004).

Οι Sterzi et al. (2013) αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής σε 67 μακροχρόνιους επιζώντες καρκίνου του πνεύμονα πέντε χρόνια μετά την επέμβαση. Το φύλο συνδέθηκε με τη λειτουργικότητα ρόλων και τα συμπτώματα και οι άνδρες ανέφεραν πιο συχνά κούραση και πόνο, απώλεια όρεξης, βήχα και αιμόπτυση. Το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε με καλύτερη γνωστική λειτουργία. Τα συμπτώματα ήταν χειρότερα στους νεότερους ασθενείς και στα άτομα με μεγάλη συννοσηρότητα. Οι ασθενείς που λάμβαναν συμπληρωματική θεραπεία υπέφεραν με μεγαλύτερη ευκολία από κόπωση και αϋπνία και σε μικρότερο βαθμό από ναυτία και εμετό, δυσκοιλιότητα και από σχετιζόμενο με οικονομικές δυσκολίες άγχος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αρκετά προεγχειρητικά χαρακτηριστικά συσχετίζονται μέτρια με την ποιότητα ζωής σε μακροχρόνιους επιζώντες καρκίνου του πνεύμονα (Sterzi et al., 2013).

4.7.2. Ακτινοθεραπεία και ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί επίσης μια συχνή θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα (American Cancer Society, 1998; European Lung Foundation, 2018). Η ακτινοθεραπεία υψηλής δόσης ή η ταυτόχρονη χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία φαίνεται να είναι μια καλά ανεκτή θεραπευτική επιλογή με διατήρηση της ποιότητας ζωής (Pijls-Johannesma et al., 2009).

Οι Langendijk et al. (2001) εξέτασαν ασθενείς με NSCLC που λάμβαναν ριζική ακτινοθεραπεία και διαπίστωσαν ότι οι βαθμολογίες ήταν εξαιρετικές για την αιμόπτυση, καλές για τον πόνο στο στήθος, για τον πόνο στον βραχίονα/ώμο και για την απώλεια όρεξης και χαμηλές για τη δύσπνοια, το βήχα και την κόπωση. Η βαθμολογία κυμαινόταν από 35% για τη σωματική λειτουργικότητα και τη λειτουργικότητα ρόλων έως 55% για την κοινωνική και τη γνωστική λειτουργικότητα, ενώ η βαθμολογία για τη συνολική ποιότητα ζωής ήταν 36%.

Στη μελέτη των Ozturk et al. (2009) αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ - C30 η ποιότητα ζωής σε 28 μακροχρόνια επιζώντες μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα που υποβλήθηκαν σε ριζική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Η μέση διάρκεια της παρακολούθησης ήταν 46 μήνες. Η ισχυρότερη θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη σωματική λειτουργικότητα και τη γνωστική λειτουργικότητα και τη λειτουργικότητα ρόλων. Η αρχική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το καθεστώς ασφάλισης υγείας, το στάδιο, η χημειοθεραπεία, οι συνοδές ασθένειες και το παθητικό κάπνισμα προσδιορίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η σωματική, γνωστική και συναισθηματική λειτουργικότητα και η λειτουργικότητα ρόλων βρέθηκαν να είναι σημαντικά χαμηλότερες με την παρουσία δύσπνοιας. Αναφορικά με τις κλίμακες συμπτωμάτων η δύσπνοια βρέθηκε να συσχετίζεται με αύξηση της κόπωσης, του πόνου, της αϋπνίας και με απώλεια όρεξης. Συνολικά διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών που επέζησαν τουλάχιστον 2 χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία ήταν καλή (Ozturk et al., 2009).

Οι Langendijk et al. (2000b) εξετάζοντας 198 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με υψηλή δόση εξωτερικής ακτινοβολίας βρήκαν ότι η ολική ποιότητα ζωής είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την επιβίωση σε ασθενείς με NSCLC που υποβάλλονται σε θεραπεία με ριζική ή θεραπευτική ακτινοθεραπεία (Langendijk et al., 2000b).

Σε άλλη μελέτη των Langendijk et al. (2002d) διερευνήθηκαν οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής σε 46 ασθενείς με μη-εγχειρήσιμο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ασθενείς (NSCLC) σταδίου I που υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία. Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία με τη χρήση των ερωτηματολογίων EORTC QLQ-C30 και QLQ-LC13. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των εν ζωή ασθενών ήταν 34 μήνες και η μέση επιβίωση ήταν 19 μήνες. Κανένας από τους ασθενείς με τοπικά εστιασμένη αγωγή δεν ανέπτυξε περιφερειακή υποτροπή. Μια σημαντική σταδιακή αύξηση παρατηρήθηκε με την αύξηση του χρόνου για τη δύσπνοια, την κόπωση και την απώλεια όρεξης. Σημαντική σταδιακή επιδείνωση παρατηρήθηκε επίσης στη λειτουργικότητα ρόλων. Δεν σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές για τα άλλα συμπτώματα ή στις άλλες κλίμακες λειτουργικότητας. Παρατηρήθηκαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δυσφαγίας, η οποία επέμενε μέχρι τους 12 μήνες, σε εκείνους που υποβλήθηκαν σε θεραπεία στους περιφερειακούς λεμφαδένες, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν τοπικά εστιασμένη αγωγή. Μετά από ακτινοθεραπεία για μη εγχειρήσιμο NSCLC σταδίου I παρατηρήθηκε μια σταδιακή αύξηση στη δύσπνοια, στην κόπωση και στην απώλεια της όρεξης σε συνδυασμό με μια σημαντική επιδείνωση της λειτουργικότητας ρόλων πιθανώς λόγω της προϋπάρχουσας, αργά εξελισσόμενης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και λόγω των προκαλούμενων από την ακτινοβολία πνευμονικών αλλαγών (Langendijk et al., 2002d).

Στη μελέτη των Grutters et al. (2010) η μέση αυτο-αναφερόμενη βαθμολογία υγείας στο ερωτηματολόγιο EQ-VAS (EuroQol Visual Analogue Scale) ήταν 69/100. Οι ερωτηθέντες με σοβαρές παρενέργειες είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες από ό,τι οι ερωτηθέντες χωρίς σοβαρές παρενέργειες. Οι υποομάδες με βάση την αρχική μορφή θεραπείας αποκάλυψαν στατιστικά σημαντικά διαφορετικά αποτελέσματα και οι παρενέργειες είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Αυτό τονίζει την ανάγκη να ερευνηθούν οι τρόποι θεραπείας που όχι μόνο βελτιώνουν την επιβίωση, αλλά επίσης βελτιώνουν τις παρενέργειες και την ποιότητα ζωής (Grutters et al., 2010).

Η επιθετική ακτινοθεραπεία ή η ταυτόχρονη χημειο-ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα οδηγεί σε υψηλή συχνότητα εμφάνισης σοβαρής τοξικότητας, κυρίως του οισοφάγου. Στη μελέτη των Pijls-Johannesma et al. (2009) η συνολική ποιότητα ζωής μειώθηκε λίγο μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας αλλά αυξήθηκε και πάλι στην αρχική τιμή μέσα σε 3 μήνες. Η μέση βαθμολογία στη λειτουργικότητα ρόλων, τη γνωστική λειτουργία, τη δύσπνοια, τη δυσφαγία και τη βραχνάδα παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση με την

πάροδο του χρόνου. Η συναισθηματική λειτουργικότητα βελτιώθηκε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Σοβαρή οισοφαγίτιδα αναφέρθηκε μόνο σε 12 % των ασθενών. Ο όγκος στάδιου ΙΙΑ, στάδιου ΙΙΒ, το φύλο και η κόπωση ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής (Pijls-Johannesma et al., 2009).

4.7.3. Χημειοθεραπεία και ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα

Η χημειοθεραπεία ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία αποτελεί μια βασική θεραπευτική επιλογή για τον μικροκυτταρικό και μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (American Cancer Society, 2018; European Lung Foundation, 2018).

Η ανακούφιση των συμπτωμάτων μέσω της χημειοθεραπείας συσχετίζεται θετικά με την ΣΥΠΖ και τη διάρκεια της επιβίωσης. Τα δυνητικά ανακουφιστικά πλεονεκτήματα της χημειοθεραπείας στη ΣΥΠΖ έχουν διερευνηθεί για διάφορους παράγοντες σε δοκιμές καρκίνου του πνεύμονα (Gralla, 2004), ωστόσο, η ερμηνεία των στόχων της ΣΥΠΖ είναι δύσκολη λόγω των πολλών μεθοδολογικών προβλημάτων (Dooms et al., 2006).

Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου και λαμβάνουν κυρίως παρηγορητική θεραπεία, η οποία αποτελείται από διάφορα σχήματα χημειοθεραπείας (Davis, 2012; Wintner et al., 2013). Ενώ διάφορες μεταanalύσεις απέδειξαν το όφελος της παρηγορητικής χημειοθεραπείας για την ποιότητα ζωής και την επιβίωση, ο βέλτιστος συνδυασμός φαρμάκων και ο αριθμός των συνεδριών παραμένουν υπό μελέτη (Freedman & Zimmermann, 2009).

Η συστηματική χημειοθεραπεία γίνεται επίσης αποδεκτή ως πρότυπη θεραπεία για τους ασθενείς με προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) και φαίνεται να έχει μια θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής (Mannion et al., 2014). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι σε αυτούς τους ασθενείς η χημειοθεραπεία βελτιώνει την επιβίωση οριακά αλλά οι εκβάσεις που αφορούν στην ποιότητα ζωής είναι λιγότερο δημοσιοποιημένες (Ganguli et al., 2013). Επίσης, νεότερες στοχευμένες θεραπείες υπόσχονται αποτελεσματικότητα χωρίς την τοξικότητα που συνήθως παρατηρείται με τη συμβατική χημειοθεραπεία (Fallowfield & Harper, 2005).

Στη μελέτη των Wintner et al. (2013) διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής 187 ασθενών κατά τη διάρκεια των πολλαπλών σχημάτων χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς ανέφεραν σταθερές βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανεξάρτητα από το χημειοθεραπευτικό σχήμα. Το βασικό εύρημα της μελέτης είναι ότι όλες οι πτυχές της ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30 παρέμειναν αμετάβλητες κατά τη διάρκεια κάθε σχήματος χημειοθεραπείας. Μεταξύ των σχημάτων θεραπείας βρέθηκαν έντονες διαφορές, υποδεικνύοντας ότι τα μεταγενέστερα σχήματα παρηγορητικής χημειοθεραπείας συσχετίζονται με μεγαλύτερη μείωση στην ποιότητα ζωής. Αυτές οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής μπορεί πρωτίστως να μην συσχετίζονται με τη θεραπεία, αλλά μάλλον

αναφέρονται σε βλάβες που οφείλονται στην εξέλιξη της νόσου και μπορεί να αποτελούν εν μέρει συνέπεια των προγενέστερων θεραπειών (Wintner et al., 2013).

Η μετα-ανάλυση του Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group (2010) έδειξε ότι η χημειοθεραπεία βελτιώνει την επιβίωση σε όλους τους ασθενείς με προχωρημένο NSCLC. Ωστόσο η ποιότητα ζωής δεν ήταν δυνατό να αξιολογηθεί επίσημα.

Οι Fallowfield & Harper (2005) εξέτασαν δεδομένα της ΣΥΠΖ σε 32 τυχαιοποιημένες μελέτες συμβατικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με προχωρημένο NSCLC. Παρά τις μεθοδολογικές αδυναμίες οι μελέτες που συνέκριναν τη χημειοθεραπεία με την καλύτερη υποστηρικτική φροντίδα αναγνώρισαν σταθερά ότι κάποια στοιχεία της ΣΥΠΖ βελτιώθηκαν με τη χημειοθεραπεία, παρά την τοξικότητα πολλών σχημάτων (Fallowfield & Harper, 2005).

Οι Tanvetyanon et al. (2007) έκαναν συστηματική ανασκόπηση των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών φάσης III προχωρημένου NSCLC (14 μελέτες-6.665 ασθενείς) οι οποίες ανέφεραν τη ΣΥΠΖ ως ένα σημείο έκβασης. Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές στη συνολική ΣΥΠΖ που να σχετίζονται με τα πρότυπα χημειοθεραπευτικά σχήματα για τον προχωρημένο NSCLC. Ωστόσο η έλλειψη ομοιομορφίας στην ανάλυση και μια φτωχή συμμόρφωση στις εκτιμήσεις της ΣΥΠΖ κάνει τη σύγκριση ανάμεσα στις μελέτες δύσκολη (Tanvetyanon et al., 2007).

Τέλος, στην έρευνα των Lithoxoroulou et al. (2014) εκτιμήθηκε η ποιότητα ζωής σε 282 ασθενείς που παραπέμφθηκαν για χημειοθεραπεία σε εξειδικευμένο κέντρο στην Ελλάδα με τη χρήση τριών κλιμάκων: FACT-L, SF-36 and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Σε σύγκριση με την πρώτη χημειοθεραπεία, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική επιδείνωση στη σωματική ευεξία των ασθενών στις επόμενες χημειοθεραπείες. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική βελτίωση στη συναισθηματική ευεξία, στην ψυχική υγεία και την κοινωνική λειτουργικότητα στις χημειοθεραπείες μετά την πρώτη. Η αρχική φυσική κατάσταση ήταν συνεπής με την επιβίωση, η ακτινοθεραπεία βελτίωσε την επιβίωση, η ύπαρξη μεταστάσεων παρεμπόδισε την επιβίωση και ο αριθμός των χημειοθεραπειών και οι βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής σχετίζονταν θετικά με την επιβίωση. Παρόλο που η σωματική λειτουργικότητα των ασθενών επιδεινώθηκε μετά τη χημειοθεραπεία η ψυχολογική τους κατάσταση, η ψυχική υγεία και η κοινωνική λειτουργικότητα βελτιώθηκε σε σύγκριση με την πρώτη χημειοθεραπεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο φόβο του άγνωστου και στο βίωμα άγχους των ασθενών πριν από τη θεραπεία τους. Όσον αφορά στα αποτελέσματα της ανάλυσης επιβίωσης, όσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβίωση (Lithoxoroulou et al., 2014).

4.8. Μέτρηση της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα

Η ποιότητα ζωής στην ογκολογία θεωρείται ως ένα σημείο έκβασης στις κλινικές δοκιμές και αρκετές κλίμακες έχουν γίνει αποδεκτές για τη μέτρησή της παράλληλα με άλλους κλινικούς προσδιορισμούς (Camps et al., 2009). Τα διάφορα εργαλεία μέτρησης που είναι διαθέσιμα για τη μέτρηση της ΣΥΠΖ έχουν καλή συσχέτιση με την γενική κατάσταση υγείας, τα συμπτώματα και την επιβίωση (Anant et al., 2005).

Τα μέτρα που αντανakλούν την κατάσταση των συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι απαραίτητα για τη βελτίωση της φροντίδας, διευκολύνουν τις αποφάσεις ατομικής θεραπείας και αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των αναδυόμενων θεραπειών κατά του καρκίνου (Soni et al., 2002; Cella, 2004; Sarna & Riedinger, 2004). Είναι επίσης χρήσιμα για την πρόβλεψη της επιβίωσης (Wang et al., 2010).

Ωστόσο λίγες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές έχουν αξιολογήσει μέχρι σήμερα σωστά την ποιότητα της ζωής. Η ασυνέπεια στην ερμηνεία, ο υψηλός βαθμός διαρροής των ασθενών, η χρήση συχνά μη έγκυρων-αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης και η κακή μεθοδολογία είναι βασικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν (Gridelli et al., 2001).

Η εκτίμηση των συμπτωμάτων απαιτεί σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία που είναι εύκολα στη χρήση και γρήγορα στη χορήγηση (Gridelli et al., 2001). Η επιλογή των ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων και η ερμηνεία τους είναι πολύ σημαντικά. Τα αποτελέσματα και οι εκβάσεις της ποιότητας ζωής είναι σημαντικά μόνο όταν τα δεδομένα συλλέγονται και αναλύονται σωστά. Στη συνέχεια, μπορούν να θεωρηθούν ως συνιστώσες της συνολικής αξίας μιας θεραπείας, παρέχοντας μια ολοκληρωμένη εικόνα για τα οφέλη και τους κινδύνους των αντικαρκινικών θεραπειών (Hirsh, 2013).

Γενικότερα έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Συνήθως τα πολυδιάστατα, σταθμισμένα εργαλεία περιλαμβάνουν αναφερόμενα από τον ασθενή αποτελέσματα («Patient reported outcomes-PROS») και αξιολογούν τις σωματικές, λειτουργικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα και τη θεραπεία του. Τέτοια σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούνται πλέον συχνά σε κλινικές δοκιμές που εκτιμούν την αξία συγκεκριμένων αντικαρκινικών θεραπειών (Gralla & Thatcher, 2004).

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι τα εξής:

1. European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 και LC-13: Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας.
2. Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L)
3. Κλίμακα Συμπτωμάτων για τον Καρκίνο του πνεύμονα (Lung Cancer Symptom Scale- LCSS)
4. M. D. Anderson Symptom Inventory Lung Cancer (MDASI-LC)

Στην ανασκόπηση των Claassens et al. (2011) στο 57% των μελετών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της EORTC. Οι Montazeri et al. (1998) πραγματοποίησαν βιβλιογραφική ανασκόπηση καλύπτοντας 25 χρόνια (1970-1995) και βρήκαν ότι το EORTC QLQ-LC13, σε συνδυασμό με το QLQ-C30 ήταν συχνότερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης

Παρόμοια σε πρόσφατη ανασκόπηση των Mannion et al. (2014) σε κλινικές μελέτες ασθενών με προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) που λαμβάνουν παρηγορητική χημειοθεραπεία (άρθρα δημοσιευμένα μεταξύ Αύγουστου 1986-Οκτώβριου 2011) 103 μελέτες μετρούσαν την ποιότητα ζωής με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων και 53 από αυτές εκτιμούσαν τις επιπτώσεις της παρηγορητικής χημειοθεραπείας. Το EORTC ήταν το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο. (Mannion et al., 2014).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα από τις διεθνείς μελέτες υποστηρίζουν ότι το EORTC QLQ-LC13 είναι ένα κλινικά έγκυρο και χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση ειδικών ως προς τη νόσο και τη θεραπεία συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές, όταν συνδυάζεται με το βασικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής της EORTC.

Οι Salvo et al. (2009) πραγματοποίησαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για να εξετάσουν τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής σε κλινικές δοκιμές που μελετούν την ποιότητα ζωής ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων στον πρωτογενή ή μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα μέσω της χρήσης της ακτινοθεραπείας. Το EORTC QLQ - C30 ήταν το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής (σε δεκατρείς από τις είκοσι δοκιμές) (Salvo et al., 2009).

Ωστόσο άλλοι ερευνητές επισημαίνουν ότι τα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ, μολονότι συχνά συμπεριλαμβάνουν ερωτήσεις για συμπτώματα, δεν είναι απαραίτητα καθεαυτά εργαλεία μέτρησης συμπτωμάτων (Kirkova et al., 2006).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός της έρευνας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα επηρεάζεται η ψυχική υγεία και κατά συνέπεια η προσαρμογή στην ασθένεια και η ποιότητα ζωής. Από την άλλη, η εμφάνιση της ασθένειας αλλά και η αποδοχή της καθορίζονται από τις δυνατότητες του ατόμου αλλά και από μια γενικότερη θεώρηση ότι τα γεγονότα του μέλλοντος είναι προβλέψιμα. Η θεωρία της αίσθησης συνεκτικότητας, εντασσόμενη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, αποτελεί μια ενδιαφέρουσα εξήγηση για την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν έρευνες που να εξετάζουν την επίδραση της αίσθησης συνεκτικότητας στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής στους ασθενείς με καρκίνο. Η διερεύνησή τους καθίσταται επιτακτική εάν ληφθούν υπόψη τα επιδημιολογικά δεδομένα του καρκίνου του πνεύμονα, η φτωχή πρόγνωσή του αλλά και η μικρή έκταση της εφαρμογής ψυχολογικών παρεμβάσεων σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξεταστεί η αίσθηση συνεκτικότητας, η ψυχική υγεία και η ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα και να προσδιοριστούν οι δημογραφικοί και σχετιζόμενοι με την νόσο παράγοντες που τις επηρεάζουν. Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων θα συμβάλει στη διατύπωση προτάσεων για την προσαρμογή στην ασθένεια και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της θεωρίας της αίσθησης συνεκτικότητας και της επιστήμης της ψυχολογίας.

5.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία διαμορφώθηκαν οι εξής βασικές υποθέσεις της έρευνας:

- 1^η υπόθεση: υπάρχουν διαφορές στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών με βάση τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση κλπ).
- 2^η υπόθεση: υπάρχουν διαφορές στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών με βάση την ιατρική τους κατάσταση (π.χ. τύπος καρκίνου του πνεύμονα, ύπαρξη ή μη μεταστάσεων και υποτροπής κλπ).
- 3^η υπόθεση: υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών και στο επίπεδο κατάθλιψης που εμφανίζουν.
- 4^η υπόθεση: υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών και στην αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής τους.
- 5^η υπόθεση: υπάρχει σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής έκφρασης των ασθενών με το επίπεδο κατάθλιψης που εμφανίζουν.
- 6^η υπόθεση: υπάρχουν διαφορές στην κατάθλιψη των ασθενών με βάση τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση κλπ).
- 7^η υπόθεση: υπάρχουν διαφορές στην κατάθλιψη των ασθενών με βάση την ιατρική τους κατάσταση (π.χ. τύπος καρκίνου του πνεύμονα, ύπαρξη μεταστάσεων και υποτροπής κλπ).
- 8^η υπόθεση: υπάρχει σημαντική συσχέτιση των στρατηγικών αντιμετώπισης των ασθενών με τα επίπεδα κατάθλιψης που εμφανίζουν.
- 9^η υπόθεση: υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο χρονικό προσανατολισμό των ασθενών (αρνητικό παρελθόν, θετικό παρελθόν, μοιρολατρικό παρόν κλπ) και στα επίπεδα κατάθλιψης που εμφανίζουν.
- 10^η υπόθεση: υπάρχουν διαφορές στην αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής των ασθενών ανάλογα με την ιατρική κατάσταση των ασθενών (π.χ. τύπος καρκίνου του πνεύμονα, ύπαρξη ή μη μεταστάσεων και υποτροπής κλπ).
- 11^η υπόθεση: υπάρχουν διαφορές στην αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής των ασθενών ανάλογα με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση κλπ).

-12^η υπόθεση: οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα διαφέρουν ως προς την αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής τους ανάλογα με το χρονικό προσανατολισμό τους (αρνητικό παρελθόν, θετικό παρελθόν, μοιρολατρικό παρόν κλπ).

5.3. Διαδικασία-δείγμα

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) σε δείγμα 200 ασθενών με καρκίνο πνεύμονα (n=200) στην ογκολογική μονάδα (κλινική ημέρας) και στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της Γ' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Το χρονικό διάστημα της μελέτης ήταν 17 μήνες (από τις 01 Απριλίου 2014 μέχρι και τις 28 Αυγούστου του 2015). Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας αποτελούμενο από τους ασθενείς που προσέρχονταν στην ογκολογική μονάδα και στο εξωτερικό ιατρείο με βάση το ημερήσιο πρόγραμμα προσέλευσης. Οι ασθενείς προσέρχονταν στην Κλινική Ημέρας για να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία και σε περαιτέρω εξετάσεις και για να συνταγογραφήσουν φάρμακα. Αυτοί οι ασθενείς συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια πριν τη θεραπεία τους. Οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία για επανέλεγχο και συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια μετά την εξέτάσή τους. Όλοι οι ασθενείς προσεγγίστηκαν στην αίθουσα αναμονής.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε σχετική έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», η οποία και χορηγήθηκε (Παράρτημα IV).

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο του πνεύμονα ανεξαρτήτως τύπου και σταδιοποίησης με βάση τα εξής κριτήρια επιλογής:

- 1) άνδρες-γυναίκες ασθενείς με επαρκές νοητικό επίπεδο ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων
- 2) ασθενείς που η γενικότερη κατάσταση της υγείας τους τους επέτρεπε να συμμετάσχουν στην έρευνα, όπως επιβεβαιωνόταν και από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου
- 3) ασθενείς που επιθυμούσαν να συμμετάσχουν εθελοντικά στην έρευνα

Αποκλείστηκαν από τη μελέτη:

- 1) ασθενείς με δευτεροπαθή καρκίνο πνεύμονα
ασθενείς που λόγω της υποβολής τους στη θεραπεία (κυρίως νοσηλευόμενοι) και κυρίως λόγω της γενικότερης κατάστασης της υγείας τους αδυνατούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (όπως επιβεβαιωνόταν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό)
- 2) ασθενείς με σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα που αδυνατούσαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια (όπως προέκυπτε και από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών)
- 3) ασθενείς που δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν εθελοντικά στην έρευνα

Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού προσεγγίστηκαν 222 ασθενείς και 200 από αυτούς αποδέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (βαθμός ανταπόκρισης= 91%). Η απροθυμία συμμετοχής οφειλόταν κυρίως σε έλλειψη χρόνου. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ηλικιωμένοι (Μέση ηλικία: 69,54 έτη, SD: 8,21, Min:48, Max:91, Range:43).

5.4. Μεθοδολογία μέτρησης και διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων

Οι ασθενείς ενημερώνονταν αναλυτικά για το είδος και το σκοπό της μελέτης, παραλάμβαναν ένα πληροφοριακό δελτίο, υπέγραφαν το δελτίο συγκατάθεσης και ενσωματώνονταν στην μελέτη με έναν κωδικό αναγνώρισης. Σε όλους τους ασθενείς δόθηκαν διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των παρεχόμενων πληροφοριών, ενώ τονίστηκε ιδιαίτερα ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής τους.

Στη συνέχεια ακολουθούσε η συμπλήρωση των σχετικών ερωτηματολογίων. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων και τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (face-to-face interview). Τα ιατρικά στοιχεία συμπληρώνονταν σε δεύτερο χρόνο από το αρχείο της Κλινικής. Οι συνεντεύξεις διεξάγονταν σε γραφείο των εξωτερικών ιατρικών ή της ογκολογικής μονάδας της Γ' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».

Ορισμένοι ασθενείς μπορούσαν να πάρουν το ερωτηματολόγιο και να το συμπληρώσουν μόνοι τους στο σπίτι και στη συνέχεια να το επιστρέψουν στο νοσοκομείο ή να το αποστείλουν δωρεάν στην ταχυδρομική διεύθυνση του ερευνητή. Σε αυτούς τους ασθενείς δινόταν μια συνοδευτική επιστολή και οδηγίες σχετικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων (πχ προτροπή να απαντούν με αυθορμητισμό και ειλικρίνεια και αποτροπή συμπλήρωσης σε συνεργασία με κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας).

5.5. Μέσα συλλογής δεδομένων (εργαλεία)

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η χρήση σύνθετου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από δυο μέρη: το πρώτο μέρος περιλάμβανε κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με το ατομικό ιατρικό ιστορικό. Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία συμπληρώνονταν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και τα στοιχεία σχετικά με το ιατρικό ιστορικό λαμβάνονταν αργότερα από τον ατομικό ιατρικό φάκελο και από το αρχείο της κλινικής του νοσοκομείου. Το δεύτερο μέρος

περιλάμβανε τα εξής ερωτηματολόγια: 1) Sense Of Coherence (SOC-13), 2) Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ), 3) Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), 4) Κλίμακα χρονικού προσανατολισμού Zimbardo (Zimbardo Time Perspective Inventory-ZTPI), 5) Κλίμακα Συναισθηματικής Έκφρασης, 6) Κλίμακα Κάλυψης των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (Basic Psychological Needs Satisfaction, 7) EORTC-QLQ-C30 και 8) EORTC QLQ-LC13. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και επισυνάπτονται στο παράρτημα της εργασίας.

Η επιλογή του εργαλείου EORTC-QLQ-C30 και του ειδικού για τον καρκίνο πνεύμονα συμπληρωματικού module EORTC QLQ-LC13 για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής βασίστηκε στο γεγονός ότι αποτελούν τα πλέον συνήθη χρησιμοποιούμενα εργαλεία σε μελέτες που εκτιμούν την ποιότητα ζωής σε αυτή την ομάδα ασθενών (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2003).

5.5.1. Η κλίμακα «Αίσθηση Συνεκτικότητας» (Sense of Coherence Scale-SOC)

Για τον προσδιορισμό της «Αίσθησης Συνεκτικότητας» (Sense of Coherence) διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο που μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης (Antonovsky, 1993). Η κλίμακα αποτελείται από 29 ερωτήματα (SOC-29), ενώ στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου με 13 ερωτήσεις (SOC-13) (Αναγνωστοπούλου & Κιοσέογλου, 2014).

Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν και τα 3 βασικά στοιχεία της SOC: την «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility), την πεποίθηση ότι «το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability) και την αίσθηση ότι «η προσπάθεια αξίζει τον κόπο» (meaningfulness). Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Ο ερωτώμενος καλείται να κινηθεί σε αυτή την επταβάθμια κλίμακα και να επιλέξει το βαθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις σκέψεις του.

Πέντε ερωτήσεις (1,2,3,7,10) εμπεριέχουν άρνηση και η βαθμολογία τους πρέπει να αντιστραφεί στον τελικό υπολογισμό του αθροίσματος. Η συνολική βαθμολογία (όπως προκύπτει μετά την αντιστροφή) κυμαίνεται μεταξύ 13-91. Οι ερωτήσεις 1,4,7,12 αποτελούν την υποκλίμακα Α (ικανότητα νοηματοδότησης-meaningfulness), οι ερωτήσεις 2,6,8,9,11 την υποκλίμακα Β (ικανότητα κατανόησης-comprehensibility) και οι ερωτήσεις 3,5,10,13 την υποκλίμακα Γ (ικανότητα διαχείρισης-manageability). Το συνολικό άθροισμα εκφράζει ποσοτικά τη SOC και όσο μεγαλύτερο είναι τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και έχει αρνητική συνάφεια με τις κλίμακες κατάθλιψης (BDI), άγχους (STAI), έκφρασης θυμού (STAXI), κυνισμού και εχθρότητας, αλεξιθυμίας (TAS-20) και ενεργειακής εξάντλησης (Maastricht Questionnaire). Ως προς την αξιοπιστία, ο δείκτης Cronbach's α για την υποκλίμακα Α είναι 0,60, για την υποκλίμακα Β 0,69, για την υποκλίμακα Γ 0,61 και για τη συνολική κλίμακα 0,83 (Σταλίκας και συν., 2002).

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στο εξωτερικό και έχει επιδείξει υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Fiorentino 1986; Radmacher et al., 1989; Carmel et al. 1990; Coe et al. 1990). Έχει ακόμη ερευνηθεί σε σχέση με το SF-36, ένα συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της οργανικής και της ψυχικής υγείας. Η σχέση της κλίμακας με τις ερωτήσεις που αφορούν τους οργανικούς παράγοντες στο SF-36 είναι πολύ

πιο ασθενής σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούν τους ψυχολογικούς παράγοντες. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στην έρευνα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη Γενική Ιατρική, ιδιαίτερα στις Σκανδιναβικές χώρες. Ακόμη, έχει χρησιμοποιηθεί σε τουλάχιστον 33 γλώσσες σε 32 χώρες και με 15 διαφορετικές εκδόσεις σε υποκείμενα από δυτικούς πολιτισμούς αλλά και από χώρες όπως Ταϊλάνδη, Κίνα, Ιαπωνία και Νότια Αφρική. Περαιτέρω, έχει εξεταστεί σε υγιείς πληθυσμούς από παιδιά έως ενήλικες, σε διαφορετικές ομάδες ασθενών, σε επαγγελματίες πολλών κλάδων (κοινωνικούς λειτουργούς, εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας κλπ), στη φροντίδα συγγενών και σε καταστάσεις μάθησης. Το γενικότερο συμπέρασμα είναι ότι η κατά μέσο όρο SOC φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από το πολιτιστικό περιβάλλον (Eriksson et al., 2006).

5.5.2.Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ)

Η κλίμακα αποτελεί προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου Ways of Coping (Καραδήμας, 1998). Αξιολογεί τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν μια αγχογόνο κατάσταση ή ένα αγχογόνο γεγονός. Περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις από τις οποίες προκύπτουν πέντε παράγοντες:

- 1) Θετική προσέγγιση (με δύο διαστάσεις: θετική επαναξιολόγηση και επίλυση προβλήματος) με 11 ερωτήσεις (1,11,14,16,19,23,24,30,31,32,38). Στον παράγοντα αυτό περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει κατά ένα θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις και ταυτόχρονα να σχεδιάσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης του προβλήματος.
- 2) Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης με 6 ερωτήσεις (5,6,18,20,25,27). Στον παράγοντα αυτό περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να βρει κατάλληλη υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του.
- 3) Ευχολογία/ονειροπόληση (με δύο διαστάσεις: ευχολογία και αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης) με 8 ερωτήσεις (7,13,22,33,34,35,36,37). Εδώ ανήκουν θέματα που αξιολογούν την τάση του ατόμου να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας για το πώς θα ήταν τα πράγματα εάν δεν είχε συμβεί κάτι αρνητικό.
- 4) Αποφυγή/διαφυγή (με δύο διαστάσεις: παραίτηση και άρνηση) με 9 ερωτήσεις (2,3,4,8,9,10,15,17,26). Ο παράγοντας αυτός αξιολογεί την τάση του ατόμου να επανεκτιμήσει την κατάσταση μειώνοντας ή αγνοώντας την πραγματική σημασία της.

- 5) Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος με 4 ερωτήσεις (12,21,28, 29). Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να επιτύχει κάποια λύση αντιμετωπίζοντας άμεσα και διεκδικητικά την κατάσταση ή το πρόσωπο που πιθανώς τη δημιουργεί.

Ο πρώτος, ο τρίτος και ο τέταρτος παράγοντας υποδιαιρούνται σε δύο επιμέρους εσωτερικές διαστάσεις και κατά συνέπεια εξάγονται συνολικά από το ερωτηματολόγιο 11 παράγοντες.

Η βαθμολόγηση γίνεται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από 0=ποτέ έως 3=συχνά) ανάλογα με το πόσο συχνή είναι η χρήση των στρατηγικών. Στην ελληνική εκδοχή του η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) κυμάνθηκε από 0,60 έως 0,79 και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (συντελεστής Pearson r) για τις πέντε υποκλίμακες από 0,56 έως 0,58 (Σταλίκας και συν., 2009).

5.5.3. Κλίμακα Συναισθηματικής Έκφρασης

Αποτελεί προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου «Distress Disclosure Index» των Kahn & Hessling (2001). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με 12 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν την τάση ενός ατόμου να αποκαλύπτει προσωπικά δυσάρεστες πληροφορίες σε διάφορες καταστάσεις και χρονικές περιστάσεις. Ο ερωτηθείς απαντά σε μια κλίμακα Likert από το 0 έως το 3 (0=διαφωνώ, 1= μάλλον διαφωνώ, 2=μάλλον συμφωνώ, 3= συμφωνώ).

Τόσο η διερευνητική όσο και η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων έδειξαν ότι αποτελείται από μια διπολική διάσταση η οποία αντανακλά τη συχνή απόκρυψη της ψυχολογικής δυσφορίας στο ένα άκρο του συνεχούς και τη συχνή αποκάλυψη στο άλλο. Επιπλέον αυτή η έννοια προέβλεπε τις αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη σε χρονικό διάστημα 2 μηνών (Kahn & Hessling, 2001). Μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι η αποκάλυψη της ψυχολογικής δυσφορίας σχετίζεται με την ευεξία, την αναζήτηση (και την πρόθεση αναζήτησης) επαγγελματικής βοήθειας και την επιτυχία στη βραχεία ψυχοθεραπεία (Kahn et al., 2012).

Ως προς τη βαθμολόγηση αντιστέφεται το σκορ στις ερωτήσεις 2, 4, 5, 8, 9, 10. Στη συνέχεια αθροίζεται το σκορ στις 12 ερωτήσεις και εξάγεται το τελικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου. Τα υψηλότερα σκορ δηλώνουν μεγαλύτερη τάση για αποκάλυψη της ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ τα μικρότερα σκορ δηλώνουν μεγαλύτερη απόκρυψη της ψυχολογικής δυσφορίας (Kahn & Hessling, 2001).

Το ερωτηματολόγιο έχει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης, εννοιολογική εγκυρότητα, εγκυρότητα σε σχέση με το κριτήριο, συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα) (Kahn et al., 2012).

5.5.4. Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (Basic Psychological Needs Scale)

Η κλίμακα κατασκευάστηκε από τους Deci et al. (2001) και αποτελείται από επιμέρους υποκλίμακες: μια που αξιολογεί γενικά την ικανοποίηση στη ζωή κάποιου και άλλες που αξιολογούν την ικανοποίηση σε συγκεκριμένους τομείς. Η γενική κλίμακα αποτελείται από 21 ερωτήσεις που αφορούν τις τρεις ανάγκες για επάρκεια-ικανότητα, αυτονομία και σχετικότητα. Σε μερικές μελέτες έχει χρησιμοποιηθεί μια σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου με 9 ερωτήσεις (3 για κάθε υποκλίμακα). Οι ερωτήσεις κατανέμονται στις τρεις υποκλίμακες ως εξής:

1. Αυτονομία: ερωτήσεις 1, 4, 8, 11, 14, 17, 20
2. Επάρκεια-ικανότητα: ερωτήσεις 3, 5, 10, 13, 15, 19
3. Σχετικότητα: ερωτήσεις 2, 6, 7, 9, 12, 16, 18, 21

Ο ερωτηθείς απαντά σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 7 (1=καθόλου αληθές, 7=απόλυτα αληθές). Αναφορικά με τον τρόπο βαθμολόγησης αντιστρέφονται οι ερωτήσεις 3, 4, 7, 11, 15, 16, 18, 19, 20. Στη συνέχεια εξάγεται το σκορ για κάθε υποκλίμακα και για το σύνολο του ερωτηματολογίου. Στην ελληνική εκδοχή του ο δείκτης Cronbach's alpha ήταν 0,90 για την υποκλίμακα «αυτονομία», 0,84 για την υποκλίμακα «επάρκεια-ικανότητα» και 0,79 για την υποκλίμακα «σχετικότητα» (Kormas, Karamali, & Anagnostopoulos, 2014).

5.5.5. Κλίμακα χρονικού προσανατολισμού Zimbardo (ZTPI-Zimbardo Time Perspective Inventory)

Η κλίμακα αξιολογεί την τάση του ατόμου να λειτουργεί, να συμπεριφέρεται, να αξιολογεί τις καταστάσεις και να παίρνει αποφάσεις επηρεασμένο από το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον (Zimbardo & Boyd, 1999). Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία αποτελείται από 56 προτάσεις. Στην παρούσα διατριβή χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή με 21 ερωτήσεις.

Αξιολογεί τρεις διαστάσεις χρονικού προσανατολισμού: παρελθόν, παρόν και μέλλον. Σύμφωνα με τον κατασκευαστή της οι προτάσεις κατατάσσονται σε 5 παράγοντες: αρνητικό

παρελθόν (past negative-ΑΠ) που αναφέρεται σε μια γενικά αρνητική αντίληψη για το παρελθόν («έχω κάνει λάθη στο παρελθόν που εύχομαι να μην είχα κάνει»), θετικό παρελθόν (ΘΠ-past positive) που αναφέρεται σε μια πιο θετική αντίληψη για το παρελθόν («Συνολικά έχω περισσότερες καλές παρά κακές αναμνήσεις από το παρελθόν μου»), μέλλον (ΜΛ-Future) που αντικατοπτρίζει την προσπάθεια για επίτευξη μελλοντικών στόχων και άντληση ανταμοιβών («Πιστεύω ότι καθένας πρέπει να οργανώνει και να σχεδιάζει την ημέρα του κάθε πρωί»), ηδονιστικό παρόν (ΗΠ-present hedonistic) που αντανάκλα μια προτίμηση για άμεση ευχαρίστηση και ελάχιστη ανησυχία για μελλοντικές συνέπειες («βρίσκω ότι με συνεπαίρνει τελείως ο ενθουσιασμός της στιγμής») και μοιρολατρικό παρόν (ΜΠ-present fatalistic) που αντικατοπτρίζει μια μοιρολατρική και ανέλπιδη στάση απέναντι στη ζωή («η μοίρα καθορίζει τη ζωή μου σε μεγάλο βαθμό») (Σταλίκας και συν., 2009). Στην ελληνική εκδοχή επιβεβαιώθηκε η δομή των πέντε παραγόντων (Anagnostopoulos & Griva, 2011).

Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο θεωρούν ότι τους χαρακτηρίζει καθεμία από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων τύπου Likert (1= δε με χαρακτηρίζει καθόλου, 5= με χαρακτηρίζει απόλυτα). Στην κλίμακα χρησιμοποιούνται και αντεστραμμένες προτάσεις. Οι ερωτήσεις κατανέμονται στις υποκλίμακες ως εξής:

- Future: ερωτήσεις 4, 10, 12, 18, 20, 17
- Past negative: ερωτήσεις 2,8,14
- Past positive: ερωτήσεις 1,3,6,19,21
- Present hedonistic: ερωτήσεις 7,11,13
- Present fatalistic: ερωτήσεις 5,9,15,16

Οι βαθμοί κάθε συμμετέχοντα για καθέναν από τους 5 παράγοντες αθροίζονται και το εξαγόμενο σύνολο διαιρείται με τον αριθμό των δηλώσεων που απαρτίζουν τον κάθε παράγοντα, προκειμένου να υπολογιστεί η μέση συνολική τιμή σε καθέναν από αυτούς (Σταλίκας και συν., 2009).

Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων στην ελληνική εκδοχή της κλίμακας έδειξε ότι έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και δείκτη αξιοπιστίας. Συγκεκριμένα ο δείκτης Cronbach's α ήταν 0,797 για την υποκλίμακα «αρνητικό παρελθόν» (past negative-ΑΠ), 0,727 για την υποκλίμακα «θετικό παρελθόν» (ΘΠ-past positive), 0,829 για την υποκλίμακα «μέλλον» (ΜΛ-Future), 0,845 για την υποκλίμακα «ηδονιστικό παρόν» (ΗΠ-present hedonistic) και 0,71 για την υποκλίμακα «μοιρολατρικό παρόν» (ΜΠ-present fatalistic)(Anagnostopoulos & Griva, 2011).

5.5.6. Κλίμακα Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)

Κατασκευάστηκε από τον L.S. Radolff (1977) για να ανιχνεύει τα επίπεδα κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αφορούν καταθλιπτικά συμπτώματα την τελευταία εβδομάδα και το άτομο απαντά σε μια κλίμακα από το 0 έως το 3.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα χωρίζονται σε έξι κατηγορίες: καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα ενοχής και αναξιοσύνης, απελπισία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, έλλειψη όρεξης για φαγητό, διαταραχές ύπνου. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης.

Η κλίμακα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά για ερευνητικούς σκοπούς (Μαδιανός, 1983). Η ελληνική έκδοση μετέτρεψε την κλίμακα σε προσωπική συνέντευξη και αξιολογεί διάστημα 30 ημερών. Η συνολική βαθμολόγηση κυμαίνεται από 0 (απουσία συμπτωμάτων) έως το 60. Στις ερωτήσεις 4, 8, 12, 16 υπάρχει αντίστροφη βαθμολόγηση.

Το διαχωριστικό σημείο (cut-off score) της φυσιολογικής κατάστασης από την ψυχοπαθολογική είναι το 16 (Radloff, 1977). Ωστόσο με αυτό το όριο έχουν βρεθεί ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε ποσοστό 15-20% και γι' αυτό το λόγο έχει προταθεί από πολλούς ερευνητές η χρήση υψηλότερου ορίου (Boyd, Weissman, Thompson & Myers, 1982; Zich, Attkisson & Greenfield, 1990). Στην ελληνική μετάφραση του CES-D ιδανικό όριο θεωρείται το 23/24, με το οποίο επιτυγχάνεται ευαισθησία 90% και ειδικότητα 90,83% (Fountoulakis et al., 2001).

Η συγχρονική εγκυρότητα κριτηρίου της κλίμακας CES-D με την κλίμακα Hamilton είναι υψηλή. Ως προς την αξιοπιστία, η δοκιμασία χ^2 για κάθε ερώτηση βρέθηκε στατιστικά σημαντική, ενώ ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας κρίθηκε ικανοποιητικός (Σταλίκας και συν., 2009). Σε μεταγενέστερη αξιολόγηση από τους Fountoulakis et al. (2001) ο δείκτης Chronbach's α για τη συνολική κλίμακα ήταν 0.95. Η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε τρεις παράγοντες (θετική επίδραση, ευερεθιστότητα και διαπροσωπικές σχέσεις, καταθλιπτική επίδραση και σωματικά παράπονα) και η αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης (test-retest reliability) ήταν ικανοποιητική ($r=0.45-0.95$ για μεμονωμένες ερωτήσεις και 0.71 για το συνολικό σκορ). Συμπερασματικά η ελληνική μετάφραση της κλίμακας CES-D είναι αξιόπιστη και έγκυρη, με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και κατάλληλη για κλινική και ερευνητική χρήση. Οι ιδιότητες της κλίμακας είναι παρόμοιες με εκείνες που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Fountoulakis et al., 2001).

Επισημαίνεται ακόμη ότι το CES-D και η σωματική του υποκλίμακα δεν επηρεάζονται σημαντικά από τα σωματικά ενοχλήματα του ερωτώμενου. Συνεπώς μπορεί να συνεχίσει να θεωρείται έγκυρο για την αξιολόγηση πληθυσμών που πάσχουν από σωματικές ασθένειες (Foelker & Shewchuk, 1992).

5.5.7. Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής της EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Core Quality of Life Questionnaire QLQ-C30, version 3.0 και EORTC QLQ-LC 13.

Η Ομάδα Μελέτης της EORTC για την ποιότητα ζωής έχει αναπτύξει ένα σύστημα για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο σε κλινικές δοκιμές που αποτελείται από δύο βασικά στοιχεία: (i) ένα βασικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής, το EORTC QLQ-C30, το οποίο καλύπτει γενικές πτυχές της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, και (ii) επιπλέον ερωτηματολόγια ειδικά για την κάθε μορφή καρκίνου (Bergman et al., 1994).

Το EORTC QLQ-C30 είναι το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε ελληνικό πληθυσμό (Mystakidou et al., 2001). Είναι ιδιαίτερα δημοφιλές εργαλείο και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε 38 γλώσσες (συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής), ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 1500 μελέτες παγκοσμίως (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2003). Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες διακρίνονται σε δύο μεγάλες κλίμακες: κλίμακα λειτουργικότητας και κλίμακα συμπτωμάτων. Η καθεμία από αυτές τις κλίμακες χωρίζεται σε διαφορετικές υποκλίμακες. Συγκεκριμένα, η κλίμακα λειτουργικότητας χωρίζεται στις πολυπαραγοντικές υποκλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, κοινωνικής λειτουργικότητας, συναισθηματικής λειτουργικότητας, γνωστικής λειτουργικότητας και λειτουργικότητας ρόλων, ενώ η κλίμακα συμπτωμάτων διακρίνεται στις υποκλίμακες κόπωσης, ναυτίας και εμέτου, πόνου, δύσπνοιας, διαταραχών ύπνου, απώλειας όρεξης, δυσκοιλιότητας, διάρροιας, οικονομικών συνεπειών και συνολικής ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις σημειώνοντας τον αριθμό που τους αντιπροσωπεύει σε μια κλίμακα από το 1 έως το 4 (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ) στις 28 πρώτες ερωτήσεις, ενώ στις δύο τελευταίες καλούνται να βαθμολογήσουν την συνολική ποιότητα ζωής σε μια κλίμακα Likert 7 διαβαθμίσεων (1=πολύ κακή, 7= εξαιρετική). Η βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 100. Υψηλότερη τιμή στις υποκλίμακες των συμπτωμάτων χειρότερη συμπτωματολογία και στις υποκλίμακες

λειτουργικότητας καλύτερη λειτουργικότητα. Στις δύο ερωτήσεις της συνολικής ποιότητας ζωής η υψηλότερη τιμή αντιπροσωπεύει καλύτερη ποιότητα ζωής (Σταλίκας και συν., 2009).

Η εγκυρότητά του είναι πολύ καλή. Σε όλες τις μελέτες που αφορούν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, η εγκυρότητα έχει εξεταστεί ως προς την ικανότητα των κατηγοριών του ερωτηματολογίου να διακρίνει μεταξύ των υποομάδων. Με κριτήριο τη γενική κατάσταση των ασθενών, φάνηκε ότι σε σχέση με τους ασθενείς σε κακή γενική κατάσταση, οι ασθενείς που βρίσκονταν σε καλή γενική κατάσταση είχαν υψηλότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες της κλίμακας λειτουργικότητας και χαμηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της κόπωσης και των οικονομικών συνεπειών (Σταλίκας και συν., 2009).

Η μέτρηση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ήταν επίσης πολύ καλή, ιδιαίτερα για την κλίμακα λειτουργικότητας. Οι συντελεστές Cronbach's α κατά την πρώτη χορήγηση του ερωτηματολογίου κυμάνθηκαν από 0,57 έως 0,79 και κατά τη δεύτερη χορήγηση από 0,56 έως 0,75. Αναλυτικότερα, οι συντελεστές αξιοπιστίας κατά την πρώτη χορήγηση για την κλίμακα λειτουργικότητας κυμάνθηκαν από 0,71 έως 0,79 και για την κλίμακα συμπτωμάτων από 0,57 έως 0,61. Κατά τη δεύτερη χορήγηση οι συντελεστές αξιοπιστίας κυμάνθηκαν μεταξύ 0,68 έως 0,75 για την κλίμακα λειτουργικότητας και μεταξύ 0,56 έως 0,58 για την κλίμακα συμπτωμάτων (Σταλίκας και συν., 2009).

Το ειδικό για τον καρκίνο του πνεύμονα EORTC QLQ-LC13 περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις για τα σχετιζόμενα με τον καρκίνο του πνεύμονα συμπτώματα (π.χ. βήχας, αιμόπτυση, δύσπνοια και πόνο) και παρενέργειες από τη συμβατική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (π.χ. τριχόπτωση, νευροπάθεια, πληγή στο στόμα και δυσφαγία) (Bergman et al., 1994).

Συμπερασματικά το QLQ-C30 αποτελεί ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που λαμβάνουν παρηγορητική αγωγή καθώς και ευρέως για την αξιολόγηση των Ελλήνων ασθενών με καρκίνο (Σταλίκας και συν., 2009). Ο συνδυασμός των δύο ερωτηματολογίων (EORTC QLQ - C30 και EORTC QLQ-LC13) αποτελεί ένα κλινικά αξιόπιστο και χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση των συμπτωμάτων από τη νόσο ή τη θεραπεία ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Τα ερωτηματολόγια εμφανίζουν ικανοποιητική ευαισθησία στην απεικόνιση των μεταβολών των συμπτωμάτων και της τοξικότητας στην πάροδο του χρόνου κατά τη διάρκεια της θεραπείας και γίνονται ικανοποιητικά αποδεκτά από τους ασθενείς (Aronson et al., 1993).

5.6. Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences). Αρχικά διαμορφώθηκε μια βάση με κωδικοποίηση των ερωτήσεων-θεμάτων του ερωτηματολογίου. Κάθε στήλη αντιστοιχούσε σε μια μεταβλητή (variable) και κάθε γραμμή σε έναν διαφορετικό ασθενή (case). Ακολούθησε η εισαγωγή των δεδομένων με βάση την κωδικοποίηση και η ανάλυσή τους.

Τα δεδομένα της έρευνας διακρίνονται σε κατηγορικά, διχοτόμα, διατάξιμα και δεδομένα κλίμακας λόγου. Κατηγορικά δεδομένα προέκυψαν από τις μεταβλητές που μέτρησαν την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα κλπ. Διχοτόμα δεδομένα προέκυψαν από τη μεταβλητή του φύλου καθώς και από μεταβλητές που βαθμολογούνται π.χ. με ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Διατάξιμα δεδομένα προέκυψαν από τις ψυχομετρικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της αίσθησης συνεκτικότητας, της ψυχολογικής έκφρασης, της κατάθλιψης, της ποιότητας ζωής κλπ. Δεδομένα κλίμακας λόγου προέκυψαν από διάφορες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των δημογραφικών και ιατρικών χαρακτηριστικών του δείγματος π.χ. ηλικία, μήνες από τη διάγνωση κλπ.

Πριν την εφαρμογή κάποιου στατιστικού κριτηρίου (π.χ. Mann-Whitney Test) γινόταν έλεγχος των παραδοχών του.

Για τη διαχείριση των ελλειπουσών τιμών (missing values) χρησιμοποιήθηκε η επιλογή exclude cases pairwise, δηλ. χρησιμοποιούνταν κάθε φορά εκείνες οι cases που είχαν έγκυρα δεδομένα μόνο για τις μεταβλητές που συμμετείχαν στην κάθε ανάλυση.

Η βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων έγινε σύμφωνα με τα εγχειρίδια των κατασκευαστών τους και τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με πίνακες και γραφήματα (Histogram, Box plot, scatterplot κλπ).

Η ανάλυση περιλάμβανε αρχικά τα αδρά περιγραφικά αποτελέσματα. Για τα χαρακτηριστικά που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία) υπολογίστηκαν τα μέτρα κεντρικής τάσης και τα μέτρα διασποράς και στη συνέχεια παρουσιάστηκαν με τα εξής στατιστικά μέτρα: μέσος όρος (Mean), τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error), τυπική απόκλιση (SD), διάμεσος (Median), διασπορά (Variance), μικρότερη τιμή (MIN), μέγιστη τιμή (MAX), εύρος (Range). Τα χαρακτηριστικά που αφορούσαν σε ποιοτικές μεταβλητές (π.χ. οικογενειακή κατάσταση) παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά (%).

Υπολογίστηκαν με τα ανωτέρω μέτρα οι βαθμολογίες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία που αφορούν στην κατάσταση υγείας των ασθενών. Στη συνέχεια υπολογίστηκαν με τα ανωτέρω μέτρα οι βαθμολογίες σε κάθε ερωτηματολόγιο και υποκλίμακα, οι επιμέρους δείκτες των ερωτηματολογίων και οι βαθμολογίες για κάθε ερώτηση ξεχωριστά.

Για τον έλεγχο κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Kolmogorov-Smirnov test ή το Shapiro-Wilk test στην περίπτωση μικρών δειγμάτων (<50). Επίσης έγινε έλεγχος κανονικότητας με τη βοήθεια των ιστογραμμάτων και των γραφικών αναπαραστάσεων (Normal Q-Q Plot, Detrended Normal Q-Q Plot, Stem and Leaf Plot) και μέσω του ελέγχου της συμμετρίας της κατανομής. Όταν οι κατανομές δεν ήταν κανονικές, καταβλήθηκε προσπάθεια για μετασχηματισμό των δεδομένων. Έτσι ανάλογα με το βαθμό της ασυμετρίας επιχειρήθηκαν μετασχηματισμοί που συστήνονται από τους στατιστικούς (λογάριθμος, τετραγωνική ρίζα, αρνητική αντίστροφη ρίζα, τετράγωνο ή κύβος) (Γναρδέλλης, 2013). Στις περιπτώσεις που οι μετασχηματισμοί δεν ευοδώθηκαν χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ δύο μεταβλητών ελέγχθηκαν με τον παραμετρικό έλεγχο t-test για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ περισσότερων ομάδων ελέγχθηκαν με τον παραμετρικό έλεγχο ANOVA. Στις περιπτώσεις που κρίθηκε σκόπιμο να γίνουν όλες οι δυνατές επιμέρους συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών (π.χ. στη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων και πτυχών της ΣΥΠΖ) διενεργήθηκε επιπλέον έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τις μεθόδους Bonferroni, Duncan και S-N-K (Student-Newman-Keuls).

Στις περιπτώσεις που ο έλεγχος κανονικότητας με τα τεστ Kolmogorov-Smirnov ή Shapiro-Wilk έδειξε απόκλιση από την κανονικότητα ή δεν πληρούνταν οι λοιπές παραδοχές του στατιστικού κριτηρίου t-test, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney Test. Αντίστοιχα, στις περιπτώσεις που ο έλεγχος κανονικότητας με τα τεστ Kolmogorov-Smirnov ή Shapiro-Wilk έδειξε απόκλιση από την κανονικότητα ή δεν πληρούνταν οι λοιπές παραδοχές της ανάλυσης ANOVA (ισότητα των διασπορών, ανεξαρτησία παρατηρήσεων) εφαρμόστηκε (αντί της ανάλυσης ANOVA) ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Στατιστικές διαφορές μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών με δύο υποκατηγορίες η καθεμία ελέγχθηκαν με το στατιστικό κριτήριο χ^2 . Σε μια περίπτωση χρησιμοποιήθηκε και το one-sample t-test για να ελεγχθούν πιθανές διαφορές της SOC του δείγματος με το μέσο όρο του ελληνικού δείγματος στάθμισης του ερωτηματολογίου.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχετίσεως του Spearman (ρ). Σύμφωνα με τις συστάσεις του Cohen για τις συμπεριφορικές επιστήμες, βαθμός $r=0,10-0,29$ δηλώνει μικρή συσχέτιση, βαθμός $r=0,30-0,49$ δηλώνει μέτρια και βαθμός $r=0.50$ ή μεγαλύτερος δηλώνει μεγάλη συσχέτιση (Cohen, 1988). Σε ορισμένες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε και έλεγχος μερικής συσχέτισης (partial correlation).

Πραγματοποιήθηκε επίσης ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση (hierarchical linear regression). Γενικά για να πραγματοποιηθεί πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση πρέπει: α) η εξαρτημένη μεταβλητή να είναι συνεχής και να έχει κανονική κατανομή με σταθερή διακύμανση β) οι ανεξάρτητες μεταβλητές να είναι συνεχείς ή κατηγορικές γ) οι ανεξάρτητες μεταβλητές να έχουν ισχυρή γραμμική συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή δ) οι ανεξάρτητες μεταβλητές να μην συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους. Κατά την εκτέλεση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έγινε έλεγχος των παραδοχών και τα δεδομένα εξετάστηκαν για παραβιάσεις της ανεξαρτησίας, της κανονικότητας, της γραμμικότητας, της ισότητας των διασπορών και για ύπαρξη πολυσυγγραμμικότητας (multicollinearity) ή ιδιομορφίας (singularity).

Ο έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας έγινε με την εξέταση των ιδιοτιμών (eigenvalues), του παράγοντα ανοχής (tolerance factor), του παράγοντα πληθωριστικής διασποράς (Varance inflation factor-VIF) και των δεσμευμένων δεικτών (Condition Indexes). Ακόμη έγινε έλεγχος για ύπαρξη ακραίων παρατηρήσεων (outliers) και παρατηρήσεων επίδρασης (influential points). Ο εντοπισμός των ακραίων παρατηρήσεων έγινε με έλεγχο της απόστασης Mahalanobis και με το δείκτη Leverage. Οι παρατηρήσεις επίδρασης (influential points) εντοπίστηκαν μέσω των αποστάσεων Cook και με τα μέτρα Dffits και DfBetas.

Τέλος πραγματοποιήθηκε απλή ανάλυση διαμεσολάβησης (simple mediation analysis) με το πρόγραμμα PROCESS (Hayes, 2013) προκειμένου να διαπιστωθεί εάν μια μεταβλητή διαμεσολαβεί τη σχέση ανάμεσα σε άλλες δύο.

Η στατιστική σημαντικότητα (p-value) τέθηκε στο 5%, δηλαδή το διάστημα εμπιστοσύνης (Confidence Interval-C.I.) ήταν 95%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προσεγγίστηκαν 222 ασθενείς με βάση τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού και 200 από αυτούς δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Συνεπώς ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν 91%.

6.1. Έλεγχος κανονικής κατανομής και εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων

Αρχικά έγινε έλεγχος της κανονικότητας με το Kolmogorov-Smirnov test ή του Shapiro-Wilk test στην περίπτωση μικρών δειγμάτων (<50). Επίσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας με τη βοήθεια των ιστογραμμάτων και των γραφικών αναπαραστάσεων (Normal Q-Q Plot, Detrended Normal Q-Q Plot, Stem and Leaf Plot) και μέσω του ελέγχου της συμμετρίας της κατανομής. Οι τιμές ασυμμετρίας που κυμαίνονται μεταξύ -1 και +1 υποδηλώνουν κανονική κατανομή. Ακόμη ο λόγος κάθε στατιστικού δείκτη προς το τυπικό του σφάλμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν τεστ για τον έλεγχο κανονικότητας. Εφόσον ισχύει $-2 < \lambda < 2$ τότε δεν υπάρχει πρόβλημα κανονικότητας, ενώ σε διαφορετική περίπτωση η κατανομή του δείγματος απομακρύνεται πολύ από την κανονικότητα (Δαφέρμος, 2005). Στους παρακάτω πίνακες ελέγχθηκε ο λόγος skewness/s.e. skewness για να εξεταστεί η ύπαρξη ή μη κανονικότητας.

Στους πίνακες 6.1.1., 6.1.2., 6.1.3., 6.1.4. παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις, το εύρος διακύμανσης και οι τιμές κύρτωσης και ασυμμετρίας των ψυχομετρικών εργαλείων και των υποκλιμάκων τους.

Πίνακας 6.1.1.

Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος διακύμανσης, τιμές κύρτωσης και λοξότητας των ερωτηματολογίων SOC, ΣΑΑΚ και των υποκλιμάκων τους.

Ψυχομετρικό εργαλείο/Υποκλίμακα	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (SD)	Μικρότερη τιμή (Min)	Μεγαλύτερη τιμή (Max)	Εύρος (Range)	Στρεβλότητα (Skewness)	Κύρτωση (Kurtosis)
SOC (συνολική βαθμολογία)	55,21	5,83	38	76	38	0,016	0,269
SOC-meaningfulness	17,70	1,82	11	23	12	-0,277	1,111
SOC-comprehensibility	21,87	4,40	11	31	20	-0,254	-0,879
SOC-manageability	15,67	2,22	9	23	14	0,113	0,900
CES-D (συνολική βαθμολογία)	22,34	11,78	1	53	52	0,467	-0,807
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων-Θετική προσέγγιση	16,10	7,60	0	33	33	-0,081	-0,946
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων-Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	7,31	4,90	0	17	17	0,133	-1,145
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων-Ευχολογία/ονειρο πόληση	9,68	5,14	1	21	20	0,430	-0,894
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων-Αποφυγή/διαφυγή	12,51	3,80	4	23	19	0,217	-0,417
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων-Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος	3,20	2,08	0	10	10	0,717	0,499

Πίνακας 6.1.2.

Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος διακύμανσης, τιμές κύρτωσης και λοξότητας των ερωτηματολογίων Συναισθηματικής Έκφρασης, Brief Psychological Needs Scale (BPNS) , Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) και των υποκλιμάκων τους.

Ψυχομετρικό εργαλείο/ Υποκλίμακα	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (SD)	Μικρότερη τιμή (Min)	Μεγαλύτερη τιμή (Max)	Εύρος (Range)	Στρεβλότητα (Skewness)	Κύρτωση (Kurtosis)
Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης	16,80	10,35	0	36	36	0,166	-1,29
Brief Psychological Needs Scale (BPNS)	94,61	24,57	36	136	100	-0,474	-0,800
Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	2,48	1,30	1	5	4	0,446	-1,268
Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	1,73	0,86	1	4,67	3,67	1,260	0,959
Υποκλίμακα PP (Past Positive) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	3,16	0,91	1	4,80	3,80	-0,525	-0,726
Υποκλίμακα PN (Past Negative) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	2,78	1,06	1	5	4	0,264	-0,998
Υποκλίμακα F (Future) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	2,94	1,07	1,17	5	3,83	0,093	-1,214

Πίνακας 6.1.3.

Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος διακύμανσης, τιμές κύρτωσης και λοξότητας του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30 και των υποκλιμάκων του.

Ψυχομετρικό εργαλείο/ Υποκλίμακα	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (SD)	Μικρότερη τιμή (Min)	Μεγαλύτερη τιμή (Max)	Εύρος (Range)	Στρεβλότητα (Skewness)	Κύρτωση (Kurtosis)
EORTC C30-QOL	51,71	19,28	8	100	92	-,095	-,755
EORTC C30-PF	56,83	24,42	0	100	100	-,437	-,409
EORTC C30-RF	48,92	27,81	0	100	100	-,112	-,659
EORTC C30-EF	68,25	22,67	0	100	100	-,632	-,180
EORTC C30-CF	62,00	26,32	0	100	100	-,403	-,379
EORTC C30-SF	50,50	27,60	0	100	100	-,169	-,611
EORTC C30-FA	46,89	26,54	0	100	100	,278	-,575
EORTC C30-NV	21,08	23,66	0	83	83	,863	-,421
EORTC C30-PA	35,08	23,48	0	100	100	,542	,293
EORTC C30-DY	34,17	22,28	0	100	100	,380	,445
EORTC C30-SL	32,50	31,25	0	100	100	,568	-,688
EORTC C30-AP	28,33	33,71	0	100	100	,836	-,577
EORTC C30-CO	25,00	33,21	0	100	100	,951	-,478
EORTC C30-DI	6,50	18,21	0	100	100	3,075	9,519
EORTC C30-FI	57,00	29,44	0	100	100	-,148	-,721

Πίνακας 6.1.4.

Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος διακύμανσης, τιμές κύρτωσης και λοξότητας του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-LC13 και των υποκλιμάκων του.

Ψυχομετρικό εργαλείο/Υποκλίμακα	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (SD)	Μικρότερη τιμή (Min)	Μεγαλύτερη τιμή (Max)	Εύρος (Range)	Στρεβλότητα (Skewness)	Κύρτωση (Kurtosis)
EORTC QLQ-LCDY	39,56	23,73	0	89	89	,068	-,721
EORTC QLQ-LCCO	22,33	25,91	0	100	100	,975	,362
EORTC QLQ-LCHA	4,00	14,40	0	100	100	4,051	17,479
EORTC QLQ-LCSM	15,83	22,89	0	100	100	1,219	,537
EORTC QLQ-LCDS	18,00	24,75	0	100	100	1,127	,277
EORTC QLQ-LCPN	18,50	29,07	0	100	100	1,230	,081
EORTC QLQ-LCHR	25,00	35,95	0	100	100	1,095	-,309
EORTC QLQ-LCPC	29,33	22,06	0	100	100	,556	,890
EORTC QLQ-LCPA	25,17	28,26	0	100	100	,842	-,179
EORTC-QLQ LCPO	19,33	27,63	0	100	100	1,186	,297

Παρατηρώντας τις τιμές της στρεβλότητας (Skewness) στους παραπάνω πίνακες προκύπτει ότι στις περισσότερες κλίμακες και υποκλίμακες λαμβάνει τιμή μεταξύ -1 και 1. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει πρόβλημα κανονικότητας με βάση αυτό το δείκτη. Ωστόσο η επισκόπηση της κανονικότητας με το τεστ Kolmogorov-Smirnov και με τη βοήθεια των γραφικών αναπαραστάσεων (ιστόγραμμα, Normal Q-Q Plot, Detrended Normal Q-Q Plot, Box Plot, Stem and Leaf Plot) έδειξε ότι η πλειοψηφία των μεταβλητών δεν έχει κανονική κατανομή. Κατά συνέπεια επιχειρήθηκε σε αυτές τις μεταβλητές αφαίρεση των ακραίων τιμών ή μετασχηματισμός των δεδομένων με σκοπό την επίτευξη της κανονικότητας, ενώ στις περιπτώσεις στις οποίες δεν ευοδώθηκε ο μετασχηματισμός των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ψυχομετρικών εργαλείων και των υποκλιμάκων τους υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής (Cronbach's Alpha). Στον πίνακα 6.1.5. παρουσιάζονται οι συντελεστές Cronbach's α για όλα τα ψυχομετρικά εργαλεία και τις υποκλίμακές τους.

