



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

Η Πνευματικότητα - Θρησκευτικότητα σε Σχέση με την Κατάθλιψη και το Άγχος σε Ασθενείς με Καρκίνο:

Διερεύνηση της συσχέτισης του αισθήματος πνευματικότητας – θρησκευτικότητας ως προς το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, πριν την έναρξη και στην ολοκλήρωση ακτινοθεραπείας σε Γενικό Νοσοκομείο της Αττικής.

Φοιτητής:

ΣΧΙΣΜΕΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
(Α.Μ.: 20170901)

Επιβλέπων:

Αν. Καθ. ΚΟΥΛΟΥΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2019

Το παρόν δοκίμιο αποτελεί πτυχιακή εργασία που συντάχθηκε για το διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών της Ιατρικής – Νοσηλευτικής σχολής «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων» του ΕΚΠΑ και υποβλήθηκε τον Δεκέμβριο του 2019.

Ο συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Πίνακας περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περίληψη	4
----------------	---

Πρόλογος.....	5
---------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
----------------	---

Προσεγγίζοντας τις έννοιες «θρησκευτικότητα» και «πνευματικότητα»	7
---	---

Θρησκευτικότητα – Πνευματικότητα σε σχέση με την υγεία.....	12
---	----

Αξιολόγηση πνευματικού – θρησκευτικού συναισθήματος. Κλίμακες και ερευνητικά εργαλεία.....	16
--	----

Η ψυχολογική διάσταση της ασθένειας	22
---	----

Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις	30
--	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	35
-------------------	----

Συμμετέχοντες.....	35
--------------------	----

Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	36
------------------------------	----

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Στατιστική Ανάλυση	38
--	----

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41
-------------------	----

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες	43
--	----

Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων – Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση.....	54
--	----

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	64
---------------	----

Περιορισμοί και αξία της έρευνας	71
--	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	73
-------------------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	81
-----------------	----

Περίληψη

Η θρησκεία και η ιατρική έχουν από τις αρχαίες κοινωνίες μια κοινή πορεία, αναφορικά με την ασθένεια και την αντιμετώπισή της. Η ιδέα της ασθένειας είναι απειλητική για το άτομο και προκαλεί έντονη ανησυχία. Η θρησκευτικότητα, η οποία εκ φύσεως εμπεριέχει έναν αρκετά ευρύ εννοιολογικό προσδιορισμό, έχει αναδειχθεί ερευνητικά ως ισχυρός προστατευτικός παράγοντας αντιμετώπισης αυτής της ανησυχίας.

Με την παρούσα ερευνητική μελέτη επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ Θρησκευτικότητας – Πνευματικότητας και Άγχους - Κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι τελούν υπό ακτινοθεραπευτική αγωγή, η σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους με τους ανωτέρω παράγοντες, καθώς και η τυχόν μεταβολή του αισθήματος της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας καθώς εξελίσσεται η θεραπεία.

Στην έρευνα συμμετείχαν 48 ακτινοθεραπευόμενοι ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σε δύο φάσεις και τα οποία αποτελούνταν από την κλίμακα αξιολόγησης της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25) και τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών συσχετίστηκαν μόνο με ορισμένες από τις υποκλίμακες της πνευματικότητας – θρησκευτικότητας και του άγχους – κατάθλιψης. Τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης κυμάνθηκαν σε μέτρια προς φυσιολογικά επίπεδα, με την πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν να παρουσιάζουν ήπια ή καθόλου συμπτώματα και στις δύο φάσεις της έρευνας, ενώ ως κλινικές περιπτώσεις αξιολογήθηκαν λιγότερες από το 1/3 των περιπτώσεων. Το επίπεδο της πνευματικότητας – θρησκευτικότητας βρέθηκε να συσχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη στις υποκλίμακες της Πίστης και της Ποιότητας Ζωής, ενώ οι υποκλίμακες των ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS δε εξήγαγαν κάποια στατιστική συσχέτιση μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας.

Πρόλογος

Μέχρι σήμερα δεν υφίσταται ένας κοινά αποδεκτός επιστημονικός ορισμός της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, ωστόσο η πνευματική και θρησκευτική ευημερία είναι ένα πεδίο ενδιαφέροντος για τους ερευνητές σε όλο τον κόσμο και ιδίως όσον αφορά τον τομέα της ασθένειας, όπου η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει της συσχέτιση της πληρέστερης κάλυψης των ψυχο-πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια και τη θεραπεία.

Ειδικότερα έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ οι ερευνητικές μελέτες υποδεικνύουν ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα δεν είναι πάντα παροδικά, αλλά μπορεί να διαρκέσουν καθ' όλη τη θεραπεία και συχνά οι ψυχο-πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες τους υποεκτιμούνται και παραμένουν ανεκπλήρωτες σε όλα τα στάδια της ασθένειας.

Με την παρούσα μελέτη επιχειρώ να ερευνήσω τη σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας-πνευματικότητας και άγχους-κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο υπό ακτινοθεραπεία, συγκρίνοντας τα ευρήματα με αυτά αντίστοιχων ερευνών σε ελληνικό και διεθνές επίπεδο. Η σημασία αυτής της διερεύνησης έγκειται στην προσπάθεια κατανόησης των αναγκών και παροχής πληρέστερης φροντίδας για τους ασθενείς. Θέλω να ευχαριστήσω τον αν. καθηγητή ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας κ. Κουλουλία Βασίλειο, που μου εμπιστεύθηκε το θέμα αυτής της εργασίας, καθώς και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του, την καθηγήτρια κα Μυστακίδου Κυριακή Πρόεδρο του Π.Μ.Σ. «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων» για την βοήθεια επί του επιστημονικού αντικειμένου της, την επ. καθηγήτρια ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας κα Ζυγογιάννη Άννα και τον ακτινοθεραπευτή – ογκολόγο κ. Τρογκάνη Νικόλαο για την πολύτιμη συμβολή τους επί του επιστημονικού αντικειμένου τους και τη βοήθεια κατά τη συλλογή των δεδομένων και ιδίως τους ασθενείς που, εθελοντικά, αφιέρωσαν τον προσωπικό τους χρόνο, για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Η πνευματικότητα - θρησκευτικότητα σε σχέση με την κατάθλιψη και το άγχος σε ασθενείς με καρκίνο

Η θρησκεία ανέκαθεν διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη ζωή. Έχουν γίνει πολυάριθμες προσπάθειες για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της θρησκείας, ενώ η προέλευσή της έχει γίνει αντικείμενο έρευνας από το 19^ο αιώνα. Αν και δεν υφίσταται ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της, συνηθέστερα με τον όρο «θρησκεία» περιγράφεται ένα σύστημα πεποιθήσεων, συμπεριφορών, ηθών, καθημερινών πρακτικών, τελετουργικών, καθώς και ιερών προσώπων, αντικειμένων, τόπων ή κειμένων που συνδέουν τους ανθρώπους με υπερφυσικά φαινόμενα ή οντότητες. Είναι ωστόσο κοινά αποδεκτό ότι η θρησκεία επιτέλεσε ουσιαστικό ρόλο σε όλες τις κοινωνίες σε θέματα ζωής, θανάτου, υγείας, αρρώστιας και θεραπείας.

Η θρησκευτικότητα, η πίστη δηλαδή σε ένα οργανωμένο θρησκευτικό σύστημα, συχνά ταυτίζεται με την πνευματικότητα. Αν και αποτελούν έννοιες αλληλένδετες και συμπληρωματικές, στην πραγματικότητα δεν ταυτίζονται, με την πνευματικότητα να αναφέρεται στη γενικότερη θεώρηση της πνευματικής ζωής και στην αναζήτηση βαθύτερου εσωτερικού νοήματος και σχέσης με τον ίδιο το εαυτό, καθώς και τις σχέσεις με την οικογένεια, τους άλλους, την κοινωνία και τη φύση.

Με βάση την ανωτέρω προσέγγιση, είναι εύκολα αντιληπτό το γεγονός ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα θεωρούνται παράγοντες καθοριστικής σημασίας στη διαχείριση και αντιμετώπιση της ασθένειας και ιδίως της χρόνιας και καταληκτικής. Οι ασθενείς συχνά σκέφτονται και αξιολογούν την εμπειρία της ασθένειας, του πόνου, της μοναξιάς, του άγχους και τη γενικότερη ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα των ατομικών πεποιθήσεων για το νόημα της ζωής, της ελπίδας για το αύριο και τις προσδοκίες για τη μετά θάνατο πορεία. Το άτομο αξιοποιεί θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές (π.χ. προσευχή, εκκλησιασμός κ.ά.) για να διαχειριστεί στρεσογόνες καταστάσεις, χρησιμοποιώντας τη

θρησκεία ως μηχανισμό ερμηνείας και αντιμετώπισης του απειλητικού ερεθίσματος (Musa, Pevalin & Khalaileh, 2017).

Προσεγγίζοντας τις έννοιες «θρησκευτικότητα» και «πνευματικότητα»

Το ερευνητικό ενδιαφέρον γύρω από την θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, με επίκεντρο κυρίως τους κλάδους που ασχολούνται με την υγεία, όπως π.χ. η κλινική ψυχολογία, η ψυχολογία της υγείας, η νοσηλευτική, η ανακουφιστική φροντίδα, η κοινωνική εργασία και η συμβουλευτική. Ωστόσο και άλλοι κλάδοι που ασχολούνται με τον χώρο εργασίας και ειδικότερα με την ηγεσία, την εργασία, την οργανωσιακή κουλτούρα, τις επιχειρήσεις και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, έχουν στρέψει την ερευνητική τους προσοχή προς την πνευματικότητα, με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί ένα νέο πεδίο μελέτης. Ανεξάρτητα όμως από τη σκοπιά προσέγγισης των μελετών της πνευματικότητας, σε όλες κατά βάση τις προσεγγίσεις ανακύπτει ένα πρόβλημα το οποίο είναι εγγενές στο ίδιο το αντικείμενο της μελέτης: δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τι είναι η πνευματικότητα και ακόμα περισσότερο πώς αυτή μπορεί αξιόπιστα να μετρηθεί, οδηγώντας μάλιστα ορισμένους μελετητές να αμφισβητήσουν τη χρησιμότητα και καταλληλότητά της ως επιστημονικής κατασκευής. Παραδείγματος χάριν, ο Koenig σε άρθρο που δημοσίευσε το 2008 παρατηρεί ότι η πνευματικότητα καθίσταται, ως εννοιολογική δομή, αντικείμενο ερευνητικής μελέτης ολοένα και συχνότερα τα τελευταία χρόνια σχετιζόμενη με την ψυχική και σωματική υγεία. Ωστόσο ο ορισμός της έχει αλλάξει και ενώ παραδοσιακά συνήθιζε να αντιστοιχεί και να περιγράφει ένα βαθιά θρησκευόμενο άτομο, τώρα έχει επεκταθεί και συμπεριλαμβάνει ένα λιγότερο θρησκευόμενο άτομο, τον θρησκευτικό αναζητητή, αυτόν που επιδιώκει την ευημερία και ευτυχία, ακόμα και ένα εντελώς κοσμικό πρόσωπο. Παράλληλα τα εργαλεία που

χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της πνευματικότητας αντικατοπτρίζουν αυτήν την τάση, περιλαμβάνοντας ερωτήσεις που διερευνούν τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα ή ψυχικής υγείας, όπως την αισιοδοξία, συγχώρεση, ευγνωμοσύνη, νόημα για τη ζωή, γαλήνη, αρμονία και γενική ευημερία. Ως αποτέλεσμα όμως της πνευματικότητας που μετράται με δείκτες καλής ψυχικής υγείας, προκύπτει μια ισχυρή συσχέτιση με την καλή ψυχική υγεία και ενδεχομένως μια μέτρηση δεικτών ψυχικής υγείας και όχι πνευματικότητας, καταλήγοντας ότι τέτοιες συσχετίσεις δεν έχουν σαφές νόημα και η πνευματικότητα θα πρέπει να οριστεί και να μετράται με παραδοσιακούς όρους ως μια μοναδική εννοιολογική δομή ή θα πρέπει να εξαιρεθεί από τη χρήση στην ακαδημαϊκή έρευνα. Το πρόβλημα με την έλλειψη εννοιολογικής συνοχής και συμφωνίας ενισχύεται περαιτέρω από το γεγονός ότι υπάρχουν ελάχιστες έρευνες, οι οποίες να συγκρίνουν με συστηματικό και άμεσο τρόπο τις υπάρχουσες θεωρίες και τα μοντέλα μέτρησης, ώστε να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός κοινά αποδεκτού εννοιολογικού πλαισίου επί του οποίου θα στηρίζεται και θα αναπτύσσεται η επιστημονική έρευνα (MacDonald D., 2011).

Οι Kinjerski και Skrypnek (2004) ερευνώντας την πνευματικότητα στον τομέα της εργασίας διαπιστώνουν ότι δεν υφίσταται ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να αποτυπώσει περιεκτικά το μέτρο της ατομικής θρησκευτικότητας – πνευματικότητας στην εργασία, ώστε να καταστεί δυνατός ο προσδιορισμός του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αναπτύσσουν την πνευματικότητα στην εργασία, των παραγόντων που ενισχύουν ή παρεμποδίζουν την πνευματικότητα και εν τέλει να διαπιστωθεί η επίδρασή της στο εργασιακό αντικείμενο, την ευημερία και την παραγωγικότητα. Όταν οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το τι είναι πνευματικότητα στην εργασία και στη συνέχεια κλήθηκαν να περιγράψουν μια προσωπική εμπειρία τους, έγινε αντιληπτό ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είχαν δυσκολία να παρέχουν έναν ολοκληρωμένο ορισμό για την πνευματικότητα στην εργασία, ήταν όμως πολύ πιο εύκολο να ανακαλέσουν και να περιγράψουν μια σχετική

εμπειρία. Αυτές οι περιγραφές των προσωπικών εμπειριών παρουσίασαν μεγάλη συνοχή στην αντιλαμβανόμενη έννοια της πνευματικότητας μεταξύ των ατόμων και αποκάλυψαν ότι κατά τους συμμετέχοντες η πνευματικότητα έχει διάφορες διαστάσεις, όπως σωματική, συναισθηματική, γνωστική, διαπροσωπική, πνευματική και μυστικιστική. Η επίδραση αυτών των επιμέρους διαστάσεων περιλαμβάνει φυσιολογική διέγερση, θετική ψυχολογική επίδραση, μια πεποίθηση ότι η εργασία κάποιου έχει κάποια θετική συμβολή, μια αίσθηση σύνδεσης με τους άλλους συναδέλφους για κοινό σκοπό, μια αίσθηση σύνδεσης με κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό και μια αίσθηση τελειότητας και υπέρβασης. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η πνευματικότητα στην εργασία έχει μεν ποικίλες διαστάσεις, εν τούτοις το σύνολό της, ως εννοιολογική κατασκευή, είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των επιμέρους διαστάσεων. Η προσπάθεια για κατακερματισμό και επιμέρους διερεύνηση των διαφόρων διαστάσεών της, ώστε να γίνει καλύτερα αντιληπτή και να διερευνηθεί εις βάθος, έδειξε ότι η πνευματικότητα στην εργασία είναι μια ολιστική εμπειρία, διαπίστωση που αποτελεί κοινό τόπο και σε άλλες έρευνες γύρω από την πνευματικότητα όπως π.χ. στην υγεία ή άλλους τομείς, όπου τα άτομα μοιράζονται ένα αίσθημα διασύνδεσης και κοινού σκοπού, αυθεντικότητα, ευθυγράμμιση μεταξύ των αξιών και των ενεργειών τους, αισθάνονται καλά για το τι κάνουν, αντιλαμβάνονται μια υποκειμενική πνευματική παρουσία, νιώθουν ότι συμβάλλουν σε έναν κοινό καλό σκοπό και ενίοτε βιώνουν μυστικιστικές στιγμές.

Μία εξίσου σημαντική πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν όσοι προσεγγίζουν την θρησκευτικότητα – πνευματικότητα, όπως παρατηρεί ο Joshanloo (2012), είναι ότι ως άμεσο επακόλουθο της μη ύπαρξης κοινά αποδεκτού ορισμού, αναδύεται ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ των δύο αυτών εννοιών. Και σε αυτό το πεδίο υπάρχει ποικιλία προτάσεων και προσεγγίσεων. Μια θεώρηση της σχέσης μεταξύ των δύο αυτών εννοιών είναι η αποδοχή ότι η μια αποτελεί ένα υποσύνολο της άλλης. Αποδεχόμενος αυτή τη θεώρηση ο Pargament (1999) υποστηρίζει ότι η πνευματικότητα είναι ο πυρήνας της

θρησκείας και ότι η αναζήτηση για το Θείο είναι η πιο δυνατή κεντρική θρησκευτική λειτουργία. Υπό αυτό το πρίσμα, η θρησκεία αποτελεί ευρύτερη δομή από την πνευματικότητα, περιλαμβάνοντας την αναζήτηση για πολλά σημαντικά – ιερά αντικείμενα, ενώ η πνευματικότητα επικεντρώνεται στην αναζήτηση ενός συγκεκριμένου σημαντικού – ιερού αντικειμένου. Αυτό ωστόσο οδηγεί σε μια όλο και μειούμενη διάκριση μεταξύ θρησκείας και πνευματικότητας, καθώς όλο και περισσότερα αντικείμενα σπουδαιότητας στη ζωή θεωρούνται ιερά, για δε εκείνους που βρίσκουν το σύνολο της ζωής ιερό, υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ της θρησκείας και της πνευματικότητας.

Από την άλλη πλευρά οι Zinnbauer et al (1997) και ο Stifoss-Hanssen (1999) υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα είναι μια ευρύτερη κατασκευή της οποίας ο πυρήνας δεν είναι απαραίτητα και εξ ορισμού θρησκευτικός, αλλά εμπίπτει στην ψυχολογία της θρησκείας. Η πνευματικότητα μπορεί να εστιάζει στο συμβολικό νόημα της ζωής, στην ανθρώπινη συμπεριφορά που δίνει νόημα ή σε κάποια άλλη ευρύτερη διάσταση. Και παρότι μια τέτοια εννοιολογική κατασκευή είναι σε πολλά σημεία αλληλεπικαλυπτόμενη και παράλληλη με τη θρησκεία, η θρησκεία τοποθετείται σε χαμηλότερο θεωρητικό επίπεδο. Ο Nelson (2009) σε μια διαφορετική θεώρηση αυτών των δύο εννοιών προτείνει ότι μια χρήσιμη και παράλληλα λειτουργική μέθοδος επίλυσης αυτού του ζητήματος είναι να αντιμετωπιστεί η θρησκεία και η πνευματικότητα ως ξεχωριστά, αλλά επικαλυπτόμενα κατασκευάσματα, που μοιράζονται ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, ταυτόχρονα όμως διατηρούν και επιμέρους χαρακτηριστικά που δεν είναι κοινά.

Μεγάλο μέρος της σύγχρονης βιβλιογραφίας, όντως, προτείνει ότι η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα περιγράφονται καλύτερα ως αυτοτελείς, αλλά αλληλεπικαλυπτόμενοι εννοιολογικοί όροι, που μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά, όπως η αναζήτηση του Θείου και ιερού, διατηρώντας ταυτόχρονα ειδοποιούς διαφορές μεταξύ τους, όπως το γεγονός ότι η θρησκευτικότητα και η θρησκεία κατ' επέκταση είναι θεμελιωδώς ένα κοινωνικό φαινόμενο,

ενώ η πνευματικότητα είναι συνήθως αντιληπτή σε ατομικό – προσωπικό επίπεδο, θέτοντας το άτομο σε σχέση προς μεγαλύτερα, υπερβατικά εννοιολογικά κατασκευάσματα όπως π.χ. ο «Θεός» ή το «Σύμπαν» (Piedmont et al, 2009). Παράλληλα διάφοροι ερευνητές προτείνουν ότι η πόλωση αυτών των δύο εννοιών ως εξολοκλήρου ασυμβίβαστων θα πρέπει να αποφεύγεται, καθόσον δεν είναι αδιάσειστα θεωρητικά και εμπειρικά τεκμηριωμένη και επιπλέον ελλοχεύουν, δυνητικά, κίνδυνοι για το πεδίο της ψυχολογίας της θρησκείας, αν και οι διαφορές μεταξύ των δύο εννοιών πράγματι υπάρχουν και θα συνεχίσουν να υφίστανται (Zinnbauer & Pargament, 2005).

Οι εμπειρικές μελέτες που διερευνούν τη σύνδεση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας παραμένουν, ωστόσο, ολιγάριθμες και ανεπαρκείς. Φαίνεται ότι υπάρχουν δύο γραμμές έρευνας στην πορεία της εμπειρικής προσέγγισης των δύο αυτών εννοιών. Η πρώτη βασίζεται στις πεποιθήσεις των ερωτηθέντων γύρω από τις δύο έννοιες και επιδιώκει να εξετάσει τη σχέση μεταξύ αυτών των προσωπικών πεποιθήσεων και άλλων ψυχολογικών μεταβλητών, με τα ευρήματα αυτών των μελετών να παρουσιάζουν την πλειονότητα των συμμετεχόντων ευαισθητοποιημένους γύρω από την θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα και επιπλέον εντόπισαν διαφορετικές συσχετίσεις αυτών των εννοιών με ψυχολογικές παραμέτρους ή συμπεριφορές, υποδεικνύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τις λειτουργικές τους διαφορές. Για παράδειγμα διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ υψηλού αισθήματος θρησκευτικότητας και υψηλότερου αυταρχισμού, ενώ η πνευματικότητα συνδέθηκε περισσότερο με μυστικιστικές εμπειρίες. Γενικά, αυτές οι μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι αν και οι δύο έννοιες εξαρτώνται και αλληλεπικαλύπτονται, είναι εν μέρει διαφορετικές. Η δεύτερη γραμμή έρευνας περιλαμβάνει την παραγοντική ανάλυση για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αυτών των εννοιών. Οι Dowling et al (2003) στην έρευνά τους σε δείγμα 1.000 Αμερικανών και οι Piedmont et al (2009) σε δείγμα Αμερικανών και Φιλιππινέζων, εντόπισαν την παρουσία της θρησκευτικότητας και της

πνευματικότητας ως ξεχωριστές, αλλά σχετιζόμενες εννοιολογικές κατασκευές, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα είναι ιδιαίτερα σχετιζόμενες έννοιες, αλλά διατηρούν επαρκή μοναδική διακύμανση ώστε να δικαιολογείται η ξεχωριστή χρήση τους (Joshanloo, 2012).

Μια επιπλέον παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών γύρω από της δομή και τις παραμέτρους της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας επικεντρώνονται και αντλούν στοιχεία από πληθυσμούς του δυτικού πολιτισμού. Αυτές οι μελέτες επιβεβαιώνουν γενικά ότι οι δύο όροι μπορούν να περιγραφούν καλύτερα ως δύο διαφορετικοί αλλά σχετιζόμενοι παράγοντες, ωστόσο υπολείπονται αριθμητικά οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ αυτών των εννοιών σε άλλες θρησκευτικές ομάδες π.χ. σε ισλαμικούς πληθυσμούς. Η έρευνα για τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα και τη σχέση τους με την ψυχική υγεία παρέχει άφθονα στοιχεία, βασισμένη σε δείγματα χριστιανών από χώρες της Δύσης, ενώ παρατηρείται μια αύξηση των ερευνών σε μουσουλμανικούς πληθυσμούς της Μέσης Ανατολής. Οι Koenig et al (2012) με τη συστηματική ανασκόπησή τους διερεύνησαν τη σύνδεση της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας και τη σχέση τους με την ψυχική υγεία, τόσο σε έρευνες δυτικών χωρών όσο και σε έρευνες σε μουσουλμανικές χώρες, συγκρίνοντας τις ομοιότητες και διαφορές τους.

Θρησκευτικότητα – Πνευματικότητα σε σχέση με την υγεία

Χρησιμοποιώντας ως βάση τη σχέση μεταξύ των δύο θρησκευτικών κατηγοριών που προαναφέρθηκαν, μπορεί σε μια πρώτη αποτύπωση να σημειωθεί ότι υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ τους όσον αφορά τις πεποιθήσεις, τις πρακτικές λατρείας, τις ηθικές πεποιθήσεις και τις αξίες, καθώς και την έμφαση στην οικογενειακή ζωή, αλλά

υφίστανται και αρκετές διακριτές διαφορές. Λόγω της ομοιότητας των πεποιθήσεων και των πρακτικών λατρείας, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η έρευνα για τη σχέση θρησκευτικότητας και ψυχικής υγείας και στις δύο θρησκευτικές ομάδες τείνει να παράγει παρόμοια αποτελέσματα. Διευρύνοντας το ενδιαφέρον και στον τομέα της υγείας, παρατηρούμε ότι θρησκευτικές ψυχοθεραπείες εναρμονισμένες με τις θρησκευτικές παραδόσεις και αξίες αυτών των θρησκευτικών ομάδων έχουν αναπτυχθεί και αξιολογούνται σε κλινικές δοκιμές για να διαπιστωθεί εάν η ενσωμάτωση των θρησκευτικών πόρων των ασθενών στη θεραπεία είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική από τις συμβατικές θεραπείες στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους. Για την καλύτερη κατανόηση της συσχέτισης των θρησκευτικών πεποιθήσεων με την ψυχική υγεία, ο Koenig και οι συνεργάτες του ομαδοποίησαν τις ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των δύο θρησκευτικών ομάδων, καταλήγοντας ότι αφενός υπάρχουν πολλές ομοιότητες, αφετέρου υφίστανται και διακριτές διαφορές, κυρίως στην πίστη και όχι τόσο στην θρησκευτική πρακτική. Βασικές ομοιότητες μεταξύ Χριστιανών και Μουσουλμάνων αποτελούν ο τρόπος της θρησκευτικής λατρείας, οι σχεδόν ταυτόσημες ηθικές αξίες και πρακτικές και η επιδίωξη να διάγουν ένα βίο που εναρμονίζεται με τις διδασκαλίες των αντίστοιχων Ιερών προσώπων τους. Δεν αποτελεί λοιπόν έκπληξη ότι η έρευνα υποδεικνύει παρόμοιες επιδράσεις των δύο αυτών θρησκευτικών συστημάτων στην ψυχική υγεία.

Οι Abu-Raiya και Pargament (2011) σε συστηματική ανασκόπηση ερευνών γύρω από τη θρησκευτικότητα στο Ισλάμ κατέληξαν ότι ο Ισλαμισμός είναι μια πολυδιάστατη θρησκεία, υποδηλώνοντας διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους και μερικοί άνθρωποι τηρούν ορισμένα από τα στοιχεία του, ενώ άλλοι όχι. Κατ' αυτόν τον τρόπο το Ισλάμ ομοιάζει με άλλες θρησκείες, διατηρεί ωστόσο και πληθώρα ιδιαιτεροτήτων. Ο ρόλος του στη ζωή των Μουσουλμάνων φαίνεται να είναι κυρίως θετικός, σχετιζόμενος θετικά με την επιθυμητή ψυχική υγεία και την ευημερία (π.χ. ευτυχία, αισιοδοξία, ικανοποίηση στη

ζωή) και αρνητικά σχετιζόμενος με δείκτες ψυχικής υγείας και ευημερίας όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Η έρευνα που δημοσίευσαν το 2011 οι Lucchetti et al., σε ηλικιωμένους εξωτερικούς ασθενείς σε κέντρο αποκατάστασης, κατέδειξε ότι η θρησκευτικότητα σχετίζεται με σημαντικά λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, λιγότερη γνωστική δυσλειτουργία, μειωμένα επίπεδα αντιληπτού πόνου και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι Lucchetti G., Lucchetti A. και Koenig, σε συστηματική ανασκόπηση το 2011, με αντικείμενο την επίδραση της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας στη θνησιμότητα των ασθενών, βρήκαν ότι ο αντίκτυπος της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας είναι παρόμοιος με πολλές άλλες παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, όπως πρωτογενείς, δευτερογενείς ή τριτογενείς στρατηγικές πρόληψης, ενώ φαίνεται ότι ο αντίκτυπος είναι μεγαλύτερος από πολλές παρεμβάσεις υγείας που συνιστώνται σήμερα.

Η συστηματική ανασκόπηση του Koenig (2012) κατέδειξε ότι οι θρησκευτικές - πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές χρησιμοποιούνται συχνά από ιατρικούς και ψυχιατρικούς ασθενείς για να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και άλλες απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Ένας μεγάλος όγκος δεδομένων, από τις έρευνες που περιελήφθησαν στην ανασκόπηση, έδειξε ότι τα άτομα με ανεπτυγμένο αίσθημα θρησκευτικότητας ή πνευματικότητας παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, έχουν καλύτερη ψυχική υγεία και προσαρμόζονται ταχύτερα σε προβλήματα της υγείας τους, συγκριτικά με όσους έχουν λιγότερο ανεπτυγμένη θρησκευτικότητα ή πνευματικότητα. Αυτά τα οφέλη για την ψυχική υγεία και την ευημερία έχουν φυσιολογικές επιδράσεις που βελτιώνουν τη σωματική υγεία, μειώνουν τον κίνδυνο ασθένειας και επιφέρουν καλύτερη θεραπευτική προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια.

Η πνευματικότητα και η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα και ΧΑΠ αποτέλεσαν το ερευνητικό αντικείμενο των Hasegawa et al. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η

πνευματική ευεξία συνδέεται με την ποιότητα ζωής μεταξύ των ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα, ως εκ τούτου, η παροχή πνευματικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής μεταξύ αυτών των ασθενών. Επιπλέον οι ασθενείς με προχωρημένη ΧΑΠ βιώνουν ένα επίπεδο πνευματικής ευεξίας παρόμοιο με εκείνο των ατόμων με μη χειρουργήσιμο καρκίνο του πνεύμονα, ενώ οι ασθενείς με ΧΑΠ σταδίου III ή IV που έχουν βαρύτερα συμπτώματα τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα πνευματικής ευημερίας και χειρότερη πρόγνωση (Hasegawa et al., 2017).

Οι Büssing et al (2010) στην ερευνητική τους μελέτη εστίασαν στην πνευματικότητα και το θρησκευτικό συναίσθημα ασθενών με καρκίνο και χρόνιο πόνο στη Γερμανία. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν περιλαμβάνουν την διαπίστωση ότι οι ασθενείς με καρκίνο είχαν σημαντικά υψηλότερες πνευματικές ανάγκες σε σχέση με τους ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις πόνου, ότι ο καρκίνος ήταν εξαιρετικά σημαντική παράμετρος που επηρέασε τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, ενώ τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά με ορισμένες υποκλίμακες του ερευνητικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε. Συγκεκριμένα η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση συσχετίσθηκε με τις θρησκευτικές ανάγκες, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία συσχετίσθηκαν με το αίσθημα εσωτερικής γαλήνης, οι ψυχο-πνευματικές ανάγκες συσχετίσθηκαν με την υποκείμενη ασθένεια, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ το αίσθημα προσφοράς συσχετίσθηκε με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση.

Η ερευνητική μελέτη των Balboni et al (2007) σχετικά με τις θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο στις ΗΠΑ έδειξε ότι η πλειοψηφία του ερευνητικού πληθυσμού θεώρησε πως η θρησκεία είναι σπουδαίος παράγοντας κατά την ασθένειά τους, ωστόσο η πλειονότητά τους έλαβε ελάχιστη ή καμία υποστήριξη, ως προς αυτές τους τις ανάγκες, από τη θρησκευτική κοινότητα ή από το ιατρικό σύστημα. Η

πνευματική – θρησκευτική υποστήριξη παρουσίασε ισχυρή στατιστική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ η θρησκευτικότητα συνδέθηκε σημαντικά με τη λήψη όλων των μέτρων για την επέκταση της ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι η θρησκεία είναι σημαντική για τους πιο προχωρημένους ασθενείς με καρκίνο, ωστόσο πολλοί ασθενείς δήλωσαν ότι γίνονται λιγότερο ικανοί να συμμετέχουν σε θρησκευτικές δραστηριότητες μετά από τη διάγνωση του καρκίνου. Ταυτόχρονα όμως πολλοί ανέφεραν αντίστοιχη αύξηση των ιδιωτικών δραστηριοτήτων γύρω από την θρησκευτικότητα – πνευματικότητα, γεγονός που αντανακλά την επιθυμία τους για αναζήτηση βαθύτερου νοήματος στη θρησκεία ή την πνευματικότητα στο τέλος της ζωής τους.

Οι Musa et al (2017) στα ερευνητικά ευρήματά τους αναφέρουν ότι υψηλότερο επίπεδο πνευματικής και υπαρξιακής ευημερίας των ασθενών συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη κατάθλιψη και άγχος. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι προφανώς οι ασθενείς χρησιμοποιούν θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις ως μηχανισμούς αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που προκαλείται από τη διαχείριση της ασθένειας.

Αξιολόγηση πνευματικού – θρησκευτικού συναισθήματος. Κλίμακες και ερευνητικά εργαλεία

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας στις διάφορες ερευνητικές μελέτες έχουν γίνει αντικείμενο αξιολόγησης διαφόρων ανασκοπήσεων, με σκοπό να διερευνηθεί τόσο το τι πραγματικά αξιολογείται με τη χρήση αυτών των κλιμάκων, όσο και σε ποιον πληθυσμό – δείγμα ανταποκρίνονται. Οι Cutting και Walsh 2008 διαπιστώνουν ότι υφίστανται τουλάχιστον 177 κλίμακες προς τους ερευνητές που θέλουν να μετρήσουν τη θρησκευτικότητα, αλλά υπάρχουν ερωτήματα ως προς την ακρίβεια αυτών των εργαλείων μέτρησης, καθώς πολλές κλίμακες παρουσιάζουν

ελλείψεις. Για παράδειγμα σε ορισμένες παρατηρήθηκε έλλειψη αντικειμένων - ερωτημάτων σχεδιασμένων για τη μέτρηση της ηθικής δράσης στην κοινωνία ή στον κόσμο, ως αποτέλεσμα της ατομικής αντίληψης και εμπειρίας του Θείου. Αντ' αυτού, η μεγάλη πλειοψηφία των κλιμάκων επικεντρώνεται σε εσωτερικές εμπειρίες και πεποιθήσεις ή θεσμικές σχέσεις. Επίσης σε πολλές έρευνες ο πληθυσμός που καθίσταται αντικείμενο έρευνας δεν περιγράφεται πλήρως, ιδίως στον τομέα της φυλής και εθνικότητας, ενώ συχνά παρατηρείται το γεγονός ότι χρησιμοποιείται δείγμα ευκολίας, όπως φοιτητές κολλεγίων, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει υποεκπροσώπηση των φυλετικών και εθνικών μειονοτικών ομάδων.

Η Monod και οι συνεργάτες της, σε συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν το 2011, εντόπισαν και αξιολόγησαν 35 κλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν σε κλινικές μελέτες για την αξιολόγηση της πνευματικότητας, με σκοπό τη σαφή περιγραφή των δομών και των στόχων αυτών των εργαλείων, καθώς και των διαφορετικών πτυχών της πνευματικότητας που στοχεύουν να αξιολογήσουν. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι αρχικό βήμα στην εκάστοτε έρευνα αποτελεί ο προσδιορισμός του είδους και της έννοιας της πνευματικότητας (π.χ. πνευματική ευημερία) που θα τεθεί σε αξιολόγηση και εν συνεχεία ακολουθεί η επιλογή του κατάλληλου μέσου σχετικά με τον τύπο της πνευματικής έκφρασης πχ γνωστική, συμπεριφορική ή χρήση συναισθηματικών εκφράσεων. Από τις κλίμακες που αξιολογήθηκαν μόνο τρεις είχαν τουλάχιστον το μισό των ερωτημάτων τους εστιασμένο στην τρέχουσα πνευματική κατάσταση του ασθενούς. Όλες οι κλίμακες που αξιολογήθηκαν εστίαζαν στην πνευματική ευημερία, και καμία δεν εστίασε στο άλλο άκρο του φάσματος της πνευματικής κατάστασης, δηλαδή την πνευματική δυσφορία. Ωστόσο εστιάζοντας παραδείγματος χάριν στην πνευματική κατάσταση μόνο από την προοπτική της ευημερίας μπορεί να εξαχθούν λανθασμένες συσχετίσεις, καθόσον η απουσία πνευματικής ευημερίας θα μπορούσε λανθασμένα να ισοδυναμεί με μια κατάσταση πνευματικής δυσφορίας, γεγονός που είχε σημαντικές επιπτώσεις στους τομείς της πνευματικής αξιολόγησης και στις

παρεμβάσεις σε κλινικές περιστάσεις. Επιπλέον διαπίστωσαν ότι υφίστανται σχετικά περιορισμένα δεδομένα για τις ψυχομετρικές ιδιότητες των περισσότερων κλιμάκων, η αξιολόγηση της αξιοπιστίας μέσω της δοκιμής και επανεξέτασης ήταν περιορισμένη, τα δεδομένα σχετικά με την προβλεπτική ισχύ ήταν σπάνια, ενώ υπήρχαν πολύ περιορισμένα στοιχεία σχετικά με την ευαισθησία στην αλλαγή, διότι κατά βάση ο πληθυσμός των ερευνών παρουσίαζε αρκετά υψηλά επίπεδα πνευματικής ευεξίας κατά την έναρξη, καθιστώντας δύσκολη την εμφάνιση περαιτέρω βελτιώσεων με την πάροδο του χρόνου. Αυτό το φαινόμενο οροφής περιορίζει τα εξαγόμενα συμπεράσματα, τις ανάγκες παρέμβασης και την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της πνευματικής κατάστασης ενός ασθενούς.

Στο ίδιο μήκος κύματος, σχετικά με την αξιολόγηση της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας σε διαφορετικές θρησκευτικές ομάδες, ο Agilkaya (2012) παρατηρεί ότι οι κλίμακες μέτρησης της θρησκευτικότητας που χρησιμοποιούνται στην ψυχολογία της θρησκείας αναπτύσσονται κυρίως μέσα σε ένα δυτικό - χριστιανικό πλαίσιο. Ωστόσο, ειδικά για το σκοπό των επιστημονικών ερευνών στο πεδίο της θρησκευτικότητας, αυτά τα εργαλεία μπορεί να είναι ακατάλληλα για χρήση μέσω μιας απλής προσαρμογής σε μη δυτικούς πολιτισμούς ή με χρήση τυποποιημένων μεταφράσεων. Κατά συνέπεια, οι ερευνητές στην ψυχολογία της θρησκείας και ειδικά όσοι ενδιαφέρονται για διαπολιτισμικές και διαθρησκευτικές έρευνες πρέπει να απαντήσουν στην πραγματική πρόκληση που γεννάται και η οποία είναι η πραγματική διαπολιτισμική μελέτη των διαφόρων θρησκειών, εμπλουτισμένη με σύγχρονη θεολογική γνώση της εκάστοτε θρησκείας. Αυτό ερμηνεύεται ως αναγκαιότητα για τις έρευνες σχετικά με τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα ώστε να λαμβάνουν υπόψη και να προσαρμόζονται στο θρησκευτικό και πνευματικό περιεχόμενο των εκάστοτε θρησκευτικών παραδόσεων, προκειμένου να εξάγουν αντικειμενικά συμπεράσματα και εμπειρικές προβλέψεις με νόημα. Επιπλέον οι

μεθοδολογικές προσεγγίσεις και οι κλίμακες για τη μέτρηση της θρησκευτικότητας θα πρέπει να αντιστοιχούν στο θεολογικό και πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει η εκάστοτε θρησκεία. Καθόσον λοιπόν η πλειονότητα των εργαλείων μέτρησης έχει αναπτυχθεί από δυτικό - χριστιανούς μελετητές, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε μη χριστιανικούς πολιτισμούς πολύ προσεκτικά. Όπου χρησιμοποιούνται μεταφράσεις τέτοιων κλιμάκων μέτρησης, οι ερευνητές θα πρέπει να είναι σίγουροι ότι αυτές γίνονται από μεταφραστές οι οποίοι όχι απλώς γνωρίζουν και τις δύο γλώσσες πολύ καλά, αλλά είναι επίσης εξοικειωμένοι με τα θρησκευτικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να υλοποιηθεί η έρευνα.

Σε παρόμοιο πλαίσιο οι Baumsteiger και Chenneville (2015) αναζήτησαν στη διεθνή βιβλιογραφία κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί σε ερευνητικές μελέτες για την μέτρηση της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας, τη σχέση τους με την ψυχική υγεία, τις πεποιθήσεις των ανθρώπων και την επίδραση στην καθημερινή ζωή και εντόπισαν 18 τέτοια εργαλεία, τα οποία χρησιμοποίησαν στην έρευνά τους, προσπαθώντας συγκεντρωτικά να εμβαθύνουν στις προκλήσεις που ενέχει η εννοιοποίηση και μέτρηση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας στην έρευνα ψυχικής υγείας. Στα συμπεράσματά τους αναφέρουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων περιγράφει τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα ως ξεχωριστά αλλά επικαλυπτόμενα κατασκευάσματα και οι όροι «εσωτερικό» και «ατομικό» χρησιμοποιούνται από τους συμμετέχοντες πιο συχνά στους ορισμούς της πνευματικότητας, από ότι στις θρησκευτικότητας. Συνεπώς η κοινή αντίληψη της πνευματικότητας, εκ μέρους των συμμετεχόντων, ως ανεξάρτητη από την κοινωνική επιρροή παρουσιάζει σημαντική απόκλιση από την επιστημονική γνώμη και ως εκ τούτου τίθεται εν αμφιβόλω αν τα εξαχθέντα συμπεράσματα που βασίζονται σε αυτοαναφορές για την πνευματικότητα είναι πράγματι αντικειμενικά. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν ορισμένους αρνητικούς όρους (αν και ήταν μικρός ο αριθμός

τους) για την περιγραφή της θρησκευτικότητας, σε αντίθεση με τους όρους που χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή της πνευματικότητας, όπου δεν εντοπίστηκε κανένας αρνητικός όρος. Οι αρνητικοί αυτοί συνειρμοί που αναφέρθηκαν από ορισμένους συμμετέχοντες αναφορικά με τη θρησκευτικότητα δεν αποτελούν κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των συμμετεχόντων, ούτε φαίνεται ότι τους εμπόδιζε στον αυτοπροσδιορισμό τους ως θρησκευόμενους, οπότε η παρατήρηση αυτή θα μπορούσε να αναχθεί σε μεθοδολογικό σφάλμα, καθόσον οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να ορίσουν τη θρησκευτικότητα και όχι να ταυτοποιήσουν τις προσωπικές τους αντιλήψεις για τη θρησκευτικότητα ως θετικές ή αρνητικές. Στον τομέα των ερωτημάτων – στοιχείων που συνθέτουν τις κλίμακες αξιολόγησης της πνευματικότητας διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν στοιχεία που δεν μετρούσαν άμεσα τη δύναμη της πνευματικότητας των ερωτηθέντων. Τέτοια ερωτήματα – στοιχεία υπήρχαν σε όλες τις κλίμακες. Ενδεικτικά το 20% περίπου των αντικειμένων που αξιολογούσαν την πνευματικότητα σε σχέση με την ψυχική υγεία αναφέρονταν σε θετικά χαρακτηριστικά, στάσεις και συμπεριφορές που προάγουν την καλή ψυχική υγεία, αποδίδοντας θετικές ιδιότητες. Κάτι τέτοιο όμως μπορεί να οδηγήσει σε λάθος συσχετίσεις μεταξύ πνευματικότητας και θετικής ψυχικής υγείας.