Πίνακας 6.1.5.
Συντελεστής εσωτερικής συνοχής

Μεταβλητή/ παράγοντας	Cronbach's α
SOC	0,94
SOC-Comprehensibility	0,85
SOC-Manageability	0,83
SOC-Meaningfulness	0,86
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-Θετική προσέγγιση	0,93
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,91
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-Ευχολογία/ονειροπόληση	0,79
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-Αποφυγή/διαφυγή	0,57
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος	0,59
Κλίμακα Συναισθηματικής Έκφρασης	0,97
BPNS-Basic Psychological Needs Satisfaction	0,97
ZTPI- Υποκλίμακα αρνητικό παρελθόν (ΑΠ-past negative)	0,94
ZTPI- Υποκλίμακα θετικό παρελθόν (ΘΠ-past positive)	0,91
ZTPI- Υποκλίμακα μέλλον (ΜΛ-Future)	0,91
ZTPI- Υποκλίμακα ηδονιστικό παρόν (ΗΠ-present hedonistic)	0,85
ZTPI- Υποκλίμακα μοιρολατρικό παρόν (ΜΠ-present fatalistic)	0,95
CES-D	0,94
EORTC-QLQC30	0,89
EORTCQLQ-LC13	0,77

Επισημαίνεται ότι η αξιοπιστία θεωρείται ικανοποιητική όταν οι τιμές του συντελεστή α του Cronbach είναι σε επίπεδα $>0,7$. Από τα αποτελέσματα του πίνακα προκύπτει ότι τα περισσότερα ψυχομετρικά εργαλεία και οι υποκλίμακές τους είχαν αποδεκτή έως άριστη αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Εξάιρεση αποτελούν οι υποκλίμακες «αποφυγή/διαφυγή» και «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων-ΣΑΑΚ».

6.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 69 έτη (Mean: 68,54, SD: 8,21). Η μικρότερη ηλικία ήταν τα 48 έτη (Min:48) και η μεγαλύτερη τα 91 έτη (Max:91). Καταγράφηκε ηλικιακό εύρος 43 έτη (Range:43).

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνδρες (141-70,5%), ενώ 59 (29,5%) ήταν γυναίκες. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση η πλειοψηφία (81%) ανέφεραν ότι είναι έγγαμοι/ες ή βρίσκονταν σε συμβίωση. Σε μικρότερο ποσοστό ανέφεραν ότι είναι χήροι/χήρες (7,5%), διαζευγμένοι/ες (6,5%) και άγαμοι/ες (5%).

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο περισσότεροι από τους μισούς ήταν απόφοιτοι δημοτικού (52,5%). Ποσοστό 22% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, 17% ήταν απόφοιτοι λυκείου και σε μικρότερα ποσοστά ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (4,5%), ΤΕΙ-τεχνολογικής εκπαίδευσης (,5%) ή αναλφάβητοι (1,5%).

Ως προς το επάγγελμα η πλειοψηφία (68,3%) ήταν συνταξιούχοι. Στις υπόλοιπες κατηγορίες παρατηρήθηκαν μικρά ποσοστά: ιδιωτικός υπάλληλος (11,6%), οικιακά (8,5%), άνεργος/η (5,5%), ελεύθερος επαγγελματίας (2,5%), δημόσιος υπάλληλος (3%), αγρότης (0,5%).

Περίπου ένας στους τέσσερις ασθενείς (26%) ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 65-69 ετών και ακολουθούσαν οι ηλικιακές ομάδες 70-74 ετών (18,5%), 60-64 ετών (16%) και 75-79 ετών (14,5%). Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Η πλειοψηφία του δείγματος (67,5%) ανέφερε ότι έχει επαρκή οικονομική κατάσταση, ενώ ένας στους τέσσερις (24,5 %) ανέφερε ότι η οικονομική του κατάσταση είναι κακή. Ένα μικρό ποσοστό (8 %) ανέφερε ότι έχει καλή οικονομική κατάσταση.

6.3. Ιατρικά στοιχεία του δείγματος

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (86,9%) ήταν καπνιστές, ενώ μόνο 26 από τα 200 άτομα του δείγματος (13,1%) δεν κάπνιζαν. Όλοι οι καπνιστές (100%) κάπνιζαν για περισσότερα από 20 χρόνια. Κάποιοι από τους καπνιστές συνέχιζαν να καπνίζουν ακόμη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ως προς την κατάσταση νοσηλείας τους οι περισσότεροι (84,5%) προσέρχονταν για θεραπεία στην κλινική ημέρας (day clinic) της Ογκολογικής Μονάδας της Γ' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Το υπόλοιπο ποσοστό (15,5 %) παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.

Οι περισσότεροι (95%) ήταν ενημερωμένοι για την ύπαρξη του καρκίνου και μόνο 10 άτομα (5%) δεν είχαν ενημερωθεί για το πρόβλημα υγείας τους.

Ο κύριος ιστολογικός τύπος για την πλειοψηφία των ασθενών (84%) ήταν ο μη-μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (N-SCLC), ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς (16%) έπασχαν από μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC).

Η συνηθέστερη μορφή θεραπείας (52,5%) ήταν η χημειοθεραπεία (ως μονοθεραπεία). Ακολουθούσαν σε συχνότητα, με ίδια περίπου ποσοστά, ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας-χημειοθεραπείας (20%) και ο συνδυασμός χημειοθεραπείας - χειρουργικής επέμβασης (20,5%), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για το συνδυασμό ακτινοθεραπείας-χημειοθεραπείας-χειρουργικής επέμβασης (6,5%) και για την ακτινοθεραπεία ως μονοθεραπεία (0,5 %).

Περίπου οι μισοί ασθενείς με N-SCLC (50,6 %) υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία , ενώ μικρότερα ποσοστά είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και λάμβαναν χημειοθεραπεία (23,8 %) ή υποβάλλονταν σε συνδυασμό χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας (17,9%). Κανένας από αυτούς τους ασθενείς δεν υποβαλλόταν αποκλειστικά σε ακτινοθεραπεία (ως μονοθεραπεία).

Οι περισσότεροι ασθενείς με SCLC (62,5%) υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία , ενώ μικρότερα ποσοστά υποβάλλονταν σε συνδυασμό χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας (31,3%) Μόνο ένας από τους 32 ασθενείς με SCLC (3,1%) είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και υποβαλλόταν σε χημειοθεραπεία, ενώ άλλος ένας (3,1%) υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία (ως μονοθεραπεία).

146 ασθενείς (73%) δεν είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Οι υπόλοιποι 52 ασθενείς είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, ενώ για δύο ασθενείς δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία. Ο συχνότερος τύπος χειρουργικής εκτομής ήταν η απλή

λοβεκτομή (17,2%), ενώ για τους υπόλοιπους τύπους παρατηρούνται μικρά ποσοστά (περιορισμένη εκτομή: 4,5 %, διπλή λοβεκτομή: 3%, πνευμονεκτομή: 1,5%).

Ως προς τη λήψη φαρμάκων, το μεγαλύτερο ποσοστό καταγράφηκε στη λήψη αναλγητικών φαρμάκων (31,5%) και στην λήψη εισπνεόμενων φαρμάκων (20,5%). Αντίθετα μικρό ποσοστό καταγράφηκε στη λήψη ηρεμιστικών (9%) και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (6%).

Ένας στους δέκα ασθενείς (10%) εμφάνισε υποτροπή τον τελευταίο μήνα, ενώ για την πλειοψηφία (90%) δεν καταγράφηκε υποτροπή.

Μόνο τρεις ασθενείς (1,5%) νοσηλεύτηκαν εκ νέου τον τελευταίο μήνα, ενώ για την πλειοψηφία (98,5%) δεν καταγράφηκε νέα νοσηλεία.

Η πλειοψηφία των ασθενών (91%) δεν εμφάνισε κάποια τοξικότητα. Η συχνότερη μορφή τοξικότητας ήταν η αιματολογική (8%), ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό (1%) καταγράφηκε αλλεργία.

Στους περισσότερους ασθενείς (75,5%) δεν είχαν καταγραφεί μεταστάσεις. Το ποσοστό των ασθενών με μεταστάσεις ήταν 24,5%.

Αναφορικά με τον ιστολογικό τύπο, οι περισσότερες μεταστάσεις καταγράφηκαν στους ασθενείς με N-SCLC (41/49, 83,7%). Οι υπόλοιπες 8 περιπτώσεις (8/49, 16,3%) καταγράφηκαν στους ασθενείς με SCLC. Συνεκτιμώντας όμως το γεγονός ότι οι ασθενείς με N-SCLC ήταν πολλοί περισσότεροι στο δείγμα, προκύπτει ότι οι μεταστάσεις εμφανίζονται με περίπου ίδια ποσοστά και στους δύο ιστολογικούς τύπους (24,4% στο N-SCLC και 25% στον SCLC).

Στην πλειοψηφία των ασθενών (29,2%) δεν καταγράφηκε κάποιο συνοδό νόσημα. Περίπου ένας στους τέσσερις (26%) είχε ένα συνοδό νόσημα και ποσοστό 27,6% είχε δύο συνοδά νοσήματα. Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τα 3 συνοδά νοσήματα (9,4%), τα 4 συνοδά νοσήματα (5,7%) τα πέντε συνοδά νοσήματα (1,6%) και τα 6 συνοδά νοσήματα (0,5%).

Το συχνότερο συνοδό νόσημα ήταν η υπέρταση (42%). Ακολουθούσαν σε συχνότητα η στεφανιαία νόσος (11,5%) και τα νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (10%). Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (8%), στη δυσλιπιδαιμία (7,5%), στις ψυχικές διαταραχές (7%), στα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (6,5%), στις νεοπλασίες (5,5%) και στα νοσήματα του ουροποιητικού-γεννητικού συστήματος (5 %). Λιγότερο συχνές ήταν οι υπόλοιπες παθήσεις.

Κάθε ασθενής λάμβανε κατά μέσο όρο τρία φάρμακα (Mean: 2,95, SD: 2,60) (εξαιρουμένων των φαρμάκων που χρησιμοποιούνταν για τη χημειοθεραπεία Ο μέγιστος αριθμός που καταγράφηκε ήταν τα 15 φάρμακα. Κάποιοι ασθενείς δεν λάμβαναν κανένα φάρμακο, και έτσι παρατηρείται εύρος 15 φαρμάκων (range:15).

Το μέσο χρονικό διάστημα από τη διάγνωση ήταν 13,5 μήνες. Το μέγιστο χρονικό διάστημα που καταγράφηκε στη συγκεκριμένη μεταβλητή ήταν 60 μήνες (MAX: 60) και το ελάχιστο 1 μήνας (MIN: 1) , δηλ. αυτοί οι ασθενείς ήταν νεοδιαγνωσθέντες.

6.4. Ερωτηματολόγιο Sense of Coherence

Πίνακας 6.4.1.
Συνολική βαθμολογία

N	200
Μέσος όρος (Mean)	57,85
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	1,10
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	15,58
Διασπορά (Variance)	242,69
Μέγιστο (MAX)	83
Ελάχιστο (MIN)	25
Εύρος (Range)	58

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Sense of Coherence (SOC) ήταν 57,85 (SD: 15,58). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 83 (MAX: 83), η ελάχιστη το 25 (MIN: 25) και το εύρος 58 (range: 58).

Πίνακας 6.4.2.
Comprehensibility

N	200
Μέσος όρος (Mean)	22,43
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	0,43
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	6,11
Διασπορά (Variance)	37,28
Μέγιστο (MAX)	33
Ελάχιστο (MIN)	9
Εύρος (Range)	24

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα Comprehensibility του ερωτηματολογίου Sense of Coherence (SOC) ήταν 22,43 (SD: 6,11). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 33 (MAX:33), η ελάχιστη το 9 (MIN: 9) και το εύρος 24 (range: 24).

Πίνακας 6.4.3.
Manageability

N	200
Μέσος όρος (Mean)	16,52
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	0,37
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	5,24
Διασπορά (Variance)	27,46
Μέγιστο (MAX)	26
Ελάχιστο (MIN)	4
Εύρος (Range)	22

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα Manageability του ερωτηματολογίου Sense of Coherence (SOC) ήταν 17,52 (SD: 5,24). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 26 (MAX:26), η ελάχιστη το 4 (MIN: 4) και το εύρος 22 (range: 22).

Πίνακας 6.4.4.
Meaningfulness

N	200
Μέσος όρος (Mean)	17,90
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	0,37
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	5,18
Διασπορά (Variance)	26,85
Μέγιστο (MAX)	28
Ελάχιστο (MIN)	7
Εύρος (Range)	21

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα Meaningfulness του ερωτηματολογίου Sense of Coherence (SOC) ήταν 17,90 (SD: 5,18). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 28 (MAX:28), η ελάχιστη το 7 (MIN: 7) και το εύρος 21 (range: 21).

Πίνακας 6.4.5.

One-Sample t-test: σύγκριση βαθμολογίας SOC των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα με τον γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα.

One-Sample Test						
				Test Value = 59.85		
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC	-1,807	198	,072	-1,99	-417	-18

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η βαθμολογία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα στο ερωτηματολόγιο SOC ήταν μικρότερη από την αντίστοιχη των ατόμων στο γενικό πληθυσμό ($t=-1,807$, $df=198$, $p=0,072$). Όμως η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικώς σημαντική.

Πίνακας 6.4.6.

Παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SOC

Βαθμολογία SOC		Βαθμολογία SOC	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	60,03	45-49 ετών	49,50
Γυναίκες	52,57	50-54 ετών	49,11
p	0,001	55-59 ετών	58,68
		60-64 ετών	56,71
		65-69 ετών	58,06
		70-74 ετών	58,81
		75-79 ετών	57,28
		80-84 ετών	64,33
		>85 ετών	42,50
		p	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	46,60	Οικιακά	46,18
Έγγαμος/σε συμβίωση	59,42	Ανεργος	55,91
Διαζευγμένος	54,67	Αγρότης	51,00
Χήρος	51,00	Δημόσιος υπάλληλος	72,33
p	0,016	Ιδιωτικός υπάλληλος	59,61
		Συνταξιούχος	58,41
		Ελεύθερος επαγγελματίας	61,00
		p	0,007
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/οικονομική κατάσταση	
Αναφάβητος	38,67	Καλή	71,19
Δημοτικό	56,02	Επαρκής	58,70
Γυμνάσιο	60,18	Κακή	51,18
Λύκειο	59,15	p	0,002
TEI	63,00		
ΑΕΙ	66,67		
p	NS		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

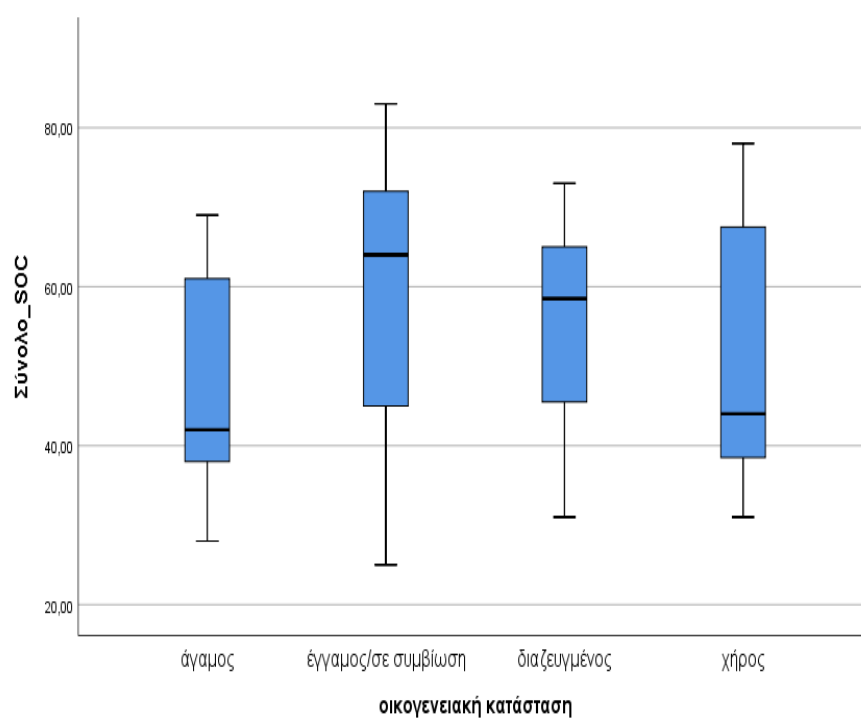
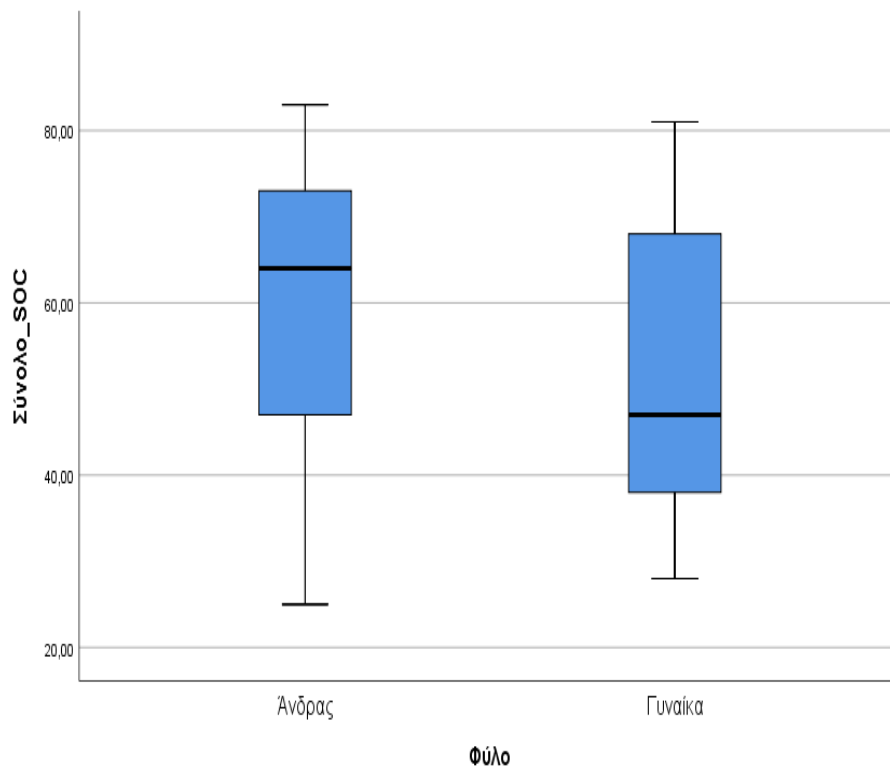
Η επίδραση του φύλου στην αίσθηση συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2910,500$, $z=-3,193$, $p=0,001$). Οι άνδρες ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,36) από τις γυναίκες (79,68).

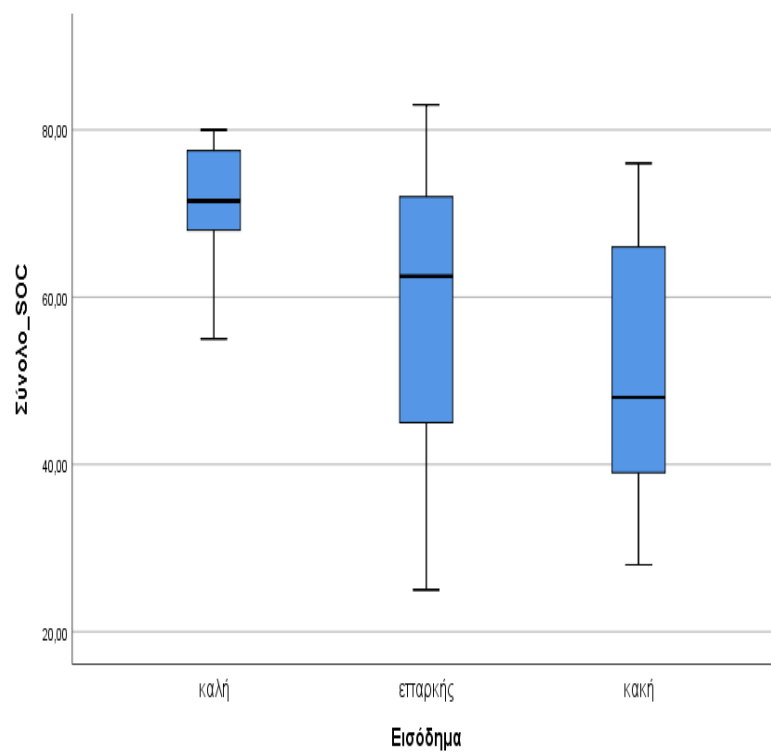
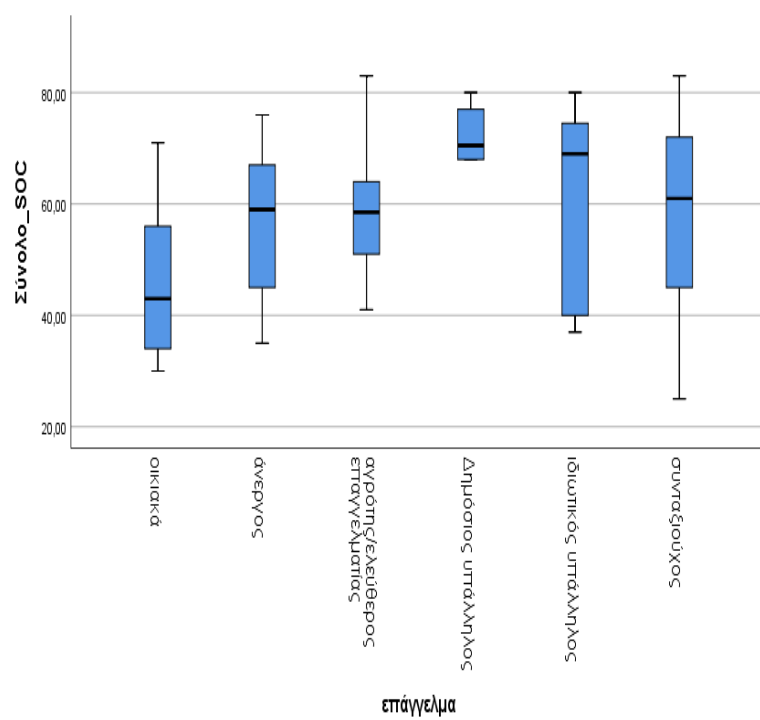
Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην αίσθηση συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=10,29$, $df=3$, $n=200$, $p=0,016$). Οι έγγαμοι ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=105,90) από τους άγαμους (58,60), τους διαζευγμένους (84,46) και τους χήρους (76,30).

Η επίδραση του επαγγέλματος στην αίσθηση συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=15,880$, $df=5$, $n=198$, $p=0,007$). Οι απασχολούμενες με οικιακά είχαν χαμηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=55,85) από τους δημόσιους υπαλλήλους (151,50) και τους συνταξιούχους (101,84).

Η επίδραση του εισοδήματος στην αίσθηση συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=9,163$, $df=2$, $n=200$, $p=0,002$). Οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=106,56) από τους ασθενείς με επαρκή (71,79) και κακή εισοδηματική κατάσταση (72,56).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές





Πίνακας 6.4.7.

Σύγκριση των ασθενών άνω των 65 ετών-κάτω των 65 ετών στο ερωτηματολόγιο SOC

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC	Μικρότεροι από 65 ετών	62	56,03	15,71	1,99
	Μεγαλύτεροι από 65 ετών	137	58,68	15,50	1,32

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ηλικιακές κατηγορίες (μικρότεροι από 65 ετών-μεγαλύτεροι από 65 ετών) στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC.

Πίνακας 6.4.8.***Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SOC***

Βαθμολογία SOC		Βαθμολογία SOC	
Ιστολογικός τύπος		Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης	
N-SCLC	58,17	Day clinic	57,21
SCLC	56,22	Εξωτερικά ιατρεία	61,47
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα		Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	57,75	NAI	58,33
OXI	58,20	OXI	48,80
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>
Θεραπεία			
Ακτινοθεραπεία	31		
Χημειοθεραπεία	57,40		
Χειρουργική επέμβαση	-----		
Ακτινοθεραπεία- Χημειοθεραπεία	57,18		
Ακτινοθεραπεία- Χειρουργική επέμβαση	-----		
Χημειοθεραπεία- Χειρουργική επέμβαση	60,78		
Ακτινοθεραπεία- Χημειοθεραπεία- Χειρουργική επέμβαση	56,38		
<i>p</i>	<i>NS</i>		

NS: No Significant

Πίνακας 6.4.9.

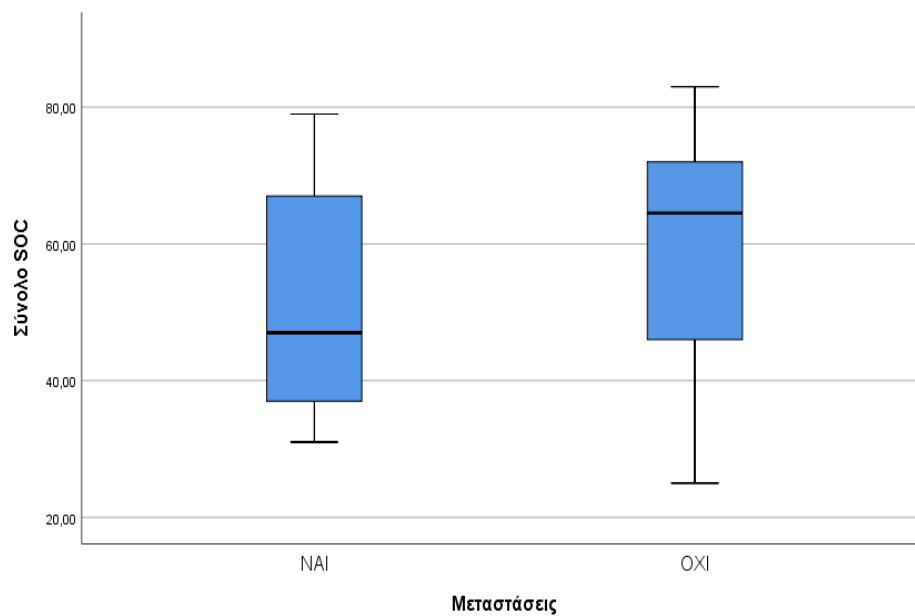
Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SOC (συνέχεια)

	Βαθμολογία SOC		Βαθμολογία SOC
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	52,05	NAI	55,33
OXI	58,50	OXI	57,89
<i>p</i>	NS	<i>p</i>	NS
Μεταστάσεις			
NAI	50,35		
OXI	60,31		
<i>p</i>	0,001		
NS: No Significant			

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση των μεταστάσεων στην αίσθηση συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2357,00$, $z=-3,767$, $p=0,001$). Οι ασθενείς χωρίς μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,79) στο ερωτηματολόγιο SOC από τους ασθενείς με μεταστάσεις (73,10).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων στις υποκατηγορίες των υπόλοιπων μεταβλητών ως προς την αίσθηση συνεκτικότητας.

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.4.10.

Παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων σε σχέση με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SOC

Comprehensibility Manageability Meaningfulness				Comprehensibility Manageability Meaningfulness			
Φύλο				Ηλικιακή ομάδα			
Άνδρες	23,38	18,47	18,18	45-49 ετών	19,50	15,00	15,00
Γυναίκες	20,10	15,24	17,22	50-54 ετών	17,89	15,44	15,78
p	0,001	0,001	NS	55-59 ετών	22,68	17,42	18,58
				60-64 ετών	21,77	16,91	17,945
				65-69 ετών	22,85	17,23	17,98
				70-74 ετών	22,89	17,84	18,08
				75-79 ετών	22,10	17,66	17,52
				80-84 ετών	24,83	20,33	19,17
				>85 ετών	17,00	14,00	11,50
				p	NS	NS	NS
Οικογενειακή Κατάσταση				Επάγγελμα			
Άγαμος	17,90	14,30	14,4000	Οικιακά	17,41	12,94	15,82
Έγγαμος/σε συμβίωση	22,96	17,98	18,4753	Άνεργος	22,64	16,55	16,73
Διαζευγμένος	21,50	17,15	15,9231	Αγρότης/ ελεύθ.επαγγε λματίας	22,50	17,33	19,50
Χήρος	20,40	14,93	15,6667	Δημόσιος υπάλληλος	27,33	21,50	23,50
p	0,046	NS	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	23,00	18,04	18,57
				Συνταξιούχος	22,70	17,88	17,81
				p	0,008	0,008	0,024
Εκπαιδευτικό επίπεδο				Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση			
Αναλφάβητος	13,33	11,67	13,67	Καλή	27,13	21,50	22,56
Δημοτικό	21,91	17,37	16,73	Επαρκής	22,78	17,87	18,01
Γυμνάσιο	23,50	18,00	18,68	Κακή	19,92	15,22	16,04
Λύκειο	22,42	17,47	19,12	p	0,001	0,001	0,001
TEI	23,00	17,60	22,40				
AEI	25,89	18,89	21,89				
p	0,031	NS	0,002				

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Comprehensibility

Η επίδραση του φύλου στην υποκλίμακα comprehensibility της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2834,00$, $z=-3,405$, $p=0,001$) και οι άνδρες ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,79) από τις γυναίκες (78,36).

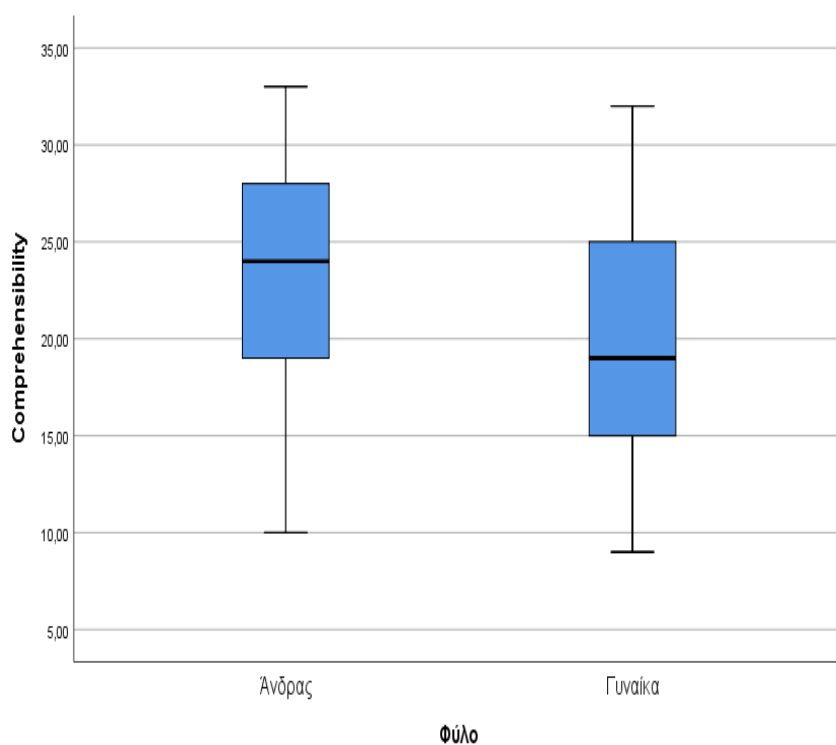
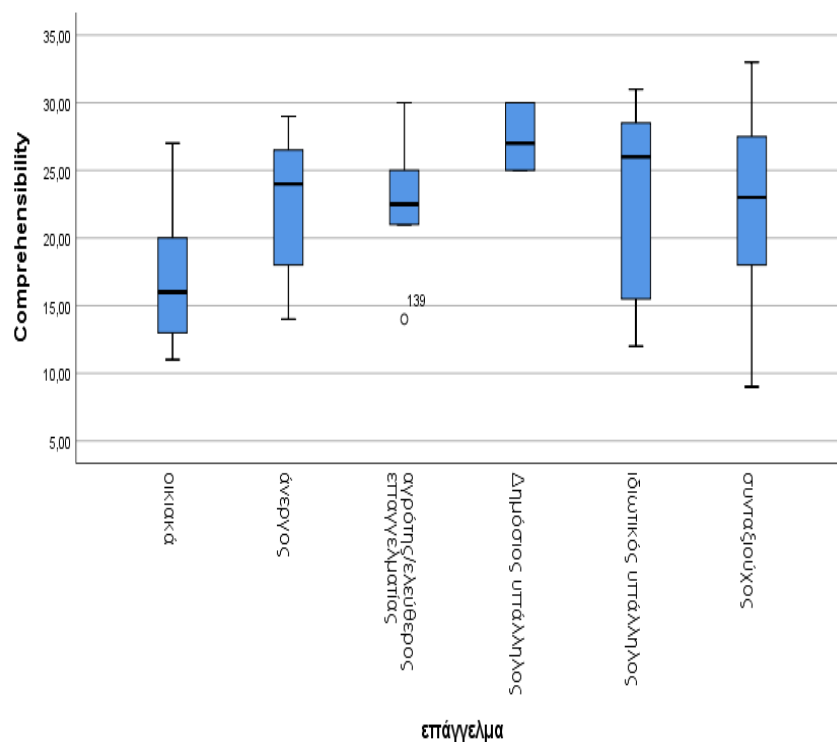
Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην υποκλίμακα comprehensibility της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=8,002$, $df=3$, $n=200$, $p=0,046$). Οι ασθενείς που ήταν έγγαμοι/σε συμβίωση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=104,98) από τους ασθενείς που ήταν άγαμοι (59,85), διαζευγμένοι (88,54) ή χήροι (82,20). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

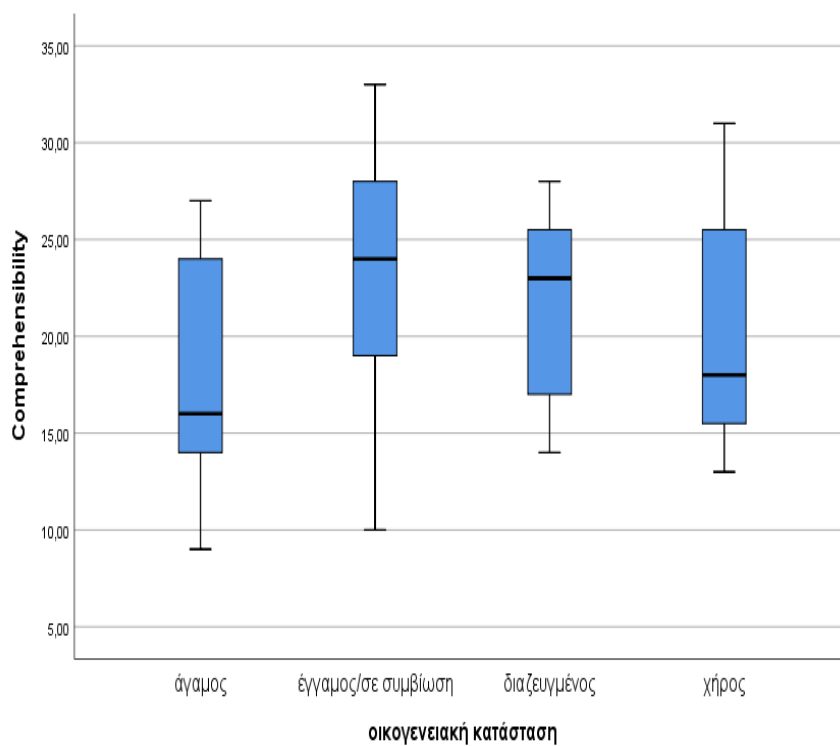
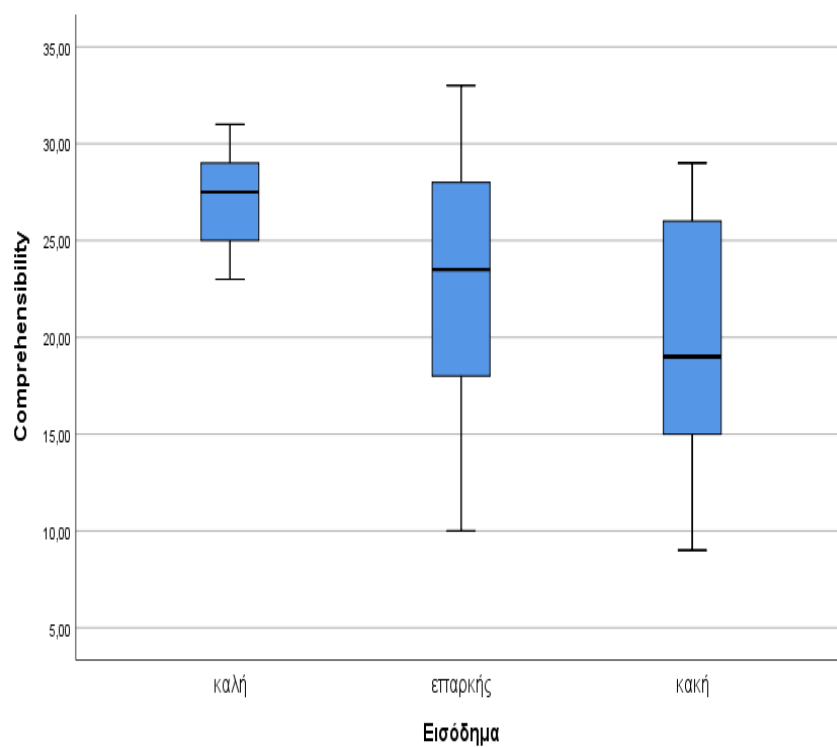
Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην υποκλίμακα comprehensibility της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=12,317$, $df=5$, $n=200$, $p=0,031$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=135,39) από τους ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι (18,83). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

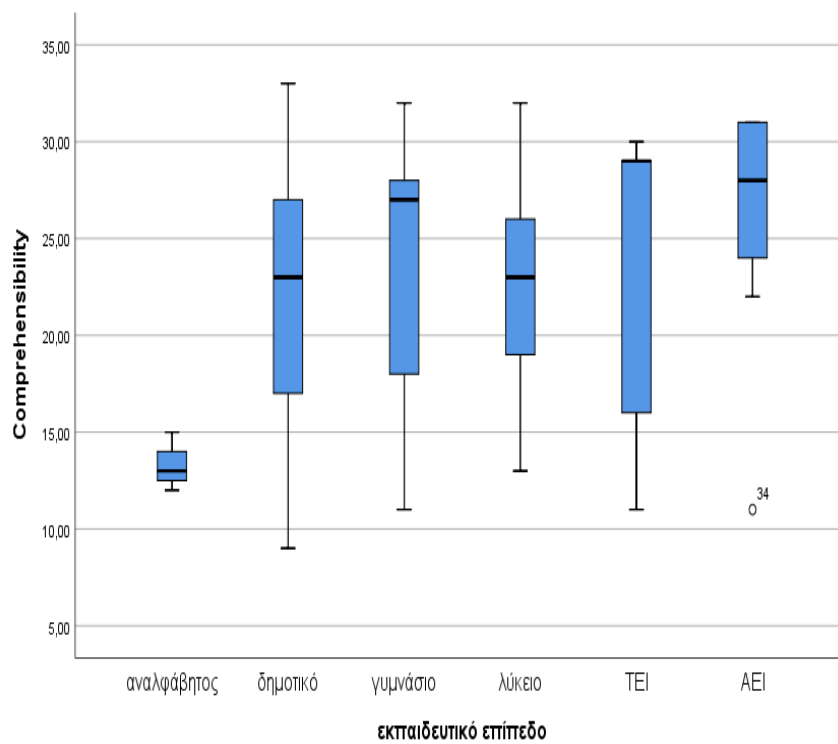
Η επίδραση του επαγγέλματος στην υποκλίμακα comprehensibility της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=15,591$, $df=5$, $n=198$, $p=0,008$). Οι ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=145,67) από τους ασθενείς που απασχολούνταν με οικιακά (53,50). Ακόμη, οι συνταξιούχοι ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=101,50) από τους ασθενείς που απασχολούνταν με οικιακά (53,50). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του εισοδήματος στην υποκλίμακα comprehensibility της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=17,519$, $df=1$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=143,91) από τους ασθενείς με επαρκή (103,14) και κακή εισοδηματική κατάσταση (77,07). Ακόμη οι ασθενείς με επαρκή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=102,30) από τους ασθενείς με κακή εισοδηματική κατάσταση (79,28).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές







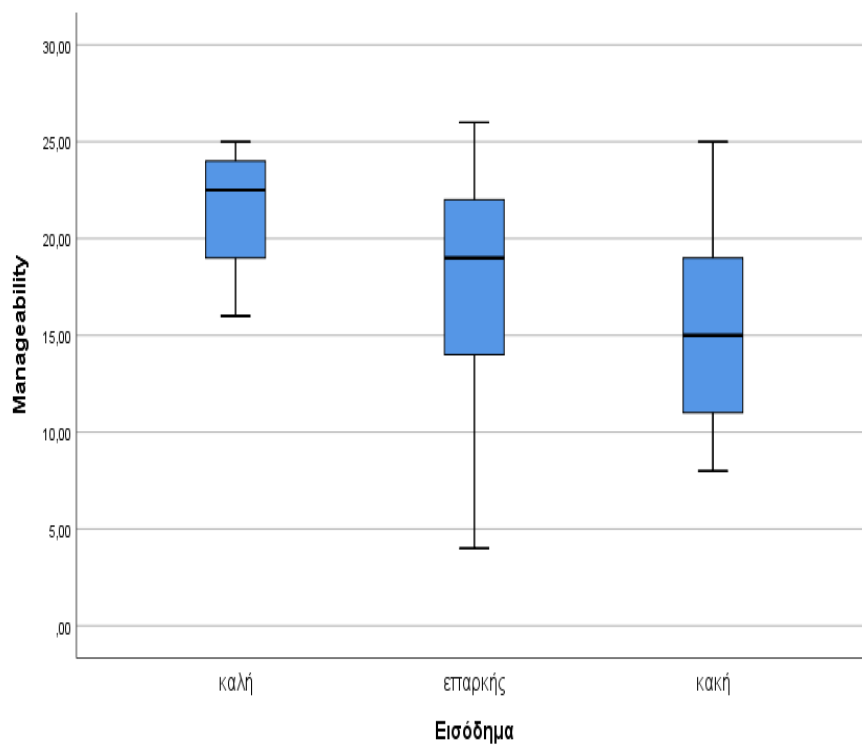
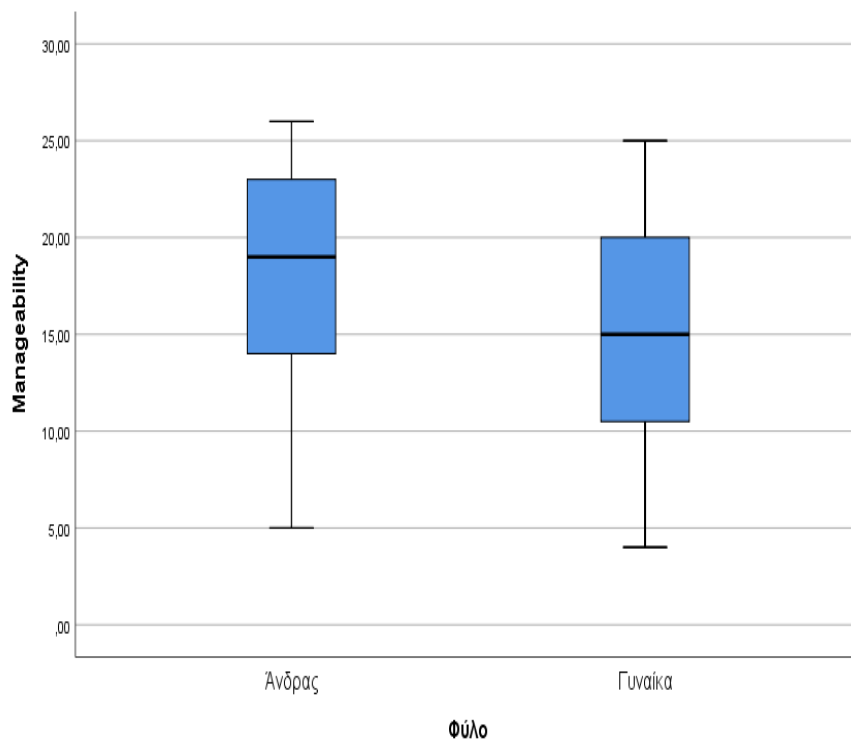
Manageability

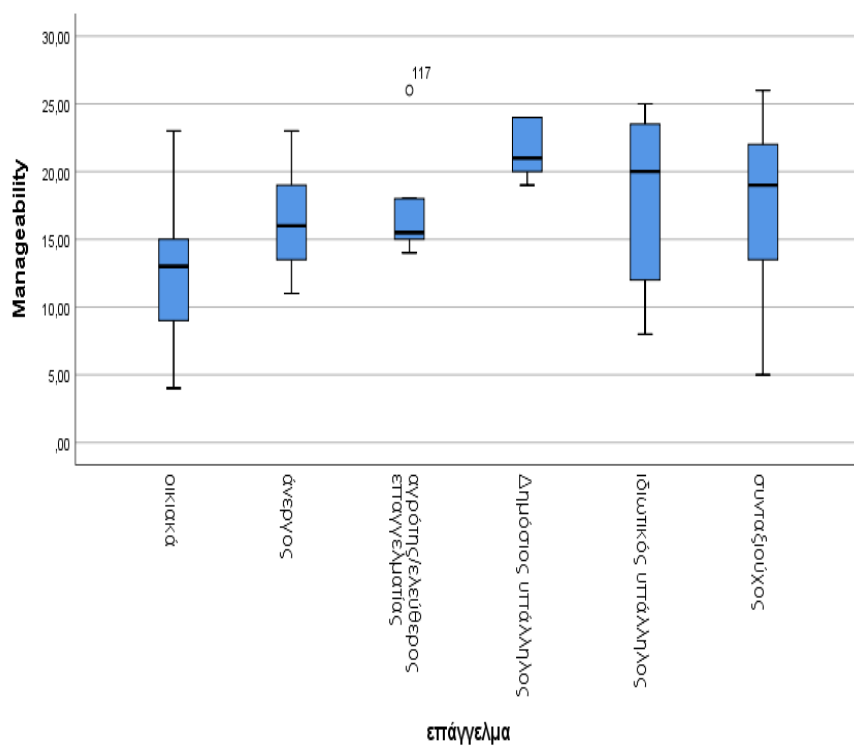
Η επίδραση του φύλου στην υποκλίμακα manageability της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2716,00$ $z=-3,875$, $p=0,001$). Οι άνδρες ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=110,74) από τις γυναίκες ασθενείς (76,03).

Η επίδραση του επαγγέλματος στην υποκλίμακα manageability της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=15,708$, $df=5$, $n=198$, $p=0,008$). Οι ασθενείς που απασχολούνταν σε οικιακά είχαν χαμηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=53,97) από τους ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (142,25), ιδιωτικοί υπάλληλοι (106,61) ή συνταξιούχοι (103,96). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του εισοδήματος στην υποκλίμακα manageability της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=20,429$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=145,75) από τους ασθενείς με επαρκή (104,58) και κακή εισοδηματική κατάσταση (74,49). Ακόμη οι ασθενείς με επαρκή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=104,58) από τους ασθενείς με κακή εισοδηματική κατάσταση (74,49).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές





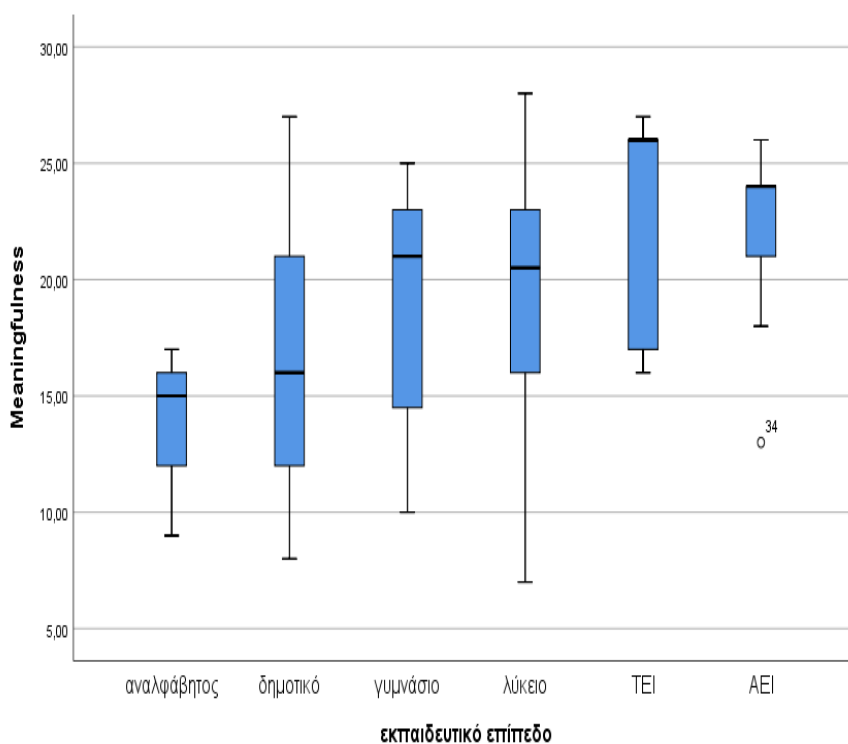
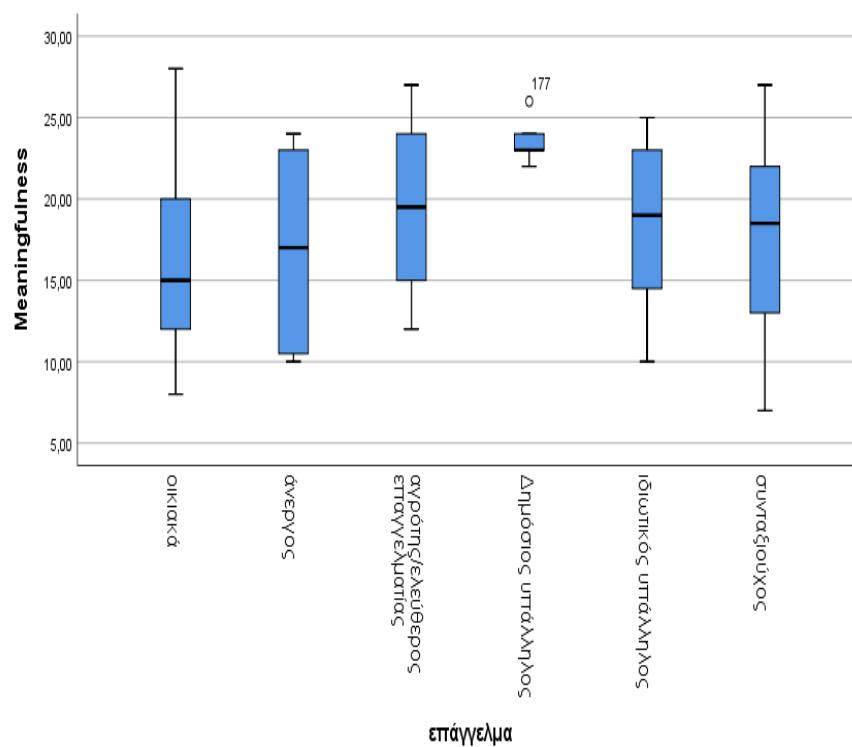
Meaningfulness

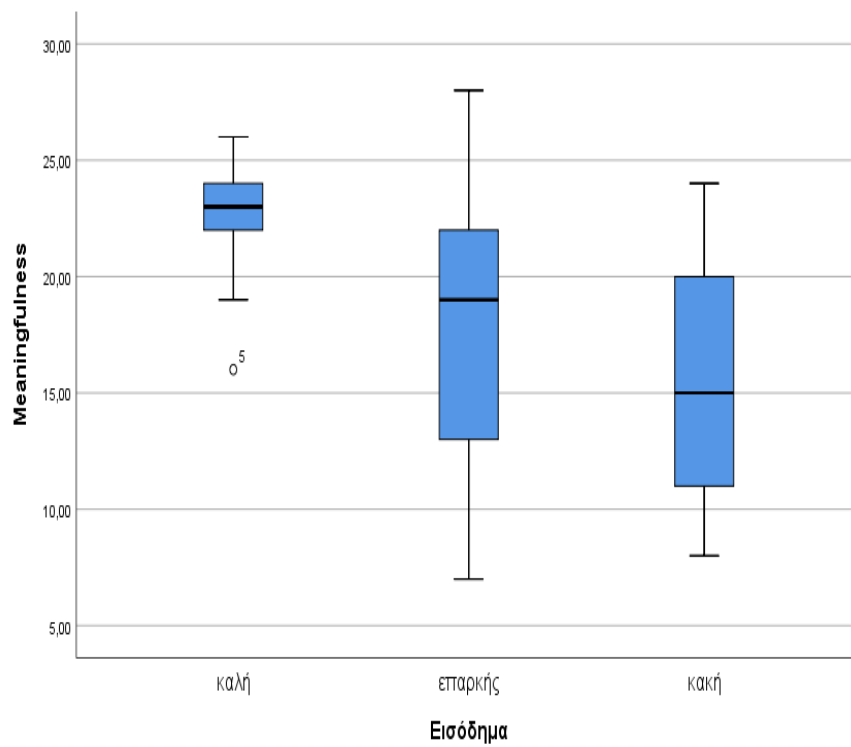
Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* στην υποκλίμακα *meaningfulness* της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=19,200$, $df=5$, $n=200$, $p=0,002$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=148,50) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού (87,93). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *επαγγέλματος* στην υποκλίμακα *meaningfulness* της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=12,930$, $df=5$, $n=200$, $p=0,024$). Οι ασθενείς που απασχολούνταν σε οικιακά είχαν χαμηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=74,18) από τους ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (166,33). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* στην υποκλίμακα *meaningfulness* της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=21,642$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=155,69) από τους ασθενείς με επαρκή (101,86) και κακή εισοδηματική κατάσταση (78,74). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές





Πίνακας 6.4.11.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SOC

Comprehensibility Manageability Meaningfulness				Comprehensibility Manageability Meaningfulness			
Ιστολογικός τύπος				Νοσηλεία			
SCLC	22,41	17,57	18,16	Day clinic	22,28	17,45	17,49
NSCLC	22,50	17,22	16,50	Εξωτερικά ιατρεία	23,27	17,87	20,13
P	NS	NS	NS	P	NS	NS	0,08
Κάπνισμα				Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση			
NAI	22,42	17,52	17,82	NAI	22,56	17,65	18,10
OXI	22,36	17,31	18,38	OXI	19,90	14,90	14,00
P	NS	NS	NS	p	NS	NS	0,015
Θεραπεία							
Ακτινοθεραπεία	13,00	9,00	9,00				
Χημειοθεραπεία	22,03	17,66	17,69				
Ακτινοθεραπεία-Χημειοθεραπεία	22,98	16,95	17,25				
Χημειοθεραπεία-Χειρουργική επέμβαση	23,29	17,98	19,51				
Ακτινοθεραπεία-Χημειοθεραπεία-Χειρουργική επέμβαση	21,92	17,31	17,15				
P	NS	NS	NS				

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Comprehensibility

Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαμέσους των υποκατηγοριών όλων των μεταβλητών του πίνακα 6.4.11.

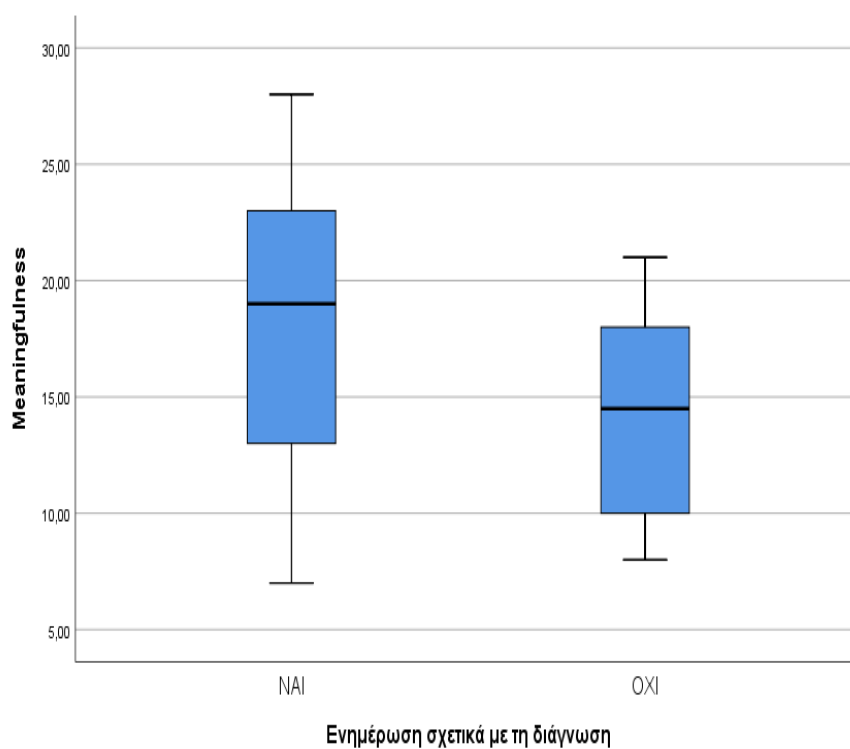
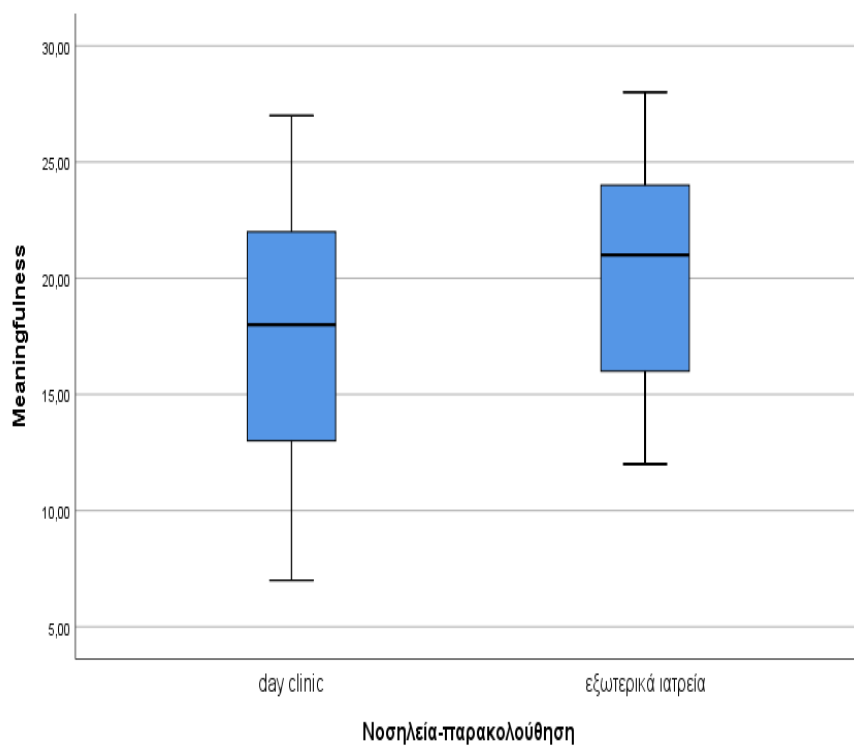
Manageability

Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαμέσους των υποκατηγοριών όλων των μεταβλητών του πίνακα 6.4.11.

Meaningfulness

Η επίδραση του τύπου νοσηλείας/παρακολούθησης στην υποκλίμακα meaningfulness της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1839,000$, $z=-2,641$, $p=0,008$). Οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=125,68) από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία στην κλινική ημέρας (95,88).

Η επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση στην υποκλίμακα meaningfulness της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=517,500$, $z=-2,430$, $p=0,015$). Οι ασθενείς που ήταν ενημερωμένοι για τη διάγνωση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=102,78) από τους ασθενείς που δεν ήταν ενημερωμένοι (57,25).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.4.12.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SOC (συνέχεια)

	Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness		Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness
Υποτροπή				Νέα νοσηλεία			
NAI	20,45	15,85	15,75	NAI	22,00	16,00	17,33
OXI	22,65	17,70	18,13	OXI	22,43	17,54	17,90
P	NS	NS	NS	p	NS	NS	NS
Μεταστάσεις							
NAI	19,61	15,18	15,55				
OXI	23,35	18,27	18,66				
P	0,001	0,001	0,001				

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Comprehensibility

Η επίδραση των μεταστάσεων στην υποκλίμακα Comprehensibility της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2407,500$, $z=-3,627$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,45) από τους ασθενείς στους οποίους είχαν εντοπιστεί μεταστάσεις (74,13).

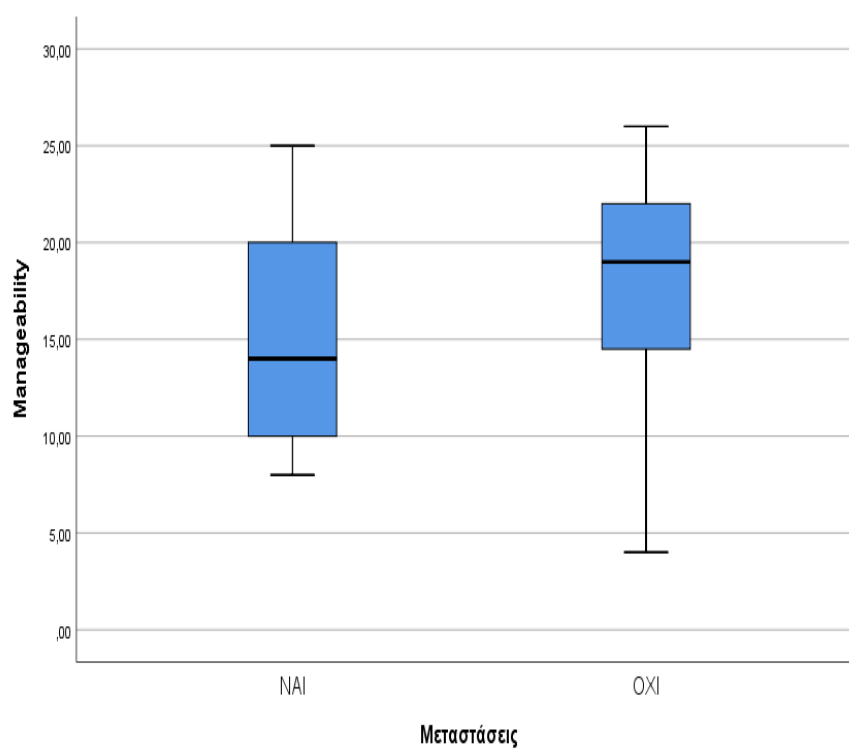
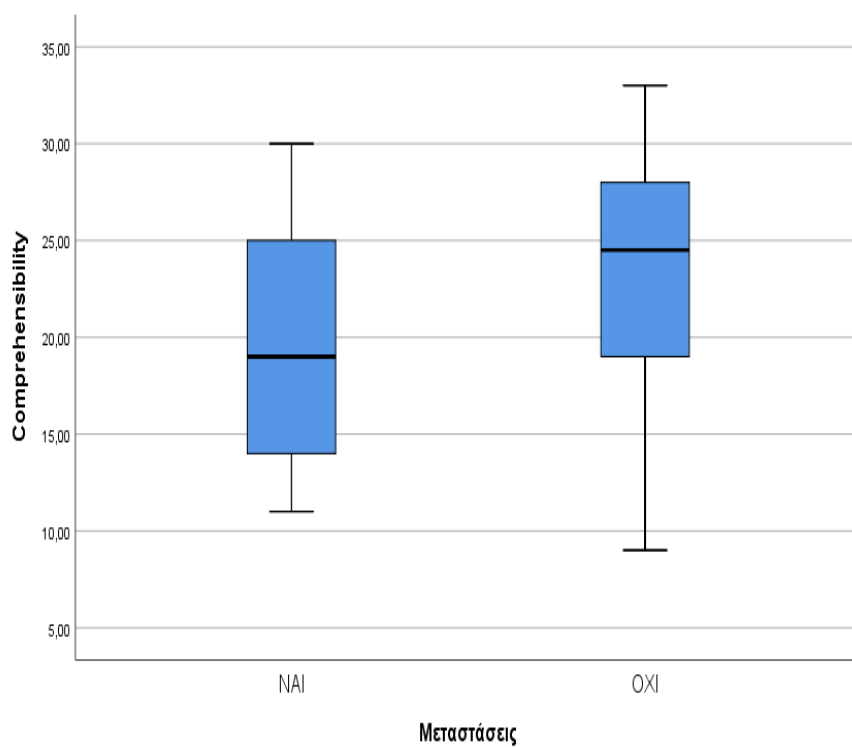
Manageability

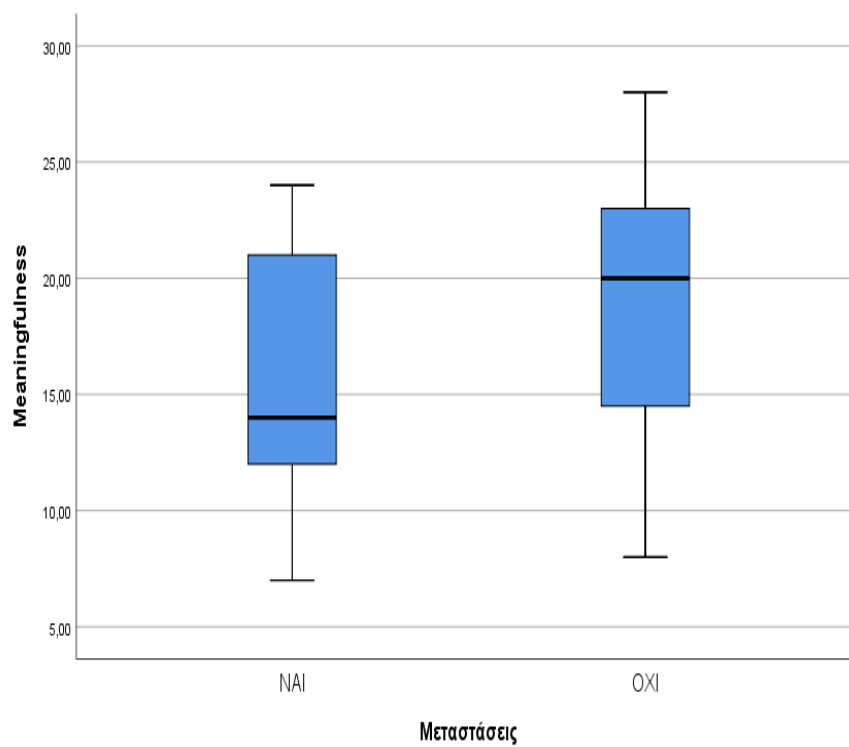
Η επίδραση των μεταστάσεων στην υποκλίμακα Manageability της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2494,500$, $z=-3,430$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,48) από τους ασθενείς στους οποίους είχαν εντοπιστεί μεταστάσεις (75,91).

Meaningfulness

Η επίδραση των μεταστάσεων στην υποκλίμακα Meaningfulness της αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2418,500$, $z=-3,647$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,98) από τους ασθενείς στους οποίους είχαν εντοπιστεί μεταστάσεις (74,36).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές





6.5. Ερωτηματολόγιο «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων»

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 υποκλίμακες. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις ερωτήσεις που αποτελούν αυτές τις υποκλίμακες.

Πίνακας 6.5.1.

Περιγραφική στατιστική για τις πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου

	Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Θετική προσέγγιση	Αποφυγή/ διαφυγή	Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	Ευχολογία/ Ονειροπόληση
Μέσος όρος (Mean)	0,80	1,46	1,39	1,22	1,21
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	0,04	0,049	0,03	0,06	0,05
Τυπική απόκλιση (Std. deviation)	0,52	0,69	0,42	0,82	0,64
Μέγιστο (MAX)	2,5	3	2,56	2,83	2,63
Ελάχιστο (MIN)	0	0	0,44	0	0,13
Εύρος (Range)	2,5	3	2,11	2,83	2,50

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν 0,8 (Mean: 0,8, SD:0,52). Η μικρότερη βαθμολογία ήταν το 0 (Min:0) και η μέγιστη το 2,5 (Max:2,5). Το εύρος της βαθμολογίας ήταν 2,5 (Range: 2,5).

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα «θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν 1,46 (Mean: 1,46, SD:0,52). Η μικρότερη βαθμολογία ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 2,5 (Max: 2,5). Το εύρος της βαθμολογίας ήταν 2,5 (Range: 2,5).

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα «αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν 1,39 (Mean: 1,39, SD:0,42). Η μικρότερη βαθμολογία ήταν το 0,44 (Min: 0,44) και η μέγιστη το 2,56 (Max: 2,56). Το εύρος της βαθμολογίας ήταν 2,11 (Range: 2,11).

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν 1,22 (Mean: 1,22, SD:0,82). Η μικρότερη βαθμολογία ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 2,83 (Max: 2,83). Το εύρος της βαθμολογίας ήταν 2,83 (Range: 2,83).

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα «ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν 1,21 (Mean: 1,21, SD:0,64). Η μικρότερη βαθμολογία ήταν το 0,13 (Min: 0,13) και η μέγιστη το 2,63 (Max: 2,63). Το εύρος της βαθμολογίας ήταν 2,5 (Range: 2,5).