Ο Austin και συνεργάτες (2018) συνέχισαν το έργο της Monod et al (2011) για τον εντοπισμό και σύγκριση των κλιμάκων αξιολόγησης των επιπέδων πνευματικότητας, πνευματικής ευεξίας, πνευματικής αναστάτωσης, πνευματικών αναγκών, θρησκευτικότητας και θρησκευτικών πεποιθήσεων σε κλινικό περιβάλλον ασθενών, εντοπίζοντας 25 νέες κλίμακες. Οι ερευνητές προτάσσουν, ως προσφορά των νέων κλιμάκων μέτρησης, τη σπουδαιότητα της κατανόησης και συσχέτισης της πνευματικότητας των ασθενών με την πλήρη φροντίδα τους και τις επακόλουθες αποφάσεις για την υγειονομική τους φροντίδα. Οι κλίμακες αν και συμβάλλουν στην αποκάλυψη των συσχετισμών μεταξύ των επιπέδων πνευματικής και θρησκευτικής ευημερίας και την ικανότητα να αντιμετωπίζουν και να

κατανοούν την ασθένειά τους από πνευματική και θρησκευτική προοπτική, εντούτοις οι περισσότερες εξ αυτών δεν αξιολογούν πλήρως τις πνευματικές ανάγκες και τα επίπεδα πνευματικής δυσφορίας. Ωστόσο η απουσία πνευματικής ευημερίας δεν μπορεί να ισοδυναμεί με μια κατάσταση πνευματικής δυσφορίας. Παρατηρούν όμως ότι έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα κάποιες κλίμακες που εξετάζουν πιο συγκεκριμένες μορφές πνευματικής δυσφορίας, καθιστώντας αυτές χρήσιμες για εφαρμογή σε κλινικά πλαίσια. Καταλήγουν ότι παρόλο το γεγονός ότι υπάρχει αφθονία διαθέσιμων κλιμάκων μέτρησης, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τις ψυχομετρικές ιδιότητες των περισσότερων από αυτές, διότι στις έρευνες που αυτές χρησιμοποιήθηκαν διαπιστώθηκε απουσία του ελέγχου αξιοπιστίας δοκιμής-επανεξέτασης και χαμηλή προβλεπτική εγκυρότητα λόγω της σπάνιας χρήσης πολλών ερωτηματολογίων. Επιπλέον, οι περισσότερες κλίμακες αξιολογούν ταυτόχρονα ένα συνδυασμό, τόσο πνευματικών, όσο και θρησκευτικών παραγόντων, αλλά δεδομένων των διαφορών στον ορισμό των εννοιών και τις σημαντικές διαφορές στη στάση μεταξύ ανθρώπων απέναντι στη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα, η εξαγωγή συγκεκριμένων συσχετίσεων και συμπερασμάτων είναι δυσχερής, καθιστώντας αναγκαία την ανάπτυξη νέων εργαλείων ή την επιπλέον επικύρωση αυτών που ήδη υφίστανται σε κλινικές συνθήκες ασθενών.

Είναι ευκρινές από τα ανωτέρω ότι υφίσταται ευρύτητα στην εννοιολογική οριοθέτηση και διευκρίνιση των εννοιών της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας και αντίστοιχα στο τι κατ' ουσία μελετούν οι ερευνητές χρησιμοποιώντας τις κλίμακες που έχουν αναπτυχθεί. Η εικόνα που σχηματίζεται απεικονίζει την ποικιλομορφία των κλιμάκων για τη μέτρηση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας και την προκύπτουσα ανομοιογένεια στους επιδιωκόμενους στόχους, γεγονός που έρχεται σε απόλυτη ευθυγράμμιση με την εννοιολογική οριοθέτηση και προσέγγιση των δύο αυτών όρων. Είναι επίσης σαφές ότι οι κλίμακες αντικατοπτρίζουν τις πεποιθήσεις των δημιουργών τους, ως

προς το τι πρέπει ή δεν πρέπει να θεωρείται θρησκευτικότητα ή πνευματικότητα. Οι πεποιθήσεις, τόσο των ερευνητών όσο και των συμμετεχόντων στις έρευνες, δεν διαμορφώνονται σε «λευκό χαρτί», αλλά οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η φυλή, η εθνικότητα, ο πολιτισμός και το φύλο και άλλες παράμετροι επηρεάζουν την πρόσληψη και αντίληψη των εμπειριών του περιβάλλοντος. Οι διαφορετικές προοπτικές της πίστης, η πληθώρα των χρησιμοποιούμενων όρων για την αξιολόγηση της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας και το ευρύ φάσμα των θρησκευτικών εκφράσεων που περιέχονται στις κλίμακες αξιολόγησής τους και στην επίδρασή τους στην υγεία, ψυχική και μη, καθώς και στην ποιότητα ζωής γεννούν την ανάγκη για σωστή αντιστοίχιση και χρήση των εργαλείων αυτών προς την ομάδα στην οποία χρησιμοποιούνται.

Η ψυχολογική διάσταση της ασθένειας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κατάθλιψη πλήττει περισσότερους από 300 εκατομμύρια ανθρώπους όλων των ηλικιών παγκοσμίως, οι μισοί σχεδόν εκ των οποίων λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή. Περίπου 10% με 15% των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας έχουν σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα από κλινική άποψη, ακόμη και χωρίς να εκδηλώνουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (WHO Webpage, 2019).

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να εξετάσουμε πώς εκδηλώνονται αυτές οι στρεσογόνες καταστάσεις και τι αντιπροσωπεύουν οι όροι «άγχος» και «κατάθλιψη», οι οποίοι αποτελούν ερευνητικό στοιχείο στην παρούσα μελέτη, όπως αυτοί απαντώνται στη διεθνή βιβλιογραφία και ειδικότερα στην ασθένεια.

Το άγχος έχει οριστεί ως μια διαδικασία στην οποία οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος υπερβαίνουν την προσαρμοστική ικανότητα ενός ατόμου, με αποτέλεσμα ψυχολογικές και βιολογικές αλλαγές, οι οποίες μπορεί να θέτουν την υγεία των ατόμων σε κίνδυνο. Το άγχος

περιλαμβάνει τόσο την ψυχολογική, όσο και την φυσιολογική (σωματική) διάσταση και χαρακτηρίζεται από γνωστικές, σωματικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις. Η επίδραση του άγχους δημιουργεί ένα δυσάρεστο συναίσθημα που συχνά συνδέεται με ανησυχία και φόβο, αίσθημα κενού ή απελπισίας, αστάθεια, αδυναμία, ευερεθιστότητα και απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες.

Η κατάθλιψη (μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή κλινική κατάθλιψη) είναι μια κοινή αλλά σοβαρή διαταραχή διάθεσης, που προκαλεί σοβαρά συμπτώματα που επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο αισθάνεται, σκέπτεται και ενεργεί. Ανάμεσα στα συμπτώματα ενδεικτικά αναφέρονται η επίμονα θλιβερή ή ανήσυχη διάθεση, συναισθήματα απελπισίας ή απαισιοδοξίας, ευερεθιστότητα, αίσθημα ενοχής, απουσίας αξίας ή ανικανότητας, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια ή κόπωση, δυσκολία στον ύπνο, μεταβολή της όρεξης και σκέψεις θανάτου ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Όπως είναι φανερό από τους ορισμούς των δύο εννοιών υπάρχει μεγάλη συσχέτιση και αλληλοεπικάλυψη μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα στην προσπάθεια να εξηγηθεί η αλληλοεπικάλυψη μεταξύ τους. Το *παραδοσιακό μοντέλο* θεωρεί ότι πρόκειται για δύο διακριτές διαταραχές με σαφώς καθορισμένες οδηγίες διάγνωσης και ξεχωριστές θεραπείες. Οι ασθενείς διαγιγνώσκονται είτε με κατάθλιψη, είτε με μια διαταραχή άγχους, αλλά όχι και με τις δύο καταστάσεις. Το *μοντέλο της συννοσηρότητας* θεωρεί ότι η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να συμβούν ταυτόχρονα, ενώ το *μοντέλο του μεικτού τύπου* προτείνει ότι η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης αντιπροσωπεύει μια εντελώς ξεχωριστή διαταραχή (Gorman, 1997).

Η κατάθλιψη είναι γνωστό από σχετικές μελέτες ότι αποτελεί σημαντική επιπλοκή σε ασθενείς με καρκίνο και ο επιπολασμός της είναι υψηλότερος σε αυτούς τους ασθενείς από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερα αυξημένα κατά το στάδιο της διάγνωσης και πριν την έναρξη της θεραπείας, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες, ενώ

παρουσιάζονται ελαφρώς μειωμένα, αν και αρκετά υψηλότερα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, στο στάδιο της θεραπείας και αργότερα (Harter et al, 2007; Dalton et al, 2009). Παράλληλα τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών έχουν καταδείξει ότι υπάρχει υψηλότερος σχετικός κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με ασθενείς που είχαν εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη ή κάποια καρδιακή ασθένεια. Σε περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατάθλιψη επιτείνει ή προκαλεί έντονο συναίσθημα δυσφορίας και αγωνίας, μειώνει τη συμμετοχή του ασθενούς στον ιατρικό σχεδιασμό και φροντίδα, ενδεχομένως παρατείνει τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, ενώ είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής και την επιβίωση. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο που έχουν διαγνωσθεί με κατάθλιψη αναγνωρίζουν ότι έχουν ανεκπλήρωτες θεραπευτικές, κοινωνικές, διαπροσωπικές και άλλες ανάγκες και τουλάχιστον οι μισοί εξ αυτών των ασθενών που έχουν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη δήλωσαν διατεθειμένοι να δεχθούν επαγγελματική βοήθεια ή παραπομπή. Και ενώ συχνά παρατηρείται αυξημένο ποσοστό ασθενών με κατάθλιψη που παρουσιάζουν ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό, οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη είτε δεν ανιχνεύονται, είτε δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα (Mitchell et al, 2011).

Ποιες αναγνωρίζονται ωστόσο ως βασικές αιτίες για την αυξημένη εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο; Οι Pitman et al (2018) αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν δύο βασικές οδοί οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο. Αυτές είναι αφενός οι διαδικασίες που σχετίζονται με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, με τις αλληλεξαρτώμενες επιδράσεις των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και αφετέρου το εύρος των επιμέρους νευροψυχιατρικών επιδράσεων που προκαλούν ορισμένοι τύποι καρκίνου. Επιπλέον δεν θα πρέπει να αγνοείται και η επίδραση των ίδιων των θεραπειών που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς η θεραπευτική αγωγή συχνά αποτελεί μια παραγνωρισμένη, μα και συχνά

αναστρέψιμη, αιτία σοβαρών και μάλιστα μερικές φορές ταχείας έναρξης, ψυχικών ασθενειών.

Από τη βιοψυχοκοινωνική σκοπιά η κατάθλιψη και το άγχος στον καρκίνο τεκμηριώνονται ως οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενούς στη διάγνωση, τη θεραπεία, την υποτροπή, τη λήξη της ζωής ή την επιβίωση. Οι απώλειες που συχνά συνεπάγεται η θεραπεία, όπως τα μαλλιά ή η σεξουαλική λειτουργία, οι συνέπειες στην εργασία και τους κοινωνικούς ρόλους και οι προσδοκίες σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας και την επιβίωση, μπορούν να οδηγήσουν σε παρατεταμένες περιόδους ψυχολογικού στρες. Ο τρόπος νοσηματοδότησης της ασθένειας μπορεί να έχει σωματικές επιδράσεις, όπως διαρκές στρες που προκαλεί την ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων και να προκαλέσει ψυχολογικά συμπτώματα από ήπια έως έντονα που καλύπτουν τα κριτήρια για τη κλινική διάγνωση κατάθλιψης ή του άγχους. Οι κοινές σωματικές παρενέργειες των συμβατικών χημειοθεραπειών, όπως ο εμετός, η απώλεια μαλλιών και η περιφερική νευροπάθεια μπορεί να προκαλέσουν χρόνιο ψυχολογικό στρες. Πολλοί επιζήσαντες εμφανίζουν άγχος σχετικά με την υγεία, μια κατάσταση δηλαδή που χαρακτηρίζεται από έντονη ανησυχία και φόβο για την ύπαρξη κάποιας σοβαρής ασθένειας, πεποίθηση η οποία συνήθως προέρχεται από λανθασμένη και αυθαίρετη ερμηνεία διαφόρων σωματικών συμπτωμάτων. Το γεγονός αυτό μπορεί να γίνει απόλυτα κατανοητό για ασθενείς που βρίσκονται σε ύφεση και των οποίων το άγχος ενισχύεται από μία παρελθούσα διάγνωση καρκίνου, ακόμα και αν αυτή έχει αντιμετωπιστεί. Το άγχος στους ασθενείς με καρκίνο θεωρείται ότι φθάνει σε παθολογικά επίπεδα όταν αυτό υποβαθμίζει σε σημαντικά τη συνήθη λειτουργικότητα του ατόμου, ιδίως όταν το επίπεδο της έκπτωσης της λειτουργικότητας είναι δυσανάλογο προς το επίπεδο της υφιστάμενης απειλής.

Από τη νευροψυχιατρική σκοπιά οι άμεσες επιδράσεις της ασθένειας ή της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής δεν μπορούν να εκτιμηθούν με ακρίβεια, ούτως ώστε

να προσδιοριστεί το ποσοστό της κατάθλιψης ή του άγχους που αποδίδονται στην άμεση βιολογική επίδραση συγκεκριμένων όγκων ή των θεραπειών του καρκίνου. Εν τούτοις υφίστανται ερευνητικές μελέτες γύρω από καρκινικούς όγκους οι οποίες επιβεβαιώνουν κλινικά το γεγονός ότι συγκεκριμένοι τύποι καρκίνου προκαλούν κατάθλιψη ή άγχος, όπως π.χ. ο καρκίνος του παγκρέατος ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση σοβαρής κατάθλιψης λόγω της μεσολάβησης κυτοκίνης και ο καρκίνος του πνεύμονα ο οποίος συσχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης λόγω ενδοκρινικών παρανεοπλασματικών συνδρόμων. Περίπου το 70% των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, το 50% έχει σοβαρά συμπτώματα άγχους, ενώ το 30% εμφανίζει συμπτώματα και των δύο (Holland et al, 1986). Τα επίπεδα της κυτοκίνης ιντερλευκίνης-6 που απελευθερώνονται από τον όγκο, είναι ανάλογα με τη σοβαρότητα των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων κατάθλιψης (Breitbart et al, 2014). Οι περιπτώσεις ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (SCLC) αποτελούν ένα ακόμα παράδειγμα, με ένα ενδεικτικό 15% των ασθενών αυτών να αναπτύσσει το σύνδρομο της απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH), με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος αυτών να παρουσιάσει χαμηλή διάθεση που προκαλείται από υπονατρίαμία (Darnell & Posner, 2011), ενώ όπως εντοπίζουν τα ευρήματα των Jick et al (2015), η κατάθλιψη που προκαλείται από κακοήγη υπερασβεστιαμία, επηρεάζοντας περίπου το 1% των καρκινοπαθών στο Ηνωμένο Βασίλειο, σχετίζεται με την παραγωγή έκτοπου πεπτιδίου, σε περιπτώσεις μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (NSCLC), μυελώματος, σαρκώματος, οστικών μεταστάσεων και άλλων μορφών καρκινικών όγκων (Pitman et al, 2018).

Η συστηματική ανασκόπηση των Vartolomei et al (2018) επικεντρώθηκε στην κατάθλιψη και το άγχος σε ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης, αναφέροντας ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με ενεργή νόσο, καθώς και επιζώντες κυμαίνεται από 8% έως 24%. Ο επιπολασμός μάλιστα αποδείχθηκε ότι είναι υψηλότερος στους

μακροχρόνια επιζήσαντες του καρκίνου σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Η κατάθλιψη επηρεάζει την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίσει το βάρος της ασθένειας μειώνοντας την αποδοχή της θεραπείας, επεκτείνοντας τη νοσηλεία, μειώνει την ποιότητα ζωής και αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας κατά 50% στους άνδρες και 30% στις γυναίκες.

Αποτελεσματικές θεραπείες οι οποίες είναι διαθέσιμες για την αντιμετώπιση της μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης περιλαμβάνουν τη συμπεριφορική ευαισθητοποίηση - ενεργοποίηση, τη Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT), τη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT) (Meister et al, 2018), καθώς και η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όπως οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRIs) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) (Pruckner & Holthoff-Detto, 2017).

Ωστόσο και το άγχος επιτείνει την ψυχολογική δυσφορία των ασθενών με καρκίνο σε σημαντικό βαθμό. Η μετα-ανάλυση των Watts et al (2015) που περιελάμβανε 24 έρευνες για γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών έδειξε ότι κατά το στάδιο της διάγνωσης, της θεραπείας και στο στάδιο μετά το πέρας της θεραπείας, ο επιπολασμός του άγχους ήταν κατά μέσο όρο 19,12%, 26,23% και 27,09% αντίστοιχα, ενώ και η μετα-ανάλυση των Mitchell et al (2013) έδειξε ότι ο επιπολασμός του άγχους είναι υψηλότερος στους μακροχρόνιους επιζώντες από τον καρκίνο (17,9%) σε σχέση με την υγιή ομάδα ελέγχου (13,9%).

Οι Watts et al (2014) σε μετα-ανάλυση 27 μελετών, με συνολικά 4494 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, βρήκαν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους είναι υψηλότερος σε ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί ακόμη σε θεραπεία (17,27% και 27,4% αντίστοιχα), χαμηλότερος σε ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία (14,70% και 15,90% αντίστοιχα) και αυξάνεται πάλι σε ασθενείς οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία (18,44% και 18,49% αντίστοιχα). Τα στοιχεία της μελέτης αυτής καταδεικνύουν τις αυξημένες ψυχολογικές επιπτώσεις (κατάθλιψη και άγχος) στους ασθενείς με καρκίνο, ιδίως αν συγκρίνουμε τον επιπολασμό της κλινικής κατάθλιψης και του άγχους σε υγιείς

Βρετανούς άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών που εκτιμάται ότι είναι περίπου 9% και 6% αντίστοιχα.

Σε άμεση συσχέτιση με την εκδήλωση άγχους και κλινικής κατάθλιψης βρίσκονται και τα επίπεδα αυτοκτονιών μεταξύ ασθενών με καρκίνο, με το ποσοστό αυτό να εντοπίζεται αυξημένο σε πληθυσμούς με καρκίνο σε αρκετές χώρες ανά τον κόσμο. Μια σημαντική έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι ασθενείς με ουρολογικό καρκίνο όπως του προστάτη, της ουροδόχου κύστης ή των νεφρών έχουν πενταπλάσιες πιθανότητες να επιχειρήσουν απόπειρα αυτοκτονίας σε σχέση με την πιθανότητα του υγιούς πληθυσμού. Βρέθηκε επίσης ότι οι ασθενείς με καρκίνο γενικά έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ η αναλογία απόπειρων αυτοκτονίας, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα τον θάνατο, σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των απόπειρων ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με καρκίνο, γεγονός που μπορεί να δείχνει μεγαλύτερη αποφασιστικότητα για αυτοκτονία σε αυτούς τους ασθενείς. Ειδικότερα στον γενικό πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου ο αριθμός αυτοκτονιών εκτιμάται στις 10 ανά 100.000 άτομα, με τα αποτελέσματα της έρευνας να δείχνουν ότι ο μέσος αριθμός αυτοκτονιών σε ασθενείς με καρκίνο ήταν 30 ανά 100.000 άτομα και ειδικότερα στους ασθενείς με καρκίνο των νεφρών 36 ανά 100.000 άτομα, 48 ανά 100.000 με καρκίνο της ουροδόχου κύστης και 52 ανά 100.000 άτομα με καρκίνο του προστάτη. Επιπλέον με βάση την έρευνα στον γενικό πληθυσμό υπάρχουν 25 προσπάθειες αυτοκτονίας κατά μέσο όρο για κάθε επιτυχημένη αυτοκτονία, ενώ στον καρκίνο των νεφρών αυτή η αναλογία είναι 1 αυτοκτονία για κάθε 10 προσπάθειες και στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης και του προστάτη ο λόγος αυτός μειώνεται σε 1 αυτοκτονία για κάθε 7 προσπάθειες. Η έρευνα σημειώνει ότι το σοβαρό ψυχολογικό στρες είναι μία από τις κύριες παρενέργειες τόσο της διάγνωσης του καρκίνου όσο και της ίδιας της ασθένειας, η κατάθλιψη επηρεάζει μεταξύ 5% και 25% των καρκινοπαθών, ενώ υψηλός είναι επίσης ο αριθμός των ασθενών που

εμφανίζουν Μετατραυματική Διαταραχή του Άγχους (PTSD), με την τεράστια πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο που εμφανίζουν τέτοια ψυχολογικά συμπτώματα να πάσχουν από έλλειψη θεραπείας (Afshar et al, 2018).

Οι Walker et al (2014) διερεύνησαν ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 21.151 ασθενών, στη Σκωτία και το Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ των ετών 2008 και 2011, με σκοπό την αξιολόγηση του άγχους και της μείζονος κατάθλιψης σε ασθενείς με συχνούς τύπους καρκίνου (μαστού, πνεύμονα, παχέος εντέρου, ουρογεννητικού συστήματος, γυναικολογικού), τη συσχέτιση της μείζονος κατάθλιψης με δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, καθώς και την αναλογία των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη που έλαβαν δυνητικά αποτελεσματική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης ήταν πιο πιθανή σε γυναίκες, ιδίως για ορισμένους τύπου καρκίνου, σε ασθενείς που ήταν νεότεροι και ασθενείς που είχαν περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Ωστόσο δεν βρέθηκε να σχετίζεται με άλλους δημογραφικούς παράγοντες των ασθενών, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η μόρφωση ή το εάν διαμένουν σε αστικές ή μη περιοχές. Επιπλέον σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν έλαβε καμία θεραπεία, τονίζοντας την ανάγκη βελτίωσης της διαχείρισης της μείζονος κατάθλιψης για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Οι Καραπούλιος και συν. (2013), με την ερευνητική τους εργασία, επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με το γενικότερο πληθυσμό. Η κατάθλιψη και το άγχος συνυπάρχουν και υποδηλώνουν την αγωνία του ασθενούς και την ανάγκη του για ένα γαλήνιο τέλος, κοντά σε φιλόξενα περιβάλλοντα και αγαπημένα πρόσωπα. Η καταπόνηση του ασθενούς με καρκίνο και η στέρηση απολύτως

βασικών λειτουργιών του εκλαμβάνονται ως σήμα τελικού σταδίου και πλήττουν την ποιότητα της ζωής του.