Πίνακας 6.5.2.

One sample t-test για σύγκριση σε σχέση με το φύλο της βαθμολογίας των ασθενών του δείγματος και του ελληνικού γενικού πληθυσμού

Υποκλίμακα	Ανδρες			Γυναίκες		
	Ασθενείς του δείγματος	ελληνικός γενικός πληθυσμός	<i>p</i>	Ασθενείς του δείγματος	ελληνικός γενικός πληθυσμός	<i>p</i>
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,82	1,47	0,001	0,75	1,47	0,001
Θετική προσέγγιση	1,45	1,61	0,005	1,49	1,98	0,001
Αποφυγή/διαφυγή	1,35	1,45	0,007	1,48	1,68	0,001
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	1,20	1,78	0,001	1,25	1,95	0,001
Ευχολογία/ονειροπόληση	1,04	1,62	0,001	1,61	1,89	0,001

Οι άνδρες και οι γυναίκες του δείγματος είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες και τις γυναίκες του ελληνικού γενικού πληθυσμού σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Πίνακας 6.5.3.

***Υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος»
(4 ερωτήσεις: ερώτηση 12,21,28, 29)***

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ερώτηση 12	200	0	3	0,92	0,85
Ερώτηση 21	200	0	3	0,21	0,59
Ερώτηση 28	200	0	3	1,49	0,99
Ερώτηση 29	200	0	3	0,58	0,79

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 28 («Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα») και η μικρότερη στην ερώτηση 21 («Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο»). Η μικρότερη βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 3 (Max: 3). Το εύρος της βαθμολογίας σε όλες τις ερωτήσεις ήταν 3 (Range: 3), δηλ. όσο και το εύρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 6.5.4.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

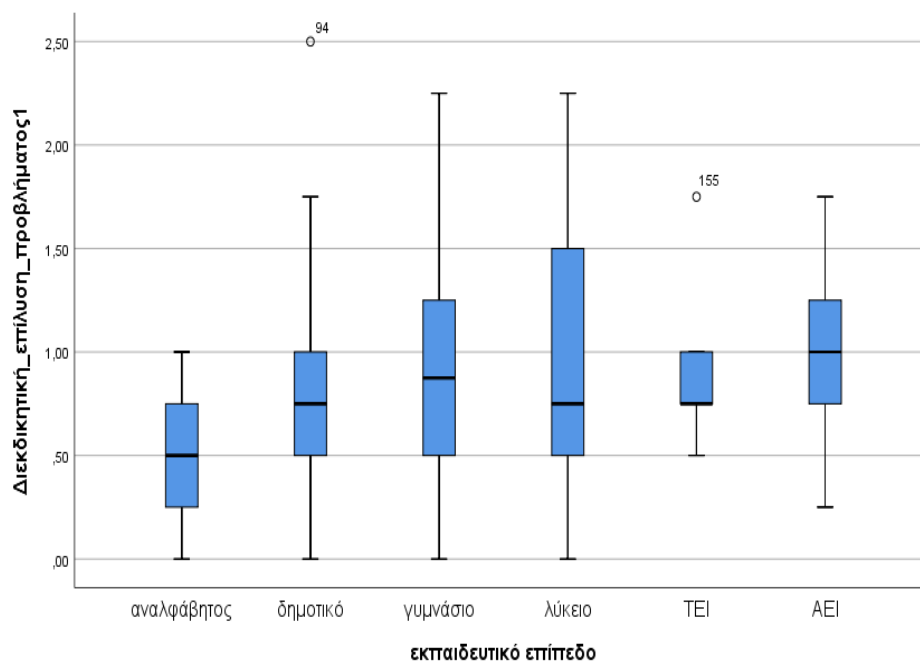
Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος»	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	0,82	45-49 ετών	1,13
Γυναίκες	0,75	50-54 ετών	0,81
<i>p</i>	<i>NS</i>	55-59 ετών	1,11
		60-64 ετών	0,84
		65-69 ετών	0,84
		70-74 ετών	0,72
		75-79 ετών	0,56
		80-84 ετών	0,81
		>85 ετών	1,00
		<i>p</i>	<i>NS</i>
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	0,85	οικιακά	0,84
Έγγαμος/σε συμβίωση	0,79	άνεργος αγρότης/ ελεύθερος επαγγελματίας	0,64
Διαζευγμένος	1,02	δημόσιος υπάλληλος	0,96
Χήρος	0,651	ιδιωτικός υπάλληλος	0,83
<i>p</i>	<i>NS</i>	συνταξιούχος	0,98
		<i>p</i>	<i>NS</i>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση	
Αναφάβητος	0,50	Καλή	0,92
Δημοτικό	0,68	Επαρκής	0,81
Γυμνάσιο	0,931	Κακή	0,73
Λύκειο	0,97	<i>p</i>	<i>NS</i>
ΤΕΙ	0,95		
ΑΕΙ	0,97		
<i>p</i>	<i>0,03</i>		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=12.349$, $df=5$, $n=200$, $p=0,03$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=123,00) από τους ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι (69,83).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



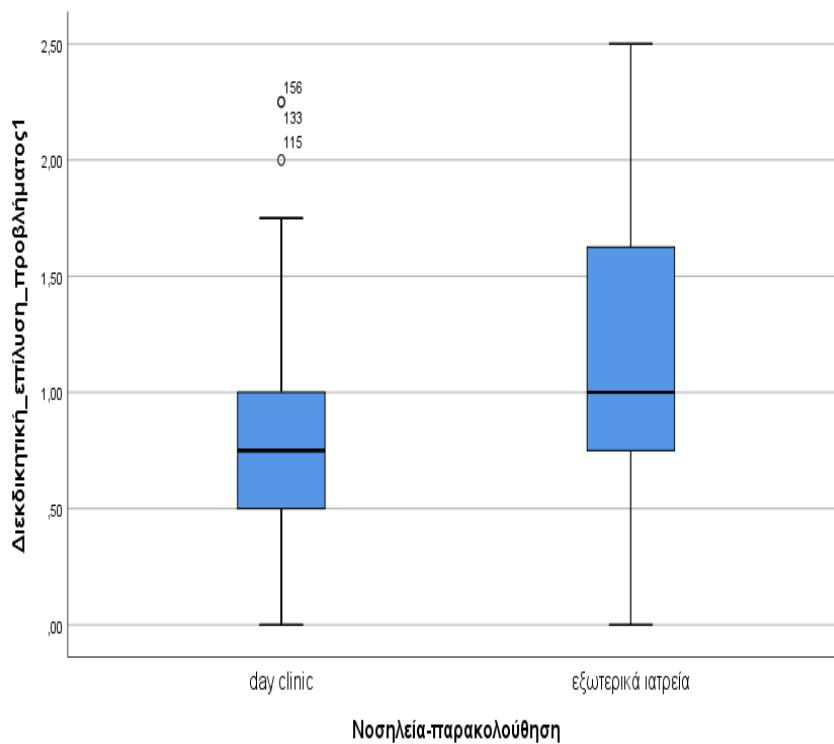
Πίνακας 6.5.5.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Ιστολογικός τύπος	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος»	
	Νοσηλεία/ παρακολούθηση			
N-SCLC	0,80	Day clinic	0,75	
SCLC	0,78	Εξωτερικά ιατρεία	1,08	
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>0,007</i>	
Κάπνισμα	Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση			
NAI	0,80	NAI	0,81	
OXI	0,81	OXI	0,58	
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>	

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε ότι η επίδραση του τύπου νοσηλείας/παρακολούθησης στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1835,000$, $z=-2,686$, $p=0,007$). Οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=125,81) από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία στην κλινική ημέρας (95,86).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.5.6.

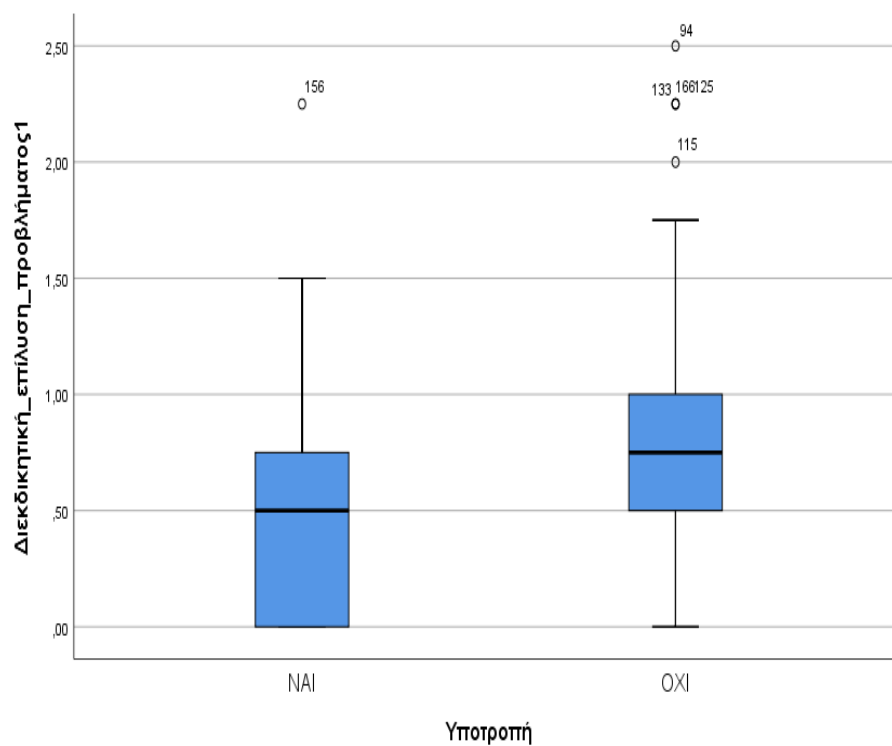
Παρουσίαση της υποκλίμακας «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συνέχεια).

	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος»	
Υποτροπή	Νέα νοσηλεία			
NAI	0,60	NAI	0,58	
OXI	0,82	OXI	0,80	
<i>p</i>	0,043	<i>p</i>	NS	
Μεταστάσεις				
NAI	0,76			
OXI	0,81			
<i>p</i>	NS			

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση της υποτροπής κατά τον τελευταίο μήνα στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1309,500$, $z=-2,026$, $p=0,043$). Οι ασθενείς που δεν είχαν υποτροπιάσει τον τελευταίο μήνα είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων ($\text{Mean Rank}=103,23$) από τους ασθενείς στους οποίους καταγράφηκε υποτροπή ($75,98$).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.5.7.

Υποκλίμακα “Θετική προσέγγιση”

(11 ερωτήσεις: ερώτηση 1,11,14,16,19,23,24, 30,31,32,38)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ερώτηση 1	200	0	3	2,09	0,86
Ερώτηση 11	200	0	3	1,41	0,85
Ερώτηση 14	200	0	3	0,82	0,88
Ερώτηση 16	200	0	3	1,24	0,88
Ερώτηση 19	200	0	3	1,22	0,93
Ερώτηση 23	199	0	3	1,20	0,86
Ερώτηση 24	196	0	3	1,59	0,89
Ερώτηση 30	200	0	3	1,49	0,89
Ερώτηση 31	196	0	3	1,74	1,01
Ερώτηση 32	196	0	3	1,86	1,00
Ερώτηση 38	200	0	3	1,50	0,89

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 1 («Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα») και η μικρότερη στην ερώτηση 14 («Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό»). Η μικρότερη βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 3 (Max: 3). Το εύρος της βαθμολογίας σε όλες τις ερωτήσεις ήταν 3 (Range: 3), δηλ. όσο και το εύρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 6.5.8.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «θετική προσέγγιση» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

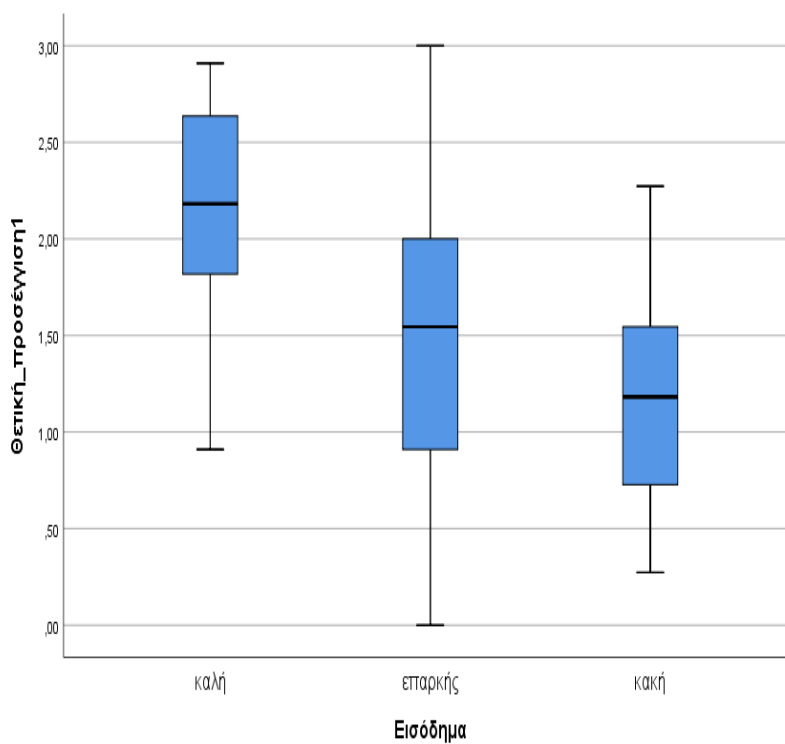
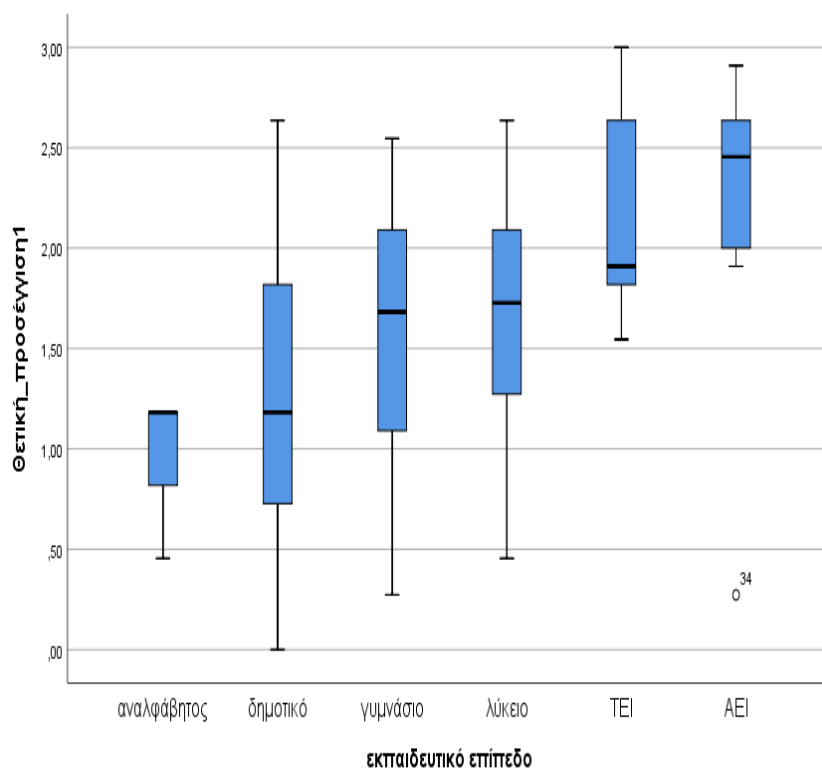
Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση»	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	1,45	45-49 ετών	1,23
Γυναίκες	1,49	50-54 ετών	1,25
p	NS	55-59 ετών	1,65
		60-64 ετών	1,57
		65-69 ετών	1,45
		70-74 ετών	1,45
		75-79 ετών	1,33
		80-84 ετών	1,56
		>85 ετών	0,91
		p	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	0,86	Οικιακά	1,37
Έγγαμος/σε συμβίωση	1,51	Άνεργος	1,36
Διαζευγμένος	1,67	Αγρότης/ Ελεύθερος επαγγελματίας	1,89
Χήρος	1,16	Δημόσιος υπάλληλος	2,23
p	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	1,48
		Συνταξιούχος	1,42
		p	NS
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	0,94	Καλή	2,14
Δημοτικό	1,26	Επαρκής	1,48
Γυμνάσιο	1,56	Κακή	1,19
Λύκειο	1,71	p	0,001
TEI	2,18		
AEI	2,18		
p	0,001		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=28,718$, $df=5$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=83,56) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου (119,85) , απόφοιτοι ΤΕΙ (151,60) ή απόφοιτοι ΑΕΙ (158,06).

Η επίδραση του εισοδήματος στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=22,491$, $df=3$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=155,19) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή (101,72) ή κακή εισοδηματική κατάσταση (77,27). Ακόμη, οι ασθενείς που είχαν επαρκή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=101,729) από τους ασθενείς που είχαν κακή εισοδηματική κατάσταση (77,27).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.5.9.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «θετική προσέγγιση» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

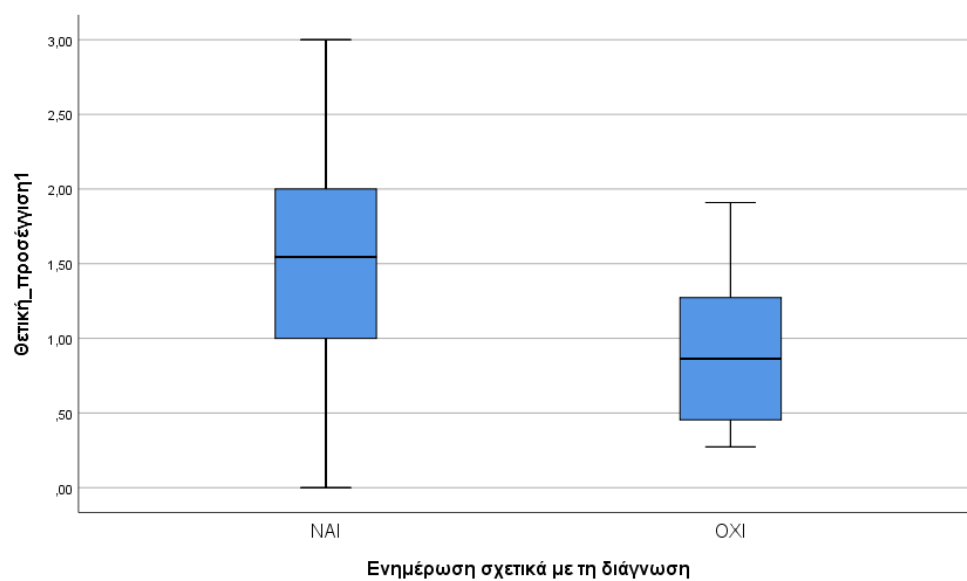
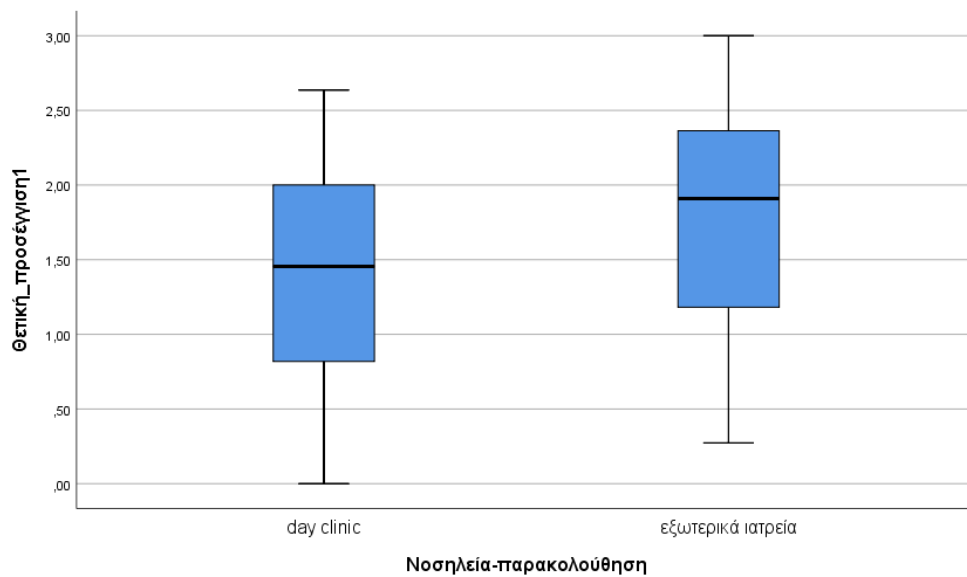
Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση»	
Ιστολογικός τύπος		Νοσηλεία/ Παρακολούθηση	
N-SCLC	1,46	Day clinic	1,41
SCLC	1,49	Εξωτερικά ιατρεία	1,77
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>0,014</i>
Κάπνισμα		Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	1,44	NAI	1,49
OXI	1,62	OXI	0,95
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>0,016</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του *τόπου νοσηλείας/παρακολούθησης* στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1821,500$, $z=-2,457$, $p=0,014$). Οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=123,78) από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία στην κλινική ημέρας (95,78).

Η επίδραση της *ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση* στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική. ($U=518,500$, $z=-2,405$, $p=0,016$). Οι ασθενείς που ήταν ενημερωμένοι σχετικά με τη διάγνωση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=102,26) από τους ασθενείς οι οποίοι δεν ήταν ενημερωμένοι (57,35).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.5.10.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «θετική προσέγγιση» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συνέχεια).

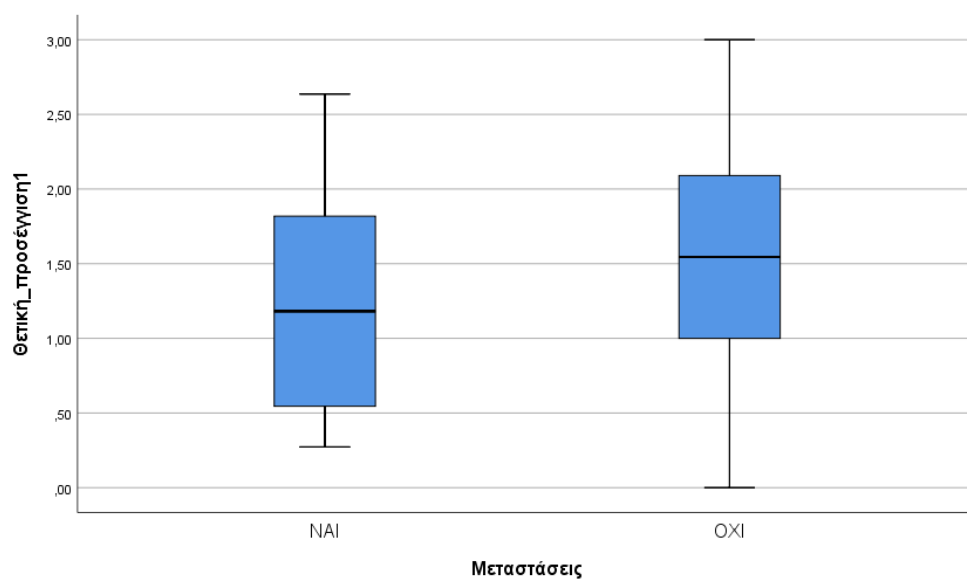
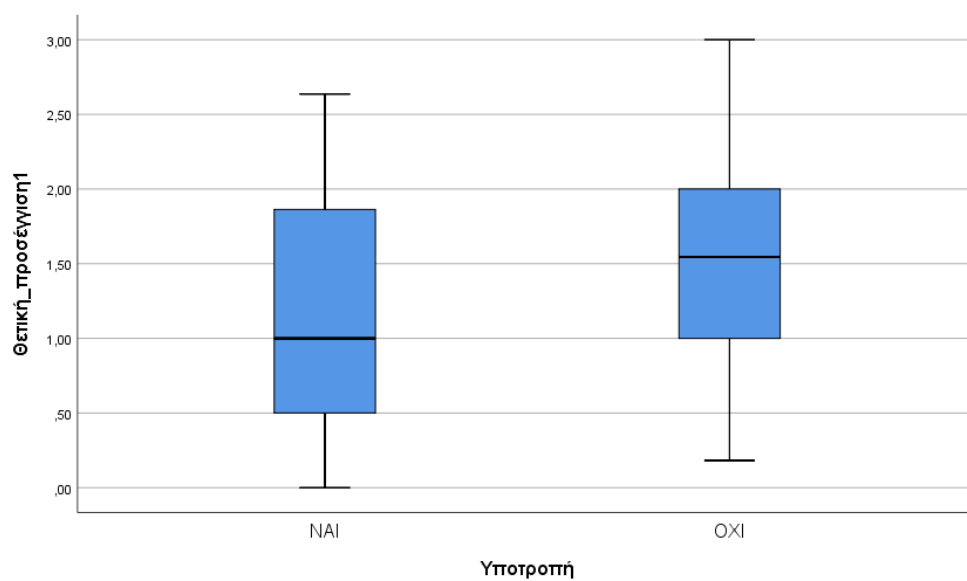
	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση»	
Υποτροπή	Νέα νοσηλεία			
NAI	1,15	NAI	1,21	
OXI	1,50	OXI	1,47	
<i>p</i>	0,041	<i>P</i>	NS	
Μεταστάσεις				
NAI	1,22			
OXI	1,54			
<i>p</i>	0,006			

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση της υποτροπής κατά τον τελευταίο μήνα στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1291,000$, $z=-2,045$, $p=0,041$). Οι ασθενείς που δεν είχαν υποτροπή τον τελευταίο μήνα είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=102,79) από τους ασθενείς με υποτροπή (75,05).

Η επίδραση των μεταστάσεων στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2706,500$, $z=-2,770$, $p=0,006$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=106,46) από τους ασθενείς με μεταστάσεις (80,23).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.5.11.

Υποκλίμακα “Αποφυγή/διαφυγή”

(9 ερωτήσεις: ερώτηση 2,3,4,8,9,10,15, 17, 26)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ερώτηση 2	200	0	3	1,24	0,91
Ερώτηση 3	199	0	3	1,36	1,03
Ερώτηση 4	199	0	3	1,24	0,78
Ερώτηση 8	198	0	3	1,12	1,18
Ερώτηση 9	200	0	3	1,56	0,94
Ερώτηση 10	200	0	3	1,67	1,10
Ερώτηση 15	200	0	3	1,58	0,85
Ερώτηση 17	196	0	3	1,56	0,84
Ερώτηση 26	200	0	3	1,17	1,04

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 10 («Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου») και η μικρότερη στην ερώτηση 8 («Αποδεχόμουν τη μοίρα μου»). Η μικρότερη βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 3 (Max: 3). Το εύρος της βαθμολογίας σε όλες τις ερωτήσεις ήταν 3 (Range: 3), δηλ. όσο και το εύρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 6.5.12.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «αποφυγή/διαφυγή» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή»	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	1,35	45-49 ετών	1,33
Γυναίκες	1,48	50-54 ετών	1,48
<i>p</i>	<i>NS</i>	55-59 ετών	1,53
		60-64 ετών	1,52
		65-69 ετών	1,32
		70-74 ετών	1,33
		75-79 ετών	1,38
		80-84 ετών	1,27
		85-89 ετών	1,61
		<i>p</i>	<i>NS</i>
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	1,44	Οικιακά	1,59
Έγγαμος/σε συμβίωση	1,37	Άνεργος	1,49
Διαζευγμένος	1,47	Αγρότης/ Ελεύθερος επαγγελματίας	1,44
Χήρος	1,48	Δημόσιος υπάλληλος	1,41
<i>p</i>	<i>NS</i>	Ιδιωτικός υπάλληλος	1,31
		Συνταξιούχος	1,37
		<i>p</i>	<i>NS</i>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	1,44	Καλή	1,27
Δημοτικό	1,41	Επαρκής	1,37
Γυμνάσιο	1,35	Κακή	1,48
Λύκειο	1,37	<i>p</i>	<i>NS</i>
ΤΕΙ	1,56		
ΑΕΙ	1,26		
<i>p</i>	<i>NS</i>		

NS: No significant

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαμέσους των υποκατηγοριών των μεταβλητών του ανωτέρω πίνακα.

Πίνακας 6.5.13.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «αποφυγή/διαφυγή» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

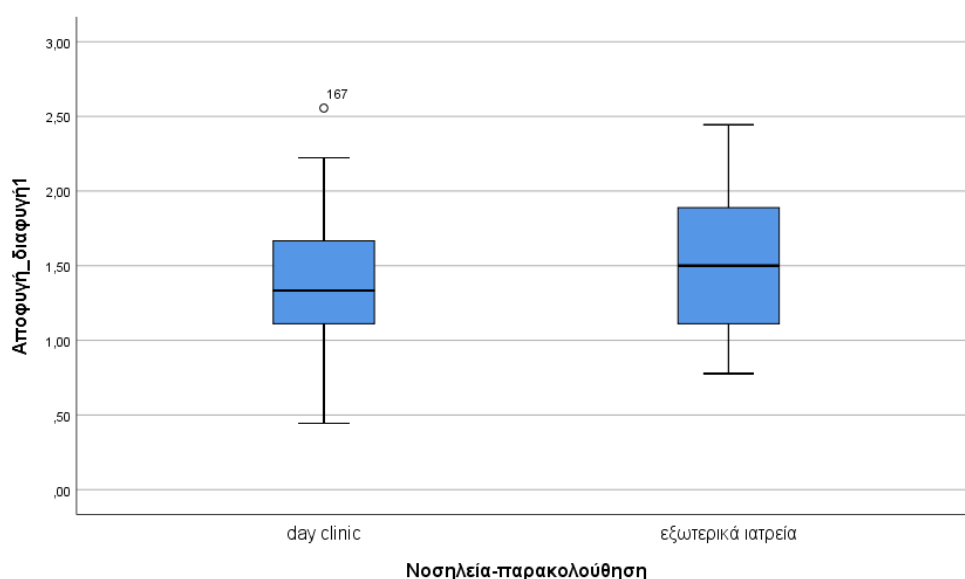
	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή»	
Ιστολογικός τύπος	Νοσηλεία/ Παρακολούθηση		Νοσηλεία/ Παρακολούθηση	
N-SCLC	1,39		Day clinic	1,36
SCLC	1,39		Εξωτερικά ιατρεία	1,56
<i>p</i>	<i>NS</i>		<i>p</i>	<i>0,037</i>
Κάπνισμα	Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση		Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	1,39		NAI	1,38
OXI	1,38		OXI	1,54
<i>p</i>	<i>NS</i>		<i>p</i>	<i>NS</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του *τόπου νοσηλείας/παρακολούθησης* στην υποκλίμακα «αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1932,000$, $z=-2,081$, $p=0,037$). Οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=120,10) από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία στην κλινική ημέρας (96,43).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.5.14.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «αποφυγή/διαφυγή» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συνέχεια).

	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή»
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	1,43	NAI	1,63
OXI	1,38	OXI	1,39
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>P</i>	<i>NS</i>
Μεταστάσεις			
NAI	1,39		
OXI	1,39		
<i>p</i>	<i>NS</i>		

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκατηγορίες των παραπάνω μεταβλητών.

Πίνακας 6.5.15.

Υποκλίμακα “Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης”
(6 ερωτήσεις: ερώτηση 5, 6, 18, 20, 25, 27)

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ερώτηση 5	200	3	0	3	1,35	0,98
Ερώτηση 6	199	3	0	3	0,83	0,91
Ερώτηση 18	200	3	0	3	1,18	0,94
Ερώτηση 20	200	3	0	3	1,34	1,03
Ερώτηση 25	200	3	0	3	1,32	1,02
Ερώτηση 27	200	3	0	3	1,31	1,01

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 20 («Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα») και η μικρότερη στην ερώτηση 6 («Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου »). Η μικρότερη βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 3 (Max: 3). Το εύρος της βαθμολογίας σε όλες τις ερωτήσεις ήταν 3 (Range:3), δηλ. όσο και το εύρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 6.5.16.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	1,20	45-49 ετών	0,75
Γυναίκες	1,25	50-54 ετών	1,09
<i>p</i>	<i>NS</i>	55-59 ετών	1,47
		60-64 ετών	1,33
		65-69 ετών	1,26
		70-74 ετών	1,21
		75-79 ετών	0,86
		80-84 ετών	1,40
		>85 ετών	0,92
		<i>p</i>	<i>NS</i>
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	1,27	Οικιακά	0,96
Έγγαμος/σε συμβίωση	1,24	Άνεργος	1,48
Διαζευγμένος	1,38	Αγρότης/ελεύθερος επαγγελματίας	1,03
Χήρος	0,84	Δημόσιος υπάλληλος	1,69
<i>p</i>	<i>NS</i>	Ιδιωτικός υπάλληλος	1,23
		Συνταξιούχος	1,21
		<i>p</i>	<i>NS</i>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	0,56	Καλή	1,69
Δημοτικό	1,04	Επαρκής	1,21
Γυμνάσιο	1,28	Κακή	1,08
Λύκειο	1,52	<i>p</i>	0,032
ΤΕΙ	1,97		
ΑΕΙ	1,65		
<i>p</i>	0,003		

NS: No Significant

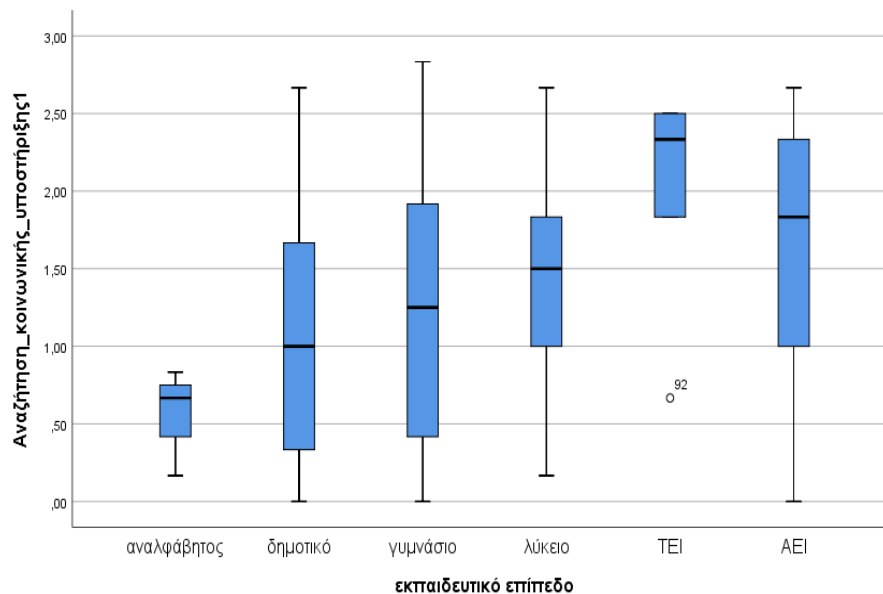
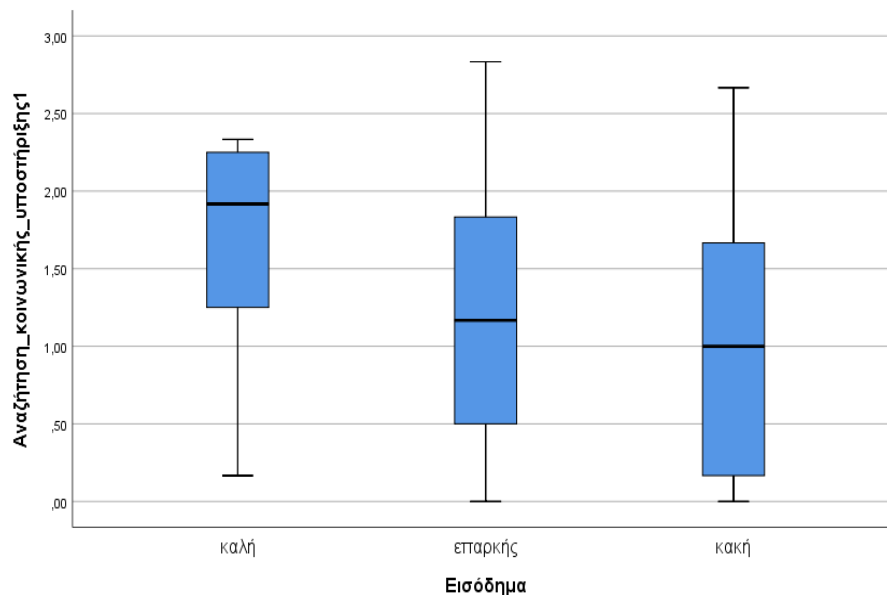
Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=17,859$, $df=5$,

n=200, p=0,003). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=87,91) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου (121,79). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* στην υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=6,909$, df=2, n=198, p=0,032). Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=133,03) από τους ασθενείς που είχαν κακή εισοδηματική κατάσταση (89,56).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.5.17.
Παρουσίαση της υποκλίμακας «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»	
Ιστολογικός τύπος		Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης	
N-SCLC	1,24	Day clinic	1,21
SCLC	1,13	Εξωτερικά ιατρεία	1,28
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα		Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	1,22	NAI	1,24
OXI	1,20	OXI	0,78
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού Mann-Whitney U έδειξε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις υποκατηγορίες των μεταβλητών.

Πίνακας 6.5.18.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συνέχεια).

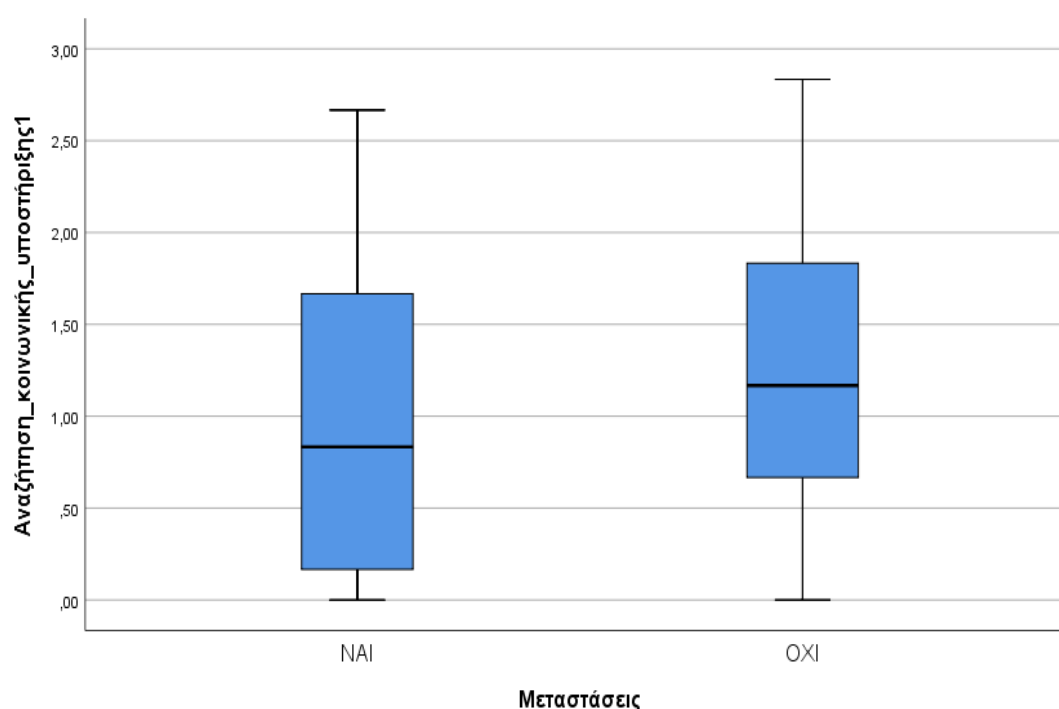
	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	1,11	NAI	1,28
OXI	1,23	OXI	1,22
P	NS	P	NS
Μεταστάσεις			
NAI	0,98		
OXI	1,30		
P	0,017		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση των μεταστάσεων στην υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2843,500$, $z=-2,382$, $p=0,017$). Οι ασθενείς χωρίς μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=105,54) από τους ασθενείς με μεταστάσεις (83,03).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.5.19.***Υποκλίμακα “ευχολογία/ονειροπόληση”******(8 ερωτήσεις: ερώτηση 7, 13, 22,33,34,35,36,37)***

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ερώτηση 7	200	3	0	3	1,14	1,10
Ερώτηση 13	200	3	0	3	1,44	1,02
Ερώτηση 22	200	3	0	3	1,30	0,98
Ερώτηση 33	200	3	0	3	1,35	0,87
Ερώτηση 34	200	3	0	3	0,95	1,07
Ερώτηση 35	200	3	0	3	1,23	1,06
Ερώτηση 36	200	3	0	3	1,03	1,03
Ερώτηση 37	200	3	0	3	1,24	0,97

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 13 («Αποδεχόμεν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μας») και η μικρότερη στην ερώτηση 34 («Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν»). Η μικρότερη βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις ήταν το 0 (Min: 0) και η μέγιστη το 3 (Max: 3). Το εύρος της βαθμολογίας σε όλες τις ερωτήσεις ήταν 3 (Range: 3), δηλ. όσο και το εύρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

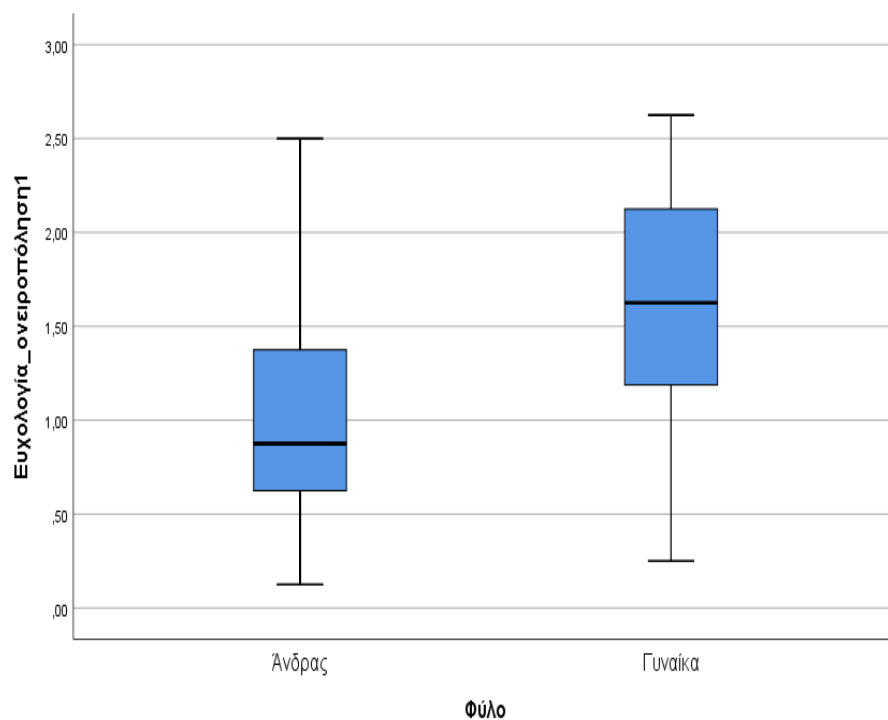
Πίνακας 6.5.20.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «ευχολογία/ονειροπόληση» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση»	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	1,04	45-49 ετών	1,00
Γυναίκες	1,61	50-54 ετών	1,33
p	0,001	55-59 ετών	1,36
		60-64 ετών	1,32
		65-69 ετών	1,16
		70-74 ετών	1,10
		75-79 ετών	1,16
		80-84 ετών	1,14
		>85 ετών	2,31
		p	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	1,43	Οικιακά	1,52
έγγαμος/σε συμβίωση	1,16	Άνεργος	1,34
Διαζευγμένος	1,35	Αγρότης/ελεύθερος επαγγελματίας	1,00
Χήρος	1,48	Δημόσιος υπάλληλος	1,00
p	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	1,14
		Συνταξιούχος	1,19
		p	NS
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	1,54	Καλή	0,91
Δημοτικό	1,28	Επαρκής	1,21
Γυμνάσιο	1,09	Κακή	1,31
Λύκειο	1,17	p	NS
TEI	1,60		
AEI	0,85		
p	NS		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής: Η επίδραση του φύλου στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2075,000$ $z=-5,596$, $p=0,001$). Οι γυναίκες ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=135,83) από τους άνδρες ασθενείς (85,72).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.5.21.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «ευχολογία/ονειροπόληση» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ ονειροπόληση»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ ονειροπόληση»	
Ιστολογικός τύπος			Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης	
N-SCLC	1,23		Day clinic	1,17
SCLC	1,09		Εξωτερικά ιατρεία	1,42
<i>p</i>	<i>NS</i>		<i>p</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα			Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	1,18		NAI	1,19
OXI	1,40		OXI	1,60
<i>p</i>	<i>NS</i>		<i>p</i>	<i>NS</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις υποκατηγορίες των μεταβλητών.

Πίνακας 6.5.22.

Παρουσίαση της υποκλίμακας «ευχολογία/ονειροπόληση» σε σχέση με τα ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συνέχεια).

	Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ ονειροπόληση»		Βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ ονειροπόληση»
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	1,39	NAI	1,50
OXI	1,19	OXI	1,21
<i>P</i>	<i>NS</i>	<i>P</i>	<i>NS</i>
Μεταστάσεις			
NAI	1,20		
OXI	1,21		
<i>P</i>	<i>NS</i>		

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις υποκατηγορίες των μεταβλητών.

6.6. Κλίμακα Συναισθηματικής Έκφρασης

Πίνακας 6.6.1.

Συνολική βαθμολογία

N	200
Μέσος όρος (Mean)	16,80
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	0,73
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	10,35
Διασπορά (Variance)	107,14
Μέγιστο (MAX)	36
Ελάχιστο (MIN)	0
Εύρος (Range)	36

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης ήταν 16,80 (SD: 10,35). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 36 (MAX: 36), η ελάχιστη το 0 (MIN: 0) και το εύρος 36 (range: 36).

Πίνακας 6.6.2.

Παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης

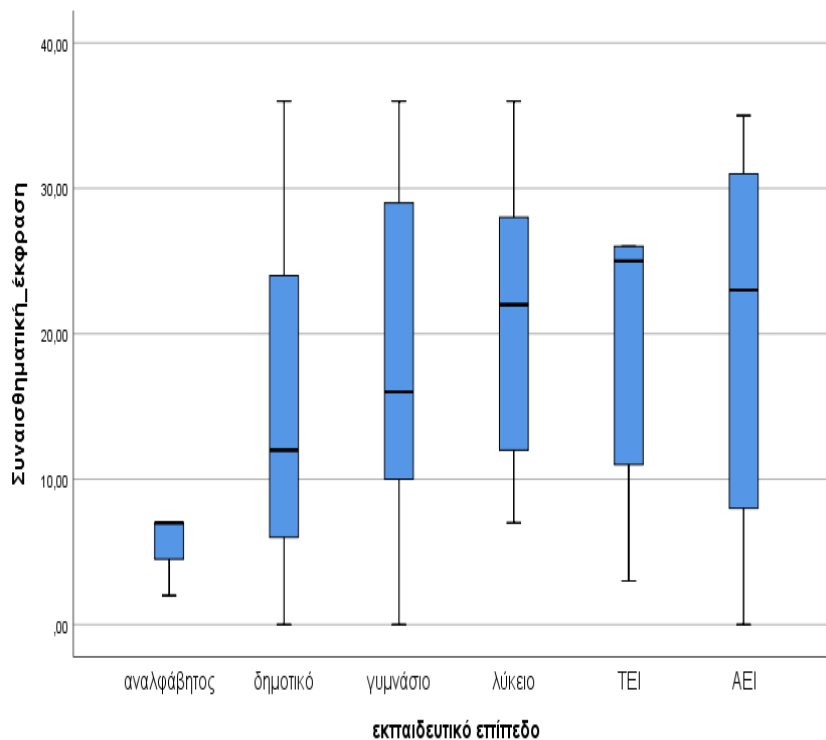
Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	16,73	45-49 ετών	13,00
Γυναίκες	16,98	50-54 ετών	13,11
P	NS	55-59 ετών	19,16
		60-64 ετών	18,03
		65-69 ετών	17,87
		70-74 ετών	16,08
		75-79 ετών	12,79
		80-84 ετών	19,72
		>85 ετών	13,50
		P	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	20,90	Οικιακά	14,71
Έγγαμος/σε συμβίωση	16,82	Άνεργος	21,27
Διαζευγμένος	19,08	Αγρότης/ελεύθερος επαγγελματίας	13,17
Χήρος	11,93	Δημόσιος υπάλληλος	22,00
p	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	17,30
		Συνταξιούχος	16,54
		p	NS
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/ οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	5,33	Καλή	20,75
Δημοτικό	14,90	Επαρκής	16,81
Γυμνάσιο	18,43	Κακή	15,51
Λύκειο	20,65	p	
ΤΕΙ	18,20		
ΑΕΙ	19,88		
p	0,009		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Συναισθηματικής Έκφρασης βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=15,272$, $df=5$, $n=198$, $p=0,009$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=122,57) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού (89,01). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.6.3.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης

	Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης	
Ιστολογικός τύπος			Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης	
N-SCLC	16,86		Day clinic	16,81
SCLC	16,50		Εξωτερικά ιατρεία	16,77
<i>p</i>	<i>NS</i>		<i>p</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα			Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	16,82		NAI	17,03
OXI	16,42		OXI	12,60
<i>p</i>	<i>NS</i>		<i>p</i>	<i>NS</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις υποκατηγορίες των ανωτέρω μεταβλητών.

Πίνακας 6.6.4.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης (συνέχεια)

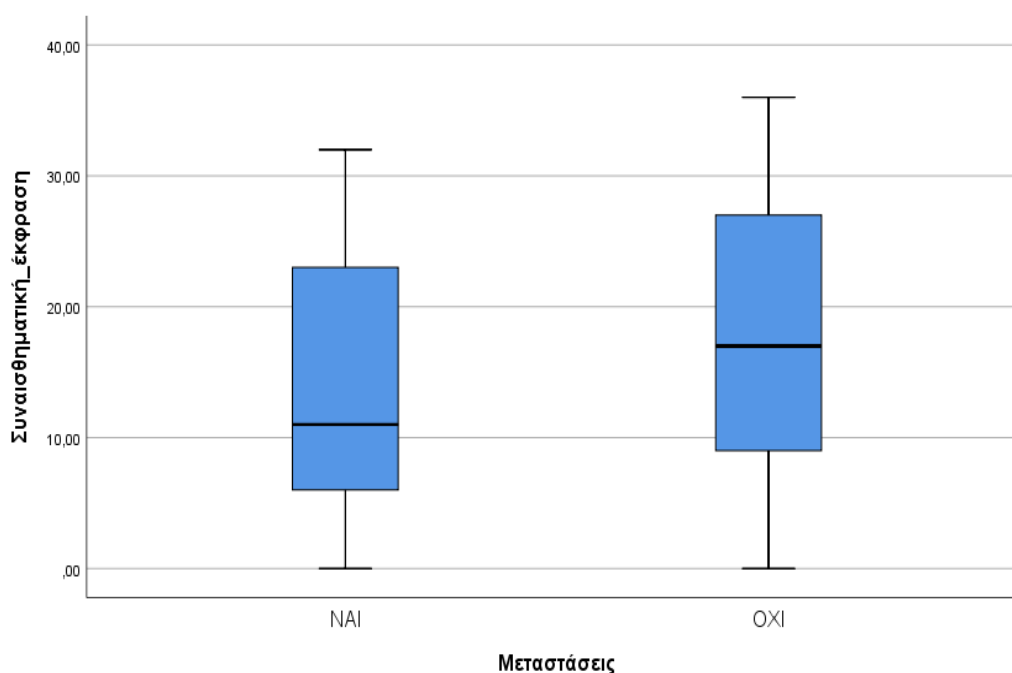
	Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	14,75	NAI	16,00
OXI	17,03	OXI	16,82
P	NS	P	NS
Μεταστάσεις			
NAI	13,82		
OXI	17,78		
P	0,018		

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση των μεταστάσεων στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Συναισθηματικής Έκφρασης βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2849,500$, $z=-2,360$, $p=0,018$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=105,50) από τους ασθενείς με μεταστάσεις (83,15).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



6.7. Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale)

Πίνακας 6.7.1.
Συνολική βαθμολογία

N	197
Μέσος όρος (Mean)	94,61
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	1,75
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	24,57
Διασπορά (Variance)	603,58
Μέγιστο (MAX)	136
Ελάχιστο (MIN)	36
Εύρος (Range)	100

Η μέση βαθμολογία στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) ήταν 94,61 (SD: 24,57). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 136 (MAX: 136), η ελάχιστη το 36 (MIN: 36) και το εύρος 100 (range: 100).

Πίνακας 6.7.2.

Παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων σε σχέση με την Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS)

Βαθμολογία στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS)		Βαθμολογία στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS)	
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	96,51	45-49 ετών	83,50
Γυναίκες	90,14	50-54 ετών	83,00
P	NS	55-59 ετών	101,63
		60-64 ετών	96,42
		65-69 ετών	95,73
		70-74 ετών	94,67
		75-79 ετών	90,10
		80-84 ετών	100,06
		>85 ετών	49,50
		P	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	85,80	Οικιακά	79,76
Έγγαμος/σε συμβίωση	96,85	Άνεργος	93,90
Διαζευγμένος	94,54	Αγρότης/ελεύθερος επαγγελματίας	98,33
Χήρος	76,67	Δημόσιος υπάλληλος	116,67
p	0,016	Ιδιωτικός υπάλληλος	99,91
		Συνταξιούχος	94,33
		P	0,027
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	54,00	Καλή	114,44
Δημοτικό	89,99	Επαρκής	95,11
Γυμνάσιο	95,59	Κακή	86,60
Λύκειο	104,44	P	0,001
ΤΕΙ	106,80		
ΑΕΙ	112,33		
P	0,001		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

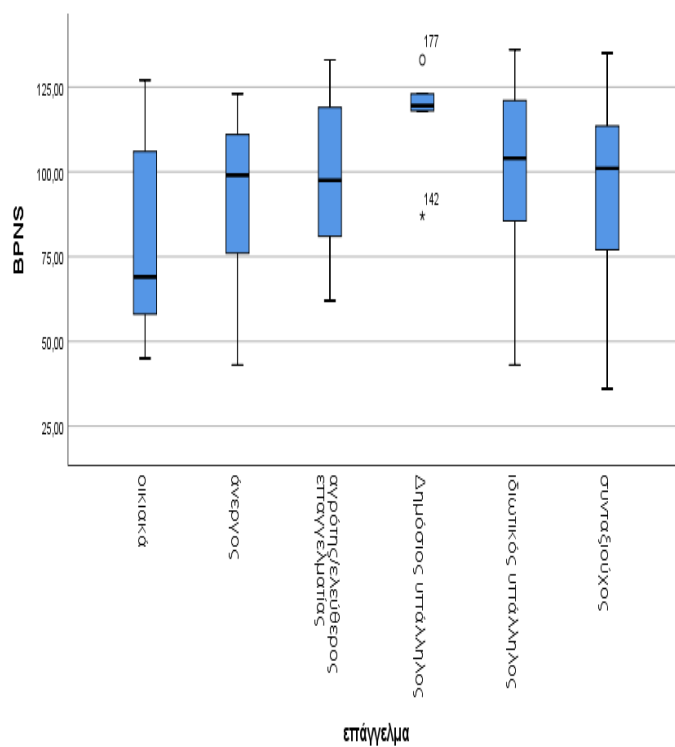
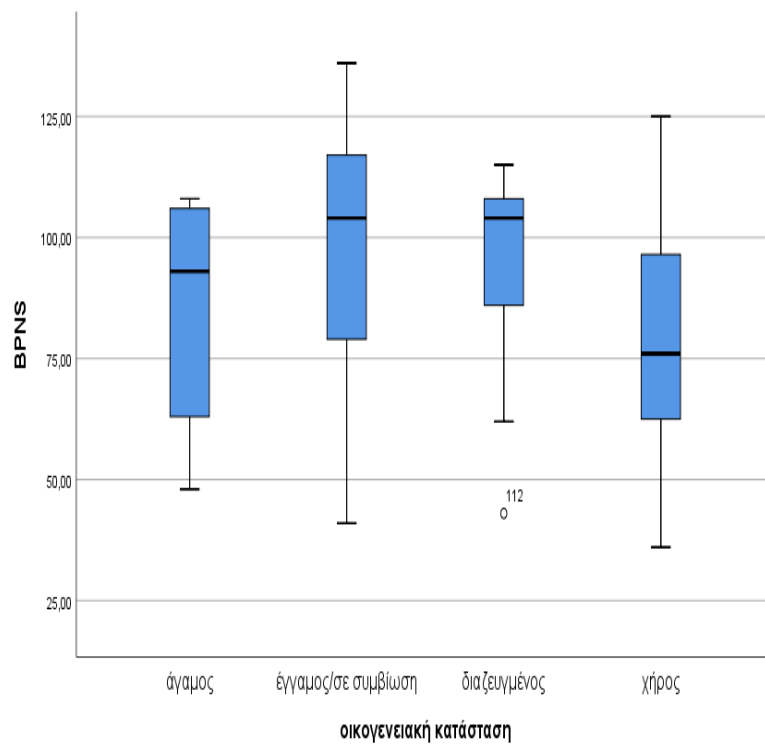
Η επίδραση της *οικογενειακής κατάστασης* στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=10,308$, $df=3$, $n=198$, $p=0,016$). Οι ασθενείς που ήταν χήροι/χήρες είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=60,00) από τους ασθενείς που ήταν έγγαμοι/σε συμβίωση (105,00). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

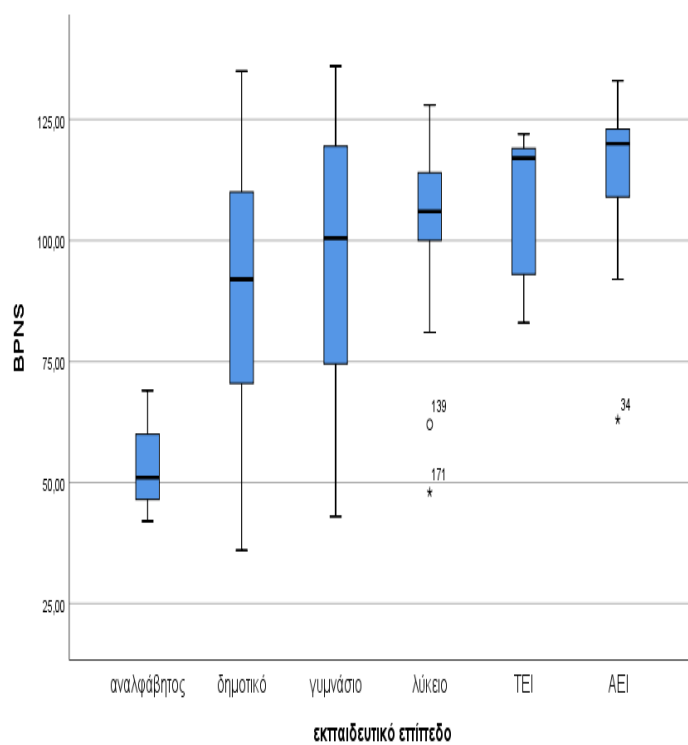
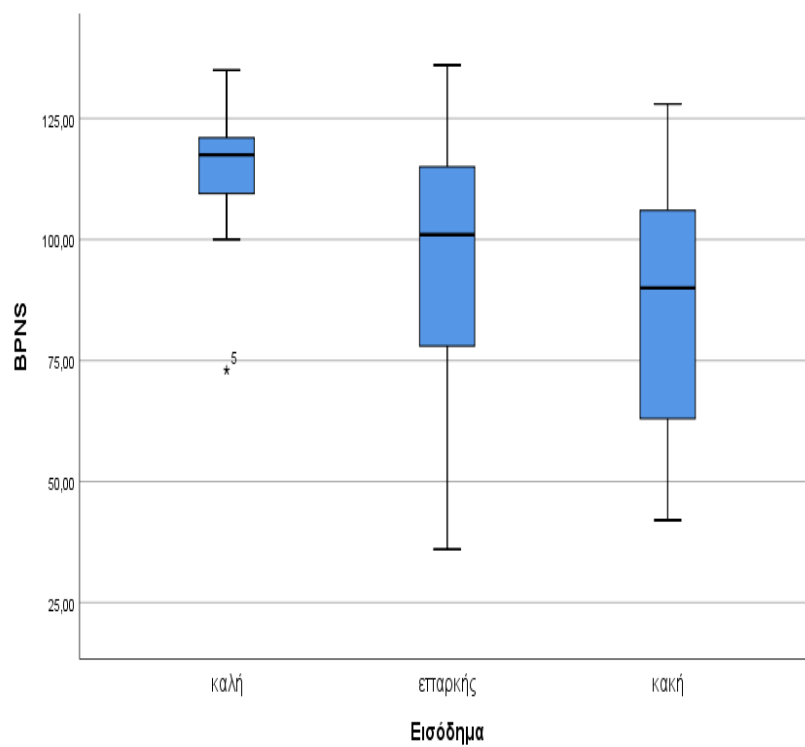
Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=21,823$, $df=5$, $n=198$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=18,00) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (103,44), λυκείου (119,79), ΤΕΙ (128,80) ή ΑΕΙ (145,67). Ακόμη οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=119,79) από τους απόφοιτοι δημοτικού (88,03). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *επαγγέλματος* στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=10,293$, $df=5$, $n=197$, $p=0,027$). Οι ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=155,75) από τους ασθενείς που ασχολούνταν με οικιακά (67,68). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=16,462$, $df=2$, $n=198$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=148,16) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή (100,25) και κακή εισοδηματική κατάσταση (81,20).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές





Πίνακας 6.7.3.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με την Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS)

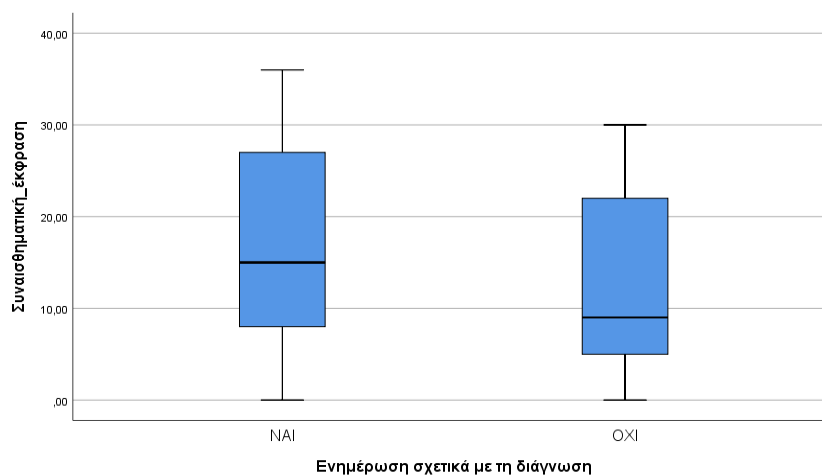
	Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης
Ιστολογικός τύπος		Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης	
N-SCLC	95,37	Day clinic	93,66
SCLC	90,66	Εξωτερικά ιατρεία	99,74
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα		Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	95,24	NAI	95,60
OXI	89,69	OXI	76,10
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	0,018

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=521,000$, $z=-2,373$, $p=0,018$). Οι ασθενείς που ήταν ενημερωμένοι σχετικά με τη διάγνωση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=101,73) από τους ασθενείς που δεν είχαν ενημερωθεί (57,60).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.7.4.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με την Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS) (συνέχεια)

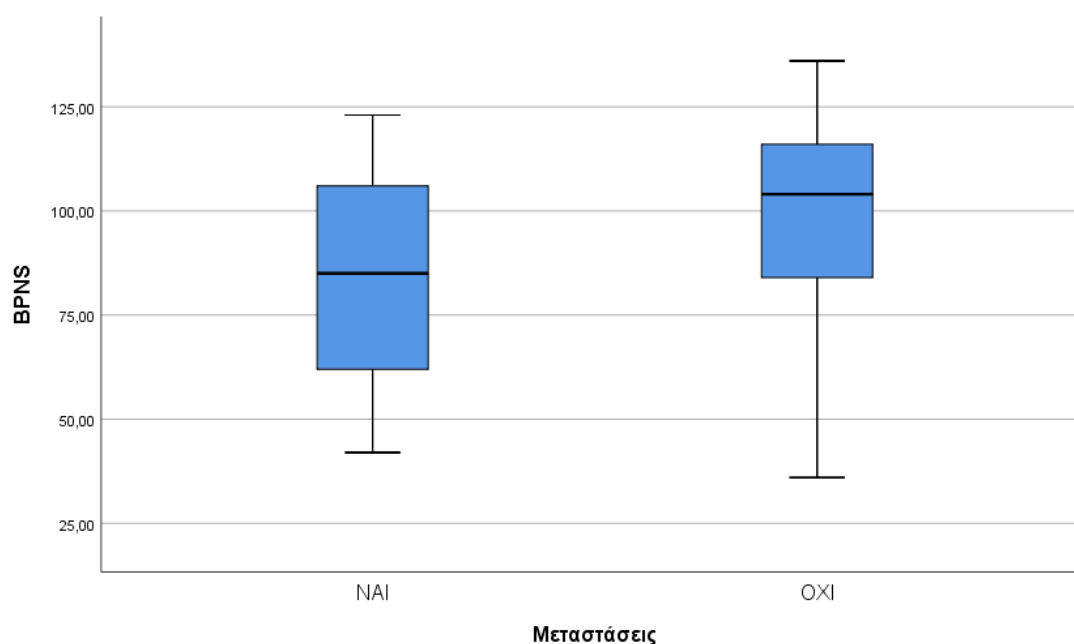
	Βαθμολογία στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών		Βαθμολογία στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	84,10	NAI	84,33
OXI	95,79	OXI	94,77
<i>p</i>	NS	<i>p</i>	NS
Μεταστάσεις			
NAI	82,57		
OXI	98,57		
<i>p</i>	0,001		

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση των μεταστάσεων στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2373,000$, $z=-3,672$, $p=0,001$). Οι ασθενείς χωρίς μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,07) από τους ασθενείς με μεταστάσεις(73,43).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



6.8. Κλίμακα χρονικού προσανατολισμού Zimbardo (ZTPI-Zimbardo Time Perspective Inventory)

Πίνακας 6.8.1.

Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI).

Υποκλίμακα	N	Εύρος (Range)	Ελάχιστο (MIN)	Μέγιστο (MAX)	Μέσος όρος (Mean)	Τυπικό σφάλμα μέσου όρου (Std. Error)	Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	Διασπορά (Variance)
Present Fatalistic (PF)	200	4,00	1,00	5,00	2,48	0,09	1,30	1,68
Present Hedonistic (PH)	200	3,67	1,00	4,67	1,73	0,06	0,86	0,74
Past Positive (PP)	200	3,80	1,00	4,80	3,16	0,07	0,92	0,84
Past Negative (PN)	200	4,00	1,00	5,00	2,78	0,08	1,06	1,13
Future (F)	200	3,83	1,17	5,00	2,94	0,08	1,07	1,14

1. Στην υποκλίμακα **Present Fatalistic-PF** (ερωτήσεις 5,9,15,16) η μέση βαθμολογία ήταν 2,48 (Mean: 2,48, SD: 1,30). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν 5 (MAX: 5), η ελάχιστη 1 (MIN: 1) και το εύρος 4 (RANGE:4).
2. Στην υποκλίμακα **Present Hedonistic-PH** (ερωτήσεις 7,11,13) η μέση βαθμολογία ήταν 1,73 (Mean: 1,73, SD:0,86). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν 4,67 (MAX: 4,67), η ελάχιστη 1 (MIN: 1) και το εύρος 3,67 (RANGE:3,67).
3. Στην υποκλίμακα **Past Positive-PP** (ερωτήσεις 1,3,6,19,21) η μέση βαθμολογία ήταν 3,16 (Mean: 3,16, SD:0,92). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν 4,80 (MAX: 4,80), η ελάχιστη 1 (MIN: 1) και το εύρος 3,80 (RANGE:3,80).
4. Στην υποκλίμακα **Past Negative-PN** (ερωτήσεις 2,8,14) η μέση βαθμολογία ήταν 2,78 (Mean: 2,78, SD:1,06). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν 5 (MAX: 5), η ελάχιστη 1 (MIN:1) και το εύρος 4 (RANGE:4).
5. Στην υποκλίμακα **Future-F** (ερωτήσεις 4,10,12,17,18,20) η μέση βαθμολογία ήταν 2,94 (Mean: 2,94, SD: 1,07). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν 5 (MAX: 5), η ελάχιστη 1,1 (MIN:1,17) και το εύρος 3,83(RANGE:3,83).

Πίνακας 6.8.2.

Παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων σε σχέση με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ZTPI (συνέχεια)

	PF	PH	PP	PN	F		PF	PH	PP	PN	F
Φύλο						Ηλικιακή ομάδα					
Άνδρες	2,36	1,72	3,19	2,67	2,96	45-49 ετών	2,75	2,33	2,80	3,33	2,67
Γυναίκες	2,75	1,77	3,10	3,06	2,90	50-54 ετών	3,08	1,85	2,89	3,19	2,61
p	NS	NS	NS	0,025	NS	55-59 ετών	2,42	2,49	3,28	2,91	3,05
						60-64 ετών	2,60	1,91	3,10	2,81	3,08
						65-69 ετών	2,38	1,67	3,21	2,81	3,01
						70-74 ετών	2,47	1,62	3,28	2,82	2,90
						75-79 ετών	2,53	1,38	2,95	2,71	2,77
						80-84 ετών	1,96	1,56	3,46	2,24	3,05
						>85 ετών	4,62	1,17	2,10	3,17	1,67
						p	NS	0,008	NS	NS	NS
Οικογενειακή Κατάσταση						Επάγγελμα					
Άγαμος	3,15	2,067	2,78	3,13	2,20	Οικιακά	3,22	1,59	2,74	3,49	2,65
έγγαμος/σε συμβίωση	2,41	1,71	3,23	2,70	3,01	Άνεργος	2,68	1,73	3,26	3,18	2,89
Διαζευγμένος	2,10	2,26	3,13	3,180	3,08	Αγρότης/ελεύθερος επαγγελματίας	1,96	2,56	3,07	2,89	3,75
Χήρος	3,08	1,31	2,77	3,13	2,57	Δημόσιος υπάλληλος	1,58	2,17	4,00	1,78	4,11
p	0,047	NS	NS	NS	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	2,41	1,97	3,17	2,77	3,03
						Συνταξιούχος	2,45	1,65	3,17	2,71	2,87
						p	NS	NS	NS	0,028	0,033
Εκπαιδευτικό επίπεδο						Εισόδημα/οικονομική κατάσταση					
Αναλφάβητος	4,08	1,33	2,47	4,44	2,06	Καλή	1,69	2,54	3,88	2,08	3,68
Δημοτικό	2,75	1,47	3,03	2,89	2,63	Επαρκής	2,37	1,69	3,19	2,70	2,97
Γυμνάσιο	2,23	1,89	3,17	2,70	3,11	Κακή	3,04	1,60	2,85	3,25	2,61
Λύκειο	2,07	2,12	3,43	2,67	3,30	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002
ΤΕΙ	2,00	2,33	3,64	2,80	4,03						
ΑΕΙ	1,72	2,37	3,73	1,85	4,09						
p	0,006	0,001	0,006	0,012	0,001						

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

i) Για την υποκλίμακα PF του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της *οικογενειακής κατάστασης* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=7,962$, $df=3$, $n=200$, $p=0,047$). Οι ασθενείς που ήταν άγαμοι είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=134,45) από τους ασθενείς που ήταν έγγαμοι/σε συμβίωση (96,88) ή διαζευγμένοι (88,46). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=16,488$, $df=5$, $n=200$, $p=0,006$). Οι ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=168,17) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου (86,59) ή ΤΕΙ (78,90) ή ΑΕΙ (64,22). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=14,666$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που είχαν κακή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=125,05) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή (95,27) ή καλή (69,44) εισοδηματική κατάσταση.

ii) Για την υποκλίμακα PH του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της *ηλικιακής ομάδας* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=20,610$, $df=8$, $n=200$, $p=0,008$). Οι ασθενείς που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 55-59 ετών είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=143,08) από τους ασθενείς που ήταν 65-69 ετών (95,03), 70-74 ετών (95,27), 75-79 ετών (77,10) ή 80-84 ετών (91,67 ετών). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=24,050$, $df=5$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=84,14) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου (122,06) ή ΑΕΙ (138,39). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=13,360$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=149,25) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή (97,41) ή κακή (93,09) εισοδηματική κατάσταση.

iii) Για την υποκλίμακα PP του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=16,476$, $df=5$, $n=200$, $p=0,006$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι αναλφάβητοι είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=50,33) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου (118,01) ή ΑΕΙ (147,22). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=17,672$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=146,53) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή (102,25) ή κακή (78,16) εισοδηματική κατάσταση.

iv) Για την υποκλίμακα PN του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση του *φύλου* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=3324,500$, $z=-2,24825$, $p=0,025$). Οι γυναίκες ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=114,65) από τους άνδρες ασθενείς (94,58).

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=14,646$, $df=5$, $n=200$, $p=0,012$). Οι ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=179,17) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (50,00). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *επαγγέλματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=14,469$, $df=5$, $n=200$, $p=0,013$). Οι ασθενείς που απασχολούνταν με οικιακά είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=135,35) από τους ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (42,75). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=17,578$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που είχαν κακή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=125,79) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή (95,93) ή κακή εισοδηματική κατάσταση (125,79). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

v) Για την υποκλίμακα F του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση του *εκπαιδευτικού επιπέδου* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=31,029$, $df=5$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι είχαν μικρότερο μέσο όρο

κατατάξεων (Mean Rank=52,50) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (161,28). Ακόμη οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν μικρότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=83,64) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου (120,22), ΤΕΙ (158,30) ή ΑΕΙ (161,28). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *επαγγέλματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=12,129$, $df=6$, $n=200$, $p=0,033$). Οι ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=161,33) από τους ασθενείς που απασχολούνταν σε οικιακά (84,24). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του *εισοδήματος* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=12,484$, $df=2$, $n=200$, $p=0,002$). Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=139,81) από τους ασθενείς που είχαν επαρκή εισοδηματική κατάσταση (102,49) ή κακή εισοδηματική κατάσταση (82,17).

Πίνακας 6.8.3.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ZTPI (συνέχεια)

	PF	PH	PP	PN	F		PF	PH	PP	PN	F
Ιστολογικός τύπος						Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης					
N-SCLC	2,45	1,74	3,15	2,79	2,92	Day clinic	2,51	1,69	3,14	2,80	2,89
SCLC	2,60	1,70	3,25	2,77	2,93	Εξωτερικά ιατρεία	2,29	1,96	3,32	2,71	3,24
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα						Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση					
NAI	2,50	1,75	3,15	2,79	2,95	NAI	2,42	1,76	3,20	2,74	2,99
OXI	2,39	1,62	3,22	2,74	2,85	OXI	3,63	1,30	2,56	3,60	2,02
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>0,005</i>	<i>NS</i>	<i>0,032</i>	<i>0,022</i>	<i>0,005</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

i) Για την υποκλίμακα PF του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=451,500$ $z=-2,808$, $p=0,005$). Οι ασθενείς που δεν ήταν ενημερωμένοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=150,35) από τους ασθενείς που είχαν ενημερωθεί σχετικά με τη διάγνωση (97,88).

ii) Για την υποκλίμακα PH του ερωτηματολογίου ZTPI:

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις υποκατηγορίες των μεταβλητών.

iii) Για την υποκλίμακα PP του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=566,500$, $z=-2,140$, $p=0,032$). Οι ασθενείς που ήταν ενημερωμένοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=102,00) από τους ασθενείς που δεν είχαν ενημερωθεί σχετικά με τη διάγνωση (62,15).

iv) Για την υποκλίμακα PN του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=543,500$, $z=-2,290$, $p=0,022$). Οι ασθενείς που δεν ήταν ενημερωμένοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=141,15) από τους ασθενείς που είχαν ενημερωθεί σχετικά με τη διάγνωση (98,36).

v) Για την υποκλίμακα F του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της ενημέρωσης σχετικά με τη διάγνωση βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=450,500$, $z=-2,803$, $p=0,005$). Οι ασθενείς που ήταν ενημερωμένοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=103,13) από τους ασθενείς που δεν είχαν ενημερωθεί σχετικά με τη διάγνωση (50,55).

Πίνακας 6.8.4.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ZTPI (συνέχεια)

	PF	PH	PP	PN	F		PF	PH	PP	PN	F
Υποτροπή						Νέα νοσηλεία					
NAI	3,08	1,40	2,71	3,32	2,43	NAI	3,17	2,11	3,33	3,33	2,44
OXI	2,41	1,77	3,22	2,72	2,99	OXI	2,47	1,73	3,16	2,78	2,95
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>0,31</i>	<i>NS</i>	<i>0,034</i>	<i>0,023</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Μεταστάσεις											
NAI	2,90	1,63	2,74	3,20	2,55						
OXI	2,34	1,77	3,30	2,65	3,07						
<i>p</i>	<i>,007</i>	<i>NS</i>	<i>,000</i>	<i>,002</i>	<i>,003</i>						

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

i) Για την υποκλίμακα PF του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση των μεταστάσεων βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2760,000$ $z=-2,681$, $p=0,007$). Οι ασθενείς που είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=119,67) από τους ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις (94,28).

ii) Για την υποκλίμακα PH του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της υποτροπής τον τελευταίο μήνα βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1286,500$, $z=-1,819$, $p=0,031$). Οι ασθενείς που δεν είχαν υποτροπή τον τελευταίο μήνα είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=103,35) από τους ασθενείς που είχαν υποτροπιάσει (74,83).

iii) Για την υποκλίμακα PP του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση των μεταστάσεων βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2395,000$ $z=-3,669$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=108,53) από τους ασθενείς που είχαν μεταστάσεις (73,88).

iv) Για την υποκλίμακα PN του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της *υποτροπής τον τελευταίο μήνα* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1283,000$, $z=-2,116$, $p=0,034$). Οι ασθενείς που είχαν υποτροπή τον τελευταίο μήνα είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων ($\text{Mean Rank}=126,35$) από τους ασθενείς που δεν είχαν υποτροπιάσει ($97,63$).

Η επίδραση των *μεταστάσεων* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2609,000$ $z=-3,113$, $p=0,002$). Οι ασθενείς που είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων ($\text{Mean Rank}=122,76$) από τους ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις ($93,28$).

v) Για την υποκλίμακα F του ερωτηματολογίου ZTPI:

Η επίδραση της *υποτροπής* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1244,000$ $z=-2,267$, $p=0,023$). Οι ασθενείς που δεν είχαν υποτροπή τον τελευταίο μήνα είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων ($\text{Mean Rank}=103,59$) από τους ασθενείς που είχαν υποτροπή ($72,70$).

Η επίδραση των *μεταστάσεων* βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2647,500$ $z=-2,992$, $p=0,003$). Οι ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων ($\text{Mean Rank}=107,47$) από τους ασθενείς με μεταστάσεις ($79,03$).

6.9. Ερωτηματολόγιο CES-D.

Πίνακας 6.9.1.
Συνολική βαθμολογία

N	200
Μέσος όρος (Mean)	22,34
Τυπικό σφάλμα του μέσου όρου (Std. Error)	0,84
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	11,78
Διασπορά (Variance)	138,883
Μέγιστο (MAX)	53
Ελάχιστο (MIN)	1
Εύρος (Range)	52

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ήταν 22,34 (SD: 11,78). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 53 (MAX: 53), η ελάχιστη το 1 (MIN: 1) και το εύρος 52 (range: 52).

Πίνακας 6.9.2.
Συχνότητα κατάθλιψης με όριο τη βαθμολογία 16.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Μη καταθλιπτικοί	84	42,2%
Καταθλιπτικοί	115	57,8%
Σύνολο	200	100 %

Εάν χρησιμοποιηθεί ως όριο (cut off point) η βαθμολογία 16, όπως προτείνεται από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου (Radloff, 1977) προκύπτει ότι ποσοστό 42,2 % των ασθενών δεν έχουν κατάθλιψη και ποσοστό 57,8% των ασθενών παρουσιάζει ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη.

Πίνακας 6.9.3.

Συχνότητα κατάθλιψης με όριο τη βαθμολογία 24.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΟΧΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	117	58,8 %
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	82	41,2 %
Σύνολο	200	100 %

Εάν χρησιμοποιηθεί ως όριο (cut off point) το 23/24, το οποίο θεωρήθηκε ιδανικό κατά την ελληνική μετάφραση-προσαρμογή (Fountoulakis et al., 2001), προκύπτει ότι ποσοστό 58,8 % των ασθενών δεν έχουν κατάθλιψη και ποσοστό 41,2 % των ασθενών παρουσιάζει ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη.

Πίνακας 6.9.4.

Συχνότητα ήπιας/μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΟΧΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	70	35,2%
ΗΠΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	42	21,1%
ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	87	43,7%
Σύνολο	200	100 %

Εάν ληφθούν υπόψη οι απόψεις άλλων ερευνητών σύμφωνα με τους οποίους βαθμολογία 16-21 σημαίνει ήπια/μέτρια κατάθλιψη και βαθμολογία >21 σοβαρή κατάθλιψη προκύπτει ότι ποσοστό 35,2% δεν έχουν κατάθλιψη, ποσοστό 21,1% έχουν ήπια κατάθλιψη και ποσοστό 43,7 % έχουν σοβαρή κατάθλιψη.

Πίνακας 6.9.5.***Παρουσίαση συχνοτήτων ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο CES-D***

	«σπάνια, καθόλου»	«μερικές φορές»	«αρκετές φορές»	«τον περισσότερο καιρό»
	0	1	2	3
	Λιγότερο από 1 ημέρα/ εβδομάδα	1-2 ημέρες/ εβδομάδα	3-4 ημέρες / εβδομάδα	5-7 ημέρες/ εβδομάδα
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δε σας ενοχλούν.	88 (44%)	75 (37,5%)	30 (15%)	7 (3,5%)
2. Η όρεξή σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε.	102 (51%)	45 (22,5%)	26 (13%)	27 (13,5%)
3. Νιώθετε ότι δε μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα και αν οι φίλοι ή η οικογένειά σας σας βοηθούσαν.	60 (30%)	86 (43%)	41 (20,5%)	13 (6,5%)
4. Νιώθετε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους	45 (22,5%)	80 (40%)	53 (25%)	22 (11%)
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνετε	38 (19%)	93 (46,5%)	50 (25%)	19 (9,5%)
6. Νιώθετε μελαγχολικός.	27 (13,5%)	113 (56,5%)	50 (25%)	10 (5%)
7. Νιώθετε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια , πίεση.	60 (30%)	72 (36%)	50 (25%)	18 (9%)
8. Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον.	27 (13,5%)	77 (38,5%)	69 (34,5%)	27 (13,5%)
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία.	121 (60,5%)	59 (29,5%)	15 (7,5%)	5 (2,5%)
10. Νιώθετε φοβισμένος.	50 (25%)	90 (45%)	41 (20,5%)	19 (9,5%)
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο.	78 (39%)	56 (28%)	48 (24%)	18 (9%)
12. Είσαστε ευτυχισμένος.	42 (21%)	117 (58,5%)	35 (17,5%)	6 (3%)
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	105 (52,5%)	53 (26,5%)	29 (14,5%)	12 (6%)
14. Νιώθετε μοναξιά	108 (54%)	63 (31,5%)	22 (11%)	7 (3,5%)
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας.	112 (56%)	55 (27,5%)	23 (11,5%)	10 (5%)
16. Ευχαριστιέστε (χαίροσαστε τη ζωή).	37 (18,5%)	111 (55,5%)	48 (24%)	4 (2%)
17. Κλαίτε με λυγμούς.	142 (71%)	41 (20,5%)	14 (7%)	3 (1,5%)
18. Νιώθετε λυπημένος.	24 (12%)	112 (56%)	53 (26,5%)	11 (5,5%)
19. Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν.	112 (56%)	52 (26%)	27 (13,5%)	9 (4,5%)
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο).	18 (9%)	51 (25,5%)	77 (38,5%)	54 (27%)

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται οι βαθμολογίες ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο CED-D. Οι μεγαλύτερες συχνότητες με βαθμολογία 3 (δηλ. τον περισσότερο καιρό, 5-7 ημέρες/εβδομάδα) παρατηρούνται στις ερωτήσεις 20,8,2,4,10,5,11,7. Κατά συνέπεια τα συμπτώματα που απασχολούν με μεγαλύτερη συχνότητα τον περισσότερο καιρό τους ασθενείς είναι η αδυναμία επιτέλεσης της δουλειάς (στην εργασία, στο σπίτι, στο σχολείο) (27 %), η κακή όρεξη (11 %), το αίσθημα φόβου (9,5%) και η δυσκολία συγκέντρωσης (9,5%). Λαμβάνοντας υπόψη την αντίστροφη βαθμολόγηση στις ερωτήσεις 4,8,12,16 προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό των ασθενών δεν αισθάνονται εξίσου ικανοί με

τους άλλους (22,5 %) , δε νιώθουν ευτυχισμένοι (21 %), δε χαίρονται τη ζωή (18,5 %) και δε νιώθουν ελπίδα για το μέλλον (13,5%).

Από την άλλη, τα συμπτώματα που εμφανίζονται σπάνια ή καθόλου σε περισσότερους ασθενείς αναφέρονται (κατά φθίνουσα σειρά) στις ερωτήσεις «Κλαίτε με λυγμούς;» (71%), «Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία» (60,5%) , «Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας» (56%), «Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν» (56%) και «νιώθετε μοναξιά;» (54%).

Πίνακας 6.9.6.**Παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο CES-D.**

	Βαθμολογία CES-D		Βαθμολογία CES-D
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Άνδρες	20,91	45-49 ετών	31,00
Γυναίκες	25,83	50-54 ετών	30,11
P	0,007	55-59 ετών	21,37
		60-64 ετών	22,81
		65-69 ετών	21,94
		70-74 ετών	21,84
		75-79 ετών	22,55
		80-84 ετών	17,94
		>85 ετών	36,50
		p	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	26,60	Οικιακά	31,53
Έγγαμος/σε συμβίωση	21,48	Άνεργος	22,45
Διαζευγμένος	23,54	Αγρότης/ελεύθερος επαγγελματίας	22,33
Χήρος	28,21	Δημόσιος υπάλληλος	12,17
P	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	23,26
		Συνταξιούχος	21,49
		p	0,009
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	42,67	Καλή	10,81
Δημοτικό	23,46	Επαρκής	21,89
Γυμνάσιο	20,80	Κακή	27,35
Λύκειο	21,58	p	
TEI	19,80		
AEI	14,33		
P	0,015		0,001

NS: No Significant

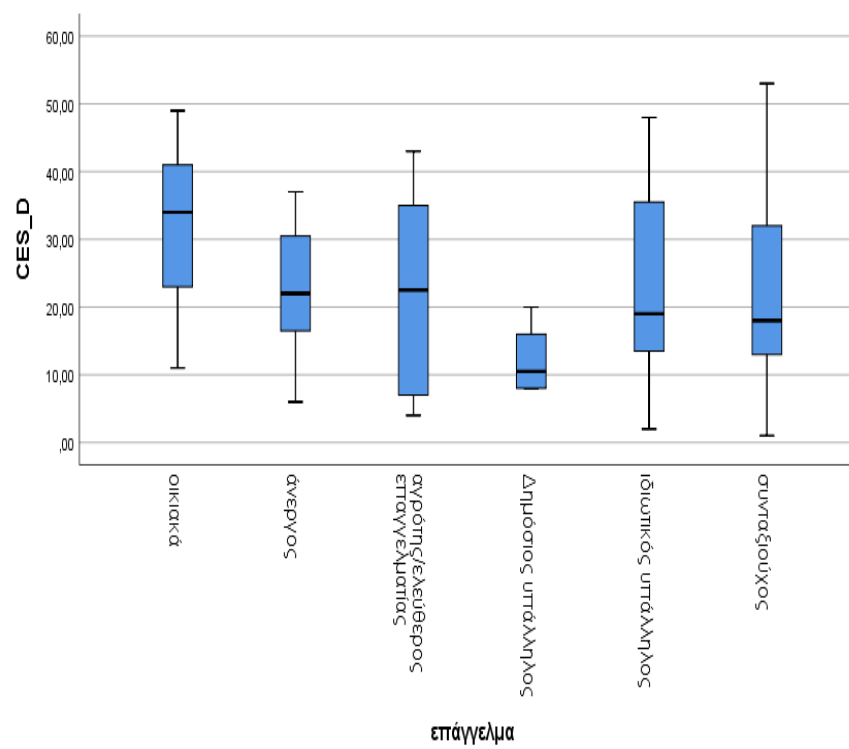
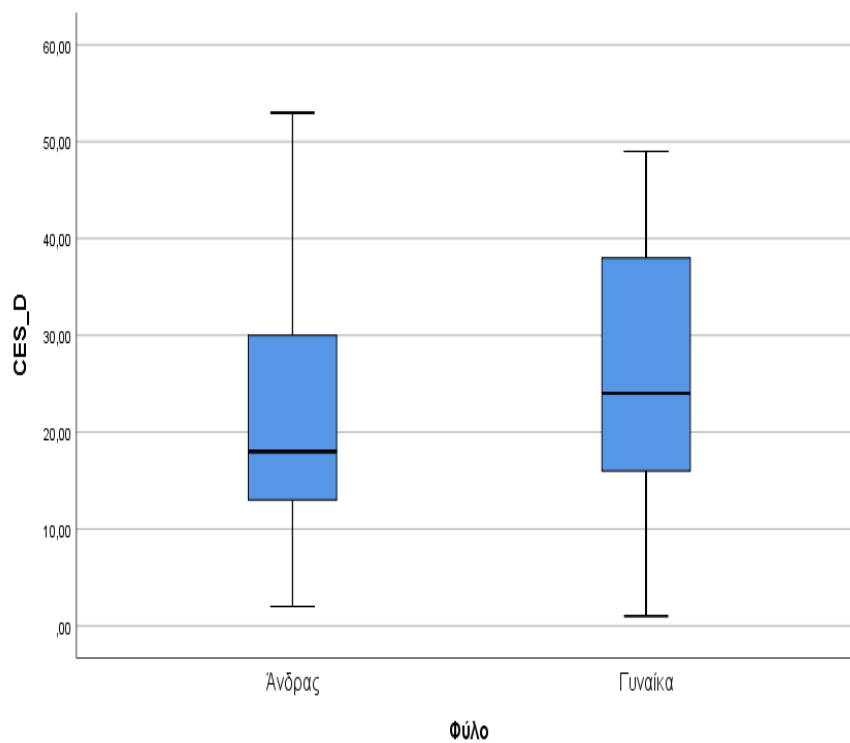
Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

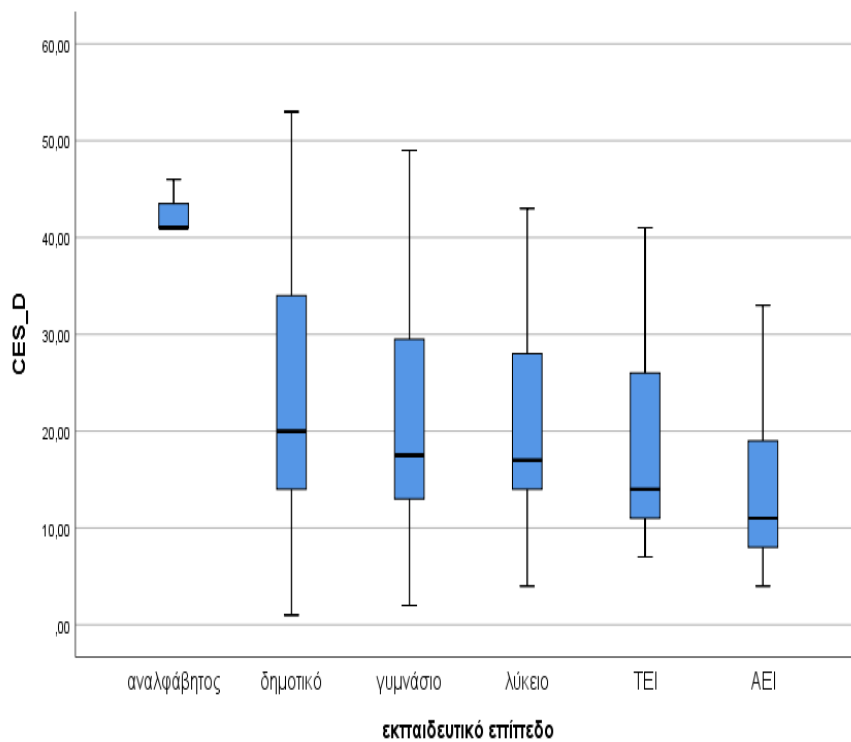
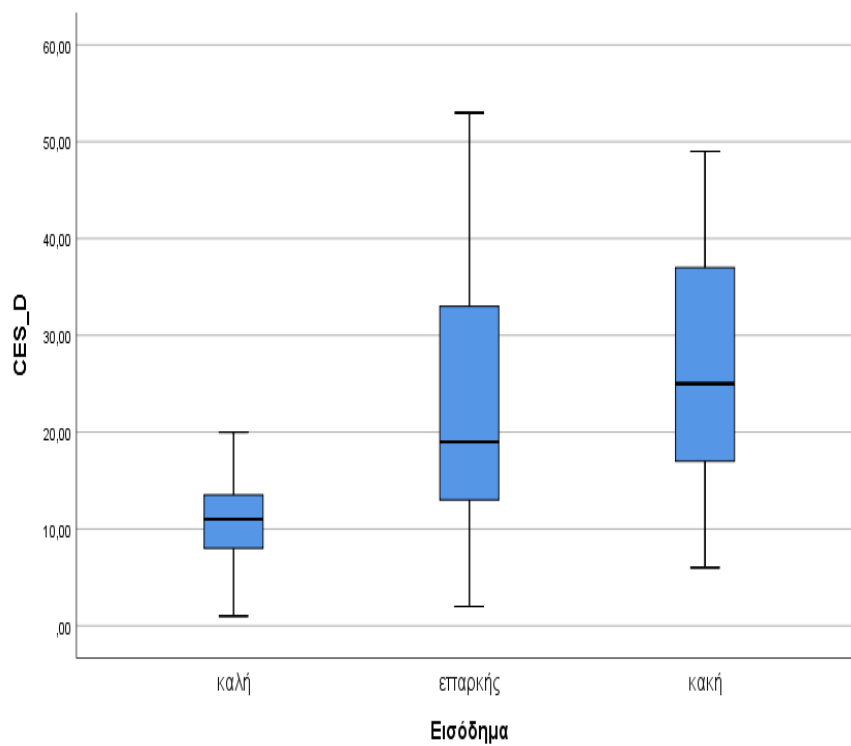
Η επίδραση του φύλου στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=3096,000$, $z=-2,691$, $p=0,007$). Οι γυναίκες ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=117,12) στο ερωτηματολόγιο CES-D από τους άνδρες ασθενείς (92,96).

Η επίδραση του επαγγέλματος στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=11,160$, $df=4$, $n=200$, $p=0,009$). Οι ασθενείς που απασχολούνταν σε οικιακά είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=141,82) από τους ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (45,67) ή συνταξιούχοι (95,60). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=14,049$, $df=5$, $n=200$, $p=0,015$). Οι αναλφάβητοι ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=187,67) από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (92,25), λυκείου (98,15) ή ΑΕΙ (58,00). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Η επίδραση της εισοδηματικής κατάστασης στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=28,069$, $df=2$, $n=200$, $p=0,001$). Οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν χαμηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=38,75) από τους ασθενείς που ανέφεραν ότι η εισοδηματική τους κατάσταση είναι επαρκής (97,91) ή κακή (125,70). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.9.7.**Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο CES-D**

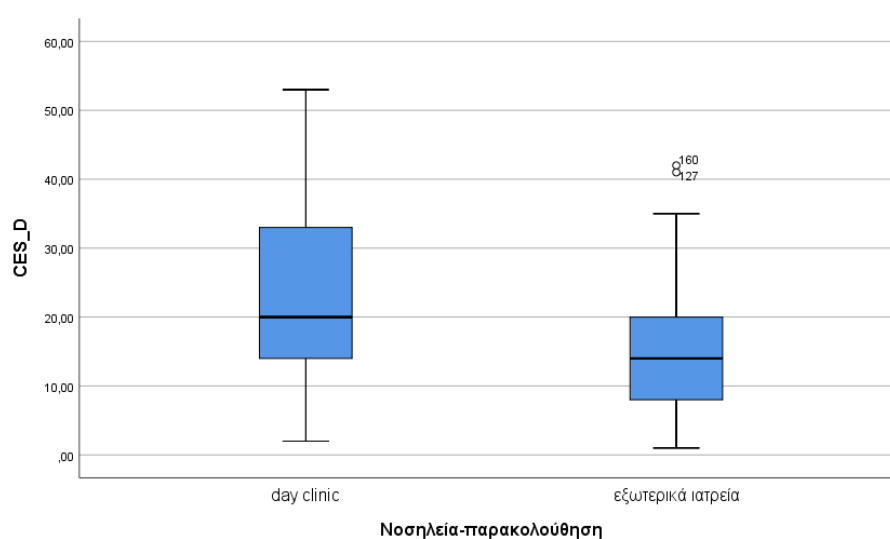
Βαθμολογία CES-D		Βαθμολογία CES-D	
Ιστολογικός τύπος		Νοσηλεία/ Παρακολούθηση	
N-SCLC	21,84	Day clinic	23,37
SCLC	24,97	Εξωτερικά ιατρεία	16,53
<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>0,002</i>
Κάπνισμα		Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	22,33	NAI	21,98
OXI	22,50	OXI	29,10
<i>P</i>	<i>NS</i>	<i>p</i>	<i>NS</i>

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του τύπου νοσηλείας/παρακολούθησης στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1626,500$, $z=-3,127$, $p=0,002$). Οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στην κλινική ημέρας (day clinic) είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=105,38) στο ερωτηματολόγιο CES-D από τους ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία (69,72).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά



Πίνακας 6.9.8.

Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο CES-D (συνέχεια)

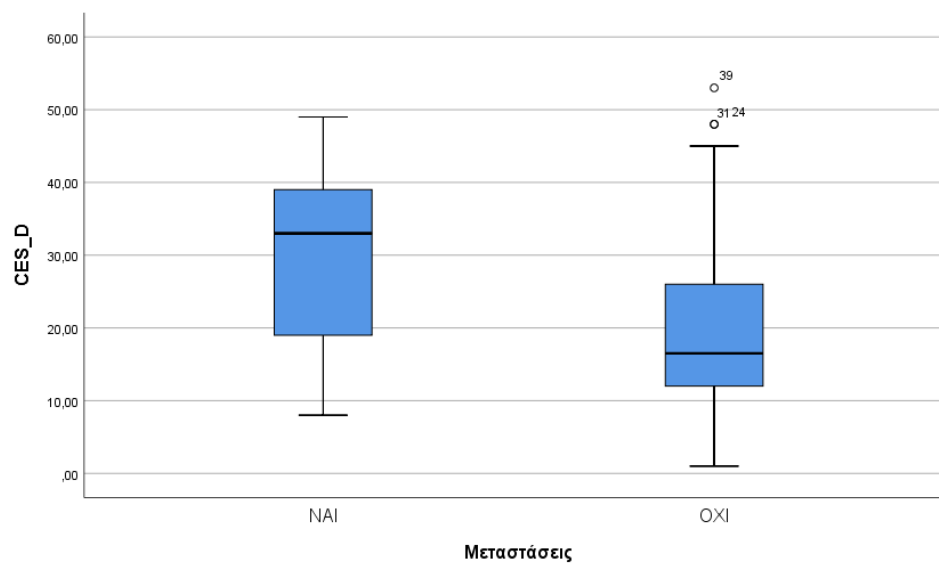
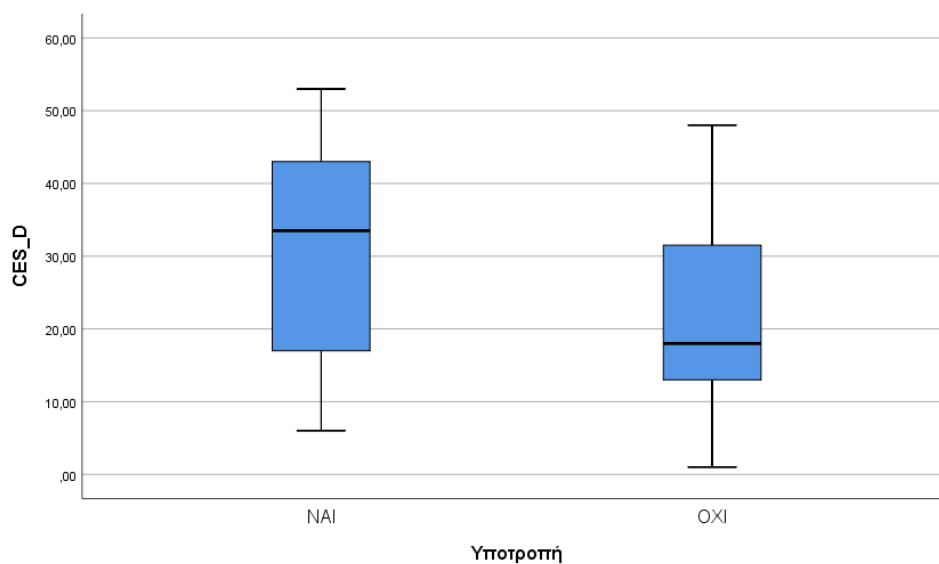
	Βαθμολογία CES-D		Βαθμολογία CES-D	
Υποτροπή			Νέα νοσηλεία	
NAI	30,25		NAI	30,00
OXI	21,47		OXI	22,22
<i>p</i>	0,009		<i>p</i>	NS
Μεταστάσεις				
NAI	29,94			
OXI	19,86			
<i>p</i>	0,001			

NS: No Significant

Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε τα εξής:

Η επίδραση της υποτροπής κατά τον τελευταίο μήνα στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1153,500$, $z=-2,607$, $p=0,009$). Οι ασθενείς με υποτροπή είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=131,83) στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης από τους ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις (96,44).

Η επίδραση των μεταστάσεων στην κατάθλιψη βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1842,000$, $z=-5,240$, $p=0,001$). Οι ασθενείς με μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=137,41) στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης από τους ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις (87,78).

Box plot για τις μεταβλητές στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πίνακας 6.9.9.

Συσχέτιση των συμπτωμάτων του EORTC-LC13 με την κατάθλιψη

		συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου CES-D
Dyspnoea (LCDY)-δύσπνοια	Correlation Coefficient	,493**
	Sig. (2-tailed)	,000
Coughing (LCCO)-βήχας	Correlation Coefficient	,319**
	Sig. (2-tailed)	,000
Haemoptysis (LCHA)-αιμόπτυση	Correlation Coefficient	,140*
	Sig. (2-tailed)	,049
Sore mouth (LCSM)-πόνος στο στόμα	Correlation Coefficient	,193**
	Sig. (2-tailed)	,006
Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία	Correlation Coefficient	,212**
	Sig. (2-tailed)	,003
Peripheral neuropathy (LCPN)-περιφερική νευροπάθεια	Correlation Coefficient	,145*
	Sig. (2-tailed)	,041
Alopecia (LCHR)-αλωπεκία	Correlation Coefficient	,144*
	Sig. (2-tailed)	,042
Pain in chest (LCPC)-πόνος στο στήθος:	Correlation Coefficient	,233**
ερώτηση	Sig. (2-tailed)	,001
Pain in arm or shoulder (LCPA)-πόνος στο χέρι ή στον ώμο	Correlation Coefficient	,287**
	Sig. (2-tailed)	,000
Pain in other parts (LCPO)-πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	Correlation Coefficient	,326**
	Sig. (2-tailed)	,000

Όλα τα συμπτώματα συσχετίζονται θετικά με την κατάθλιψη. Η μεγαλύτερη συσχέτιση καταγράφεται με τη δύσπνοια, το βήχα, τον πόνο σε άλλο σημείο του σώματος, τον πόνο στο χέρι ή στον ώμο και τον πόνο στο στήθος.

6.10. Ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ C30

Για τη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν οι αλγόριθμοι βαθμολόγησης που έχουν παραχθεί από την EORTC. Πρώτα, το άθροισμα των στοιχείων σε κάθε κατηγορία προστίθεται και το σύνολο διαιρείται με τον αριθμό των ερωτήσεων της κατηγορίας με βάση τον τύπο: $RawScore = RS(I_1 + I_2 + \dots + I_n)/n$. Στη συνέχεια, ένας γραμμικός μετασχηματισμός μετατρέπει αυτό σε ποσοστό κλίμακας με σκορ 0-100 με το μεγαλύτερο σκορ να αντιπροσωπεύει ένα υψηλότερο επίπεδο απόκρισης. Στις λειτουργικές κλίμακες, ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε ήταν: $Functional\ scales: S = \{1 - (RS - 1 / range)\} \times 100$. Στις κλίμακες συμπτωμάτων καθώς και για την συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής ο τύπος ήταν: $S = \{(RS - 1 / range)\} \times 100$. Αναφορικά με το εύρος (range), το ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε όλες οι ερωτήσεις να απαντώνται σε μια κλίμακα 1 έως 4. Συνεπώς το εύρος σε αυτές τις ερωτήσεις είναι 3 (4-1). Εξαιρέση αποτελούν οι ερωτήσεις της υποκλίμακας συνολικής κατάστασης της υγείας/ποιότητα ζωής, (ερωτήσεις 29 και 30), οι οποίες απαντώνται σε μια κλίμακα 1 έως 7. Σε αυτές τις ερωτήσεις το εύρος είναι 6 (7-1). (Fayers et al., 2001).

Έτσι, μια υψηλή βαθμολογία για τη λειτουργική κλίμακα αντιπροσωπεύει ένα υψηλό/υγιές επίπεδο λειτουργίας. Μια υψηλή βαθμολογία για την συνολική κατάσταση της υγείας/ποιότητα ζωής αποτελεί δείκτη υψηλής ποιότητας ζωής. Αντίθετα, μια υψηλή βαθμολογία για την κλίμακα συμπτωμάτων αντιπροσωπεύει ένα υψηλότερο επίπεδο συμπτωμάτων/προβλημάτων (Aronson et al., 1993).

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έγινε με βάση τις συστάσεις που αναφέρονται στο EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Fayers et al., 2001) και περιλαμβάνουν τους εξής τρόπους: α) σύγκριση της αναλογίας των απαντήσεων «Λίγο»-«Πάρα πολύ» ή διχοτόμηση των απαντήσεων σε δύο κατηγορίες: «Καθόλου»-«Σε οποιαδήποτε έκταση», β) σύγκριση των αποτελεσμάτων του δείγματος με δεδομένα που έχουν δημοσιευτεί στο EORTC QLQ-C30 Reference Values manual (Scott et al., 2008), γ) σύγκριση με δεδομένα από μεγάλα δείγματα από το γενικό πληθυσμό. Στην παρούσα έρευνα έγινε σύγκριση με δεδομένα από το γενικό γερμανικό πληθυσμό (Waldman et al., 2013) λόγω της δυνατότητας πρόσβασης σε αυτά τα στοιχεία και της αδυναμίας ελεύθερης πρόσβασης σε μελέτες που αφορούν σε δεδομένα από άλλες χώρες (πχ. Νορβηγία, Σουηδία, Δανία).

Πίνακας 6.10.1.

Συχνότητες για τις ερωτήσεις 1-28 του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30

	1- Καθόλου	2- Λίγο	3- Αρκετά	4- Πολύ	Σύνολο
Ερώτηση 1	13 (6,5 %)	74 (37 %)	79 (39,5 %)	34 (17 %)	200
Ερώτηση 2	12 (6 %)	45 (22,5 %)	87 (43,5 %)	56 (28 %)	200
Ερώτηση 3	43 (21,5 %)	95 (47,5 %)	49 (24,5 %)	13 (6,5 %)	200
Ερώτηση 4	66 (33 %)	76 (38 %)	39 (19,5 %)	19 (9,5 %)	200
Ερώτηση 5	115 (57,5 %)	51 (25,5 %)	22 (11 %)	12 (6 %)	200
Ερώτηση 6	20 (10 %)	81 (40,5 %)	70 (35 %)	29 (14,5 %)	200
Ερώτηση 7	21 (10,5 %)	82 (41 %)	68 (34 %)	29 (14,5 %)	200
Ερώτηση 8	38 (19 %)	123 (61,5 %)	35 (17,5 %)	4 (2%)	200
Ερώτηση 9	42 (21 %)	112 (56 %)	37 (18,5 %)	9 (4,5 %)	200
Ερώτηση 10	28 (14 %)	96 (48 %)	49 (24,5 %)	27 (13,5 %)	200
Ερώτηση 11	76 (38 %)	67 (33,5 %)	43 (21,5 %)	14 (7 %)	200
Ερώτηση 12	33 (16,5 %)	82 (41 %)	58 (29 %)	27 (13,5 %)	200
Ερώτηση 13	101 (50,5 %)	46 (23 %)	35 (17,5 %)	18 (9 %)	200
Ερώτηση 14	86 (43 %)	64 (32 %)	44 (22 %)	6 (3 %)	200
Ερώτηση 15	137 (68,5 %)	43 (21,5 %)	20 (10 %)	0 (0 %)	200
Ερώτηση 16	116 (58 %)	32 (16 %)	38 (19 %)	14 (7 %)	200
Ερώτηση 17	173 (86,5 %)	17 (8,5 %)	8 (4 %)	2 (1 %)	200
Ερώτηση 18	19 (9,5 %)	94 (47 %)	65 (32,5 %)	22 (11 %)	200
Ερώτηση 19	41 (20,5 %)	116 (58 %)	37 (18,5 %)	6 (3 %)	200
Ερώτηση 20	44 (22 %)	97 (48,5 %)	46 (23 %)	13 (6,5 %)	200
Ερώτηση 21	73 (36,5 %)	83 (41,5 %)	30 (15 %)	14 (7 %)	200
Ερώτηση 22	31 (15,5 %)	111 (55,5 %)	47 (23,5 %)	11 (5,5 %)	200
Ερώτηση 23	121 (60,5 %)	48 (24 %)	24 (12 %)	7 (3,5 %)	200
Ερώτηση 24	44 (22 %)	102 (51 %)	42 (21 %)	12 (6 %)	200
Ερώτηση 25	50 (25 %)	87 (43,5 %)	48 (24 %)	15 (7,5 %)	200
Ερώτηση 26	20 (10 %)	90 (45 %)	67 (33,5 %)	23 (11,5 %)	200
Ερώτηση 27	21 (10,5 %)	88 (44 %)	60 (30 %)	31 (15,5 %)	200
Ερώτηση 28	17 (8,5 %)	64 (32 %)	79 (39,5 %)	40 (20 %)	200

Πίνακας 6.10.2.

Συχνότητες για τις ερωτήσεις 1-28 του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 (διχοτόμηση Καθόλου-Σε οποιαδήποτε έκταση)

	1-Καθόλου (Not at All)	2-3-4 Σε οποιαδήποτε έκταση (Any extent)	Σύνολο
Ερώτηση 1	13 (6,5 %)	187 (93,5 %)	200
Ερώτηση 2	12 (6 %)	188 (94%)	200
Ερώτηση 3	43 (21,5 %)	157 (78,5 %)	200
Ερώτηση 4	66 (33 %)	134 (67 %)	200
Ερώτηση 5	115 (57,5 %)	85 (42,5%)	200
Ερώτηση 6	20 (10 %)	180 (90 %)	200
Ερώτηση 7	21 (10,5 %)	179 (89,5 %)	200
Ερώτηση 8	38 (19 %)	162 (81 %)	200
Ερώτηση 9	42 (21 %)	158 (79 %)	200
Ερώτηση 10	28 (14 %)	172 (86 %)	200
Ερώτηση 11	76 (38 %)	124 (62 %)	200
Ερώτηση 12	33 (16,5 %)	167 (83,5%)	200
Ερώτηση 13	101 (50,5 %)	99 (49,5 %)	200
Ερώτηση 14	86 (43 %)	114 (57%)	200
Ερώτηση 15	137 (68,5 %)	63 (31,5%)	200
Ερώτηση 16	116 (58 %)	84 (42%)	200
Ερώτηση 17	173 (86,5 %)	27 (13,5 %)	200
Ερώτηση 18	19 (9,5 %)	181 (90,5%)	200
Ερώτηση 19	41 (20,5 %)	159 (79,5%)	200
Ερώτηση 20	44 (22 %)	156 (78 %)	200
Ερώτηση 21	73 (36,5 %)	127 (60,5%)	200
Ερώτηση 22	31 (15,5 %)	169 (84,5%)	200
Ερώτηση 23	121 (60,5 %)	79 (39,5%)	200
Ερώτηση 24	44 (22 %)	156 (78%)	200
Ερώτηση 25	50 (25 %)	150 (75%)	200
Ερώτηση 26	20 (10 %)	180 (90%)	200
Ερώτηση 27	21 (10,5 %)	179 (89,5%)	200
Ερώτηση 28	17 (8,5 %)	183 (91,5%)	200

Πίνακας 6.10.3.

Συχνότητες για τις ερωτήσεις 29-30 του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Ερώτηση 29	0 (0%)	19 (9,5%)	44 (22%)	56 (28%)	62 (31%)	17 (8,5%)	2 (1%)	200
Ερώτηση 30	1 (0,5 %)	23 (11,5%)	48 (24%)	40 (20%)	61 (30,5%)	24 (12%)	3 (1,5%)	200

Πίνακας 6.10.4.***Περιγραφική στατιστική για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30***

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Ερώτηση 1	200	3	1	4	2,67	0,059	0,833
Ερώτηση 2	200	3	1	4	2,94	0,061	0,863
Ερώτηση 3	200	3	1	4	2,16	0,059	0,835
Ερώτηση 4	200	3	1	4	2,06	0,067	0,952
Ερώτηση 5	200	3	1	4	1,66	0,064	0,900
Ερώτηση 6	200	3	1	4	2,54	0,061	0,861
Ερώτηση 7	200	3	1	4	2,53	0,061	0,868
Ερώτηση 8	200	3	1	4	2,02	0,047	0,668
Ερώτηση 9	200	3	1	4	2,07	0,054	0,757
Ερώτηση 10	200	3	1	4	2,38	0,063	0,888
Ερώτηση 11	200	3	1	4	1,97	0,066	0,937
Ερώτηση 12	200	3	1	4	2,39	0,065	0,918
Ερώτηση 13	200	3	1	4	1,85	0,072	1,011
Ερώτηση 14	200	3	1	4	1,85	0,061	0,867
Ερώτηση 15	200	2	1	3	1,41	0,047	0,667
Ερώτηση 16	200	3	1	4	1,75	0,070	0,996
Ερώτηση 17	200	3	1	4	1,19	0,039	0,546
Ερώτηση 18	200	3	1	4	2,45	0,057	0,813
Ερώτηση 19	199	3	1	4	2,04	0,051	0,715
Ερώτηση 20	200	3	1	4	2,14	0,059	0,833
Ερώτηση 21	200	3	1	4	1,92	0,063	0,891
Ερώτηση 22	200	3	1	4	2,19	0,054	0,759
Ερώτηση 23	200	3	1	4	1,59	0,059	0,834
Ερώτηση 24	200	3	1	4	2,11	0,057	0,813
Ερώτηση 25	200	3	1	4	2,14	0,062	0,880
Ερώτηση 26	200	3	1	4	2,46	0,058	0,826
Ερώτηση 27	200	3	1	4	2,51	0,062	0,880
Ερώτηση 28	200	3	1	4	2,71	0,062	0,883
Ερώτηση 29	200	5	2	7	4,10	0,082	1,156
Ερώτηση 30	200	6	1	7	4,11	0,091	1,289

Οι υποκλίμακες λειτουργικότητας (Functional scales) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 είναι οι εξής:

1. Physical functioning (PF)-σωματική λειτουργικότητα: ερωτήσεις 1,2,3,4,5
2. Role functioning (RF)-λειτουργικότητα ρόλων: ερωτήσεις 6, 7
3. Emotional functioning (EF)-συναισθηματική λειτουργικότητα: ερωτήσεις 21,22,23,24
4. Cognitive functioning (CF)- γνωστική λειτουργικότητα: ερωτήσεις 20, 25
5. Social functioning (SF)-κοινωνική λειτουργικότητα: ερωτήσεις 26, 27

Πίνακας 6.10.5.

Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες λειτουργικότητας του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
PF	200	100	0	100	56,83	1,73
RF	200	100	0	100	48,92	1,97
EF	200	100	0	100	68,25	1,60
CF	200	100	0	100	62,00	1,86
SF	200	100	0	100	50,50	1,95

Η χρήση του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 έδειξε ότι η βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας είναι πάνω από 49. Χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις υποκλίμακες RF (λειτουργικότητα ρόλων), SF (κοινωνική λειτουργικότητα) και PF (σωματική λειτουργικότητα) και μεγαλύτερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες CF (γνωστική λειτουργικότητα) και EF (συναισθηματική λειτουργικότητα).

Πίνακας 6.10.6.

Συγκριτική παρουσίαση της βαθμολογίας των ασθενών του δείγματος στις υποκλίμακες λειτουργικότητας με δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual (Scott et al., 2008).

	Δείγμα μελέτης		δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual	
	N	Mean	N	Mean
PF	200	56,83	3332	71,9
RF	200	48,92	3332	61,5
EF	200	68,25	3332	68,9
CF	200	62,00	3332	82,3
SF	200	50,50	3332	71,3

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπει ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας σε σύγκριση με τους ασθενείς του δείγματος της EORTC. Περίπου ίση βαθμολογία καταγράφεται στην υποκλίμακα EF (συναισθηματική λειτουργικότητα). Η μεγαλύτερη διαφορά καταγράφεται στην υποκλίμακα SF και η μικρότερη στην υποκλίμακα EF.

Πίνακας 6.10.7.

Συγκριτική παρουσίαση για τις υποκλίμακες λειτουργικότητας του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με δημοσιευμένα στοιχεία για το γενικό γερμανικό πληθυσμό (Waldman et al., 2013).

	Δείγμα μελέτης		Γενικός γερμανικός πληθυσμός	
	Women	Men	Women	Men
PF	56,50	56,97	83,6	87
RF	52,82	47,28	78,1	80,7
EF	60,59	71,45	67,2	72,4
CF	56,21	64,42	83,7	83,8
SF	51,13	50,24	81,3	83,3

Ο ανωτέρω συγκριτικός πίνακας δείχνει ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με το γενικό γερμανικό πληθυσμό.

Οι υποκλίμακες συμπτωμάτων (Symptom scales) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 είναι οι εξής:

1. Fatigue (FA)-Κόπωση: ερωτήσεις 10, 12, 18
2. Nausea and vomiting (NV)-ναυτία και έμετος: ερωτήσεις 14, 15
3. Pain (PA)-πόνος: ερωτήσεις 9, 19
4. Dyspnoea (DY)- δύσπνοια: ερώτηση 8
5. Insomnia (SL)-αϋπνία: ερώτηση 11
6. Appetite loss (AP)-απώλεια όρεξης: ερώτηση 13
7. Constipation (CO)-δυσκοιλιότητα: ερώτηση 16
8. Diarrhoea (DI)-διάρροια: ερώτηση 17
9. Financial difficulties (FI)-οικονομικές δυσκολίες: ερώτηση 28

Πίνακας 6.10.8.

Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες συμπτωμάτων του EORTC-QLQ C30

Υποκλίμακα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
FA-κόπωση	200	100	0	100	46,89	1,88
NV- ναυτία και έμετος	200	83	0	83	21,08	1,67
PA-πόνος	200	100	0	100	35,08	1,66
DY-δύσπνοια	200	100	0	100	34,17	1,58
SL-αϋπνία	200	100	0	100	32,50	2,21
AP-απώλεια όρεξης	200	100	0	100	28,33	2,38
CO-δυσκοιλιότητα	200	100	0	100	25,00	2,35
DI-διάρροια	200	100	0	100	6,50	1,29
FI-οικονομικές δυσκολίες	200	100	0	100	57,00	2,08

Όπως προκύπτει από τις υποκλίμακες συμπτωμάτων, τα συμπτώματα που ταλαιπωρούσαν περισσότερο τους ασθενείς ήταν η κόπωση, ο πόνος, η δύσπνοια, η αϋπνία και η απώλεια όρεξης. Με μικρότερη ένταση εμφανίζονταν η δυσκοιλιότητα, η ναυτία με τον έμετο και η διάρροια. Οι οικονομικές δυσκολίες ταλαιπωρούσαν τους ασθενείς σε μεγάλο βαθμό.

Πίνακας 6.10.9**Διαφορές στις υποκλίμακες του EORTC-QLQ-C30 με βάση τον ιστολογικό τύπο.**

	NSCLC	SCLC	<i>P</i> (NSCLC vs SCLC)
	Μέσος Όρος (Τ.Α.) Εύρος 0-100	Μέσος Όρος (Τ.Α.) Εύρος 0-100	
EORTC QLQ-C30			
Functional scales			
Physical functioning (PF)	57.22 (24.95)	54.79 (21.67)	NS
Role functioning (RF)	49.21 (28.30)	47.40 (25.44)	NS
Emotional functioning (EF)	68.65 (23.29)	66.15 (19.28)	NS
Cognitive functioning (CF)	61.81 (26.64)	63.02 (24.95)	NS
Social functioning (SF)	49.90 (28.52)	53.65 (22.29)	NS
EORTC QLQ-C30			
Symptom scales			
Fatigue (FA)	46.37 (26.79)	49.65 (25.42)	NS
Nausea and vomiting (NV)	21.63 (24.37)	18.23 (19.57)	NS
Pain (PA)	35.52 (23.82)	32.81 (21.79)	NS
Dyspnoea (DY)	34.33 (22.32)	33.33 (22.40)	NS
Insomnia (SL)	31.75 (31.97)	36.46 (27.25)	NS
Appetite loss (AP)	26.59 (32.74)	37.50 (37.63)	NS
Constipation (CO)	24.21 (33.57)	29.17 (31.40)	NS
Diarrhoea (DI)	6.55 (18.69)	6.25 (15.70)	NS
Financial difficulties (FI)	56.55 (30.03)	59.37 (26.42)	NS
EORTC QLQ-C30	51.79 (19.88)	51.30 (16.00)	NS
Global health status/HRQOL (QL)			

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με SCLC και NSCLC στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30.

Πίνακας 6.10.10.

Συσχέτιση των υποκλιμάκων συμπτωμάτων του EORTC QLQ-C30 με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ίδιου ερωτηματολογίου.

		υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής- Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30
Fatigue (FA)-Κόπωση	Correlation Coefficient	-,672**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Nausea and vomiting (NV)-ναυτία και έμετος	Correlation Coefficient	-,400**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Pain (PA)-πόνος	Correlation Coefficient	-,417**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Dyspnoea (DY)- δύσπνοια	Correlation Coefficient	-,478**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Insomnia (SL)-αϋπνία	Correlation Coefficient	-,427**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Appetite loss (AP)-απώλεια όρεξης	Correlation Coefficient	-,406**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Constipation (CO)-δυσκοιλιότητα	Correlation Coefficient	-,247**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Diarrhoea (DI)-διάρροια	Correlation Coefficient	-,123
	Sig. (2-tailed)	,082
Financial difficulties (FI)-οικονομικές δυσκολίες	Correlation Coefficient	-,392**
	Sig. (2-tailed)	0,001

Σχεδόν όλα τα συμπτώματα συσχετίζονται αρνητικά με την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Το μοναδικό σύμπτωμα με το οποίο δεν καταγράφεται σημαντική συσχέτιση είναι η διάρροια.

Πίνακας 6.10.11.

Συσχέτιση των υποκλίμακων λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 με τις υποκλίμακες συμπτωμάτων του ίδιου ερωτηματολογίου

		Physical functioning (PF)- σωματική λειτουργικότη τα	Role functioning (RF)- λειτουργικότη τα ρόλων	Emotional functioning (EF)- συναισθηματι κή λειτουργικότη τα	Cognitive functioning (CF)- γνωστική λειτουργικότη τα	Social functioning (SF)- κοινωνική λειτουργικότη τα
Fatigue (FA)- Κόπωση	Correlation Coefficient	-,717**	-,676**	-,513**	-,565**	-,644**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Nausea and vomiting (NV)- ναυτία και έμετος	Correlation Coefficient	-,294**	-,280**	-,245**	-,289**	-,488**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Pain (Pa)-πόνος	Correlation Coefficient	-,361**	-,266**	-,322**	-,352**	-,311**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Dyspnoea (DY)- δύσπνοια	Correlation Coefficient	-,462**	-,367**	-,447**	-,321**	-,367**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Insomnia (SL)- αϋπνία	Correlation Coefficient	-,362**	-,384**	-,482**	-,375**	-,431**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Appetite loss (AP)- απώλεια όρεξης	Correlation Coefficient	-,340**	-,381**	-,312**	-,361**	-,416**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Constipation (CO)- δυσκοιλιότητα	Correlation Coefficient	-,196**	-,128	-,143*	-,229**	-,267**
	Sig. (2-tailed)	,005	,070	,043	,001	,000
Diarrhoea (DI)- Διάρροια	Correlation Coefficient	-,059	-,066	,016	-,103	-,100
	Sig. (2-tailed)	,407	,355	,825	,147	,160
Financial difficulties (FI)- Οικονομικές δυσκολίες	Correlation Coefficient	-,391**	-,366**	-,310**	-,320**	-,551**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 level (δίπλευρος έλεγχος).

* . Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 level (δίπλευρος έλεγχος).

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμπτωμάτων συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά (αρνητική συσχέτιση) με τις υποκλίμακες λειτουργικότητας. Δηλαδή όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα τόσο πιο μειωμένη είναι η λειτουργικότητα. Δεν είναι στατιστικά σημαντική η συσχέτιση της διάρροιας με την υποκλίμακες λειτουργικότητας και η συσχέτιση της δυσκοιλιότητας με τη λειτουργικότητα ρόλων.

Πίνακας 6.10.12.

Συγκριτική παρουσίαση της βαθμολογίας των ασθενών του δείγματος στις υποκλίμακες συμπτωμάτων με δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual (Scott et al., 2008).

	Δείγμα μελέτης		Δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual	
	N	Mean	N	Mean
FA-κόπωση	200	46,89	3332	41,1
NV- ναυτία και έμετος	200	21,08	3332	10,8
PA-πόνος	200	35,08	3332	29,7
DY-δύσπνοια	200	34,17	3332	37,9
SL-αϋπνία	200	32,50	3332	31,6
AP-απώλεια όρεξης	200	28,33	3332	28,1
CO-δυσκοιλιότητα	200	25,00	3332	19,2
DI-διάρροια	200	6,50	3332	7,4
FI-οικονομικές δυσκολίες	200	57,00	3332	17,4

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν ελαφρώς υψηλότερη βαθμολογία στις περισσότερες υποκλίμακες συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με τους ασθενείς του δείγματος της EORTC. Εξαιρείται η υποκλίμακα «DY-δύσπνοια», στην οποία καταγράφεται μικρότερη βαθμολογία. Μεγάλη διαφορά καταγράφεται στην υποκλίμακα «FI-οικονομικές δυσκολίες».

Πίνακας 6.10.13.

Συγκριτική παρουσίαση για τις υποκλίμακες συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με δημοσιευμένα στοιχεία για το γενικό γερμανικό πληθυσμό (Waldman et al., 2013).

	Δείγμα μελέτης		Γενικός γερμανικός πληθυσμός	
	N	Mean	Women	Men
FA-κόπωση	200	46,89	33,7	28,8
NV- ναυτία και έμετος	200	21,08	4,8	3,5
PA-πόνος	200	35,08	30,2	25,2
DY-δύσπνοια	200	34,17	16,8	15,3
SL-αϋπνία	200	32,50	31,4	23,7
AP-απώλεια όρεξης	200	28,33	9,1	7,6
CO-δυσκοιλιότητα	200	25,00	8,5	6
DI-διάρροια	200	6,50	9,6	9,5
FI-οικονομικές δυσκολίες	200	57,00	13	12

Ο ανωτέρω συγκριτικός πίνακας δείχνει ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν υψηλότερη βαθμολογία στις περισσότερες υποκλίμακες συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με το γενικό γερμανικό πληθυσμό. Εξαίρεση αποτελεί η υποκλίμακα «DI-διάρροια». Άρα ταλαιπωρούνταν περισσότερο από τα αναφερόμενα συμπτώματα.

Η υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 αποτελείται από τις ερωτήσεις 29 και 30.

Πίνακας 6.10.14.

Περιγραφική στατιστική για την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
QL	200	92	8	66,67	51,71	1,36

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αξιολογούν συνολικά την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ως σχετικά καλή (M=51,71).

Πίνακας 6.10.15.

Συγκριτική παρουσίαση της βαθμολογίας των ασθενών του δείγματος στην υποκλίμακα QL με δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual (Scott et al., 2008).

	Δείγμα μελέτης		δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual	
	N	Mean	N	Mean
QL	200	51,71	3332	56,6

Ο ανωτέρω συγκριτικός πίνακας δείχνει ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν ελαφρώς χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 σε σχέση με τους ασθενείς του δείγματος της EORTC.

Πίνακας 6.10.16.

Συγκριτική παρουσίαση για την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 σε σχέση με δημοσιευμένα στοιχεία για το γενικό γερμανικό πληθυσμό (Waldman et al., 2013).

	Δείγμα μελέτης		Γενικός γερμανικός πληθυσμός	
	N	Mean	Women	Men
QL	100	51,71	65,4	67,4

Ο ανωτέρω συγκριτικός πίνακας δείχνει ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 σε σχέση με το γενικό γερμανικό πληθυσμό και αξιολογούν την υγεία και την ποιότητα ζωής τους ως κακή.

Πίνακας 6.10.17.

Παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών σε σχέση με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30

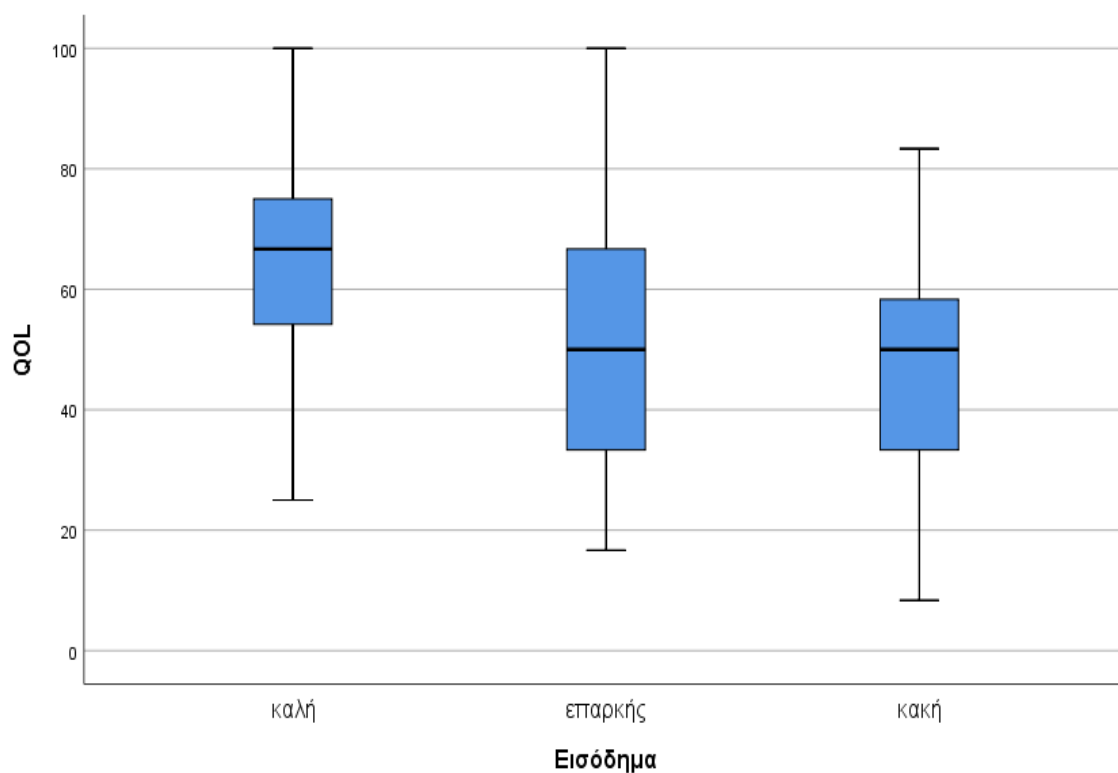
	Βαθμολογία Global health status/QoL (QL)		Βαθμολογία Global health status/QoL (QL)
Φύλο		Ηλικιακή ομάδα	
Ανδρες	52,72	45-49 ετών	45,83
Γυναίκες	49,29	50-54 ετών	44,44
p	NS	55-59 ετών	56,58
		60-64 ετών	51,30
		65-69 ετών	50,96
		70-74 ετών	54,73
		75-79 ετών	51,15
		80-84 ετών	51,85
		85-91 ετών	20,83
		p	NS
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα	
Άγαμος	47,50	Οικιακά	38,73
Έγγαμος/σε συμβίωση	52,78	Άνεργος	56,06
Διαζευγμένος	53,85	Αγρότης	66,67
Χήρος	41,11	Δημόσιος υπάλληλος	59,72
p	NS	Ιδιωτικός υπάλληλος	55,07
		Συνταξιούχος	51,65
		Ελεύθερος επαγγελματίας	58,33
		p	NS
Εκπαιδευτικό επίπεδο		Εισόδημα/οικονομική κατάσταση	
Αναλφάβητος	30,56	Καλή	65,10
Δημοτικό	49,21	Επαρκής	51,17
Γυμνάσιο	53,22	Κακή	48,81
Λύκειο	55,64	p	NS
TEI	56,67		
AEI	62,96		
p	NS		

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση του εισοδήματος στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ-C30 βρέθηκε συνολικά σημαντική ($\chi^2=6,728$, $df=1$, $n=200$, $p=0,009$). Οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=102,56) από τους ασθενείς με επαρκή εισοδηματική κατάσταση (72,85) και με κακή εισοδηματική κατάσταση (70,08). Δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαμέσους των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής.

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.10.18.

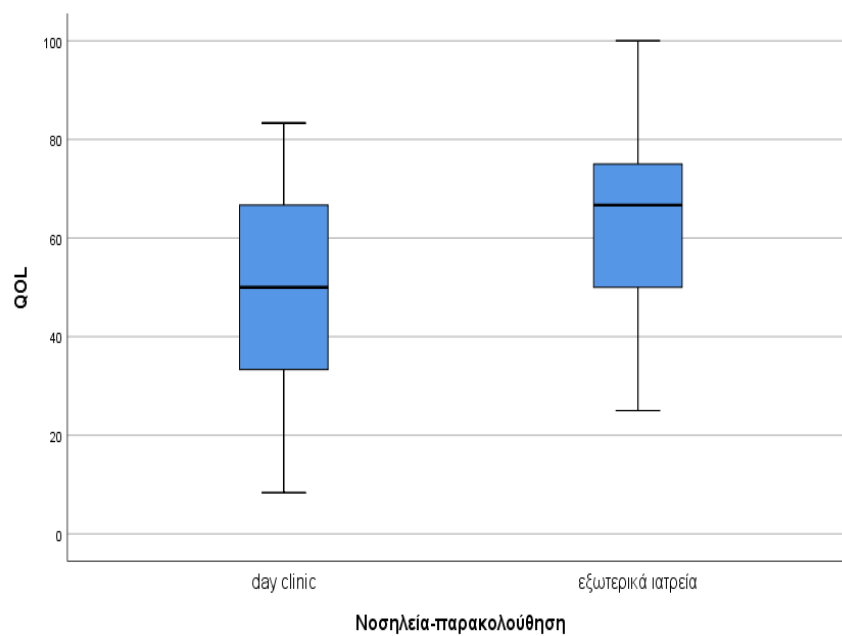
Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30

	Βαθμολογία Global health status/QoL (QL)		Βαθμολογία Global health status/QoL (QL)	
Ιστολογικός τύπος			Τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης	
N-SCLC	51,79		Day clinic	50,10
SCLC	51,30		Εξωτερικά ιατρεία	60,48
<i>P</i>	<i>NS</i>		<i>P</i>	<i>NS</i>
Κάπνισμα			Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	
NAI	51,97		NAI	52,19
OXI	49,68		OXI	42,50
<i>P</i>	<i>NS</i>		<i>P</i>	<i>NS</i>
Θεραπεία				
Ακτινοθεραπεία	16,67			
Χημειοθεραπεία	51,98			
Χειρουργική επέμβαση	-----			
Ακτινοθεραπεία-Χημειοθεραπεία	48,54			
Ακτινοθεραπεία- Χειρουργική επέμβαση	-----			
Χημειοθεραπεία-Χειρουργική επέμβαση	53,46			
Ακτινοθεραπεία-Χημειοθεραπεία-Χειρουργική επέμβαση	56,41			
<i>P</i>	<i>NS</i>			

NS: No Significant

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής: Η επίδραση του τόπου νοσηλείας/παρακολούθησης στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=1875,5$, $z=-2,535$, $p=0,011$). Οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=124,5) από τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία στην κλινική ημέρας (96,10).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκε στατιστικά σημαντικές διαφορές



Πίνακας 6.10.19.