Η μετα-ανάλυση των Mitchell et al (2011) σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο έδειξε ότι η κατάθλιψη και το άγχος που τεκμηριώνονται μετά από κλινική συνέντευξη είναι τελικά λιγότερο συχνά σε ασθενείς με καρκίνο, από ό,τι θεωρείτο στο παρελθόν. Εντούτοις ένα αυξημένο ποσοστό συνδυασμών διαταραχών της διάθεσης εμφανίζεται στο 30%-40% των ασθενών σε νοσοκομειακές δομές, χωρίς να υφίσταται σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών που βρίσκονταν σε μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας ή όχι. Επίσης δεν βρέθηκαν στατιστικά ισχυρές συσχετίσεις της κατάθλιψης και του άγχους με δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία ή το φύλο, ούτε επαρκή στοιχεία για τη συσχέτιση με παράγοντες της ασθένειας, όπως ο τύπος του καρκίνου και τη διάρκεια της ασθένειας, καταλήγοντας στην ανάγκη για τους κλινικούς γιατρούς να παραμένουν σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση των διαφόρων επιπλοκών της διάθεσης και όχι μόνο της κατάθλιψης.

Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις

Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των δυνητικά απειλητικών για τη ζωή ασθενειών και των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων των ασθενών είναι παράμετρος που χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψη οι επαγγελματίες υγείας, ώστε να εξασφαλίζουν τους απαραίτητους συναισθηματικούς, κοινωνικούς και πνευματικούς πόρους, τόσο κατά την αξιολόγηση όσο και κατά την εκτέλεση του επαγγέλματός τους, είτε ατομικά είτε ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας. Παράλληλα υπογραμμίζεται η ανάγκη για ενσωμάτωση της πνευματικότητας - θρησκευτικότητας στην ολιστική φροντίδα των ασθενών.

Θα ήταν ωστόσο πολύ ενδιαφέρον, εξετάζοντας τη μορφή της αλληλεπίδρασης μεταξύ των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων και της χρόνιας ή καταληκτικής ασθένειας, να διερευνήσουμε το εάν η εμφάνιση και η εξέλιξη της ασθένειας σε συνδυασμό με την εξέλιξη της θεραπευτικής προσέγγισης, σχετίζονται με μεταβολές στο αίσθημα της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας των ασθενών και σε θετική περίπτωση προς ποια κατεύθυνση.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι αφενός να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας – πνευματικότητας και άγχους - κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι λαμβάνουν θεραπευτική ή ανακουφιστική ακτινοθεραπεία, στον Ελληνικό χώρο και ειδικότερα στην Αττική· αφετέρου να εξετάσει αν η εξέλιξη της ασθένειας σε συνδυασμό με την θεραπευτική ή ανακουφιστική προσέγγιση, την ακτινοθεραπεία εν προκειμένω, σχετίζεται με μεταβολή του αισθήματος της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας των ασθενών.

Με βάση τα ανωτέρω εκτιθέμενα, η χρησιμότητα της προτεινόμενης μελέτης προσδιορίζεται στη δυνατότητα διερεύνησης της αλληλεπίδρασης μεταξύ των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων των ασθενών στον Ελληνικό χώρο και του επιπέδου άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν, γεγονός που θα διευρύνει τις γνώσεις γύρω από τη συγκεκριμένη διάσταση της ασθένειας, με σκοπό την προσαρμογή της παρεχόμενης φροντίδας στην Ελλάδα. Παράλληλα θα δοθεί η δυνατότητα να διερευνηθεί το αν και προς ποια κατεύθυνση υπάρχει στατιστική συσχέτιση στη μεταβολή αυτών των πεποιθήσεων στην πορεία της ασθένειας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της θεραπείας. Αυτές οι διαπιστώσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών στις απαιτήσεις της ασθένειας και της θεραπείας, μέσω της παροχής δεδομένων προς τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα για την καλύτερη αξιοποίηση των συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών τους πόρων κατά την εκτέλεση του

επαγγέλματός τους. Επιπλέον στην παρούσα μελέτη γίνεται χρήση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της θρησκευτικότητας - πνευματικότητας σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25), το οποίο είναι ένα καινούργιο ερευνητικό εργαλείο που δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών. Τα αποτελέσματα που θα εξαχθούν από τη χρήση του θα αποτελέσουν πεδίο νέων συσχετίσεων και σύγκρισης με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ως προς τους επιμέρους παράγοντες που θα μελετηθούν στην παρούσα έρευνα.

Πέραν των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του εκάστοτε ασθενούς, που αναμένεται να επηρεάζουν την τρόπο και την ένταση του αισθήματος θρησκευτικότητας – πνευματικότητας, αλλά και του άγχους - κατάθλιψης, τα δημογραφικά στοιχεία των Ελλήνων ασθενών δύναται να διερευνηθούν εάν αποτελούν πιθανούς παράγοντες που σχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα των ανωτέρω παραμέτρων. Μπορεί εδώ λοιπόν να διατυπωθούν, τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

α) Υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και του επιπέδου του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος; Με βάση αυτό το ερώτημα, οι ερευνητικές υποθέσεις οι οποίες θα ελεγχθούν σχετικά με το αν επαληθεύονται ή απορρίπτονται στατιστικά, μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

Μηδενική υπόθεση (H_0) : τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση) δεν σχετίζονται με το επίπεδο του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος.

Εναλλακτική υπόθεση (H_1) : τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση) θα σχετίζονται με το επίπεδο του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος.

β) Υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της εκδήλωσης άγχους και κατάθλιψης; Με βάση αυτό το

ερώτημα, οι ερευνητικές υποθέσεις οι οποίες θα ελεγχθούν σχετικά με το αν επαληθεύονται ή απορρίπτονται στατιστικά, μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

Μηδενική υπόθεση (H_0) : τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση) δεν σχετίζονται με την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης.

Εναλλακτική υπόθεση (H_1) : τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση) θα σχετίζονται με την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης.

γ) Υπάρχει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου του θρησκευτικού συναισθήματος – πνευματικότητας των ασθενών που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν;

δ) Η έναρξη και εφαρμογή της θεραπευτικής προσέγγισης, σχετίζονται με μεταβολές στο αίσθημα της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας των ασθενών και στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όπως αυτά καταγράφονται στις δύο φάσεις της έρευνας; Με βάση αυτό το ερώτημα, οι ερευνητικές υποθέσεις οι οποίες θα ελεγχθούν σχετικά με το αν επαληθεύονται ή απορρίπτονται στατιστικά, μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

Μηδενική υπόθεση (H_0) : η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας, που αντιστοιχεί στο διάστημα μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας, δεν σχετίζεται με το επίπεδο του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος και την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης.

Εναλλακτική υπόθεση (H_1) : η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας, που αντιστοιχεί στο διάστημα μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας, θα σχετίζεται με το επίπεδο του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος και την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης.

Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναμένεται ότι:

- α) Ένα ικανό ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει αυξημένες πνευματικές – θρησκευτικές ανάγκες, οι οποίες είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ασθένεια και αυξάνονται με την εξέλιξη αυτής, όπως αυτή αποτυπώνεται στις δύο φάσεις της έρευνας.
- β) Πιθανόν δεν θα επιβεβαιωθεί εκτεταμένη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών με διαστάσεις της πνευματικότητας – θρησκευτικότητας.
- γ) Οι γυναίκες ασθενείς αναμένεται να παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συγκριτικά με τους άνδρες ασθενείς.
- δ) Η εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης πιθανόν σχετίζεται στατιστικά με ορισμένες τουλάχιστον από τις διαστάσεις της πνευματικότητας - θρησκευτικότητας.
- ε) Δεν θα εντοπισθεί στατιστική συσχέτιση στις υποκλίμακες των ερευνητικών εργαλείων αξιολόγησης της θρησκευτικότητας - πνευματικότητας σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25) και της Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), μεταξύ των δύο φάσεων της ερευνητικής μελέτης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι μια περιγραφική μελέτη συσχετίσεων, η οποία διενεργήθηκε από το Μάρτιο του 2019 μέχρι και τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ακτινοθεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ», κατόπιν χορήγησης σχετικής άδειας από το Επιστημονικό Συμβούλιο του φορέα.

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 48 ασθενείς με καρκίνο που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, για θεραπευτικούς ή ανακουφιστικούς λόγους. Κριτήρια συμμετοχής – αποκλεισμού από την έρευνα ήταν οι ασθενείς να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών, να μην έχουν εγκεφαλικές μεταστάσεις ή κάποια διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή, να μιλούν καλά την ελληνική γλώσσα, ενώ δεν υπήρξε περιορισμός ως προς το φύλο των συμμετεχόντων ή τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου.

Η συμμετοχή στην έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, το οποίο χορηγήθηκε σε έντυπη μορφή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε δύο φορές από κάθε ασθενή, η πρώτη (Α' Φάση) κατά την έναρξη της ακτινοθεραπευτικής αγωγής και η δεύτερη (Β' Φάση) στην ολοκλήρωσή της.

Από τους 48 συμμετέχοντες, 20 (41,7%) ήταν γυναίκες και 28 (58,3%) άντρες. Οι 45 (93,8%) δήλωσαν ότι είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι, 1 συμμετέχων (2,1%) δήλωσε άθεος και 2 (4,2%) δήλωσαν ότι ανήκουν σε άλλα θρησκευόμενα. Η μικρότερη ηλικία συμμετέχοντος ήταν τα 44 έτη, η μεγαλύτερη τα 83 έτη, ο μέσος όρος ήταν $M=64,98$ και η τυπική απόκλιση $S.D.=8,15$. Από τις γυναίκες οι 2 (10%) ήταν νεότερες των 50 ετών, 6 (30%) ήταν 50-59 ετών, 7 (35%) ήταν 60-69 ετών, και 5 (25%) ήταν 70 ετών και άνω. Από τους άνδρες οι 3

(10,7%) ήταν 50-59 ετών, 16 (57,1%) ήταν 60-69 ετών, 8 (28,6%) ήταν 70-79 ετών και 1 (3,6%) 80 ετών και άνω.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι ασθενείς και το οποίο αποτελείται από τρία μέρη: α) το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της θρησκευτικότητας - πνευματικότητας σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25), β) τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) και γ) ερωτηματολόγιο για δημογραφικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο σχετικά με τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25) κατατάσσεται ανάμεσα στα σύγχρονα, έγκυρα και αναγνωρισμένα εργαλεία για την μέτρηση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας σε κλινικούς ασθενείς (Austin, Macdonald & MacLeod, 2018). Περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου, που συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Αποτελεί ένα αξιόπιστο και εύκολο στη χρήση εργαλείο το οποίο καταγράφει τις γνώμες των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, για να προσδιορίσει τις διάφορες πτυχές του θρησκευτικού συναισθήματος των ασθενών, την αντιλαμβανόμενη από τους ίδιους ποιότητα ζωής, καθώς και την ολιστική αξιολόγηση των συγκεκριμένων καταστάσεων από τις οποίες διέρχονται σε σχέση με την ασθένεια. Η αξιοπιστία, η εγκυρότητα, καθώς και η εσωτερική συνέπεια και ομοιογένεια του ερωτηματολογίου έχουν επιβεβαιωθεί μέσα από ένα ευρύ φάσμα στατιστικών αναλύσεων. Τα 25 στοιχεία – ερωτήσεις του ερωτηματολογίου απαρτίζουν, σε συνδυασμό, 8 υποκλίμακες οι οποίες μετρούν τις διαστάσεις: α) της θρησκευτικής λατρείας, β) τη σχέση με το Θείο, γ) τις ψυχο-πνευματικές ανάγκες, δ) την ελπίδα, ε) τη συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία, στ) την πίστη, ζ) τις προσδοκίες για τη ζωή

μετά το θάνατο και η) την αγάπη, ενώ υπάρχουν και 2 κλίμακες ενός στοιχείου που μετρούν τις διαστάσεις: α) της βιοηθικής και β) της ποιότητας ζωής (QoL). Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας θα χρησιμοποιηθεί η πρωτότυπη ελληνική έκδοση του «Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης της Θρησκευτικότητας - Πνευματικότητας σε Ανθρώπους με Απειλητική για τη Ζωή Ασθένεια (QRFPC25)», κατόπιν σχετικής άδειας των κατασκευαστών του (Kouloulis et al. 2014, 2016).

Η Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο αποτελούμενο από 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου, που συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Σκοπός του είναι η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών σε γενικά νοσοκομεία, ενώ η εν λόγω κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες, αποδεικνύοντας ότι πρόκειται για ένα πρακτικό, εύκολο και αξιόπιστο εργαλείο για την αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης. Οι 14 ερωτήσεις - στοιχεία του ερωτηματολογίου απαρτίζουν, σε συνδυασμό, δύο υποκλίμακες, η πρώτη εκ των οποίων περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις οι οποίες εκτιμούν το άγχος (HADS-A), ενώ η δεύτερη υποκλίμακα περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις οι οποίες εκτιμούν την κατάθλιψη (HADS-D). Για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης δεν περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία, ανορεξία και κόπωση, καθώς και ογκολογικούς ασθενείς. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η έκδοση της «Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης» των Zigmond & Snaith (1983), η οποία έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό, επιβεβαιώνοντας την εγκυρότητα και αξιοπιστία του εργαλείου, από τους Mystakidou et al (2004), κατόπιν σχετικής άδειας από τη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» του Α' Εργαστηρίου Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά χορηγήθηκε πρώτο και περιελάμβανε 7 ερωτήσεις που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό τέκνων, τη βαθμίδα εκπαίδευσης, τον τόπο μόνιμης κατοικίας και το θρήσκευμα.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Στατιστική Ανάλυση

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου, κατόπιν προηγούμενης ενημέρωσης και σχετικής έγκρισης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ». Για λόγους προστασίας των προσωπικών δεδομένων, διατήρησης της ανωνυμίας και διευκόλυνσης των συμμετεχόντων για ειλικρινή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, δεν ζητήθηκε από αυτούς να προσδιορίσουν στοιχεία της ταυτότητάς τους.

Συνολικά, στην Α΄ Φάση συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από 53 ασθενείς, ενώ στη Β΄ Φάση της έρευνας συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από τους 48 εξ αυτών των ασθενών, κατά το χρονικό διάστημα από την 1^η Μαρτίου 2019 μέχρι και την 20^η Ιουλίου του ίδιου έτους. Τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από επιστολή, η οποία απευθυνόταν προς τους συμμετέχοντες ασθενείς και εξηγούσε σε γενικό πλαίσιο το σκοπό της έρευνας, διευκρινίζοντας παράλληλα ότι η συμμετοχή ήταν ανώνυμη και εθελοντική, δεν υπήρχαν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις και ότι επιδιωκόμενο αποτέλεσμα ήταν η στατιστική ανάλυση των προσωπικών τους απόψεων σχετικά με το θρησκευτικό – πνευματικό τους συναίσθημα, καθώς και το πως βιώνουν καθημερινές καταστάσεις που σχετίζονται με αισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Έγκυρα, πλήρως συμπληρωμένα και κατάλληλα προς στατιστική ανάλυση κρίθηκαν τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι 48 ασθενείς, καθόσον για κάθε ασθενή έπρεπε να υπάρχουν δύο ερωτηματολόγια, ένα πριν την έναρξη της ακτινοθεραπευτικής αγωγής και ένα κατά την ολοκλήρωση αυτής. Έκαστο ερωτηματολόγιο

συμπληρώθηκε αυθημερόν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες και ελέγχθηκε μετά την συμπλήρωση από την ερευνητική ομάδα για την πλήρη συμπλήρωση των ερωτημάτων.

Μετά την κατάλληλη καταχώρηση και κωδικοποίηση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε στατιστική τους επεξεργασία με το πρόγραμμα SPSS version 23.0. Αρχικά επαληθεύτηκε η αξιοπιστία της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε, επί του συγκεκριμένου δείγματος, μέσω ελέγχου της εσωτερικής συνοχής των απαντήσεων επί των ερωτημάτων που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο σχετικά με τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25), καθώς και τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), με χρήση του δείκτη Cronbach's Alpha, ώστε να επαληθευτεί ότι τα εργαλεία μέτρησης (κλίμακες) ανταποκρίνονται στον υπό μελέτη πληθυσμό. Επίσης ελέγχθηκε η κανονικότητα των κατανομών στη βαθμολογία των συμμετεχόντων, στις επιμέρους υποκλίμακες των ερωτηματολογίων και βρέθηκε ότι οι κατανομές δεν παρουσίαζαν κανονικότητα. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων, την οποία διαδέχτηκε η επαγωγική στατιστική ανάλυση και ο έλεγχος των ερευνητικών ερωτημάτων. Επειδή όπως αναφέρθηκε οι κατανομές δεν ήταν κανονικές, στην επαγωγική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Spearman's rho για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων (ποσοτικές μεταβλητές) των ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS στις δύο φάσεις της έρευνας. Αντίστοιχα χρησιμοποιήθηκαν το μη παραμετρικό test Mann – Whitney U για τον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων των ερευνητικών εργαλείων στις δύο φάσεις της έρευνας και ποιοτικών μεταβλητών οι οποίες περιελάμβαναν μέχρι δύο υποκατηγορίες (π.χ. το φύλο), ενώ το μη παραμετρικό test Kruskal – Wallis H χρησιμοποιήθηκε για τις συσχετίσεις με ποιοτικές μεταβλητές οι οποίες περιλάμβαναν πάνω από δύο υποκατηγορίες (π.χ. η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο). Για την χρήση των εν λόγω tests, οι υποκλίμακες τέθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές, οι οποίες εξετάστηκαν σε σχέση με

ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν, όπως η ηλικιακή ομάδα, το φύλο και η μόρφωση, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν, προηγήθηκε επαλήθευση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν (QRFPC25 και HADS), ώστε να επιβεβαιωθεί ότι η χρήση του εργαλείου υπήρξε εποικοδομητική επί του συγκεκριμένου δείγματος και ότι αυτά ανταποκρίνονται στον εν λόγω πληθυσμό, με χρήση του δείκτη Cronbach's Alpha.

Πίνακας 1

Δείκτης Cronbach's Alpha των ψυχομετρικών εργαλείων, στις δύο φάσεις της έρευνας

		Cronbach's Alpha	N of Items
QRFPC25	A' ΦΑΣΗ	.832	26
	B' ΦΑΣΗ	.831	26
HADS	A' ΦΑΣΗ	.930	14
	B' ΦΑΣΗ	.938	14

Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της θρησκευτικότητας - πνευματικότητας σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25) ο δείκτης Cronbach's Alpha βρέθηκε $\alpha = .832$ στην Α' Φάση και $\alpha = .831$ στη Β' Φάση, και στη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) βρέθηκε $\alpha = .930$ στην Α' Φάση και $\alpha = .938$ στη Β' Φάση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα ερωτηματολόγια έχουν υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής και στις δύο φάσεις της έρευνας.

Ο έλεγχος κανονικότητας της κατανομής στη βαθμολογία των συμμετεχόντων, στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS, έδειξε ότι στο σύνολο σχεδόν των κατανομών της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις επιμέρους υποκλίμακες, το Kolmogorov-Smirnov test δείχνει στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$, άρα απορρίπτουμε

την H_0 , ότι η κατανομή είναι κανονική, και δεχόμαστε την H_1 ότι δεν υπάρχει κανονικότητα (Πίνακας 2). Για το λόγο αυτό, στην επαγωγική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά εργαλεία ελέγχου (tests).

Πίνακας 2

Έλεγχος κανονικότητας κατανομής της βαθμολογίας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QRFPC25	Θρησκευτική λατρεία	.134	96	.000	.963	96	.008
	Σχέση με το Θείο	.168	96	.000	.900	96	.000
	Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	.127	96	.001	.964	96	.010
	Ελπίδα	.143	96	.000	.892	96	.000
	Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	.170	96	.000	.901	96	.000
	Πίστη	.300	96	.000	.755	96	.000
	Προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο	.250	96	.000	.767	96	.000
	Αγάπη	.337	96	.000	.735	96	.000
	Βιοηθική	.297	96	.000	.777	96	.000
	Ποιότητα Ζωής (QoL)	.069	96	.200*	.986	96	.396
HADS	Άγχος	.103	96	.014	.956	96	.003
	Κατάθλιψη	.164	96	.000	.907	96	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3
Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό		
ΦΥΛΟ				Mode: Άνδρας	
Άνδρας	28	58,3	58,3		
Γυναίκα	20	41,7	100,0		
Σύνολο	48	100,0			
ΗΛΙΚΙΑ				Mean: 64,98	S.D.: 8,154
Κάτω των 50	2	4,2	4,2	Median: 65,50	
50-59	9	18,8	22,9		
60-69	23	47,9	70,8		
70-79	13	27,1	97,9		
Άνω των 80	1	2,1	100,0		
Σύνολο	48	100,0			
ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				Mode: Έγγαμος	
Άγαμος	5	10,4	10,4		
Σε σχέση	2	4,2	14,6		
Έγγαμος	31	64,6	79,2		
Διαζευγμένος	7	14,6	93,8		
Χήρος	3	6,3	100,0		
Σύνολο	48	100,0			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ				Mean: 1,42	S.D.: .942
Κανένα	11	22,9	22,9	Median: 2,00	
Ένα	10	20,8	43,8		
Δύο	23	47,9	91,7		
Τρία ή περισσότερα	4	8,3	100,0		
Σύνολο	48	100,0			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				Mode: Γυμν- Λύκειο	
Δημοτικό	15	31,3	31,3		
Γυμνάσιο-Λύκειο	18	37,5	68,8		
ΑΕΙ	12	25,0	93,8		
Μεταπτυχιακό	3	6,3	100,0		
Σύνολο	48	100,0			
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ				Mode: Ορθόδοξος	
Ορθόδοξος	45	93,8	93,8		
Άθεος	1	2,1	95,8		
Άλλο	2	4,2	100,0		
Σύνολο	48	100,0			

Mean: Μέση τιμή, Median: Διάμεσος, S.D.: Τυπική απόκλιση

Όπως φαίνεται από τα δεδομένα, οι γυναίκες συμμετέχουσες (N=20) στην έρευνα είναι λιγότερες από τους άνδρες (N=28). Σχεδόν οι μισοί εκ των συμμετεχόντων (47,9%,

N=23) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (64,6%, N=31) ήταν έγγαμοι, ενώ το 93,8% (N=45), δήλωσαν ότι είναι χριστιανοί ορθόδοξοι.

Στον τομέα της εκπαίδευσης το 37,5% (N=18) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου και ακολουθούν οι απόφοιτοι δημοτικού με 31,3% (N=15), ενώ με βάση τον αριθμό των τέκνων σχεδόν οι μισοί εκ των συμμετεχόντων με 47,9% (N=23) είχαν δύο παιδιά και ακολουθούν με 22,9% (N=11) αυτοί που δεν είχαν κανέναν παιδί.

Οι περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες της ποσοστιαίας βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου QRFPC25, καθώς η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HADS, στην Α' και Β' φάση της έρευνας, παρουσιάζονται στους Πίνακες 4 και 5 αντίστοιχα.

Πίνακας 4
Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες της ποσοστιαίας βαθμολογίας των συμμετεχόντων στο QRFPC25 και βαθμολογία στο HADS, στην Α' Φάση

	N	Mean	Median	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
QRFPC25 Α' ΦΑΣΗ							
Θρησκευτική λατρεία	48	44,697	45,454	21,203	90,91	9,09	100
Σχέση με το Θείο	48	61,458	68,75	30,052	100	0	100
Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	48	57,708	60	21,659	80	20	100
Ελπίδα	48	49,405	42,857	34,988	100	0	100
Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	48	36,979	25	26,792	100	0	100
Πίστη	48	78,125	100	30,395	100	0	100
Προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο	48	45,833	50	45,934	100	0	100
Αγάπη	48	64,583	50	38,535	100	0	100
Βιοηθική	48	78,819	91,667	25,897	83,33	16,67	100
Ποιότητα Ζωής (QoL)	48	62,5	62,5	14,227	66,67	29,17	95,83
HADS Α' ΦΑΣΗ							
Άγχος	48	8,104	8	5,187	19	0	19
Κατάθλιψη	48	5,729	5	4,513	16	0	16

Πίνακας 5

Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες της ποσοστιαίας βαθμολογίας των συμμετεχόντων στο QRFP25 και βαθμολογία στο HADS, στη Β' Φάση

	N	Mean	Median	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
QRFP25 Β' ΦΑΣΗ							
Θρησκευτική λατρεία	48	50,379	50	22,578	90,91	9,09	100
Σχέση με το Θείο	48	68,229	75	28,005	100	0	100
Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	48	54,792	60	20,833	80	10	90
Ελπίδα	48	52,381	50	37,315	100	0	100
Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	48	42,187	50	31,856	100	0	100
Πίστη	48	82,292	100	23,167	83,33	16,67	100
Προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο	48	54,167	50	41,041	100	0	100
Αγάπη	48	71,875	100	38,463	100	0	100
Βιοηθική	48	82,639	100	22,534	83,33	16,67	100
Ποιότητα Ζωής (QoL)	48	61,198	62,5	17,618	79,17	16,67	95,83
HADS Β' ΦΑΣΗ							
Άγχος	48	7,583	7	5,283	19	0	19
Κατάθλιψη	48	5,833	4	5,265	18	0	18

Οι Zigmond & Snaith (1983) έχουν προτείνει δύο διαχωριστικές βαθμολογίες για την ανίχνευση του άγχους και της κατάθλιψης: από 8 έως 10 οι ενδιάμεσες-αμφίβολες περιπτώσεις, 11 και πάνω οι κλινικές περιπτώσεις. Αντίστοιχα οι Bjelland et al (2002) αναφέρουν στην ανασκόπησή τους ότι η προτεινόμενη διαχωριστική βαθμολογία από τις περισσότερες μελέτες είναι το 8 για το γενικό πληθυσμό και τους σωματικά πάσχοντες, ενώ το ίδιο έχουν προτείνει και οι Olsson et al (2005) για εξωτερικούς ασθενείς. Τα επίπεδα του Άγχους και της Κατάθλιψης στην κλίμακα HADS, όπως αυτά αξιολογήθηκαν στην παρούσα μελέτη αποτυπώνονται στους πίνακες 6 και 7, για τις δύο φάσεις της έρευνας αντίστοιχα.

Πίνακας 6
Επίπεδο Άγχους και Κατάθλιψης στην Α΄ Φάση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΑΓΧΟΣ			
Χαμηλό (≤ 7)	23	47,9	47,9
Ενδιάμεσο (8 - 10)	8	16,7	64,6
Κλινικό (≥ 11)	17	35,4	100,0
Σύνολο	48	100,0	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ			
Χαμηλό (≤ 7)	33	68,8	68,8
Ενδιάμεσο (8 - 10)	6	12,5	81,3
Κλινικό (≥ 11)	9	18,8	100,0
Σύνολο	48	100,0	

Πίνακας 7
Επίπεδο Άγχους και Κατάθλιψης στη Β΄ Φάση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΑΓΧΟΣ			
Χαμηλό (≤ 7)	25	52,1	52,1
Ενδιάμεσο (8 - 10)	9	18,8	70,8
Κλινικό (≥ 11)	14	29,2	100,0
Σύνολο	48	100,0	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ			
Χαμηλό (≤ 7)	33	68,8	68,8
Ενδιάμεσο (8 - 10)	4	8,3	77,1
Κλινικό (≥ 11)	11	22,9	100,0
Σύνολο	48	100,0	

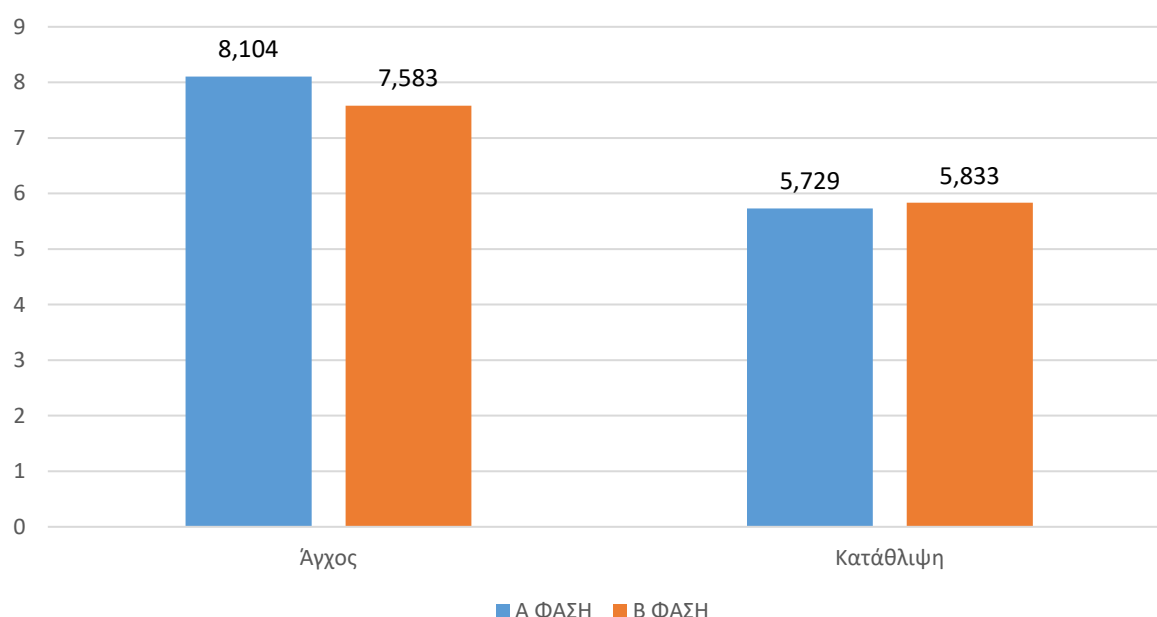
Η συχνότητα των ασθενών που παρουσίασαν ήπια ή καθόλου συμπτώματα στην Α΄ φάση ήταν 47,9% (N=23) για το άγχος και 68,8% (N=33) για την κατάθλιψη, ενώ στη Β΄ φάση ήταν 52,1% (N=25) για το άγχος και 68,8% (N=33) για την κατάθλιψη. Αντίστοιχα η συχνότητα των κλινικών περιπτώσεων στην Α΄ φάση ήταν 35,4% (N=17) για το άγχος και

18,8% (N=9) για την κατάθλιψη, ενώ στη Β' φάση ήταν 29,2% (N=14) για το άγχος και 22,9% (N=11) για την κατάθλιψη.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα μπορούμε να σημειώσουμε ότι ο αριθμός των ασθενών με ήπια ή καθόλου συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης αυξήθηκε καθώς ξεκίνησε και εξελίχθηκε η διαδικασία της ακτινοθεραπείας, ενώ αντίστοιχα μειώθηκε ελαφρά ο αριθμός των ασθενών με κλινικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Εν μέρει την παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνει και η γραφική απεικόνιση της μέσης βαθμολογίας των συμμετεχόντων ασθενών, στις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης, στις δύο φάσεις της έρευνας, όπως αυτής αποτυπώνεται στο Γράφημα Α. Η μέση τιμή του άγχους μειώθηκε ελαφρά στη Β' φάση, ενώ στα ίδια επίπεδα παρέμεινε η μέση βαθμολογία στην κατάθλιψη.

Γράφημα Α

Μέση τιμή του Άγχους και Κατάθλιψης στο HADS

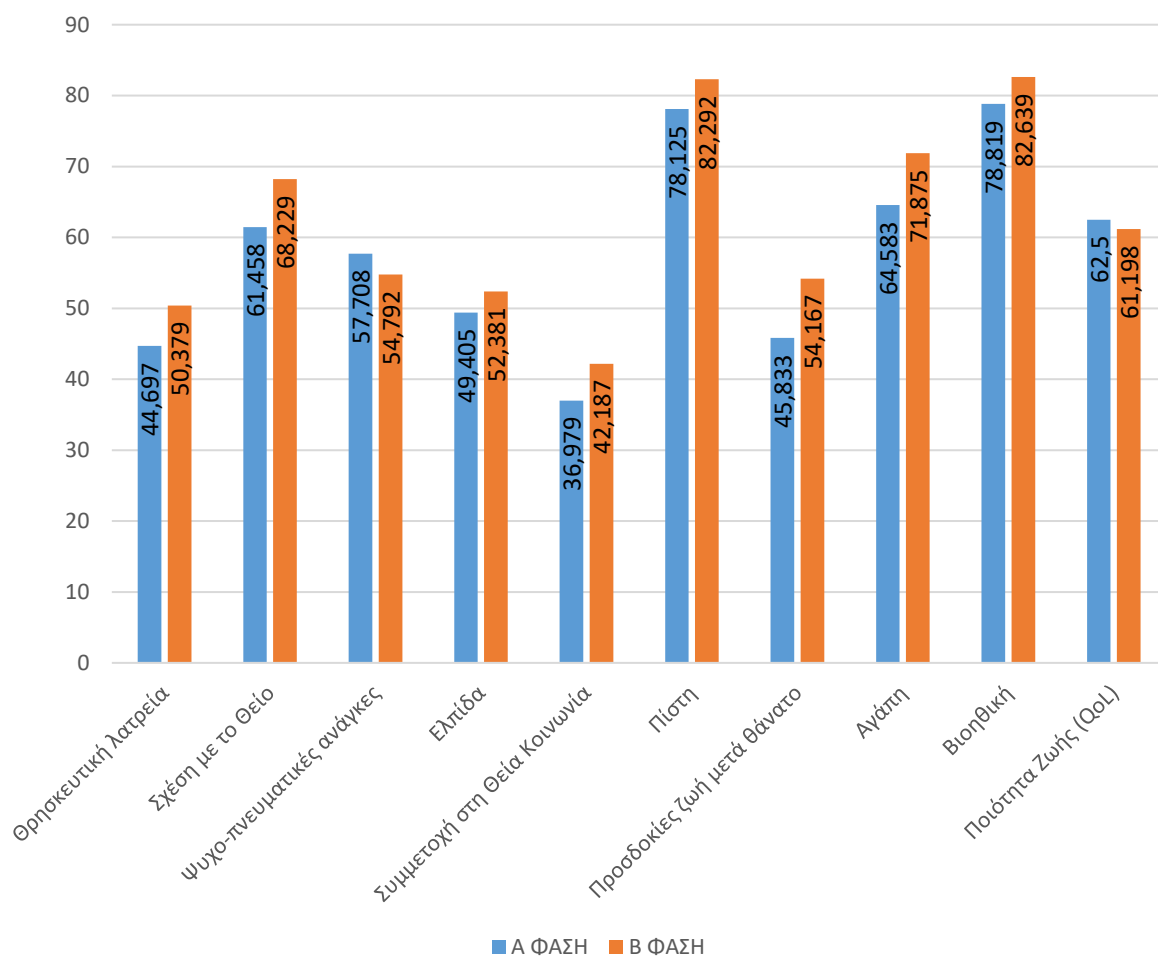


Αντίστοιχη γραφική απεικόνιση της μέσης ποσοστιαίας βαθμολογίας των ασθενών στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου QRFPC25, στις δύο φάσεις της έρευνας, αποτυπώνεται στο Γράφημα Β, όπου στο σύνολο σχεδόν των επιμέρους κατηγοριών

παρατηρείται αύξηση – τόνωση του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος κατά την πορεία της έναρξης και εξέλιξης της ακτινοθεραπείας. Εξαιρέση αποτελούν οι υποκλίμακες των ψυχο-πνευματικών αναγκών και της ποιότητας ζωής (QoL) όπου παρατηρείται μια πτώση, η οποία ιδίως στην περίπτωση της ποιότητας ζωής δύναται να σχετισθεί και με τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας καθώς και της ίδιας της ακτινοθεραπείας.

Γράφημα Β

Μέση ποσοστιαία βαθμολογία στις υποκλίμακες του QRFPC25



Η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων, στις δέκα υποκλίμακες του ερωτηματολογίου QRFPC25 και τις 2 του ερωτηματολογίου HADS, ως προς τα επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, παρουσιάζεται στους Πίνακες 8 και 9.

Πίνακας 8

Μέση βαθμολογία συμμετεχόντων στην έρευνα στις υποκλίμακες του QRFPC25 και HADS, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους

		ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				
		Ανδρας	Γυναίκα	Κάτω των 50	50-59	60-69	70-79	Άνω των 80
QRFPC25								
	N	28	20	2	9	23	13	1
Θρησκευτική λατρεία	M SD	48,70 19,80	45,91 24,87	27,27 19,64	47,98 19,67	48,02 20,43	47,90 25,91	68,18 6,43
Σχέση με το Θείο	M SD	61,61 31,97	69,38 24,18	53,13 25,77	66,67 27,45	61,68 30,32	68,75 28,99	93,75 8,84
Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	M SD	55,18 23,51	57,75 17,61	55,00 25,17	56,67 20,86	54,35 20,94	57,31 21,27	85,00 21,21
Ελπίδα	M SD	48,98 37,34	53,57 34,35	50,00 41,24	56,35 33,76	45,34 36,30	53,30 36,04	100,00 0,00
Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	M SD	37,05 30,52	43,13 27,73	37,50 32,27	36,11 28,73	36,41 27,74	43,27 29,63	100,00 0,00
Πίστη	M SD	75,89 29,46	86,25 21,97	75,00 39,67	75,93 26,34	72,83 30,09	95,51 8,89	100,00 0,00
Προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο	M SD	40,18 42,02	63,75 42,35	62,50 47,87	66,67 42,01	40,22 42,97	51,92 43,54	75,00 35,36
Αγάπη	M SD	66,96 42,93	70,00 31,62	75,00 28,87	80,56 25,08	59,78 44,25	71,15 35,14	100,00 0,00
Βιοηθική	M SD	77,08 25,54	85,83 21,53	87,50 15,96	80,56 26,97	75,00 25,76	89,10 18,82	91,67 11,79
Ποιότητα Ζωής (QoL)	M SD	58,85 15,37	66,04 15,97	48,96 22,66	65,97 14,52	60,96 15,62	61,22 15,98	79,17 5,89
HADS								
Άγχος	M SD	7,54 4,95	8,28 5,60	9,50 2,52	9,33 5,12	7,48 5,62	7,69 4,73	1,50 ,71
Κατάθλιψη	M SD	5,89 4,93	5,63 4,87	6,00 3,27	5,33 3,80	5,74 5,31	6,58 5,01	0,00 0,00

M: Μέση τιμή, S.D.: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 9

Μέση βαθμολογία συμμετεχόντων στην έρευνα στις υποκλίμακες του QRFPC25 και HADS, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους

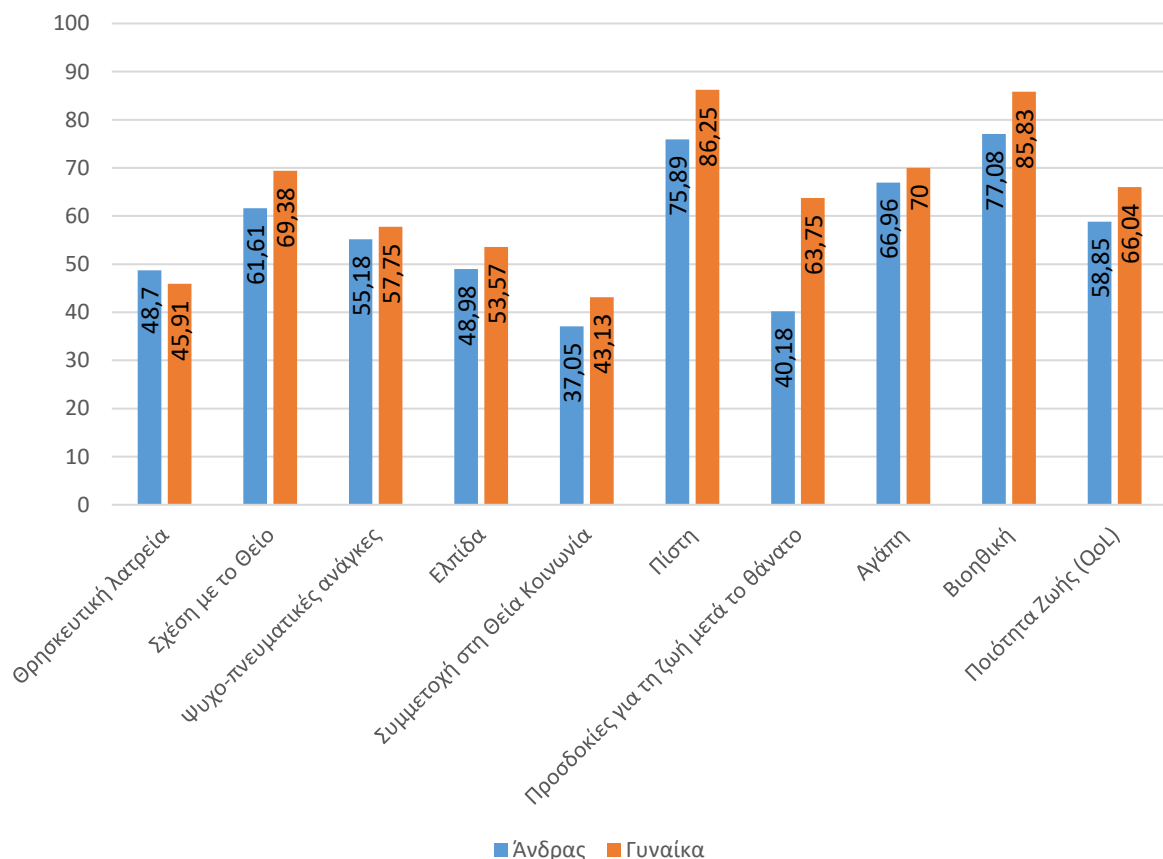
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
		Δημοτικό	Γυμνάσιο-Λύκειο	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό	Άγαμος	Σε σχέση	Έγγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος
QRFPC25										
	N	15	18	12	3	5	2	31	7	3
Θρησκευτική λατρεία	M SD	50,61 16,83	51,26 25,26	40,91 21,28	36,36 21,51	34,55 19,54	38,64 18,74	48,68 21,34	45,45 17,10	68,18 31,88
Σχέση με το Θείο	M SD	76,25 21,11	67,01 27,25	50,00 31,92	54,17 40,05	62,50 30,05	65,63 27,72	62,70 30,83	64,29 22,92	91,67 10,21
Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	M SD	63,00 22,92	56,67 19,86	49,58 21,36	46,67 5,16	50,00 17,64	65,00 17,32	59,03 21,02	38,57 16,10	73,33 16,33
Ελπίδα	M SD	62,38 37,98	48,81 35,55	42,86 35,25	38,10 19,52	38,57 11,76	46,43 41,03	53,69 37,81	33,67 32,00	85,71 23,90
Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	M SD	43,33 32,12	42,36 25,93	35,42 31,20	20,83 24,58	30,00 25,82	25,00 20,41	44,76 30,07	21,43 25,68	54,17 18,82
Πίστη	M SD	86,67 25,67	85,65 20,37	71,53 30,49	50,00 29,81	76,67 22,50	62,50 34,36	79,57 27,23	82,14 30,29	100,00 0,00
Προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο	M SD	56,67 38,80	52,78 46,21	41,67 43,41	33,33 51,64	40,00 45,95	25,00 50,00	51,61 43,39	46,43 41,44	75,00 41,83
Αγάπη	M SD	81,67 30,75	58,33 40,53	64,58 40,32	75,00 41,83	70,00 42,16	87,50 25,00	68,55 37,58	60,71 44,63	66,67 40,82
Βιοηθική	M SD	86,11 17,55	87,04 20,74	69,44 26,77	61,11 38,97	70,00 34,07	70,83 8,33	79,03 24,51	92,86 14,19	94,44 13,61
Ποιότητα Ζωής (QoL)	M SD	59,86 15,02	61,81 15,51	65,28 17,88	58,33 16,46	59,17 15,44	57,29 28,54	61,16 15,80	67,56 11,23	63,19 20,14
HADS										
Άγχος	M SD	7,47 4,26	9,39 5,72	6,42 5,32	6,17 4,58	7,70 3,68	9,25 2,63	7,82 5,48	6,93 4,14	9,50 8,36
Κατάθλιψη	M SD	4,87 4,22	7,17 5,24	4,71 4,81	6,33 5,01	6,60 4,84	3,25 1,89	5,81 5,30	5,00 2,72	7,67 5,79

M: Μέση τιμή, S.D.: Τυπική απόκλιση

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εικόνα που διαμορφώνεται, αν παρατηρήσουμε τη μέση ποσοστιαία βαθμολογία των συμμετεχόντων, στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου QRFPC25, με βάση τη διάκριση του φύλου. Όπως φαίνεται και στο Γράφημα Γ οι γυναίκες ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν υψηλότερη μέση ποσοστιαία βαθμολογία, δηλαδή πιο έντονο θρησκευτικό – πνευματικό συναίσθημα, σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς, στο σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων, με εξαίρεση τη θρησκευτική λατρεία. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρούνται στις προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο, όπου οι γυναίκες έχουν μέση βαθμολογία $M = 63,75$, έναντι $M = 40,18$ των ανδρών και ακολουθεί η πίστη όπου οι γυναίκες συμμετέχουσες έχουν μέση βαθμολογία $M = 86,25$, έναντι $M = 75,89$ των ανδρών.