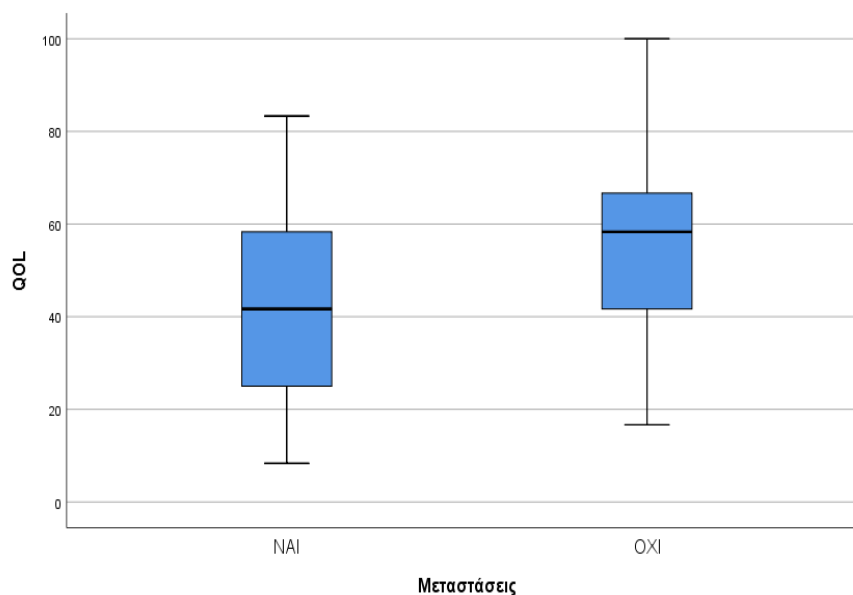
Παρουσίαση των ιατρικών δεδομένων σε σχέση με με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 (συνέχεια)

	Βαθμολογία Global health status/QoL (QL)		Βαθμολογία Global health status/QoL (QL)
Υποτροπή		Νέα νοσηλεία	
NAI	37,50	NAI	38,89
OXI	53,29	OXI	51,90
p	NS	p	NS
Τοξικότητα		Μεταστάσεις	
Ουδέν	40,66	NAI	42,18
Αιματολογική	36,98	OXI	54,80
Αλλεργία	41,67	p	0,001
p	NS		

Η χρήση των στατιστικών κριτηρίων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis έδειξε τα εξής:

Η επίδραση των μεταστάσεων στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 βρέθηκε συνολικά σημαντική ($U=2313,5$, $z=-3,974$, $p=0,001$). Οι ασθενείς χωρίς μεταστάσεις είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=109,68) από τους ασθενείς με μεταστάσεις (72,21).

Box plot για τη μεταβλητή στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές



6.11. Ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-LC13

Η βαθμολόγηση στο ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-LC13 γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως στις κλίμακες συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30 (Bergman et al., 1994).

Πίνακας 6.11.1.

Συχνότητες για τις ερωτήσεις 1-13 του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC 13

	1- Καθόλου	2- Λίγο	3- Αρκετά	4- Πολύ	Σύνολο
ερώτηση 1	99 (49,5 %)	73 (36,5 %)	23 (11,5 %)	5 (2,5 %)	200
ερώτηση 2	183 (91,5 %)	11 (5,5 %)	5 (2,5 %)	1 (0,5 %)	200
ερώτηση 3	98 (49 %)	91 (45,5 %)	11 (5,5 %)	0 (0 %)	200
ερώτηση 4	31 (15,5 %)	79 (39,5 %)	71 (35,5 %)	19 (9,5 %)	200
ερώτηση 5	23 (11,5 %)	62 (31 %)	86 (43 %)	29 (14,5 %)	200
ερώτηση 6	126 (63 %)	54 (27 %)	19 (9,5 %)	1 (0,5 %)	200
ερώτηση 7	120 (60 %)	54 (27 %)	24 (12 %)	2 (1 %)	200
ερώτηση 8	125 (62,5 %)	24 (12 %)	36 (18 %)	5 (2,5 %)	200
ερώτηση 9	123 (61,5 %)	28 (14 %)	25 (12,5 %)	24 (12 %)	200
ερώτηση 10	53 (26,5 %)	122 (61 %)	21 (10,5 %)	4 (2 %)	200
ερώτηση 11	95 (47,5 %)	66 (33 %)	32 (16 %)	7 (3,5 %)	200
ερώτηση 12	123 (61,5 %)	43 (21,5 %)	29 (14,5 %)	5 (2,5 %)	200
ερώτηση 13	3 (1,5%)	31 (15,5 %)	27 (13,5 %)	3 (1,5 %)	64

Πίνακας 6.11.2

*Συχνότητες για τις ερωτήσεις 1-13 του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC 13
(διχοτόμηση Καθόλου-Σε οποιαδήποτε έκταση)*

	1-Καθόλου (Not at All)	2-3-4 Σε οποιαδήποτε έκταση (Any extent)	Σύνολο
ερώτηση 1	99 (49,5 %)	101 (50,5%)	200
ερώτηση 2	183 (91,5 %)	17 (8,5%)	200
ερώτηση 3	98 (49 %)	102 (51%)	200
ερώτηση 4	31 (15,5 %)	169 (84,5%)	200
ερώτηση 5	23 (11,5 %)	177 (78,5%)	200
ερώτηση 6	126 (63 %)	74 (37%)	200
ερώτηση 7	120 (60 %)	80 (30%)	200
ερώτηση 8	125 (62,5 %)	75 (37,5%)	200
ερώτηση 9	123 (61,5 %)	77 (38,5%)	200
ερώτηση 10	53 (26,5 %)	147 (73,5%)	200
ερώτηση 11	95 (47,5 %)	105 (52,5%)	200
ερώτηση 12	123 (61,5 %)	77 (38,5%)	200
ερώτηση 13	3 (1,5%)	197 (98,5%)	200

Πίνακας 6.11.3.**Περιγραφική στατιστική για τις ερωτήσεις του EORTC-QLQ-LC13**

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
ερώτηση 1	200	3	1	4	1,67	0,055	0,777
ερώτηση 2	200	3	1	4	1,12	0,031	0,432
ερώτηση 3	200	3	1	4	1,57	0,042	0,598
ερώτηση 4	200	3	1	4	2,39	0,061	0,861
ερώτηση 5	200	3	1	4	2,61	0,062	0,873
ερώτηση 6	200	2	1	3	1,48	0,049	0,687
ερώτηση 7	200	2	1	3	1,54	0,052	0,742
ερώτηση 8	200	3	1	4	1,56	0,062	0,872
ερώτηση 9	200	3	1	4	1,75	0,076	1,079
ερώτηση 10	200	3	1	4	1,88	0,047	0,662
ερώτηση 11	200	3	1	4	1,76	0,060	0,848
ερώτηση 12	200	3	1	4	1,58	0,059	0,829
ερώτηση 13	72	3	1	4	2,47	0,083	0,666

Οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC13 είναι οι εξής:

1. Dyspnoea (LCDY)- δύσπνοια: ερωτήσεις 3,4,5
2. Coughing (LCCO)-βήχας: ερώτηση 1
3. Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση: ερώτηση 2
4. Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα: ερώτηση 6
5. Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία: ερώτηση 7
6. Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια: ερώτηση 8
7. Alopecia (LCHR)- αλωπεκία: ερώτηση 9
8. Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος: ερώτηση 10
9. Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στο πόδι: ερώτηση 11
10. Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος: ερώτηση 12
11. Pain medication (LCPM)-λήψη φαρμάκων για τον πόνο: ερώτηση 13.

Πίνακας 6.11.4.

Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες του EORTC-QLQ-LC13

Υποκλίμακα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
Dyspnoea (LCDY)- δύσπνοια	200	89	0	89	39,56	23,73
Coughing (LCCO)-βήχας	200	100	0	100	22,33	25,91
Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση	200	100	0	100	4,00	14,40
Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα	200	100	0	100	15,83	22,89
Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία	200	100	0	100	18,00	24,75
Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια	200	100	0	100	18,50	29,07
Alopecia (LCHR)- αλωπεκία	200	100	0	100	25,00	35,95
Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος	200	100	0	100	29,33	22,06
Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στο ώμο	200	100	0	100	25,17	28,26
Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	200	100	0	100	19,33	27,63

Η χρήση του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC13 έδειξε ότι τα συμπτώματα που ταλαιπωρούσαν περισσότερο τους ασθενείς ήταν η δύσπνοια, ο πόνος στο στήθος, ο πόνος στο χέρι ή στο πόδι, η αλωπεκία, ο βήχας, και ο πόνος σε άλλο σημείο του σώματος. Σε μικρότερη ένταση καταγράφηκαν τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας, της δυσφαγίας, του πόνου στο στόμα και της αιμόπτυσης.

Πίνακας 6.11.5.***Ερώτηση 13 ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC13 «Παίρνετε φάρμακα για τον πόνο;»***

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
NAI	64	32,3 %
OXI	134	67,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	197	98,5

Η ερώτηση 13 αφορά στη λήψη φαρμάκων για τον πόνο και πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εάν έχει απαντηθεί με NAI, δηλ. εάν ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο. Από την ανάλυση προέκυψε ότι 64 ασθενείς (32,3 %) λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο. Η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U έδειξε ότι η *λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τον πόνο* επιδρούσε σημαντικά στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 ($U=2582$, $z=-4,567$, $p=0,001$). Οι ασθενείς που δε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων (Mean Rank=112,23) από τους ασθενείς που λάμβαναν φάρμακα για τον πόνο (72,84).

Πίνακας 6.11.6

Διαφορές στις υποκλίμακες του EORTC-QLQ-LC13 με βάση τον ιστολογικό τύπο.

Υποκλίμακα	Ιστολογικός τύπος	Mean Rank	p	U	Z
Dyspnoea (LCDY)- δύσπνοια	N-SCLC	99,29	NS	2484,500	-0,687
	SCLC	106,86			
Coughing (LCCO)-βήχας	N-SCLC	96,86	0,025	2076,000	-2,241
	SCLC	119,63			
Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση	N-SCLC	99,67	NS	2548,000	-0,965
	SCLC	104,88			
Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα	N-SCLC	101,76	NS	2477,000	-0,823
	SCLC	93,91			
Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία	N-SCLC	102,01	NS	2434,000	-0,969
	SCLC	92,56			
Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια	N-SCLC	103,55	0,039	2175,500	-2,064
	SCLC	84,48			
Alopecia (LCHR)- αλωπεκία	N-SCLC	98,94	NS	2426,500	-0,999
	SCLC	108,67			
Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος	N-SCLC	102,19	NS	2404,000	-1,090
	SCLC	91,63			
Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στον ώμο	N-SCLC	103,29	NS	2219,000	-1,692
	SCLC	85,84			
Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	N-SCLC	98,72	NS	2389,000	-1,147
	SCLC	109,84			

Οι ασθενείς με SCLC είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων στην υποκλίμακα «Coughing (LCCO)-βήχας» σε σχέση με τους ασθενείς με N-SCLC.

Αντίθετα οι ασθενείς με N-SCLC είχαν υψηλότερο μέσο όρο κατατάξεων στην υποκλίμακα «Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια». Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες υποκλίμακες.

Πίνακας 6.11.7.

Συγκριτική παρουσίαση της βαθμολογίας των ασθενών του δείγματος με δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual (Scott et al., 2008).

Υποκλίμακα	Ασθενείς δείγματος		δημοσιευμένα δεδομένα στο EORTC QLQ-LC13 Reference Values Manual για ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα (όλα τα στάδια)	
	N	Mean	N	Mean
Dyspnoea (LCDY)- δύσπνοια	200	39,56	3332	29,5
Coughing (LCCO)-βήχας	200	22,33	3332	37,4
Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση	200	4,00	3332	5,7
Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα	200	15,83	3332	5,3
Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία	200	18,00	3332	7,7
Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια	200	18,50	3332	11,3
Alopecia (LCHR)- αλωπεκία	200	25,00	3332	14,9
Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος	200	29,33	3332	19,7
Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στον ώμο	200	25,17	3332	19
Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	200	19,33	3332	20,5

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι σε επτά από τις δέκα υποκλίμακες του EORTC-QLQ-LC13 η βαθμολογία των ασθενών του δείγματος είναι μεγαλύτερη με την αναφερόμενη στο EORTC QLQ-LC13 Reference Values Manual για ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα όλων των σταδίων. Μικρότερη βαθμολογία καταγράφεται στις υποκλίμακες «Coughing (LCCO)-βήχας», «Haemoptysis (LCHA)-αιμόπτυση» και «Pain in other parts (LCPO)-πόνος σε άλλο σημείο του σώματος»

Πίνακας 6.11.8.

Συσχέτιση των συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC13 με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30

		υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30
Dyspnoea (LCDY)- δύσπνοια	Correlation Coefficient	-,570**
	Sig. (2-tailed)	,000
Coughing (LCCO)-βήχας	Correlation Coefficient	-,363**
	Sig. (2-tailed)	,000
Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση	Correlation Coefficient	-,136
	Sig. (2-tailed)	,054
Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα	Correlation Coefficient	-,308**
	Sig. (2-tailed)	,000
Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία	Correlation Coefficient	-,258**
	Sig. (2-tailed)	,000
Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια	Correlation Coefficient	-,329**
	Sig. (2-tailed)	,000
Alopecia (LCHR)- αλωπεκία	Correlation Coefficient	-,234**
	Sig. (2-tailed)	,001
Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος	Correlation Coefficient	-,266**
	Sig. (2-tailed)	,000
Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στον ώμο	Correlation Coefficient	-,382**
	Sig. (2-tailed)	,000
Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	Correlation Coefficient	-,270**
	Sig. (2-tailed)	,000

Οι εννέα από τις δέκα υποκλίμακες συμπτωμάτων συσχετίζονται αρνητικά με την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Οι μεγαλύτερες αρνητικές συσχετίσεις καταγράφονται (κατά φθίνουσα σειρά) με τη δύσπνοια, τον πόνο στο χέρι ή στον ώμο, το βήχα, την περιφερική νευροπάθεια και τον πόνο στο στόμα. Μικρότερη αρνητική συσχέτιση καταγράφεται και με τον πόνο σε άλλο σημείο του σώματος, τον πόνο στο στήθος, τη δυσφαγία και την αλωπεκία. Η αιμόπτυση δε συσχετίζεται σημαντικά με την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής.

Πίνακας 6.11.9.

Συσχέτιση της δύσπνοιας και του βήχα με τα υπόλοιπα συμπτώματα του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC13

		Dyspnoea (LCDY)- Δύσπνοια	Coughing (LCCO)- βήχας
Coughing (LCCO)- Βήχας	Correlation Coefficient	,489**	
	Sig. (2-tailed)	,000	
Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση	Correlation Coefficient	,171*	,238**
	Sig. (2-tailed)	,016	,001
Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα	Correlation Coefficient	,286**	,254**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
Dysphagia (LCDS)-δυσφαγία	Correlation Coefficient	,325**	,167*
	Sig. (2-tailed)	,000	,018
Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια	Correlation Coefficient	,102	,134
	Sig. (2-tailed)	,149	,059
Alopecia (LCHR)- αλωπεκία	Correlation Coefficient	,214**	,098
	Sig. (2-tailed)	,002	,168
Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος	Correlation Coefficient	,351**	,160*
	Sig. (2-tailed)	,000	,024
Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στο ώμο	Correlation Coefficient	,241**	,087
	Sig. (2-tailed)	,001	,219
Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	Correlation Coefficient	,224**	,109
	Sig. (2-tailed)	,001	,124

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

* . Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (δίπλευρος έλεγχος).

Η δύσπνοια συσχετίζεται σημαντικά κυρίως με το βήχα και με τον πόνο στο στήθος και τη δυσφαγία και τον πόνο στο χέρι/ώμο και τον πόνο στο στόμα.

Ο βήχας συσχετίζεται σημαντικά κυρίως με τον πόνο στο στόμα, την αιμόπτυση και τον πόνο στο στήθος.

Πίνακας 6.11.10.

Συσχέτιση των υποκλίμακων λειτουργικότητας του EORTC QLQ-C30 με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-LC13.

		Physical functioning (PF)- σωματική λειτουργικότη τα	Role functioning (RF)- λειτουργικό τητα ρόλων	Emotional functioning (EF)- συναισθημα τική λειτουργικό τητα	Cognitive functioning (CF)- γνωστική λειτουργικό τητα	Social functioning (SF)- κοινωνική λειτουργικό τητα
Dyspnoea (LCDY)- Δύσπνοια	Correlation Coefficient	-,586**	-,519**	-,431**	-,440**	-,563**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Coughing (LCCO)- Βήχας	Correlation Coefficient	-,324**	-,339**	-,320**	-,180*	-,364**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,011	,000
Haemoptysis (LCHA)- αιμόπτυση	Correlation Coefficient	-,074	-,017	-,127	-,077	-,179*
	Sig. (2-tailed)	,299	,806	,074	,276	,011
Sore mouth (LCSM)- πόνος στο στόμα	Correlation Coefficient	-,245**	-,292**	-,068	-,226**	-,385**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,335	,001	,000
Dysphagia (LCDS)- δυσφαγία	Correlation Coefficient	-,231**	-,231**	-,118	-,279**	-,386**
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,097	,000	,000
Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια	Correlation Coefficient	-,138	-,170*	-,151*	-,242**	-,309**
	Sig. (2-tailed)	,051	,016	,033	,001	,000
Alopecia (LCHR)- αλωπεκία	Correlation Coefficient	-,199**	-,173*	-,133	-,153*	-,304**
	Sig. (2-tailed)	,005	,014	,060	,030	,000
Pain in chest (LCPC)- πόνος στο στήθος	Correlation Coefficient	-,240**	-,179*	-,199**	-,352**	-,229**
	Sig. (2-tailed)	,001	,011	,005	,000	,001
Pain in arm or shoulder (LCPA)- πόνος στο χέρι ή στο ώμο	Correlation Coefficient	-,316**	-,215**	-,281**	-,422**	-,262**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,000	,000	,000
Pain in other parts (LCPO)- πόνος σε άλλο σημείο του σώματος	Correlation Coefficient	-,287**	-,149*	-,309**	-,372**	-,117
	Sig. (2-tailed)	,000	,036	,000	,000	,100

**. Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

*. Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (δίπλευρος έλεγχος).

Η δύσπνοια, ο βήχας, ο πόνος στο στήθος και ο πόνος στο χέρι ή στο ώμο συσχετίζονται αρνητικά και σημαντικά με όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας. Η αιμόπτυση συσχετίζεται αρνητικά μόνο με την υποκλίμακα SF (κοινωνική λειτουργικότητα). Ο πόνος στο στόμα, η δυσφαγία και η αλωπεκία συσχετίζονται σημαντικά με τις 4 από τις 5 υποκλίμακες λειτουργικότητας (εξαιρείται η υποκλίμακα EF-συναισθηματική

λειτουργικότητα). Η περιφερική νευροπάθεια συσχετίζεται σημαντικά με τις 4 από τις 5 υποκλίμακες λειτουργικότητας (εξαιρείται η υποκλίμακα PF-σωματική λειτουργικότητα). Ο πόνος σε άλλο σημείο το σώματος συσχετίζεται σημαντικά με τις 4 από τις 5 υποκλίμακες λειτουργικότητας (εξαιρείται η υποκλίμακα SF-κοινωνική λειτουργικότητα).

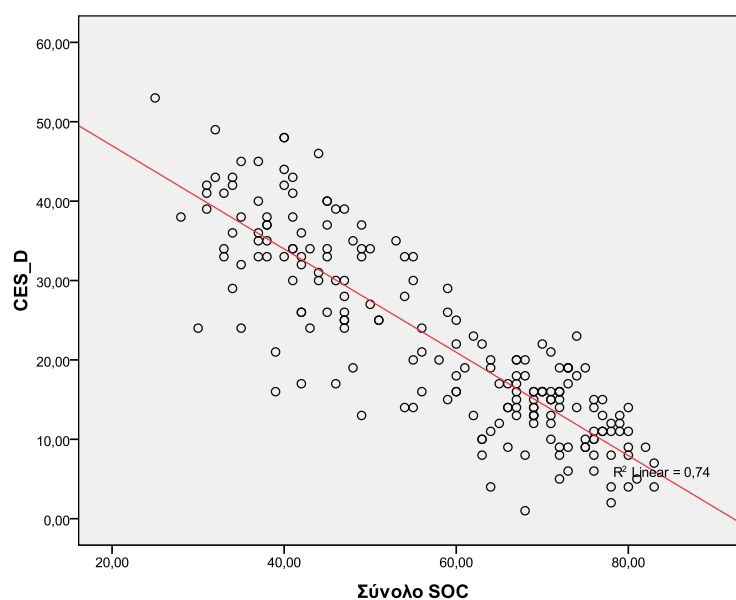
6.12. Άλλες Συσχετίσεις (Correlations)

Πίνακας 6.12.1.
SOC-Κατάθλιψη

		Συνολική βαθμολογία SOC
Συνολική βαθμολογία CES-D	Correlation Coefficient	-,843**
	Sig. (2-tailed)	,000

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D ($\rho=-0,843$, $p<0,001$). Δηλ. όσο πιο ισχυρή είναι η αίσθηση συνεκτικότητας του ασθενούς, τόσο λιγότερο καταθλιπτικός είναι.

Διάγραμμα διασποράς για τη σχέση SOC-Κατάθλιψη



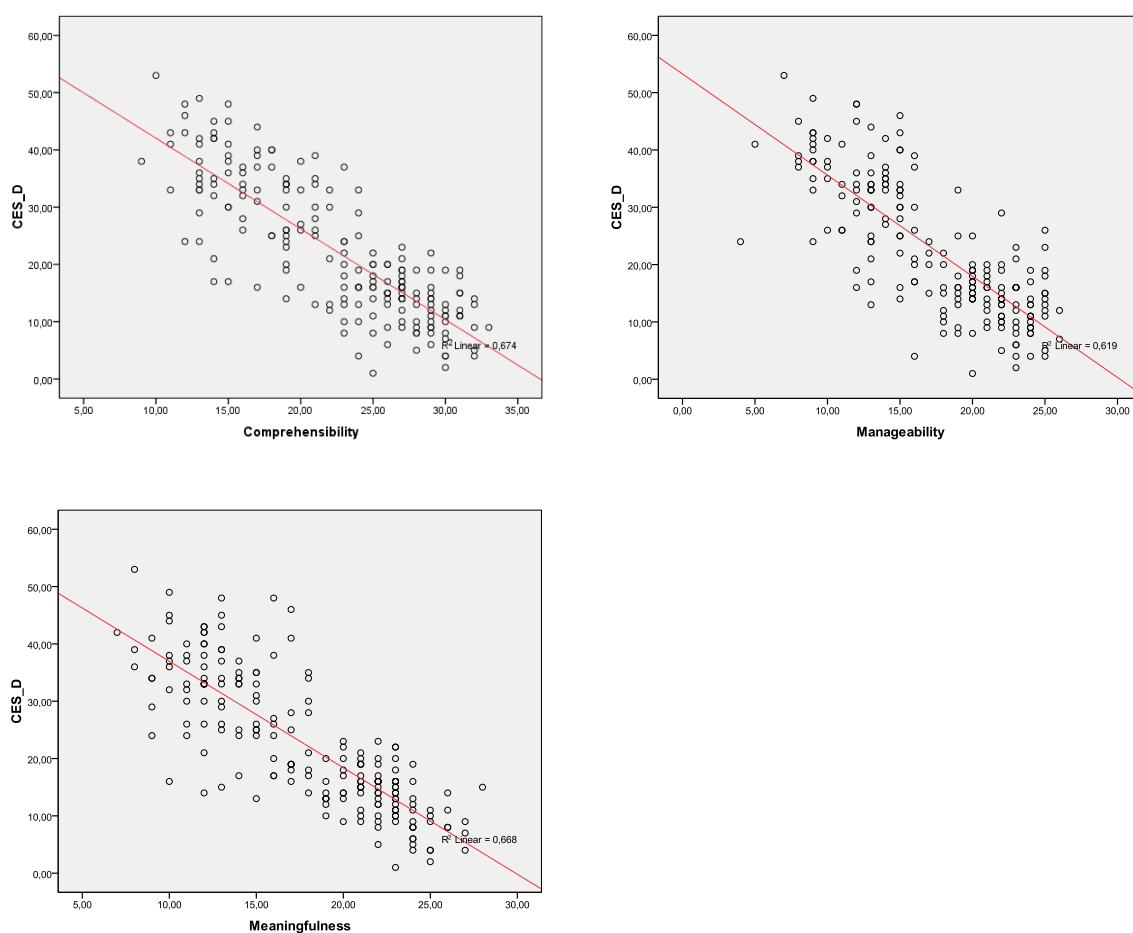
Πίνακας 6.12.2.
Κατάθλιψη-διαστάσεις SOC

		meaningfulness	comprehensibility	manageability
Συνολική βαθμολογία CES-D	Correlation	-,821**	-,807**	-,773**
	Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	199	199	199

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση ανάμεσα σε όλες τις διαστάσεις της αίσθησης συνεκτικότητας και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D. Η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε με τη διάσταση meaningfulness ($\rho=-0,821$, $p<0,001$). Για τη διάσταση manageability ο δείκτης συσχέτισης με την κατάθλιψη είναι $\rho=-0,773$ ($p<0,001$) και για τη διάσταση comprehensibility ο δείκτης συσχέτισης με την κατάθλιψη είναι $\rho=-0,807$ ($p<0,001$).

Διαγράμματα διασποράς για τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις



Πίνακας 6.12.3.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο SOC

		Βαθμολογία SOC
Ηλικία	Correlation Coefficient	,086
	Sig. (2-tailed)	,225
Μήνες από τη διάγνωση	Correlation Coefficient	,059
	Sig. (2-tailed)	,410
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	Correlation Coefficient	,088
	Sig. (2-tailed)	,232
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	Correlation Coefficient	,068
	Sig. (2-tailed)	,347

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC. Ακόμη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των συνοδών νοσημάτων του κάθε ασθενούς στο συνολικό αριθμό φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής και στους μήνες που μεσολάβησαν από τη διάγνωση με την αίσθηση συνεκτικότητας.

Πίνακας 6.12.4.
Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο SOC (συνέχεια)

		Βαθμολογία SOC
Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,725** ,000
Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,410** ,000
Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,602** ,000
Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,456** ,000
Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,310* ,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (δίπλευρος έλεγχος).

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στις πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «θετική προσέγγιση» ($\rho=0,725$, $p<0,001$) και η μικρότερη με την υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho=0,31$, $p<0,005$). Ισχυρή θετική συσχέτιση καταγράφηκε και με την υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($\rho=0,602$, $p<0,001$).

Αντίθετα καταγράφηκε *μέτρια αρνητική συσχέτιση* της αίσθησης συνεκτικότητας με την υποκλίμακα «ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,456$, $p<0,001$) και με την υποκλίμακα «αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,410$, $p<0,001$).

Δηλαδή η αίσθηση συνεκτικότητας συσχετίζεται θετικά με τη θετική προσέγγιση, την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και τη διεκδικητική επίλυση προβλήματος και αρνητικά με την ευχολογία/ονειροπόληση και την αποφυγή/διαφυγή.

Πίνακας 6.12.5.

Συσχέτιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ με τις υποκλίμακες της αίσθησης συνεκτικότητας

		Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness
Θετική προσέγγιση	Correlation Coefficient	,669**	,620**	,759**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
Αποφυγή/Διαφυγή	Correlation Coefficient	-,372**	-,382**	-,398**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	Correlation Coefficient	,579**	,539**	,592**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
Ευχολογία/Ονειροπόληση	Correlation Coefficient	-,464**	-,397**	-,406**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Correlation Coefficient	,270**	,245**	,339**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Για την υποκλίμακα «Comprehensibility» του ερωτηματολογίου αίσθησης συνεκτικότητας:

Βρέθηκε *ισχυρή θετική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ($\rho = 0,669$, $p < 0,001$ και $\rho = 0,579$, $p < 0,001$ αντίστοιχα) και *μικρή θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho = 0,270$, $p < 0,001$). Ακόμη βρέθηκε *μέτρια αρνητική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho = -0,464$, $p < 0,001$) και με την υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho = -0,372$, $p < 0,001$) του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Για την υποκλίμακα «Manageability» του ερωτηματολογίου αίσθησης συνεκτικότητας:

Βρέθηκε *ισχυρή θετική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ($\rho=0,620$, $p<0,001$ και $\rho=0,539$, $p<0,001$ αντίστοιχα) και μέτρια θετική συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με την υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ($\rho=0,245$, $p<0,001$). Ακόμη βρέθηκε *μέτρια αρνητική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,397$, $p<0,001$) και «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,382$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Για την υποκλίμακα «Meaningfulness» του ερωτηματολογίου αίσθησης συνεκτικότητας:

Βρέθηκε *ισχυρή θετική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ($\rho=0,759$, $p<0,001$ και $\rho=0,592$, $p<0,001$ αντίστοιχα). Ακόμη βρέθηκε *μέτρια θετική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με την υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho=0,339$, $p<0,001$) και *μέτρια αρνητική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,398$, $p<0,001$) και «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,406$, $p<0,001$).

Πίνακας 6.12.6.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης

		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,618** ,000
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου CES-D	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,586** ,000
Υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής- Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,446** ,000
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου BPNS	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,707** ,000
Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,587** ,000
Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,469** ,000
Υποκλίμακα PP (Past Positive) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,583** ,000
Υποκλίμακα PN (Past Negative) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,515** ,000
Υποκλίμακα F (Future) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,511** ,000

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης παρουσιάζει *ισχυρή θετική* συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο BPNS ($\rho=0,707$, $p<0,001$) και με το ερωτηματολόγιο SOC ($\rho=0,618$, $p<0,001$) και *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο CES-D ($\rho=-0,586$, $p<0,001$). Ακόμη παρουσιάζει *μέτρια θετική* συσχέτιση με την Υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ C30 ($\rho=0,446$, $p<0,001$).

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο Zimbardo Time Perspective Inventory το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης παρουσιάζει *ισχυρή θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα PP (Past Positive-θετικό παρελθόν) ($\rho=0,583$, $p<0,001$) και με την υποκλίμακα F (Future-μέλλον) ($\rho=0,511$, $p<0,001$) και *μέτρια θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα PH (Present Hedonistic-ηδονιστικό παρόν) ($\rho=0,469$, $p<0,001$).

Ακόμη παρουσιάζει *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες PF (Present Fatalistic-μοιρολατρικό παρόν) ($\rho=-0,587$, $p<0,001$) και PN (Past Negative-αρνητικό παρελθόν) ($\rho=-0,515$, $p<0,001$).

Πίνακας 6.12.7.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης (συνέχεια)

		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης
Ηλικία	Correlation Coefficient	,067
	Sig. (2-tailed)	,346
Μήνες από τη διάγνωση	Correlation Coefficient	,083
	Sig. (2-tailed)	,249
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	Correlation Coefficient	-,001
	Sig. (2-tailed)	,050
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	Correlation Coefficient	,036
	Sig. (2-tailed)	,625
Υποκλίμακα Meaningfulness ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	,567**
	Sig. (2-tailed)	,000
Υποκλίμακα Comprehensibility ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	,611**
	Sig. (2-tailed)	,000
Υποκλίμακα Manageability ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	,568**
	Sig. (2-tailed)	,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση και με τις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SOC ($\rho=0,567$, $p<0,001$ για την υποκλίμακα Meaningfulness, $\rho=0,611$, $p<0,001$ για την υποκλίμακα Comprehensibility, $\rho=0,568$, $p<0,001$ για την υποκλίμακα Manageability).

Πίνακας 6.12.8.***Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης (συνέχεια)***

		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης
Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,577** ,000
Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,354** ,000
Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,880** ,000
Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,206** ,004
Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,413** ,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης παρουσιάζει *μέτρια θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho=0,413$, $p<0,001$) και *ισχυρή θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($\rho=0,880$, $p<0,001$) και «Θετική προσέγγιση» ($\rho=0,577$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Επίσης παρουσιάζει *μέτρια αρνητική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,354$, $p<0,001$) και «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,206$, $p<0,001$) του ίδιου ερωτηματολογίου.

Πίνακας 6.12.9.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS)

		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS)
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,830** ,000
Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου CES-D	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,789** ,000
Υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής- Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ-C30	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,648** ,000
Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,750** ,000
Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,782** ,000
Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,560** ,000
Υποκλίμακα PP (Past Positive) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,744** ,000
Υποκλίμακα PN (Past Negative) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,744** ,000
Υποκλίμακα F (Future) ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,740** ,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Το ερωτηματολόγιο Κάλυψης των βασικών ψυχολογικών αναγκών παρουσιάζει *ισχυρή θετική* συσχέτιση με τα ερωτηματολόγια SOC ($\rho=0,830$, $p<0,001$) και συναισθηματικής έκφρασης ($\rho=0,750$, $p<0,001$) και με τις υποκλίμακες «Past Positive-PP» ($\rho=0,747$, $p<0,001$) «Present Hedonistic-PH» ($\rho=0,560$, $p<0,001$) και «Future-F» ($\rho=0,740$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI).

Ακόμη παρουσιάζει *ισχυρή θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ-C30 ($\rho=0,648$, $p<0,001$).

Αντίθετα παρουσιάζει *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο CES-D ($\rho=-0,789$, $p<0,001$) και με τις υποκλίμακες «Present Fatalistic-PF» ($\rho=-0,782$, $p<0,001$) και Past Negative-PN» ($\rho=-0,744$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI).

Πίνακας 6.12.10.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS) (συνέχεια)

		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS)
Ηλικία	Correlation Coefficient	-,055
	Sig. (2-tailed)	,443
Μήνες από τη διάγνωση	Correlation Coefficient	,042
	Sig. (2-tailed)	,563
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	Correlation Coefficient	-,065
	Sig. (2-tailed)	,378
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	Correlation Coefficient	-,056
	Sig. (2-tailed)	,444

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS) και στις μεταβλητές του ανωτέρω πίνακα.

Πίνακας 6.12.11.**Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS) (συνέχεια)**

		Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS)
Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,764** ,000
Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,399** ,000
Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,792** ,000
Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,341** ,000
Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,418** ,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS) παρουσιάζει *ισχυρή θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» ($\rho=0,764$, $p<0,001$) και «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($\rho=0,792$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ και *μέτρια θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho=0,418$, $p<0,001$) του ίδιου ερωτηματολογίου.

Ακόμη παρουσιάζει *μέτρια αρνητική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,341$, $p<0,001$) και «αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,399$, $p<0,001$).

Πίνακας 6.12.12.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI).

		Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic)	Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic)	Υποκλίμακα PP (Past Positive)	Υποκλίμακα PN (Past Negative)	Υποκλίμακα F (Future)
Ηλικία	Correlation Coefficient	-,044	-,296**	,006	-,130	-,072
	Sig. (2-tailed)	,532	,000	,930	,067	,311
Μήνες από τη διάγνωση	Correlation Coefficient	-,046	,076	,107	-,042	-,012
	Sig. (2-tailed)	,524	,289	,136	,557	,865
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	Correlation Coefficient	-,046	-,073	,056	-,111	-,028
	Sig. (2-tailed)	,530	,323	,450	,133	,708
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	Correlation Coefficient	,052	-,089	,001	-,083	-,117
	Sig. (2-tailed)	,473	,220	,990	,254	,105

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Η Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζει μικρή αρνητική συσχέτιση με την ηλικία ($\rho = -0,296$, $p < 0,001$)

Πίνακας 6.12.13.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) (συνέχεια).

		Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic)	Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic)	Υποκλίμακα PP (Past Positive)	Υποκλίμακα PN (Past Negative)	Υποκλίμακα F (Future)
Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient	-,716**	,582**	,733**	-,589**	,823**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient	,560**	-,020	-,346**	,419**	-,327**
	Sig. (2-tailed)	,000	,780	,000	,000	,000
Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient	-,566**	,483**	,565**	-,482**	,559**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Υποκλίμακα «Ευχολογία/ ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient	,506**	-,168*	-,327**	,419**	-,352**
	Sig. (2-tailed)	,000	,018	,000	,000	,000
Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient	-,368**	,479**	,328**	-,220**	,440**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002	,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Η Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζει θετική και αρνητική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=0,560$, $p<0,001$) και η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με την υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» ($\rho=-0,716$, $p<0,001$).

Η Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζει ισχυρή και μέτρια θετική συσχέτιση με τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Εξαιρείται η υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή». Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα

«Θετική προσέγγιση» ($\rho=0,582$, $p<0,001$), ενώ αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,168$, $p<0,001$).

Η Υποκλίμακα PP (Past Positive) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζει θετική και αρνητική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» ($\rho=0,733$, $p<0,001$) και η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με την υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,346$, $p<0,001$).

Η Υποκλίμακα PN (Past Negative) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζει θετική και αρνητική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=0,419$, $p<0,001$) και η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με την υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» ($\rho=-0,589$, $p<0,001$).

Η Υποκλίμακα F (Future) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζει θετική και αρνητική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» ($\rho=0,823$, $p<0,001$) και η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,352$, $p<0,001$).

Πίνακας 6.12.14.

Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) (συνέχεια).

		Υποκλίμακα PF (Present Fatalistic)	Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic)	Υποκλίμακα PP (Past Positive)	Υποκλίμακα PN (Past Negative)	Υποκλίμακα F (Future)
Ερωτηματολόγιο SOC	Correlation Coefficient	-,802**	,484**	,744**	-,791**	,695**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Υποκλίμακα Meaningfulness ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	-,772**	,472**	,750**	-,742**	,754**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Υποκλίμακα Comprehensibility ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	-,764**	,455**	,713**	-,751**	,633**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Υποκλίμακα Manageability ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	-,726**	,427**	,652**	-,750**	,576**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Ερωτηματολόγιο CES-D	Correlation Coefficient	,736**	-,448**	-,699**	,775**	-,614**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000
Υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής- Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC- QLQ C30	Correlation Coefficient	-,579**	,402**	,599**	-,581**	,535**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζουν ισχυρή και μέτρια θετική και αρνητική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο SOC και τις υποκλίμακές του και με το ερωτηματολόγιο CES-D και την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30.

Πίνακας 6.12.15.
Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο CES-D

		Βαθμολογία CES-D
Ηλικία	Correlation Coefficient	-,075
	Sig. (2-tailed)	,295
Μήνες από τη διάγνωση	Correlation Coefficient	-,133
	Sig. (2-tailed)	,062
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	Correlation Coefficient	-,111
	Sig. (2-tailed)	,133
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	Correlation Coefficient	-,082
	Sig. (2-tailed)	,261
Υποκλίμακα Meaningfulness του ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	-,821**
	Sig. (2-tailed)	,000
Υποκλίμακα Comprehensibility του ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	-,807**
	Sig. (2-tailed)	,000
Υποκλίμακα Manageability του ερωτηματολογίου SOC	Correlation Coefficient	-,773**
	Sig. (2-tailed)	,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Το ερωτηματολόγιο CES-D παρουσιάζει *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SOC ($\rho=-0,821$, $p<0,001$ με την υποκλίμακα Meaningfulness, $\rho=-0,773$, $p<0,001$ με την υποκλίμακα Manageability και $\rho=-0,807$, $p<0,001$ με την υποκλίμακα Comprehensibility).

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D, δηλ. η ηλικία των ασθενών δε συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Ακόμη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των συνοδών νοσημάτων του κάθε ασθενούς, στο χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση (σε μήνες) και στο σύνολο των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής με την κατάθλιψη.

Πίνακας 6.12.16.***Συσχετίσεις για το ερωτηματολόγιο CES-D (συνέχεια)***

		Βαθμολογία CES-D
Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,678** ,000
Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,391** ,000
Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,587** ,000
Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,428** ,000
Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,332** ,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Το ερωτηματολόγιο CES-D παρουσιάζει *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» ($\rho=-0,678$, $p<0,001$) και με την υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($\rho=-0,587$, $p<0,001$) και *μέτρια αρνητική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho=-0,332$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Αντίθετα παρατηρείται *μέτρια θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=0,428$, $p<0,001$) και «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=0,391$, $p<0,001$).

Πίνακας 6.12.17.

Συσχετίσεις για την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30

		Global health status/ QoL (QL)
Βαθμολογία SOC	Correlation Coefficient	,619**
	Sig. (2-tailed)	,000
Βαθμολογία CES-D	Correlation Coefficient	-,704**
	Sig. (2-tailed)	,000
Ηλικία	Correlation Coefficient	-,028
	Sig. (2-tailed)	,699
Μήνες από τη διάγνωση	Correlation Coefficient	,037
	Sig. (2-tailed)	,601
Συνολικός αριθμός φαρμάκων	Correlation Coefficient	,057
	Sig. (2-tailed)	,440
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	Correlation Coefficient	,061
	Sig. (2-tailed)	,398

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Η υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 συσχετίζεται αρνητικά (ισχυρή συσχέτιση) με το ερωτηματολόγιο CES-D ($\rho=-0,704$, $p<0,001$) και θετικά (ισχυρή συσχέτιση) με το ερωτηματολόγιο SOC ($\rho=0,619$, $p<0,001$).

Πίνακας 6.12.18.

Συσχετίσεις για την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 (συνέχεια)

		Global health status/ QoL (QL)
Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,572** ,000
Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,365** ,000
Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,445** ,000
Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-,402** ,000
Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	,208** ,003

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).

Η υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 συσχετίζεται *θετικά* με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» ($\rho=0,572$, $p<0,001$), «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($\rho=0,445$, $p<0,001$) και «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ($\rho=0,208$, $p<0,001$) του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Αντίθετα, συσχετίζεται *αρνητικά* με τις υποκλίμακες «Αποφυγή/διαφυγή» ($\rho=-0,365$, $p<0,001$) και «Ευχολογία/ονειροπόληση» ($\rho=-0,402$, $p<0,001$).

Οι συσχετίσεις με τις κλίμακες Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) , BPNS (Brief Psychological Needs Scale και με το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής έκφρασης παρουσιάζονται στις αντίστοιχες ενότητες.

ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ (Partial correlations)

Πίνακας 6.12.19.

Συσχέτιση SOC-κατάθλιψης με έλεγχο για την ηλικία

Correlations				
Control Variables		Σύνολο SOC	CES_D	
ηλικία	Σύνολο SOC	Correlation	1,000	-,860
		Significance (2-tailed)	.	,000
	CES_D	Correlation	-,860	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	.

Η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη είναι -0,843 ($p<0,001$, δίπλευρος έλεγχος). Όμως η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στην κατάθλιψη με μεταβλητή ελέγχου την ηλικία ανεβαίνει στην τιμή =0,86, η οποία είναι σημαντική ($p<0,001$, δίπλευρος έλεγχος). Δηλαδή η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη εξακολουθεί να είναι σημαντική όταν λαμβάνουμε υπόψη την επίδραση της ηλικίας.

Πίνακας 6.12.20.

Συσχέτιση SOC-κατάθλιψης με έλεγχο για τους μήνες που μεσολάβησαν από τη διάγνωση

Correlations				
Control Variables		Σύνολο SOC	CES_D	
Μήνες από τη διάγνωση	Σύνολο SOC	Correlation	1,000	-,865
		Significance (2-tailed)	.	,000
	CES_D	Correlation	-,865	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	.

Η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη είναι -0,843 ($p<0,001$, δίπλευρος έλεγχος). Όμως η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στην κατάθλιψη με μεταβλητή ελέγχου το διάστημα που μεσολάβησε από τη διάγνωση ανεβαίνει στην τιμή =0,87, η οποία είναι σημαντική ($p<0,001$, δίπλευρος έλεγχος). Δηλαδή η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη εξακολουθεί να είναι σημαντική όταν ληφθεί υπόψη το χρονικό διάστημα (μήνες) που μεσολάβησε από τη διάγνωση.

Πίνακας 6.12.21.***Συσχέτιση SOC-κατάθλιψης με έλεγχο για τη συναισθηματική έκφραση***

Correlations				
Control Variables		Σύνολο SOC	CES_D	
Συναισθηματική έκφραση	Correlation	1,000	-,782	
	Σύνολο SOC Significance (2-tailed)	.	,000	
	Df	0	194	
	Correlation	-,782	1,000	
	CES_D Significance (2-tailed)	,000	.	
	Df	194	0	

Η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη είναι -0,843 ($p < 0,001$, δίπλευρος έλεγχος). Όμως η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στην κατάθλιψη με μεταβλητή ελέγχου την συναισθηματική έκφραση πέφτει στην τιμή $=0,78$, η οποία είναι σημαντική ($p < 0,001$, δίπλευρος έλεγχος). Δηλαδή η συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη εξακολουθεί να είναι σημαντική όταν λαμβάνουμε υπόψη την επίδραση της συναισθηματικής έκφρασης.

6.13. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

6.13.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για το ερωτηματολόγιο CES-D

Πραγματοποιήθηκε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και επιλέχθηκαν αρχικά ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι εξής:

1. Φύλο
2. Ηλικία
3. Εκπαιδευτικό επίπεδο
4. Ιστολογικός τύπος
5. Τόπος νοσηλείας/παρακολούθησης
6. Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση
7. Μήνες από τη διάγνωση
8. Μεταστάσεις
9. Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC
10. Υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ
11. Υποκλίμακα «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ
12. Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ
13. Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ
14. Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ
15. Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου Ψυχολογικής Έκφρασης

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά εισήχθησαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές στο block 1, τα ιατρικά χαρακτηριστικά στο block 2 και οι υπόλοιπες ψυχολογικές μεταβλητές στο block 3.

Οι κατηγορικές μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν ως ψευδομεταβλητές με 0 και 1. Το εκπαιδευτικό επίπεδο κατηγοριοποιήθηκε ως δίτιμη μεταβλητή ως εξής: αναλφάβητοι-απόφοιτοι δημοτικού, γυμνασίου =0, απόφοιτοι λυκείου, τριτοβάθμια εκπαίδευση, μεταπτυχιακό-διδακτορικό=1

Κατά την εξέταση του παλινδρομικού μοντέλου πραγματοποιήθηκε έλεγχος των παραδοχών της παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε :

- 1. έλεγχος της παραδοχής της ανεξαρτησίας
2. έλεγχος της παραδοχής της κανονικότητας
3. έλεγχος της παραδοχής της γραμμικότητας
4. έλεγχος της παραδοχής της ισότητας των διασπορών.
5. έλεγχος της πολυσυγγραμμικότητας

Επίσης έγινε ανίχνευση ακραίων παρατηρήσεων και παρατηρήσεων επίδρασης (influential points). Ο εντοπισμός των ακραίων παρατηρήσεων (outliers) έγινε με έλεγχο της απόστασης Mahalanobis και με το δείκτη Leverage. Ο έλεγχος των παρατηρήσεων επίδρασης (influential points) έγινε με έλεγχο των αποστάσεων Cook και με τα μέτρα Dffits και DfBetas.

Πίνακας 6.13.1.1.

Ανεξάρτητες ποσοτικές μεταβλητές και δείκτης συσχέτισής τους με το ερωτηματολόγιο CES-D

	Μεταβλητή	ρ (Spearman)
1	Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC	-,843**
2	Υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	,428**
3	Υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	-,332**
4	Υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ	,391**
5	Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου Ψυχολογικής Έκφρασης	-,586**
6	Μήνες από τη διάγνωση	-,133
7	Ηλικία	-,075

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Οι υποκλίμακες «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ αφαιρέθηκαν από την περαιτέρω ανάλυση του μοντέλου λόγω υψηλής συσχέτισης μεταξύ τους και με άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές, προκειμένου να αποφευχθεί πιθανή ύπαρξη πολυσυγγραμμικότητας. Επίσης αφαιρέθηκαν από την ανάλυση οι μεταβλητές «ηλικία» και «μήνες από τη διάγνωση» επειδή δε συσχετίζονται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή, δηλ. την κατάθλιψη.

Πίνακας 6.13.1.2.
Περιγραφικοί δείκτες

	Mean	Std. Deviation	N
CES-D	22,56	11,81	194
Μήνες από τη διάγνωση	13,54	11,06	194
SOC	57,63	15,51	194
Συναισθηματική_έκφραση	16,79	10,33	194
ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ ονειροπόληση	1,211	0,64	194
ΣΑΑΚ-Αποφυγή/διαφυγή	1,39	0,43	194
ΣΑΑΚ-Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,79	0,52	194

Ο πίνακας παρέχει πληροφορίες για τους περιγραφικούς δείκτες των ποσοτικών μεταβλητών που συμμετέχουν στο παλινδρομικό μοντέλο. Ακόμη από τον πίνακα προκύπτει ότι ο αριθμός των cases που συμμετέχουν στην ανάλυση είναι 194 (N=194).

Πίνακας 6.13.1.3.
Correlations

		SOC	Συναισθηματική έκφραση	ΣΑΑΚ Ευχολογία/ ονειροπόληση	ΣΑΑΚ Αποφυγή/ διαφυγή	ΣΑΑΚ Διεκδικητική επίλυση προβλήματος
Pearson Correlation	CES-D	-,857	-,573	,437	,328	-,287
Sig. (1-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
N		196	196	196	196	196

Από τον πίνακα προκύπτει προκύπτει ότι όλες οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο CES-D. Η μεγαλύτερη συσχέτιση καταγράφεται με το ερωτηματολόγιο SOC. Ωστόσο ο πίνακας αυτός παρουσιάζει απλές συσχετίσεις, δηλαδή συσχετίσεις οι οποίες δεν αναφέρονται στη συμπεριφορά όλων αυτών των μεταβλητών όταν αυτές εισαχθούν σε ένα πολλαπλό παλινδρομικό μοντέλο.

Πίνακας 6.13.1.4.
Variables Entered/Removed

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου SOC	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	Συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου BPNS	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	Ερωτηματολόγιο ZTPI- Υποκλίμακα PH	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
4	Μήνες από τη διάγνωση	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου CES-D

Μοντέλο	Μεταβλητές που εισήχθησαν	Μεταβλητές που δεν εισήχθησαν	Μέθοδος
1	εκπαιδευτικό επίπεδο, Φύλο ^b	.	Enter
2	Ιστολογικός τύπος, Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, Νοσηλεία-παρακολούθηση, Μεταστάσεις ^b	.	Enter
3	ΣΑΑΚ-Αποφυγή/διαφυγή, ΣΑΑΚ-Διεκδικητική επίλυση προβλήματος, SOC, Συναισθηματική έκφραση, ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ονειροπόληση ^{1b}	.	Enter

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολικό άθροισμα ερωτηματολογίου CES-D

Σημ.: Όλες οι μεταβλητές εισήχθησαν στο μοντέλο

Ο πίνακας παρέχει πληροφορίες για το ποιές μεταβλητές εισήχθησαν και ποιες αποβλήθηκαν από το μοντέλο με τη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου, σε ποια χρονική φάση και με ποια κριτήρια. Προκύπτει ότι εισήχθησαν στο μοντέλο όλες οι μεταβλητές.

Πίνακας 6.13.1.5.***Σύνοψη του παλινδρομικού μοντέλου (Model Summary).***

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	,276 ^a	,076	,066	11,35	,076	7,94	2	193	,000	
2	,462 ^b	,214	,189	10,58	,138	8,28	4	189	,000	
3	,886 ^c	,785	,772	5,61	,571	97,64	5	184	,000	2,012

a. Predictors: (Constant), Εκπαιδευτικό επίπεδο, Φύλο

b. Predictors: (Constant), Εκπαιδευτικό επίπεδο, Φύλο, Ιστολογικός τύπος, Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, Τόπος νοσηλείας-παρακολούθησης, Μεταστάσεις

c. Predictors: (Constant), Εκπαιδευτικό επίπεδο, Φύλο, Ιστολογικός τύπος, Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, Τόπος νοσηλείας-παρακολούθησης, Μεταστάσεις, ΣΑΑΚ-Αποφυγή/διαφυγή, ΣΑΑΚ-Διεκδικητική επίλυση προβλήματος, SOC, Συναισθηματική έκφραση, ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ονειροπόληση

d. Dependent Variable: CES_D

Η μέθοδος εξελέχθηκε σε τρεις φάσεις και σε κάθε φάση δημιουργήθηκε ένα νέο μοντέλο. Κάθε μοντέλο παρουσιάζει βελτίωση στην προσαρμογή των δεδομένων, ως προς το προηγούμενο μοντέλο. Αυτό φαίνεται από τις τελικές τιμές, όπου η αλλαγή στην ποιότητα προσαρμογής είναι σημαντική για τα μοντέλα 1,2 και 3. Το πιο σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι οι τιμές της στήλης Sig. F Change δείχνουν ότι η βελτίωση της προσαρμογής των δεδομένων για τα τρία μοντέλα είναι σημαντική.

Το μοντέλο 3 με έντεκα μεταβλητές πρόβλεψης (Εκπαιδευτικό επίπεδο, Φύλο, Ιστολογικός τύπος, Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, Τόπος νοσηλείας-παρακολούθησης, Μεταστάσεις, ΣΑΑΚ-Αποφυγή/διαφυγή, ΣΑΑΚ-Διεκδικητική επίλυση προβλήματος, SOC, Συναισθηματική έκφραση, ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ονειροπόληση) είναι σε θέση να εξηγήσει το 78,5% της συνολικής διασποράς στην εξαρτημένη μεταβλητή, δηλ στην κατάθλιψη. Η τιμή του δείκτη πολλαπλού προσδιορισμού R² (0,785) μπορεί να θεωρηθεί υψηλή στο χώρο των Κοινωνικών Ερευνών (Δαφέρμος, 2011) και δείχνει ότι το συγκεκριμένο μοντέλο έχει καλή προσαρμογή (Goodness of Fit) στα δεδομένα της έρευνας. Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού (Adjusted R²), ο οποίος αποτελεί διόρθωση του R², έχει τιμή 77,2%, δηλαδή είναι μικρότερος από τον R²=78,5%. Η τιμή του Adjusted R² δείχνει ότι το παλινδρομικό μοντέλο 3 έχει αρκετά καλή έως υψηλή προβλεπτική δύναμη και σε άλλα δείγματα προερχόμενα από τον ίδιο πληθυσμό (Δαφέρμος, 2011). Η τιμή του δείκτη Durbin-Watson είναι 2,012 και κρίνεται ικανοποιητική για το παλινδρομικό μοντέλο.

Πίνακας 6.13.1.6.
ANOVA

ANOVA ^d						
	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2046,575	2	1023,288	7,940	,000 ^a
	Residual	24874,175	193	128,882		
	Total	26920,750	195			
2	Regression	5754,159	6	959,026	8,563	,000 ^b
	Residual	21166,591	189	111,993		
	Total	26920,750	195			
3	Regression	21127,035	11	1920,640	60,997	,000 ^c
	Residual	5793,715	184	31,488		
	Total	26920,750	195			

a. Predictors: (Constant), Φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο

b. Predictors: (Constant), Φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, Ιστολογικός τύπος, Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, Νοσηλεία-παρακολούθηση, Μεταστάσεις

c. Predictors: (Constant), Φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, Ιστολογικός τύπος, Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, Νοσηλεία-παρακολούθηση, Μεταστάσεις, SOC, Συναισθηματική έκφραση, ΣΑΑΚ-Αποφυγή/διαφυγή, ΣΑΑΚ-Διεκδικητική επίλυση προβλήματος, ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ονειροπόληση

d. Dependent Variable: CES-D

Επειδή το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στο μοντέλο 3 είναι $<0,05$ ισχύουν τα εξής:

- Τουλάχιστον ένας partial regression coefficient στον πληθυσμό δεν είναι μηδέν.
- Η τιμή του συντελεστή πολλαπλού προσδιορισμού R^2 δεν είναι μηδέν.
- Υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην εξαρτημένη και στις ανεξάρτητες μεταβλητές στον πληθυσμό.

Πίνακας 6.13.1.7.
Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	21,415	3,017		7,097	,000
	Εκπαιδευτικό επίπεδο	-2,204	,757	-,203	-2,910	,004
	Φύλο	5,589	1,803	,217	3,100	,002
2	(Constant)	41,494	7,890		5,259	,000
	Εκπαιδευτικό επίπεδο	-1,862	,711	-,172	-2,619	,010
	Φύλο	4,074	1,713	,158	2,379	,018
	Ιστολογικός τύπος	1,352	1,539	,058	,879	,381
	Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	3,579	3,475	,067	1,030	,304
	Νοσηλεία- παρακολούθηση	-4,652	2,211	-,139	-2,104	,037
	Μεταστάσεις	-8,277	1,799	-,306	-4,602	,000
3	(Constant)	69,794	4,592		15,198	,000
	Εκπαιδευτικό επίπεδο	-,032	,394	-,003	-,081	,935
	Φύλο	-,972	1,029	-,038	-,944	,346
	Ιστολογικός τύπος	,604	,827	,026	,730	,466
	Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση	-,836	1,864	-,016	-,449	,654
	Νοσηλεία- παρακολούθηση	-4,397	1,245	-,131	-3,531	,001
	Μεταστάσεις	-4,253	1,002	-,157	-4,245	,000
	SOC	-,523	,039	-,690	-13,359	,000
	Συναισθηματική έκφραση	-,084	,055	-,074	-1,513	,132
	ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ ονειροπόληση	2,218	,894	,121	2,482	,014
	ΣΑΑΚ- Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	-1,077	,898	-,047	-1,200	,232
	ΣΑΑΚ-Αποφυγή/διαφυγή	,576	1,159	,021	,497	,620

a. Dependent Variable: CES-D

Οι μεταβλητές που ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή είναι ο τύπος νοσηλείας/παρακολούθησης, οι μεταστάσεις, η SOC και η ευχολογία/ονειροπόληση του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Η μεταβλητή «τύπος νοσηλείας/παρακολούθησης» έχει κωδικοποιηθεί με 0=κλινική ημέρας και 1= εξωτερικά ιατρεία. Στο παλινδρομικό μοντέλο ασκεί σημαντική αρνητική

επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή, δηλ. οι ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία εμφανίζουν μικρότερη κατάθλιψη.

Η μεταβλητή «μεταστάσεις» έχει κωδικοποιηθεί με 0=ΝΑΙ και 1= ΌΧΙ. Στο παλινδρομικό μοντέλο ασκεί σημαντική *αρνητική* επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή, δηλ. οι ασθενείς που δεν έχουν μεταστάσεις εμφανίζουν μικρότερη κατάθλιψη.

Η μεταβλητή «SOC» έχει ασκεί επίσης σημαντική *αρνητική* επίδραση, δηλ. τα άτομα με αυξημένη αίσθηση συνοχής εμφανίζουν μικρότερη κατάθλιψη.

Τέλος η μεταβλητή «ΣΑΑΚ-Ευχολογία/ονειροπόληση» έχει ασκεί επίσης σημαντική *θετική* επίδραση, δηλ. τα άτομα που χρησιμοποιούν τη συγκεκριμένη στρατηγική αντιμετώπισης εμφανίζουν υψηλότερη κατάθλιψη.

Η καλύτερη προβλέπουσα μεταβλητή (best predictor variable) μπορεί να προκύψει από τη στήλη με τις τιμές t. Γενικά όσο πιο πάνω από το +2 ή όσο πιο κάτω από το -2 βρίσκεται η t τιμή μιας μεταβλητής, τόσο μεγαλύτερη είναι η συνεισφορά της στο παλινδρομικό μοντέλο (Δαφέρμος, 2011). Έτσι η καλύτερη προβλέπουσα μεταβλητή (best predictor variable) στο παλινδρομικό μοντέλο 3 είναι η μεταβλητή «SOC», καθώς διαθέτει τη μεγαλύτερη απόλυτη τιμή t (13,359).

Συμπερασματικά η αίσθηση συνεκτικότητας προβλέπει ισχυρά και αρνητικά την κατάθλιψη. Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα που έχουν υψηλή αίσθηση συνεκτικότητας παρουσιάζουν κατάθλιψη με μικρότερη συχνότητα. Κατά συνέπεια η αίσθηση συνεκτικότητας λειτουργεί προστατευτικά έναντι της κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς.

Πίνακας 6.14.

Multiple regressions με την υποκλίμακα Global health status/HRQOL (QL) και τις υποκλίμακες λειτουργικότητας του EORTC-QLQ C30 ως εξαρτημένες μεταβλητές.

	Global health status/HRQOL (QL)			Physical Functioning (PF)			Role Functioning (RF)			Emotional Functioning (EF)			Cognitive Functioning (CF)			Social Functioning (SF)		
	B (SE)	β	(95 % CI)	B (SE)	β	(95 % CI)	B (SE)	β	(95 % CI)	B (SE)	β	(95 % CI)	B (SE)	β	(95 % CI)	B (SE)	β	(95 % CI)
<i>Φύλο</i>	1.64 (2.47)	2.47	[-3.28, 6.55]	6.68 (6.73)	0.12	[-.69, 0.06]	17.66* (7.17)	.29	[3.43, 31.91]	-5.46 (5.56)	-.11	[16.52, 5.59]	-3.38 (5.79)	-.06	[-14.89, 8.12]	9.16 (6.22)	.16	[-3.19, 21.51]
<i>Ηλικιακή ομάδα</i>																		
< 65 ετών***	-4.23 (2.17)	2.17	[-8.54, .09]	-6.77 (5.91)	-	[-18.50, 4.97]	-4.58 (6.29)	-.07	[-17.08, 7.92]	5.12 (4.88)	.10	[-4.58, 14.82]	-5.51 (5.08)	-.10	[-15.61, 4.58]	-1.74 (5.46)	-.03	[-12.58, 9.10]
vs ≥65 ετών																		
<i>Οικογεν. κατάσταση</i>																		
Άγαμος, διαζ/νος, χήρος/α**** vs έγγαμος-συμβίωση	-1.15 (2.25)	1.16	[-2.45, 2.15]	-2.21 (3.15)	-	[-8.47, 4.05]	-1.90 (3.36)	-.06	[-8.56, 4.77]	1.54 (2.60)	.06	[-3.63, 6.71]	1.49 (2.71)	.06	[-3.89, 6.88]	-1.99 (2.91)	-.07	[-7.77, 3.79]
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>																		
Αναλφ/τος-δημοτικό Γυμνάσιο, λύκειο*** vs ανώτερη εκπαίδευση	10.70* (3.77)	3.77	[3.21, 18.19]	23.27** (10.25)	0.22	[2.90, 43.65]	6.06 (10.92)	.05	[-15.65, 27.77]	12.85 (8.48)	.14	[-3.99, 29.69]	9.34 (8.82)	.10	[-8.19, 26.86]	5.13 (9.47)	.05	[-13.69, 23.95]
<i>Εισοδ. κατάσταση</i>																		
Κακή/επαρκής*** vs καλή	-.67 (1.45)	1.45	[-3.54, 2.21]	4.72 (3.94)	0.12	[-3.10, 12.54]	7.53 (4.19)	.18	[-.80, 15.86]	6.04 (3.25)	.17	[-.42, 12.51]	10.66* (3.38)	.29	[3.94, 17.39]	8.53** (3.64)	.21	[1.30, 15.75]
<i>Ιστολογικός τύπος</i>																		
NSCLC*** vs SCLC	-1.42 (1.44)	1.44	[-4.28, 1.44]	-2.76 (3.92)	-	[-10.53, 5.02]	-6.44 (4.17)	-.15	[-14.72, 1.85]	-1.82 (3.24)	-.05	[-8.25, 4.61]	.52 (3.37)	.01	[-6.17, 7.21]	-1.16 (3.62)	-.03	[-8.35, 6.02]
<i>Μήνες από τη διάγνωση</i>	.07 (0.08)	.08	[-.08, .26]	0.39 (.21)	0.19	[-0.03, 0.81]	.34 (.22)	.15	[-.10, .78]	.29 (.17)	.16	[-.52, .64]	.37** (.18)	.20	[.02, .73]	.54** (.19)	.26	[.16, .92]
<i>Υποτροπή</i>																		
NAI*** vs OXI	6.55** (3.10)	3.10	[.39, 12.70]	23.54* (8.43)	0.29	[6.79, 40.28]	20.09** (8.98)	.22	[2.25, 37.93]	22.19 (6.70)	.31	[8.35, 36.03]	16.70* (7.25)	.22	[2.30, 31.10]	36.14* (7.79)	.43	[20.67, 51.61]
<i>Μεταστάσεις</i>																		
NAI *** vs OXI	1.60 (2.20)	2.20	[-2.77, 5.96]	4.77 (5.98)	.08	[-7.11, 16.65]	12.85** (6.37)	.20	[.20, 25.50]	12.61 (4.94)	.25	[2.80, 22.43]	15.67* (5.14)	.28	[5.46, 25.88]	12.09* (5.52)	.20	[1.13, 23.07]
<i>Ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση</i>																		
NAI*** vs OXI	-3.22 (4.08)	4.07	[-11.31, 4.88]	-2.68 (11.08)	-.02	[-24.70, 19.34]	-3.45 (11.81)	-.03	[-26.90, 20.01]	-5.92 (9.16)	-.06	[24.12, 12.28]	-20.45* (9.53)	-.19	[-39.38, -1.51]	1.17 (10.24)	.01	[-19.16, 51.51]

Κάπνισμα																		
ΝΑΙ*** vs ΟΧΙ	-.22 (2.75)	2.75	[-5.68, 5.24]	3.15 (7.47)	.04	[- 11.69, 17.99]	-2.18 (7.96)	-.03	[- 17.99, 13.63]	3.77 (6.17)	.06	[-8.50, 16.04]	3.70 (6.42)	.05	[-9.06, 16.46]	2.57 (6.9)	.03	[-11.14, 16.28]

Note. *p< 0.01; **p< 0.05; *** Κατηγορία αναφοράς
N =200

Σύμφωνα με ανωτέρω πίνακα, οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και χωρίς υποτροπή είχαν καλύτερη αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής και σωματική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και υποτροπή.

Επιπρόσθετα, η απουσία υποτροπής συσχετίστηκε θετικά με όλες τις κλίμακες λειτουργικότητας του EORTC-QLQ-C30. Οι γυναίκες είχαν καλύτερη λειτουργικότητα ρόλων από τους άνδρες και οι ασθενείς με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν καλύτερη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα από τους ασθενείς με κακή/μέτρια εισοδηματική κατάσταση.

Οι ασθενείς χωρίς μεταστάσεις είχαν καλύτερη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα ρόλων από όσους είχαν μεταστάσεις. Ακόμη όσοι ήταν ενημερωμένοι για τη διάγνωση είχαν καλύτερη γνωστική λειτουργικότητα σε σύγκριση με όσους δεν είχαν ενημερωθεί. Οι μήνες που είχαν μεσολαβήσει από τη διάγνωση συσχετίστηκαν θετικά με τη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα.

6.15. Mediation Analysis

Πραγματοποιήθηκε απλή ανάλυση διαμεσολάβησης (simple mediation analysis) με το πρόγραμμα PROCESS (Hayes, 2013) για να διαπιστωθεί εάν η συναισθηματική έκφραση διαμεσολαβεί τη σχέση SOC-κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική έκφραση δε διαμεσολαβεί σημαντικά τη σχέση SOC-κατάθλιψης. Εντούτοις η άμεση επίδραση της SOC στην κατάθλιψη ήταν σημαντική.

Πίνακας 6.14.1.