Γράφημα Γ

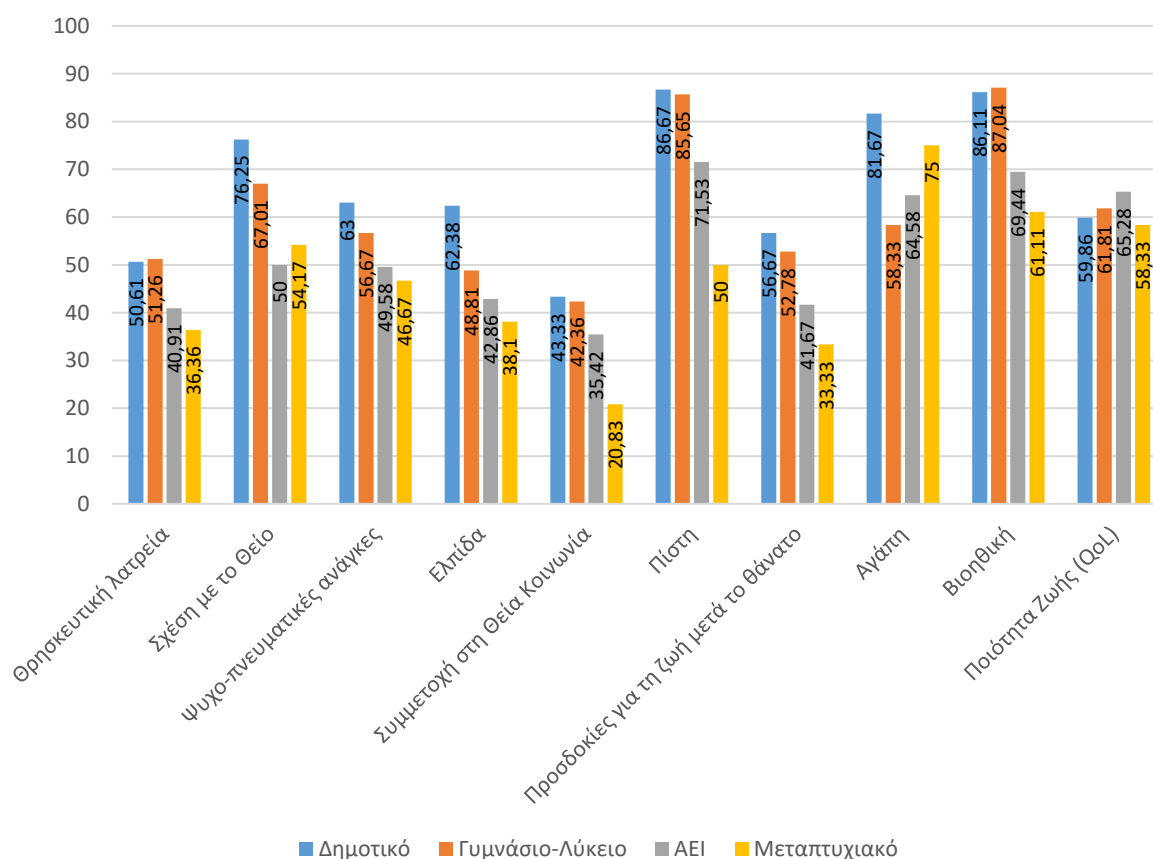
Μέση ποσοστιαία βαθμολογία στις υποκλίμακες του QRFPC25, με βάση τη διάκριση του φύλου



Με βάση τη διάκριση των συμμετεχόντων ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, παρατηρείται ότι στο σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου QRFPC25, η μέση ποσοστιαία βαθμολογία των συμμετεχόντων μικρότερη στους ασθενείς που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Οι έχοντες υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης παρουσίασαν ασθενέστερη ένταση θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες, όπως απεικονίζεται και στο Γράφημα Δ, με εξαίρεση το συναίσθημα της αγάπης και την ποιότητα ζωής (QoL), με το δεύτερο να είναι, με βάση τη βιβλιογραφία που αναφέρθηκε ανωτέρω, άμεσα συνδεδεμένο με τις επιπτώσεις της ασθένειας, αλλά και της ίδιας της θεραπείας.

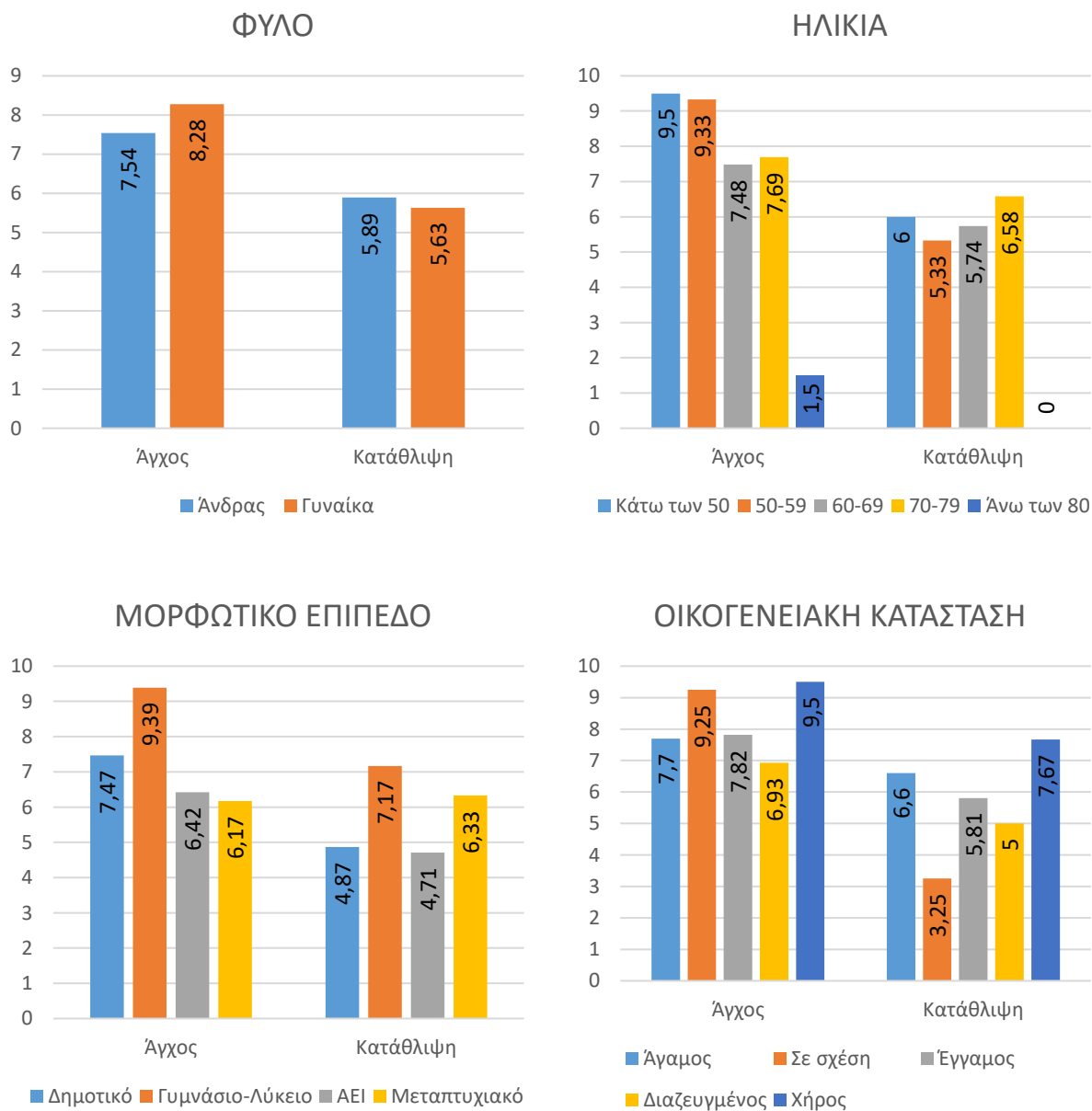
Γράφημα Δ

Μέση ποσοστιαία βαθμολογία στις υποκλίμακες του QRFPC25, με βάση τη διάκριση του μορφωτικού επιπέδου



Γράφημα Ε

Μέση βαθμολογία στις υποκλίμακες του HADS



Η γραφική απεικόνιση της μέσης βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS, απεικονίζεται στο Γράφημα Ε. Από αυτή αξίζει να σημειώσουμε ότι οι γυναίκες συμμετέχουσες παρουσίασαν υψηλότερο άγχος συγκριτικά με τους άνδρες, με μέση βαθμολογία $M = 8,28$ έναντι $M = 7,54$ των ανδρών, ενώ

παρουσίασαν ελαφρώς χαμηλότερη μέση βαθμολογία στην κατάθλιψη, η οποία βρέθηκε $M = 5,63$ έναντι $M = 5,89$ των ανδρών.

Η παρατήρηση του ανωτέρω γραφήματος καθιστά επίσης εμφανές ότι με βάση τη διάκριση της ηλικιακής ομάδας στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες ασθενείς, παρατηρείται χαμηλότερη μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα του άγχους καθώς στους ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία. Συγκεκριμένα στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 50 ετών η μέση βαθμολογία βρέθηκε $M = 9,50$, στην ομάδα 50-59 ετών βρέθηκε $M = 9,33$, στην ομάδα 60-69 ετών βρέθηκε $M = 7,48$, στην ομάδα 70-79 ετών βρέθηκε $M = 7,69$, ενώ στην ομάδα άνω των 80 ετών βρέθηκε $M = 1,50$.

Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων – Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση

Η αξιολόγηση της συσχέτισης και η σημαντικότητα των επιμέρους υποκλιμάκων (ποσοτικές μεταβλητές) των ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS, στις δύο φάσεις της έρευνας, πραγματοποιήθηκε με χρήση του δείκτη Spearman's rank correlation coefficient (Spearman's rho) μέσω του ελέγχου της στατιστικής εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών. Η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων (ποσοτικές μεταβλητές) των ερευνητικών εργαλείων και ποιοτικών (κατηγορικών) μεταβλητών, πραγματοποιήθηκε με χρήση του μη παραμετρικού test Mann – Whitney U για τις ποιοτικές μεταβλητές οι οποίες περιελάμβαναν μέχρι δύο υποκατηγορίες (π.χ. το φύλο), ενώ το μη παραμετρικό test Kruskal – Wallis H χρησιμοποιήθηκε για τις ποιοτικές μεταβλητές οι οποίες περιλάμβαναν πάνω από δύο υποκατηγορίες (π.χ. η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο).

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho είναι ένα αριθμητικό μέτρο του μεγέθους της συσχέτισης μεταξύ δύο συνόλων τιμών. Κατ' ουσία πρόκειται για το συντελεστή συσχέτισης Pearson, εφαρμοσμένο σε ένα σύνολο τιμών μετά την ταξινόμηση των τιμών και των δύο μεταβλητών ξεχωριστά, από τις μικρότερες προς τις μεγαλύτερες και κυμαίνεται σε

μέγεθος από +1.00 μέχρι -1.00 περνώντας και από το 0.00. Το πρόσημο «+» σημαίνει θετική συσχέτιση, δηλαδή οι τιμές μιας μεταβλητής αυξάνονται ή μειώνονται όταν αυξάνονται ή μειώνονται αντίστοιχα και της άλλης, ενώ το πρόσημο «-» σημαίνει αρνητική συσχέτιση, δηλαδή οι τιμές μιας μεταβλητής αυξάνονται καθώς μειώνονται της άλλης. Συντελεστής συσχέτισης 1.00 σημαίνει μια τέλεια συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Ο έλεγχος Mann – Whitney U, ο οποίος είναι μια μη παραμετρική διαδικασία που μπορεί να εφαρμοστεί για τη σύγκριση δύο πληθυσμών και ο έλεγχος Kruskal-Wallis H , ο οποίος είναι μια μη παραμετρική διαδικασία που μπορεί να εφαρμοστεί για τη σύγκριση τριών ή περισσότερων πληθυσμών, αποτελούν έναν τρόπο ελέγχου της μηδενικής υπόθεσης (H_0) ότι k τυχαία δείγματα προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης (H_1) ότι τουλάχιστον ένα από τα δείγματα προέρχεται από διαφορετικό πληθυσμό που διαφέρουν ως προς τις διαμέσους. Με άλλα λόγια αποτελούν έναν τρόπο αξιολόγησης των διαφορών των διαμέσων κάποιων μεταβλητών, βάσει του ελέγχου αποδοχής ή απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης. Στην παρούσα ανάλυση η μηδενική υπόθεση (H_0) είναι ότι δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των επιπέδων του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος, καθώς και του άγχους – κατάθλιψης, στις επιμέρους υποκλίμακες. Για την χρήση των εν λόγω tests, οι υποκλίμακες τέθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές, οι οποίες εξετάστηκαν σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

Παράγοντας Φύλο

Πίνακας 10

Έλεγχος Mann – Whitney U μεταξύ των υποκλιμάκων των QRFPC25 και HADS και του παράγοντα Φύλο

	Θρησκευτική λατρεία	Σχέση με το Θείο	Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	Ελπίδα	Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	Πίστη	Προσδοκίες για ζωή μετά θάνατο	Αγάπη	Βιοθική	Ποιότητα Ζωής (QoL)	Άγχος	Κατάθλιψη
Mann-Whitney U	977,00	1007,00	1062,00	1024,00	976,00	883,00	790,00	1104,50	901,50	811,00	1050,00	1097,00
Z	-1,073	-,850	-,435	-,722	-1,103	-1,917	-2,616	-,128	-1,753	-2,304	-,521	-,172
Asymp. Sig. (2- tailed)	,283	,395	,663	,470	,270	,055	,009	,898	,080	,021	,602	,864

Από την ανάγνωση των αποτελεσμάτων που εμφανίζονται στον Πίνακα 10 προκύπτει ότι ο παράγοντας φύλο παρουσιάζει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο και την ποιότητα ζωής.

Ειδικότερα στον τομέα των προσδοκιών για τη ζωή μετά το θάνατο, ο έλεγχος Mann – Whitney U έδειξε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($U=790,00$, $p=.009$) μεταξύ ανδρών ($Md=1,00$, $R=2,00$) και γυναικών ($Md=2,00$, $R=2,00$). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι πρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας φύλο επηρέασε τις προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο, των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στον τομέα της ποιότητας ζωής, ο έλεγχος Mann – Whitney U έδειξε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά $U=811,00$, $p=.021$ μεταξύ ανδρών ($Md=4,67$, $R=5,33$) και γυναικών ($Md=5,33$, $R=6,33$). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι πρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας φύλο επηρέασε την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Για τις υπόλοιπες μεταβλητές δεν προέκυψε κάποια στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με το φύλο του ασθενή, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δηλαδή δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών και του παράγοντα φύλο.

Παράγοντας Οικογενειακή Κατάσταση

Πίνακας 11

Έλεγχος Kruskal – Wallis H μεταξύ των υποκλιμάκων των QRFPC25 και HADS και του παράγοντα Οικογενειακή Κατάσταση

	Θρησκευτική λατρεία	Σχέση με το Θείο	Ψυχο- πνευματικές ανάγκες	Ελπίδα	Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	Πίστη	Προσδοκίες για ζωή μετά θάνατο	Αγάπη	Βιοηθική	Ποιότητα Ζωής (QoL)	Άγχος	Κατάθλιψη
Chi-Square	7,20	7,21	16,48	10,16	10,95	7,72	4,01	1,36	8,94	2,80	,97	1,84
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,126	,125	,002	,038	,027	,103	,405	,851	,063	,591	,914	,764

Η μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις ψυχο-πνευματικές ανάγκες, το αίσθημα ελπίδας και τη συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία.

Ειδικότερα στον τομέα των ψυχο-πνευματικών αναγκών, ο έλεγχος Kruskal – Wallis H έδειξε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(4)=16,48$, $p=.002$ μεταξύ των πέντε κατηγοριών της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος, Σε σχέση, Έγγαμος, Διαζευγμένος, Χήρος). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι πρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση επηρέασε τις ψυχο-πνευματικές ανάγκες των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στην κατηγορία του αισθήματος ελπίδας, ο έλεγχος Kruskal – Wallis H έδειξε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(4)=10,16$, $p=.038$ μεταξύ των πέντε

κατηγοριών της μεταβλητής Οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος, Σε σχέση, Έγγαμος, Διαζευγμένος, Χήρος). Βάσει του αποτελέσματος αυτού απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση επηρέασε το αίσθημα ελπίδας των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Η συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά, όπου ο έλεγχος Kruskal – Wallis H βρέθηκε $\chi^2(4)=10,95$, $p=.027$ μεταξύ των πέντε κατηγοριών της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση και απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση επηρέασε τη συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Για τις υπόλοιπες μεταβλητές δεν προέκυψε κάποια στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση, γεγονός που δε μας επιτρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δηλαδή δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών και της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Παράγοντας Ηλικία

Πίνακας 12

Έλεγχος Kruskal – Wallis H μεταξύ των υποκλιμάκων των QRFPC25 και HADS και του παράγοντα ηλικία

	Θρησκευτική λατρεία	Σχέση με το Θείο	Ψυχο- πνευματικές ανάγκες	Ελπίδα	Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	Πίστη	Προσδοκίες για ζωή μετά θάνατο	Αγάπη	Βιοθική	Ποιότητα Ζωής (QoL)	Άγχος	Κατάθλιψη
Chi-Square	5,73	4,81	3,23	5,28	6,73	14,03	6,00	4,32	6,45	4,95	5,56	5,61
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,220	,307	,520	,260	,151	,007	,199	,364	,168	,293	,234	,231

Η ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση μόνο με τη μεταβλητή της πίστης. Πιο συγκεκριμένα ο έλεγχος Kruskal – Wallis H έδειξε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(4)=14,03$, $p=$

.007 μεταξύ των πέντε κατηγοριών της μεταβλητής ηλικιακή ομάδα (Κάτω των 50, 50-59, 60-69, 70-79, 80 και άνω), συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας ηλικιακή ομάδα στην οποία εντάσσονται οι συμμετέχοντες επηρέασε το αίσθημα της πίστης το οποίο ανέφεραν.

Για τις υπόλοιπες μεταβλητές δεν προέκυψε κάποια στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τον παράγοντα της ηλικιακής ομάδας και δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δηλαδή δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών και της ηλικίας των συμμετεχόντων.

Παράγοντας Μορφωτικό Επίπεδο

Πίνακας 13

Έλεγχος Kruskal – Wallis H μεταξύ των υποκλιμάκων των QRFPC25 και HADS και του παράγοντα μορφωτικό επίπεδο

	Θρησκευτική Λατρεία	Σχέση με το Θείο	Ψυχο- πνευματικές ανάγκες	Ελπίδα	Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	Πίστη	Προσδοκίες για ζωή μετά θάνατο	Αγάπη	Βιοηθική	Ποιότητα Ζωής (QoL)	Άγχος	Κατάθλιψη
Chi-Square	5,73	9,91	6,67	4,74	3,64	13,96	2,61	6,48	10,44	,71	5,24	5,24
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,125	,019	,083	,192	,303	,003	,456	,090	,015	,871	,155	,155

Ο παράγοντας του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων παρουσίασε στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις μεταβλητές της σχέσης με το Θείο, την πίστη και τη βιοηθική, δηλαδή τα ηθικά προβλήματα που εγείρονται στο άτομο από τη δυνατότητα παρέμβασης σε διάφορες βιολογικές διαδικασίες, ακόμα και την ίδια τη ζωή.

Η μεταβλητή της σχέσης με το Θείο, βάσει του ελέγχου Kruskal – Wallis H βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(3)=9,91$, $p=.019$ μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών της μεταβλητής μορφωτικό επίπεδο (Δημοτικό, Γυμνάσιο-Λύκειο, ΑΕΙ-ΤΕΙ,

Μεταπτυχιακό). Το αποτέλεσμα αυτό μας επιτρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας μορφωτικό επίπεδο επηρέασε τη σχέση των ασθενών με το Θείο.