Αποτελέσματα mediation analysis

Model = 4
Y = TOTALCES
X = SOC
M = EKFRASI

Sample size
197

Outcome: EKFRASI

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,6197	,3840	66,7892	121,5786	1,0000	195,0000	,0000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	-6,9973	2,2405	-3,1231	,0021	-11,4160	-2,5786
SOC	,4133	,0375	11,0263	,0000	,3394	,4873

Outcome: TOTALCES

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,8611	,7416	36,3174	278,3377	2,0000	194,0000	,0000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	59,3957	1,6929	35,0843	,0000	56,0568	62,7347
Συν. έκφραση	-,0855	,0528	-1,6185	,1072	-,1896	,0187
SOC	-,6153	,0352	-17,4707	,0000	-,6848	-,5459

***** TOTAL EFFECT MODEL *****

Outcome: TOTALCES

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,8591	,7381	36,6190	549,4918	1,0000	195,0000	,0000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	59,9938	1,6590	36,1632	,0000	56,7220	63,2656

SOC -,6506 ,0278 -23,4412 ,0000 -,7054 -,5959

***** TOTAL, DIRECT, AND INDIRECT EFFECTS *****

Total effect of X on Y

Effect	SE	t	p	LLCI	ULCI
-,6506	,0278	-23,4412	,0000	-,7054	-,5959

Direct effect of X on Y

Effect	SE	t	p	LLCI	ULCI
-,6153	,0352	-17,4707	,0000	-,6848	-,5459

Indirect effect of X on Y

	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Συν. έκφραση	-,0353	,0240	-,0833	,0099

Partially standardized indirect effect of X on Y

	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Συν. έκφραση	-,0030	,0020	-,0071	,0008

Completely standardized indirect effect of X on Y

	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Συν. έκφραση	-,0466	,0317	-,1104	,0131

Ratio of indirect to total effect of X on Y

	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Συν. έκφραση	,0543	,0371	-,0152	,1298

Ratio of indirect to direct effect of X on Y

	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Συν. έκφραση	,0574	,0418	-,0150	,1491

R-squared mediation effect size (R-sq_med)

	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Συν. έκφραση	,3315	,0550	,2232	,4386

Σημ.:

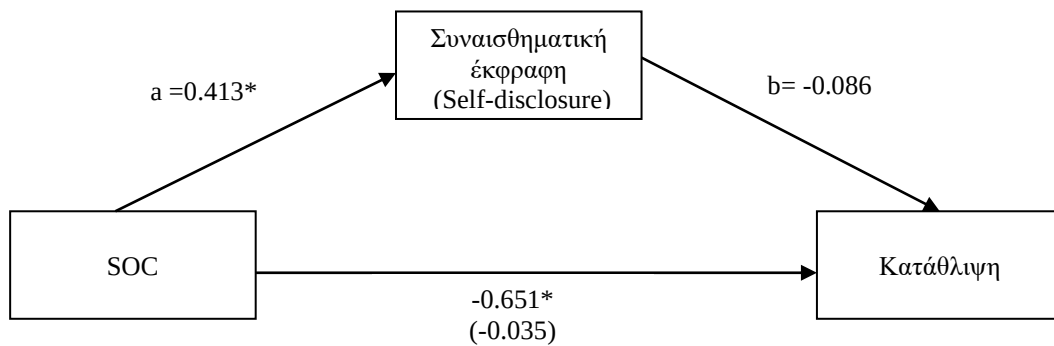
Number of bootstrap samples for bias corrected bootstrap confidence intervals:
5000

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,00

NOTE: Some cases were deleted due to missing data. The number of such cases was:
3

NOTE: Kappa-squared is disabled from output as of version 2.16.

Διάγραμμα: Η συναισθηματική έκφραση ως μεσολαβητική μεταβλητή ανάμεσα στη SOC και την κατάθλιψη.



Σημ: Παρουσιάζονται τα standardized coefficients (β).

* $p < .001$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1. Σύνοψη των αποτελεσμάτων

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής-αξιολόγησης της αίσθησης συνεκτικότητας, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής σε πληθυσμό ασθενών με καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε ότι ελάχιστες έρευνες έχουν εξετάσει το θέμα και αυτό αναδεικνύει τη χρησιμότητά της στο επιστημονικό πεδίο.

Χρησιμοποιήθηκε συγχρονικός σχεδιασμός (cross-sectional study) σε δείγμα ασθενών με καρκίνο πνεύμονα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι/σε συμβίωση, απόφοιτοι δημοτικού, συνταξιούχοι και με επαρκή ή κακή εισοδηματική κατάσταση. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και από τον Κατσαραγάκη (2005), στην έρευνα του οποίου το 77,5% των ασθενών είχαν μόνο βασική εκπαίδευση, ενώ μόνο ένας ασθενής (2,5%) είχε πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Το 70,5 % των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 29,5% γυναίκες. Παρά τη διαδεδομένη άποψη ότι ο καρκίνος πνεύμονα (τόσο ο μικροκυτταρικός όσο και ο μη μικροκυτταρικός) εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες, εντούτοις αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκίνου και την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο και στα δύο φύλα (American Cancer Society, 2018). Αυτό επιβεβαιώνεται από την παρούσα έρευνα, στην οποία ποσοστό 35% του δείγματος των ασθενών αποτελείται από γυναίκες.

Η μέση ηλικία του δείγματος (69 έτη) ήταν σχετικά μεγάλη. Η πλειοψηφία του δείγματος (69 %) ήταν άνω των 65 ετών και το υπόλοιπο 31 % κάτω των 65 ετών. Ένας στους τέσσερις ασθενείς ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 65-69 ετών, ενώ υψηλό ποσοστό (18,5%) καταγράφηκε και στην ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με άλλες μελέτες, στις οποίες αναφέρεται ότι ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα (Brennan & Bray, 2002) και η μέση ηλικία κατά το χρόνο της διάγνωσης είναι περίπου 71 έτη (American Cancer Society, 2012). Σε άλλη έρευνα πάντως σε ελληνικό δείγμα (Κατσαραγάκης, 2005), η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60 έτη. Ως προς την ηλικιακή κατανομή, το 69 % των ασθενών ήταν άνω των 65 ετών και μόνο 1% μεταξύ 45-49 ετών. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αναφερόμενα άλλων ερευνητών που επισημαίνουν ότι περίπου 2 στα 3 άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του πνεύμονα είναι άνω των 65 ετών και λιγότερο από το 2% του συνόλου των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται σε

άτομα κάτω των 45 ετών (Συρίγος & Διονέλης, 2003). Συνεπώς οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα είναι μεγάλης ηλικίας και έχουν ιδιαίτερες και αυξημένες ανάγκες φροντίδας.

Ως προς την κατάσταση νοσηλείας τους οι περισσότεροι (84,5%) προσέρχονταν για θεραπεία στην κλινική ημέρας (day clinic) της Ογκολογικής Μονάδας της Γ' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Το υπόλοιπο ποσοστό (15,5%) παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Η συντριπτική πλειοψηφία (95%) ήταν ενημερωμένοι για την ύπαρξη του καρκίνου και μόνο 10 άτομα (5%) δεν είχαν ενημερωθεί για το πρόβλημα υγείας τους.

Ο κύριος ιστολογικός τύπος για την πλειοψηφία των ασθενών (84%) ήταν ο μη-μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (N-SCLC), ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς (16%) έπασχαν από μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC). Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα διεθνή, σύμφωνα με τα οποία περίπου 85-90% των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα πάσχει από N-SCLC και 10%-15% από SCLC (American Cancer Society, 2017), ενώ άλλοι ερευνητές υπολογίζουν το ποσοστό του SCLC από 13 έως 20% (Simon & Turtisi, 2007). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλη έρευνα σε ελληνικό δείγμα (Κατσαραγάκης, 2005), όπου το ποσοστό των ασθενών με N-SCLC ήταν 77,5 % και με SCLC 22,5 %.

Η συνηθέστερη μορφή θεραπείας ήταν η χημειοθεραπεία (ως μονοθεραπεία) και περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς υποβάλλονταν σε αυτή τη μορφή θεραπείας. Ακολουθούσαν σε συχνότητα, με ίδια περίπου ποσοστά, ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας-χημειοθεραπείας και ο συνδυασμός χημειοθεραπείας - χειρουργικής επέμβασης, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για το συνδυασμό ακτινοθεραπείας-χημειοθεραπείας-χειρουργικής επέμβασης και για την ακτινοθεραπεία ως μονοθεραπεία. Περίπου οι μισοί ασθενείς με N-SCLC υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, ενώ μικρότερα ποσοστά είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και λάμβαναν χημειοθεραπεία ή υποβάλλονταν σε συνδυασμό χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας. Κανένας από αυτούς τους ασθενείς δεν υποβαλλόταν αποκλειστικά σε ακτινοθεραπεία (ως μονοθεραπεία). Οι περισσότεροι ασθενείς με SCLC υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, ενώ μικρότερα ποσοστά υποβάλλονταν σε συνδυασμό χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας. Μόνο ένας από τους 32 ασθενείς με SCLC είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και υποβαλλόταν σε χημειοθεραπεία, ενώ άλλος ένας υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία (ως μονοθεραπεία).

Ο συχνότερος τύπος χειρουργικής εκτομής για τους 52 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ήταν η απλή λοβεκτομή, ενώ στους υπόλοιπους τύπους (περιορισμένη εκτομή, διπλή λοβεκτομή, πνευμονεκτομή) καταγράφηκαν μικρά ποσοστά.

Ως προς τη φαρμακευτική αγωγή το μεγαλύτερο ποσοστό καταγράφηκε στη λήψη αναλγητικών και εισπνεόμενων φαρμάκων. Αντίθετα, μικρό ποσοστό καταγράφηκε στη λήψη ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Περίπου ένας στους δέκα ασθενείς εμφάνισε υποτροπή τον τελευταίο μήνα, ενώ για την πλειοψηφία δεν καταγράφηκε υποτροπή. Επίσης, για τη συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν καταγράφηκε νέα νοσηλεία. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν εμφάνισε κάποια τοξικότητα. Στις περιπτώσεις που καταγράφηκε τοξικότητα, η συχνότερη μορφή της ήταν η αιματολογική, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό καταγράφηκε αλλεργία.

Στους περισσότερους ασθενείς δεν είχαν καταγραφεί μεταστάσεις. Το ποσοστό των ασθενών με μεταστάσεις ήταν 24,5%. Αναφορικά με τον ιστολογικό τύπο οι περισσότερες μεταστάσεις καταγράφηκαν στους ασθενείς με N-SCLC.

Όπως επισημαίνουν άλλοι ερευνητές (Συρίγος & Διονέλης, 2003) οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα συχνά εμφανίζουν και άλλα, χρόνια νοσήματα, λαμβάνουν πολλά φάρμακα και έχουν ψυχοκοινωνικές και οικονομικές ιδιαιτερότητες που καθιστούν τη διαγνωστική προσπέλαση, σταδιοποίηση και αντιμετώπιση της νόσου δυσχερή και για το λόγο αυτό χρειάζονται εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα ανωτέρω, καθώς ποσοστό 70,8% των ασθενών είχε ένα ή περισσότερα συνοδά νοσήματα, ενώ κάθε ασθενής λάμβανε κατά μέσο όρο τρία φάρμακα (εξαιρουμένων των φαρμάκων που χρησιμοποιούνταν για τη χημειοθεραπεία).

Το συχνότερο συνοδό νόσημα ήταν η υπέρταση. Ακολουθούσαν σε συχνότητα η στεφανιαία νόσος και τα νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, στη δυσλιπιδαιμία, στις ψυχικές διαταραχές, στα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, στις νεοπλασίες και στα νοσήματα του ουροποιητικού-γεννητικού συστήματος. Λιγότερο συχνές ήταν οι υπόλοιπες παθήσεις.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν καπνιστές, ενώ μόνο 26 από τα 200 άτομα του δείγματος (9%) δεν κάπνιζαν. Όλοι οι καπνιστές κάπνιζαν για περισσότερα από 20 χρόνια, ενώ κάποιοι από τους καπνιστές συνέχιζαν να καπνίζουν ακόμη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σύμφωνα με τους Μουσσά και συν. (2012), 9 στους 10 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές, ενώ παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται από άλλους ερευνητές (Loeb et al., 1984).

Το μέσο χρονικό διάστημα από τη διάγνωση ήταν 13,5 μήνες. Το μέγιστο χρονικό διάστημα που καταγράφηκε στη συγκεκριμένη μεταβλητή ήταν 60 μήνες και το ελάχιστο 1 μήνας, δηλ. αυτοί οι ασθενείς ήταν νεοδιαγνωσθέντες. Το σχετικά μικρό μέσο χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη στιγμή της διάγνωσης είναι αναμενόμενο, εάν ληφθεί υπόψη η αυξημένη θνητότητα του καρκίνου του πνεύμονα και το μικρό ποσοστό πενταετούς επιβίωσης (περίπου 15%).

Οι άνθρωποι που είναι ζωντανοί 5 χρόνια μετά τη διάγνωση του πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονα αναφέρονται ως μακροχρόνια επιζώντες του καρκίνου του πνεύμονα (LTLC-Long-Term Lung Cancer survivors) (Sugimura & Yang, 2006). Η συννοσηρότητα σε αυτούς τους επιζώντες είναι ιδιαίτερα υψηλή σε σύγκριση με εκείνη των επιζώντων από άλλους τύπους καρκίνου (Ko et al., 2003) ενώ φαίνεται να έχουν σημαντική θνησιμότητα λόγω καθυστερημένων υποτροπών και δευτερογενών κακοηθειών, ειδικά λόγω καρκίνων που σχετίζονται με το κάπνισμα και άλλες σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες (Lassen et al., 1995). Στην παρούσα έρευνα μόνο τρεις ασθενείς (1,5 %) είχαν συμπληρώσει ήδη τέσσερα έτη από τη διάγνωση και κανένας ασθενής δεν είχε συμπληρώσει πέντε έτη. Συνεπώς, λόγω του μικρού τους αριθμού δε μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με το ιατρικό και ψυχολογικό τους προφίλ.

Αίσθηση συνεκτικότητας

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Sense of Coherence (SOC) ήταν 57,85 (SD: 15,58). Η βαθμολογία αυτή είναι μικρότερη από την αντίστοιχη του ελληνικού γενικού πληθυσμού (test value: 59,85) αλλά η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Είναι επίσης μικρότερη από αυτή που βρέθηκε στην έρευνα των Rolke et al. (2008) σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα (58,3). Ακόμη είναι σημαντικά μικρότερη από τη βαθμολογία ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια στην Ελλάδα (Τσελεμπής και συν., 2013).

Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων στην αίσθηση συνεκτικότητας και οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία. Αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζονται από τους Bruscia et al. (2008) σε δείγμα ασθενών με καρκίνο (όλων των τύπων) και ασθενών με καρκίνο πνεύμονα καθώς και από τους Lundberg & Peck Nystrom (1994) σε άτομα από το γενικό πληθυσμό.

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών επίσης επηρεάζει την αίσθηση συνεκτικότητας και οι έγγαμοι ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους χήρους.

Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αίσθησης συνεκτικότητας με την ηλικία. Ακόμη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες «κάτω των 65 ετών»- «άνω των 65 ετών». Το εύρημα αυτό συνδέεται ενδεχομένως με τη μεγάλη μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος και τη μικρή συμμετοχή των μικρότερων ηλικιακών ομάδων στο συνολικό δείγμα. Αντίθετα στην έρευνα των Bruscia et al. (2008) των Lundberg & Peck Nystrom (1994) σε ασθενείς με καρκίνο η ηλικία προέβλεπε την αίσθηση συνεκτικότητας, ενώ στην έρευνα των Lundberg & Peck Nystrom (1994) σε γενικό πληθυσμό οι ηλικιωμένοι διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας.

Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην αίσθηση συνεκτικότητας δεν ήταν σημαντική. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και από τους Bruscia et al. (2008), οι οποίοι επισημαίνουν ότι δεν παρατηρούνται διαφορές στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών με καρκίνο ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Αντίθετα ήταν σημαντική η επίδραση του επαγγέλματος και οι απασχολούμενες με οικιακά είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από τους δημόσιους υπαλλήλους και τους συνταξιούχους. Επίσης βρέθηκε συνολικά σημαντική και η επίδραση του εισοδήματος και οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς με επαρκή και κακή εισοδηματική κατάσταση. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών, οι οποίοι εξετάζοντας άτομα από το γενικό πληθυσμό βρήκαν ότι οι εργάτες και οι αγρότες έχουν μεγαλύτερο του μέσου όρου κίνδυνο να αναφέρουν χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τους αυτοαπασχολούμενους και τους ανώτερους υπαλλήλους (Lundberg & Peck Nystrom, 1994). Και η μελέτη του Collingwood (2006) κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα: η SOC ήταν υψηλότερη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις.

Ακόμη, οι ασθενείς με μεταστάσεις είχαν σημαντικά χαμηλότερη αίσθηση συνεκτικότητας απ' όσους δεν είχαν μεταστάσεις. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων στις υποκατηγορίες των υπόλοιπων μεταβλητών (ιστολογικός τύπος, υποτροπή, νέα νοσηλεία, τοξικότητα, επιπλοκή) ως προς την αίσθηση συνεκτικότητας. Σύμφωνα με τον Antonovsky (1979) η αίσθηση συνεκτικότητας παραμένει σχετικά σταθερή όσο «δε συμβαίνουν ριζικές και μη υποφερτές αλλαγές στη ζωή κάποιου». Συνεπώς, αποτελεί ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας το οποίο όμως μπορεί να μεταβληθεί όταν εμφανιστούν διάφορα τραυματικά γεγονότα πχ. ατυχήματα απειλητικά για τη ζωή (Schnyder et al., 2000). Προκύπτει λοιπόν ότι η επιδείνωση της υγείας

και οι μεταστάσεις λειτουργούν ως καθοριστικά γεγονότα που αυξάνουν σημαντικά την επιβάρυνση των ασθενών και την ικανότητά τους να θεωρήσουν την ασθένεια ως διαχειρίσιμη, υποφερτή και κατάσταση που αποτελεί πρόκληση.

Το χρονικό διάστημα που έχει περάσει από τη διάγνωση δε συσχετίζεται σημαντικά με τη SOC. Αντίθετα αποτέλεσμα αναφέρονται από άλλους ερευνητές, οι οποίοι επισημαίνουν ότι η διάρκεια της νόσου προβλέπει την αίσθηση συνεκτικότητας (Bruscia et al. (2008).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι επιβεβαιώνονται εν μέρει η 1^η και η 2^η ερευνητική υπόθεση, δηλαδή ότι υπάρχουν διαφορές στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών με βάση τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και την ιατρική τους κατάσταση.

Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα Comprehensibility ήταν 22,43 (SD: 6,11), στην υποκλίμακα Manageability 16,52 (SD: 5,24) και στην υποκλίμακα Meaningfulness 17,90 (SD: 5,18).

Αναφορικά με την υποκλίμακα comprehensibility του ερωτηματολογίου SOC, η επίδραση του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του επαγγέλματος και του εισοδήματος βρέθηκε συνολικά σημαντική. Οι άνδρες ασθενείς και οι ασθενείς που ήταν έγγαμοι/σε συμβίωση, απόφοιτοι ΑΕΙ, δημόσιοι υπάλληλοι ή συνταξιούχοι και με καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερες βαθμολογίες. Ακόμη, η βαθμολογία ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που δεν είχαν μεταστάσεις τον τελευταίο μήνα.

Προκύπτει λοιπόν ότι η ικανότητα των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα να αντιλαμβάνονται τα ερεθίσματα του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος ως δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility) είναι υψηλότερη στους ασθενείς με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Ως προς την υποκλίμακα manageability η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στους άνδρες ασθενείς, στους έγγαμους και σε όσους ήταν δημόσιοι υπάλληλοι ή συνταξιούχοι και ανέφεραν ότι είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση. Ως προς τα ιατρικά στοιχεία η βαθμολογία ήταν υψηλότερη σε όσους δεν είχαν μεταστάσεις τον τελευταίο μήνα. Άρα το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, η εισοδηματική κατάσταση και η ύπαρξη μεταστάσεων επηρεάζουν σημαντικά την αντίληψη των ασθενών ότι υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις που προκύπτουν από την κατάστασή τους (manageability).

Σχετικά με την υποκλίμακα meaningfulness η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης, δημόσιοι υπάλληλοι και είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση. Ως προς τα ιατρικά στοιχεία η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στους

ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία και ήταν ενημερωμένοι για τη διάγνωσή τους. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι η ικανότητα ενός ασθενή να θεωρήσει τις απαιτήσεις που επιβάλλονται από την κατάστασή του ως προκλήσεις, με τις οποίες αξίζει να ασχοληθεί και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness) επηρεάζεται ιδιαίτερα από το εκπαιδευτικό του επίπεδο, το επάγγελμα και την εισοδηματική του κατάσταση και είναι περισσότερο αναπτυγμένη σε όσους είναι ενημερωμένοι για τη διάγνωσή τους.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική *ισχυρή αρνητική* συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D. Δηλ. όσο πιο ισχυρή είναι η αίσθηση συνεκτικότητας του ασθενούς, τόσο λιγότερο καταθλιπτικός είναι. Άρα επιβεβαιώθηκε η 3^η ερευνητική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών και στο επίπεδο κατάθλιψης που εμφανίζουν.

Ισχυρή αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε ανάμεσα σε όλες τις διαστάσεις της αίσθησης συνεκτικότητας και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D. Η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε με τη διάσταση meaningfulness. Το αποτέλεσμα αυτό είναι απόλυτα συμβατό με τα αναφερόμενα σε πλήθος ερευνών για τη σχέση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και την κατάθλιψη και τους υπόλοιπους δείκτες ψυχικής υγείας. Η SOC συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με την αντιληπτή κατάθλιψη. Όσο ισχυρότερη είναι η κατάθλιψη, τόσο λιγότερα είναι τα συμπτώματα της αντιληπτής κατάθλιψης. Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι η SOC μετρά μόνο την απουσία νευρωτισμού ή ανησυχίας (Bothmer & Fridlund, 2003; Matsuura et al., 2003; Eriksson, 2000; Lundberg & Peck Nystrom, 1994). Ακόμη σε άλλες μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο και στους συντρόφους τους οι αισιόδοξοι ασθενείς και οι ασθενείς με ισχυρή αίσθηση συνεκτικότητας καθώς και οι σύντροφοί τους ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με τους λιγότερο αισιόδοξους και με τα άτομα με ασθενέστερη αίσθηση συνεκτικότητας. Περαιτέρω η αίσθηση συνεκτικότητας φάνηκε να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα στην πρόβλεψη της δυσφορίας και η ισχυρή αίσθηση συνεκτικότητας μετρίαζε την ανάπτυξη της αγωνίας (Gustavsson-Lilius et al., 2007; Gustavsson-Lilius et al., 2012).

Επίσης, επιβεβαιώθηκε και η 4^η ερευνητική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας των ασθενών και στην αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 συσχετίστηκε θετικά με το ερωτηματολόγιο SOC. Αυτό σημαίνει ότι η

καλή SOC προβλέπει θετικά την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Πλήθος άλλων ερευνών (Nilsson et al., 2000; Moons & Norekvål, 2006; Eriksson et al., 2007) έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αίσθηση συνεκτικότητας επηρεάζει άμεσα και θετικά την ποιότητα ζωής και ότι η αίσθηση συνεκτικότητας μπορεί να είναι ένα δυνητικό μονοπάτι για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που ζουν με μια χρόνια ασθένεια.

Στρατηγικές αντιμετώπισης (coping), συναισθηματική έκφραση και κάλυψη των βασικών ψυχολογικών αναγκών

Οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν οι εξής: διεκδικητική επίλυση προβλήματος:0,8, θετική προσέγγιση:1,46, αποφυγή/διαφυγή:1,39, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης: 1,22, ευχολογία/ονειροπόληση: 1,21.

Στον ελληνικό γενικό πληθυσμό τα δύο φύλα διαφέρουν σημαντικά στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και οι γυναίκες δηλώνουν συχνότερη χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο συναίσθημα (ευχολογία, αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, παραίτηση) και στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και οι άνδρες δηλώνουν συχνότερη χρήση της «διεκδικητικής επίλυσης προβλήματος» (Καραδήμας, 1998). Ωστόσο στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκαν αντίστοιχες διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών (με εξαίρεση την ευχολογία-ονειροπόληση, στην οποία οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία).

Οι άνδρες και οι γυναίκες του δείγματος έχουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες και τις γυναίκες του ελληνικού γενικού πληθυσμού σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Προκύπτει λοιπόν ότι οι ασθενείς του δείγματος παρουσιάζουν ένα ελαφρώς διαφορετικό μοτίβο στρατηγικών αντιμετώπισης από τον ελληνικό γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς προβαίνουν λιγότερο συχνά στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και αυτό ενδεχομένως σχετίζεται με το στίγμα της νόσου που προκαλεί συναισθήματα ντροπής. Από την άλλη χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τη διεκδικητική επίλυση προβλήματος. Αυτή η μοιρολατρική στάση πιθανόν σχετίζεται με τη φύση του προβλήματος υγείας που δεν επιτρέπει ανάληψη πρωτοβουλιών για την αντιμετώπισή του και την συνακόλουθη εναπόθεση της ελπίδας για θεραπεία στους γιατρούς. Η μειωμένη χρησιμοποίηση της ευχολογίας/ονειροπόλησης είναι μη αναμενόμενη για τη συγκεκριμένη ομάδα των ασθενών, στην οποία παρατηρούνται και αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. Ωστόσο θα μπορούσε να αποδοθεί σε διαφορές των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των δύο δειγμάτων

(ασθενείς-γενικός πληθυσμός) καθώς η συγκεκριμένη έρευνα μελετά ασθενείς κυρίως τρίτης ηλικίας και με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και όχι άτομα υγιή 18-65 ετών. Η χαμηλότερη βαθμολογία στην αποφυγή/διαφυγή εξηγείται πάλι με όρους που ανάγονται στις διαφορές των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των δειγμάτων.

Η βαθμολογία στην υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης. Ως προς τα ιατρικά στοιχεία υψηλότερη βαθμολογία είχαν οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία (σε σύγκριση με όσους υποβάλλονταν σε θεραπεία στην κλινική ημέρας) και σε όσους δεν είχαν υποτροπή τον τελευταίο μήνα.

Οι μεταβλητές που επέδρασαν σημαντικά στην υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο εισόδημα, ο τόπος νοσηλείας/ παρακολούθησης, η ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, η υποτροπή και οι μεταστάσεις. Η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου, ή ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης, είχαν καλύτερη εισοδηματική κατάσταση, ήταν ενημερωμένοι για τη διάγνωσή τους, παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία και δεν είχαν υποτροπή ή μεταστάσεις.

Σχεδόν όλες οι δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές δεν είχαν σημαντική επίδραση στην υποκλίμακα «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ (με εξαίρεση τον τόπο νοσηλείας/παρακολούθησης).

Στην υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στους αποφοίτους λυκείου (σε σύγκριση με τους αποφοίτους λυκείου) και σε όσους είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση. Ακόμη ήταν υψηλότερη σε όσους δεν είχαν μεταστάσεις. Συμπεραίνεται ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα συνδέεται ισχυρά με τα ανωτέρω δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά.

Σύμφωνα με τους Meléndez et al. (2012) υπάρχει μια υποθετική μείωση στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης όσο αυξάνεται η ηλικία, ωστόσο αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα. Ακόμη, έχει υποτεθεί ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο από τους άνδρες την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Αντίστοιχα αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση του φύλου στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχουν προκύψει και στον ελληνικό γενικό πληθυσμό (Καραδήμας, 1998). Η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε στην έρευνα και οι γυναίκες ασθενείς δεν είχαν σημαντικές διαφορές από τους άνδρες στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.

Δεδομένου ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι ευεργετική στην προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο (Dunkel-Schetter, 1984) και συνδέεται με μειωμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και καλύτερη ποιότητα ζωής (Northouse & Peters-Golden, 1993), μπορεί να γίνει εντοπισμός των ασθενών που δε χρησιμοποιούν εκτεταμένα αυτή τη στρατηγική με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Στην υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» καταγράφηκε μεγαλύτερη βαθμολογία στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως και σε άλλες έρευνες στο γενικό πληθυσμό (Καραδήμας, 1998). Τα ιατρικά στοιχεία δεν βρέθηκε να επηρεάζουν σημαντικά την υιοθέτηση της στρατηγικής «Ευχολογία/ονειροπόληση», η οποία αποτελεί μια μορφή άρνησης της πραγματικότητας και παραίτησης από την ανάληψη πρωτοβουλιών.

Οι ασθενείς της έρευνας χρησιμοποιούσαν στρατηγικές αντιμετώπισης από όλες τις κατηγορίες (διεκδικητική επίλυση προβλήματος, θετική προσέγγιση, αποφυγή/διαφυγή, ευχολογία/ονειροπόληση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Dunkel-Schetter et al. (1992), οι οποίοι εξετάζοντας 603 ασθενείς με καρκίνο (με διάφορες μορφές καρκίνου) εντόπισαν 5 μορφές αντιμετώπισης: αναζήτηση-χρήση κοινωνικής υποστήριξης, εστίαση στη θετική πλευρά των πραγμάτων, αποστασιοποίηση, γνωστική και συμπεριφορική αποφυγή. Παρόμοια στην έρευνα των Kyngäs et al. (2001) καταγράφηκε πληθώρα στρατηγικών αντιμετώπισης: κοινωνική υποστήριξη, πίστη στην ανάκαμψη, απόκτηση γνώσεων για τον καρκίνο, θετική στάση ζωής, πίστη στις δυνατότητές τους και στο Θεό, προηγούμενες εμπειρίες ζωής, προθυμία για καταπολέμηση της νόσου. Οι σχετικές έρευνες όμως ειδικά για ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι πολύ λίγες (Ellis et al., 2013). Ως ενδεικτική αναφέρεται η έρευνα των Kuo & Ma (2002) σε ασθενείς με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, η οποία καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα: οι ασθενείς συνδύαζαν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες και στο πρόβλημα και στο συναίσθημα όταν εμφάνιζαν δυσφορία.

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης ήταν 16,80 (SD: 10,35). Υψηλότερη βαθμολογία παρουσίαζαν όσοι ασθενείς δεν είχαν μεταστάσεις. Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να ασκεί κάποια επίδραση στη συναισθηματική έκφραση, καθώς βρέθηκε ότι οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού είχαν μικρότερη βαθμολογία από τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου.

Η βαθμολογία των ασθενών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο είναι μάλλον μέτρια-χαμηλή, εάν ληφθεί υπόψη ότι το συνολικό άθροισμα κυμαίνεται από 0 έως 36 και τα

υψηλότερα σκορ δηλώνουν μεγαλύτερη τάση για αποκάλυψη της ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ τα μικρότερα σκορ δηλώνουν μεγαλύτερη απόκρυψη της ψυχολογικής δυσφορίας (Kahn & Hessling, 2001).

Συμπεραίνεται λοιπόν ότι οι ασθενείς του δείγματος έχουν μεγαλύτερη τάση για απόκρυψη παρά για αποκάλυψη της ψυχολογικής τους δυσφορίας. Αυτό σχετίζεται ενδεχομένως με το πιθανό στίγμα της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου, την απειλητική για τη ζωή φύση της καθώς και με την ελλιπή ή κακή ενημέρωση των ασθενών. Το στίγμα της ασθένειας, η ενοχή και η αυτοκατηγορία συνδέονται με κακή ποιότητα ζωής και με αυξημένη κατάθλιψη των ασθενών (Chapple et al., 2004; Gonzalez & Jacobsen, 2012; Cataldo & Brodsky, 2013). Ωστόσο η εξέταση αυτής της σχέσης δεν εντάσσεται στο σκοπό της παρούσας έρευνας.

Η συναισθηματική έκφραση συσχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη, όπως και σε άλλες έρευνες (Pennebaker & Susman, 1988). Κατά συνέπεια, επιβεβαιώθηκε η 5^η υπόθεση της εργασίας, σύμφωνα με την οποία η συναισθηματική έκφραση των ασθενών συσχετίζεται με το επίπεδο κατάθλιψης που εμφανίζουν.

Φαίνεται ότι η αποκάλυψη της ψυχολογικής δυσφορίας σχετίζεται με την ευεξία, την αναζήτηση (και την πρόθεση αναζήτησης) επαγγελματικής βοήθειας και την επιτυχία στη βραχεία ψυχοθεραπεία (Kahn et al., 2012) και προβλέπει τις αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη (Kahn & Hessling, 2001). Ακόμη, η συναισθηματική έκφραση μειώνει την πιθανότητα να γίνουν τα αρνητικά συναισθήματα πιο περίπλοκα και έντονα και αυξάνει τη λήψη βοήθειας από το εξωτερικό περιβάλλον (Derlega & Berg, 1987). Επιπρόσθετα, βοηθάει τους ασθενείς να επεξεργαστούν τις δυσκολίες τους, ενώ η απόκρυψη δυσάρεστων ή η δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων συνδέεται με υψηλή ψυχολογική επιβάρυνση και μειωμένη ευεξία (Uysal et al., 2010; Barr et al., 2008; Yoo et al., 2010). Η mediation analysis όμως έδειξε ότι η συναισθηματική έκφραση δε διαμεσολαβεί σημαντικά τη σχέση SOC-κατάθλιψης. Εντούτοις η άμεση επίδραση της SOC στην κατάθλιψη ήταν σημαντική. Το εύρημα αυτό μπορεί ενδεχομένως να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο συναισθηματικής έκφρασης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αξιολογεί την γενική τάση του ατόμου για συναισθηματική έκφραση και όχι τα ειδικά ως προς την ασθένεια συναισθήματα. Κατά συνέπεια η σημασία της έκφρασης της ψυχολογικής δυσφορίας για την ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα φαίνεται να είναι καθοριστική.

Η μέση βαθμολογία στην Κλίμακα των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών (BPNS-Basic Psychological Needs Scale) ήταν 94,61 (SD: 24,57). Υψηλότερη βαθμολογία είχαν οι ασθενείς που ήταν έγγαμοι, δημόσιοι υπάλληλοι και όσοι είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση. Αντίθετα μικρότερη βαθμολογία είχαν οι ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι (σε σύγκριση με τους αποφοίτους γυμνασίου, λυκείου, ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης). Ως προς τα ιατρικά στοιχεία οι ασθενείς που ήταν ενημερωμένοι για τη διάγνωση και δεν είχαν μεταστάσεις παρουσίαζαν υψηλότερη κάλυψη των βασικών ψυχολογικών τους αναγκών.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε η ύπαρξη επιπλέον μεταβλητών που συσχετίζονται θετικά με την αίσθηση συνεκτικότητας. Η Συναισθηματική Έκφραση και η κάλυψη των Βασικών Ψυχολογικών Αναγκών συσχετίζονται θετικά και με τις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SOC (Meaningfulness, Comprehensibility, Manageability). Ακόμη η αίσθηση συνεκτικότητας συσχετίζεται θετικά με τρεις από τις πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφηκε με την υποκλίμακα «θετική προσέγγιση» και η μικρότερη με την υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος». Μέτρια θετική συσχέτιση καταγράφηκε και με την υποκλίμακα «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης». Αντίθετα καταγράφηκε μέτρια *αρνητική συσχέτιση* ανάμεσα στην αίσθηση συνεκτικότητας και στην υποκλίμακα «ευχολογία/ονειροπόληση» και με την υποκλίμακα «αποφυγή/διαφυγή». Δηλαδή η αίσθηση συνεκτικότητας συσχετίζεται θετικά με περισσότερο ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (θετική προσέγγιση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και διεκδικητική επίλυση προβλήματος) και αρνητικά με τις παθητικές (ευχολογία/ονειροπόληση και αποφυγή/διαφυγή). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε η μελέτη των Sarenmalm et al. (2013) σε μια ομάδα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με νεοδιαγνωσμένο πρωτογενή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες με ισχυρή SOC ανέφεραν λιγότερα στρεσογόνα γεγονότα και περισσότερες ημέρες χωρίς στρεσογόνα γεγονότα. Χρησιμοποίησαν περισσότερες στρατηγικές αντιμετώπισης και περισσότερο συχνά χρησιμοποιούσαν την απόσπαση της προσοχής, τον επαναπροσδιορισμό της κατάστασης, την άμεση δράση και τη χαλάρωση, αλλά σπάνια τη θρησκεία, για να αντιμετωπίσουν τα στρεσογόνα γεγονότα και ανέφεραν καλύτερη κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Οι γυναίκες με αδύναμη SOC βίωναν περισσότερη δυσφορία και χρησιμοποιούσαν λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης. Πιο συχνά χρησιμοποιούσαν την κάθαρση και την αναζήτηση κοινωνικής και πνευματικής στήριξης, αλλά σπάνια την αποδοχή της κατάστασης (Sarenmalm et al., 2013).

Για την υποκλίμακα «Meaningfulness» του ερωτηματολογίου αίσθησης συνεκτικότητας βρέθηκε *ισχυρή θετική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Ακόμη βρέθηκε *μέτρια θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» και *μέτρια αρνητική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «αποφυγή/διαφυγή».

Για την υποκλίμακα «Comprehensibility» βρέθηκε *ισχυρή θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ και *μικρή θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος». Ακόμη βρέθηκε *μέτρια* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Για την υποκλίμακα «Manageability» βρέθηκε *ισχυρή θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ και *μικρή θετική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος». Ακόμη βρέθηκε *μέτρια αρνητική* συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των συνοδών νοσημάτων του κάθε ασθενούς και στους μήνες που μεσολάβησαν από τη διάγνωση με την αίσθηση συνεκτικότητας. Δηλαδή δε φαίνεται να μεταβάλλεται η SOC κατά τη διάρκεια εξέλιξης της νόσου και στα διάφορα στάδιά της (π.χ. διάγνωση, χρόνια φάση, υποτροπή κλπ).

Το ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Έκφρασης παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο BPNS, με τις υποκλίμακες PP (Past Positive-θετικό παρελθόν), F (Future-μέλλον) και PH (Present Hedonistic-ηδονιστικό παρόν) του ερωτηματολογίου ZTPI, με τις υποκλίμακες «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος», «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «Θετική προσέγγιση» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ και με την υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ-C30. Αντίθετα παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο CES-D και με τις υποκλίμακες PF (Present Fatalistic-μοιρολατρικό παρόν) και PN (Past Negative-αρνητικό παρελθόν) του ερωτηματολογίου ZTPI και με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «Αποφυγή/διαφυγή» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ.

Δηλαδή οι ασθενείς με καλύτερη συναισθηματική έκφραση αντιμετωπίζουν θετικά το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον τους και απορρίπτουν τη μοιρολατρία και την αρνητική αξιολόγηση του παρελθόντος. Εκτιμούν ότι οι βασικές ψυχολογικές τους ανάγκες καλύπτονται σε σημαντικό βαθμό και χρησιμοποιούν πιο συχνά ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η διεκδικητική επίλυση προβλήματος, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η θετική προσέγγιση. Ακόμη εμφανίζουν σε μικρότερο βαθμό κατάθλιψη και αξιολογούν ως καλύτερη την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Υπό αυτή την έννοια η συναισθηματική έκφραση αποτελεί έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής.

Το ερωτηματολόγιο Brief Psychological Needs Scale (BPNS) παρουσιάζει *θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση», «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» και «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ και *αρνητική* συσχέτιση με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» του ίδιου ερωτηματολογίου.

Φαίνεται λοιπόν ότι οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης («Θετική προσέγγιση», «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» και «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης») οδηγούν σε περισσότερο ικανοποιητική κάλυψη των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών σε αντίθεση με τις παθητικές («Ευχολογία/ονειροπόληση») που συνδέονται με παραίτηση.

Χρονικός προσανατολισμός

Στην υποκλίμακα Present Fatalistic-PF (μοιρολατρικό παρόν) η μέση βαθμολογία ήταν 2,48. Στην υποκλίμακα Present Hedonistic-PH (ηδονιστικό παρόν) η μέση βαθμολογία ήταν 1,73. Στην υποκλίμακα Past Positive-PP (θετικό παρελθόν) η μέση βαθμολογία ήταν 3,16. Στην υποκλίμακα Past Negative-PN (αρνητικό παρελθόν) η μέση βαθμολογία ήταν 2,78. Στην υποκλίμακα Future-F (μέλλον) η μέση βαθμολογία ήταν 2,94.

Το ερωτηματολόγιο SOC (και οι υποκλίμακες του) συσχετίζονται θετικά με τις υποκλίμακες PH (Present Hedonistic), PP (Past Positive) και F (Future) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) και αρνητικά με τις υποκλίμακες PF (Present Fatalistic) και PN (Past Negative) του ίδιου ερωτηματολογίου. Συνεπώς η αίσθηση συνεκτικότητας συνδέεται θετικά με το ηδονιστικό παρόν, το θετικό παρελθόν και το μέλλον και αρνητικά με το μοιρολατρικό παρόν και το αρνητικό παρελθόν. Αυτό το εύρημα είναι μάλλον αναμενόμενο εάν συνυπολογιστεί το γεγονός ότι η αίσθηση συνεκτικότητας

συνδέεται περισσότερο με θετικές αναμνήσεις, αναγνώριση των προβλημάτων ως προκλήσεων και λιγότερο με μοιρολατρία και αρνητικές σκέψεις για το παρελθόν.

Οι υποκλίμακες PN (Past Negative) και PF (Present Fatalistic) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) συσχετίζονται θετικά με τις υποκλίμακες «αποφυγή/διαφυγή» και «ευχολογία/ονειροπόληση» και αρνητικά με τις υποκλίμακες «θετική προσέγγιση», «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την άποψη των Bolotova & Khachaturova (2013): η εστίαση στο αρνητικό παρελθόν οδηγεί στην επιλογή των λιγότερο προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης και η εστίαση στο μοιρολατρικό παρόν συσχετίζεται με την επιλογή σχετικά προσαρμοστικών και μη προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένων στο συναίσθημα: καταστολή των συναισθημάτων, αυτο-ενοχοποίηση, ενεργητική υποχώρηση και αποφυγή (Bolotova & Khachaturova, 2013).

Η Υποκλίμακα PH (Present Hedonistic) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση», «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» και «αποφυγή/διαφυγή». Παρόμοια οι Bolotova & Khachaturova (2013) τονίζουν ότι η εστίαση στο ηδονιστικό παρόν συνδέεται με προσαρμοστικές και μη προσαρμοστικές συναισθηματικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Η Υποκλίμακα PP (Past Positive) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση», «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ και αρνητική με τις υποκλίμακες «Αποφυγή/διαφυγή» και «Ευχολογία/ονειροπόληση». Σε παρόμοια συμπέρασμα κατέληξαν οι Bolotova & Khachaturova (2013): η εστίαση στο θετικό παρελθόν συνδέεται με την επιλογή προσαρμοστικών συμπεριφορικών και συναισθηματικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Τέλος η Υποκλίμακα F (Future) παρουσιάζει ισχυρή, μέτρια και μικρή θετική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Η μεγαλύτερη θετική συσχέτιση καταγράφεται με την υποκλίμακα «Θετική προσέγγιση».

Στην παρούσα έρευνα η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ως στρατηγική αντιμετώπισης επιλέχθηκε τόσο από τους ασθενείς με προσανατολισμό στο παρελθόν όσο και από τους ασθενείς με προσανατολισμό στο μέλλον. Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε και στην έρευνα των Bolotova & Khachaturova (2012), η οποία όμως αφορά σε άτομα από το γενικό πληθυσμό. Ωστόσο δεν υπάρχει κάποια σχετική μελέτη για ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

Προκύπτει λοιπόν ότι το μοιρολατρικό παρόν και το αρνητικό παρελθόν συνδέονται με περισσότερο παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων (ευχολογία-ονειροπόληση, αποφυγή-διαφυγή) και το ηδονιστικό παρόν, το θετικό παρελθόν και το μέλλον συσχετίζονται περισσότερο με ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (θετική προσέγγιση). Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με τα συμπεράσματα των Bolotova & Khachaturova (2012) που επισημαίνουν ότι η επιλογή του τύπου στρατηγικών αντιμετώπισης (γνωστικών, συναισθηματικών ή συμπεριφορικών) σε καταστάσεις σύγκρουσης στο γενικό πληθυσμό εξαρτάται από τη χρονική προοπτική του ατόμου. Τα άτομα με μελλοντικό προσανατολισμό τείνουν να επιλέγουν συχνότερα γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης και τα άτομα με μοιρολατρικό παρόν επιλέγουν μη προσαρμοστικές συμπεριφορικές στρατηγικές όπως απόσυρση και αποφυγή επίλυσης της σύγκρουσης. Παρόμοια η Ryabinkina (2007) επισημαίνει ότι τα άτομα με προσανατολισμό στο μέλλον επιλέγουν πιο συχνά τον αυτοέλεγχο, την αναζήτηση τρόπου επίλυσης προβλημάτων και την αποστασιοποίηση. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και στο δείγμα των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα.

Κατάθλιψη

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ήταν 22,34 (SD: 11,78). Η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 53 (MAX: 53), η ελάχιστη το 1 (MIN: 1) και το εύρος 52 (range: 52).

Εάν χρησιμοποιηθεί ως όριο (cut off point) η βαθμολογία 16, όπως προτείνεται από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου (Radloff, 1977) προκύπτει ότι ποσοστό 42,2 % των ασθενών δεν έχουν κατάθλιψη και ποσοστό 57,8 % των ασθενών παρουσιάζει ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Επισημαίνεται όμως ότι το ερωτηματολόγιο CES-D τείνει να υπερεκτιμά τη συχνότητα της κατάθλιψης και να εμφανίζονται ψευδώς θετικά αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται ως όριο η τιμή 16.

Εάν ληφθούν υπόψη οι απόψεις άλλων ερευνητών σύμφωνα με τους οποίους βαθμολογία 16-21 σημαίνει ήπια/μέτρια κατάθλιψη και βαθμολογία >21 σοβαρή κατάθλιψη προκύπτει ότι ποσοστό 35,2% δεν έχουν κατάθλιψη, ποσοστό 21,1% έχουν ήπια κατάθλιψη και ποσοστό 43,7 % έχουν σοβαρή κατάθλιψη. Τέλος εάν χρησιμοποιηθεί ως όριο (cut off point) το 24, το οποίο θεωρήθηκε ιδανικό κατά την ελληνική μετάφραση-προσαρμογή (Fountoulakis et al., 2001), προκύπτει ότι ποσοστό 58,8 % των ασθενών δεν έχουν κατάθλιψη και ποσοστό 41,2 % των ασθενών παρουσιάζει ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι η επίπτωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι υψηλή, τουλάχιστον σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας όπου το ποσοστό της διαταραχής είναι 5,7% (WHO, 2017).

Πλήθος άλλων ερευνών έχουν δείξει ότι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι αναμενόμενη σε ασθενείς με καρκίνο και ιδιαίτερα σε όσους βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας (Καραπούλιος και συν., 2013) και η πιο συχνή διαταραχή είναι η κατάθλιψη με ποσοστό 11-44% (Hopwood & Stephens, 2000; Massie, 2004). Στην έρευνα των Zabora et al. (2001) σε 14 διαγνώσεις καρκίνου (n = 4496) το ποσοστό επιπολασμού της ψυχολογικής δυσφορίας για το συνολικό δείγμα ήταν 35,1% και για τον καρκίνο πνεύμονα 43,4%. Σε άλλη σχετική έρευνα σε 95 νεοδιαγνωσμένους με καρκίνο του πνεύμονα ποσοστό 45 % είχαν μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (Buccheri, 1998). Παρόμοια ποσοστά αναφέρονται και από τους Shi et al. (2015), οι οποίοι εξετάζοντας 104 ασθενείς με NSCLC βρήκαν ότι 46,1% από αυτούς εμφάνιζαν κατάθλιψη. Σε πρόσφατη έρευνα των Margari et al. (2016) σε 128 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα το ποσοστό της κατάθλιψης (όπως αξιολογήθηκε με το Depression, Anxiety and Stress Scale -DASS) ήταν 21.8%. Μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης αναφέρονται και στην έρευνα των Rolke et al. (2008) στη Νορβηγία: 14 % των ασθενών είχαν βαθμολογία συμβατή με κατάθλιψη και ένας στους τέσσερις (25%) συμβατή με πρόδηλο άγχος ή/και κατάθλιψη.

Προκύπτει λοιπόν ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα παρουσιάζουν με μεγάλη συχνότητα κατάθλιψη, η οποία επιδεινώνει την ποιότητα ζωής και συχνά μειώνει τη συμμόρφωση και την ανταπόκριση στη θεραπεία, ενώ φαίνεται να παρατείνει τη νοσηλεία των ασθενών και να αυξάνει τη θνησιμότητα (Μουσσάς και συν., 2012). Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και νοσηρότητας/θνησιμότητας από τον καρκίνο είναι αμφίδρομη. Η ίδια η νόσος και το άγχος του ασθενούς προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου και νοσηλείας καθώς επηρεάζει τον τρόπο ζωής των ασθενών ή τη συμμόρφωσή τους με τις οδηγίες των γιατρών (Margari et al., 2016).

Τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς του δείγματος ήταν η αδυναμία επιτέλεσης της δουλειάς (στην εργασία, στο σπίτι, στο σχολείο), η κακή όρεξη, το αίσθημα φόβου και η δυσκολία συγκέντρωσης. Ακόμη μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν αισθάνονταν εξίσου ικανοί με τους άλλους, δε ένιωθαν ευτυχισμένοι, δε χαίρονταν τη ζωή και δεν ένιωθαν ελπίδα για το μέλλον.

Σε άλλες έρευνες αναφέρεται ότι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα είναι-μεταξύ άλλων-το θήλυ φύλο, το χαμηλό εισόδημα, το

χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το να είναι κάποιος άγαμος και η νεαρή ηλικία (Rolke et al., 2008; Shimizu et al., 2012; Akechi et al., 1998; Abhishekh et al., 2014). Επίσης η νεαρότερη ηλικία έχει προταθεί ως παράγοντας κινδύνου για κατάθλιψη σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα (Rodin et al., 2009). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν εν μέρει με τα αντίστοιχα αυτών των ερευνών: οι γυναίκες ασθενείς και όσοι ήταν αναλφάβητοι και είχαν κακή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης. Ωστόσο η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία δε συσχετίστηκαν σημαντικά με αύξηση της κατάθλιψης. Επιπλέον η ηλικία δε συνδέθηκε με αύξηση της κατάθλιψης και στην υποομάδα των ασθενών με μεταστάσεις. Άρα, επιβεβαιώθηκε εν μέρει η 6^η ερευνητική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν διαφορές στην κατάθλιψη των ασθενών με βάση τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση κλπ).

Ως προς τα ιατρικά στοιχεία, η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με υποτροπή και μεταστάσεις και σε όσους παρακολουθούνταν στην κλινική ημέρας (σε σύγκριση με τους ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία). Αντίθετα, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές με βάση τον ιστολογικό τύπο. Κατά συνέπεια επιβεβαιώθηκε εν μέρει η 7^η υπόθεση, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν διαφορές στην κατάθλιψη των ασθενών με βάση την ιατρική τους κατάσταση (ιστολογικό τύπο, υποτροπή, μεταστάσεις). Και άλλοι ερευνητές (Aass et al., 1997) βρήκαν ότι η κατάθλιψη αυξανόταν με την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων και υποτροπής. Η μελέτη τους όμως αφορά ασθενείς με καρκίνο διαφόρων τύπων και όχι αποκλειστικά με καρκίνο πνεύμονα. Επίσης άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι τα ποσοστά της ψυχιατρικής συννοσηρότητας (όχι αποκλειστικά της κατάθλιψης) ανεβαίνουν σημαντικά σε ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης και σε όσους δεν επιδέχονται χειρουργική επέμβαση (Μουσσάς και συν., 2012).

Τα ευρήματα ως προς τον ιστολογικό τύπο είναι αντίθετα με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία, στην οποία επισημαίνεται ότι στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα παρατηρούνται πολύ αυξημένα ποσοστά ψυχολογικής επιβάρυνσης, συγκριτικά με το μη μικροκυτταρικό (Μουσσάς και συν., 2012) αλλά και με τα ευρήματα των Horwood & Stephens (2000), στην έρευνα των οποίων οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο (SCLC) είχαν τρεις φορές μεγαλύτερο επιπολασμό της κατάθλιψης από εκείνους με μη μικροκυτταρικό καρκίνο (NSCLC) (25 % -9%). Αυτό ενδεχομένως εξηγείται από τη μικρή συμμετοχή των ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα στο δείγμα.

Στην έρευνα δεν εξετάστηκαν νοσηλευόμενοι ασθενείς. Το καθεστώς νοσηλείας όμως φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη. Π.χ. στην έρευνα των Margari et al. (2016) καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην κατάθλιψη και την νοσηλεία σε νοσοκομείο κατά τον τελευταίο μήνα, με τους ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί να έχουν σχεδόν διπλάσια ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης (34% έναντι 14%). Στην παρούσα έρευνα οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στην κλινική ημέρας (day clinic) είχαν υψηλότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με όσους παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία και το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς η κατάσταση υγείας των ασθενών που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία είναι καλύτερη.

Το είδος θεραπείας (ακτινοθεραπεία,χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση κλπ) δε βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη. Αντίθετα, διάφορες άλλες παλαιότερες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ακτινοθεραπεία σχετίζεται με καλύτερη ψυχοκοινωνική ευεξία των ασθενών σε σύγκριση με τη χορήγηση χημειοθεραπείας (Kaasa et al., 1988) και οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν θεραπεία ακτινοβολίας είναι περισσότερο καταθλιπτικοί συγκριτικά με αυτούς που υποβάλλονται σε θεραπεία (Kurtz et al., 2002).

Όλα τα συμπτώματα συσχετίζονται θετικά με την κατάθλιψη. Η μεγαλύτερη συσχέτιση καταγράφηκε με τη δύσπνοια, το βήχα, τον πόνο σε άλλο σημείο του σώματος, τον πόνο στο χέρι ή στον ώμο και τον πόνο στο στήθος. Και σε άλλες έρευνες έχει βρεθεί ότι τα σωματικά συμπτώματα εξαιτίας του καρκίνου (πχ πόνος, δύσπνοια) αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς (Hopwood & Stephens, 2000; Shimizu et al.,2012). Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη των Kuo & Ma (2002): οι συμμετέχοντες με τα υψηλότερα σωματικά συμπτώματα δυσφορίας είχαν υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία και τα σωματικά συμπτώματα δυσφορίας εξηγούσαν το 48,8% της διακύμανσης στην ψυχολογική δυσφορία.

Στην παρούσα έρευνα η ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση δε φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη. Αυτό ενδεχομένως συνδέεται με το μεγάλο ποσοστό των ασθενών που ήταν ενημερωμένοι σε κάποια έκταση σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξε η έρευνα των Κωσταρά και συν. (2011), οι οποίοι εξέτασαν τη συσχέτιση αλκοολισμού και απελπισίας σε 150 νοσηλευόμενους άνδρες με διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα, ανεξαρτήτως τύπου και σταδιοποίησης. Βρήκαν ότι τα επίπεδα απελπισίας δεν διαφοροποιούνταν ανάμεσα στις δυο υποομάδες ασθενών (γνωρίζοντες και

μη την διάγνωση) κι αυτό πιθανώς σχετίζεται με την ανασφάλεια και τις υποψίες ή υποθέσεις των μη γνωριζόντων την διάγνωσή τους ασθενών.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CES-D, δηλ. η ηλικία των ασθενών δε συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Ακόμη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στο σύνολο των συνοδών νοσημάτων, στο σύνολο των φαρμάκων και στη διάρκεια της νόσου, σε αντίθεση με την έρευνα των Shi et al. (2015).

Το ερωτηματολόγιο CES-D παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση», «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Αντίθετα παρατηρείται *θετική* συσχέτιση με τις υποκλίμακες «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «Αποφυγή/διαφυγή». Συμπεραίνεται κατ' επέκταση ότι συγκεκριμένες παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Αντίθετα οι ασθενείς που χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της θετικής προσέγγισης, διεκδικούν την επίλυση των προβλημάτων τους και αναζητούν κοινωνική υποστήριξη έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη. Τα ανωτέρω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την 8^η υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι ασθενείς συσχετίζονται με το επίπεδο κατάθλιψής τους.

Όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) παρουσιάζουν ισχυρή, μέτρια και μικρή θετική και αρνητική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο CES-D. Θετική συσχέτιση παρατηρείται με τις υποκλίμακες PF (Present Fatalistic) , PN (Past Negative) και αρνητική με τις υποκλίμακες PH (Present Hedonistic), PP (Past Postitive) και F (Future). Συνεπώς ο χρονικός προσανατολισμός του ατόμου συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης και επιβεβαιώνεται η 9^η υπόθεση. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα άτομα που είναι προσανατολισμένα αρνητικά στο παρελθόν ή αξιολογούν μοιρολατρικά το παρόν. Αντίθετα η ηδονιστική αξιολόγηση του παρόντος, η θετική αξιολόγηση του παρελθόντος και ο προσανατολισμός του ατόμου στο μέλλον λειτουργούν προστατευτικά ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Ο χρονικός προσανατολισμός δεν έχει εξεταστεί σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα σε κάποια άλλη μελέτη. Κατά συνέπεια τα αποτελέσματα δε μπορούν να συγκριθούν με αντίστοιχα άλλων ερευνών. Αναφέρεται μόνο η έρευνα των Bitsko et al. (2008) σε 50 έφηβους ασθενείς με καρκίνο, στην οποία βρέθηκε ότι η εστίαση στο αρνητικό παρελθόν μεσολαβεί σημαντικά τη σχέση ανάμεσα στο φύλο και την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από την ανάλυση Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης, η οποία έδειξε ότι οι μεταβλητές που ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη είναι ο τύπος νοσηλείας/παρακολούθησης, οι μεταστάσεις, η SOC και η ευχολογία/ονειροπόληση του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Δηλαδή οι ασθενείς με αυξημένη αίσθηση συνοχής και όσοι παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία και δεν έχουν μεταστάσεις εμφανίζουν μικρότερη κατάθλιψη. Αντίθετα οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τη στρατηγική αντιμετώπισης «ευχολογία/ονειροπόληση» εμφανίζουν υψηλότερη κατάθλιψη. Η καλύτερη προβλέπουσα μεταβλητή στο παλινδρομικό μοντέλο ήταν η αίσθηση συνοχής. Συμπερασματικά, η αίσθηση συνεκτικότητας προβλέπει ισχυρά και αρνητικά την κατάθλιψη. Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα που έχουν υψηλή αίσθηση συνεκτικότητας παρουσιάζουν κατάθλιψη με μικρότερη συχνότητα. Κατά συνέπεια η αίσθηση συνεκτικότητας λειτουργεί προστατευτικά έναντι της κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς.

Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Η χρήση του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 έδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν χαμηλή βαθμολογία στη γενικότερη λειτουργικότητά τους. Χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις υποκλίμακες RF (λειτουργικότητα ρόλων), SF (κοινωνική λειτουργικότητα) και PF (σωματική λειτουργικότητα) και μεγαλύτερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες CF (γνωστική λειτουργικότητα) και EF (συναισθηματική λειτουργικότητα).

Οι ασθενείς του δείγματος έχουν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας σε σύγκριση με τους ασθενείς του δείγματος της EORTC. Περίπου ίση βαθμολογία καταγράφεται στην υποκλίμακα EF (συναισθηματική λειτουργικότητα). Η μεγαλύτερη διαφορά καταγράφεται στην υποκλίμακα SF και η μικρότερη στην υποκλίμακα EF. Οι βαθμολογίες είναι επίσης μικρότερες από τις αντίστοιχες σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα (Κατσαραγάκης 2005), με μικρότερο όμως δείγμα. Στην έρευνα αυτή έγιναν διαδοχικές μετρήσεις της ποιότητας ζωής με το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ C30 και οι ασθενείς περιέγραψαν μετά τους πρώτους χημειοθεραπευτικούς κύκλους επιδείνωση της οργανικής, κοινωνικής και γνωστικής λειτουργικότητας τους και βελτίωση της συναισθηματικής τους λειτουργικότητας. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκτιμήσεων των ασθενών για την οργανική και τη γνωστική λειτουργικότητα και όχι για τις άλλες υποκλίμακες.

Ακόμη οι ασθενείς του δείγματος της παρούσας έρευνας είχαν χαμηλότερη βαθμολογία-όπως αναμένεται άλλωστε-σε όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με το γενικό γερμανικό πληθυσμό (Waldman et al., 2013). Αυτό επιβεβαιώνει και τις απόψεις άλλων ερευνητών που επισημαίνουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα είναι χειρότερη από την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού και των ασθενών με άλλες κακοήθειες (Polanski et al., 2016).

Αναφορικά με τις υποκλίμακες συμπτωμάτων, τα συμπτώματα που ταλαιπωρούσαν περισσότερο τους ασθενείς ήταν η κόπωση, ο πόνος, η δύσπνοια, η αϋπνία και η απώλεια όρεξης. Με μικρότερη ένταση εμφανίζονταν η δυσκοιλιότητα, η ναυτία με τον έμετο και η διάρροια. Οι οικονομικές δυσκολίες ταλαιπωρούσαν τους ασθενείς σε μεγάλο βαθμό.

Οι ασθενείς του δείγματος είχαν ελαφρώς υψηλότερη βαθμολογία στις περισσότερες υποκλίμακες συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 σε σχέση με τους ασθενείς του δείγματος της EORTC (με εξαίρεση την υποκλίμακα «DY-δύσπνοια»). Η μεγαλύτερη διαφορά καταγράφηκε στην υποκλίμακα «FI-οικονομικές δυσκολίες». Οι ασθενείς του δείγματος είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30 σε σχέση με το γενικό γερμανικό πληθυσμό. Η σύγκριση αυτή όμως δε συνοδεύεται από έλεγχο σημαντικότητας. Ακόμη οι βαθμολογίες είναι μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες αναφερόμενες στην έρευνα του Κατσαραγάκη (2005). Επισημαίνεται ότι στις υποκλίμακες συμπτωμάτων υψηλότερες βαθμολογίες σημαίνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση από τα συμπτώματα.

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα αξιολογούσαν συνολικά την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους (υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL-QL του EORTC-QLQ C30) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ως μέτρια (M=51,71) και είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα σε σχέση με τους ασθενείς του δείγματος της EORTC. Ακόμη, οι σχετικές βαθμολογίες για το γενικό γερμανικό πληθυσμό είναι αρκετά υψηλότερες (65,4 για τους άνδρες και 67,4 για τις γυναίκες) (Waldman et al., 2013). Μεγαλύτερη βαθμολογία καταγράφηκε και σε αντίστοιχη ελληνική μελέτη (Κατσαραγάκης,2005).

Βρέθηκε ακόμη ότι οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία και δεν είχαν μεταστάσεις είχαν καλύτερη αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής. Ωστόσο δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές με βάση τον ιστολογικό τύπο. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν εν μέρει τη 10^η υπόθεση της έρευνας, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν διαφορές στην

αντιληπτή κατάσταση υγείας και στην αντιληπτή ποιότητα ζωής των ασθενών ανάλογα με την ιατρική τους κατάσταση.

Η χρήση του ειδικού για τον καρκίνο του πνεύμονα module (EORTC-QLQ-LC13) έδειξε ότι τα συμπτώματα που ταλαιπωρούσαν περισσότερο τους ασθενείς ήταν η δύσπνοια, ο πόνος στο στήθος, ο πόνος στο χέρι ή στο πόδι, η αλωπεκία, ο βήχας, και ο πόνος σε άλλο σημείο του σώματος. Σε μικρότερη ένταση καταγράφηκαν τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας, της δυσφαγίας, του πόνου στο στόμα και της αιμόπτυσης. Σημαντικό ποσοστό ασθενών (32,3%) λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και η βοήθεια από τη λήψη των φαρμάκων κρίνεται ως μετρίως ικανοποιητική. Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τον πόνο επιδρούσε σημαντικά στην αντιληπτή υγεία/ποιότητα ζωής και οι ασθενείς που δε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς που λάμβαναν φάρμακα για τον πόνο.

Οι ασθενείς με SCLC είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Coughing (LCCO)-βήχας» σε σχέση με τους ασθενείς με N-SCLC. Αντίθετα οι ασθενείς με N-SCLC είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Peripheral neuropathy (LCPN)- περιφερική νευροπάθεια». Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες υποκλίμακες.

Σε επτά από τις δέκα υποκλίμακες του EORTC-QLQ-LC13 η βαθμολογία των ασθενών του δείγματος είναι μεγαλύτερη με την αναφερόμενη στο EORTC QLQ-LC13 Reference Values Manual για ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα όλων των σταδίων. Μικρότερη βαθμολογία καταγράφεται στις υποκλίμακες «Coughing (LCCO)-βήχας», «Haemoptysis (LCHA)-αιμόπτυση» και «Pain in other parts (LCPO)-πόνος σε άλλο σημείο του σώματος»

Σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο μαστού η αίσθηση συνεκτικότητας προβλέπει σημαντικά την κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής (Sarenmalm et al., 2013). Οι έρευνες που εξετάζουν την αίσθηση συνεκτικότητας και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα είναι ελάχιστες και ως ενδεικτική αναφέρεται η έρευνα των Rolke et al. (2008).

Η μόνη δημογραφική μεταβλητή που επιδρούσε σημαντικά στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του EORTC-QLQ-C30 ήταν η εισοδηματική κατάσταση. Οι ασθενείς που είχαν καλή εισοδηματική κατάσταση είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους υπόλοιπους ασθενείς. Έτσι, η 11^η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε μόνο μερικώς.

Ως προς τα ιατρικά στοιχεία οι μεταβλητές που επιδρούσαν σημαντικά στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL

(QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 ήταν ο τύπος νοσηλείας/παρακολούθησης και οι μεταστάσεις. Υψηλότερη βαθμολογία είχαν οι ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία και δεν είχαν μεταστάσεις. Όπως και σε άλλες έρευνες (Rolke et al., 2008), στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκαν διαφορές με βάση τον ιστολογικό τύπο. Ωστόσο η έρευνα των Rolke et al. (2008) αξιολογούσε τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 και όχι μόνο στην υποκλίμακα Global health status/QoL (QL).

Η υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 συσχετίστηκε αρνητικά με το ερωτηματολόγιο CES-D. Δηλαδή οι ασθενείς με υψηλή κατάθλιψη αντιλαμβάνονται ως κακή την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Το εύρημα συμφωνεί πλήρως με τις απόψεις άλλων ερευνητών που επισημαίνουν ότι το άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνά στον καρκίνο του πνεύμονα και συσχετίζονται σαφώς με μειωμένη ποιότητα ζωής, ενώ από κλινική άποψη φαίνεται δικαιολογημένη μια αυξημένη προσοχή για τους ασθενείς με συνοδές διαταραχές διάθεσης (Rolke et al., 2008). Ακόμη έχουν βρεθεί σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και των διαταραχών διάθεσης μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του πνεύμονα, χρησιμοποιώντας ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της ζωής, το SF-36 καθώς και το Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Άλλες έρευνες ανέφεραν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης και της ικανότητας αντιμετώπισης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα σε καθαρά παρηγορητικό πλαίσιο (Rolke et al., 2008).

Από την άλλη η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 και στο ερωτηματολόγιο CES-D που βρέθηκε στην παρούσα έρευνα σημαίνει ότι οι ασθενείς με υψηλή επιβάρυνση συμπτωμάτων και κακή ποιότητα ζωής έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα συμφωνεί και με τα ευρήματα των Kurtz et al. (2002), οι οποίοι εξετάζοντας με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα βρήκαν ότι η κοινωνική λειτουργικότητα και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ήταν μεταξύ άλλων σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με τα περισσότερα συμπτώματα και την πιο περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παρόμοια η έρευνα των Horwood & Stephens (2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η λειτουργική ανεπάρκεια είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου και η κατάθλιψη αυξανόταν κατά 41% για κάθε αύξηση στην κλίμακα ανεπάρκειας.

Η υποκλίμακα της συνολικής κατάστασης υγείας/ποιότητας ζωής-Global health status/QoL (QL) του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ C30 συσχετίστηκε θετικά με τις υποκλίμακες «Θετική προσέγγιση», «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και «διεκδικητική επίλυση προβλήματος» του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ. Αντίθετα συσχετίζεται αρνητικά με την υποκλίμακα «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «Αποφυγή/διαφυγή». Ιδιαίτερη σημασία έχει η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς έχει δείχτει ότι επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής περισσότερο από την υποστήριξη που παρέχεται από την οικογένεια και τους φίλους (Luszczynska et al.,2013).

Η 12^η ερευνητική υπόθεση επίσης επιβεβαιώθηκε και η υποκλίμακα Global health status/QoL (QL) συσχετίστηκε θετικά με τις υποκλίμακες Past Positive (PP), Present Hedonistic (PH) και Future (F) και αρνητικά με τις υποκλίμακες Present Fatalistic (PF) και PN (Past Negative) του ερωτηματολογίου Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI). Συνεπώς, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν περισσότερο τη θετική προσέγγιση, αναζητούν κοινωνική υποστήριξη καθώς και όσοι έχουν προσανατολισμό στο μέλλον ή εμφανίζουν προτίμηση για άμεση ευχαρίστηση και ελάχιστη ανησυχία για μελλοντικές συνέπειες ή αξιολογούν θετικά το παρελθόν έχουν καλύτερη αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Αντίθετα η ποιότητα ζωής είναι χειρότερη σε όσους διατηρούν μια μοιρολατρική στάση απέναντι στη ζωή.