Στον τομέα της πίστης, ο έλεγχος Kruskal – Wallis H έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(3)=13,96$, $p=.003$ μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών της μεταβλητής μορφωτικό επίπεδο, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με το αίσθημα πίστης των συμμετεχόντων.

Η μεταβλητή της βιοηθικής, βάσει του ελέγχου Kruskal – Wallis H βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2(3)=10,44$, $p=.015$ μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών της μεταβλητής μορφωτικό επίπεδο, συνεπώς απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, επομένως ο παράγοντας μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με το αίσθημα βιοηθικής των συμμετεχόντων.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν βρέθηκαν να παρουσιάζουν στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο και δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 , ότι δηλαδή δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών και του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων.

Παράγοντες θρησκευτικότητας – πνευματικότητας σε σχέση με Άγχος και Κατάθλιψη

Η συνάφεια μεταξύ των υποκλιμάκων των δύο βασικών ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, δηλαδή του ερωτηματολογίου σχετικά με τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25), καθώς και της Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), που

εντάσσεται στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, διερευνήθηκε με τη χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman's rho. Συγκεντρωτικά τα ευρήματα της συµµεταβολής των µεταβλητών στα 96 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι συµµετέχοντες ασθενείς, παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14

Δείκτης συνάφειας Spearman's rho μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS

		Άγχος	Κατάθλιψη
Θρησκευτική λατρεία	Correlation Coefficient	,009	-,028
	Sig. (2-tailed)	,932	,786
Σχέση με το Θείο	Correlation Coefficient	,007	-,039
	Sig. (2-tailed)	,943	,705
Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	Correlation Coefficient	,076	,122
	Sig. (2-tailed)	,462	,235
Ελπίδα	Correlation Coefficient	-,014	-,070
	Sig. (2-tailed)	,889	,499
Συµµετοχή στη Θεία Κοινωνία	Correlation Coefficient	,059	-,022
	Sig. (2-tailed)	,566	,832
Πίστη	Correlation Coefficient	-,220*	-,257*
	Sig. (2-tailed)	,031	,011
Προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο	Correlation Coefficient	,124	,014
	Sig. (2-tailed)	,228	,891
Αγάπη	Correlation Coefficient	,103	-,015
	Sig. (2-tailed)	,319	,888
Βιοηθική	Correlation Coefficient	-,033	,006
	Sig. (2-tailed)	,750	,957
Ποιότητα Ζωής (QoL)	Correlation Coefficient	-,546**	-,661**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000

N=96 *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**.. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Η ανάγνωση των αποτελεσμάτων που εμφανίζονται στον πίνακα φανερώνει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της μεταβλητής πίστη και των μεταβλητών άγχος και κατάθλιψη, καθώς και μεταξύ της μεταβλητής ποιότητα ζωής και των μεταβλητών άγχος και κατάθλιψη.

Πιο συγκεκριμένα μεταξύ της μεταβλητής πίστη και του άγχους βρέθηκε αρνητική συσχέτιση $r_s = .220$, $p = .031$, γεγονός που υποδηλώνει ότι η τόνωση του αισθήματος της πίστης συνδέεται με μείωση των επιπέδων του άγχους του ασθενή, ενώ μεταξύ της μεταβλητής πίστη και της κατάθλιψης βρέθηκε αρνητική συσχέτιση $r_s = .257$, $p = .011$, γεγονός που υποδηλώνει ότι η τόνωση του αισθήματος της πίστης συνδέεται με εξασθένηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης του ασθενή, καθώς και το αντίστροφο και στις δύο περιπτώσεις.

Μεταξύ της μεταβλητής ποιότητα ζωής και άγχος βρέθηκε αρνητική συσχέτιση $r_s = .546$, $p < .001$, γεγονός που υποδηλώνει ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών συνδέεται με μείωση των επιπέδων του άγχους που βιώνουν, ενώ μεταξύ της μεταβλητής ποιότητα ζωής και κατάθλιψη βρέθηκε αρνητική συσχέτιση $r_s = .661$, $p < .001$, γεγονός που υποδηλώνει ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών συνδέεται με εξασθένηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης που βιώνουν, καθώς και το αντίστροφο και στις δύο περιπτώσεις.

Πνευματικότητα – θρησκευτικότητα και Άγχος – Κατάθλιψη πριν και μετά τη θεραπεία

Πίνακας 15

Δοκιμασία Wilcoxon S-R στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS, στις δύο φάσεις της έρευνας,

	Θρησκευτική Λατρεία	Σχέση με το Θείο	Ψυχο-πνευματικές ανάγκες	Ελπίδα	Συμμετοχή στη Θεία Κοινωνία	Πίστη	Προσδοκίες για ζωή μετά θάνατο	Αγάπη	Βιοηθική	Ποιότητα Ζωής (QoL)	Άγχος	Κατάθλιψη
Z	-1,748 ^b	-1,648 ^b	-1,067 ^c	-,506 ^b	-1,249 ^b	-,806 ^b	-1,413 ^b	-1,202 ^b	-1,542 ^b	-,013 ^c	-,524 ^c	-,056 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,080	,099	,286	,613	,212	,420	,158	,229	,123	,989	,601	,955

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Ένας από τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης υπήρξε και η διερεύνηση τυχόν συσχετίσεων στις μεταβλητές – υποκλίμακες των δύο ερωτηματολογίων QRFPC25 και HADS, μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας, δηλαδή πριν την έναρξη και κατά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπευτικής παρέμβασης. Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου με το μη παραμετρικό test Wilcoxon S-R για σχετιζόμενα δείγματα. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται αποκαλύπτουν ότι η μεσολάβηση του διαστήματος της ακτινοθεραπευτικής αγωγής ανάμεσα στις δύο φάσεις της έρευνας δεν εξήγαγε κάποια στατιστικά σημαντική μεταβολή στην ένταση του αισθήματος θρησκευτικότητας – πνευματικότητας και άγχους – κατάθλιψης των ασθενών, όπως αποτυπώθηκαν στις υποκλίμακες των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η θρησκεία, η ιατρική και η υγειονομική φροντίδα έχουν ακολουθήσει από αρχαιοτάτων χρόνων μια κοινή πορεία, σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες. Ωστόσο μόνο τα λίγα τελευταία δεκάδες ή εκατοντάδες χρόνια έχουν διαχωριστεί μεταξύ τους και αυτός ο διαχωρισμός έχει συμβεί κυρίως στις ιδιαίτερα ανεπτυγμένες χώρες, ενώ σε πολλές χώρες ακόμα και σήμερα υφίσταται μικρός ή καθόλου διαχωρισμός.

Τα πρώτα νοσοκομεία στη Δύση για τη φροντίδα των ασθενών στο γενικό πληθυσμό χτίστηκαν από θρησκευτικές οργανώσεις ή με την υποστήριξη θρησκευτικών παραγόντων. Σε όλο τον Μεσαίωνα και μέχρι τη Γαλλική Επανάσταση, οι γιατροί ήταν συχνά κληρικοί, ενώ η φροντίδα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στη Δύση είχε τις ρίζες της μέσα στα μοναστήρια και τις θρησκευτικές κοινότητες. Μόνο στη σύγχρονη εποχή η θρησκεία και η ψυχιατρική άρχισαν να ακολουθούν χωριστά μονοπάτια, χωρίς όμως να συνεπάγεται ότι αυτός ο διαχωρισμός ήλθε εύκολα και χωρίς συγκρούσεις. Αυτή η σύγκρουση γίνεται συχνά εμφανής και στο κλινικό έργο πολλών επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι παραγνωρίζουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και ανάγκες των ασθενών ή μπορεί και να τις αξιολογούν ως παθολογικές. Οι γιατροί και οι ειδικοί ψυχικής υγείας συχνά παραδέχονται ότι σπάνια ρωτούν για τις θρησκευτικές – πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Ταυτόχρονα μόνο τα τελευταία χρόνια η επιστημονική κοινότητα έχει στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον της προς τη θρησκευτικότητα – πνευματικότητα και τα αποτελέσματα των επιστημονικών ερευνών γύρω από αυτή είναι διάσπαρτα σε όλες τις ιατρικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές επιστήμες (Koenig, 2012).

Από την άλλη μεριά η ιδέα της ασθένειας και ακόμα περισσότερο η ιδέα του καρκίνου είναι εκ φύσεως απειλητική και προκαλεί έντονη ανησυχία. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι τα επίπεδα άγχους είναι υψηλά ήδη πολύ σύντομα μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων του καρκίνου και παραμένουν υψηλά κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, αν και

πολλοί ασθενείς προσαρμόζονται με την πάροδο του χρόνου. Το άγχος σε πολλές περιπτώσεις φαίνεται να αυξάνεται καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, έτσι ώστε η εκτεταμένη ασθένεια συνδέεται με την αύξηση του άγχους στην πλειονότητα των μελετών (Noyes et al, 1998). Επιπλέον και άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας όπως ο πόνος σχετίζονται με το άγχος, αν και η αιτιώδης κατεύθυνση είναι αβέβαιη. Παράλληλα η ίδια η θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει ένα μίγμα θετικών και αρνητικών επιπτώσεων, με δυσάρεστες και απειλητικές συνέπειες από αυτή τη διαδικασία που συχνά αντιμάχεται την ελπίδα ανακούφισης από την ασθένεια και τα συμπτώματά της, με την τοξικότητα της χημειοθεραπείας και τις επιπτώσεις της ακτινοθεραπείας να σχετίζονται με το άγχος. Τα συμπτώματα του άγχους κατά τη θεραπεία του καρκίνου μπορεί επίσης να είναι ένα οργανικό φαινόμενο, συχνά φαρμακολογικό. Ορισμένα οργανικά αίτια είναι γνωστά, όπως τα κορτικοστεροειδή, καθώς και οι δυσμενείς επιδράσεις βιολογικών θεραπειών όπως η ιντερφερόνη άλφα. Ενώ είναι σαφές ότι ο καρκίνος αποτελεί απειλή για τη μελλοντική υγεία και τη ζωή, δεν είναι αυτό το γεγονός το μοναδικό που προκαλεί ανησυχία στην πλειοψηφία των ασθενών, αλλά και τα διάφορα μέρη της διαδικασίας της ασθένειας, της διάγνωσης και της θεραπείας τα οποία δεν είναι προβλέψιμα, κάνοντας τους περισσότερους ασθενείς ανήσυχους (Stark & House, 2000).

Μέσα σε αυτό το περίγραμμα που σκιαγραφείται από τα ανωτέρω, διενεργήθηκε η παρούσα ερευνητική μελέτη, σκοπός της οποίας ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας – πνευματικότητας και άγχους - κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι λαμβάνουν θεραπευτική ή ανακουφιστική ακτινοθεραπεία, στον Ελληνικό χώρο. Παράλληλα επιχείρησε να εξετάσει αν η εξέλιξη της ασθένειας σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, σχετίζονται με μεταβολή του αισθήματος της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας των ασθενών. Η χρησιμότητα αυτής προσδιορίζεται στην παροχή στοιχείων για την αλληλεπίδραση μεταξύ των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων των ασθενών, του επιπέδου άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν και των ιδιαίτερων

ατομικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, γεγονός που θα διευρύνει τις γνώσεις γύρω από τη συγκεκριμένη διάσταση της ασθένειας, με σκοπό την προσαρμογή της παρεχόμενης φροντίδας στην Ελλάδα. Αυτές οι διαπιστώσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών στις απαιτήσεις της ασθένειας και της θεραπείας, μέσω της παροχής δεδομένων προς τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, για την καλύτερη εκτέλεση του επαγγέλματός τους.

Στο σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου μέτρησης της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας παρατηρήθηκε αύξηση – τόνωση του θρησκευτικού – πνευματικού συναισθήματος των ασθενών που συμμετείχαν, μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας. Εξαίρεση αποτελούν οι υποκλίμακες των ψυχο-πνευματικών αναγκών και της ποιότητας ζωής (QoL) όπου παρατηρείται μείωση, η οποία ιδίως στην περίπτωση της ποιότητας ζωής δύναται να σχετισθεί και με τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας καθώς και της ίδιας της ακτινοθεραπείας. Στις περισσότερες από τις υποκατηγορίες η ένταση του συναισθήματος των συμμετεχόντων ξεπερνούσε το 50%, υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς με καρκίνο που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν αυξημένο θρησκευτικό συναίσθημα και αυξημένες θρησκευτικές – πνευματικές ανάγκες. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών. Η έρευνα των Balboni et al (2007) σχετικά με τις θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο στις ΗΠΑ έδειξε η πλειοψηφία του ερευνητικού πληθυσμού θεώρησε ότι η θρησκεία είναι σπουδαίος παράγοντας κατά την ασθένειά τους, οι Musa et al (2017) αναφέρουν ότι οι ασθενείς έχουν υψηλό αίσθημα θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων που λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που προκαλείται από τη διαχείριση της ασθένειας, ενώ στο ίδιο πλαίσιο συμπερασμάτων κινούνται και οι Lucchetti et al (2011). Τα συμπεράσματα των Lucchetti et al ωστόσο, περί συσχέτισης αυξημένου αισθήματος θρησκευτικότητας με μειωμένα επίπεδα αντιληπτού πόνου και καλύτερη ποιότητα ζωής,

καθώς και των Hasegawa et al (2017) ότι η πνευματική ευεξία συνδέεται με την ποιότητα ζωής μεταξύ των ατόμων με καρκίνο, διαφέρουν ως προς τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπου βρέθηκε τόνωση στη μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων στις επιμέρους υποκλίμακες της θρησκευτικότητας - πνευματικότητας, αλλά παρατηρήθηκε ελαφρά μείωση της μέσης βαθμολογίας στην ποιότητα ζωής.

Τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, όπως μετρήθηκαν με την κλίμακα HADS, κυμάνθηκαν σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα, με την πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν να παρουσιάζουν ήπια ή καθόλου συμπτώματα και στις δύο φάσεις της έρευνας. Κλινικές περιπτώσεις αξιολογήθηκαν λιγότερες από το 1/3 αυτών, τόσο στη διάσταση του άγχους, όσο και στη διάσταση της κατάθλιψης. Ο αριθμός των ασθενών με ήπια ή καθόλου συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης αυξήθηκε καθώς ξεκίνησε και εξελίχθηκε η διαδικασία της ακτινοθεραπείας, ενώ αντίστοιχα μειώθηκε ελαφρά ο αριθμός των ασθενών με κλινικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει με τα αποτελέσματα της έρευνας των Καραπούλιος και συν. (2013) σε ασθενείς στην Ελλάδα, οι οποίοι παρατηρούν ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν, κατά πλειοψηφία, φυσιολογικές τιμές στις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους, ενώ οι ασθενείς με ιδιαίτερα αυξημένη υποψία κλινικής κατάθλιψης/άγχους ήταν λιγότεροι από 20%. Αντίστοιχα και οι Mitchell et al (2011) σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο σημειώνουν ότι η κατάθλιψη και άγχος που τεκμηριώνονται μετά από κλινική συνέντευξη είναι τελικά λιγότερο συχνά σε ασθενείς με καρκίνο από ό, τι στο παρελθόν θεωρείτο.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, που αποτέλεσαν και ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης, δεν βρέθηκαν να παρουσιάζουν στο σύνολό τους κάποια σταθερή, ισχυρή συσχέτιση με την πλειοψηφία των υποκλιμάκων της πνευματικότητας – θρησκευτικότητας και του άγχους – κατάθλιψης και εντοπίστηκαν ισχυρές συσχετίσεις με ορισμένες μόνο από αυτές.

Ειδικότερα ο παράγοντας φύλο παρουσίασε στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις προσδοκίες για τη ζωή μετά το θάνατο και την ποιότητα ζωής, η ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση μόνο με τη μεταβλητή της πίστης, η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις ψυχο-πνευματικές ανάγκες, το αίσθημα ελπίδας και τη συμμετοχή στη θεία κοινωνία, ενώ ο παράγοντας του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων παρουσίασε στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις μεταβλητές της σχέσης με το θείο, την πίστη και τη βιοηθική. Η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει πληροφορίες για παρόμοια ευρήματα περιορισμένης συσχέτισης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με συγκεκριμένες υποκατηγορίες των κλιμάκων μέτρησης της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας και του άγχους – κατάθλιψης. Οι Walker et al (2014) αναφέρουν ότι η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης σχετίζεται με το φύλο (πιο πιθανή σε γυναίκες) και την ηλικία (αυξημένη σε ασθενείς που ήταν νεότεροι), ωστόσο δεν εντοπίζουν συσχέτιση με άλλους δημογραφικούς παράγοντες των ασθενών, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η μόρφωση ή το εάν διαμένουν σε αστικές ή μη περιοχές. Οι Stark και House (2000) παρατηρούν ότι σε αντίθεση με τον γενικό πληθυσμό, οι αγχώδεις διαταραχές στον καρκίνο δεν σχετίζονται ιδιαίτερα με την ηλικία, το φύλο ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι Καραπούλιος και συν. (2013) αναφέρουν ότι στην έρευνά τους η κλινική κατάθλιψη συσχετίζεται στατιστικά με το φύλο (οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες) και δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το άγχος και το φύλο, ενώ τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη δε βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά με άλλους δημογραφικούς παράγοντες. Παρόμοια και οι Mitchell et al (2011) δεν εντόπισαν στατιστικά ισχυρές συσχετίσεις της κατάθλιψης και του άγχους με δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία ή το φύλο.

Το επίπεδο της πνευματικότητας – θρησκευτικότητας ως προς το άγχος και την κατάθλιψη βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σε δύο από τις υποκλίμακες και συγκεκριμένα της πίστης και της ποιότητας ζωής, οι οποίες παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με το άγχος και την κατάθλιψη. Αυτό υποδηλώνει ότι η πίστη και κατά βάση ο παράγοντας θρησκευτικότητα, βασικό στοιχείο του οποίου αποτελεί η πίστη, επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (πιο συγκεκριμένα στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά ισχυρή αρνητική συσχέτιση), γεγονός που υποδηλώνει ότι η τόνωση του αισθήματος της πίστης συνδέεται με μείωση των επιπέδων του άγχους και εξασθένηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης του ασθενή, καθώς και το αντίστροφο. Αντίστοιχα και στον τομέα της ποιότητας ζωής εντοπίστηκε στατιστικά ισχυρή αρνητική συσχέτιση, γεγονός που υποδηλώνει ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών συνδέεται με μείωση των επιπέδων του άγχους και εξασθένηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς, καθώς και το αντίστροφο. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Abu-Raiya & Pargament, 2011; Lucchetti et al, 2011; Anandarajah & High, 2001; Bredle et al, 2011; Cotton et al, 1999) ότι η θρησκευτικότητα - πνευματικότητα σχετίζεται με σημαντικά λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, λιγότερη γνωστική δυσλειτουργία και καλύτερη ποιότητα ζωής. Και οι Darvyti et al (2014) με την έρευνα τους στον ελληνικό χώρο καταλήγουν σε αντίστοιχα συμπεράσματα, ότι αυξημένα επίπεδα πνευματικού – θρησκευτικού συναισθήματος σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα άγχους και καλύτερη ψυχική υγεία, ενώ και οι Spilker, B. (1990), Arnold et al, (2004), Balboni et al (2007) και Hasegawa et al (2017), αναφορικά με το θρησκευτικό συναίσθημα των ασθενών, αναφέρουν ότι παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ασθενών και συνδέεται σημαντικά με τη λήψη όλων των μέτρων για την επέκταση της ζωής, ως εκ τούτου η παροχή πνευματικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα

ζωής των ασθενών, με απότοκο την καλύτερη ψυχική τους υγεία και την βελτίωση της πρόγνωσης για την ασθένεια.

Η διερεύνηση των συσχετίσεων στις μεταβλητές – υποκλίμακες του ερωτηματολογίου σχετικά με τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα σε ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια (QRFPC25) και τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας, δηλαδή πριν την έναρξη και κατά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπευτικής παρέμβασης, που αποτέλεσε και ένα εκ των ερευνητικών σκοπών της παρούσας μελέτης, δεν οδήγησε στην εύρεση κάποιας στατιστικά ισχυρής συσχέτισης. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι από τον πληθυσμό των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα δεν μπορούμε να εξάγουμε κάποιο ασφαλές συμπέρασμα αναφορικά με την οποιαδήποτε μεταβολή στην ένταση του αισθήματος θρησκευτικότητας – πνευματικότητας καθώς και του άγχους και της κατάθλιψης, όπως αποτυπώθηκαν στις υποκλίμακες των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στις δύο φάσεις της έρευνας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί εν μέρει και στον μικρό αριθμό του δείγματος που συμπεριελήφθη στις δύο φάσεις της παρούσας μελέτης, καθώς και στους μη ελεγχόμενους τρίτους παράγοντες, όπως ο συγκεκριμένος τύπος του καρκίνου, η πρόγνωση και η πορεία της ασθένειας. Ωστόσο και οι Monod et al (2011) στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν, σημειώνουν μεταξύ άλλων ότι εντοπίστηκαν πολύ περιορισμένα στοιχεία σχετικά με την πνευματική – θρησκευτική ευαισθησία των ασθενών στην αλλαγή, διότι κατά βάση ο πληθυσμός των ερευνών παρουσίαζε αρκετά υψηλά επίπεδα πνευματικής ευεξίας κατά την έναρξη, καθιστώντας δύσκολη την εμφάνιση περαιτέρω βελτιώσεων με την πάροδο του χρόνου.

Περιορισμοί και αξία της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας – πνευματικότητας και άγχους - κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπευτική ή ανακουφιστική ακτινοθεραπεία, καθώς και να εξετάσει αν η εξέλιξη της ασθένειας σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, σχετίζονται με μεταβολή του αισθήματος της θρησκευτικότητας – πνευματικότητας των ασθενών. Επιπλέον, ως μια έρευνα από τις ελάχιστες που βασίζονται στην νεότευκτη ερευνητική κλίμακα QRFPC25 παρείχε ευρήματα νέων συσχετίσεων και σύγκρισης με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ως προς τους επιμέρους παράγοντες που μελετήθηκαν.

Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων προκύπτει ότι υφίσταται περιορισμένη σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τη θρησκευτικότητα – πνευματικότητα και το άγχος και την κατάθλιψη, υφίσταται συσχέτιση της πίστης και της ποιότητας ζωής με το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ δεν επιβεβαιώθηκε σημαντική στατιστική μεταβολή των επιπέδων θρησκευτικότητας – πνευματικότητας και το άγχους - κατάθλιψης μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας.

Εδώ πρέπει να σημειωθούν οι περιορισμοί που υφίσταται η παρούσα μελέτη, ότι οι συμμετέχοντες προέρχονται από έναν και μόνο φορέα και δεδομένου του περιορισμένου αριθμού τους, καθώς και των μη ελεγχόμενων τρίτων παραγόντων, όπως ο συγκεκριμένος τύπος του καρκίνου, η πρόγνωση και η πορεία της ασθένειας, δημιουργούνται επιφυλάξεις ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων στο σύνολο των ασθενών στον Ελληνικό χώρο.

Η ερευνητική κλίμακα QRFPC25 είναι κατασκευασμένη και σταθμισμένη για πληθυσμό που ανήκει στο ορθόδοξο Χριστιανικό Δόγμα και εξ αυτού του γεγονότος προκύπτει και η υψηλή θρησκευτική ομοιογένεια του δείγματος, που στη συντριπτική του πλειοψηφία είναι χριστιανοί ορθόδοξοι. Συνεπώς η παρούσα μελέτη παρέχει πληροφορίες για

το θρησκευτικό – πνευματικό συναίσθημα συγκεκριμένων ασθενών οι οποίοι είναι χριστιανοί ορθόδοξοι, παρέχοντας μηδενικές πληροφορίες για ασθενείς που έχουν διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Επιπλέον το ερευνητικό υλικό που συγκεντρώθηκε αφορούσε μόνον σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, οι οποίοι υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία και δεν περιλαμβάνει άλλους χρονίως πάσχοντες ασθενείς.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο να επεκταθεί, συμπεριλαμβάνοντας και ασθενείς που πάσχουν από άλλες χρόνιες παθήσεις, καθώς και σε άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ώστε να διευρυνθούν τα δεδομένα που κατέχουμε για τη θρησκευτικότητα – πνευματικότητα των ασθενών στον ελληνικό χώρο.

Τα αποτελέσματα, ωστόσο, που εξήχθησαν παρουσιάζουν ιδιαίτερη χρησιμότητα για την συμπλήρωση του πλαισίου της άρτιας, εξατομικευμένης και ολιστικής φροντίδας των ασθενών, που αποτελεί θεμέλιο λίθο της ανακουφιστικής φροντίδας. Η παρούσα μελέτη παρείχε στοιχεία για την αλληλεπίδραση μεταξύ των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων των ασθενών, του επιπέδου άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν και των ιδιαίτερων ατομικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, γεγονός που, σε συνδυασμό με τις αντίστοιχες έρευνες που διεξάγονται και θα διεξαχθούν στον ελληνικό χώρο, διευρύνει τις γνώσεις γύρω από τη συγκεκριμένη διάσταση της ασθένειας, με σκοπό την προσαρμογή της παρεχόμενης φροντίδας στην Ελλάδα. Αυτές οι διαπιστώσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών στις απαιτήσεις της ασθένειας και της θεραπείας, μέσω της παροχής δεδομένων προς τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, για την καλύτερη εκτέλεση του επαγγέλματός τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2011). Empirically based psychology of Islam. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 93-115. doi: 10.1080/13674670903426482
- Afshar, M., Bardoli, D., Tanner, J-R., Macfarlane, N., Pickering, L., Anderson, C., Evison, F., Patel, P. (2018). Patients with urological malignancy are 5 times more likely to commit suicide: A large national cohort study. *33rd Annu EAU Congr. Eur Urol Suppl* 2018, 17 doi: 10.1016/S1569-9056(18)30920-5
- Agilkaya, Z. (2012). The problem of appropriate psychology of religion measures for non-Western Christian samples with respect to the Turkish-Islamic religious landscape. *Archive for the Psychology of Religion* 34 (2012) 285-325
- Anandarajah, G., High, E. (2001). Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*, 63, 81-89.
- Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I., Ormel, J., Suurmeijer, T.P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual. Life Res.*, 13, 883–896
- Austin, P., Macdonald, J., MacLeod, R. (2018). Measuring spirituality and religiosity in clinical settings: A scoping review of available instruments. *Religions*, 9, 70, DOI: 10.3390/rel9030070.
- Balboni, T., Vanderwerker, L., Block, S., Paulk, E., Lathan, C., Peteet, J., Prigerson, H. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment. Preferences and quality of life. *J. Clin. Oncol.*, 5, 555–560.

- Baumsteiger, R., Chenneville, T. (2015). Challenges to the Conceptualization and Measurement of Religiosity and Spirituality in Mental Health Research. *Journal of Religion and Health*, 54, 2344–54
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 52, 69–77
- Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., Cella, D. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2, 77-94 doi:10.3390/ijerph8083287
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Tobias, K., Pessin, H., Ku, GY., Yuan, J., Wolchok, J. (2014). Depression, cytokines, and pancreatic cancer. *Psychooncology* 2014, 23, 339-345 doi: 10.1002/pon.3422 24136882
- Büssing, A., Balzat, H., Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*, 15, 266-273
- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., Targ, E. (1999). Exploring the Relationships among Spiritual Well-Being, Quality of Life and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438 doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<429::AID-PON420>3.0.CO;2-P
- Cutting, M., & Walsh, M. (2008). Religiosity scales: What are we measuring in whom? *Archive for the Psychology of Religion*, 30, 137-153. doi: 10.1163/157361208X317006.
- Dalton, O., Laursen, M., Ross, L., Mortensen, B., Johansen, C. (2009). Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide, population-

- based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. *J. Clin. Oncol* 2009, 27, 1440 – 1445
- Darnell, R., Posner, J. (2011). Paraneoplastic syndromes. Oxford University Press, 2011.
- Darvyri, P., Galanakis, M., Avgoustidis, A., Vasdekis, S., Artemiadis, A., Tigani, X., Chrousos, G., Darviri, C. (2014). The Spiritual Well-Being Scale (SWBS) in Greek Population of Attica. *Psychology*, 5, 1575-1582 doi:10.4236/psych.2014.513168
- Douglas A. MacDonald (2011). Studying spirituality scientifically: reflections, considerations, recommendations. *Journal of Management, Spirituality & Religion Aquatic Insects*, 195–210
- Dowling, E., Gestsdottir, S., Anderson, P., von Eye, A., & Lerner, R. M. (2003). Spirituality, religiosity, and thriving among adolescents: Identification and confirmation of factor structures. *Applied Developmental Science* 4, 253–260.
- Gorman, J. (1997). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and anxiety* 4, 160–168.
- Harter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., Wittchen, HU. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother. Psychosom.* 76, 354 – 360
- Hasegawa, T., Kawai, M., Kuzuya, N., Futamura, Y., Horiba, A., Ishiguro, T., Yoshida, T., Sawa, T., Sugiyama, Y. (2017). Spiritual Well-Being and correlated factors in subjects with advanced COPD or lung cancer. *Respiratory Care*, 62, 544-549.
- Holland, C., Korzun, H., Tross, S., Silberfarb, P., Perry, M., Comis, R., Oster, M. (1986). Comparative psychological disturbance in patients with pancreatic and gastric cancer. *Am. J. Psychiatry*, 143 982-986 doi: 10.1176/ajp.143.8.982 3524279
- Jick, S., Li, L., Gastanaga, M., Liede, A. (2015). Prevalence of hypercalcemia of malignancy among cancer patients in the UK: analysis of the Clinical Practice Research Datalink

database. *Cancer Epidemiol.* 39, 901-907 doi: 10.1016/j.canep.2015.10.012
26520619

Joshanloo, M. (2012). Investigation of the factor structure of spirituality and religiosity in Iranian Shiite university students. *International Journal of Psychology*, 47, 211-221.
doi:10.1080/00207594.2011.617372

Kinnerski, V.M. and Skrypnik, B.J., 2004. Defining spirit at work: finding common ground. *Journal of Organizational Change Management*, 1, 26–42.

Koenig, H. (2012). Religion, spirituality and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network (ISRN Psychiatry)*, Article ID 278730,
DOI: 10.5402/2012/278730.

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012.
doi:10.5402/2012/278730

Koenig, H. G., Al Zaben, F., & Khalifa, D. A. (2012). Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian Journal of Psychiatry*, 5, 180-182.
doi:10.1016/j.ajp.2012.04.004

Koenig, H.G., 2008. Concerns about measuring spirituality in research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 349–355.

Kouloulis, V., Kapsimalakou, C., Kokakis, J., Mystakidou, K., & Kouvaris, J. (2014). A new questionnaire regarding the religiosity of patients with neoplastic disease (QRFPC25): First presentation. *M.O.J.*, 1, 41–44.

Kouloulis, V., Kokakis, J., Kelekis, N., Kouvaris, J. (2016). A new questionnaire (QRFPC25) regarding the religiosity and spirituality in people with life-threatening disease: reliability and validity in a population of cancer patients undergoing Radiotherapy. *Journal of Religion and Health*, 56, 1137–1154.

- Lucchetti, G., Lucchetti, A., Badan-Neto, A., Peres, P., Peres, M., Moreira-Almeida, A., Gomes, C., Koenig, H. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 316–322.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., Koenig, H. (2011). Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. *Explore*, 7, 4, 234-238 DOI: 10.1016/j.explore.2011.04.005.
- Meister, R., Jansen, A., Berger, M., Baumeister, H., Bschor, T., Harfst, T., Hautzinger, M., Kriston, L., Kühner, C., Schauenburg, H., Schorr, SG., Schneider, F., Härter, M. (2018). Psychotherapy of depressive disorders: Procedures, evidence and perspectives. *Nervenarzt*, 89, 241-51
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.*, 12, 160–174 doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- Mitchell, J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.*, 12, 160 – 174 doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- Mitchell, J., Ferguson, W., Gill, J., Paul, J., Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.*, 14, 721-732
- Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S., Büla, C., (2011). Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* 26, 1345–1357

- Musa, A., Pevalin, D., Khalaileh, M. (2017). Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 2017, DOI: 10.1177/0898010117736686.
- 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. *Int. J. Cancer*, 94, 135–139.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*, 12, 821–825 DOI 10.1007/s00520-004-0698-y
- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, religion, and spirituality*. New York, NY: Springer.
- Noyes, R.J., Holt, C., Massie, M. (1998). Anxiety disorders. In *Psycho-oncology*, Holland JC (ed) pp 548–563. New York: Oxford University Press
- Olsson, I., Mykletun, A., Dahl, A.A. (2005). The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*, 14, 46
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality: Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 3–16.
- Piedmont, R. L., Ciarrocchi, J. W., Dy-Liacco, D., & Williams, J. E. G. (2009). The empirical and conceptual value of the Spiritual Transcendence and Religious Involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 162–179

- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ* 2018, 361 doi: 10.1136/bmj.k1415
- Pruckner, N., Holthoff-Detto, V (2017). Antidepressant pharmacotherapy in old-age depression - a review and clinical approach. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 73, 661-667.
- Spilker, B. (1990). Introduction in the field of quality of life trials, in: B. Spilker (Ed.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*, Raven Press, New York, NY, 3–10
- Stark, D.P.H., House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 1261–1267
- Stifoss-Hanssen, H. (1999). Religion and spirituality: What a European ear hears. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 25–33.
- Vartolomei, L., Ferro, M., Mirone, V., Shariat, F., Vartolomei, MD. (2018). Systematic Review: Depression and anxiety prevalence in Bladder Cancer patients. *Bladder Cancer*, 4, 319-326. doi: 10.3233/BLC-180181.
- Walker, J., Hansen, C., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry*, 343-350 doi: 10.1016/S2215-0366(14)70313-X
- Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*. 2014, 4. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003901
- Watts, S., Prescott, P., Mason, J., McLeod, N., Lewith, G. (2015). Depression and anxiety in ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*. 2015, 5. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007618

WHO Webpage (2019). WHO - Depression. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 67, 361–370

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook for the psychology of religion* (pp. 21–42). New York, NY: Guilford Press.

Zinnbauer, B., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 36, 549-564.

Καραπούλιος, Δ., Γκέτσιος, Ι., Ρίζου, Β., Τσικλιτάρα, Α., Κωστοπούλου, Σ., 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, 428-440.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος επιστημονικής μελέτης της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με αντικείμενο τη διερεύνηση του θρησκευτικού αισθήματος και της πνευματικότητας ως προς το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι κάνουν ακτινοθεραπεία.

Σχετικά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που ακολουθεί, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική, ενώ η μη επιθυμία συμμετοχής δεν έχει κανενός είδους επίπτωση, ούτε χρειάζεται οποιαδήποτε αιτιολόγηση. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις που δίνετε είναι εμπιστευτικές και θα αναλυθούν στατιστικά, μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Καμία προσωπική πληροφορία δεν θα δημοσιευθεί, πέραν του τελικού αποτελέσματος της έρευνας.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις και παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που ακολουθούν, εκφράζοντας την προσωπική σας άποψη αυθόρμητα και ειλικρινά, επιλέγοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα ή συμπληρώνοντας το κατάλληλο πεδίο, όπου υπάρχει κενό.

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και τη συμβολή σας στην υλοποίηση της παρούσας έρευνας.

Χαϊδάρη2019

Υπογραφή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.	Ηλικία:	[.....]				
2.	Φύλο:	☐ Άνδρας	☐ Γυναίκα			
3.	Οικογενειακή κατάσταση:	☐ Άγαμος/η	☐ Σε σχέση	☐ Έγγαμος/η	☐ Διαζευγμένος/η	☐ Χήρος/α
4.	Αριθμός τέκνων:	☐ Κανένα	☐ Ένα	☐ Δύο	☐ Τρία	☐ Περισσότερα
5.	Μορφωτικό επίπεδο:	☐ Απόφοιτος δημοτικού	☐ Απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου	☐ Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	☐ Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού	
6.	Τόπος μόνιμης κατοικίας:	[.....]				
7.	Θρήσκευμα:	☐ Χριστιανός ορθόδοξος	☐ Χριστιανός καθολικός	☐ Μουσουλμάνος	☐ Άθεος	☐ Άλλο [.....]

Μέρος Α: (Επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα)

1.	Συμμετείχατε στη θρησκευτική λατρεία πριν από την ασθένειά σας;			
	☐ Καθόλου	☐ Εν μέρει (1 φορά τουλάχιστον το 2μηνο)	☐ Τακτικά (Σχεδόν κάθε Κυριακή)	
2.	Συμμετείχατε στη θρησκευτική λατρεία κατά τη διάρκεια της ασθένειάς σας;			
	☐ Καθόλου	☐ Εν μέρει (1 φορά τουλάχιστον το 2μηνο)	☐ Τακτικά (Σχεδόν κάθε Κυριακή)	
3.	Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη στάση σας αναφορικά με τη θρησκευτική λατρεία;			
	☐ Ανάγκη	☐ Παράδοση	☐ Οικογενειακό περιβάλλον	☐ Πνευματικές – Υπαρξιακές ανησυχίες
4.	Πώς αντιλαμβάνεστε τη σχέση σας με τα Θεία;			
	☐ Τυπική	☐ Ηθική (Συνήθεια)	☐ Προσωπική	
5.	Πώς εκφράζετε τη σχέση σας με το Θεό;			
	☐ Δε με απασχολεί	☐ Περιστασιακή ανησυχία	☐ Με πράξεις στην καθημερινή ζωή	☐ Προσευχή και πράξεις
6.	Ζητάτε Θεία βοήθεια;			
	☐ Ποτέ	☐ Μετά από πρόταση κάποιου	☐ Περιστασιακά	☐ Διαρκώς
7.	Η Θεία λατρεία διαμορφώνει με συγκεκριμένο τρόπο την καθημερινή σας συμπεριφορά;			
	☐ Όχι	☐ Απάθεια	☐ Υπομονή	☐ Ανεκτικότητα
8.	Οι άνθρωποι που σας επισκέπτονται αναφέρουν τον Θεό;			
	☐ Καθόλου	☐ Έμμεσα	☐ Συχνά και ευθέως	
9.	Σε ποιο πλαίσιο θα θέλατε, όσοι σας επισκέπτονται, να αναφέρονται στο Θεό ;			
	☐ Καθόλου	☐ Ανακουφιστικά / Παρηγορητικά	☐ Συμμετοχή στη λατρεία και άλλες πρακτικές εφαρμογές	

10.	Όταν οι γιατροί που σας παρακολουθούν εκφράζουν τη θρησκευτικότητά τους, τι αισθάνεστε;			
	☐ Τίποτα (Αδιαφορία)	☐ Ανησυχία και αγάπη	☐ Ελπίδα	
11.	Α) Η παρουσία θρησκευόμενων / πιστών επισκεπτών σας δίνει ελπίδα;			
	☐ Ελάχιστα	☐ Μερικές φορές	☐ Πολύ	
	Β) Η παρουσία θρησκευόμενων / πιστών ιατρών σας δίνει ελπίδα;			
	☐ Ελάχιστα	☐ Μερικές φορές	☐ Πολύ	
12.	Πόσο διαρκεί η ελπίδα ύστερα από την ενθάρρυνση κάποιου επισκέπτη;			
	☐ Καθόλου	☐ Ώρες	☐ Μια ημέρα	☐ Συνεχώς
13.	Συμμετέχετε στο μυστήριο της Θείας Κοινωνίας;			
	☐ Καθόλου	☐ Σπάνια	☐ Συχνά	
14.	Διαβάζετε τα βασικά κείμενα της πίστης σας;			
	☐ Καθόλου	☐ Σπάνια	☐ Εκτενώς	
15.	Η ασθένεια σας κάνει να κλίνετε προς τον αθεϊσμό;			
	☐ Συνεχώς	☐ Εν μέρει	☐ Περιοδικά	☐ Καθόλου
16.	Αισθάνεστε απογοητευμένοι από το Θεό;			
	☐ Απολύτως	☐ Περιστασιακά	☐ Κατά περιόδους	☐ Καθόλου
17.	Τι συναισθήματα σας δημιουργεί η προσδοκία της αθανασίας της ψυχής;			
	☐ Αδιαφορία	☐ Ενδιαφέρον	☐ Ελπίδα	
18.	Πιστεύετε ότι η αγάπη των συνανθρώπων σας ενισχύει τον αγώνα σας;			
	☐ Ελάχιστα	☐ Συχνά	☐ Απολύτως	
19.	Πιστεύετε ότι η ευθανασία είναι λύση για τον πόνο σας;			
	☐ Ναι	☐ Ίσως	☐ Είναι αδιάφορο	☐ Όχι
20.	Βιώνετε αυτοκτονικές σκέψεις;			
	☐ Συνεχώς	☐ Συχνά	☐ Σπάνια	☐ Ποτέ
21.	Γίνετε επιθετικοί προς την οικογένειά σας και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σας μετά την ασθένεια;			
	☐ Συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Καθόλου	
22.	Υπάρχουν πράγματα σχετικά με την ασθένειά σας που σας ευχαριστούν;			
	☐ Όχι	☐ Ελάχιστα	☐ Αρκετά	☐ Όσα και πριν την ασθένεια
23.	Πώς αντιλαμβάνεστε το κακό;			
	☐ Προσωπική ατυχία	☐ Πόνος / Θρήνος	☐ Θάνατος	

Για τις επόμενες ερωτήσεις κυκλώστε τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα από το 0 έως το 10:

24.	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας πριν από την ασθένεια;										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Πολύ κακή										Εξαιρετική
25.	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας με την ασθένεια;										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Πολύ κακή										Εξαιρετική

Μέρος Β: (Επιλέξτε την απάντηση σχετικά με το πώς αισθανθήκατε την περασμένη εβδομάδα)

1. Αισθάνομαι ένταση	☐ Τον περισσότερο καιρό	☐ Συχνά	☐ Κάποιες φορές - περιστασιακά	☐ Καθόλου
2. Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν	☐ Ναι, σίγουρα, όπως και πριν	☐ Όχι τόσο πολύ	☐ Λίγο	☐ Καθόλου
3. Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί	☐ Πάρα πολύ	☐ Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ	☐ Λίγο, αλλά δε με ανησυχεί	☐ Καθόλου
4. Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω τη χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων	☐ Τόσο, όσο πάντοτε	☐ Όχι τόσο πολύ πλέον	☐ Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια	☐ Καθόλου
5. Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν	☐ Τον περισσότερο καιρό	☐ Αρκετό χρόνο	☐ Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά	☐ Μόνον περιστασιακά
6. Αισθάνομαι χαρούμενος/η	☐ Καθόλου	☐ Όχι συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Τις περισσότερες φορές
7. Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω	☐ Βεβαιότατα	☐ Συχνά	☐ Όχι συχνά	☐ Καθόλου
8. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η	☐ Σχεδόν συνέχεια	☐ Πολύ συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Καθόλου
9. Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι	☐ Καθόλου	☐ Περιστασιακά	☐ Αρκετά συχνά	☐ Πολύ συχνά
10. Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	☐ Σίγουρα	☐ Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	☐ Ίσως και να μην την φροντίζω	☐ Τη φροντίζω όπως πάντα
11. Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση	☐ Πάρα πολύ	☐ Αρκετά	☐ Όχι τόσο πολύ	☐ Καθόλου
12. Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα	☐ Τόσο, όπως πάντα	☐ Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα	☐ Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα	☐ Καθόλου
13. Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού	☐ Πολύ συχνά	☐ Αρκετά συχνά	☐ Όχι τόσο συχνά	☐ Καθόλου
14. Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα	☐ Συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Όχι τόσο συχνά	☐ Πολύ σπάνια