Ως προς τις υποκλίμακες συμπτωμάτων του EORTC-QLQ-C30 η δύσπνοια, ο βήχας, ο πόνος στο στήθος και ο πόνος στο χέρι ή στο ώμο συσχετίστηκαν αρνητικά και σημαντικά με όλες τις υποκλίμακες λειτουργικότητας. Η αιμόπτυση συσχετίστηκε αρνητικά μόνο με την κοινωνική λειτουργικότητα. Ο πόνος στο στόμα, η δυσφαγία και η αλωπεκία συσχετίζονται σημαντικά με τις 4 από τις 5 υποκλίμακες λειτουργικότητας (εξαιρείται η συναισθηματική λειτουργικότητα). Η περιφερική νευροπάθεια συσχετίζεται σημαντικά με τις 4 από τις 5 υποκλίμακες λειτουργικότητας (εξαιρείται η σωματική λειτουργικότητα). Ο πόνος σε άλλο σημείο το σώματος συσχετίζεται σημαντικά με τις 4 από τις 5 υποκλίμακες λειτουργικότητας (εξαιρείται η κοινωνική λειτουργικότητα).

Σχεδόν όλα τα συμπτώματα του EORTC-QLQ-C30 συσχετίστηκαν αρνητικά με την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Το μοναδικό σύμπτωμα με το οποίο δεν καταγράφεται σημαντική συσχέτιση είναι η διάρροια. Ακόμη, οι εννέα από τις δέκα υποκλίμακες συμπτωμάτων του EORTC-QLQ-LC13 συσχετίζονται αρνητικά με την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Οι μεγαλύτερες αρνητικές συσχετίσεις καταγράφονται (κατά φθίνουσα σειρά) με τη δύσπνοια, τον πόνο στο χέρι ή στον ώμο, το βήχα, την περιφερική νευροπάθεια και τον

πόνος στο στόμα. Μικρότερη αρνητική συσχέτιση καταγράφεται και με τον πόνο σε άλλο σημείο του σώματος, τον πόνο στο στήθος, τη δυσφαγία και την αλωπεκία. Η αιμόπτυση δε συσχετίζεται σημαντικά με την αντιληπτή υγεία και ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα είναι συμβατά με άλλες έρευνες που έδειξαν ότι τα συχνότερα συμπτώματα είναι η κόπωση, ο πόνος, η δύσπνοια, η απώλεια όρεξης και ο βήχας και μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη σωματική, κοινωνική και ψυχολογική ευεξία του ασθενούς και η ανακούφισή τους μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής (Langendijk et al., 2000c; Smith et al., 2001; Davis, 2012; Yang et al., 2012; York et al., 2012; Larsson et al., 2012, Lemonnier et al., 2014).

7.2. Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της έρευνας

Η πλήρης αξιολόγηση της παρούσας μελέτης περιέχει τα παρακάτω αναγραφόμενα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ως προς τα πλεονεκτήματα τα κυριότερα είναι τα εξής:

α) Το θέμα που εξετάστηκε καλύπτει ένα μεγάλο κενό τόσο στην ελληνικό όσο και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία, όπως άλλωστε προέκυψε και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι εντοπίστηκαν μόνο δύο έρευνες που εξετάζουν τη συσχέτιση της αίσθησης συνεκτικότητας με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής στο συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών. Συνεπώς η παρούσα εργασία παρέχει πληροφορίες και ενδείξεις που μπορούν να αξιοποιηθούν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται θεραπευτικά με ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Η έκταση εξάλλου του καρκίνου του πνεύμονα στη σύγχρονη εποχή αποδεικνύει τη χρησιμότητά της στην καθημερινή κλινική πρακτική.

β) Μέσω της διατριβής παρέχονται κατευθύνσεις και δημιουργούνται ερωτήματα και προβληματισμοί για περαιτέρω έρευνα του θέματος, επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων, εξέταση άλλων συναφών παραμέτρων κλπ.

γ) Το δείγμα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που εξετάστηκε, μολονότι προήλθε μόνο από ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Αθήνα, είναι σε μεγάλο βαθμό αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο προσέρχονται ασθενείς από όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας και τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το δείγμα αποτελούνταν από ασθενείς με ποικίλα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά, τα οποία προσεγγίζουν τα αντίστοιχα των ασθενών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα.

δ) Χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια, με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και μεταφρασμένα και προσαρμοσμένα πολιτισμικά στον ελληνικό πληθυσμό. Η αξιοπιστία των περισσότερων ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους ήταν ικανοποιητική.

Ως προς τους περιορισμούς της έρευνας, ως κυριότεροι θεωρούνται οι εξής:

α) Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν συγχρονικός (cross-sectional). Όπως είναι γνωστό οι συγχρονικές μελέτες έχουν χαμηλή σχετική ισχύ σε σχέση με άλλους ερευνητικούς σχεδιασμούς π.χ. τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, προοπτικές μελέτες σειράς, αναδρομικές μελέτες σειράς, μελέτες ασθενών-μαρτύρων. Ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει τη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ύπαρξη αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών και τη διερεύνηση της κατεύθυνσης των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών (π.χ. αν η χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας οδηγεί σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ή εάν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης οδηγούν σε χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας).

β) Σημαντικός περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι η αδυναμία καταγραφής του ακριβούς σταδίου της νόσου, είτε επειδή αυτή η πληροφορία δεν ήταν καταγεγραμμένη και επικαιροποιημένη είτε επειδή σε κάποιες άλλες περιπτώσεις (κυρίως σε ασθενείς που προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία) υπήρξε ανάγκη επανασταδιοποίησης της νόσου. Αυτό είχε ως συνέπεια και την αδυναμία σύγκρισης των βαθμολογιών με τα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ζωής που έχουν δημοσιευτεί στο εγχειρίδιο της EORTC (EORTC QLQ-C30 Reference Values manual), τα οποία όμως είναι ταξινομημένα ανάλογα με το στάδιο της νόσου (Scott et.,2008).

γ) Αναφορικά με τις μεθοδολογικές δυσχέρειες παρατηρήθηκε ότι ορισμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου CES-D στο συγκεκριμένο πληθυσμό δε μετρούν την κατάθλιψη αλλά τη σωματική κατάπτωση (ή τουλάχιστον κάτι τέτοιο αντιλαμβάνονται οι ασθενείς). Π.χ. αρκετοί ασθενείς απαντούν «τις περισσότερες φορές (5-7 μέρες/εβδομάδα) στην ερώτηση 20 (Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας-εργασία, σπίτι, σχολείο) καθώς έχουν στο μυαλό τους τη σωματική τους εξασθένηση και όχι την κακή τους ψυχολογική διάθεση. Παρόμοια αρκετοί αναφέρουν προβλήματα ύπνου, τα οποία όμως οφείλονται στη δύσπνοια, η οποία είναι κυρίαρχο σύμπτωμα στον καρκίνο του πνεύμονα. Αυτό ενδεχομένως οδηγεί σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα κατάθλιψης και ενδεχομένως να εξηγεί σε κάποιο βαθμό τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης που βρέθηκαν στην έρευνα.

δ) Ορισμένοι συγγραφείς (π.χ. Stone et al., 1991) επισημαίνουν ότι κατά τη χορήγηση μιας κλίμακας μέτρησης διάφορων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

είναι σκόπιμο να γίνεται ακριβής προσδιορισμός του προβλήματος το οποίο αντιμετωπίσε το άτομο, καθώς και της περιόδου για την οποία ενδιαφέρεται ο ερευνητής (πριν, κατά τη διάρκεια, μετά την εμφάνιση του προβλήματος). Συνιστούν, δηλαδή, τη μέτρηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων ως μια διαδικασία που μεταβάλλεται αναλόγως των συνθηκών (Καραδήμας, 1998). Ωστόσο, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων αποτελούν τόσο μεταβαλλόμενες διαδικασίες, όσο και σχετικώς σταθερά γνωρίσματα (Lazarus, 1991). Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ζητούσε από τους ασθενείς να δηλώσουν πώς αντιμετώπισαν τα προβλήματα που τους απασχολούσαν τον τελευταίο καιρό. Δηλαδή οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων θεωρήθηκαν ως σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Κατά συνέπεια ενδέχεται οι ασθενείς να απαντούσαν έχοντας στο μυαλό τους κάποιο άλλο πρόβλημα και όχι υποχρεωτικά τις δυσκολίες που προκύπτουν από τον καρκίνο του πνεύμονα.

ε) Καθώς οι συμμετέχοντες υποβάλλονταν σε ιατρικές εξετάσεις κατά την περίοδο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, η διαδικασία των εξετάσεων και της αναμονής ή λήψης των αποτελεσμάτων ενδέχεται να επηρέασε τις απαντήσεις που έδιναν στα ερωτηματολόγια.

ζ) Η χρήση συνέντευξης για τη συγκέντρωση των δεδομένων της έρευνας αυξάνει ενδεχομένως το συστηματικό σφάλμα που οφείλεται στην παρουσία ή στην αντίληψη του συνεντευκτή (interviewing bias). Επιπλέον ενδέχεται να έχουν προκύψει σφάλματα εξαιτίας της επιθυμίας των ασθενών να υπερβάλλουν ή να υποβαθμίσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Κατά συνέπεια δε μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο σφάλματος κοινωνικής αποδοχής (social desirability bias) ή το ενδεχόμενο σφάλματος αναφοράς (reporting bias). Τέλος το ερωτηματολόγιο CES-D έχει ως περίοδο αναφοράς τον τελευταίο μήνα και αυτό αυξάνει την πιθανότητα σφάλματος ανάκλησης (recall bias).

στ) Δε χρησιμοποιήθηκε ψυχιατρική συνέντευξη για την αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών, με βάση την οποία θα μπορούσε να οριστικοποιηθεί το αποτέλεσμα της έρευνας. Ακόμη ορισμένοι ασθενείς λάμβαναν αγωγή με αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα και ενδέχεται αυτό να είχε επίδραση στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου. Αντίθετα οι ασθενείς που λάμβαναν αγωγή με αντιψυχωτικά φάρμακα αποκλείστηκαν από την έρευνα.

7.3. Κλινικές προεκτάσεις

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα μπορούν να βοηθήσουν στη διατύπωση προτάσεων για την υποστηρικτική φροντίδα, τη συμβουλευτική καθοδήγηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα. Η σπουδαιότητά τους αναδεικνύεται και από γεγονός ότι η μελλοντική πρόκληση στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα δεν έγκειται μόνο στην βελτίωση της επιβίωσης, αλλά κυρίως της ποιότητας ζωής των ασθενών (Montazeri et al., 1998).

Η φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι πιο αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται μια διεπιστημονική προσέγγιση. Ο σχεδιασμός για την φροντίδα δεν θα πρέπει να καθυστερήσει αλλά να ξεκινήσει ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης. Στόχος της ιατρικής περίθαλψης για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι η μείωση από την επιβάρυνση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της ποιότητας της ζωής που απομένει και η αύξηση του οφέλους της επιβίωσης (Ford et al., 2013). Οι παρεμβάσεις πρέπει να εξειδικεύονται ανάλογα με το στάδιο της πάθησης και τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι οι στόχοι του ασθενούς συχνά εξελίσσονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους πρέπει να λαμβάνουν σαφείς και πλήρεις πληροφορίες από τους γιατρούς, και κατά συνέπεια μπορεί να είναι αναγκαία μια επένδυση σε χρόνο και προσπάθεια προκειμένου να επιτευχθεί μια ευθυγράμμιση ανάμεσα στους θεράποντες ιατρούς (Ford et al., 2013).

Το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα που εμφανίζουν κατάθλιψη είναι μεγάλο. Ακόμη οι ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής και υψηλή επιβάρυνση από τη νόσο. Όμως οι περισσότεροι δεν απευθύνονται σε κάποια πηγή υποστήριξης ή σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας για να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (Mosher et al., 2013). Κατά συνέπεια είναι επιβεβλημένη η εφαρμογή μέτρων και παρεμβάσεων για την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών προκειμένου να ανακουφιστούν ψυχολογικά, να προσαρμοστούν καλύτερα στις απαιτήσεις της ασθένειας και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Όλοι οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο πνεύμονα θα πρέπει να αξιολογούνται με συνέντευξη από ειδικό ψυχολόγο ως προς την ψυχολογική τους κατάσταση, την αναγνώριση των προστατευτικών τους παραγόντων και την στάση τους προς την νόσο και την ικανότητα προσαρμογής τους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ξεκαθαρίζεται από την αρχή ο λόγος της ψυχολογικής αξιολόγησης, καθώς πολλοί ασθενείς συγχέουν τις υπηρεσίες

του ψυχολόγου με την ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και αναπτύσσουν μια διστακτική στάση. Αυτό διαπιστώθηκε και κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας.

Οι ογκολόγοι δεν αναγνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τους ασθενείς με δυσφορία, ώστε να τους παραπέμψουν στη συνέχεια για ψυχιατρική αξιολόγηση (Söllner et al., 2001). Κατά συνέπεια μπορούν να χορηγούνται ειδικά ερωτηματολόγια από τον θεράποντα ιατρό σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς, ώστε να εκτιμάται η γενικότερη σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενούς, να αξιολογούνται οι διάφορες θεραπείες και να εντοπίζονται οι ιδιαίτερες ανάγκες, ώστε να πραγματοποιούνται στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης των συμπτωμάτων. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής.

Γενικά η ψυχιατρική εκτίμηση των ασθενών με καρκίνο περιλαμβάνει πλήρη ιατρική αξιολόγηση της περιοχής, του σταδίου και της θεραπείας του καρκίνου και των συνοδών ιατρικών παθήσεων ή θεραπειών, εκτίμηση του ψυχιατρικού ιστορικού, της παρούσας ψυχικής κατάστασης και της κατανόησης της νόσου και της πρόγνωσής της και εκτίμηση των συστημάτων υποστήριξης. Η ιδανική ψυχιατρική θεραπεία απαιτεί ταυτόχρονη χρήση πολλαπλών μεθόδων (ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία κλπ) για ανακούφιση της ψυχικής δυσφορίας (Breitbart & Alici, 2009).

Πολυάριθμες μέθοδοι ψυχοθεραπείας (γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, παρέμβαση στην κρίση, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχοθεραπεία) έχει διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικές στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο (Breitbart & Alici, 2009).

Η ψυχοθεραπεία είναι μια προτιμώμενη από τον ασθενή και πολλά υποσχόμενη στρατηγική για την θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο. Ενώ υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη σε άτομα χωρίς καρκίνο, είναι αβέβαιο ποιες θεραπείες είναι αποτελεσματικές σε καταθλιπτικούς ασθενείς με καρκίνο. Πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο, ωστόσο τα ευρήματα είναι αντικρουόμενα. Τα στοιχεία από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι είναι χρήσιμη σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, ωστόσο καμία ανασκόπηση δεν έχει εξετάσει την κατάθλιψη σε ασθενείς με ανίατο καρκίνο. Η αβεβαιότητα επιτείνεται στον καρκίνο του πνεύμονα εξαιτίας των ειδικών χαρακτηριστικών της πάθησης (Akechi et al., 2008; Walker et al., 2013a).

Αναφορικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο μπορούν να περιλαμβάνουν την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, τον εντοπισμό και ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων, την καλλιέργεια ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης και την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται σε ανάπτυξη της συναισθηματικής τους έκφρασης και σε επεξεργασία του στίγματος που συνδέεται με τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου. Η αξιολόγηση του χρονικού προσανατολισμού του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει στον έγκαιρο εντοπισμό των ευάλωτων ασθενών. Η αναπλαισίωση του χρονικού προσανατολισμού στις περιπτώσεις που απαιτείται μπορεί να αποτελέσει έναν αποτελεσματικό τρόπο για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η διαχείριση της ματαίωσης και του φόβου της υποτροπής και του θανάτου.

Η συναισθηματική έκφραση και η αποκάλυψη της ψυχολογικής δυσφορίας σχετίζεται με την ευεξία, την αναζήτηση (και την πρόθεση αναζήτησης) επαγγελματικής βοήθειας και την επιτυχία στη βραχεία ψυχοθεραπεία (Kahn et al., 2012) και προβλέπει τις αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη (Kahn & Hessling, 2001). Κατά συνέπεια η σημασία της έκφρασης της ψυχολογικής δυσφορίας για την ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα είναι καθοριστική. Αυτό αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία εάν ληφθεί υπόψη ότι οι ασθενείς του δείγματος της παρούσας έρευνας έχουν μεγαλύτερη τάση για απόκρυψη παρά για αποκάλυψη της ψυχολογικής τους δυσφορίας. Αυτό σχετίζεται ενδεχομένως με το πιθανό στίγμα της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου, την απειλητική για τη ζωή φύση της καθώς και με την ελλιπή ή κακή ενημέρωση των ασθενών.

Στην παρούσα έρευνα αποδείχθηκε ότι η αίσθηση συνεκτικότητας είναι ισχυρός προστατευτικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, ενώ συσχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης και με καλύτερη ποιότητα ζωής. Κατά συνέπεια η ενσωμάτωσή της στην κλινική πρακτική και στα διάφορα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα και η ενίσχυση των αισιόδοξων προσδοκιών για το μέλλον θα μπορούσαν να μειώσουν τη δυσφορία σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα και στους συντρόφους τους και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Ωστόσο δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία σχετικά με τη δυνατότητα καλλιέργειας-ανάπτυξης της προκειμένου να επιτευχθούν ευεργετικά αποτελέσματα για τη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών και η γνώση σχετικά με τη σταθερότητα της παραμένει ανολοκλήρωτη. Με άλλα λόγια δεν έχει απαντηθεί ξεκάθαρα το ερώτημα εάν η αίσθηση

συνεκτικότητας μπορεί να αυξηθεί μέσα από κάποιες παρεμβάσεις. Κατά συνέπεια μπορούν να οργανωθούν ειδικά προγράμματα με εστίαση στην καλλιέργεια της αίσθησης συνεκτικότητας και στη συνέχεια να αξιολογηθεί η αυξομείωσή της καθώς και η επίδρασή της στους διάφορους δείκτες ψυχικής υγείας. Το συγκεκριμένο πεδίο προσφέρεται για μελλοντική έρευνα και εφαρμογή των πορισμάτων της στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, χρησιμοποιούμενες σε συνδυασμό με την ιατρική θεραπεία, μειώνουν τη ναυτία και τον εμετό που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία. Ακόμη, μειώνουν την ενόχληση από τον πόνο και το άγχος που προκαλείται από τη δύσπνοια καθώς και τη συναισθηματική δυσφορία. Προάγουν την ενεργητική αντιμετώπιση, την αίσθηση ελέγχου και αισιοδοξίας και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Ryan, 1996). Παρόμοια, η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης εμετού σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πνεύμονα που λαμβάνουν χημειοθεραπεία (Parvez et al., 2007).

Ο πόνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Μία από τις χειρότερες πτυχές του είναι ότι αποτελεί μια σταθερή υπενθύμιση της ασθένειας και του θανάτου (Silvestri et al., 2002). Από την άλλη ο υπαρξιακός πόνος χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον ως μεταφορά για την ταλαιπωρία και μπορεί να περιλαμβάνει θέματα ενοχής, θρησκευτικούς φόβους, αίσθημα ανυπαρξίας νοήματος και το φόβο του αφανισμού και του επικείμενου αποχωρισμού. Αυτό μπορεί να εκφραστεί ως σωματικός πόνος ή/και να αποτελεί μια κύρια αιτία πόνου στο τέλος της ζωής (Azoulay et al., 2011). Η διαχείρισή του λοιπόν πρέπει να αποτελεί κεντρικό σημείο της ψυχολογικής παρέμβασης.

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν και σε ομαδικό επίπεδο στο χώρο των νοσοκομείων ή σε κάποια άλλη κατάλληλη δομή.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την εκπαίδευση-κατάρτιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η παροχή γνώσεων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμη στην καθημερινή κλινική πρακτική και να οδηγήσει σε δράσεις βελτίωσης των συμπτωμάτων και ανακούφισης των ασθενών. Ακόμη οι γιατροί και οι νοσηλευτές βρίσκονται σε άμεση και καθημερινή επαφή με τους ασθενείς και μπορούν να εντοπίζουν έγκαιρα και να παραπέμπουν όσους χρήζουν περαιτέρω βοήθειας αλλά και να συμμετάσχουν στην ψυχολογική τους φροντίδα στα πλαίσια της διεπιστημονικής προσέγγισης. Από την άλλη οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης και συναισθηματικές ανάγκες και οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι πάροχοι υγειονομικής

περίθαλψης είναι η καλύτερη πηγή πληροφοριών (Wiljer et al., 2012). Από τη σκοπιά των ασθενών και των οικογενειών τους, οι γιατροί συχνά αποτυγχάνουν να επικοινωνήσουν επαρκώς τις επιλογές σχετικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία, ενώ είναι γνωστό ότι τα φτωχά αποτελέσματα στην επικοινωνία συμβάλλουν σε συναισθηματική δυσφορία και ανατρέπουν τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων για τη φροντίδα (Edwards, 1998; Steinhäuser et al., 2000). Άρα η γνώση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών μπορεί να συμβάλλει και στην ανάπτυξη καλύτερης επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένειά του και να βελτιώσει τη φροντίδα. Ακόμη οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορεί να στοχεύουν στην ενεργοποίηση της παροχής κοινωνικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την προώθηση της ποιότητας ζωής σε αυτούς τους ασθενείς (Luszczynska et al., 2013).

Ο καρκίνος του πνεύμονα επιβάλλει πολλές απαιτήσεις και στους οικογενειακούς φροντιστές και επηρεάζει την ψυχολογική τους κατάσταση και την ποιότητα ζωής τους αλλά και την παρεχόμενη φροντίδα. Κατά συνέπεια τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν για την πληροφόρηση και εκπαίδευση των φροντιστών των ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις κατά την πορεία της νόσου.

Τα αποτελέσματα μπορούν ακόμη να εφαρμοστούν και στην παρηγορητική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα. Η παρηγορητική φροντίδα, εφαρμοζόμενη έγκαιρα και σε συνδυασμό με τα συνήθη ιατρικά μέτρα επηρεάζει την ποιότητα ζωής, μειώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και ενδεχομένως αυξάνει την επιβίωση (Temel et al., 2010). Κατά συνέπεια τα πορίσματα της επιστήμης της ψυχολογίας μπορούν να αποδειχτούν πολύτιμα σε αυτό το στάδιο της νόσου.

Τέλος τα αποτελέσματα και συμπεράσματα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης-προαγωγής της ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό (πχ για αποφυγή συμπεριφορών που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα) και για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των ασθενών, υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας και της θεωρίας της αίσθησης συνεκτικότητας.

7.4. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Απαιτούνται μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και να αποσαφηνιστούν οι

προσδιοριστικοί παράγοντες της αίσθησης συνεκτικότητας, της ψυχικής υγείας και της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη μελέτη των δημογραφικών και ιατρικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση συνεκτικότητας, την ψυχική υγεία και τη ΣΥΠΖ των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα. Οι έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν και σε ομάδες ασθενών με ιδιαίτερες ανάγκες και χαρακτηριστικά π.χ. σε ασθενείς με μεγάλη συνοσηρότητα, σε ασθενείς που δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές κλπ.

Η αίσθηση συνεκτικότητας, η ψυχική υγεία και η ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα θα μπορούσαν να αξιολογηθούν και με προοπτικό ερευνητικό σχεδιασμό και σε σύγκριση με ασθενείς με άλλες μορφές καρκίνου ή με τη χρήση ομάδας ελέγχου από το γενικό πληθυσμό, προκειμένου να διαπιστωθούν πιθανές διαφορές.

Ακόμη θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν προοπτικές μελέτες που θα επιβεβαιώνουν ή θα απορρίπτουν την άποψη ότι η αίσθηση συνεκτικότητας παραμένει σχετικά σταθερή όσο «δε συμβαίνουν ριζικές και μη υποφερτές αλλαγές στη ζωή κάποιου». Δηλαδή θα μπορούσε να γίνει αξιολόγηση της διαχρονικής εξέλιξής της SOC με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις κατά τη διάφορα στάδια της ασθένειας (πριν τη διάγνωση, κατά τη διάγνωση, μερικούς μήνες μετά κλπ). Με αυτό τον τρόπο μπορεί να διαπιστωθεί εάν η εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα αποτελεί μείζον τραυματικό γεγονός που αλλάζει τη θεώρηση του κόσμου και ξεπερνά τις ικανότητες αντιμετώπισης του ατόμου. Με τον ίδιο τρόπο θα μπορούσαν να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών που παρουσιάζουν σταθερότητα της SOC κατά την πορεία της ασθένειάς τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε και η μελέτη του στίγματος των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα και η εξέταση της συσχέτισής του με την αίσθηση συνεκτικότητας, το κάπνισμα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Αναγκαία είναι επίσης η διερεύνηση της επίδρασης του στίγματος στην ψυχολογική δυσφορία και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Από διάφορες έρευνες προκύπτει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν ρόλο στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, ωστόσο η σχέση αυτή πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω.

Με διάφορους ερευνητικούς σχεδιασμούς θα μπορούσε να αξιολογηθεί η συσχέτιση της αίσθησης συνεκτικότητας με το χρόνο που μεσολάβησε για την αναφορά των συμπτωμάτων σε έναν γιατρό μετά από την παρατήρηση ενοχλήσεων αλλά και με την εφαρμογή των ιατρικών υποδείξεων.

Μια άλλη παράμετρος που θα μπορούσε να εξεταστεί είναι ο ρόλος της ενημέρωσης τους ασθενούς στην ψυχική υγεία και στην αντιληπτή ποιότητα ζωής και η συσχέτισή της με την αίσθηση συνεκτικότητας. Παρόμοια θα μπορούσαν να διερευνηθούν πιθανές διαφορές στην αίσθηση συνεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών τους.

Ακόμη θα μπορούσε να διερευνηθεί επίδραση της αίσθησης συνεκτικότητας στην εικόνα σώματος των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα και να συγκριθεί ενδεχομένως με άλλες μορφές καρκίνου (μαστού, στομάχου κλπ).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα σε σχέση με το χρονικό προσανατολισμό, όπως αναλύεται στη θεωρία του Philip Zimbardo.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνικές

- Αναγνωστοπούλου, Τ., & Κιοσέογλου, Γρ. (2014). <http://www.ipsy.gr/questionnaires.aspx?langid=1>
- Βόμβας Δ. (2012). *Διαταραχές σεξουαλικής λειτουργικότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής.
- Γερογιάννη, Ε. & Γουργουλιάνης, Κ. (2006). Καρκίνος του πνεύμονα, χημειοπροστασία και βιταμίνη Α. *Πνεύμων*, 19(2), 99-111.
- Γναρδέλλης, Χ. (2013). *Ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics 21*, εκδόσεις Παπαζήση.
- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*, εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Δαφέρμος, Β. (2011). *Κοινωνική Στατιστική και μεθοδολογία έρευνας με το SPSS*, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 5(3), 260-273.
- Καραλής, Ι., Langius, Α., Τσιρογιάννη Μ., Faresjö, Τ., Nettelbladt, Ρ., & Λιονής, Χ. (2004). Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(2), 195-203.
- Καραπούλιος, Δ., Γκέτσιος, Ι., Ρίζου, Β., Τσικλιτάρα, Α., Κωστοπούλου, Στ., Μπαλοδήμου, Χ., & Μάργαρη Ν. (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12 (4), 428-440.
- Κατσαραγάκης, Στ., & Πατηράκη, Ε. (2007). Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, *Νοσηλευτική*, 46, 1.
- Κατσαραγάκης, Στ. (2005). *Ποιότητα ζωής ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα: διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών και των συντρόφων τους*. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Κωσταράς, Θ., Τσελεμπής, Αθ., Μπράτης, Δ., Σταμούλη, Δ., Μπότσης, Α., Αναγνωστοπούλου, Μ., Χριστοδουλάκη, Α., Παχή, Α., Καρκανιάς, Αθ., & Μουσσάς, Γ. (2011). Αλκοολισμός και αίσθημα απελπισίας σε άνδρες με διαγνωσμένο καρκίνο πνεύμονα. *Εγκέφαλος*, 48(3), 103-107.
- Κωταντούλα, Γ., & Winterhalder, R.C. (2003). Χημειοπροφύλαξη στον καρκίνο του πνεύμονα, *Πνεύμων*, 16 (2), 189-198.
- Μαδιανός, Μ., Βαϊδάκης, Ν., Τομαράς, Β., & Καψάλη, Α. (1983). Η διερεύνηση της επικράτησης της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό με την κλίμακα CES-D. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της. *Εγκέφαλος*, 20 (1), 29-32.
- Μουσσάς, Γ., Παπαδοπούλου, Α., Χριστοδουλάκη, Α., & Καρκανιάς, Α. (2012). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: σχέση με την εντόπιση της νόσου. *Ψυχιατρική*, 23, 46-60.
- Ογκολογική Μονάδα Γ' Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών (2014). www.lungcancer.gr.
- Οικονόμου, Γ., & Καλόφωνος Χ. (2003). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών στα πλαίσια της κλινικής έρευνας. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*, 2 (3/4), 248-257.
- Παπαγιάννης, Α. (2003). Περιβαλλοντικοί, μη επαγγελματικοί παράγοντες και καρκίνος του πνεύμονα, *Πνεύμων*, 16(1), 29-37.
- Παπαγιάννης, Α. (2001). Προβλήματα και ανάγκες φροντίδας των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα: η εμπειρία ενός ιδιωτικού ιατρείου, *Πνεύμων*, 14 (1), 51-60.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2009). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, 6^η έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Συρίγος, Κ., & Διονέλης, Γ. (2003). Αντιμετώπιση του ηλικιωμένου ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα. *Πνεύμων*, 16 (3), 332-336.
- Τσελεμπής, Α., Μπράτης, Δ., Παχή, Α., Μουσσάς, Γ., Καρκανιάς, Α., Χαρικιοπούλου, Μ., Θεοδοωρακοπούλου, Ε., Κοσμάς, Ε., Ηλίας, Ι., Σιαφάκας, Ν., Βγόντζας, Α., & Τζανάκης, Ν. (2013). Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια: Εσωτερική συγκρότηση και οικογενειακή υποστήριξη έναντι άγχους και κατάθλιψης, *Ψυχιατρική*, 24 (2), 109-116.

Βιβλιογραφία

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., de Haes JC et al. (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 National Cancer Institute*, 85, 365-375. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
- Aass, N., Fossa, SD., Dahl, AA., & Moe, TJ. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer*, 33, 1597-1604. doi: 10.1016/s0959-8049(97)00054-3
- Abbott, J. (2003). Coping with cystic fibrosis. *Proc R Soc Med*, 96, 42-50.
- Abhishekh, H. A., Balaji, A. L., & Mehta, R. M. (2014). Depression in lung cancer patients. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), 307.
- Adcock, I.M., Caramori, G., & Barnes, P.J. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: new molecular insights. *Respiration*, 81(4), 265-284. doi: 10.1159/000324601
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med J*, 48 (5), 385-391.
- Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer*, 6(3), 281-286. doi: 10.1007/s005200050167
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, TA. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(2), CD005537.
- Albertsen, K., Nielsen, M., & Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work Stress*, 15 (241-253). doi: 10.1002/14651858.CD005537.pub2
- Albrecht, T.L., & Adelman, M.B. (1987). Communicating social support: A theoretical perspective. In Albrecht, T.L. & Adelman, M.B. (Eds.). *Communicating social support*, CA: Sage.
- Aldwin, C. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *J Gerontol*, 46(4), 174-180. doi: 10.1093/geronj/46.4.p174
- Aldwin, C., Sutton, K., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping and appraisal: findings from the Normative Aging Study. *J Gerontol: Series B*, 51B(4), 179-188. doi: 10.1093/geronb/51b.4.p179
- Alfano, C.M., Klesges, R.C., Murray, D.M., Bowen, D.J., McTiernan, A., Vander Weg, M.W., Robinson, L.A., Cartmel, B., Thornquist, M.D., Barnett, M., Foodman, G.E., & Omenn, G.S. (2004). Physical activity in relation to all-site and lung cancer incidence and mortality in current and former smokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13(12), 2233-2241.
- Allen, M.S., Darling, G.E., Pechet, T.T., Mitchell, J.D., Herndon, J.E., Landreneau, R.J., Inculet R.I., Jones, D.R., Meyers, B.F., Harpole, D.H., & Rusch V.W. (2006). Morbidity and mortality of major pulmonary resections in patients with early-stage lung cancer: initial results of the randomized, prospective ACOSOG Z0030 trial. *Ann Thorac Surg*, 81(3), 1013-1019. doi: 10.1016/j.athoracsur.2005.06.066
- American Cancer Society (2018). <http://www.cancer.org/cancer/lungcancer/index>.
- American Lung Association (2018). <https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/learn-about-lung-cancer/what-is-lung-cancer/lung-cancer-basics.html>.
- Anagnostopoulos, F., & Griva, F. (2012). Exploring Time Perspective in Greek Young Adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and Relationships with mental health indicators. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 106(1), 41-59. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9792-y>
- Anant, M., Guleria, R., Pathak, AK., Bhutani, M., Pal, H., Charu, M., & Kochupillai, V. (2005). Quality of life measures in lung cancer. *Indian J Cancer*, 42(3), 125-32. doi: 10.4103/0019-509x.17056
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36, 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)

- Apostolidis, T., Fieulaine, N., & Florence, S. (2006). Future time perspective as predictor of cannabis use: Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 2339-2343. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.03.008
- Araujo, I. L., Castro, M. C., Daltro, C., & Matos, M. A. (2016). Quality of life and functional independence in patients with osteoarthritis of the knee. *Knee surgery & related research*, 28(3), 219-224. doi: 10.5792/ksrr.2016.28.3.219
- Argiris, A. & Murren, JR. (2001). Staging and clinical prognostic factors for small-cell lung cancer. *Cancer J*, 7(5), 437-447.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 32. doi: 10.1186/1477-7525-2-32
- Asaph, J.W., Keppel, J.F., Handy J.R., Jr., Douville, E.C., Tsen, A.C., & Ott, G. (2000). Surgery for second lung cancers. *Chest*, 118(6), 1621-1625. doi: 10.1378/chest.118.6.1621
- Asomaning, K., Miller, D., Liu, G., Wain, J., Lynch, T., Su, L., & Christian, D. (2008). Second hand smoke, age of exposure and lung cancer risk. *Lung Cancer*, 61 (1), 13-20. doi: 10.1016/j.lungcan.2007.11.013
- Australian Centre on Quality of Life Instruments (2013). www.acqol.deakin.edu.au.
- Azoulay, D., Jacobs, JM., Cialic, R., Mor, EE., & Stessman, J. (2011). Opioids, survival and advanced cancer in the hospice setting. *J Am Med Dir Assoc*, 12(2), 129-134. doi: 10.1016/j.jamda.2010.07.012
- Balduyck, B., Hendriks, J., Sardari Nia, P., Lauwers, P., & Van Schil, P. (2009). Quality of life after lung cancer surgery: a review. *Minerva Chir*, 64(6), 655-663.
- Barlesi, F., Pujol, J.L., & Dares, J.P. (2005). Should chemotherapy (Cx) for advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) be platinum-based? a literature-based meta-analysis of randomized trials. *J Clin Oncol*, 23(16s), suppl:673s. doi: 10.1016/j.lungcan.2005.11.001
- Barr, LK., Kahn, JH., & Schneider, WJ. (2008). Individual differences in emotion expression: Hierarchical structure and relations with psychological distress. *J Soc Clin Psychol*, 27(10), 1045-1077. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.10.1045>
- Barrera-Rodriguez, R. & Morales-Fuentes, J. (2012). Lung cancer in women. *Lung Cancer (Auckl)*, 3, 79-89. doi: 10.2147/LCTT.S37319
- Baum, A. & Posluszny, D. (2001). Traumatic stress as a target for intervention with cancer patients. In: Baum, A. (Ed) & Andersen, B.L. (Ed). (2001). *Psychosocial interventions for cancer*, American Psychological Association.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L.(2001). The validity of Antonovsky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *J Adv Nurs*, 33, 432-438. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01692.x
- Bergh, I., & Björk, M. (2012). Sense of coherence over time for parents with a child diagnosed with cancer. *BMC Pediatr*, 21(12), 79. doi: 10.1186/1471-2431-12-79
- Bergman, B., Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Kaasa, S. , & Sullivan, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer*, 30 (5), 635-642. doi: 10.1016/0959-8049(94)90535-5
- Bergstein, M., Weizman, A., & Solomon, Z. (2008). Sense of coherence among delusional patients: prediction of remission and risk of relapse. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 288-296. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.06.011
- Berntsson, L., & Gustafsson, J-E.(2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scand J Public Health*, 28, 283-293.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Pers Soc Psychol*, 46, 877-891. doi: 10.1037//0022-3514.46.4.877
- Bitsko, MJ., Stern, M., Dillon, R., Russell, EC., & Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 50(3), 613-619. doi: 10.1002/pbc.21337

- Boeckxstaens, P., Vaes, B., De Sutter, A., Aujoulat, I., van Pottelbergh, G., Matheï, C., & Degryse, J.M.(2016). A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *Ann Fam Med*, 14(4), 337-343. doi: 10.1370/afm.1950
- Boffetta, P.(2006). Human cancer from environmental pollutants: the epidemiological evidence. *Mutat Res*, 608(2), 157-162. doi: 10.1370/afm.1950
- Bolotova, A.K., & Hachaturova, M.R.(2012). The Person and the Time: Choosing Coping Behaviours. *Cultural-Historical Psychology*, 69-76. <https://doi.org/10.17759/chp>
- Bolotova, A.K. & Hachaturova, M.R.(2013).The role of time perspective in coping behaviour. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6 (3),120-131. doi: 10.11621/pir.2013.0311
- Bothmer, von M., & Fridlund, B.(2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scand J Caring Sci*, 17 (347-357). doi: 10.1046/j.0283-9318.2003.00234.x
- Boyar, M. & Raftopoulos, H. (2005). Supportive care in lung cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, 19(2), 369-387. doi: 10.1016/j.hoc.2005.02.007
- Boyd, J., Weissman, M., Thompson, & Myers, J. (1982). Screening for Depression in a Community Sample: Understanding the Discrepancies Between Depression Symptom and Diagnostic Scales. *Arch Gen Psychiatry*, 39(10),1195-1200. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290100059010
- Bravo-Iñiguez , C., Perez Martinez, M., Armstrong, KW., & Jaklitsch, MT. (2014). Surgical resection of lung cancer in the elderly. *Thorac Surg Clin*, 24(4), 371-381. doi: 10.1016/j.thorsurg.2014.07.001
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2009). Psycho-Oncology. *Harvard Rev Psychiatry*, 17(6), 361-376. doi: 10.3109/10673220903465700
- Breslin, F.C., Ibrahim, S., Hepburn, C.G., & Cole, D. (2006). Understanding stability and change in psychological distress and sense of coherence: A four-year prospective study. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 1-21. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00001.x>
- Brown Johnson, C. G., Brodsky, J. L., & Cataldo, J. K. (2014). Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *J Psychosoc Oncol*, 32(1), 59-73. doi: 10.1080/07347332.2013.855963
- Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K., & Dileo, C. (2008). The sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *J Holist Nurs*, 26(4), 286-294. <https://doi.org/10.1177/0898010108317400>
- Buccheri, G. (1998). Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome. *Eur Respir J*, 11(1), 173-178. doi: 10.1183/09031936.98.11010173
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Gandek, B., Wagner, A., Aaronson, N., Bech, P., Fukuhara, S., Kaasa, S., & Ware, J.E. Jr. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *J Clin Epidemiol*, 51, 913-923. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00082-1
- Cagle, P.T.& Allen, T.C. (2008). Genetic susceptibility to lung cancer. In: Zander, D., Popper, H.H., Jaigrdar, J., Haque, A., Cagle, P.T., Barrios, R. (eds). *Molecular pathology of lung diseases*. Springer.
- Cagle, P.T., Jagirdar, J., & Popper, H. (2008). Molecular pathology and genetics of lung cancer. In: Tomashefski, J., Cagle, P.T., Farver, C., Fraire, A. (eds). *Dail and hammar's pulmonary pathology*. Springer.
- Cagle, P.T., Allen, T.C., Beasley, M.B., Chirieac, L.R., Dacic, S., Borczuk, A.C., & Kerr, K.M. (eds.) (2012). *Molecular Pathology of Lung Cancer*. Molecular Pathology Library 6, Springer.
- Camps, C., del Pozo, N., Blasco, A., Blasco,P., & Sirera,R.(2009). Importance of quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. *Clin Lung Cancer*, 10(2), 83-90. doi: 10.3816/CLC.2009.n.010
- Canadian Cancer Society (2018). <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/lung/diagnosis/?region=ab>.
- Cancer research UK (2019). Lung cancer incidence statistics. www.cancerresearchuk.org.
- Cannon, J., Win, T., & Ferguson, M.(2008). Long-term quality of life after lung resection. *Thorac Surg Clin*, 18(1), 81-91. doi: 10.1016/j.thorsurg.2007.10.004

- Carelli, M., Wiberg, B., & Wiberg, M. (2011). Development and construct validation of the Swedish Zimbardo time perspective inventory. *Eur J Psychol Assess*, 27, 220–227. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000076>
- Cataldo, JK., & Brodsky, JL. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85,(1), 33-40. doi: 10.1159/000350834
- Cederblad, M. , Pruksachatkunakorn, P. , Boripunkul, T., Intraprasert, S., & Höök, B. (2003). Sense of coherence in a Thai sample. *Transcult Psychiatry*, 40, 585-600. doi: 10.1177/1363461503404007
- Cella, D.(2004). Quality of life considerations in patients with advanced lung cancer. *Semin Oncol*, 31(6 suppl 11),16–20. doi: 10.1053/j.seminoncol.2004.10.004
- Cella, D.F., Bonomi, A.E., Lloyd, S.R., Tulskey, D.S., Kaplan, E., & Bonomi, P.(1995). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L) quality of life instrument. *Lung Cancer* , 12, 199-220. doi: 10.1016/0169-5002(95)00450-f
- Cella, DF., & Patel, JD. (2008). Improving health-related quality of life in non-small-cell lung cancer with current treatment options. *Clin Lung Cancer*, 9(4), 206-12. doi: 10.3816/CLC.2008.n.030
- Cella, DF., Tulskey, DS., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11(3), 570-579.
- Chambers, A., Routledge, T., Pilling, J., & Scarci, M.(2010). In elderly patients with lung cancer is resection justified in terms of morbidity, mortality and residual quality of life? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 10(6), 1015-1021. doi: 10.1510/icvts.2010.233189
- Chambers, SK., Dunn, J. , Occhipinti, S., Hughes, S., Baade, P., Sinclair, S., Aitken, J., Youl, P., & O’Connell, D.L. (2012). A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes. *BMC Cancer*, 20(12), 184. doi: 10.1186/1471-2407-12-184
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A.(2004). Stigma, shame and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ*, 19, 328 (7454), 1470. <https://doi.org/10.1136/bmj.38111.639734.7C>
- Chatwin, J. & Sanders, C. (2013). The influence of social factors on help-seeking for people with lung cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 22(6), 709-713. doi: 10.1111/ecc.12078
- Claassens, L. , van Meerbeeck, J., Coens, C., Quinten, C., Ghislain, I., Sloan, E.K., Wang, X.S., Velikova, G., & Bottomley, A. (2011). Health-related quality of life in non-small-cell lung cancer: an update of a systematic review on methodologic issues in randomized controlled trials. *J Clin Oncol*, 29(15), 2104-2120. doi: 10.1200/JCO.2010.32.3683
- Clauser, S.B., Arora, N.K., Bellizzi, K.M., Haffer, S.C., Topor, M., & Hays, R. D. (2008). Disparities in HRQOL of cancer survivors and non-cancer managed care enrollees. *Health care financ rev*, 29(4), 23-40.
- Cohen, F. & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G.C. Stone, F. Cohen & N.E. Adler. *Health Psychology*, Jossey-Bass.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* , 98, 310-357.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In Cohen S, Underwood L, Gottlieb B (eds.). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, Oxford University Press.
- Collingwood, J. (2006). Your-sense-of-coherence. <http://psychcentral.com/lib/2006/your-sense-of-coherence/>
- Consonni, D., Pierobon, M., Gail, M.H., Rubagotti, M., Rotunno, M., Goldstein, A., Goldin, L., Lubin, J., Wacholder, S., Caporaso, N.E., Bertazzi, P.A., Tucker, M.A., Pesatori, A.C., & Landi, M.T. (2015). Lung Cancer Prognosis Before and After Recurrence in a Population-Based Setting. *J Natl Cancer Inst*. 107(6), djv059. doi: 10.1093/jnci/djv059
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.

- Coyne, J. C. & Lazarus, R.S. (1979). Cognitive style, stress perception and coping. In I.L. Kutash & L.B. Schlesinger . *Handbook on stress and anxiety: Contemporary Knowledge, theory and treatment*, Jossey-Bass.
- Cykert, S., Kissling, G., & Hansen, C.J. (2000). Patient preferences regarding possible outcomes after lung resection: what outcomes should preoperative evaluations target? *Chest*, 117, 1551-1559. doi: 10.1378/chest.117.6.1551
- Dalton, S.O., Frederiksen, B.L., Jacobsen, E., Steding-Jessen, M., Østerlind, K., Schüz, J., Osler, M., & Johansen, C. (2011). Socioeconomic position, stage of lung cancer and time between referral and diagnosis in Denmark, 2001-2008. *Br J Cancer*, 105(7), 1042-1048. doi: 10.1038/bjc.2011.342
- Davis, M.P. (2012). The emerging role of palliative medicine in the treatment of lung cancer patients. *Cleve Clin J Med*, 79 Electronic Suppl 1:eS51-5. doi: 10.3949/ccjm.79.s2.11
- Dean, G.E., Redeker, N.S., Wang, Y.J., Rogers, A.E., Dickerson, S.S., Steinbrenner, L.M., & Gooneratne, N.S. (2013). Sleep, mood, and quality of life in patients receiving treatment for lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 40(5), 441-451. doi: 10.1188/13.ONF.441-451
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country. *Pers Soc Psychol Bull*, 27 (8), 930-942. <https://doi.org/10.1177/0146167201278002>
- Denton, T.A., & Matloff, J.M. (1995). Optimizing cardiothoracic surgery information for a managed care environment. *Ann Thorac Surg*, 60, 1522-1555. doi: 10.1016/0003-4975(95)94076-D
- Derlega, V., & Berg, J. (1987). *Self-disclosure. Theory, research and practice*, Plenum Press.
- Dixon, W.A., Heppner, P.P., Burnett, J.W., Anderson, W.P., & Wood, P.K. (1993). Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences of problem-solving appraisal and depressive symptoms. *J Couns Psychol*, 40, 357-364. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.3.357>
- Dominguez-Ventura, A., Allen, M.S., Cassivi, S.D., Nichols, F.C. 3rd, Deschamps, C., & Pairolero, P.C. (2006). Lung cancer in octogenarians: factors affecting morbidity and mortality after pulmonary resection. *Ann Thorac Surg*, 82(4), 1175-1179. doi: 10.1016/j.athoracsur.2006.04.052
- Dooms, C.A., Pat, K.E., & Vansteenkiste, J.F. (2006). The effect of chemotherapy on symptom control and quality of life in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*, 6(4), 531-544. doi: 10.1586/14737140.6.4.531
- Dressler, W.W. (1985). The social and cultural context of coping: action, gender, and symptoms in a southern black community. *Soc Sci Med*, 21, 499-506. doi: 10.1016/0277-9536(85)90033-4
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: findings based on patient and interview and their implications. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 77-98. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x>
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E., & Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychol*, 11(2), 79-87. doi: 10.1037//0278-6133.11.2.79
- Ebbert, J.O., Yang, P., Vachon, C.M., Vierkant, R.A., Cerhan, J.R., Folsom, A.R., & Sellers, T.A. (2003). Lung Cancer Risk Reduction After Smoking Cessation: Observations From a Prospective Cohort of Women. *J Clin. Oncol*, 21(5), 921-926. doi: 10.1200/JCO.2003.05.085
- Edwards, M.J. (1998). Access to quality cancer care: consensus statement of the American Federation of Clinical Oncologic Societies. *Ann Surg Oncol*, 5(7), 657-659. doi: 10.1200/JCO.1998.16.4.1628
- Ellis, J. (2012). The impact of lung cancer on patients and carers. *Chron Respir Dis*, 9(1), 39-47. doi: 10.1177/1479972311433577
- Ellis, J., Lloyd Williams, M., Wagland, R., Bailey, C., & Molassiotis, A. (2013). Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 22(1), 97-106. doi: 10.1111/ecc.12003
- England, M., & Artinian, B. (1996). Salutogenic Psychosocial Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 14(3), 147-195. doi: 10.1177/089801019601400302

- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale-a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59, 460-466. doi: 10.1136/jech.2003.018085
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60(5), 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M. (2016). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., et al. (eds). *The Handbook of Salutogenesis*, Springer.
- Eriksson, M. , Lindström, B. , & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, 61(8), 684-688. doi: 10.1136/jech.2006.047498
- Eriksson, M.(2000). Focusing on salutogenic factors: Sense of coherence, social support and belief in the future. In: Lilja J, Eriksson M, Bauer M, eds. *Perceived health and symptoms of depression in three local communities in the Åland islands*. (In Swedish). Mariehamn: Ålands Högskola.
- Eriksson, N., & Lundin, T. (1996). Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the m/s Estonia disaster. *Br J Psychiatry*, 169, 713-716. doi: 10.1192/bjp.169.6.713
- European Lung Foundation (2018). <http://www.european-lung-foundation.org/65-european-lung-foundation-elf-what-is-lung-cancer.htm>.
- Falk Dahl, C.A. , Reinertsen, K.V. , Nesvold, I.L., Fosså, S.D., & Dahl, AA.(2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116 (15), 3549-3557. doi: 10.1002/cncr.25251
- Faller, H., & Bülzebruck, H. (2002). Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 159(12), 2105-2107. doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.2105
- Faller, H., & Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psychooncology*, 13(5), 359-363. doi: 10.1002/pon.783
- Faller, H., Bülzebruck, H., Drings, P., & Lang, H. (1999). Coping, distress and survival among Patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 56(8), 756-762. doi: 10.1001/archpsyc.56.8.756
- Faller, H., Schilling, S., & Lang, H. (1995). Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. *J Psychosom Res*, 39(5):619-627. doi: 10.1016/0022-3999(94)00002-6
- Fallowfield, L., & Harper, P. (2005). Health-related quality of life in patients undergoing drug therapy for advanced non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer*, 48 (3), 365-377. doi: 10.1016/j.lungcan.2004.11.018
- Fayers, PM., Aaronson, NK., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- Feldman, P.J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C.A., & Wadhwa, P.D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in pregnancy. *Psychosom Med*, 62, 715-725. doi: 10.1097/00006842-200009000-00016
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. *Work Stress*, 11(2), 134-147. <https://doi.org/10.1080/02678379708256830>
- Feldt, T.(2000). *Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. Jyva"skylä" studies in education, psychology and social research*. Doctoral thesis, University of Jyva"skylä".
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Ruoppila, I. (2003). The stability of sense of coherence: Comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1151-1165. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00325-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00325-2)
- Feldt, T., Leskinen, E., Koskenvuo, M., Suominen, S., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2011). Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered approach. The population-based HeSSup cohort study. *Qual Life Res*, 20(1), 69-79. doi: 10.1007/s11136-010-9720-7
- Ferrell, B., Koczywas, M., Grannis, F., & Harrington, A. (2011). Palliative care in lung cancer. *Surg Clin North Am*, 91(2), 403-417. doi: 10.1016/j.suc.2010.12.003
- Figueiredo, M.I., Fries, E., & Ingram, K.M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psychooncology*, 13(2), 96-105. doi: 10.1002/pon.717

- Flensburg-Madsen, T. , Ventegodt, S. , & Merrick, J. (2005). Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *Scientific World Journal*, 14(5), 767-776. doi: 10.1100/tsw.2005.89
- Floyd, A., Dedert, E., Ghate, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Studts, J.L., Stetson, B., & Sephton, S.E. (2011). Depression may mediate the relationship between sense of coherence and quality of life in lung cancer patients. *J Health Psychol*, 16(2), 249-257. doi: 10.1177/1359105310371856
- Foelker, G.A Jr., & Shewchuk, R.M. (1992). Somatic complaints and the CES-D. *J Am Geriatr Soc*, 40(3), 259-262. doi: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb02079.x
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 219-239. doi: 10.2307/2136617
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*, 54, 466-475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med*, 45(8), 1207-1221. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3)
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health and coping*, Oxford University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 50, 992-1003. doi: 10.1037//0022-3514.50.5.992
- Ford, D.W., Koch, K.A., Ray, D.E., & Selecky, P.A. (2013). Palliative and end-of-life care in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 143(5 Suppl), e498S-512S. doi: 10.1378/chest.12-2367
- Forland, G., Eriksson, M., Silen, C., & Ringsberg, K. (2018). Sense of Coherence: Learning to live with chronic illness through health education. *Health Education Journal*, 77(1), 96-108. <https://doi.org/10.1177/0017896917738119>
- Forsberg, K.A., Björkman, T., Sandman, P.O., & Sandlund, M. (2010). Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence. *J Clin Nurs*, 19(11-12), 1519-1528. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03010.x
- Forsythe, C.J., & Compas, B.E. (1987). Interaction of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognit Ther Res*, 11, 473-485. <https://doi.org/10.1007/BF01175357>
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. G., & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale. *BMC Psychiatry*, 1, 3. doi: 10.1186/1471-244x-1-3
- Fox, C.A., Blanton, P.W., & Morris, M.L. (1999). Religious problem-solving styles: Three styles revisited. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 673-677. <https://doi.org/10.2307/1388148>
- Freedman, OC., & Zimmermann, C. (2009). The role of palliative care in the lung cancer patient: can we improve quality while limiting futile care? *Curr Opin Pulm Med*, 15(4), 321-326. doi: 10.1097/MCP.0b013e32832b8a5d
- Freudenheim, J.L., Ritz, J., Smith-Warner, S.A., Albanes, D., Bandera, E.V., van den Brandt, P., Colditz, G., Feskanich, D., Goldbohm, R.A., Harnack, L., Miller, A., Rimm, E., Rohan, T.E., Sellers, T.A., Virtamo, J., Willet, W.C., & Hunter, D.J. (2005). Alcohol consumption and risk of lung cancer: a pooled analysis of cohort studies. *Am J Clin Nutr*, 82(3), 657-667. doi: 10.1093/ajcn.82.3.657
- Friedenreich, CM., & Orenstein, MR. (2002). Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutr*, 132(11 suppl):3456S-3464S. <https://doi.org/10.1093/jn/132.11.3456S>
- Froesch, P., Martucci, F., Györík, S., Dutly, AE., & Cafarotti, S. (2014). Management of non-small cell lung cancer in the elderly. *Eur J Intern Med*, 25(10), 888-894. doi: 10.1016/j.ejim.2014.10.024

- Gallagher, E.N., & Vella-Brodrick, D.A. (2008). Social Support and Emotional Intelligence as Predictors of Subjective Well-Being. *Pers Individ Dif*, 44, 1551-1561. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.011>
- Ganguli, A., Wiegand, P., Gao, X., Carter, J.A., Botteman, M.F., & Ray, S. (2013). The impact of second-line agents on patients' health-related quality of life in the treatment for non-small cell lung cancer: a systematic review. *Qual Life Res*, 22(5), 1015-26.
- Gauden, S.J., & Tripcony, L. (2001). The curative treatment by radiation therapy alone of stage I non - small lung cancer in a geriatric population. *Lung Cancer*, 32(1), 71-79. doi: 10.1016/S0169-5002(00)00199-9
- Gaughan, E.M., Cryer, S.K., Yeap, B.Y., Jackman, D.M., & Costa, D.B. (2012). Family history of lung cancer in never smokers with non-small-cell lung cancer and its association with tumors harboring EGFR mutations. *Lung Cancer*, 79(3), 193-197. doi: 10.1016/j.lungcan.2012.12.002
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc Sci Med*, 44, 1771-1779. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00286-9
- Gilbar, O., & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/ spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psychooncology*, 16(11), 1010-1018. doi: 10.1002/pon.1168
- Gilbar, O. (2003). Do attitude toward cancer, sense of coherence and family high risk predict more psychological distress in women referred for a breast cancer examination? *Women Health*, 38(2), 35-46. doi: 10.1300/J013v38n02_03
- Ginsburg, M.L., Quirt, C., Ginsburg, A.D., & MacKillop, W.J. (1995). Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ*, 152(5), 701-708.
- Gironés, R., Torregrosa, D., Gómez-Codina, J., Maestu, I., Tenias, J.M., & Rosell, R. (2012). Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians. *Clin Transl Oncol*, 14(3), 183-189. doi: 10.1007/s12094-012-0782-6
- Gonzalez, B.D., & Jacobsen, P.B. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psychooncology*, 21(3), 239-246. doi: 10.1002/pon.1882
- Gotay, C.C., Isaacs, P., & Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 882-892. doi: 10.1002/pon.808
- Gralla, R.J., & Thatcher, N. (2004). Quality-of-life assessment in advanced lung cancer: considerations for evaluation in patients receiving chemotherapy. *Lung Cancer*, 46 Suppl 2, S41-7. [https://doi.org/10.1016/S0169-5002\(04\)80040-0](https://doi.org/10.1016/S0169-5002(04)80040-0)
- Gralla, R.J. (2004). Quality-of-life considerations in patients with advanced lung cancer: effect of topotecan on symptom palliation and quality of life. *Oncologist*, Suppl 6, 14-24. doi: 10.1634/theoncologist.9-90006-14
- Granger, C.L., McDonald, C.F., Berney, S., Chao, C., & Denehy, L. (2011). Exercise intervention to improve exercise capacity and health related quality of life for patients with non-small cell lung cancer: a systematic review. *Lung Cancer*, 72(2), 139-153. doi: 10.1016/j.lungcan.2011.01.006
- Gridelli, C., Perrone, F., Nelli, F., Ramponi, S., & De Marinis, F. (2001). Quality of life in lung cancer patients. *Ann Oncol*, 12(Suppl 3), S21-5. https://doi.org/10.1093/annonc/12.suppl_3.S21
- Griffiths, C.A., Ryan, P., & Foster, J.H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 168-173. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x
- Groholt, E.-K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Köhler, L. (2003). Is parental sense of coherence associated with child health? *Eur J Public Health*, 13, 195-201. doi: 10.1093/eurpub/13.3.195
- Grutters, J.P., Joore, M.A., Wiegman, E.M., Langendijk, J.A., de Ruyscher, D., Hochstenbag, M., A., Lambin, P., & Pijls-Johannesma, M. (2010). Health-related quality of life in patients surviving non-small cell lung cancer. *Thorax*, 65(10), 903-907. doi: 10.1136/thx.2010.136390
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psychooncology*, 16(12), 1100-1110. doi: 10.1002/pon.1173
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J., & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychol Health*, 27(2), 178-195. doi: 10.1080/08870446.2010.484064

- Hakanen, J. J., Feldt, T., & Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*, 41(3), 602-617. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.07.001>
- Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., Barlesi, F., Salas, S., Chinot, O., & Baumstarck, K. (2018). Dyadic effects of coping strategies, time perspectives, and personality on the quality of life of cancer patients and their caregivers. *Psychooncology*, 27(2), 590-599. doi: 10.1002/pon.4553
- Hand, C. (2016). Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings: Critical review of concepts and 3 tools. *Canadian Family Physician*, 62(7), e375–e383.
- Handy, J.R. Jr., Asaph, J.W., Skokan, L., Reed, C.E., Koh, S., Brooks, G., Douville, E.C., Tsen, A.C., Ott, G.Y., & Silvestri, G.A.(2002).What Happens to Patients Undergoing Lung Cancer Surgery? Outcomes and Quality of Life Before and After Surgery. *Chest*, 22(1), 21-30. doi: 10.1378/chest.122.1.21
- Hayes, A.F. (2013). *An introduction to mediation, moderation and conditional process modeling: a regression-based approach*. Guilford Press.
- Heim, E. (1994). Salutogenesis versus pathogenesis-a new approach to an old wisdom. *Schweitz Med Wochenschr*, 124(29), 1267-1275.
- Henley, S.J., Thun, M.J., Chao, A., & Calle, E.E. (2004). Association between exclusive pipe smoking and mortality from cancer and other diseases. *J Natl Cancer Inst*, 96(11), 853-861. <https://doi.org/10.1093/jnci/djh144>
- Herman-Stabl, M.A., Stemmler, M., & Petersen, A. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *J Youth Adolesc*, 24(6), 649-665. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.8625
- Herndon, J.E. 2nd, Fleishman, S., Kornblith, A.B., Kosty, M., Green, M.R., & Holland, J. (1999). Is quality of life predictive of the survival of patients with advanced nonsmall cell lung carcinoma? *Cancer*, 85(2), 333-340. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19990115)85:2<333::aid-cnrc10>3.0.co;2-q.
- Hirsh, V. (2014a). Is the Evaluation of Quality of Life in NSCLC Trials Important? Are the Results to be Trusted? *Front Oncol*, 4, 173. doi: 10.3389/fonc.2014.00173
- Hirsh, V. (2014b). Targeted treatments of bone metastases in patients with lung cancer. *Front Oncol*, 4, 146. doi: 10.3389/fonc.2014.00146
- Hirsh, V. (2013). Are the data on quality of life and patient reported outcomes from clinical trials of metastatic non-small-cell lung cancer important? *World J Clin Oncol*, 4(4), 82-84. doi: 10.5306/wjco.v4.i4.82
- Hoffman, P., Mauer, A.M., Vokes, E.E. (2000). Lung Cancer. *Lancet*, 355(9202), 479-485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)82038-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)82038-3)
- Hopenhayn, C., Christian, W.J., Christian, A., Studts, J., & Mullet, T. (2013). Factors associated with smoking abstinence after diagnosis of early stage lung cancer. *Lung Cancer*, 80(1), 55-61. doi: 10.1016/j.lungcan.2012.12.013
- Hopwood, P., & Stephens, R.J.(2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol.*, 18(4), 893-903. doi: 10.1200/JCO.2000.18.4.893
- Hsieh, V.C., Wu, T.N., Liu, S.H., & Shieh, S.H. (2012). Referral-free health care and delay in diagnosis for lung cancer patients. *J Clin Oncol*, 42 (10), 934-939. doi: 10.1093/jjco/hys113
- Hsu, F., De Caluwe, A., Anderson, D., Nichol, A., Toriumi, T., & Ho, C. (2017). Patterns of spread and prognostic implications of lung cancer metastasis in an era of driver mutations. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 24(4), 228-233. doi: 10.3747/co.24.3496
- Hwang, S.J., Cheng, L.S., Lozano, G., Amos, C.I., Gu, X., & Strong, L.C. (2003). Lung cancer risk in germline p53 mutation carriers: association between an inherited cancer predisposition, cigarette smoking, and cancer risk. *Hum Genet*, 113(3), 238-243. doi: 10.1007/s00439-003-0968-7
- Hyphantis, T., Goulia, P., Zerdes, I., Solomou, S., Andreoulakis, E., Carvalho, A.F., & Pavlidis, N. (2016). Sense of Coherence and Defense Style Predict Sleep Difficulties in Early Non-metastatic Colorectal Cancer. *Dig Dis Sci*, 61(1), 273-282. doi: 10.1007/s10620-015-3843-1

- Iannettoni, M. (2010). Staging Strategies for Lung Cancer. *JAMA*, 304(20), 2296-2297. doi: 10.1001/jama.2010.1723
- International Agency for Research on Cancer (2019). <http://gco.iarc.fr/today/explore>.
- Janssen-Heijnen, M., & Coebergh, J. (2003). The changing epidemiology of lung cancer in Europe. *Lung Cancer*, 41(3), 245-258. doi: 10.1016/s0169-5002(03)00230-7
- Janssen-Heijnen, M.L., Schipper, R.M., Razenberg, P.P., Crommelin, M.A., & Coebergh, J.W. (1998). Prevalence of co-morbidity in lung cancer patients and its relationship with treatment: A population-based study. *Lung Cancer*, 21(2), 105-113. doi: 10.1016/s0169-5002(98)00039-7
- Jatoi, A., Williams, B., Nichols, F.C., Marks, R.S., Aubry, M.C., Wampfler, J, Finke, E.E, & Yang, P. (2005). Is Voluntary Vitamin and Mineral Supplementation Associated with Better Outcome in Non-Small Cell Lung Cancer? Results from the Mayo Clinic Lung Cancer Cohort. *Lung Cancer*, 49, 77-84. doi: 10.1016/j.lungcan.2005.01.004.
- Jatoi, A., Novotny, P., Cassivi, S., Clark, M.M., Midthun, D., Patten, C.A., Sloan, J., & Yang, P. (2007). Does marital status impact survival and quality of life in patients with non-small cell lung cancer? Observations from the mayo clinic lung cancer cohort. *Oncologist*. 12(12),1456-63. doi: 10.1634/theoncologist.12-12-1456.
- Jennens, R.R., Giles, G.G., & Fox, R.M. (2006). Increasing underrepresentation of elderly patients with advanced colorectal or non-small-cell lung cancer in chemotherapy trials. *Intern Med J*, 36, 216-220. doi: 10.1111/j.1445-5994.2006.01033.x
- Jones, L.W.(2011). Physical activity and lung cancer survivorship. *Recent Results Cancer Res*, 186, 255-274. doi: 10.1007/978-3-642-04231-7_11
- Jones, L.W., Eves, ND. , Waner, E., & Joy, A.A.(2009). Exercise therapy across the lung cancer continuum. *Curr Oncol Rep*, 11(4), 255-262. doi: 10.1007/s11912-009-0036-0
- Kaasa, S., Mastekaasa, A., & Naess, S. (1988). Quality of life of lung cancer patients in a randomized clinical trial evaluated by a psychosocial well-being questionnaire. *Acta Oncol*, 27(4), 335-342. doi: 10.3109/02841868809093551
- Kærgaard Starr, L., Osler, M., Steding-Jessen, M., Lidegaard Frederiksen, B., Jakobsen, E., Østerlind, K., Schuz, J., Johansen, C., & Oksbjerg Dalton, S. (2013). Socioeconomic position and surgery for early-stage non-small-cell lung cancer: A population-based study in Denmark. *Lung Cancer*, 79(3), 262-269. doi: 10.1016/j.lungcan.2012.11.023
- Kahn, J.H., Hucke, B.E., Bradley, A.M., Glinski, A.J., & Malak, B.L. (2012). The Distress Disclosure Index: a research review and multitrait-multimethod examination. *J Couns Psychol*, 59(1), 134-149. doi: 10.1037/a0025716
- Kahn, JH., & Hessling, RM. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 41-65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- Kähönen, K., Näätänen, P., Tolvanen, A., & Salmela-Aro, K.(2012). Development of sense of coherence during two group interventions. *Scand J Psychol*, 53(6), 523-7. doi: 10.1111/sjop.12020
- Kalemkerian, G.P., & Gadgeel, S.M. (2013). Modern staging of small cell lung cancer. *J Natl Compr Canc Netw*, 11(1), 99-104. doi: 10.6004/jnccn.2013.0012
- Kalra, S., Baruah, M.P., & Sahay, R. (2018). Salutogenesis in Type 2 Diabetes Care: A Biopsychosocial Perspective. *Indian J Endocrinol Metab*, 22(1),169-172. doi: 10.4103/ijem.IJEM_224_17
- Kanard, A., Frytak, S., & Jatoi, A. (2004). Cognitive dysfunction in patients with small-cell lung cancer: incidence, causes, and suggestions on management. *J Support Oncol*, 2(2),127-132; discussion 133-135, 138-140.
- Karadimas, C. (1998). The adaptation of the Ways of Coping questionnaire in the Greek language. *Psychology*, 5(3), 260-273.
- Karim, S. M., & Zekri, J. (2012). Chemotherapy for small cell lung cancer: a comprehensive review. *Oncology reviews*, 6(1), e4. doi: 10.4081/oncol.2012.e4
- Kelsey, C.R., Fornili, M., Ambrogi, F., Higgins, K., Boyd, J.A., Biganzoli, E., & Demicheli, R.(2013). Metastasis dynamics for non-small-cell lung cancer: effect of patient and tumor-related factors. *Clin Lung Cancer*, 14(4), 425-432. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2013.01.002>

- Keough, K.A., Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164. <https://doi.org/10.1207/15324839951036498>
- Key, G. (2015). Psychiatric Care of Lung Cancer Patients. Cancer network. 29 (3). <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/psychiatric-care-lung-cancer-patients>.
- Kim, C. H., Lee, Y. C., Hung, R. J., McNallan, S. R., Cote, M. L., Lim, W. Y., Chang, S.C., Kim, J.H., Ugolini, D., Chen, Y., Liloglou, T., Andrew, A.S., Onega, T., Duell, E.J., Field, J.K., Lazarus, P., Marchand, L., Neri, M., Vineis, P., ...Zhang, Z. F. (2014). Exposure to secondhand tobacco smoke and lung cancer by histological type: a pooled analysis of the International Lung Cancer Consortium (ILCCO). *International journal of cancer*, 135(8), 1918-1930. doi: 10.1002/ijc.28835
- Kirkova, J., Davis, M.P., Walsh, D., Tiernan, E., O'Leary, N., LeGrand, S.B., Lagman, R.L., & Russell, K.M. (2006). Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol*, 24, 1459-1473. doi: 10.1200/JCO.2005.02.8332
- Kivimäki, M. , Vahtera, J. , Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T., & Pentti, J. (1997). Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J Appl Psychol* , 82, 858-872. doi: 10.1037/0021-9010.82.6.858
- Kligerman, S., & White, C. (2011). Epidemiology of lung cancer in women: risk factors, survival, and screening. *AJR*, 196, 287-295. doi: 10.2214/AJR.10.5412
- Konttinen, H., Haukka, A., & Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Soc Sci Med*, 66(12), 2401-2412. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.053
- Kormas, C., Karamali, G., & Anagnostopoulos, F. (2014). Attachment Anxiety, Basic Psychological Needs Satisfaction and Depressive Symptoms in University Students: A Mediation Analysis Approach. *International journal of psychological studies*, 6(2), 1-10. doi:10.5539/ijps.v6n2p1
- Korotkov, D., & Hannah, E. (1994). Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: a prospective analysis. *Pers Individ Dif*, 16, 787-792. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90220-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90220-8)
- Korotkov, D. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Pers Individ Dif*, 14, 575-83. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90150-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90150-2)
- Korotkov, D. (1994). Clarifying some issues from Korotkov: a follow-up statement concerning the validity of the sense of coherence (short-form personality measure. *Pers Individ Dif*, 16, 499. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90075-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90075-2)
- Koyi, H., Hillerdal, G., Andersson, O., Kölbeck, K.G., Liv, P., & Brandén, E. (2015). Chemotherapy Treatment of Elderly Patients (≥70 Years) with Non-Small Cell Lung Cancer: A Seven-Year Retrospective Study of Real-Life Clinical Practice at Karolinska University Hospital, Sweden. *Lung Cancer International*, 1-6. doi: 10.1155/2015/317868
- Kraus, P.L. (1999). Body image, decision making and breast cancer treatment. *Cancer Nurs*, 22(6), 421-427. doi: 10.1097/00002820-199912000-00004
- Krinsky, N.I., & Johnson, E.J. (2005). Carotenoid actions and their relation to health and disease. *Mol Aspects Med*, 26(6), 459-516. doi: 10.1016/j.mam.2005.10.001
- Krivohlavý, J. (1990). Salutogenesis and behavioral medicine. *Cas Lek Cesk*, 129(36), 1121-1124.
- Kuang, X., Xu, L., Lin, G., Zhang, H., Hu, Q., Luo, W., Chen, S., & Huang, L. (2012). Telephone follow-up of 1635 post-surgery lung cancer patients and retrospective study of lung cancer prognosis. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 37(9), 895-900. doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2012.09.006
- Kumlin, T. (1998). *Sense of coherence in theory, empiri and criticism*. Stockholm: The Swedish Research Council.
- Kunzli, N., & Tager, I.B. (2005). Air pollution: from lung to heart. *Swiss Med Wkly*, 135(47-48), 697-702.
- Kuo, T.T., & Ma, F.C. (2002). Symptom distresses and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. *Cancer Nurs*, 25(4), 309-317. doi: 10.1097/00002820-200208000-00007

- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Stommel, M., Given, C.W., & Given, B. (2002). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer-a longitudinal analysis. *Psychooncology*, 11(1), 12-22. doi: 10.1002/pon.545
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E.M., Ryttilähti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *Eur J Cancer Care*, 10(1), 6-11. doi: 10.1046/j.1365-2354.2001.00243.x.
- Laghi, F., D'Alessio, M., Pallini, S., & Baiocco, R. (2009). Attachment Representations and Time Perspective in Adolescence. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 90(2), 181-194. doi: 10.1007/s11205-008-9249-0
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). Suicidal ideation and time perspective in high school students. *Eur Psychiatry*, 24(1), 41-46. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.08.006
- Lam, K., Chow, E., Zhang, L., Wong, E., Bedard, G., Fairchild, A., Vassiliou, V., El-Din, M.A., Jesus-Garcia, R., Kumar, A., Forges, F., Tseng, L.M., Hou, M.F., Chie, W.C., & Bottomley A. (2013). Determinants of quality of life in advanced cancer patients with bone metastases undergoing palliative radiation treatment. *Support Care Cancer*, 21(11), 3021-3030. doi: 10.1007/s00520-013-1876-6.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B.R., Nortvedt, M.W., Kristoffersen, K., & Wahl, A.K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 62 (2), 212-219. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.004
- Langeland, E., Wahl, A.K., Kristoffersen, K., Nortvedt, M.W., Hanestad, B.R. (2007). Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Qual Life Res*, 16 (6), 939-946. doi: 10.1007/s11136-007-9199-z.
- Langeland, E., & Wahl, A.K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: a longitudinal panel survey. *Int J Nurs Stud*, 46(6), 830-837. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.017
- Langendijk, J.A. (a) , ten Velde, G.P., Aaronson, N.K., de Jong, J.M., Muller, M.J., Wouters, E.F. (2000). Quality of life after palliative radiotherapy in non-small cell lung cancer: a prospective study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 47(1), 149-155. doi: 10.1016/s0360-3016(99)00540-4
- Langendijk, H. (b), Aaronson, N.K. , de Jong, J.M., ten Velde, G.P., Muller, M.J., & Wouters, M.(2000). The prognostic impact of quality of life assessed with the EORTC QLQ-C30 in inoperable non-small cell lung carcinoma treated with radiotherapy. *Radiother Oncol*, 55(1), 19-25. doi: 10.1016/s0167-8140(00)00158-4
- Langendijk, J.A.(c), Aaronson, N.K., ten Velde, G.P., de Jong, J.M., Muller, M.J., Wouters, E.F. (2000). Pretreatment quality of life of inoperable non-small cell lung cancer patients referred for primary radiotherapy. *Acta Oncol*, 39(8), 949-958. doi: 10.1080/02841860050215936
- Langendijk, J.A.(d), Aaronson, N.K., de Jong, J.M., ten Velde, G.P., Muller, M.J., Slotman, B.J., Wouters, E.F.(2002). Quality of life after curative radiotherapy in Stage I non-small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 53(4), 847-853. [https://doi.org/10.1016/S0360-3016\(02\)02847-X](https://doi.org/10.1016/S0360-3016(02)02847-X)
- Langendijk, J.A., Aaronson, N.K. , de Jong, J.M. , ten Velde, G.P., Muller, M.J., Lamers, R.J., Slotman, B.J., & Wouters, EF. (2001). Prospective study on quality of life before and after radical radiotherapy in non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, 19(8), 2123-2133. doi: 10.1200/JCO.2001.19.8.2123
- Larsson, G., & Kallenberg, K.(1999). Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modeling. *Eur J Pers*, 13, 51-61. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199901/02\)13:1<51::AID-PER321>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199901/02)13:1<51::AID-PER321>3.0.CO;2-P)
- Larsson, M., Ljung, L., & Johansson, B.B.(2012). Health-related quality of life in advanced non-small cell lung cancer: correlates and comparisons to normative data. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 21(5), 642-649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01346.x>
- Lassen, U., Osterlind, K., Hansen, M., Dombernowsky, P., Bergman, B., & Hansen, H. (1995). Long-term survival in small-cell lung cancer: posttreatment characteristics in patients surviving 5 to 18+ years-an analysis of 1,714 consecutive patients. *Journal of Clinical Oncology*, 13 (5), 1215-1220. doi: 10.1200/JCO.1995.13.5.1215

- Lawton, M.P., Kleban, M.H., & Dean, J. (1993). Affect and age: Cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychol Aging*, 8, 165-175. doi: 10.1037//0882-7974.8.2.165
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lee, I.M.(2003). Physical activity and cancer prevention-data from epidemiologic studies. *Med Sci Sports Exerc*, 35(11), 1823-1827. doi: 10.1249/01.MSS.0000093620.27893.23
- Lee, P.N. (2001). Relation between exposure to asbestos and smoking jointly and the risk of lung cancer. *Occup Environ Med*, 58(3), 145-153. doi: 10.1136/oem.58.3.145
- Lee, V., Cohen, SR., Edgar, L., Laizner, AM., & Gagnon, AJ. (2006). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol Nurs Forum*, 33(2), 291-302. doi: 10.1188/06.ONF.291-302
- Lemonnier, I., Guillemin, F., Arveux, P., Clément-Duchêne, C., Velten, M., Woronoff-Lemsi, MC., Jolly, D., & Baumann, C. (2014). Quality of life after the initial treatments of non-small cell lung cancer: a persistent predictor for patients' survival. *Health Qual Life Outcomes*, 12, 73. doi: 10.1186/1477-7525-12-73
- Li, W.W., Lee, T.W., & Yim, A.P.(2004). Quality of life after lung cancer resection. *Thorac Surg Clin*, 14(3), 353-365. doi: 10.1016/S1547-4127(04)00023-4
- Li, X., & Hemminki, K. (2004). Inherited predisposition to early onset lung cancer according to histological type. *Int J Cancer*, 112(3), 451-457. doi: 10.1002/ijc.20436
- Li, X.H., Zhu, J.L., Hong, C., Zeng, L., Deng, L.M., & Jin, L.Y.(2013). Effects of systematic rehabilitation programs on quality of life in patients undergoing lung resection. *Mol Clin Oncol*, 1 (1), 200-208. doi: 10.3892/mco.2012.31
- Lin, Y.Y., Liu, M.F., Tzeng, J.I., & Lin, C.C.(2014). Effects of walking on quality of life among lung cancer patients: a longitudinal study. *Cancer Nurs*, 38(4), 253-259. doi: 10.1097/NCC.0000000000000176
- Lithoxopoulou, H., Zarogoulidis, K., Bostantzopoulou, S., Eleftheriadou, E., Zarogoulidis, P., Huang, H., Porpodis, K., Kioumis, I., Tsiouda, T., Yarmus, L., & Kontakiotis, T. (2014). Monitoring changes in quality of life in patients with lung cancer by using specialised questionnaires: implications for clinical practice. *Support Care Cancer*, 22(8), 2177-2183. doi: 10.1007/s00520-014-2205-4
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Pers Individ Dif*, 41, 273-284. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.032>
- Livneh, H., & Martz, E. (2007). Reactions to diabetes and their relationship to time orientation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(2), 127-136. doi: 10.1097/MRR.0b013e32813a2ed6
- Loeb, L.A., Ernster, V.L., Warner, K.E., Abbotts, J., & Laszlo, J. (1984). Smoking and Lung Cancer: An Overview. *Cancer Res*, 44(12 Pt 1), 5940-5958.
- Lübbe, A.S., Riesenberger, H., Baysal, B., Deppermann, K., & Lang, S.M. (2008). Rehabilitation of lung cancer patients. *Pneumologie*, 62(8), 502-506. doi: 10.1055/s-2008-1038195
- Lundberg, O., & Peck Nystrom, M. (1994). Sense of coherence, social structure and health. *The European Journal of Public Health*, 4(4), 252-257. <https://doi.org/10.1093/eurpub/4.4.252>
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 22 (10), 2160-2168. doi: 10.1002/pon.3218
- Luutonen, S., Sohlman, B., Salokangas, RK., Lehtinen, V., & Dowrick, C. (2011). Weak sense of coherence predicts depression: 1-year and 9-year follow-ups of the Finnish Outcomes of Depression International Network (ODIN) sample. *J Ment Health*, 20(1), 43-51. doi: 10.3109/09638237.2010.537401
- Makrantonakis, P.D., Galani, E., & Harper, P.G. (2004). Non-small cell lung cancer in the elderly. *Oncologist*, 9, 556-560. doi: 10.1634/theoncologist.9-5-556
- Malhotra, J., Malvezzi, M., Negri, E., La Vecchia, C., & Boffetta, P. (2016). Risk factors for lung cancer worldwide. *Eur Respir J*, 48(3), 889-902. doi: 10.1183/13993003.00359-2016

- Mannion, E., Gilmartin, J.J., Donnellan, P., Keane, M., & Waldron, D. (2014). Effect of chemotherapy on quality of life in patients with non-small cell lung cancer. *Support Care Cancer*, 22(5), 1417-1428. doi: 10.1007/s00520-014-2148-9
- Margari, N., Karapoulos, D., Getsios, I., Rizou, V., Kostopoulou, S., Balodimou, C., & Siagouli, M. (2016). Anxiety and Depression in Lung Cancer Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 308-313.
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monogr*, 32, 57-71. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014
- Matsuura, E., Ohta, A., Kanegae, F., Haruda, Y., Ushiyama, O., Koarada, S., Togashi, R., Tada, Y., Suzuki, N., & Nagasawa, K. (2003). Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with Scleroderma. *J Rheumatol*, 30, 1782-1787.
- McKenna, R.J. Jr., Houck, W., & Fuller, C.B. (2006). Video-assisted thoracic surgery lobectomy: experience with 1,100 cases. *Ann Thorac Surg*, 81(2), 421-425. doi: 10.1016/j.athoracsur.2005.07.078
- Meléndez, J.C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J.M. (2012). Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *Span J Psychol*, 15(3), 1089-1098. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399
- Melin, R., & Fugl-Meyer, A. (2003). On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *J Rehabil Med*, 35, 284-289. doi: 10.1080/16501970310012437
- Mendoza, T.R., Wang, X.S., Lu, C., Palos, G.R., Liao, Z., Mobley, G.M., Kapoor, S., & Cleeland, C.S. (2011). Measuring the symptom burden of lung cancer: the validity and utility of the lung cancer module of the M. D. Anderson Symptom Inventory. *Oncologist*, 16(2), 217-227. doi: 10.1634/theoncologist.2010-0193
- Meyers, C.A., Byrne, K.S., & Komaki, R. (1995). Cognitive deficits in patients with small cell lung cancer before and after chemotherapy. *Lung Cancer*, 12(3), 231-235. doi: 10.1016/0169-5002(95)00446-8
- Miller, D.L., Rowland, C.M., Deschamps, C., Allen, M.S., Trastek, V.F., & Pairolero, P.C. (2002). Surgical treatment of non-small cell lung cancer 1 cm or less in diameter. *Ann Thorac Surg*, 73(5), 1545-1550. doi: 10.1016/s0003-4975(02)03525-7
- Mitchell, R.E., Cronkite, R.C., & Moos, R.H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *J Abnorm Psychol*, 92, 433-448. doi: 10.1037//0021-843x.92.4.433
- Molina, J., Yang, P., Cassivi, S., Schild, S., & Adjei, A. (2008). Non-Small Cell Lung Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Treatment, and Survivorship. *Mayo Clin Proc*, 83(5), 584-594. doi: 10.4065/83.5.584
- Montazeri, A. (2008). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes*, 23, 7, 102. doi: 10.1186/1477-7525-7-102
- Montazeri, A., Gillis, C.R., & McEwen, J. (1998). Quality of Life in Patients With Lung Cancer :A Review of Literature From 1970 to 1995. *Chest*, 113(2), 467-481. doi: 10.1378/chest.113.2.467
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., & Gillis, C.R. (2001). Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer*, 31(2-3), 233-240. doi: 10.1016/s0169-5002(00)00179-3
- Moons, P., & Norekvål, T. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 16-20. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.10.009
- Moos, R.H., & Billings, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In Goldberger L, Breznitz S (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. Free Press.
- Moos, R.H., & Holahan, C.J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping Toward an Integrative Framework. *J Clin Psychol*, 59, 1387-1403. doi: 10.1002/jclp.10229
- Mosher, C.E., Hanna, N., Jalal, S.I., Fakiris, A.J., Einhorn, L.H., Birdas, T.J., Kesler, K.A., & Champion, V.L. (2013). Support service use and interest in support services among lung cancer patients. *Lung Cancer*, 82(1), 162-167. doi: 10.1016/j.lungcan.2013.06.020

- Motyka, M., Dziubak, M., & Patrycja, J. (2014). The sense of coherence and the quality of life of patients treated for breast cancer. *Przegl Lek*, 71(5), 270-273.
- Mou, Q.Q., Yu, C.H., & Li, J.Y. (2016). Investigation and analysis for impact factors of distress in patients with first diagnosed lung cancer . *Beijing Da Xue Xue Bao*, 48(3), 507-514.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kalaidopoulou, O., Smyrniotis, V., & Vlahos, L. (2001). The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30: version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: validity and reliability in a Hellenic sample. *International Journal of Cancer*, 94, 135-139. doi: 10.1002/ijc.1439
- Nakazawa, K., Kurishima, K., Tamura, T., Kagohashi, K., Ishikawa, H., Satoh, H., & Hizawa, N. (2012). Specific organ metastases and survival in small cell lung cancer. *Oncology letters*, 4(4), 617-620. doi: 10.3892/ol.2012.792
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. Gender and psychosocial differences. *Scand J Prim Health Care*, 1814-1820. doi: 10.1080/02813430050202497
- Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group London (2010). Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. (5), CD007309. doi: 10.1002/14651858.CD007309.pub2
- North, C. M., & Christiani, D. C. (2013). Women and lung cancer: what is new? *Seminars in thoracic and cardiovascular surgery*, 25(2), 87-94. <https://doi.org/10.1053/j.semtcvs.2013.05.002>
- Northouse, L.L., & Peters-Golden, H.(1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Semin Oncol Nurs*, 9(2), 74-82. doi: 10.1016/s0749-2081(05)80102-0
- O'Connor's, R. (2004). *Measuring Quality of Life in Health*, Pub. Churchill, Livingstone.
- Okada, M., Nishio, W., Sakamoto, T., Uchino, K., Yuki T, Nakagawa A, & Tsubota N. (2005). Effect of tumor size on prognosis in patients with non-small cell lung cancer: the role of segmentectomy as a type of lesser resection. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 129(1), 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2004.04.030>
- O'Keeffe, P. & Patel, J. (2008). Women and lung cancer. *Semin Oncol Nurs*, 24(1), 3-8. doi: 10.1016/j.soncn.2007.11.014
- Onaitis, M.W., Petersen, R.P., Balderson, S.S., Toloza, E., Burfeind, WR., Harpole, D.H. Jr., & D'Amico, T.A. (2006). Thoracoscopic lobectomy is a safe and versatile procedure: experience with 500 consecutive patients. *Ann Surg*, 244(3), 420-425. doi: 10.1097/01.sla.0000234892.79056.63
- Østerlind, K. (2001). Chemotherapy in small cell lung cancer. *European Respiratory Journal* , 18, 1026-1043. doi: 10.1183/09031936.01.00266101
- Owonikoko, T.K., Ragin, C.C., Belani, C.P., Oton AB, Gooding WE, Taioli, E., & Ramalingam SS. (2007). Lung cancer in elderly patients: an analysis of the surveillance, epidemiology, and end results database. *J Clin Oncol* , 25, 5570-5577. doi: 10.1200/JCO.2007.12.5435
- Ozturk, A., Sarihan, S., Ercan, I., & Karadag, M. (2009). Evaluating quality of life and pulmonary function of long-term survivors of non-small cell lung cancer treated with radical or postoperative radiotherapy. *Am J Clin Oncol*, 32 (1), 65-72. doi: 10.1097/COC.0b013e31817e6ec2
- Parvez, T., Alharbi, TM., & Mein, FD. (2007). Impact of group psychotherapy in chemotherapy induced vomiting for treatment of advanced breast and lung cancer. *J Coll Physicians Surg Pak*, 17(2), 89-93.
- Pearman, T.(2008). Psychosocial factors in lung cancer: quality of life, economic impact, and survivorship implications. *J Psychosoc Oncol*, 26(1), 69-80. doi: 10.1300/J077v26n01_05
- Pennebaker J.W., & Susman, J. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Soc Sci Med*, 26(3), 327-332. doi: 10.1016/0277-9536(88)90397-8
- Peuckmann, V., Elsner ,F., Krumm, N., Trottenberg, P., & Radbruch, L. (2010). Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev*, (11), CD006788. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006788.pub3>
- Pfister, D.G., Johnson, D.H., Azzoli, C.G. ,Sause, W., Smith, T., Baker Jr, S., Olak, J., Stover, D., Strawn, J.R., Turrisi, A.T., & Somerfield, M. (2004). American Society of Clinical Oncology

- treatment of unresectable non-small-cell lung cancer guideline: updated 2003. *J Clin Oncol*, 15;22(2), 330–353.
- Pierzynski, J.A., Ye, Y., Lippman, S.M., Rodriguez, M.A., Wu, X., & Hildebrandt, M.A.T. (2018). Socio-demographic, clinical, and genetic determinants of Quality of Life in lung cancer patients. *Sci Rep*, 13;8(1),10640. doi: 10.1038/s41598-018-25712-1
- Pijls-Johannesma, M., Houben, R., Boersma, L., Grutters, J., Seghers, K., Lambin, P., Wanders, R., & De Ruyscher, D. (2009). High-dose radiotherapy or concurrent chemo-radiation in lung cancer patients only induces a temporary, reversible decline in QOL. *Radiother Oncol*, 91(3), 443-8. doi: 10.1016/j.radonc.2009.02.010
- Planchard, D.C., & Besse, B. (2015). Lung cancer in never-smokers. *The European respiratory journal*, 45 (5), 1214-7. doi: 10.1183/09031936.00046915
- Poghosyan, H., Sheldon, L.K., Leveille, S.G., & Cooley, M.E. (2013). Health-related quality of life after surgical treatment in patients with non-small cell lung cancer: a systematic review. *Lung Cancer*, 81(1), 11-26. doi: 10.1016/j.lungcan.2013.03.013
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, 9, 1023-1028. doi: 10.2147/OTT.S100685
- Popper H. H. (2016). Progression and metastasis of lung cancer. *Cancer metastasis reviews*, 35(1), 75-91. doi: 10.1007/s10555-016-9618-0
- Poppius, E. , Tenkanen, L. , Kalimo, R., & Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki heart study. *Soc Sci Med*, 49, 109-20. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00105-7
- Poppius, E. , Tenkanen, L. , Kalimo, R., & Pitkänen, T. (2003). The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki heart study. *Eur J Epidemiol*, 18, 389-393. doi: 10.1023/a:1024213427147
- Poppius, E., Virkkunen, H., Hakama, M., & Tenkanen, L. (2006). The sense of coherence and incidence of cancer-role of follow-up time and age at baseline. *J Psychosom Res*, 61(2), 205-211. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.01.017
- Postolache, P., Munteanu, A., Nemeş, R.M., & Cojocaru, D.C. (2014). Pulmonary rehabilitation and quality of life in lung cancer patients. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 118(2), 293-300.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F.J., & Wilkie, D.J.(2011). Repressive coping style: relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer outpatients. *Lung Cancer*, 71(2), 235-240. doi: 10.1016/j.lungcan.2010.05.009
- Préau, M., Apostolidis, T., Francois, C., Raffi, F., & Spire, B. (2007). Time perspective and quality of life among HIV-infected patients in the context of HAART. *AIDS Care*, 19(4),449-458. doi: 10.1080/09540120601017464
- Procidano, M.E., & Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family: Three Validation Studies. *Am J Community Psychol*, 11, 1-24. doi: 10.1007/BF00898416
- Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F., & Labeyrie-Lagardère, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. *Eur J Oncol Nurs*, 18(1), 41-45. doi: 10.1016/j.ejon.2013.09.008
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rich, A.L., Khakwani, A., Free C.M, Tata, L.J, Stanley, R.A., Peake, M.D., Hubbard, R.B., & Baldwin, D.R. (2015). Non-small cell lung cancer in young adults: presentation and survival in the English National Lung Cancer Audit. *QJM*, 108(11),891-897. doi: 10.1093/qjmed/hcv052
- Ristner, G. , Andersson, R. , Johansson, L.M., Johansson, S.E., & Ponzer, S.(2000). Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury*, 31, 751-756. doi: 10.1016/s0020-1383(00)00115-7
- Rodin, G., Lo,C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med*, 68(3), 562-569. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.037

- Rohr, MK., John, DT., Fung, HH., & Lang FR. (2017). A three-component model of future time perspective across adulthood. *Psychol Aging*, 32(7), 597-607. doi: 10.1037/pag0000191
- Rolke, H.B., Bakke, P.S., & Gallefoss, F. (2008). Health related quality of life, mood disorders and coping abilities in an unselected sample of patients with primary lung cancer. *Respiratory Medicine*, 102 (10), 1460–1467. doi: 10.1016/j.rmed.2008.04.002
- Rossi, A., Maione, P., Colantuoni, G., Guerriero, C., Ferrara, C., Del Gaizo, F., Nicoletta, D., & Gridelli, C. (2005). Treatment of small cell lung cancer in the elderly. *Oncologist*, 10(6), 399-411. doi: 10.1634/theoncologist.10-6-399
- Roth, S., & Cohen, L.J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping with Stress. *Am Psychol*, 41, 813-819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Rothermund, K., & Brandtstadter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychol Aging*, 18, 80-90. doi: 10.1037/0882-7974.18.1.80
- Rothspan, S., & Read, S. J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15, 131-134. doi: 10.1037//0278-6133.15.2.131
- Ruano-Ravina, A., Figueiras, A., Freire-Garabal, M., & Barros-Dios, J.M.(2006). Antioxidant vitamins and risk of lung cancer. *Curr Pharm Des*, 12(5), 599-613. doi: 10.2174/138161206775474396
- Rueda, J.R., Solà, I., Pascual, A., & Subirana Casacuberta, M. (2011). Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(9), CD004282. doi: 10.1002/14651858.CD004282.pub2
- Ryabinkina, I. V. (2007). *The structural organization of the time perspective of senior pupils with different levels of educational success* (Unpublished doctoral dissertation). Saint Petersburg State University, St. Petersburg.
- Ryan, LS.(1996). Psychosocial issues and lung cancer: a behavioral approach. *Semin Oncol Nurs*, 12(4), 318-323. doi: 10.1016/s0749-2081(96)80031-3
- Saad, E.D., Adamowicz, K., Katz, A., & Jassem, J.(2012). Assessment of quality of life in advanced non-small-cell lung cancer: an overview of recent randomized trials. *Cancer Treat Rev*, 38(6), 807-814. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2012.02.012>
- Sagan, D., Sak, J., Wiechetek, M., Pawlikowski, J., Olszewska, E., & Cieślak, T.(2012). Differences in psychological perception of lung cancer between patients, medical staff and medical students. *Eur J Cardiothorac Surg*, 41(3), 607-611. doi: 10.1093/ejcts/ezr046
- Sagy, S., & Antonovsky, H.(1996). Structural sources of the sense of coherence. *Isr J Med Sci*, 32, 200-205.
- Sairenchi, T., Haruyama, Y., Ishikawa, Y., Wada, K., Kimura, K., & Muto, T. (2011). Sense of coherence as a predictor of onset of depression among Japanese workers: a cohort study. *BMC Public Health*, 11, 205. doi: 10.1186/1471-2458-11-205
- Salmerón, D., Chirlaque, M.D., Isabel Izarzugaza, M., Sánchez, M.J., Marcos-Gragera, R., Ardanaz, E., & Navarro, C. (2012). Lung cancer prognosis in Spain: the role of histology, age and sex. *Respir Med*, 106(9), 1301-1308. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.06.006>
- Salvo, N., Hadi, S., Napolskikh, J., Goh, P., Sinclair, E., & Chow, E. (2009). Quality of life measurement in cancer patients receiving palliative radiotherapy for symptomatic lung cancer: a literature review. *Curr Oncol*, 16(2), 16-28. doi: 10.3747/co.v16i2.376
- Samet, J. M., Avila-Tang, E., Boffetta, P., Hannan, L. M., Olivo-Marston, S., Thun, M. J., & Rudin, C. M. (2009). Lung cancer in never smokers: clinical epidemiology and environmental risk factors. *Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer Research*, 15(18), 5626-45. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-09-0376
- Sanden-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs*, 31, 1393-1397. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01410.x
- Sanson-Fisher, R., Bailey, L.J., Aranda, S., D' Este, C., Stojanovski, E., Sharkey, K., & Schofield, P. (2010). Quality of life research: is there a difference in output between the major cancer types? *Eur J Cancer Care (Engl)*, 19(6), 714-720. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01158.x
- Sarafino, E.P. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*, John Wiley & Sons, Inc.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Potter, E.H., & Antoni, M.H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosom Med*, 47(2), 156-163. doi: 10.1097/00006842-198503000-00007
- Sarenmalm, K.E., Browall, M., Persson, L.O., Fall-Dickson, J., & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology*, 22(1), 20-27. doi: 10.1002/pon.2053
- Sarid, O., Berger, R., & Segal-Engelchin, D. (2010). The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Procedia Social and Behavioural Sciences*, 2, 928-932. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.128>
- Sarna, L. & Riedinger, M.S. (2004). Assessment of quality of life and symptom improvement in lung cancer clinical trials. *Semin Oncol*, 31(3 suppl 9), 1-10. doi: 10.1053/j.seminoncol.2004.04.007
- Sarna, L., Cooley, M.E., Brown, J.K., Chernecky, C., Padilla, G., Danao, L., & Elashoff, D. (2010). Women with lung cancer: quality of life after thoracotomy: a 6-month prospective study. *Cancer Nursing*, 33(2), 85-92. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181be5e51
- Sasco, A.J., Secretan, M.B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence, *Lung Cancer*, 4, Suppl 2:S3-9. doi:<https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2004.07.998>
- Sawhney, R., Sehl, M., & Naeim, A. (2005). Physiologic aspects of aging: impact on cancer management and decision making. *Cancer J*, 11, 449-460. doi: 10.1097/00130404-200511000-00004
- Scarci, M., Crisci, R., & Minervini, F. (2018). Lung surgery in elderly patients: are we doing enough? *Journal of thoracic disease*, 10(2), 693-694. doi: 10.21037/jtd.2018.01.132
- Schaffer, M.A., & Lia-Hoagberg, B. (1997). Effects of social support on prenatal care and health behaviors of low-income women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 26(4), 433-440. doi: 10.1111/j.1552-6909.1997.tb02725.x.
- Schild, S.E., Stella, P.J., Brooks, B.J., Mandrekar, S., Bonner, J.A., McGinnis, W.L., Mailliard, J.A., Krook, J.E., Deming, R.L., Adjei, A.A., Jatoi, A., & Jett, J.R. (2005). Results of combined-modality therapy for limited-stage small cell lung carcinoma in the elderly. *Cancer*, 103(11), 2349-2354. doi: 10.1002/cncr.21034
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychother Psychosom*, 69, 296-302. doi: 10.1159/000012411
- Scott, N., Fayers, P., Aaronson, N., Bottomley, A., de Graeff, A., Groenvold, M., Gundy, Ch., Koller, M., Petersen, M., & Sprangers, M. on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group (2008). *EORTC QLQ-C30 Reference Values*. EORTC, Brussels.
- Sęk, H. (2003). Social support as the category of resources and ambiguous support functions. In: Juczyński, Z, Oginska-Bulik, N. (red.). *Personal and social resources advantageous to a person's health*. Wyd. UŁ. Łódź.
- Selecky, P.A., Eliasson, C.A., Hall, R.I., Schneider, R.F., Varkey, B., & McCaffree, D.R. (2005). Palliative and end-of-life care for patients with cardiopulmonary diseases: American College of Chest Physicians position statement. *Chest*, 128(5), 3599-3610. doi: 10.1378/chest.128.5.3599
- Shaper, A.G., Wannamethee, S.G., & Walker, M. (2003). Pipe and cigar smoking and major cardiovascular events, cancer incidence and all-cause mortality in middle-aged British men. *Int J Epidemiol*, 32(5), 802-808. doi: 10.1093/ije/dyg206
- Shaw, M.G., & Ball, D.L. (2013). Treatment of brain metastases in lung cancer: strategies to avoid/reduce late complications of whole brain radiation therapy. *Curr Treat Options Oncol*, 14(4), 553-567. doi: 10.1007/s11864-013-0258-0
- Shi, Y., Gu, F., Hou, L.L., & Hu, Y.Q. (2015). Self-reported depression among patients with non-small cell lung cancer. *Thorac Cancer*, 6(3), 334-337. doi: 10.1111/1759-7714.12179
- Shimizu, K., Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Akechi, T., Yamada, Y., Fujimori, M., Ogawa, A., Fujisawa, D., Goto, K., Iwasaki, M., Tsugane, S., & Uchitomi, Y. (2012). Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from

- the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*, 23(8), 1973-1979. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds061>
- Siddiqui, F., Konski, A.A., & Movsas, B. (2010). Quality-of-life concerns in lung cancer patients. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 10(6), 667-676. doi: 10.2147/OTT.S100685
- Silvestri, G., Sherman, C., Williams, T., Leong, S., Flume, P. , & Turrisi, A. (2002). Caring for the Dying Patient With Lung Cancer. *Chest*, 122(3), 1028-1036. <https://doi.org/10.1378/chest.122.3.1028>
- Simon, G.R. & Turrisi, A. (2007). Management of small cell lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest*, 132(3 Suppl), 324S-339S. doi: 10.1378/chest.07-1385
- Skodova, Z., & Lajciakova, P. (2013). The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. *Nurse Educ Today*, 33(11), 1311-5. doi: 10.1016/j.nedt.2013.02.023
- Skuladottir, H., Tjoenneland, A., Overvad, K., Stripp, C., & Olsen, J.H. (2006). Does high intake of fruit and vegetables improve lung cancer survival? *Lung Cancer*, 51 (3), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2005.06.009>
- Sloan, J.A. (2011). Metrics to assess quality of life after management of early-stage lung cancer. *Cancer J*, 17(1), 63-67. doi: 10.1097/PPO.0b013e31820e15dc
- Smith, C.J., Perfetti, T.A., Rumple, M.A., Rodgman A, & Doolittle D.J. (2000a). IARC group 2A Carcinogens reported in cigarette mainstream smoke. *Food Chem Toxicol*, 38(4), 371-383. doi: 10.1016/s0278-6915(99)00156-8
- Smith, C.J., Perfetti, T.A., Mullens, M.A., Rodgman, A., & Doolittle, D.J. (2000b). IARC group 2B Carcinogens reported in cigarette mainstream smoke. *Food Chem Toxicol*, 38(9), 825-848. doi: 10.1016/s0278-6915(00)00066-1
- Smith, E.L. , Hann, D.M., Ahles, T.A., Furstenberg, C.T., Mitchell, T.A., Meyer, L., Maurer, L.H., Rigas, J., & Hammond, S. (2001). Dyspnea, anxiety, body consciousness and quality of life in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 21(4), 323-329. doi: 10.1016/s0885-3924(01)00255-x
- Snekkevik, H., Anke, AG., Stanghelle, JK., & Fugl-Meyer, AR. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clin Rehabil*, 17(4), 443-453. doi: 10.1191/0269215503cr630oa
- Snyder, C.R. & Ford, C.E. (1987). *Coping with negative life events*, Plenum.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzel, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer*, 84 (2), 179-185. doi: 10.1054/bjoc.2000.1545
- Soni, M.K., Cella, D., Masters, G.A., Burch, S.P., Heyes, A., & Silberman, C. (2002). The validity and clinical utility of symptom monitoring in advanced lung cancer: a literature review. *Clin Lung Cancer*, 4, 153-160. doi: 10.3816/clc.2002.n.022
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, JA. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476-2482. doi: 10.1001/jama.284.19.2476
- Sterzi, S., Cesario, A., Cusumano, G., Corbo, G., Lococo, F., Biasotti, B., Lapenna, L.M., Magrone, G., Dall'armi, V., Meacci, E., Porziella, V., Bonassi, S., Margaritora, S., & Granone, P. (2013). How best to assess the quality of life in long-term survivors after surgery for NSCLC? Comparison between clinical predictors and questionnaire scores. *Clin Lung Cancer*, 14(1), 78-87. doi: 10.1016/j.clcc.2012.04.002
- Stewart, S.M., Betson, C.L., Lam, T.H., Marshall, I.B., Lee, P.W.M., & Wong, C.M. (1997). Predicting stress in first year medical students: A longitudinal study. *Med Educ*, 31, 163-166. doi: 10.1111/j.1365-2923.1997.tb02560.x.
- Stifoss-Hansen, H., & Kallenberg, K. (1996). *Existential questions and health. Research frontlines and challenges*, Stockholm: The Swedish Research Council.
- Stolarski, M., Matthews, G., Postek, S., Zimbardo, P. G., & Bitner, J. (2014). How we feel is a matter of time: relationships between time perspective and mood. *J Happiness Stud*, 15, 809-827. doi: 10.1007/s10902-013-9450-y

- Stone, A. A., Grenberg, M. A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. (1991). Self-report, situation specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-658. doi: 10.1037/0022-3514.61.4.648
- Street, B.M. (2004). *The relationship between age and depression: a self-efficacy model*. Master's Theses, University of Richmond, Paper 1036.
- Subramanian, J., & Govindan, R. (2007). Lung cancer in never smokers: a review. *J Clin Oncol*, 25(5), 561–570. doi: 10.1200/JCO.2006.06.8015
- Subramanian, J., & Govindan, R. (2008). Molecular genetics of lung cancer in people who have never smoked. *Lancet Oncol*, 9(7), 676–682. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70174-8
- Subramanian, J., Velcheti, V., Gao, F., & Govindan, R. (2007). Presentation and stage-specific outcomes of lifelong never-smokers with non-small cell lung cancer (NSCLC). *J Thorac Oncol*, 2(9), 827-830. <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e318145af79>
- Sugimura, H., & Yang, P. (2006). Long-term survivorship in lung cancer: a review. *Chest*, 129(4), 1088-1097. doi: 10.1378/chest.129.4.1088
- Sugimura, H., Nichols, F.C., Yang, P., Allen, M.S., Cassivi, S.D., Deschamps, C., Williams, B.A., Pairolero, P.C. (2007). Survival after recurrent nonsmall-cell lung cancer after complete pulmonary resection. *Ann Thorac Surg*, 83(2), 409-417. Discussion in 417–418. doi: 10.1016/j.athoracsur.2006.08.046
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychol*, 4, 249-288. doi: 10.1037//0278-6133.4.3.249
- Sun, Z., Aubry, M.C., Deschamps, C., Marks, R.S., Okuno, S.H., Williams, B.A., Sugimura, H., Pankratz, V.S., & Yang, P. (2006). Histologic Grade is an Independent Prognostic Factor for Survival in Non-Small Cell Lung Cancer: An Analysis of 5018 Hospital- and 712 Population-Based Cases. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery*, 131, 1014–1020. doi: 10.1016/j.jtcvs.2005.12.057
- Sundberg, K.K., Lampic, C., Arvidson, J., & Wettergren, L. (2012). Sense of coherence and need for support among longterm survivors of childhood cancer. *Cancer Nurs*, 35(4), E43-49. doi: 10.1097/NCC.0b013e318233157a.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res*, 50, 77-86. doi: 10.1016/s0022-3999(00)00216-6
- Super, S., Wagemakers, M.A., Picavet, H.S., Verkooijen, K.T., & Koelen, M.A. (2016). Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int*, 31(4), 869-878. doi: 10.1093/heapro/dav071
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.T., & Day, N. (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol*, 158, 1202-1209. doi: 10.1093/aje/kwg272
- Surwit, R., Van Tilburg, M., Zucker, N., Mc Caskill, C., Parekh, P., Feinglos, M., Edwards, C.L., & Lane, J. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 30-34. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.1.30>
- Takayuki, N., Keiko, T., Junji, U., Yoshiko, K., Nobuyo, T., Tadaaki, Y., & Koichi, T. (2018). Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer in Elderly Patients: Patient Features and Therapeutic Management. *BioMed research international*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2018/8202971>
- Tammemagi, C.M., Neslund-Dudas, C., Simoff, M., & Kvale, P. (2003). Impact of comorbidity on lung cancer survival. *International journal of cancer*, 103 (6), 792-802. doi: 10.1002/ijc.10882
- Tampubolon, G., & Maharani, A. (2017). When Did Old Age Stop Being Depressing? Depression Trajectories of Older Americans and Britons 2002-2012. *Am J Geriatr Psychiatry*, 25 (11), 1187-1195. doi: 10.1016/j.jagp.2017.06.006
- Tanvetyanon, T., Soares, H.P., Djulbegovic, B., Jacobsen, P.B., & Bepler, G. (2007). A systematic review of quality of life associated with standard chemotherapy regimens for advanced non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*, 2(12), 1091-1097. doi: 10.1097/JTO.0b013e31815cfff64.

- Tardon, A., Lee, W.J., Delgado-Rodriguez, M., Dosemeci, M., Albanes, D., Hoover, R., & Blair, A. (2005). Leisure-time physical activity and lung cancer: a meta-analysis. *Cancer Causes Control*, 16(4), 389-397. doi: 10.1007/s10552-004-5026-9
- Tas, F., Ciftci, R., Kilic, L., & Karabulut, S. (2013). Age is a prognostic factor affecting survival in lung cancer patients. *Oncology Letters*, 6, 1507-1513. doi: 10.3892/ol.2013.1566
- Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A., & Lynch, T.J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363(8), 733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678
- Theorell, T. (1998). Antonovsky och hans KASAM. Antonovsky and his SOC. In: *Rosterom KASAM, 15 forskare granskar begreppet Kansla av sammanhang.[Voices about SOC.15 researchers examine the concept of sense of coherence]*. Stockholm: The Swedish Research Council:76-77.
- Thun, M.J., Henley, S.J., & Calle, E.E. (2002). Tobacco use and cancer: an epidemiologic perspective for geneticists. *Oncogene*, 21, 7307-7325. doi: 10.1038/sj.onc.1205807
- Torsheim, T. , Aaroe, L. , & Wold, B.(2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med* , 53, 603-614. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00370-1
- Traeger, L., Cannon, S., Pirl, W.F., & Park, E.R. (2013). Depression and undertreatment of depression: potential risks and outcomes in black patients with lung cancer. *J Psychosoc Oncol*, 31(2):123-135. doi: 10.1080/07347332.2012.761320
- Trippoli, S., Vaiani, M., Lucioni, C., & Messori, A. (2001). Quality of life and utility in patients with non-small cell lung cancer. Quality-of-life Study Group of the Master 2 Project in Pharmacoeconomics. *Pharmacoeconomics*, 19(8),855-863. doi: 10.2165/00019053-200119080-00007
- Tsevat, J., Dawson, N.V., & Matchar, D.B. (1990). Assessing quality of life and preferences in the seriously ill using utility theory. *J Clin Epidemiol*, 43 Suppl:73S-77S. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90224-D](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90224-D)
- U.S. Cancer Statistics Working Group. U.S. Cancer Statistics Data Visualizations Tool, based on November 2017 submission data (1999-2015): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute. www.cdc.gov/cancer/dataviz.
- Uysal, A., Lee Lin, H., & Kneem, R. (2010). The Role of Need Satisfaction in Self-Concealment and Well- Being. *Pers Soc Psychol Bull*, 36, 187-199. doi: 10.1177/0146167209354518
- Vastamäki, J., Moser, K., & Paul, K. I. (2009). How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(2), 161-171. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00695.x>
- Vena, C., Parker, K., Allen, R., Bliwise, D., Jain, S., & Kimble, L. (2006). Sleep-wake disturbances and quality of life in patients with advanced lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33(4),761-769. doi: 10.1188/06.ONF.761-769
- Vilelaa, L., & Allison, P. (2010). An investigation of the role of sense of coherence in predicting survival among Brazilians with head and neck cancer. *Oral Oncology*, 46 (7), 531-535. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.03.021.
- Vineis, P., & Husgafvel-Pursiainen, K. (2005). Air pollution and cancer: biomarker studies in human populations, *Carcinogenesis*, 26(11), 1846-1855. doi: 10.1093/carcin/bgi216
- Vinson, J.(2002). Children with asthma: Initial development of the child resilience model. *Pediatr -- Nurs* , 28, 149-158.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behav Res*, 20, 3-26. doi: 10.1207/s15327906mbr2001_1
- Wainwright, NW., Surtees, PG., Welch, AA., Luben, RN., Khaw, KT., & Bingham, SA. (2008). Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *J Epidemiol Community Health*, 62(9), 829-831. doi: 10.1136/jech.2007.066464

- Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., Symeonides, S., Wall, L., Murray, G., & Sharpe, M. (2013b). Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*, 24(4), 895-900. <https://doi.org/10.1093/annonc/nds575>
- Walker, J., Sawhney, A., Hansen, C.H., Symeonides, S., Martin, P., Murray, G., & Sharpe, M. (2013a). Treatment of depression in people with lung cancer: A systematic review. *Lung Cancer*, 79(1), 46-53. doi: 10.1016/j.lungcan.2012.09.014
- Wang, P.S., Berglund, P.A., & Kessler, R.C. (2000). Recent Care of Common Mental Disorders in the United States: Prevalence and Conformance with Evidence-Based Recommendations. *J Gen Intern Med*, 15, 284-292. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.9908044.x.
- Wang, X.S., Shi, Q., Lu, C., Basch, E.M., Johnson, V.E., Mendoza, T.R., Mobley, G.M., & Cleeland, C.S. (2010). Prognostic value of symptom burden for overall survival in patients receiving chemotherapy for advanced nonsmall cell lung cancer. *Cancer*, 116, 137-145. doi: 10.1002/cncr.24703
- Weiss, T., Weinberger, M., Schwerdt, A.M., & Holland, J. (2012). A 30-year perspective on psychosocial issues in lung cancer: how lung cancer "Came out of the Closet". *Thorac Surg Clin*, 22(4), 449-456. doi: 10.1016/j.thorsurg.2012.07.008
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 297-307. <https://doi.org/10.1023/A:1020786917988>
- Whitrow, M.J., Smith, B.J., Pilotto, L.S., Pisaniello, D., & Nitschke, M. (2003). Environmental exposure to carcinogens causing lung cancer: epidemiological evidence from the medical literature, *Respirology*, 8(4), 513-521. doi: 10.1046/j.1440-1843.2003.00497.x.
- Whitty, MT. (2003). Coping and defending: age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging Ment Health*, 7(2), 123-32. doi: 10.1080/1360786031000072277
- WHO (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding. New hope*. World Health Organization.
- WHO-World Health Organisation (2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- WHO-World Health Organisation (2016). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Wiesmann, U., Niehörster, G., & Hannich, H. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *Br J Health Psychol*, 14, 767-787. doi: 10.1348/135910709X413124
- Wiljer, D., Walton, T., Gilbert, J., Boucher, A., Ellis, P.M., Schiff, S., Sellick, S.M., Simunovic, M., Bezjak, A., & Urowitz, S. (2012). Understanding the needs of lung cancer patients during the pre-diagnosis phase. *J Cancer Educ*, 27(3), 494-500. doi: 10.1007/s13187-012-0345-0
- Wilkie, D.J., & Keefe, F.J. (1991). Coping strategies of patients with lung cancer-related pain, coping strategies of patients with lung cancer-related pain. *Clin J Pain*, 7(4), 292-299. doi: 10.1097/00002508-199112000-00007
- Wills, T., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In Cohen S, Underwood L, Gottlieb B. (eds.). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, Oxford University Press.
- Wilson, I.B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*, 273, 59-65.
- Win, T., Sharples, L., Wells, F., Ritchie, A., Munday, H., & Laroche, C. (2005). Effect of lung cancer surgery on quality of life. *Thorax*, 60(3), 234-238. doi: 10.1136/thx.2004.031872
- Wintner, L.M., Giesinger, J.M., Zabernigg, A., Sztankay, M., Meraner, V., Pall, G., Hilbe, W., & Holzner, B. (2013). Quality of life during chemotherapy in lung cancer patients: results across different treatment lines. *Br J Cancer*, 109(9), 2301-2308. doi: 10.1038/bjc.2013.585
- World Cancer Research Fund (2018). <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>.
- Wu, Y., Si, R., Yang, S., Xia, S., He, Z., Wang, L., He, Z., Wang, Q., & Tang, H. (2016). Depression induces poor prognosis associates with the down-regulation brain derived neurotrophic factor of serum in advanced small cell lung cancer. *Oncotarget*, 7(52), 85975-85986. doi: 10.18632/oncotarget.13291

- Yamato, T., Tsuchida, M., Watanabe, T., Aoki, T., Koizumi, N., Umezu, H., & Hayashi, J. (2001). Early results of a prospective study of limited resection for bronchioloalveolar adenocarcinoma of the lung. *Ann Thorac Surg*, 71(3), 971-974. doi: 10.1016/s0003-4975(00)02507-8
- Yang, P. (2009). Epidemiology of lung cancer prognosis: quantity and quality of life. *Methods Mol Biol*, 471, 469-86. doi: 10.1007/978-1-59745-416-2_24
- Yang, P., Cheville, A.L., Wampfler, J.A., Garces, Y.I., Jatoi, A., Clark, M.M., Cassivi, S., Midthun, D., Marks, R., Aubry, M., Okuno, S., Williams, B., Nichols, F., Trastek, V., Sugimura, H., Sarna, L., Allen, M., Deschamps, C., & Sloan, J.A. (2012). Quality of life and symptom burden among long-term lung cancer survivors. *J Thorac Oncol*, 7(1), 64-70. doi: 10.1097/JTO.0b013e3182397b3e.
- Yano, T., Haro, A., Shikada, Y., Maruyama, R., & Maehara, Y. (2011). Non-small cell lung cancer in never smokers as a representative “non-smoking-associated lung cancer”: epidemiology and clinical features. *Int J Clin Oncol*, 16(4), 287-293. doi: 10.1007/s10147-010-0160-8
- Yates, P., Schofield, P., Zhao, I., & Currow, D. (2013). Supportive and palliative care for lung cancer patients. *J Thorac Dis, Suppl 5*, S623-8. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.10.05
- Yfantopoulos, J. (2001). The Greek Version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 180-191.
- Yoo, GJ., Aviv, C., Levine, EG., Ewing, C., & Au, A. (2010). Emotion work: disclosing cancer. *Support care cancer*, 18(2), 205-215. doi: 10.1007/s00520-009-0646-y
- Yorke, J., Brettell, A., & Molassiotis, A. (2012). Nonpharmacological interventions for managing respiratory symptoms in lung cancer. *Chron Respir Dis*, 9(2), 117-129. doi: 10.1177/1479972312441632
- Youlden, D.R., Cramb, S.M., & Baade, P.D. (2008). The international epidemiology of lung cancer: geographical distribution and secular trends. *J Thorac Oncol*, 3(8), 819-831. <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e31818020eb>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress. *Psychooncology*, 10(1), 19-28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6
- Zappa, C., & Mousa, S.A. (2016). Non-small cell lung cancer: current treatment and future advances. *Transl Lung Cancer Res*, 5(3), 288-300. doi: 10.21037/tlcr.2016.06.07
- Zatloukal, P., Kubik, A., Pauk, N., Tomásek, L., & Petruzelka, L. (2003). Adenocarcinoma of the lung among women: risk associated with smoking, prior lung disease, diet and menstrual and pregnancy history. *Lung Cancer*, 41(3), 283-293. doi: 10.1016/s0169-5002(03)00234-4
- Zhang, JW., & Howell, RT. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Pers Individ Differ*, 50, 1261–1266. doi: 10.1016/j.paid.2011.02.021
- Zich, JM., Attkisson, C.C., & Greenfield, T.K. (1990). Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. *Int J Psychiatry Med*, 20(3), 259-277. doi: 10.2190/LYKR-7VHP-YJEM-MKM2
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric. *Journal of personality and social psychology*, 77, 1271-1288. doi: 10.1037/0022-3514.77.6.1271
- Zimbardo, PG., & Boyd, JN. (2008). *The time Paradox: The New Psychology of Time that will Change your Life*, The Free Press.
- Zimbardo, PG., Keough, KA., & Boyd, JN. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*, 23, 1007-1023. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00113-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00113-X)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Abbreviations-Συντομεύσεις

BPNS: Brief Psychological Needs Inventory

CT: Computed Tomography-Αξονική Τομογραφία

EORTC: European Organization of Research and Treatment of Cancer

EORTC-QLQ-C30: European Organization of Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire

EORTC QLQ-LC13:European Organization of Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire-Lung Cancer

HRQOL: Health Related Quality of Life

MRI: Magnetic Resonance Imaging-Μαγνητική Τομογραφία

NSCLC: Non-Small Cell Lung Cancer- Μη Μικροκυτταρικός Καρκίνος Πνεύμονα

PET: Positron Emission Tomography- Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων

SCLC: Small Cell Lung Cancer- Μικροκυτταρικός Καρκίνος Πνεύμονα

SOC: Sense of Coherence-Αίσθηση συνεκτικότητας ή συνοχής

ZTPI: Zimbardo Time Perspective Inventory

ΣΑΑΚ: Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

ΣΥΠΖ: Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II Τα ψυχομετρικά εργαλεία της Έρευνας



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Λεωφόρος Συγγρού 136
ΑΘΗΝΑ
Τηλ. 210 920 1057

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Αξιότιμε κύριε/α

Καλείσθε να λάβετε μέρος σε μια ερευνητική εργασία, η οποία πραγματοποιείται στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής στο τμήμα Ψυχολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου Αθηνών.

Πριν αποφασίσετε εάν θα λάβετε μέρος ή όχι στη συγκεκριμένη μελέτη, θα σας παρακαλούσαμε να διαβάσετε προσεκτικά τις ακόλουθες πληροφορίες.

Η προσωπική σας συμμετοχή στην παραπάνω ερευνητική εργασία είναι εθελοντική και εκτιμάται ως ιδιαίτερα σημαντική. Η απόφασή σας να συμμετάσχετε ή όχι δεν θα επηρεάσει την ιατρική φροντίδα που τυχόν λαμβάνεται από τις υπηρεσίες υγείας.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί το ανώνυμο των απαντήσεων και δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητα των ατόμων που θα συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Επισημαίνεται ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις και παρακαλείστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία μπορείτε να απευθύνεστε στον υπεύθυνο συλλογής των ερωτηματολογίων που αφορούν στην εν λόγω έρευνα. Τα στοιχεία επικοινωνίας είναι τα εξής:

Τόγκας Κωνσταντίνος

Κολοκοτρώνη 74, Μεγαλόπολη Αρκαδίας, TK 22200,

Τηλ. 6977240431, e-mail: togascostas@yahoo.gr

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας.

A/A.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ.....

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΑΣ; ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

2. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ (ΣΕ ΕΤΗ);

3. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

ΑΓΑΜΟΣ(H) ☐

ΕΓΓΑΜΟΣ(Η)/ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ ☐

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ(Η) ☐

XHPOΣ(A) □

4. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΑΣ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΠΟΥΣΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ(Η) ΤΕΙ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ(Η) ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ(Η) ΑΕΙ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ(Η) ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ☐

ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ(Η) ΛΥΚΕΙΟΥ □

ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ☐

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

OIKIAKA ☐

ΆΝΕΡΓΟΣ ☐

ΕΡΓΑΤΗΣ ☐

ΑΓΡΟΤΗΣ ☐

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ☐

6.ΕΙΣΟΔΗΜΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ □

KΛΛΗ ☐ΕΠΑΡΚΗΣ ☐KAKH ☐

7. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

8. ΑΣΦΑΛΕΙΑ.....

Β. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ.....ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....

ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΤΥΠΟΣ

N-SCLC ☐

SCLC ☐

ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ☐

ΠΛΑΚΩΔΗΣ ☐

ΑΛΛΟ ☐

STAGE.....

TNM

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ☐

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ☐

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ☐

ΤΥΠΟΣ ΕΚΤΟΜΗΣ

ΑΠΛΗ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ ☐

ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ ☐

ΔΙΠΛΗ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ ☐

ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΣΥΝΕΞΑΙΡΕΣΗ ☐

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΕΚΤΟΜΗ ☐

ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΟ ☐

ΦΑΡΜΑΚΑ

ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΛΓΟΥΣ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΦΑΡΜΑΚΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ

ΥΠΟΤΡΟΦΗ

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

ΟΥΔΕΝ ☐

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ☐

ΠΕΠΤΙΚΟ ☐

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ☐

ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.....

2.....

SOC-13

Οδηγίες: Ακολουθεί μια σειρά ερωτήσεων που σχετίζονται με διάφορους τομείς της ζωής μας. Κάθε ερώτηση έχει 7 δυνατές απαντήσεις. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα την απάντησή σας. Δώσε μόνο μια απάντηση σε κάθε ερώτηση.

1. Έχετε την αίσθηση ότι δεν νοιάζεστε πραγματικά για το τι συμβαίνει γύρω σας.

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ σπάνια						πολύ συχνά
ή ποτέ						

2. Σας έχει στο παρελθόν ξαφνιάσει η συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι ξέρατε καλά;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ						πάντοτε

3. Σας έχει συμβεί ποτέ να απογοητευθείτε από ανθρώπους στους οποίους υπολογίζατε;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ						πάντοτε

4. Μέχρι τώρα η ζωή σας

1	2	3	4	5	6	7
Δεν είχε καθόλου						είχε ξεκάθαρους
ξεκάθαρους στόχους						στόχους ή σκοπούς
ή σκοπούς						

5. Αισθάνεστε ότι σας φέρονται άδικα;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						πολύ σπάνια

6. Αισθάνεστε ότι βρίσκεστε σε μια άγνωστη κατάσταση που δεν ξέρετε τι να κάνετε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

7. Τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Πηγή βαθιάς						πηγή πόνου
ευχαρίστησης						και ανίας
και ικανοποίησης						

8. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

9. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να μην είχατε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

10. Πολλοί άνθρωποι, ακόμη και αυτοί με δυνατό χαρακτήρα, μερικές φορές σε μερικές περιστάσεις αισθάνονται αποτυχημένοι σαν να είναι άχρηστοι. Πόσο συχνά έχετε νιώσει έτσι στο παρελθόν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ						πολύ συχνά

11. Κάθε φορά που συνέβαινε κάτι, ανακαλύπτατε ότι γενικώς:

1	2	3	4	5	6	7
Υπερβάλλατε ή						το είδατε στις
υποτιμούσατε						πραγματικές του
τη σημασία του						διαστάσεις

12. Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή δεν έχουν πολλή σημασία;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

13. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε βέβαιος/η ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας ανησυχούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πως τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Στη συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Θα θέλαμε να μας πείτε **πόσο συχνά** εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό.

		Π ο τ έ	Σ π ά ν ι α	Μ ε ρ ι κ έ ς φ ο ρ έ ς	Συ χν ά
1	Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα	1	2	3	4
2	Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο	1	2	3	4
3	Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	1	2	3	4
4	Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση	1	2	3	4
5	Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση	1	2	3	4
6	Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου	1	2	3	4
7	Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα	1	2	3	4
8	Αποδεχόμουν τη μοίρα μου	1	2	3	4
9	Συνέχιζα να μην συμβαίνει τίποτα	1	2	3	4
10	Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου	1	2	3	4
11	Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων	1	2	3	4
12	Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα	1	2	3	4
13	Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μας	1	2	3	4
14	Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό	1	2	3	4
15	Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα	1	2	3	4
16	Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο	1	2	3	4
17	Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε	1	2	3	4
18	Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιο τρόπο	1	2	3	4
19	Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν	1	2	3	4
20	Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα	1	2	3	4
21	Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο	1	2	3	4
22	Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό	1	2	3	4
23	Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή	1	2	3	4
24	Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα	1	2	3	4
25	Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι	1	2	3	4
26	Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά	1	2	3	4
27	Μιλούσα σε κάποιον για το πως νιώθω	1	2	3	4
28	Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα	1	2	3	4
29	Ξεσπούσα στους άλλους	1	2	3	4
30	Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις	1	2	3	4
31	Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλάσιαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω	1	2	3	4
32	Έβρισκα μια-δύο διαφορετικές λύσεις στο πρόβλημα	1	2	3	4
33	Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή πως το ένιωθα	1	2	3	4
34	Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	1	2	3	4
35	Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτήν	1	2	3	4
36	Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα	1	2	3	4
37	Προσευχόμουν	1	2	3	4
38	Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ

Παρακάτω ακολουθούν 12 προτάσεις σχετικές με το πώς εκφράζεστε συναισθηματικά. Συμπληρώστε τα κουτάκια, όπως παραπάνω, αυτή τη φορά όμως, βάσει μιας τετραβάθμιας κλίμακας με την παρακάτω σημασία:

Διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ
0	1	2	3

Η σημασία των αριθμών στην κλίμακα

	0	1	2	3
1.Όταν είμαι αναστατωμένος/ή, συνήθως εκμυστηρεύομαι στους φίλους μου το πώς νιώθω.				
2.Προτιμώ να μην μιλώ και να μην φανερώνω στους άλλους τα προβλήματά μου.				
3.Όταν μου συμβαίνει κάτι δυσάρεστο, συχνά αναζητώ κάποιον για να μιλήσω και να το μοιραστώ.				
4.Συνήθως, δεν συζητώ για πράγματα που με αναστατώνουν.				
5.Όταν νιώθω μελαγχολικός/ή ή λυπημένος/η, έχω την τάση να κρατώ αυτά τα συναισθήματα για τον εαυτό μου.				
6.Προσπαθώ να βρίσκω ανθρώπους, για να συζητώ μαζί τους για τα προβλήματά μου.				
7.Όταν είμαι σε άσχημη διάθεση, μιλάω γι' αυτό στους φίλους μου.				
8.Αν έχω μία κακή ημέρα, το τελευταίο που θέλω είναι να το συζητήσω.				
9.Σπανίως ψάχνω ανθρώπους να μιλήσω, όταν έχω προβλήματα.				
10.Όταν είμαι στενοχωρημένος/η, δεν το λέω σε κανέναν.				
11.Συνήθως αναζητώ κάποιον να μιλήσω, όταν είμαι σε άσχημη διάθεση.				
12.Είμαι πρόθυμος/η να πω και να αποκαλύψω σε άλλους τις ενοχλητικές/βασανιστικές σκέψεις, που με θλίβουν.				

ΚΛΙΜΑΚΑ CENTER FOR EPIDIMIOLOGICAL STUDIES –DEPRESSION SCALE (CES-D)

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσετε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ σημειώστε πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις 30 τελευταίες ημέρες.

- α. λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα : «σπάνια, καθόλου».
β. 1-2 ημέρες : «μερικές φορές».
γ. 3-4 ημέρες : «αρκετές φορές»
δ. 5-7 ημέρες : «τον περισσότερο καιρό».

Τις τελευταίες 30 ημέρες:

	«σπάνια, καθόλου»	«μερικές φορές»	«αρκετές φορές»	«τον περισσότερο καιρό»
	Λιγότερο από 1 ημέρα/ εβδομάδα	1-2 ημέρες/ εβδομάδα	3-4 ημέρες / εβδομάδα	5-7 ημέρες/ εβδομάδα
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δε σας ενοχλούν.	0	1	2	3
2. Η όρεξή σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε.	0	1	2	3
3. Νιώθετε ότι δε μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως , ακόμα και αν οι φίλοι ή η οικογένειά σας σας βοηθούσαν.	0	1	2	3
4. Νιώθετε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους.	0	1	2	3
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνετε	0	1	2	3
6. Νιώθετε μελαγχολικός.	0	1	2	3
7. Νιώθετε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια , πίεση.	0	1	2	3
8. Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον.	0	1	2	3
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία.	0	1	2	3
10. Νιώθετε φοβισμένος.	0	1	2	3
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο.	0	1	2	3
12. Είσαστε ευτυχισμένος.	0	1	2	3
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
14. Νιώθετε μοναξιά	0	1	2	3
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας.	0	1	2	3
16. Ευχαριστιέστε (χαιρόσαστε τη ζωή).	0	1	2	3
17. Κλαίτε με λυγμούς.	0	1	2	3
18. Νιώθετε λυπημένος.	0	1	2	3
19. Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν.	0	1	2	3
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο).	0	1	2	3

EORTC-QLQ C30

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

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

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;	1	2	3	4
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου σας;	1	2	3	4
8. Λαχανιάσατε;	1	2	3	4
9. Πονούσατε;	1	2	3	4
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	1	2	3	4
11. Είχατε αϋπνίες;	1	2	3	4
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;	1	2	3	4
13. Είχατε ανορεξία;	1	2	3	4
14. Είχατε τάση για εμετό;	1	2	3	4
15. Κάνατε εμετό;	1	2	3	4
16. Είχατε δυσκολιότητα;	1	2	3	4
17. Είχατε διάρροια;	1	2	3	4
18. Αισθανόσασταν κουρασμένος / η;	1	2	3	4
19. Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;	1	2	3	4
20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;	1	2	3	4
21. Αισθανόσασταν υπερένταση;	1	2	3	4
22. Αισθανόσασταν στεναχώρια;	1	2	3	4
23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος;	1	2	3	4
24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	1	2	3	4
25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;	1	2	3	4

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την <u>οικογενειακή</u> σας ζωή;	1	2	3	4
27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις <u>κοινωνικές</u> σας εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);	1	2	3	4
28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, προξένησαν <u>οικονομικές</u> δυσκολίες;	1	2	3	4

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

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

1 2 3 4 5 6 7

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

1 2 3 4 5 6 7

EORTC QLQ-LC13

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
31. Είχατε βήχα;	1	2	3	4
32. Βγάλατε αίμα με το βήχα;	1	2	3	4
33. Είχατε δύσπνοια σε ηρεμία;	1	2	3	4
34. Είχατε δύσπνοια σε βάδισμα;	1	2	3	4
35. Είχατε δύσπνοια σε σκάλες;	1	2	3	4
36. Σας πόνεσε ο λαιμός ή η γλώσσα;	1	2	3	4
37. Δυσκολευόσαστε να καταπιείτε;	1	2	3	4
38. Είχατε μυρμήγκιασμα στα χέρια ή στα πόδια;	1	2	3	4
39. Πέσανε τα μαλλιά σας;	1	2	3	4
40. Είχατε πόνο στο στήθος;	1	2	3	4
41. Είχατε πόνο στα χέρια ή στα πόδια;	1	2	3	4
42. Είχατε πόνο σε άλλο μέρος; Αν ναι που.....	1	2	3	4
43. Παίρνετε φάρμακα για τον πόνο; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, βοηθάνε;	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30

qlqc30@eortc.be

Προς: togascostas@yahoo.gr

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested. Best regards,

Your data:

Title: PhD©

Firstname: CONSTANTINOS

Lastname: TOGAS

Hospital/Institution: PANTEION UNIVERSITY

Address: 136 Suggrou Street

County/State: Greece

Postal Code:

Country: Greece

Phone: 2791024679

Email: togascostas@yahoo.gr

Protocol: Sense of coherence, coping, mental health and quality of life of lung cancer patients

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Greek

Lung Module (LC13) in Greek

QLQ-C30 Scoring Manual

Scoring Instructions: Lung LC13

URLs:

<http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20Greek.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/LC13/LC13%20Greek.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/LC13_summary.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV
Έγκριση νοσοκομείου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»



"Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

Αθήνα: 21-6-13
Αρ. Πρωτ: 16163

Λ. Μεσογείων 152, 11527

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ &
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΡΟΠΟΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΤΗΛ: 210 7701114
FAX: 210 7788055

ΠΡΟΣ: Τον κ. Τόγκα Κωνσταντίνο
Κολοκοτρώνη 74
Μεγαλόπολη Αρκαδίας
ΤΚ 20200

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

+ **Επιστημονικό Συμβούλιο**
+ **Διευθύντρια Ιατρικής**
Υπηρεσίας
+ **Διευθύντρια Νοσηλευτικής**
+ **Υπηρεσίας**

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής»
ΣΧΕΤ: Το υπ' αριθμ. 16/29-5-13 (θέμα 3^ο) απόσπασμα
πρακτικών του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου
μας

Σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας (Συνεδρίαση 16/29-5-13, θέμα 3ο), μετά από θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας (υπ' αριθμ. πρωτ. 10392/19-4-13 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου), ενέκρινε την έρευνα στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής με τίτλο: «Αίσθηση συνοχής, στρατηγικές αντιμετώπισης, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής ασθενών», η οποία θα πραγματοποιηθεί από εσάς με την προϋπόθεση ότι θα διατηρηθεί η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο με οιονδήποτε τρόπο.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΤΣΑΜΗΣ

ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΠΑΝΟΥ

