



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

&

**ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**“ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ
ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ”**

**ΠΑΪΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)»

Ημερομηνία αίτησης της κ. Πάικα Βασιλικής: 19-9-2006

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 601^α/27-3-2007

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Παυλίδης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 15-5-2007

«Κλινικοί δείκτες και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συσχετίζονται με την ψυχική καταπόνηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 726^α/17-1-2012

1. Δρόσος Αλέξανδρος, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
3. Παυλίδης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
4. Υφαντής Θωμάς, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Τσέκερης Περικλής, Αναπληρωτής Καθηγητής Ακτινοθεραπείας, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Γκλαντζούνης Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
7. Πενθερουδάκης Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Ογκολογίας, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 19-3-2012

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Τζαφλίδου Μαργαρίτα

Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιικής

Η Γραμματέας της Σχολής

Μ. Καπιτοπούλου
ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη διατριβή μου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν:

Θερμότατα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Υφαντή Θωμά, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που μου έδειξε, αναθέτοντας μου αυτή τη διατριβή. Οι γόνιμες συζητήσεις που είχα μαζί του, και κυρίως, η γενικότερη φροντίδα και η επιστημονική επίβλεψη που ακούραστα ασκούσε σε όλα τα στάδια της έρευνας, έκαναν εφικτή την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Σημαντικότερη υπήρξε η πολύπλευρη βοήθεια και η επιστημονική συμβολή από τον Καθηγητή Ογκολογίας, κ. Παυλίδη Νικόλαο, τον οποίο ευχαριστώ ιδιαίτερα.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Μαυρέα Βενετσάνο, Καθηγητή Ψυχιατρικής για την ευκαιρία που μου έδωσε να πραγματοποιήσω την παρούσα διατριβή.

Τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής:

Τον κ. Περικλή Τσέκερη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ακτινοθεραπείας

Τον κ. Γεώργιο Πενθερουδάκη, Επίκουρο Καθηγητή Ογκολογίας

Τον κ. Αλέξανδρο Δρόσο, Καθηγητή Παθολογίας/ Ρευματολογίας

Τον κ. Γεώργιο Γκλαντζούνη, Επίκουρο Καθηγητή Χειρουργικής

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα μέλη της Ογκολογικής Κλινικής, καθώς και όλα τα μέλη της Ψυχιατρικής Κλινικής για την πολύτιμη βοήθειά τους και την πρόθυμη συνεργασία τους. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.α Αλμυρούδη Αυγουστίνη, Ιατρό, Υποψήφια Διδάκτωρ, για την αμέριστη συμπαράσταση της και την πολύπλευρη στήριξή της, τους δικούς μου ανθρώπους για την κατανόηση και την ψυχολογική υποστήριξη που μου πρόσφεραν και όλους όσους δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα.

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

Στο γιο μου, Ορέστη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ Η ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ	3
1.1 Τι είναι καρκίνος	3
1.2 Προέλευση του καρκίνου	4
1.3 Ταξινόμηση νεοπλασμάτων	5
1.4 Τι προκαλεί τον καρκίνο	7
2. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	9
3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	15
3.1. Επιδημιολογία	15
3.2. Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου	17
3.3. Κλινική Εικόνα	20
3.4. Διαφορική Διάγνωση	21
3.5. Πρόγνωση	22
3.6. Θεραπεία	25
4. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	29
4.1. Ψυχιατρικές και Ψυχολογικές Παράμετροι στον Καρκίνο Παχέος Εντέρου	29
4.2. Παράγοντες Κινδύνου για την εμφάνιση Ψυχικής Καταπόνησης σε Ασθενείς με Καρκίνο Παχέος Εντέρου	36
4.3. Χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας των Ασθενών με Καρκίνο Παχέος Εντέρου	43
5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	49

<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	59
1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	61
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	63
2.1. Ασθενείς	63
2.2. Εργασία	64
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	83
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	85
Α) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	85
Β) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	126
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	141
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	159
SUMMARY IN ENGLISH	163
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	169

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ Η ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ

1.1. Τι είναι ο καρκίνος

Η προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. **Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος** (www.cancer.gov).

Η νόσος έλαβε την ονομασία της κατά τους αρχαίους χρόνους, οπότε και τη συναντούμε σε ιπποκρατικές πραγματείες καθώς και μεταγενέστερα ιατρικά κείμενα. Η άκρως ενδιαφέρουσα έρευνα γύρω από την ετυμολογία του όρου μας οδηγεί στην ινδοευρωπαϊκή ρίζα *kar – kar* που περιγράφει τη σκληρή επιφάνεια ενός αντικειμένου. Ένα παράγωγο της ρίζας αυτής χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό ενός ζωικού οργανισμού με ιδιαίτερα σκληρό περίβλημα, του κάβουρα, ο οποίος στην αρχαιότητα ήταν γνωστός ως *καρκίνος*. Καθώς οι γιατροί της προχριστιανικής εποχής περιέγραφαν τους πρώτους υπό παρατήρηση καρκινικούς όγκους, τους παρομοίωσαν με τον κάβουρα, που χαρακτηρίζεται εμφανισιακά από μία κεντρική σωματική μάζα που απολήγει σε πολλαπλά άκρα. Γι' αυτό και ονόμασαν τους όγκους αυτούς *καρκίνους* (www-dep.iarc.fr/).

Σύμφωνα με την Διεθνή Υπηρεσία Μελέτης του Καρκίνου (IARC – www.iarc.fr/en/) **Ο όρος «καρκίνος» αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης.** Οργανικά, ο καρκίνος είναι μία νόσος των κυττάρων.

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. **Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά**

είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο ξεκινούν. Αν κάνουν μετάσταση, ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι **κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα**.

Παρόλο που η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. **Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν, ειδικά εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς** (www.cancer.gov).

1.2. Προέλευση του καρκίνου

Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά την διάρκεια των αιώνων. Μια θεωρία τον **17ο με 18ο αιώνα**, πίστευε ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, που είναι υπεύθυνα για τον καρκίνο του στομάχου, γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός.

Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε με επιστημονικό πλέον τρόπο, η ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως από φυσιολογικά. (www.cancer.org)

Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα, πίστευαν στην θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Αυτή η θεωρία εγκαταλείφθηκε

σύντομα, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό (Diamandopoulus, 1996).

Το 1911, ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστό με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1968. **Το 1915**, σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών (Kardinal και συν. 1979).

Πιο πρόσφατα, πίστευαν στην θεωρία που υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου (www.cancer.org).

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη νόσος ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον **η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της** (Karpozilos και συν, 2004).

1.3. Ταξινόμηση Νεοπλασμάτων

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν. Είναι οι εξής :

- Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού.
- Νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού, εκτός του αιμοποιητικού ιστού.
- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού.
- Νεοπλάσματα νευρικού ιστού.
- Ειδικά νεοπλάσματα.

Τα κακοήγη νεοπλάσματα, ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε:

- Καρκινώματα που προέρχονται από επιθηλιακούς ιστούς (π.χ αδenoκαρκίνωμα).
- Σαρκώματα που προέρχονται από τον ερειστικό, μυϊκό ή νευρικό ιστό.
- Λεμφώματα που προέρχονται από τον αιμοποιητικό ιστό (www.bestrong.org.gr).

Ένα καλοήθες νεόπλασμα αναπτύσσεται τοπικά, δεν διηθεί γειτονικούς ιστούς και δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αν αυτός ο όγκος αναπτύσσεται και μεγαλώνει, είναι πιθανό να δημιουργήσει πιεστικά προβλήματα σε όργανα της γύρω περιοχής. Αντίθετα, ένα κακόηθες νεόπλασμα είναι διηθητικό και δίνει μεταστάσεις. Είναι ικανό να διηθεί καταστρέφοντας γειτονικούς ιστούς και όργανα.

Τα χαρακτηριστικά των καλοήθων νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό.
- Είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα.
- Δεν δίνουν μεταστάσεις (αιματογενείς - λεμφογενείς - δι' εμφυτεύσεως).
- Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς.
- Δεν προκαλούν θάνατο.
- Δεν υποτροπιάζουν.
- Κάνουν τοπική βλάβη (πίεση).

Τα χαρακτηριστικά των κακοήθων νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητα τους.
- Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα.
- Δίνουν μεταστάσεις.
- Διηθούν τους γύρω ιστούς.
- Είναι θανατηφόρα στις περισσότερες περιπτώσεις.
- Συνήθως υποτροπιάζουν.
- Κάνουν διήθηση, καταστροφή των ιστών (www.bestrong.org.gr).

Στους άνδρες, οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως και ο καρκίνος του προστάτη. Στις γυναίκες, οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων (μήτρας-ωοθήκης). Ανεξάρτητα από το φύλλο, ο καρκίνος του δέρματος (μελάνωμα) και οι όγκοι του εγκεφάλου τελευταία έχουν αυξηθεί πολύ.

Οι 15 πιο συχνοί καρκίνοι είναι οι εξής : του **πνεύμονα**, του **μαστού**, της **ουροδόχου κύστης**, του **δέρματος**, του **προστάτη**, του **εντέρου**, του **λάρυγγα**, του **ήπατος**, του **οισοφάγου**, του **θυρεοειδούς**, του **εγκεφάλου**, των **νεφρών**, της **μήτρας**, οι **λευχαιμίες** και τέλος τα **λεμφώματα**. (www-dep.iarc.fr/).

1.4. Τι προκαλεί τον καρκίνο

Διάφοροι **περιβαλλοντικοί παράγοντες** και **παράγοντες του τρόπου ζωής** μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές των φυσιολογικών γονιδίων και μετατροπή τους σε γονίδια που επιτρέπουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Πολλές γονιδιακές διαταραχές, που οδηγούν στην εμφάνιση καρκίνου, είναι αποτέλεσμα του **καπνίσματος**, του **λανθασμένου διααιτολογίου**, της **έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου** ή της **έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες στους χώρους εργασίας και στο περιβάλλον**.

Ορισμένες γονιδιακές διαταραχές έχουν κληρονομηθεί από τους γονείς. Ωστόσο, η παρουσία μίας κληρονομικής γονιδιακής διαταραχής δεν σημαίνει πάντα την εμφάνιση καρκίνου, αν και συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (www.cancer.gov).

Η επιστήμη, όμως, έχει καταλήξει σήμερα σε μια σειρά από παράγοντες που, όπως αποδείχθηκε, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο. Αυτοί είναι οι **ατομικοί** και οι **εξωτερικοί παράγοντες**.

- **Ατομικοί παράγοντες**, είναι οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος, η κακή διατροφή κ.α.
- **Εξωτερικοί παράγοντες** είναι αυτοί που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου. Όπως για παράδειγμα οι γενετική προδιάθεση ή κληρονομικότητα, η ηλικία, οι χημικές ουσίες, η υπεριώδης ακτινοβολία, η ιονίζουσα ακτινοβολία ή ακτίνες x, η περιβαλλοντική ρύπανση, το βεβαρημένο εργασιακό περιβάλλον κ.α. (www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/cancer/page4).

2. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Η Ψυχοογκολογία αναπτύχθηκε ειδικά για τη βοήθεια και την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών. Μπορεί να συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των βασικών αναγκών και των φόβων που εγείρονται λόγω του καρκίνου, ώστε να διευκολυνθεί με ποικίλους τρόπους η αντιμετώπιση της νόσου. Παράλληλα με την ιατρική θεραπεία, η ψυχολογική στήριξη του ασθενούς συμβάλλει ουσιαστικά στην επανένταξή του στη «φυσιολογική» ζωή καθώς και στη μείωση των συνεπειών της νόσου. Ο πρωταρχικός στόχος της, βέβαια, είναι η διατήρηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Barracough, 1999).

Τα τελευταία χρόνια άρχισε να επικρατεί όλο και περισσότερο η άποψη ότι ο καρκίνος δεν είναι μόνο ασθένεια του σώματος, αλλά αποτελεί και μια κρίσιμη καμπή στη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του, ώστε για τη θεραπεία και την πιθανή ίαση να είναι σχεδόν πάντοτε αναγκαία η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη (Ρηγάτος, 2000).

Στις δεκαετίες του '80 και του '90 επιχειρήθηκε να προσδιοριστεί το προφίλ της λεγόμενης «καρκινικής προσωπικότητας», να απαντηθεί δηλαδή το ερώτημα εάν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου και ποια είναι αυτά. Επιχειρήθηκε, επίσης, η εξακρίβωση ορισμένων «στρεσογόνων παραγόντων» που πιθανόν να συμβάλλουν στην επιδείνωση του καρκίνου. Όμως, τα αποτελέσματα δεν μπόρεσαν να θεμελιώσουν επαρκώς τα εμπειρικά δεδομένα, ώστε να καταστεί δυνατόν να στηριχθεί σε αυτά κάποια ουσιαστική θεραπεία (Holland και συν, 2010).

Παρ' όλα αυτά, διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος είναι μια νόσος του συνόλου του ανθρώπινου οργανισμού και ως εκ τούτου θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με όσο γίνεται πιο σφαιρικό τρόπο. Στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να διακρίνει όσο πιο ξεκάθαρα γίνεται τι ακριβώς έχει γι' αυτόν μεγαλύτερη σημασία.

Για να μπορέσει ο ασθενής να διατηρήσει την ποιότητα ζωής του, θα πρέπει οι στόχοι του να είναι ρεαλιστικοί, ώστε να έχει τη δυνατότητα να τους ακολουθήσει παρά την νόσο του. Η θεραπευτική διαδικασία ξεκινά, λοιπόν, από την διευκρίνιση των στόχων του ασθενούς. Επίσης, μια ψυχολογική στήριξη βοηθά αποτελεσματικά και στην πραγματοποίηση των στόχων του ασθενούς (Barracough, 1999· Ρηγάτος, 2000).

Μια τέτοια στήριξη ενδείκνυται πάντοτε όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί λογικά και εποικοδομητικά με τις δικές του δυνάμεις την νόσο και τις συνέπειες της. Στις περιπτώσεις του καρκίνου συμβαίνει σχεδόν πάντοτε αυτό και οι καρκινοπαθείς αποφασίζουν να αναζητήσουν ψυχοθεραπεία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο ψυχοθεραπευτής να έχει τόσο εξειδίκευση όσο και πείρα, ώστε να τους συνοδεύσει με γνώση και ευαισθησία στο δύσκολο δρόμο τους (Bloch και συν, 2000).

Σημαντική πρόοδος έχει πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στη θεραπεία του καρκίνου, με αποτέλεσμα την επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο. Συγχρόνως, η αυξανόμενη συνειδητοποίηση του ψυχολογικού αντίκτυπου της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των πασχόντων, έχει δημιουργήσει μεγαλύτερη ανάγκη για βαθύτερη γνώση γύρω από τη διαδικασία προσαρμογής στη νόσο, τις ψυχικές διαταραχές και τις αποτελεσματικές στρατηγικές για τη θεραπεία της ψυχιατρικής συννοσηρότητας (Ronson, 2004).

Ιδιαίτερα αναπτυγμένο είναι το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με την επίδραση που ασκούν οι ψυχολογικές παράμετροι στην πορεία της νόσου. Η σύγχρονη διεθνής βιβλιογραφία στην ψυχο-ογκολογία εξακολουθεί να εστιάζει γύρω από την κατάθλιψη στον καρκίνο. Σε μια μεγάλη μελέτη, όπου εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τον καρκίνο, οι Spiegel και Giese-Davis (2003), των οποίων η μελέτη θεωρείται πρωτοποριακή στην παρουσίαση θετικών αποτελεσμάτων των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στους χρόνους επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο, παρέχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι ορμόνες που εκκρίνονται ως απάντηση στο άγχος (γλουκοκορτικοειδή) μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία και την πρόγνωση του καρκίνου μέσω διαφόρων μηχανισμών, όπως η εξασθένηση της ανοσολογικής απάντησης.

Αυτές οι νέες έρευνες υποδεικνύουν πως μια βαθύτερη γνώση της παθοφυσιολογίας του καρκίνου αλλά και των συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών, μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη κατανόηση της μεταξύ τους σχέσης, κάνοντας την ψυχο-ογκολογία θεμελιώδη συστατικό της έρευνας στον καρκίνο. Επιπλέον, αρκετά στοιχεία επιβεβαιώνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να κατανοούνται παράλληλα με το σύνθετο και ολοκληρωμένο πλέγμα των ψυχοκοινωνικών και βιολογικών παραγόντων, όπου η κατάθλιψη μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα δείκτη της καρκινικής δραστηριότητας, καθώς επίσης και έναν προγνωστικό παράγοντα.

Τα τελευταία χρόνια, ένας αυξανόμενος όγκος της βιβλιογραφίας έχει υποστηρίξει ότι η διάγνωση ή η υποτροπή του καρκίνου αντιπροσωπεύει ένα τραυματικό γεγονός, που

μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες (ΔΜΨΣ). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την ύπαρξη διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες (ΔΜΨΣ) στο 20% των ασθενών με καρκίνο (Gurevich και συν, 2002).

Από ορισμένους ερευνητές (Ronson, 2004) κρίνεται πως, μελλοντικά, η έρευνα θα πρέπει να καταλήξει στην ανάπτυξη ενός περιεκτικού μοντέλου ψυχολογικής προσαρμογής στον καρκίνο και να προσφέρει στους κλινικούς μια σαφή κατανόηση της ψυχοπαθολογίας και της κατάλληλης θεραπείας. Συγκεκριμένα, η συχνότητα και η φαινομενολογία της οξείας διαταραχής άγχους μετά τη διάγνωση του καρκίνου θα πρέπει να υπογραμμιστούν. Παράλληλα, οι επιδημιολογικές μελέτες θα πρέπει να εστιάσουν στην καταθλιπτική διαταραχή καθώς και τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες.

Οι σχέσεις μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας, είναι ακόμη ανεπαρκώς κατανοητές, ενώ μερικοί ερευνητές (Ronson, 2004) θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής διερεύνησης των ενδοψυχικών ασυνείδητων διαδικασιών έχει αγνοηθεί.

Τέλος, η επικοινωνία του κλινικού με τους ασθενείς με καρκίνο και τις οικογένειες τους θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο έρευνας και εκπαίδευσης (Razavi και συν, 2003). Υπάρχουν συσσωρευμένα εμπειρικά δεδομένα που τονίζουν το θετικό αντίκτυπο της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς στην ψυχολογική ευημερία του ασθενούς, καθώς και στη μείωση των παρενεργειών της θεραπείας. Παράλληλα, παρατηρείται μια αυξανόμενη επίγνωση μεταξύ των ψυχοογκολόγων σχετικά με την ανάγκη να επεκταθεί το πεδίο των παρεμβάσεων που στοχεύουν να ενισχύσουν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις προκειμένου να βελτιωθούν οι δεξιότητες επικοινωνίας των κλινικών (Andrey και συν, 2001· Sollner και συν, 2001). Σημαντικό θα ήταν, λοιπόν, να αξιολογηθεί η πιθανή επίδραση που ασκεί η ποιότητα της επικοινωνίας στον ψυχισμό του ασθενούς, όταν γίνεται η κοινοποίηση της διάγνωσης ή της υποτροπής του καρκίνου.

Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον για την λήψη αποφάσεων (informed decision making) των ασθενών με καρκίνο έχει αυξηθεί (Rimer και συν, 2004). Η μεγαλύτερη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων είναι σύμφωνη με τις συστάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης. Η λήψη αποφάσεων λαμβάνει χώρα όταν το άτομο κατανοεί την νόσο από την οποία πάσχει και τι περιλαμβάνει η κλινική υπηρεσία, συμπεριλαμβανομένων των οφελών της, των κινδύνων,

των περιορισμών, των εναλλακτικών λύσεων και των αβεβαιοτήτων. Ο ασθενής έχει εξετάσει τις προτιμήσεις του/της και καθιστά μια απόφαση σύμφωνη με αυτές ενώ πιστεύει ότι έχει συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων στο βαθμό που επιθυμεί. Λίγα ή και καθόλου είναι τα στοιχεία που αναφέρονται στο αν αυτές οι παρεμβάσεις οδηγούν 1) στη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων στο βαθμό που είναι σύμφωνος με τις προτιμήσεις τους 2) ή επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών με την διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων θα πρέπει να διευκολυνθεί για εκείνους που την προτιμούν. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να αξιολογηθούν τα οφέλη των παρεμβάσεων (IDM & SDM) και να προσαρμοστούν οι παρεμβάσεις στα άτομα που είναι περισσότερο πιθανό να ωφεληθούν από αυτές. Λίγα είναι, επίσης, τα εργαλεία που εκτιμούν την συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον, περισσότερη έρευνα είναι αναγκαία προκειμένου να γνωστοποιηθεί πως μπορεί η IDM να ενσωματωθεί στην τρέχουσα κλινική πρακτική, καθώς και να καθοριστεί εάν υπάρχουν αρνητικές συνέπειες της IDM παρέμβασης.

Μελέτες της δικής μας ερευνητικής ομάδας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ασθενών (71.1%) προτιμούσαν να αναλάβουν παθητικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων που αφορούσαν στη θεραπεία, με τις περισσότερες να επιθυμούν να αναθέσουν πλήρως την ευθύνη της απόφασης στον ιατρό (45.3%). Ο συνεργατικός ρόλος προτιμήθηκε από το 24%, ενώ μόνο 4.6% επέλεξε ενεργητικό ρόλο. Οι περισσότερες γυναίκες εξέφρασαν επιθυμία για όσο το δυνατό μεγαλύτερη πληροφόρηση για τη νόσο (62.6%), αλλά ένα σημαντικό ποσοστό (37.4%) δεν επιθυμούσαν λεπτομερή πληροφόρηση. Η προτίμηση παθητικού ρόλου και λιγότερης πληροφόρησης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με παραμέληση προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων όπως η μαστογραφία και το τεστ Παπανικολάου πριν τη διάγνωση του καρκίνου (Almyroudi και συν, 2010).

Η διερεύνηση των επιπτώσεων από τις θεραπείες, δηλαδή της ποιότητας ζωής (ΠΖ) τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά από αυτήν, αποτελεί μια εξέλιξη των τελευταίων χρόνων. Η πρόοδος που έχει επιτευχθεί στην έρευνα για την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο καταδεικνύεται από εργαλεία με αποδεδειγμένες ψυχομετρικές ιδιότητες. Συνήθως, η ποιότητα ζωής εκτιμάται μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων σε προσωπικό επίπεδο που προσπαθούν να εκτιμήσουν το επίπεδο λειτουργικότητας σε σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Διάφορα αξιόπιστα εργαλεία είναι διαθέσιμα να αξιολογήσουν όχι μόνο γενικές

παραμέτρους, αλλά και πιο ειδικές, όπως τους διάφορους τύπους όγκων, τους τύπους θεραπείας, καθώς και πρόσθετες διαστάσεις, όπως η κόπωση (Keller και συν, 2003). Τα τελευταία χρόνια, η κόπωση (fatigue) έχει αναδειχθεί ως μια από τις πιο σημαντικές παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής σε έναν αυξανόμενο αριθμό ερευνών που έχουν δημοσιευθεί (Stone και συν, 1998). Εξαιτίας των διαφορετικών και αλληλένδετων αιτιών της κόπωσης, οι ειδικές φυσικές, διανοητικές και συναισθηματικές διαστάσεις της κόπωσης σε ασθενείς με καρκίνο δεν προσδιορίζονται εύκολα. Προς το παρόν, μια συνοπτική σύλληψη της κόπωσης είναι αναγκαία και οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις που την μετρούν θα πρέπει να βελτιωθούν (Keller και συν, 2003). Επιπλέον, σε μελλοντικές έρευνες για την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι ποικίλες διαπολιτισμικές διαφορές κατά την διενέργεια των συνεντεύξεων και την διανομή των ερωτηματολογίων σε πληθυσμούς διαφορετικών χωρών.

Εστιάζοντας ειδικότερα στον καρκίνο του παχέος εντέρου, αρκετές είναι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για την διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με αυτή τη μορφή καρκίνου, με πιο συχνά ευρήματα το άγχος και την κατάθλιψη ως ψυχολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση. Οι περισσότερες από τις έρευνες που εστιάζονται αποκλειστικά στις εμπειρίες των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου είναι προσανατολισμένες στις επιπτώσεις της θεραπείας. Τέτοιες μελέτες συγκρίνουν τις επιπτώσεις διαφορετικών χειρουργικών μεθόδων και αξιολογούν την ποιότητα ζωής προεγχειρητικά (Ulander και συν, 1997) και μετεγχειρητικά (Kjeldsen και συν, 1999), με αποτέλεσμα η Ποιότητα Ζωής των ασθενών αυτών να προσελκύει το ερευνητικό ενδιαφέρον.

Πιο αναλυτικά, τα πεδία που μελετώνται περιλαμβάνουν τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου, όπως είναι η κοινωνική δράση, ο σωματικός πόνος, η σεξουαλική δραστηριότητα, η άθληση, καθώς και η εικόνα του σώματος. Παρ' ότι βασικός στόχος παραμένει η ίαση, η μέριμνα για την ποιότητα ζωής δεν πρέπει να παραβλέπεται και επιδίωξη των θεραπειών πρέπει να είναι η ταυτόχρονη επίτευξη της μακρότερης επιβίωσης με την καλύτερη ποιότητα ζωής.

Τα τελευταία χρόνια, γίνονται προσπάθειες να μετατοπιστεί το ενδιαφέρον της έρευνας στην διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχολογικών και γενετικών παραμέτρων (γονότυπος/ φαινότυπος) (Vadaparampil και συν, 2005). Παρ' όλο που έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες μελέτες για τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται

με τον γενετικό έλεγχο για κληρονομικές μορφές καρκίνου, δεν υπάρχουν συστηματικές έρευνες που να εξετάζουν ψυχολογικές παραμέτρους σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενός κληρονομικού καρκίνου παχέος εντέρου.

Σπάνιες και με ποικίλα μεθοδολογικά προβλήματα είναι οι μελέτες που διερευνούν κατά πόσο και με ποιον ή ποιους τρόπους ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι δυνατό να εμπλέκονται στην ανάπτυξη και την εξέλιξη του καρκίνου παχέος εντέρου. Γι' αυτό το λόγο, η παρούσα μελέτη θα προσπαθήσει να εξετάσει τον τρόπο με τον οποίο ποικίλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου μπορούν να σχετίζονται με την πορεία, την πρόγνωση της νόσου και με την ποιότητα ζωής των ασθενών.

3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Επιδημιολογία, Αιτιολογία και Παράγοντες κινδύνου, Διάγνωση και Συμπτώματα, Προγνωστικοί παράγοντες

3.1. Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού αποτελεί μείζον ιατροκοινωνικό πρόβλημα εξαιτίας της υψηλής του συχνότητας και της σημαντικής θνησιμότητας. Υπολογίζεται ότι 850.000 άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο σε ολόκληρο τον κόσμο. Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει το 15% του συνόλου των νεοπλασιών και ευθύνεται για το 18% των θανάτων από καρκίνο. Έτσι, αποτελεί την τέταρτη σε συχνότητα - μετά τον καρκίνο του προστάτη, του πνεύμονα και του μαστού - και την τρίτη σε θνησιμότητα - μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού - νεοπλασματική νόσο (Sandler, 1996).

Στην Ευρώπη, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος τόσο στους άντρες όσο στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα (Ferlay και συν, 1999). Περίπου 138.000 νέα περιστατικά διαγιγνώσκονται στην Ευρώπη κάθε χρόνο, που αποτελούν το 5% όλων των κακοήθων όγκων στους ενήλικους (Ferlay και συν, 2001· Parkin και συν, 2002). Η συχνότητα στους άνδρες είναι περίπου η διπλάσια σε σχέση με τις γυναίκες (Parkin και συν, 2002). Η ετήσια επίπτωση (ευρωπαϊκό τυποποιημένο ποσοστό) είναι ελαφρώς υψηλότερη στη Δύση και το Βορρά (περισσότερο από 20 στους άνδρες και 10 ανά 100.000 στις γυναίκες) από τη Νότια Ευρώπη. Άλλες περιοχές υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία. Η Κεντρική και Νότια Αμερική, η Ασία και η Αφρική είναι περιοχές χαμηλού κινδύνου (Parkin και συν, 2002).

Περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου είναι πάνω από 65 ετών (ENCR. European Network of Cancer Registries, 2001), ενώ σε ηλικία κάτω των 45 ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται σπάνια (1.3 ανά 100.000 ετησίως). Στην ομάδα ηλικίας 45-54, η επίπτωση εκδήλωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι περίπου 13 ανά 100.000 ετησίως και από τις ηλικίες αυτές και μετά η επίπτωση αυξάνεται σε ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό (38 ανά 100.000 κάθε χρόνο για τους ανθρώπους ηλικίας 55-64 ετών, 73/100.000 για τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών και 107/100.000 για εκείνους που είναι από 75 ετών και άνω).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνή κακοήθης πάθηση και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των καρκίνων του πεπτικού συστήματος τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Sandler, 1996).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πιο συχνός στους λαούς με “δυτικό” τρόπο ζωής-δίαιτας. Από υπάρχουσες επιδημιολογικές μελέτες, η νόσος είναι πιο συχνή σε βιομηχανικά αναπτυγμένα κράτη, όπως η βόρεια Αμερική, η δυτική Ευρώπη, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία και λιγότερο συχνή στις υπό ανάπτυξη χώρες όπως η Αφρική, η Ασία και η Νότιος Αμερική. Στις ΗΠΑ, με 150.000 νέες περιπτώσεις ανά έτος και 58.000 θανάτους εξαιτίας της, η νόσος ευθύνεται για το 15% όλων των θανάτων που οφείλονται σε καρκίνο. Η Ελλάδα καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση στην επίπτωση και θνητότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: η επίπτωση ανέρχεται σε 15,2 και η θνητότητα σε 8,4 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό. Ακόμη, στη χώρα μας ο καρκίνος παχέος εντέρου καταλαμβάνει την τέταρτη θέση μεταξύ των αιτιών θανάτου από νεοπλασμάτα, μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα, του μαστού και του προστάτη (Σούπαρης Α, 2000).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια ελαφριά μείωση της συχνότητάς του και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες προσβάλλονται πιο συχνά από τους άνδρες, από καρκίνο του κόλου, ιδιαίτερα του δεξιού, σε αναλογία 1,2:1. Αντίθετα, στον καρκίνο του ορθού η σχέση ανδρών προς γυναίκες είναι 1,1:1. Πρόκειται για νόσο κυρίως των ενηλίκων, με τη μεγαλύτερη συχνότητα να παρουσιάζεται κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Σε ποσοστό 8% η νόσος εμφανίζεται προ της ηλικίας των 40 ετών και σε ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών, ιδιαίτερα όταν αυτά πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση (Lynch και συν, 1999).

Η κατανομή του στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου είναι εντυπωσιακή: άνω του 70% των καρκίνων του παχέος εντέρου εξορμάται από το ορθό και το σιγμοειδές, 10% από το τυφλό, ενώ το υπόλοιπο κατανέμεται στο υπόλοιπο παχύ έντερο. Είναι σχετικά πολυεστιακή νόσος: 3% των ασθενών έχουν σύγχρονους όγκους και 1% των ασθενών που έχουν χειρουργηθεί θα εμφανίσουν εκ νέου όγκο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, για κάθε 10 χρόνια παρακολουθήσεως (Καλαχάνης Ν, 1990).

3.2. Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Όσον αφορά την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τη συμμετοχή τόσο περιβαλλοντικών, ιδιαίτερα διαιτητικών, όσο και κληρονομικών-γενετικών παραγόντων. Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε εντυπωσιακή πρόοδος των γνώσεών μας σχετικά με τη μοριακή βιολογία της νόσου και τον ρόλο που διαδραματίζουν συγκεκριμένα πρωτοογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια (Sandler, 1996).

Μελέτες σε μετανάστες προτείνουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου καθορίζεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από την περιβαλλοντική έκθεση (Stewart και συν, 2003). Πλήθος μεταναστών μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου. Αρκετές μελέτες έχουν περιλάβει μετανάστες, όπως Κινέζους και Ιάπωνες, που μετακινήθηκαν προς τη Χαβάη καθώς και νότιους Ευρωπαίους που μεταφέρθηκαν προς τη Βόρεια Αμερική ή την Αυστραλία. Γενικά, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου φαίνεται να αυξάνεται σε μετανάστες που εγκαταστάθηκαν στις χώρες υποδοχής που αναφέρθηκαν παραπάνω (Tomatis, 1990).

Ακόμη, όσον αφορά στην αιτιολογία του καρκίνου παχέος εντέρου και του ορθού, η διατροφή αναγνωρίζεται μέχρι και σήμερα ως ο σημαντικότερος εξωγενής παράγοντας. Έχει υπολογιστεί ότι το 70% των καρκίνων παχέος εντέρου θα μπορούσε να προληφθεί μέσω κάποιας θρεπτικής παρέμβασης (Stewart και συν, 2003). Τα στοιχεία που δείχνουν ότι διατροφή πλούσια σε λαχανικά προστατεύει έναντι του καρκίνου του παχέος εντέρου παρέχουν επαρκείς ενδείξεις, ενώ, όσον αφορά στα φρούτα, τα στοιχεία είναι περιορισμένα και αντιφατικά (WCRF & AICR. World Cancer Research Fund και American Institute for Cancer Research, 1997). Τα λαχανικά περιέχουν μια μεγάλη σειρά ουσιών και ιχνοστοιχείων, με αντικαρκινικές ιδιότητες όπως τα καροτινοειδή και το φυλλικό οξύ, καθώς και βιοενεργές ενώσεις, όπως οι φαινόλες. Τα λαχανικά επίσης είναι πλούσια σε φυτικές ίνες. Η κατανάλωση επίσης δύσπεπτων φρουκτο-ολιγοσακχαριτών μπορεί να προωθήσει την ανάπτυξη και τη δραστηριότητα ωφέλιμων βακτηρίων, όπως ο γαλακτοβάκιλλος. Πρόσφατα, ο ρόλος των φυτικών ινών ως προστατευτικός παράγοντας στον καρκίνο του παχέος εντέρου επιβεβαιώθηκε σε μια μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη σχετικά με τη διατροφή (Bingham και συν, 2003).

Επίσης, διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν εξετάσει την κατανάλωση κρέατος και τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου παχέος εντέρου. Τα στοιχεία δείχνουν ότι το

κόκκινο και το επεξεργασμένο κρέας πιθανώς αυξάνουν τον κίνδυνο. Επιπλέον, η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι πιθανό να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού (WCRF & AICR. Word Cancer Research Fund και American Institute for Cancer Research, 1997). Μια σειρά επιδημιολογικών ερευνών για τη λήψη οινοπνεύματος (WCRF & AICR. Word Cancer Research Fund και American Institute for Cancer Research, 1997) αναφέρει είτε έναν αυξανόμενο κίνδυνο, είτε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της λήψης αλκοόλ και του καρκίνου παχέος εντέρου. Η επίδραση φαίνεται να αφορά στη συνολική λήψη αιθυλικής αλκοόλης ανεξάρτητα από τον τύπο του ποτού.

Οι Giovannucci και συν. (1994) πρότειναν ότι το κάπνισμα νωρίς στη ζωή του ατόμου μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου. Περίπου το 20% των καρκίνων παχέος εντέρου στους άνδρες φαίνεται να αποδίδεται στο κάπνισμα (Giovannucci & Martinez, 1996). Ακόμη, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του ορθού στις γυναίκες που είχαν λάβει θεραπεία ακτινοβολίας για καρκίνο του τραχήλου ήταν υψηλότερη από εκείνες που δεν είχαν λάβει ανάλογη θεραπεία (Boice και συν, 1988). Νοσήματα που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν την ελκώδη κολίτιδα και την νόσο του Crohn (Stewart και συν, 2003). Οι ασθενείς επίσης που έπασχαν στο παρελθόν από κάποια κακοήγη νόσο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για έναν δεύτερο καρκίνο στο παχύ έντερο (Cali και συν, 1993).

Οι μεταβολές της συχνότητας του καρκίνου παχέος εντέρου στις διάφορες περιοχές της υδρογείου υποδηλώνουν την ύπαρξη πολλών αιτιολογικών παραγόντων. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι:

- **Οι Διατροφικοί παράγοντες**, οι οποίοι είτε προσλαμβάνονται με τις τροφές είτε σχηματίζονται στο έντερο πιθανόν από τη δράση αναερόβιων μικροβίων. Τα αναερόβια μικρόβια που υπερισχύουν με τη δίαιτα “δυτικού τύπου” είναι κυρίως τα βακτηριοειδή και τα κλωστηρίδια. Τα μικρόβια αυτά, με τη βοήθεια ενζύμων τα οποία παράγουν, μεταβολίζουν τα χολικά οξέα, τη χοληστερίνη, τα λίπη και τα λευκώματα σε διάφορες καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες και ενοχοποιούνται στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.

- **Προδιαθεσικές-προκαρκινικές παθήσεις**, αυτές είναι η οικογενής πολυποδίαση, τα αδενώματα, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn κ.α.

- **Η κληρονομικότητα**. Οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές

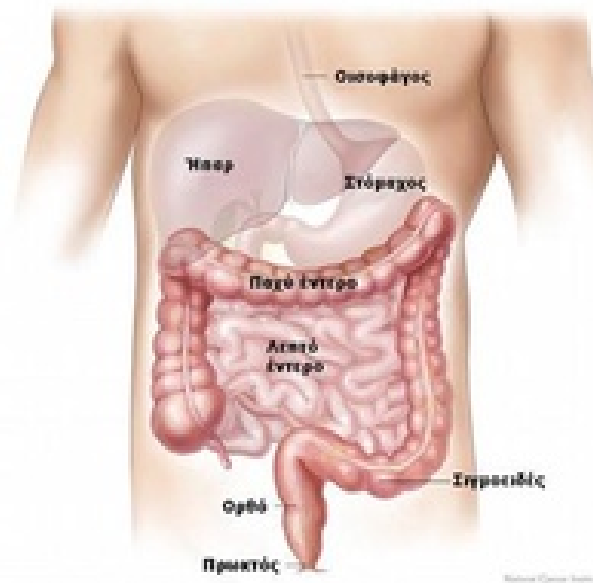
συχνότερα από το γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 13% του συνόλου των καρκίνων του παχέος εντέρου-ορθού οφείλονται σε κληρονομική προδιάθεση. Τα πλέον καλά μελετημένα σύνδρομα είναι το σύνδρομο της οικογενούς αδενωματοώδους πολυποδίασης (familial adenomatous polyposis-FAP) και το σύνδρομο του Lynch ή του κληρονομικού, μη συνδυαζόμενου με πολυποδίαση, καρκίνου του παχέος εντέρου-ορθού (hereditary nonpolyposis colorectal cancer-HNPCC) (Lynch και συν, 1999· Lynch και συν, 2000).

- **Επάγγελμα.** Υποστηρίζεται ότι άτομα που εργάζονται σε εργοστάσια παραγωγής συνθετικών ινών ή αγροτικών προϊόντων ή έχουν υποστεί παρατεταμένη έκθεση σε αμίαντο παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.

- **Φύλο.** Αυξημένη συχνότητα του καρκίνου του αριστερού κόλου, φαίνεται να παρατηρείται σε άτεκνες ή παχύσαρκες γυναίκες. Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που ζουν σε χώρες με αυξημένη συχνότητα παχέος εντέρου, όπως οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης, εμφανίζουν ελαφρά μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του δεξιού κόλου από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας, ενώ μετά την ηλικία των 55 ετών η διαφορά αυτή κλείνει προς την πλευρά των ανδρών.

- **Ιατρογενείς παράγοντες.** Υποστηρίζεται κυρίως από πειραματικά δεδομένα ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου αυξάνεται μετά από χολοκυστεκτομή. Είναι επίσης γνωστό ότι η ουρηθροσιγμοειδοστομία είναι δυνατό να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης.

- **Νεοπλασματικά νοσήματα.** Ασθενείς με καρκίνο μαστού, ενδομήτριου ή ωοθηκών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.



3.3. Κλινική Εικόνα

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να διαγνωστεί όταν ο ασθενής παρουσιάσει μια σειρά συμπτωμάτων. Επειδή όμως στα αρχικά στάδια του καρκίνου δεν εμφανίζονται συμπτώματα και επειδή πολλά από αυτά δεν είναι σαφή (ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, απώλεια βάρους χωρίς προφανή αιτία, εύκολη κόπωση) οι προσπάθειες ανίχνευσης μέσω των διαφόρων διαγνωστικών μεθόδων είναι σημαντικές. Όμως, το κυριότερο σύμπτωμα που πρέπει να ελέγχεται πάντοτε αμέσως είναι η αιμορραγία (εντερορραγία). Η αδυναμία και η ωχρότητα μπορεί να οφείλονται σε αναιμία εξαιτίας της αιμορραγίας του όγκου. Συμπτώματα όπως η μακροσκοπική εμφάνιση αίματος στα κόπρανα και ο πόνος κατά την αφόδευση μπορεί να είναι παρόντα σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Η ενδοσκόπηση είναι η πολυτιμότερη διαγνωστική διαδικασία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Zampino και συν, 2004).

Τα συχνότερα συμπτώματα τα οποία μπορεί να συνοδεύουν ένα καρκίνο του κόλου ή του ορθού συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με τη μορφή δυσκοιλιότητας, διάρροιας ή συνδυασμό των δύο.
- Αποβολή αίματος με τις κενώσεις.
- Κοιλιακά άλγη.

- Δυσπεπτικά ενοχλήματα.
- Μετεωρισμός της κοιλίας και βορβορυγμοί.
- Ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα και επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και αναιμίας.

Σε κάθε δεδομένη όμως περίπτωση, η εμφάνιση συμπτωματολογίας μπορεί να ποικίλλει. Σε γενικές όμως γραμμές είναι γνωστό ότι οι καρκίνοι του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και του ορθού χαρακτηρίζονται από ομάδες συμπτωμάτων τα οποία διαφέρουν κάπως μεταξύ τους ανάλογα με την εντόπιση. (Καλαχάνης Ν, 1990.)

3.4. Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται από:

1. Παθήσεις του πεπτικού, όπως το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, τη χολοκυστοπάθεια, τη σκωληκοειδίτιδα, ιδίως σε καρκίνο του δεξιού κόλου. Η χρόνια αναιμία που ανευρίσκεται στον καρκίνο του δεξιού κόλου μπορεί να αποδοθεί σε ιδιοπαθή αιματολογική νόσο.
2. Μεγάλους πολύποδες που δίνουν πολλές φορές τα ίδια συμπτώματα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άλλους καλοήθεις όγκους, όπως λίπωμα, ίνωμα, βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς, ενδομητρίωση κτλ.
3. Άλλες παθολογικές καταστάσεις του παχέος εντέρου που μπορεί να δώσουν την ίδια συμπτωματολογία όπως εκκολπωματίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, οικογενής πολυποδίαση, ισχαιμική κολίτιδα κλπ.
4. Από φυματίωση και άλλες φλεγμονές του εντέρου (Zampino και συν, 2004)

3.5. Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από έναν αριθμό κλινικών και παθολογοανατομικών παραμέτρων, οι οποίοι επηρεάζουν την έκβαση μιας θεραπείας και θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη (Jass, 1995). Τέτοιοι προγνωστικοί δείκτες είναι :

- **Ηλικία.** Άτομα πολύ μικρής ή πολύ μεγάλης ηλικίας έχουν συνήθως κακή πρόγνωση. Όμως, το κριτήριο αυτό μόνο του δεν μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα για την έκβαση.
- **Φύλο.** Η πρόγνωση συνήθως είναι καλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες έχουν περισσότερα χρόνια επιβίωσης από τους άνδρες, αλλά αυτό το κριτήριο δεν είναι προάγγελος της ανταπόκρισης στη θεραπεία.
- **Συμπτωματολογία.** Ασυμπτωματικοί ασθενείς ζουν περισσότερο και ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία συχνότερα από τους συμπτωματικούς ασθενείς.
- **Εντόπιση.** Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η εντόπιση του καρκίνου. Έτσι, η πρόγνωση είναι καλύτερη όταν εντοπίζεται στο παχύ έντερο, σε αντίθεση με τον πρωκτό, όπου η πρόγνωση είναι χειρότερη (Eisenberg και συν, 1982).
- **Σταδιοποίηση.** Αποτελεί την πλέον αξιόπιστη πρόβλεψη για την εξέλιξη του ασθενούς και αυτή γίνεται αξιολογώντας τρεις βασικούς παράγοντες: το βάθος διήθησης του εντερικού τοιχώματος, την προσβολή των γειτονικών λεμφαδένων και την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του παχέος εντέρου ή έχει δώσει μεταστάσεις σε γειτονικούς λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα όργανα η πρόγνωση είναι κακή (Steinberg και συν, 1986).
- **Ιστολογικός τύπος.** Όταν πρόκειται για διάφορους ιστολογικούς υποτύπους όπως το βλεννώδες καρκίνωμα η πρόγνωση είναι χειρότερη σε σχέση με το πιο σύνηθες αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου.

Πρόγνωση ανά στάδιο (Zampino και συν, 2004)

στάδιο 1: βιωσιμότητα 80-100% στα 5 έτη από τη διάγνωση

στάδιο 2: βιωσιμότητα 50-75% στα 5 έτη

στάδιο 3: βιωσιμότητα 30-50% στα 5 έτη

στάδιο 4: βιωσιμότητα 5% στα 5 έτη

(τη στιγμή της διάγνωσης, 20% των ασθενών βρίσκεται στο στάδιο 4, με μεταστάσεις δηλ. σε άλλα όργανα και από το υπόλοιπο 80% άλλο ένα 30% θα παρουσιάσει κι εκείνο αργότερα μεταστάσεις σε όργανο πέραν του εντέρου.)

Συνολική βιωσιμότητα (όλα τα περιστατικά) 35%, ενώ για τους χειρουργηθέντες ασθενείς (επιλεγμένοι ασθενείς που βρίσκονται σε μικρότερο στάδιο και δύνανται να χειρουργηθούν) φτάνει το 55% πάντα στα 5 χρόνια και μιλώντας συνολικά για όλα τα στάδια.

***ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ**
ΕΝΤΕΡΟΥ

	Προσδιορισμός	TNM			Dukes
Στάδιο 0	καρκίνωμα in situ	Tis	N0	M0	-
Στάδιο 1	Διηθεί υποβλεννογόνιο χιτώνα εντέρου	T1	N0	M0	Dukes A
	Διηθεί μυϊκό χιτώνα	T2	N0	M0	Dukes B1
Στάδιο 2	Διηθεί υποορογόνιο χιτώνα ή περικολικούς ή περιορθικούς ιστούς μη περιτοναϊκούς	T3	N0	M0	Dukes B1 ή B2
	Διηθεί το σπλαχνικό ορογόνο ή απευθείας άλλα όργανα ή δομές	T4	N0	M0	Dukes B2
Στάδιο 3	Οποιοδήποτε βαθμού εντερική τοιχωματική διάτρηση με μεταστάσεις λεμφαδένων. Ένας έως τρεις περικολικοί ή περιορθικοί λεμφαδένες θετικοί	οποιοδήποτε T	N1	M0	Dukes C1
	Τέσσερις ή περισσότεροι περικολικοί ή περιορθικοί λεμφαδένες θετικοί	οποιοδήποτε T	N2	M0	Dukes C2
	Μετάσταση σε λεμφαδένες κατά μήκος ενός αγγειακού κορμού	οποιοδήποτε T	N3	M0	
Στάδιο 4	Ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων	οποιοδήποτε T	οποιοδ ήποτε N	M1	Dukes D

- Eisenberg και συν, 1982· Newland και συν, 1981· Olson και συν, 1980· UICC.UICC (International Union Against Cancer), 2002· Zinkin, 1983.

3.6. Θεραπεία

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η θεραπεία επιλογής είναι η χειρουργική, εάν βέβαια αυτή είναι δυνατή τη στιγμή της διάγνωσης. Γίνεται αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που είναι η θέση της νεοπλασίας με όρια ασφάλειας τουλάχιστον 5-7 εκ. στο κόλο και 2-3 εκ στο ορθό.

Ανάλογα με τη θέση της νεοπλασίας πραγματοποιούνται 5-6 τύποι επέμβασης (Zampino και συν, 2004· Balen και συν, 2005) :

Καρκίνοι στο τυφλό, ανιόν, ηπατική καμπή, και αρχικό τμήμα εγκάρσιου

Πραγματοποιείται δεξιά ημικολεκτομή. (Αφαιρείται το δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι και το αρχικό τμήμα του εγκάρσιου και δημιουργείται αναστόμωση τελικό-τελική της τελευταίας νηστιδικής έλικας με το εγκάρσιο κόλο που απέμεινε).

Καρκίνοι στο εγκάρσιο

Συνήθως πραγματοποιείται εγκαρσιεκτομή ευρεία με αναστόμωση της ηπατικής καμπής του εγκαρσίου με το κατión που έχει απομείνει.

Καρκίνοι στη σπληνική καμπή, κατión

Πραγματοποιείται αριστερή ημικολεκτομή (αφαιρείται το αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι την περιοχή μετάβασης σιγμοειδούς-ορθού και δημιουργείται αναστόμωση τελικό-τελική του εγκαρσίου που απέμεινε με το ορθό.

Καρκίνοι του σιγμοειδούς

Πραγματοποιείται σιγμοειδεκτομή με τελικο-τελική αναστόμωση στο παχύ.

Καρκίνοι ανώτερου και μέσου τμήματος ορθού

Πραγματοποιείται χαμηλή πρόσθια εκτομή που περιλαμβάνει το εγγύς σιγμοειδές και το μεγαλύτερο μέρος του ορθού. Κατόπιν δημιουργείται τελικό-τελική αναστόμωση του υπόλοιπου σιγμοειδούς με το κατώτερο ορθό.

Καρκίνοι κατώτερου ορθού (λιγότερο από 7 εκ από το όριο του πρωκτού)

Πραγματοποιείται η κοιλιο-περινεϊκή εκτομή. Αφαίρεση δηλαδή του τελευταίου τμήματος του κατιόντος, του σιγμοειδούς, του ορθού, του πρωκτού μαζί με το δέρμα και το λίπος, των σφιγκτήρων, των ανελκτῆρων μυών και του ευθυσχιακού και πυελικού λίπους. Δημιουργείται τέλος μια οριστική κολοστομία (παρά φύση έδρα) στον αριστερό λαγόνιο βόθρο.

Λαπαροσκοπική Χειρουργική

Η εκτομή τμήματος του παχέος εντέρου (οποιουδήποτε τμήματος) λαπαροσκοπικά σήμερα είναι εφικτή. Όμως ακόμη είναι υπό διερεύνηση με μεγάλες σειρές πειραμάτων το εάν η λαπαροσκοπική επέμβαση είναι πράγματι μια αντικαρκινική επέμβαση. Εάν δηλαδή πραγματικά καταφέρνει πέραν από το να αφαιρεί ένα τμήμα του εντέρου, να είναι ριζική και να αφαιρεί τον καρκίνο πραγματικά (και τις αρχικές μεταστάσεις στο μεσόκολο). (Okajima και συν, 2006· Balen και συν, 2005).

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρ' ότι δεν έχει αποσαφηνισθεί εάν τελικά η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία κατορθώνουν μετεγχειρητικά τουλάχιστον να αυξήσουν το όριο επιβίωσης των ασθενών, ωστόσο είναι σίγουρα απαραίτητες για τους ασθενείς με μη χειρουργήσιμο καρκίνο. (Golfinopoulos και συν, 2006· Zampino και συν, 2004). Αναλυτικότερα :

Στάδιο 1

Λόγω της μεγάλης επιτυχίας που έχει η επέμβαση σε αυτό το στάδιο, με προσδόκιμο επιβίωσης 80-100%, δεν συνίσταται άλλη συμπληρωματική θεραπεία.

Στάδιο 2

Το προσδόκιμο επιβίωσης που αναμένεται είναι 50-75% και δεν έχει ακόμη αποδειχθεί αν σε αυτό το στάδιο η συμπληρωματική χημείο- ή ακτινο- θεραπεία αυξάνει αυτά τα ποσοστά. Γίνονται πάντως έρευνες (Douglass και συν, 1986).

Στάδιο 3

Εδώ η αναμενόμενη επιβίωση είναι της τάξης του 30-50%. Από έρευνες η συμπληρωματική χημειοθεραπεία με 5-fluorouracil και, είτε με levamisole είτε με leucovorin, έχει μειώσει τη θνητότητα κατά 33% συνολικά. Άρα η χημειοθεραπεία κρίνεται απαραίτητη (Krook και συν, 1991). Το σύννηθες σχήμα συνδυάζει fluorouracile και levamisole, αλλά αντί της δεύτερης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και leucovorin. Ακόμη δεν έχει αποδειχτεί ποιος συνδυασμός είναι πιο αποτελεσματικός. Σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο (T3-T4) η ακτινοθεραπεία φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο της τοπικής μετάστασης (Connell και συν, 1994).

Στάδιο 4

Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι πολύ χαμηλό :5%. Η αντιμετώπιση των μεταστάσεων στο ήπαρ (χειρουργικά, κρυοθεραπευτικά, με υπέρηχους ή χημειοεμβολισμό), εάν αυτές είναι μέχρι τρεις, αυξάνει τη βιωσιμότητα μέχρι και κατά 20% στα 5 χρόνια (Thomas και συν, 1993). Η χημειοθεραπεία με fluorouracile είναι μόνο παρηγορητική και καταπραΰνει τη συμπτωματολογία αλλά δεν ανεβάζει καθόλου τη βιωσιμότητα (Moertel, 1994). Η χρόνια υποδόρια rIL-2 χορήγηση σε χαμηλές δόσεις θεωρείται μια αποτελεσματική θεραπεία για το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα και τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι Pizzi και συν. (2002) διαπίστωσαν ότι από τη χορήγηση rIL-2 προκλήθηκαν διάφορες ψυχολογικές αλλαγές, οι οποίες αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) το οποίο δόθηκε σε δέκα ασθενείς με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο. Τρεις μήνες μετά τη θεραπεία με rIL-2, το 80% των ασθενών παρουσίασε σημαντικά υψηλές τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης (D) και της ψυχασθένειας(Pt), το 70% στην κλίμακα της υστερίας (Hy) και το 60% των ασθενών στην κλίμακα της σχιζοφρένειας (Sc) και της ψυχοπαθητικότητας (Pd).

4. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.1. Ψυχιατρικές και ψυχολογικές παράμετροι στον καρκίνο παχέος εντέρου

Στην ενότητα που ακολουθεί επιχειρείται μια ανασκόπηση των μορφών ψυχοπαθολογίας (π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις και γνωστικές διαταραχές, κ. α.) που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που αναφέρονται στις περιπτώσεις με καρκίνο παχέος εντέρου είναι η κατάθλιψη και το άγχος (Medeiros και συν, 2010).

Το άγχος, η κατάθλιψη, οι διάφορες συναισθηματικές αντιδράσεις μετά τη διάγνωση και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του καρκίνου μελετήθηκαν από τους Nordin και Glimelius (1997), σε δείγμα 139 πρόσφατα διαγνωσμένων ασθενών με καρκίνο στο παχύ έντερο, στον πρωκτό, στο πάγκρεας και στα χοληφόρα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, ήταν το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με καλής πρόγνωσης καρκίνο στο παχύ έντερο και τον πρωκτό παρουσίασαν έντονη μαχητικότητα και χαμηλά επίπεδα άγχους, απελπισίας και ανικανότητας. Αντίθετα, οι ασθενείς με φτωχή πρόγνωση (ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος και χοληφόρων) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών σκέψεων, ανησυχίας και κατάθλιψης, γεγονός που συνεπάγεται ότι οι ασθενείς αυτοί ήταν περισσότερο ευπαθείς στην ψυχική καταπόνηση από τους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού.

Οι Pugliese και συν. (2006) διερεύνησαν την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας σε 98 εξωτερικούς ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, οι οποίοι βρίσκονταν σε προχωρημένο στάδιο και ελάμβαναν χημειοθεραπεία. Η παρέμβαση αποτελούνταν από μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, όπου ο ψυχολόγος είχε έναν ενεργό ρόλο στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Στο πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης περιλαμβανόταν και ψυχολογική εκτίμηση, η οποία αξιολογούσε: 1) την ψυχολογική προσαρμογή και την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, μέσω μιας ψυχοδυναμικής συνέντευξης, 2) το άγχος και την

κατάθλιψη, χρησιμοποιώντας τη κλίμακα HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), 3) τις πεποιθήσεις των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται, μέσω μιας δομημένης συνέντευξης και 4) τέλος, την ποιότητα ζωής με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30). Τα στοιχεία συλλέχθηκαν πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και 18 εβδομάδες μετά τη λήξη της.

Σημαντική βελτίωση στην ψυχολογική προσαρμογή και συνειδητοποίηση της νόσου παρατηρήθηκε 18 εβδομάδες μετά τη χημειοθεραπεία. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μείωση του άγχους μετά τη θεραπεία σε σχέση με το άγχος που είχαν πριν τη θεραπεία. Η δομημένη συνέντευξη έδειξε μια σημαντική μείωση στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις και αύξηση του ελεύθερου χρόνου στους ασθενείς που βίωσαν θετικά τον αντίκτυπο της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχονταν. Πράγματι, η πλειοψηφία των ασθενών βίωσε θετικά τη σχέση της ομάδας, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας υποστηρίζουν ότι είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, με καλά αποτελέσματα.

Σε μια άλλη μελέτη, εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες πήραν συνέντευξη από 61 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο (Maguire και συν, 1999). Χρησιμοποίησαν μια ημιδομημένη συνέντευξη, ένα ερωτηματολόγιο που εκτιμούσε τις ανησυχίες των ασθενών και τη δομημένη συνέντευξη Psychiatric Assessment Schedule, προκειμένου να καθορίσουν τα σωματικά ενοχλήματα των ασθενών, τις κύριες ανησυχίες τους και την ύπαρξη κάποιας συναισθηματικής διαταραχής. Οι εκτιμήσεις των ασθενών συγκρίθηκαν στη συνέχεια με τις αξιολογήσεις 48 φροντιστών και 58 γενικών ιατρών. Η συμφωνία μεταξύ των αναφορών των ασθενών και των φροντιστών ήταν λογική για την απώλεια της όρεξης (77%), τη ναυτία και τον εμετό (75%) και τον πόνο (72%). Ωστόσο, υπήρξε λιγότερη συμφωνία μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των φροντιστών για τις ανησυχίες των ασθενών (33%). Οι ανησυχίες των φροντιστών αναφέρονταν κυρίως στην νόσο (47%), το μέλλον των ασθενών (33%) και τις συναισθηματικές επιπτώσεις των ασθενών (23%), ενώ οι ανησυχίες των ασθενών αναφέρονταν κυρίως στη σωματική νόσο τους (33%).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεκατρείς (22%) από τους 59 ασθενείς που έδωσαν μια πλήρη συνέντευξη έπασχαν από συναισθηματική διαταραχή. Από τους φροντιστές, οι δεκαέξι (33%) υπέφεραν από μείζονα κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή

διαταραχή προσαρμογής. Από τα παραπάνω συνεπάγεται ότι οι εκτιμήσεις των φροντιστών για τα συμπτώματα των ασθενών φαίνεται να έχουν χαμηλή αξιοπιστία, για διάφορους λόγους, και έτσι, όπου είναι δυνατό, απαιτούνται ακριβέστερες αξιολογήσεις.

Οι Forsberg και συν. (1996) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο την περιγραφή και τη συσχέτιση της ευημερίας (well-being) και της γενικής υγείας, των συμπτωμάτων και της ικανότητας αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης σε μια ομάδα ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου και καρκίνου στομάχου πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Επίσης, σκοπός της ήταν να περιγραφούν οι αντιλήψεις των ασθενών για την παραμονή τους στο νοσοκομείο και τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν μετά την έξοδο τους από αυτό, καθώς και να διερευνηθεί μια πιθανή σχέση ανάμεσα στην αίσθηση συνοχής (Sense of Coherence) και την ευημερία.

Εβδομήντα-εννέα ασθενείς (36 άνδρες, 43 γυναίκες) με καρκίνο παχέος εντέρου και στομάχου συμμετείχαν στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: το ερωτηματολόγιο Υγείας (Health Index, HI), ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των συμπτωμάτων και η κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence Scale, SOC). Έξι εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση, πολλοί από τους ασθενείς με καρκίνο διαπίστωσαν ότι η ευημερία ήταν φτωχότερη και ο ύπνος, η ενέργεια και η κινητικότητα είχαν μειωθεί. Η λειτουργία των εντέρων είχε βελτιωθεί και ο πόνος, που ήταν ένα βασικό σύμπτωμα πριν τη χειρουργική επέμβαση, είχε ελαττωθεί μετά από αυτή. Επιπλέον, η αίσθηση συνοχής αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με την ευημερία των ασθενών, όπως εκτιμήθηκε από το ερωτηματολόγιο Health Index (HI). Τα προβλήματα που αναγνωρίστηκαν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο αφορούσαν την κινητικότητα, τη λειτουργία των εντέρων, την κόπωση, τον πόνο, τη διατροφή, την ανησυχία και τις δυσκολίες στον ύπνο.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Η νόσος, τα συμπτώματά της και η θεραπεία μπορούν να ασκήσουν σημαντική αρνητική επίδραση στη διανοητική ικανότητα των ασθενών αυτών (Kurtz και συν, 2002). Στην έρευνα των Kurtz και συν. (2002) συμμετείχαν 158 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ένα χρόνο μετά τη διάγνωση, ηλικίας 65 ετών και άνω, προκειμένου να διερευνηθεί με ποιόν τρόπο η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η ύπαρξη οικογενειακής στήριξης, το στάδιο της νόσου, η επαγγελματική θέση, τα συμπτώματα, η φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα και η θεραπεία μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν

ήταν: το Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), το 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) και το Symptom Experience Scale. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες, οι Αφροαμερικάνοι, η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και τα συμπτώματα ήταν σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο παχέος εντέρου, οι Αφροαμερικάνοι και οι ασθενείς με δύο ή και περισσότερα νοσήματα παρουσίασαν πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ εμφάνισαν περιορισμένη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα.

Οι Stommel και συν. (2004) διερεύνησαν την ύπαρξη κατάθλιψης και των συμπτωμάτων της (καταθλιπτική διάθεση, σωματική έκφραση της κατάθλιψης και έλλειψη θετικού συναισθήματος) ένα χρόνο μετά την αρχική διάγνωση του καρκίνου, αποκαλύπτοντας την σύνθετη φύση των ψυχολογικών αντιδράσεων στην εμπειρία του καρκίνου. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 860 ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, προστάτη, μαστού και πνευμόνων ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Προγνωστικοί δείκτες για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν η θέση του όγκου, το στάδιο της νόσου, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, οι δείκτες φυσικής λειτουργικότητας, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η χημειοθεραπεία που ελάμβαναν. Τα γενικά καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών μειώθηκαν ένα χρόνο μετά τη διάγνωση, ειδικά η καταθλιπτική διάθεση και οι σωματικοί δείκτες. Αντίθετα, η αίσθηση της ευημερίας δεν επανήλθε. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία των ψυχολογικών αξιολογήσεων και της διαχείρισης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου.

Φαίνεται ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου σχετίζεται με την εμφάνιση διάφορων μορφών ψυχικής καταπόνησης. Έτσι, η σωστή ενημέρωση των ασθενών σε ό,τι αφορά στη φύση και την πορεία του καρκίνου καθώς και στους θεραπευτικούς χειρισμούς για την αντιμετώπισή του, φαίνεται πως είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητο, έτσι ώστε ο ασθενής να βιώνει τη νόσο λιγότερο τραυματικά και να αναπτύσσει τους κατάλληλους μηχανισμούς και τις στρατηγικές για την αντιμετώπισή του.

Η άποψη ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να επιταχύνουν τη δραστηριότητα της νόσου, χρήζει περαιτέρω τεκμηρίωσης και έρευνας, καθώς θα μπορούσε να αναδείξει σημαντικά στοιχεία προς την κατεύθυνση της καλύτερης κατανόησης της σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων, της πορείας της νόσου και της συναισθηματικής αντίδρασης

των ασθενών σε αυτή, αλλά επίσης και να συμβάλλει στον σχεδιασμό και την προώθηση αποτελεσματικών θεραπευτικών προγραμμάτων και προσεγγίσεων.

Οι περισσότερες μελέτες έχουν κυρίως εστιάσει στα καταθλιπτικά συμπτώματα και στις διαταραχές άγχους και σπάνια εξετάζουν και άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ή συνοδά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που με τη σειρά τους συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της φύσης των ψυχολογικών παραμέτρων που εμπλέκονται στον καρκίνο παχέος εντέρου. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση των παραγόντων που εμπλέκονται στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας σε μια επίπονη ασθένεια όπως ο καρκίνος παχέος εντέρου.

Στη συνέχεια, ακολουθούν κάποιοι πίνακες που αναφέρουν το δείγμα, τα εργαλεία και τα σημαντικότερα αποτελέσματα της κάθε μελέτης που συνοπτικά αναφέρθηκε παραπάνω.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Forsberg και συν. (1996) Scandinavian Journal of Caring Sciences.	79 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και στομάχου (πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση)	Το ερωτηματολόγιο Υγείας (Health Index, HI), ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των συμπτωμάτων, η κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence Scale, SOC) και ένα ειδικό ερωτηματολόγιο	Έξι εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση βρέθηκε ότι η «ευημερία» ήταν φτωχότερη και ο ύπνος, η ενέργεια και η κινητικότητα είχαν μειωθεί. Επιπλέον, η υψηλή αίσθηση συνοχής αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με την «ευημερία» των ασθενών.
Nordin και Glimelius (1997) Acta Oncologica	139 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο στο παχύ έντερο, τον πρωκτό, το πάγκρεας και τα χοληφόρα	Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)	Οι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού παρουσίασαν έντονη μαχητικότητα, χαμηλά επίπεδα άγχους, απελπισίας και ανικανότητας.
Maguire και συν. (1999) Palliative Medicine	61 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σε προχωρημένο στάδιο	Η δομημένη συνέντευξη Psychiatric Assessment Schedule, μια λίστα που αξιολογούσε τις ανησυχίες των ασθενών και μια ημιδομημένη συνέντευξη	Από τους ασθενείς, οι δεκατρείς έπασχαν από συναισθηματική διαταραχή και από τους φροντιστές, οι δεκαέξι υπέφεραν από μείζονα κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή προσαρμογής.
Kurtz και συν. (2002) Supportive Care in Cancer	158 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ηλικίας 65 ετών και άνω, έλαβαν μέρος στην έρευνα ένα χρόνο μετά τη διάγνωση	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) και Symptom Experience Scale.	Οι γυναίκες με καρκίνο παχέος εντέρου και οι ασθενείς με δύο ή και περισσότερα νοσήματα παρουσίασαν πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία.
Stommel και συν. (2004) Health Psychology	860 ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, προστάτη, μαστού και πνευμόνων συμμετείχαν στην έρευνα ένα χρόνο μετά τη διάγνωση	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)	Τα γενικά καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών μειώθηκαν ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Η αίσθηση ευημερίας δεν επανήλθε.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Pugliese και συν. (2006) Health and Quality of Life Outcomes.	98 εξωτερικοί ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σε προχωρημένο στάδιο	HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), μια ψυχοδυναμική συνέντευξη, μια δομημένη συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30)	Διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση στην ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών 18 εβδομάδες μετά τη χημειοθεραπεία, καθώς και σημαντική μείωση του άγχους. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις και αύξηση στον ελεύθερο χρόνο στους ασθενείς που βίωσαν θετικά τον αντίκτυπο της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχονταν.

4.2. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, ο πόνος, η κόπωση, η έλλειψη λειτουργικότητας, ήταν από τα πρώτα θέματα που μελετήθηκαν σχετικά με το κατά πόσο συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο.

Στην προοπτική μελέτη των Norbin και συν. (2001), συμμετείχαν 522 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, μαστού, στομάχου και προστάτη. Οι κλίμακες Hospital Anxiety and Depression (HAD) και Impact of Event (IES scale) συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς όταν έγινε η διάγνωση και 6 μήνες αργότερα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους προβλέπουν μια παρόμοια κατάσταση έξι μήνες μετά, με τις τιμές της κατάθλιψης και του άγχους να μην μεταβάλλονται σημαντικά.

Οι Kurtz και συν. (2002) πραγματοποίησαν μια μελέτη σε 158 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ηλικίας 65 ετών και άνω. Διαπιστώθηκε ότι το φύλο, η φυλή, η συννοσηρότητα, η φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα και τα συμπτώματα της νόσου βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης και στις τέσσερις αξιολογήσεις που πραγματοποιήθηκαν μέσα στο πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση. Έτσι, οι γυναίκες, οι Αφροαμερικάνοι, και οι ασθενείς που εμφάνιζαν συννοσηρότητα, παρουσίασαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Σε μια πρόσφατη προοπτική μελέτη των Lynch και συν. (2008) αξιολογήθηκαν 1822 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου 6 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), Revised Life Orientation Test, The Constructed Meaning Scale και 6 θέματα από το Brief Social Support Questionnaire.

Ο επιπολασμός της ψυχικής καταπόνησης βρέθηκε να είναι χαμηλός και να κυμαίνεται από 8.3% και 6.7 %, 6 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι η ψυχική καταπόνηση στους έξι μήνες μετά τη διάγνωση, η συννοσηρότητα, η αισιοδοξία, η αξιολόγηση απειλής του καρκίνου (cancer threat appraisal) και η κοινωνική στήριξη φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με τη ψυχική καταπόνηση δώδεκα μήνες αργότερα. Αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Northouse και συν. 2000, Nordin και συν. 1999, Nordin και συν. 2001, Steginga και συν. 2006), όπου ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της

ψυχικής καταπόνησης 12 μήνες μετά τη διάγνωση, βρέθηκε να είναι η προγενέστερη ψυχική καταπόνηση.

Αρκετοί ερευνητές διερεύνησαν το ρόλο των δημογραφικών παραμέτρων στην ψυχοπαθολογία, συχνά με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι Goldzweig και συν. (2009) πραγματοποίησαν μια μελέτη σε 231 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και τις συζύγους τους. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποίησαν ήταν τα εξής: Brief Symptom Inventory (BSI), Impact of Event Scale (IES), Mental Adjustment to Cancer (MAC), Perceived Family Support (PFS), the Enrich Marital Satisfaction Scale (EMS), and Cancer Perceived Agents of Social Support (CPASS). Διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα κοινωνικής στήριξης σχετίζονταν αρνητικά με την ψυχική καταπόνηση για όλους όσους συμμετείχαν στην μελέτη. Οι άντρες βρέθηκε να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ψυχικής καταπόνησης σε σχέση με τις γυναίκες τους. Επίσης, οι άντρες ανέφεραν ότι ελάμβαναν περισσότερη στήριξη από τις γυναίκες τους, ωστόσο δεν γνώριζαν να χρησιμοποιήσουν ικανοποιητικά την στήριξη αυτή που λαμβάνουν. Συμπερασματικά, παρ' όλο που οι άντρες ανέφεραν ότι ελάμβαναν περισσότερη στήριξη από τις γυναίκες τους, ανέφεραν επίσης και υψηλά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης.

Από την άλλη πλευρά, η έρευνα των Brasso και συν. (2010) σε 600 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, έδειξε ότι οι άντρες εμφανίζουν χαμηλές τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης, του άγχους και της σωματοποίησης, 3 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση, ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλές τιμές μόνο στην κλίμακα του άγχους.

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης των Tuinstra και συν. (2004), όπου συμμετείχαν 137 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και οι σύζυγοι τους. Η ψυχική καταπόνηση εκτιμήθηκε με την κλίμακα Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), δύο εβδομάδες, τρεις και έξι μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Διαπιστώθηκε ότι πριν την χειρουργική επέμβαση το ποσοστό της ψυχικής καταπόνησης ήταν αυξημένο και στους άντρες και στις γυναίκες. Τρεις και έξι μήνες αργότερα όμως, τα επίπεδα της ψυχικής καταπόνησης παρέμειναν υψηλά στις γυναίκες, ενώ στους άντρες επέστρεψαν σε φυσιολογικές τιμές.

Επίσης, το στάδιο της νόσου, αποτελεί έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Στην έρευνα των Simon και συν. (2009) διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στο στάδιο του καρκίνου και την ψυχοκοινωνική ευημερία, σε 128 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, 66 άντρες και 62 γυναίκες. Για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Center for Epidemiological Studies Depression

Scale (CES-D), το άγχος εκτιμήθηκε με την υποκλίμακα anxiety scale του ερωτηματολογίου Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) και η ποιότητα ζωής με το ερωτηματολόγιο Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal version (FACT-C). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους και θεωρούσαν την κοινωνική στήριξη που ελάμβαναν χαμηλή. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα των Ina και συν. (2010) που υποστηρίζουν ότι το ποσοστό κατάθλιψης αυξάνεται σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Αντίθετα, στην έρευνα των Medeiros και συν. (2010) η θέση και το στάδιο του καρκίνου δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την κατάθλιψη ή το άγχος.

Η κολοστομία επίσης, έχει βρεθεί ότι συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης (Brown και συν. 2005), όπως καταδεικνύεται και στην έρευνα των Wirsching και συν. (1975), όπου οι άντρες με κολοστομία παρουσίασαν κατάθλιψη και αδυναμία κοινωνικής λειτουργικότητας ενώ, ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες εμφάνισαν πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, απελπισίας και φόβου. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα των Park και συν. (2009), όπου οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν κατάθλιψη και σεξουαλική ανικανότητα. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η συγχρονική (cross-sectional) μελέτη των Cotrim και συν. (2008) με 153 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, όπου διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και άγχους. Συμπερασματικά, η ύπαρξη κολοστομίας μεταβάλλει σημαντικά την ψυχολογική νοσηρότητα, την ποιότητα ζωής, την σεξουαλική ικανότητα καθώς και την εικόνα εαυτού του ασθενούς.

Οι Parker και συν. (2010) πραγματοποίησαν μια μελέτη σε 301 ασθενείς που περίμεναν να κάνουν ενδοσκόπηση. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που προβλέπουν την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: the Hospital Anxiety Depression Scale, the Brief COPE, the Social Provisions Scale, the Life Orientation Test Revised και δύο Appraisal Scales. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς εμφάνισαν υψηλά ποσοστά άγχους. Επίσης, η αγωνία για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, η χαμηλή αισιοδοξία, η παρουσία συμπτωμάτων της νόσου, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση άγχους και ψυχικής καταπόνησης.

Η χρόνια κόπωση (fatigue), επίσης, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης. Σε μία συγχρονική μελέτη των Dos Santos και συν. (2009) σε 154 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και χρόνιας κόπωσης. Το ποσοστό της χρόνιας κόπωσης εκτιμήθηκε πως ήταν 49.4%. Ακόμη, η χρόνια κόπωση ήταν παρούσα σε όλους τους ασθενείς που ανέπτυξαν κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, η ψυχική καταπόνηση βρέθηκε ότι σχετίζεται με την κόπωση, τη χαμηλή αισιοδοξία, τη συννοσηρότητα, την έλλειψη κοινωνικής στήριξης. Επίσης, βρέθηκε ότι σχετίζεται με κλινικές παραμέτρους, όπως το στάδιο της νόσου, την ύπαρξη κολοστομίας και την εντόπιση του καρκίνου, αλλά και με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο και η ηλικία. Ακόμη, σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση κατάθλιψης βρέθηκε να είναι η προγενέστερη ψυχική καταπόνηση του ασθενούς.

Στη συνέχεια οι πίνακες που ακολουθούν αναφέρουν το δείγμα, τα εργαλεία της κάθε μελέτης καθώς και τα σημαντικότερα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Norbin και συν. (2001) European Journal of Cancer.	522 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, μαστού, στομάχου και προστάτη.	Hospital Anxiety and Depression (HAD), Impact of Event (IES scale)	Οι τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους προβλέπουν μια παρόμοια κατάσταση έξι μήνες μετά.
Kurtz και συν. (2002) Supportive Care in Cancer	158 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), 36 Item, Short Form Health Survey (SF-36) και Symptom Experience Scale	Οι γυναίκες, οι Αφροαμερικάνοι, η συννοσηρότητα, η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και τα συμπτώματα της νόσου βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης.
Lynch και συν. (2008) Cancer	1822 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), Revised Life Orientation Test, The Constructed Meaning Scale και 6 θέματα από το Brief Social Support Questionnaire.	Η ψυχική καταπόνηση 6 μήνες μετά τη διάγνωση, η συννοσηρότητα, η αισιοδοξία, η αξιολόγηση απειλής του καρκίνου και η κοινωνική στήριξη φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με τη ψυχική καταπόνηση 12 μήνες αργότερα.
Goldzweig και συν. (2009) Critical Reviews in Oncology/Haematology	231 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και τους συζύγους τους.	Brief Symptom Inventory (BSI), Impact of Event Scale (IES), Mental Adjustment to Cancer (MAC), Perceived Family Support (PFS), the Enrich Marital Satisfaction Scale (EMS), and Cancer Perceived Agents of Social Support (CPASS).	Παρ'όλο που οι άντρες αναφέρουν ότι λαμβάνουν περισσότερη στήριξη από τις γυναίκες τους, αναφέρουν επίσης και υψηλά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης.

Μελέτη	Δείγμα	Εργασία	Αποτελέσματα
Brasso και συν. (2010) Scandinavian Journal of Gastroenterology	600 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	SCL90 (symptom check list)	Οι άντρες εμφανίζουν χαμηλές τιμές στις κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και της σωματοποίησης, 3 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση, ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλές τιμές μόνο στην κλίμακα του άγχους.
Tuinstra και συν. (2004) British Journal of Health Psychology	137 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Τρεις και έξι μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση, τα επίπεδα της ψυχικής καταπόνησης παρέμειναν υψηλά στις γυναίκες, ενώ στους άντρες επέστρεψαν σε φυσιολογικές τιμές.
Simon και συν. (2009) Colorectal Disease.	128 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale και FACT-C.	Οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου είχαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους.
Parker και συν. (2010) Psychology, Health & Medicine	301 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Hospital Anxiety Depression Scale, the Brief COPE, the Social Provisions Scale, the Life Orientation Test Revised, 2 Appraisal Scales.	Η αγωνία για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ενδοσκόπησης, η χαμηλή αισιοδοξία, η παρούσα συμπτωμάτων, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση άγχους και ψυχικής καταπόνησης.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Dos Santos και συν. (2009) Revista da Escola de Enfermagem da USP.	154 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Revised Piper Fatigue Scale και Beck Depression Inventory (BDI)	Βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και κόπωσης.
Ina και συν. (2010) Gan To Kagaku Ryooho.	47 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και στομάχου	Zung Self Rating Depression Scale(SDS)	Το ποσοστό κατάθλιψης αυξάνεται στους ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου.

4.3. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου

Η μελέτη παραγόντων προσωπικότητας στον καρκίνο παχέος εντέρου είναι περιορισμένη και στις περισσότερες περιπτώσεις εστιάζει μόνο σε γενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως είναι το «Trait-Anxiety» του Spielberger ή μεμονωμένες άμυνες.

Στην περισσότερο ενδιαφέρουσα μελέτη των Kune και συν. (1991) διατυπώθηκαν 22 ψυχοκοινωνικά προσανατολισμένες ερωτήσεις σε προσωπική συνέντευξη με 637 ιστολογικά επιβεβαιωμένους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν προκειμένου να εξεταστεί η ύπαρξη ενός ιδιαίτερου προφίλ προσωπικότητας. Η αυτό-αναφερόμενη “έλλειψη χαράς” στην παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις με καρκίνο, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (714 υγιή άτομα από τον πληθυσμό της Μελβούρνης). Βασικά τους χαρακτηριστικά ήταν η «άρνηση» (denial), η αδυναμία έκφρασης του θυμού και άλλων αρνητικών συναισθημάτων, η «καταστολή» (suppression) των συναισθηματικών αντιδράσεων και η αποφυγή συγκρούσεων. Χαρακτηριστικό ήταν επίσης πως εξωτερικά έδιναν μια εικόνα ενός “συμπαθητικού” και “καλού” ατόμου. Αν και τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή, τα δεδομένα αυτά είναι σύμφωνα με την υπόθεση ότι αυτός ο τύπος προσωπικότητας μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στην κλινική εκδήλωση του καρκίνου παχέος εντέρου και χρήζει περαιτέρω μελέτης.

Καθώς όμως η μελέτη αυτή συνέκρινε τους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου μόνον με δείγμα φυσιολογικού πληθυσμού, δεν μπορούσε επαρκώς να τεκμηριώσει ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας απαντώνται ειδικά στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Στο βαθμό που ο βασικός σχεδιασμός της μελέτης μας εστιάζει σε παρόμοια θέματα, τα ζητήματα αυτά θα πρέπει να τα λάβουμε σοβαρά υπόψη μας στον σχεδιασμό της μελέτης.

Επιπλέον, η ενδιαφέρουσα αυτή μελέτη δεν χρησιμοποιεί σταθμισμένα εργαλεία, αλλά κυρίως «ανοιχτού τύπου» ερωτήσεις, από τις οποίες συνάγει τα συμπεράσματα της για ένα προφίλ προσωπικότητας με τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Σε μια άλλη έρευνα των Kavan και συν. (1995) μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Εξήντα ένα άνδρες που εμφάνισαν καρκίνο παχέος εντέρου μεταξύ των ετών 1977 και 1988, είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) μεταξύ των

ετών 1947 και 1975 και στη συνέχεια, τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με ένα δείγμα εξήντα ένος ανδρών που συμπλήρωσαν το MMPI την ίδια χρονική περίοδο, αλλά δεν εμφάνισαν καρκίνο μετέπειτα. Το ερωτηματολόγιο MMPI χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθούν οι πιθανές διαφορές στην προσωπικότητα μεταξύ των περιπτώσεων καρκίνου και της ομάδας ελέγχου. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα περιστατικά καρκίνου και την ομάδα ελέγχου βρέθηκαν στη μεταβλητή της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας-εχθρότητας. Οι ασθενείς με καρκίνο βρέθηκε να έχουν υψηλότερη εξωστρεφόμενη επιθετικότητα από την ομάδα ελέγχου. Μια πολλαπλή ανάλυση των μεταβλητών διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που μετέπειτα εμφάνισαν τον καρκίνο είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα για τις φοβίες.

Από τους Fehring και συν. (1997) μελετήθηκαν 100 ηλικιωμένοι ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 73 έτη), όπου έπασχαν από διάφορους τύπους καρκίνου. Η πλειοψηφία των ασθενών (62%) έπασχε από καρκίνο παχέος εντέρου, μαστού ή πνευμόνων. Σε κάθε ασθενή δόθηκε η κλίμακα πνευματικής ευημερίας (spiritual well-being scale), το ερωτηματολόγιο που εκτιμά την ενδογενή και εξωγενή θρησκευτικότητα (intrinsic and extrinsic religiosity index), η κλίμακα κατάθλιψης (geriatric depression scale), η κλίμακα Miller hope scale και η κλίμακα διάθεσης (Profile of Mood States scale).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν θετική συσχέτιση της ενδογενούς θρησκευτικότητας και της πνευματικής ευημερίας με την ελπίδα και τις θετικές διαθέσεις-στάσεις (positive mood states), ενώ βρέθηκε μια αρνητική συσχέτιση της ενδογενούς θρησκευτικότητας με την κατάθλιψη και τις αρνητικές διαθέσεις-στάσεις (negative mood states). Η ανάλυση των μεταβλητών έδειξε ότι τα σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ελπίδας και θετικών διαθέσεων-στάσεων (positive mood states), βρέθηκαν στους ηλικιωμένους ασθενείς με τα υψηλότερα επίπεδα ενδογενούς θρησκευτικότητας και πνευματικής ευημερίας. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι η ενδογενής θρησκευτικότητα και η πνευματική ευημερία συνδέονται με την ελπίδα και τη θετική διάθεση σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο.

Οι Schaubé και συν. (1996) εξέτασαν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε 205 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, από τους οποίους οι 78 είχαν μια εκτομή και οι 127 κολοστομία. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών εξετάστηκαν με το ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory (STAI) και η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με κολοστομία

παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και είχαν απαισιόδοξες προσδοκίες για το μέλλον, σε σχέση με εκείνους που είχαν μια τοπική εκτομή.

Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει η έρευνα των Ramfelt και συν. (2000). Σκοπός της μελέτης ήταν να περιγραφούν οι ρόλοι που προτιμούνται στη λήψη αποφάσεων για την θεραπεία, σε πρόσφατα διαγνωσμένους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, καθώς και να διερευνηθεί η σχέση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, της κλίμακας εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence Scale, SOC) και του νοήματος που είχε η νόσος για τους ασθενείς, με τους ρόλους που προτιμούνται στη λήψη αποφάσεων για την θεραπεία. Μελετήθηκαν ογδόντα έξι ασθενείς. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα ακόλουθα: η κλίμακα Control Preferences Scale (CPS), οι οχτώ κατηγορίες του Lipowski για το νόημα της νόσου (LCMD) και η κλίμακα SOC. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 62% των ασθενών προτιμούσαν ένα συνεργάσιμο-ενεργητικό ρόλο και το 28% ένα παθητικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία. Επίσης, το 71% των ασθενών παρουσίασε μια αισιόδοξη κατανόηση της νόσου. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το νόημα της ασθένειας, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, καθώς και η αίσθηση συνοχής των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με την λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία. Φαίνεται πως απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στη λήψη αποφάσεων.

Σε μια μελέτη των Lee και συν. (2006) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα μιας νέας ψυχολογικής παρέμβασης, ειδικά σχεδιασμένης να αντιμετωπίζει υπαρξιακά ζητήματα, μέσω της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης “αναζήτησης νοήματος” (meaning-making coping strategies) στην ψυχολογική προσαρμογή στον καρκίνο. Στόχος της ψυχολογικής αυτής παρέμβασης ήταν να επιτευχθεί μια καλύτερη κατανόηση του ψυχολογικού αντίκτυπου του καρκίνου στη ζωή του ατόμου. Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από ογδόντα δύο ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ή μαστού, οι περισσότεροι από τους οποίους βρίσκονταν στο στάδιο 2 ή 3 και λάμβαναν καθημερινή φροντίδα, χωρίς όμως καμία ψυχολογική παρέμβαση. Από την άλλη πλευρά, η πειραματική ομάδα συμμετείχε σε τέσσερις συναντήσεις, όπου γινόταν αξιολόγηση των συναισθηματικών και γνωστικών αντιδράσεων των ασθενών στη διάγνωση του καρκίνου. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Life Orientation Test-Revised (LOT-R) και Generalized Self-Efficacy Scale (GSES). Η μελέτη αναφέρει τα αποτελέσματα από ένα δείγμα 74 ασθενών που συμπλήρωσαν και επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια, τα οποία εκτιμούσαν την αυτοεκτίμηση, την αισιόδοξία

και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Βρέθηκε ότι η πειραματική ομάδα επιδείκνυε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αισιοδοξίας και αυτό-αποτελεσματικότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) είναι μία έννοια που αναπτύχθηκε από τον Bandura (1977) και αναφέρεται στην πίστη που έχει κάποιος στις ικανότητές του, έτσι ώστε να μπορεί αναπτύξει συγκεκριμένες συμπεριφορές προκειμένου να αντιμετωπίσει ιδιάζουσες καταστάσεις.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε ότι οι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου εμφανίζουν διάφορα κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η «άρνηση», η αδυναμία έκφρασης του θυμού, η αποφυγή συγκρούσεων, η καταστολή των συναισθηματικών αντιδράσεων, καθώς και η «εχθρότητα-επιθετικότητα». Όμως, ενδείξεις μόνον υπάρχουν για τις συσχετίσεις που αναφέρονται, ενώ σαφώς περισσότερη έρευνα χρειάζεται ώστε να διερευνηθεί περαιτέρω ο ρόλος της προσωπικότητας στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής και στην πορεία της νόσου. Στην παρούσα μελέτη θα διερευνηθεί ο ρόλος που διαδραματίζουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά προσωπικότητας στην πορεία και στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Οι πίνακες που ακολουθούν περιγράφουν το δείγμα, τα εργαλεία και τα σημαντικότερα αποτελέσματα της κάθε μελέτης που αναφέρθηκε παραπάνω.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Kune και συν. (1991) Psychological Medicine	637 ιστολογικά επιβεβαιωμένοι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Συνέντευξη όπου διατυπώθηκαν 22 ψυχοκοινωνικά προσανατολισμένες ερωτήσεις	Υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των περιπτώσεων καρκίνου και της ομάδας ελέγχου, σχετικά με τα διάφορα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η «άρνηση», η αδυναμία έκφρασης του θυμού, η «καταστολή» των συναισθηματικών αντιδράσεων και η αποφυγή συγκρούσεων. Οι ασθενείς είχαν την τάση να δίνουν την εικόνα ενός “συμπαθητικού” και “καλού” ατόμου.
Kavan και συν. (1995) Journal of Psychosomatic Research	61 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που ανέπτυξαν τη νόσο 15 με 30 χρόνια μετά τη χορήγηση του MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	Στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των περιστατικών καρκίνου και της ομάδας ελέγχου βρέθηκαν να υπάρχουν στη μεταβλητή της εξωστρεφούς επιθετικότητας και στις υποκλίμακες για τις φοβίες.
Schaube και συν. (1996) Deutsche medizinische Wochenschrift	205 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, από τους οποίους οι 78 είχαν μια εκτομή και οι 127 μια κολοστομία	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) και EORTC QLQ-C30	Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με κολοστομία παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και είχαν απαισιόδοξες προσδοκίες για το μέλλον, σε σχέση με εκείνους που είχαν μια τοπική εκτομή.
Fehring και συν. (1997) Oncology Nursing Forum	100 ηλικιωμένοι ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας τα 73 έτη) με καρκίνο. Η πλειοψηφία των ασθενών (62%) έπασχαν από καρκίνο παχέος εντέρου, μαστού ή πνευμόνων	Χρησιμοποιήθηκαν: η κλίμακα πνευματικής ευημερίας (spiritual well-being scale), το ερωτηματολόγιο που εκτιμά την ενδογενή και εξωγενή θρησκευτικότητα (intrinsic and extrinsic religiosity index), η κλίμακα κατάθλιψης (geriatric depression scale), η κλίμακα Miller	Διαπιστώθηκε ότι τα σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ελπίδας και θετικών διαθέσεων (positive mood states) βρέθηκαν στους ηλικιωμένους ασθενείς με τα υψηλότερα επίπεδα ενδογενούς θρησκευτικότητας και πνευματικής ευημερίας.

		hope scale και η κλίμακα της διάθεσης (Profile of Mood States scale).	
Ramfelt και συν. (2000) European Journal of Cancer Care	86 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα ακόλουθα: η κλίμακα Control Preferences Scale (CPS), οι οχτώ κατηγορίες του Lipowski για το νόημα της νόσου (LCMD) και η κλίμακα SOC.	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 62% των ασθενών προτιμούσαν ένα συνεργάσιμο-ενεργητικό ρόλο και το 28% ένα παθητικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία. Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, το νόημα της νόσου όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, καθώς και η αίσθηση συνοχής των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με την λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία.
Lee και συν. (2006) Social Science & Medicine	74 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ή μαστού, οι περισσότεροι από τους οποίους βρίσκονταν στο στάδιο 2 ή 3	Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Life Orientation Test-Revised (LOT-R) και Generalized Self-Efficacy Scale (GSES)	Διαπιστώθηκε ότι η πειραματική ομάδα, η οποία αποτελούνταν από 82 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ή μαστού και ελάμβανε ψυχολογική στήριξη επιδείκνυε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αισιοδοξίας και αυτό-αποτελεσματικότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, που δεν ελάμβανε καμία ψυχολογική παρέμβαση.

5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες έχει στραφεί προς την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση, ως ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον επαρκής. Οι διαρκώς αυξανόμενες θεραπείες έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως σημαντική παράμετρο κατά την διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια και συνεπώς δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί (Guyatt και συν. 1993· Lehman, 1995· Testa και συν. 1996· Gunnars και συν. 2001).

Το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας, όπου ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Σχεδόν 50 χρόνια αργότερα, το 1993, ως ορισμός της ποιότητας ζωής αναφέρεται: «Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (Guyatt και συν. 1993· Lehman, 1995· Testa και συν. 1996· Gunnars και συν. 2001).

Για διάστημα πολλών ετών ο ακριβής ορισμός της ποιότητας ζωής παρέμενε δύσκολος. Διάφοροι ορισμοί που έχουν προταθεί κατά καιρούς από συγγραφείς παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1: Μερικοί κοινοί ορισμοί της ποιότητας ζωής
Ποιότητα Ζωής:
- είναι η κατάσταση καλής ζωής ως συνισταμένης δυο παραγόντων, της ικανότητας να επιτελεί ο ασθενής καθημερινές δραστηριότητες που αντανακλούν σωματική, κοινωνική και ψυχική ευρωστία και της ικανοποίησής του σε ό,τι αφορά τη λειτουργικότητά του και τον έλεγχο της νόσου (Gotay και συν. 1992). - είναι η υποκειμενική αξιολόγηση του ικανοποιητικού τρόπου ζωής ως συνόλου (Van Knippenberg και συν. 1988).

• είναι το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των επιτευγμάτων του ασθενούς· όσο μικρότερο το χάσμα τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής (Calman, 1984).
• αντιπροσωπεύει το λειτουργικό αποτέλεσμα μιας νόσου και της θεραπείας της, όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τον ίδιο τον ασθενή (Schipper και συν. 1988).

Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής (ΠΖ) αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, στη σημερινή εποχή, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η οποία αναγνωρίζεται ως η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του (Testa και συν. 1996· Gunnars και συν. 2001).

Η έννοια της Ποιότητας Ζωής εξειδικεύεται και χρησιμοποιείται με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο χώρο της υγείας, όπου ορίζεται ως Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health- Related Quality of Life). Εξετάζεται στο πλαίσιο της νόσου, δηλ. πώς η νόσος και η θεραπεία επιδρούν στην Ποιότητα Ζωής του πάσχοντος ατόμου και πώς αισθάνεται ο πάσχων σε επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και πόσο ικανοποιημένος είναι με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Παπαγεωργίου και συν. 2009).

Σε γενικές γραμμές, η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής συνιστά την υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς σχετικά με τα συμπτώματά του είτε αυτά προέρχονται από τη νόσο είτε από τη θεραπεία αυτής. Παρότι ο όρος εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία μόλις προ 20ετίας, τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερες μελέτες κάνουν αναφορά στην ποιότητα ζωής. Επί του παρόντος, περίπου 10% των κλινικών μελετών στην ογκολογία συμπεριλαμβάνουν την ποιότητα ζωής ως βασική μεταβλητή εκτίμησης της έκβασης (Sanders και συν. 1998). Η προσέγγιση της ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν η εφαρμοζόμενη θεραπεία έχει παρηγορητική έννοια ή όταν τοξική για τον οργανισμό θεραπεία επιφέρει δυσανάλογα μικρή βελτίωση στο προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς.

Παρότι υπάρχουν αρκετά προβλήματα στην προσέγγιση και την εκτίμηση της, η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής έχει γίνει περισσότερο αποδεκτή από τους κλινικούς ιατρούς, ως δείκτης των υποκειμενικών εμπειριών που βιώνει ο ογκολογικός ασθενής ως απόρροια της νόσου του και της θεραπείας της. Σταδιακά εμφανίζεται ολοένα αυξανόμενος αριθμός μελετών στις οποίες η ποιότητα ζωής αποτελεί είτε πρωταρχικό είτε

δευτερεύον τελικό σημείο και καθίσταται φανερό ότι η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα ζωής μπορεί να συμβάλει στη μεγιστοποίηση του οφέλους κάθε ασθενούς ξεχωριστά (Ρεπάσος, 2007).

Η κολοστομία έχει βρεθεί ότι συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Συγκεκριμένα, οι Engel και συν. (2003) πραγματοποίησαν μια προοπτική μελέτη τεσσάρων ετών σε 329 ασθενείς με καρκίνο ορθού. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30 και το CR38. Οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν. Η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε σημαντικά στους ασθενείς, όταν η στομία αποκαταστάθηκε. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Ross και συν. (2007), που πραγματοποιήθηκε σε 249 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Οι ασθενείς με κολοστομία είχαν χαμηλότερες τιμές στις περισσότερες περιοχές της Ποιότητας Ζωής.

Όσον αφορά στην επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, σε μια προοπτική μελέτη των Yost και συν. (2008), που πραγματοποιήθηκε σε 568 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι προγνωστικοί παράγοντες της σχετικής με τη Σωματική Υγεία ποιότητα ζωής. Το ερωτηματολόγιο Functional Assessment of Cancer Therapy – Colorectal (FACT-C) συμπληρώθηκε 9 και 19 μήνες μετά τη διάγνωση. Τρεις περιοχές του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκαν: οι κοινωνικές/ οικογενειακές σχέσεις (SWB), η ψυχική υγεία (EWB) και η φυσική λειτουργικότητα και υγεία (TOI). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η σχετική με τις κοινωνικές/ οικογενειακές σχέσεις ποιότητα ζωής ήταν καλύτερη σε όσους ήταν παντρεμένοι ή συγκατοικούσαν, ενώ βρέθηκε να είναι χειρότερη στους άντρες.

Επιπλέον, οι Schmidt και συν. (2005) πραγματοποίησαν προοπτική μελέτη 5 ετών σε 519 ασθενείς με καρκίνο ορθού, 264 άντρες και 255 γυναίκες. Το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-C-30 συμπληρώθηκε το διάστημα πριν την χειρουργική επέμβαση, λίγες εβδομάδες μετά την επέμβαση, 3, 6, 12 και 24 μήνες μετά την επέμβαση. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστούν οι αλλαγές της ποιότητας ζωής μετά την χειρουργική επέμβαση και να διερευνηθούν οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής επιδεινώνεται σημαντικά στην αρχική περίοδο μετά την επέμβαση. Από τον τρίτο μήνα και έπειτα, η

γενική ποιότητα ζωής, η ψυχική και σωματική υγεία βελτιώνονται. Οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται από την επιβαρημένη γενική και σωματική υγεία και να σχετίζονται με υψηλά επίπεδα κόπωσης και υπερέντασης μετά την επέμβαση. Από την άλλη πλευρά, οι άντρες αναφέρουν δυσκολίες στην σεξουαλική ικανοποίηση, οι οποίες οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα υπερέντασης σε σχέση με τις γυναίκες. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ποιότητα ζωής αλλάζει μετά την χειρουργική επέμβαση και διαφέρει ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες.

Περιορισμένες είναι οι μελέτες που εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο μεταβάλλεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου μετά από μια χειρουργική επέμβαση, καθώς και εάν υπάρχουν προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής μετά από ένα χρόνο. Σε μια πρόσφατη έρευνα των Tsunoda και συν. (2007), συμμετείχαν εκατό ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-C30 χορηγήθηκε πριν την χειρουργική επέμβαση και μετά την επέμβαση χορηγούταν κάθε μήνα για ένα χρόνο. Οι τιμές από πέντε περιοχές της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, λειτουργικότητα του ρόλου, κόπωση, πόνος και δύσπνοια) είχαν επιδεινωθεί σημαντικά ένα μήνα μετά την επέμβαση. Οι τιμές από επτά περιοχές της ποιότητας ζωής (Γενική ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, αϋπνία, ανορεξία, διάρροια και οικονομικές δυσκολίες) είχαν βελτιωθεί τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Συμπερασματικά, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου σταθεροποιείται τρεις μήνες μετά την επέμβαση.

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Breunkink και συν. (2007), τα οποία έδειξαν ότι τρεις μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση στην ψυχική υγεία, ενώ ένα χρόνο μετά σημειώθηκαν βελτιώσεις στη Γενική ποιότητα ζωής αλλά και σε συμπτώματα, όπως η κόπωση, ο πόνος και η ανορεξία.

Στην έρευνα των Camilleri και συν. (2001), συμμετείχαν 65 ασθενείς με καρκίνο ορθού. Τα ερωτηματολόγια: Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36), European Organization for the Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 και QLQ-CR38 χορηγήθηκαν στους ασθενείς πριν το χειρουργείο, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης στο σπίτι, και για ένα χρόνο μετά την επέμβαση χορηγούνταν κάθε τρεις μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής επιδεινώθηκε σημαντικά τον πρώτο καιρό μετά την επέμβαση. Τρεις μήνες μετά την επέμβαση η γενική ποιότητα ζωής και η σχετική με την Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής βελτιώθηκαν. Οι τιμές, όμως, της χρόνιας κόπωσης και του πόνου ήταν παρόμοιες με τις τιμές που είχαν στην αρχική εκτίμηση και με το πέραςμα

του χρόνου δεν άλλαξαν. Η σεξουαλική ικανοποίηση και τα σεξουαλικά προβλήματα στο ανδρικό φύλο επιδεινώθηκαν στην αρχική μετεγχειρητική περίοδο χωρίς να βελτιωθούν με το πέρασμα του χρόνου. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο ορθού, μετά από μια χειρουργική επέμβαση, μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου.

Επίσης, κλινικές παράμετροι όπως το στάδιο της νόσου, εντάσσονται στους παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής. Σε μια πρόσφατη έρευνα (Simon και συν, 2009), διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στο στάδιο του καρκίνου και την ψυχοκοινωνική ευημερία σε 128 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, 52% άντρες και 48% γυναίκες. Για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Center for Epidemiological Studies Depression Scale, το άγχος εκτιμήθηκε από την υποκλίμακα άγχους του ερωτηματολογίου Hospital Anxiety and Depression Scale και η ποιότητα ζωής από το ερωτηματολόγιο FACT-C.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους, θεωρούσαν την κοινωνική στήριξη που λάμβαναν χαμηλή και είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Επίσης, οι γυναίκες με προχωρημένο στάδιο καρκίνου εμφάνιζαν πιο σοβαρά συμπτώματα λόγω του καρκίνου στο παχύ έντερο και η σχετική με την Σωματική και Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής ήταν πιο επιδεινωμένη σε σχέση με τους άντρες. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου έχουν ποικίλες ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Επιπλέον, οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από το στάδιο του καρκίνου σε σχέση με τους άντρες.

Αντίθετα, σε μια άλλη μελέτη των Gall και συν. (2007) με 338 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, διαπιστώθηκε ότι ένα προχωρημένο στάδιο καρκίνου σχετίζονταν με μια τάση βελτίωσης στη σχετική με την Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής. Συγκρίνοντας όλες τις ομάδες επανελέγχου, βρέθηκε ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στην αρχική εκτίμηση και 12 και 24 μήνες μετά τη διάγνωση, φαίνεται να είναι χαμηλότερα σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου.

Το αίσθημα του πόνου, επίσης, έχει ενοχοποιηθεί για την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών, (Tsunoda και συν, 2007) το ίδιο και η χρόνια κόπωση (fatigue), η οποία έχει βρεθεί ότι συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που μειώνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής, όπως καταδεικνύεται στην έρευνα των Arndt και συν. (2004), όπου διαπιστώθηκε ότι ελλείψεις στη συναισθηματική και κοινωνική

λειτουργικότητα, καθώς και συγκεκριμένοι περιορισμοί, όπως η κόπωση, η δύσπνοια, η αϋπνία και οι οικονομικές δυσκολίες βρέθηκαν να είναι σημαντικοί παράγοντες που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Πολλές είναι οι μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Αρκετές από αυτές υποστηρίζουν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Συγκεκριμένα, οι Alacacioglu και συν. (2009) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής και η ψυχολογική κατάσταση Τούρκων ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Εκατόν-δέκα ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, που ελάμβαναν χημειοθεραπεία, συμμετείχαν στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Beck Depression Inventory (BDI), το State-Trait Anxiety Inventory (STAI) και το European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC-QLQ-C30; version 3).

Το 23.6% των ασθενών εμφάνισε κατάθλιψη. Οι τιμές στις κλίμακες του EORTC-QLQ-C30 και η Γενική ποιότητα ζωής των ασθενών που εμφάνισαν κατάθλιψη, ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε σχέση με τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη, ενώ οι ασθενείς με χαμηλές τιμές στην κλίμακα του άγχους (STAI) εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες του EORTC-QLQ-C30 και καλύτερη Γενική ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς που παρουσίαζαν υψηλές τιμές στην κλίμακα του άγχους. Συμπερασματικά, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής των τούρκων ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Gall και συν. (2007) με 338 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, διαπιστώθηκε ότι η σχετική με τη Σωματική Υγεία ποιότητα ζωής επιβαρύνεται αμέσως μετά την θεραπεία, ενώ ένα χρόνο μετά επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα. Όμως, η σχετική με τη Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής, το άγχος και η κατάθλιψη βρέθηκαν να έχουν υψηλότερες τιμές έναντι του γενικού πληθυσμού στα δυο χρόνια επανελέγχου.

Σε μια άλλη μελέτη των Ramsey και συν (2000), σε 173 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν φτωχή στα πρώτα τρία χρόνια μετά τη διάγνωση, ενώ σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής παρατηρήθηκε μετά τα τρία χρόνια και, κυρίως, βελτίωση σημειώθηκε στη σχετική με τη Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής. Ακόμη, το χαμηλό εισόδημα συσχετίστηκε με υψηλές τιμές στην κλίμακα του πόνου και με επιδείνωση στις κοινωνικές σχέσεις και στην ψυχική υγεία.

Παρ'ότι υπάρχουν προβλήματα στην προσέγγιση και την εκτίμηση της ποιότητα ζωής, σταδιακά εμφανίζεται ολοένα αυξανόμενος αριθμός μελετών στις οποίες η ποιότητα ζωής αποτελεί είτε πρωταρχικό είτε δευτερεύον στόχο. Είναι φανερό ότι η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα ζωής μπορεί να συμβάλει στη μεγιστοποίηση του οφέλους κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

Στη συνέχεια, ακολουθούν κάποιοι πίνακες που αναφέρουν το δείγμα, τα εργαλεία και τα σημαντικότερα αποτελέσματα της κάθε μελέτης που αναφέρθηκε παραπάνω.

Μελέτη	Δείγμα	Εργασία	Αποτελέσματα
Engel και συν. (2003) Annals of Surgery	329 ασθενείς με καρκίνο ορθού	European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30 και το CR38	Οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν κολοστομία.
Ross και συν. (2007) Support Care Cancer	249 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30	Οι ασθενείς με κολοστομία είχαν χαμηλότερες τιμές στις περισσότερες περιοχές της Ποιότητας Ζωής.
Yost και συν. (2008) Health and Quality of Life Outcomes	568 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Functional Assessment of Cancer Therapy –Colorectal (FACT-C)	Η σχετική με τις κοινωνικές/οικογενειακές σχέσεις ποιότητα ζωής ήταν καλύτερη σε όσους ήταν παντρεμένοι ή συγκατοικούσαν, ενώ βρέθηκε να είναι χειρότερη στους άντρες.
Schmidt και συν. (2005) World Journal of Surgery	519 ασθενείς με καρκίνο ορθού	EORTC-QLQ-C-30	Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ποιότητα ζωής αλλάζει μετά την χειρουργική επέμβαση και διαφέρει ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες.
Tsunoda και συν. (2007) Acta Oncologica	100 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	EORTC-QLQ-C-30	Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου σταθεροποιείται τρεις μήνες μετά την επέμβαση.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Breunkink και συν. (2007) Diseases of Colon and Rectum.	51 ασθενείς με καρκίνο ορθού	Medical Outcomes Study Short Form 36 και European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire	Τρεις μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση στην ψυχική υγεία, ενώ ένα χρόνο μετά σημειώθηκαν βελτιώσεις στη Γενική ποιότητα ζωής
Camilleri και συν. (2001) British Journal of Surgery.	65 ασθενείς με καρκίνο ορθού	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) και European Organization for the Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 και QLQ-CR38	Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο ορθού, μετά από μια χειρουργική επέμβαση, μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου.
Simon και συν. (2009) Colorectal Dis.	128 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale και FACT-C.	Οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου έχουν ποικίλες ψυχοκοινωνικές ανάγκες, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από το στάδιο του καρκίνου σε σχέση με τους άντρες.
Gall και συν. (2007) Diseases of Colon and Rectum	338 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	EORTC-QLQ-C-30	Ένα προχωρημένο στάδιο καρκίνου βρέθηκε να σχετίζεται με μια τάση βελτίωσης στη σχετική με τη Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής.

Μελέτη	Δείγμα	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Arndt και συν. (2004) Journal of Clinical Oncology	309 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	EORTC-QLQ-C-30	Η κόπωση, η δύσπνοια, η αϋπνία και οι οικονομικές δυσκολίες βρέθηκαν να είναι σημαντικοί παράγοντες που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.
Alacacioglu και συν. (2009) Support Care Cancer	110 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Beck Depression Inventory (BDI), το State-Trait Anxiety Inventory (STAI) και European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC-QLQ-C30; version 3).	Το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.
Ramsey και συν (2000) Cancer.	173 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	Functional Assessment of Cancer Therapy Scales for Colorectal Cancer (FACT-C) and the Health Utilities Index (HUI) Mark III.	Η ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν φτωχή στα πρώτα τρία χρόνια μετά τη διάγνωση, ενώ σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής παρατηρήθηκε μετά τα τρία χρόνια.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η συγχρονική (cross-sectional) μελέτη έχει τους εξής στόχους:

- 1) Να εξεταστεί η υπόθεση ότι η ψυχική καταπόνηση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, και να διερευνηθεί εάν η σχέση αυτή είναι ανεξάρτητη από την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, και τη σοβαρότητα της νόσου (δηλαδή το στάδιο της νόσου, την εντόπιση του καρκίνου και τη διάρκεια της νόσου)
- 2) Να διερευνηθεί εάν στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δηλαδή οι μηχανισμοί άμυνας, η εχθρότητα και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και εάν η σχέση αυτή διαμεσολαβείται από την ψυχική καταπόνηση

Η προοπτική (prospective) μελέτη έχει τους εξής στόχους:

- 1) να αξιολογηθεί η πορεία της ψυχικής καταπόνησης και της ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, κατά τη διάρκεια ενός έτους
- 2) να αναγνωριστούν κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης
- 3) να αναγνωριστούν κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής
- 4) να επιβεβαιωθεί η υπόθεση της συγχρονικής μας μελέτης, ότι η ψυχική καταπόνηση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν σημαντικά στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής.

2. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Ασθενείς

Συγχρονική μελέτη

Η συλλογή του ερευνητικού υλικού της συγχρονικής (cross-sectional) μελέτης πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία της Ογκολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, το οποίο παρέχει δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε πληθυσμό περίπου 350.000. Η διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου στηρίχθηκε σε θετική βιοψία για καρκινικά κύτταρα, μετά από κολονοσκόπηση. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν η ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας και το ιστορικό σοβαρής ψυχικής νόσου, άνοιας ή χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών. Αρχικά οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας από τον θεράποντα ιατρό τους. Από τους 316 ασθενείς, οι 247 πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής και οι 162 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (ποσοστό συμμετοχής: 65.6%). Στην πλειοψηφία τους ήταν άνδρες (67.3%), ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 65 έτη (SD, 9.5), με το εύρος να κυμαίνεται από 34 έως 83 έτη. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 1. Στη συνέχεια, λαμβάνονταν ένα πλήρες κοινωνικό ιστορικό (ηλικία, επάγγελμα, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση) και κλινικό ιστορικό (διάρκεια της νόσου, ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης, λήψη φαρμακευτικής αγωγής). Στη συνέχεια, οι εξεταζόμενοι ενημερώνονταν σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε βασικούς δημογραφικούς παράγοντες μεταξύ συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων.

Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν βασίστηκαν στους ηθικούς κανόνες δεοντολογίας που ορίζονται από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration). Η έρευνα είχε επίσης την έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (No 11/7.11.2006).

Προοπτική μελέτη

Στην προοπτική μελέτη, από τους 162 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που συμμετείχαν στην πρώτη φάση της μελέτης, 84 ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο

(δηλαδή αποκλείστηκαν οι ασθενείς με καρκίνο σταδίου IV) συμμετείχαν και στη δεύτερη εκτίμηση, ένα έτος αργότερα (ποσοστό απόκρισης 50.0%). Εκτιμήθηκε ο βαθμός ψυχικής καταπόνησης (SCL-90) και η ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).

2.2. Εργαλεία

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία: Α) Δημογραφικές πληροφορίες, Β) Κλινικό ιστορικό, Γ) Κλίμακες εκτίμησης Ψυχοπαθολογίας, Δ) Κλίμακες εκτίμησης Προσωπικότητας και Ε) Κλίμακες εκτίμησης του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Α. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- φύλο
- ηλικία
- οικογενειακή κατάσταση: α) έγγαμος/η, β) άγαμος/η, γ) διαζευγμένος/η, δ) συγκατοίκηση και ε) χήρος/α
- μορφωτικό επίπεδο: α) αναλφάβητος/η, β) μέχρι κάποιες τάξεις του δημοτικού σχολείου, γ) απόφοιτος/η δημοτικού, δ) απόφοιτος/η γυμνασίου, ε) απόφοιτος/η λυκείου, στ) φοιτητής/τρια ΤΕΙ, ζ) φοιτητής/τρια ΑΕΙ, η) απόφοιτος/η ΤΕΙ και ι) απόφοιτος/η ΑΕΙ
- επάγγελμα: α) άνεργος/η, β) οικιακά, γ) εργάτης/τρια, δ) αγρότης/τισσα ε) αυτοαπασχολούμενος/η, στ) ιδιωτικός/η υπάλληλος και ζ) δημόσιος/α υπάλληλος
- τόπος κατοικίας: α) χωριό, β) κωμόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους, γ) πόλη από 10.000-150.000 κατοίκους και δ) πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους
- την υποκειμενική αξιολόγηση των συμμετεχόντων για την ψυχολογική τους λειτουργικότητα
- την παρακολούθηση από επαγγελματία ψυχικής υγείας: α) για ποιο λόγο β) διάρκεια επισκέψεων
- καπνιστικές συνήθειες και
- την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (Βλ. Παράρτημα)

B. ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- την ημερομηνία της πρώτης επίσκεψης του ασθενούς στον ογκολόγο
- την ημερομηνία διάγνωσης με βάση την ιστολογική εξέταση
- την εντόπιση της νεοπλασίας: α) ορθό, β) παχύ έντερο
- το στάδιο του καρκίνου
- την ύπαρξη μεταστάσεων, και αν ναι σε ποιο σημείο α) εγκεφαλικές, β) στον πνεύμονα γ) ηπατικές
- τη θεραπεία: α) χημειοθεραπεία, β) χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, γ) ακτινοθεραπεία, δ) μόνο παρακολούθηση
- το σχήμα της χημειοθεραπείας: α) επικουρική (adjuvant) θεραπεία, β) σχήμα 1^{ης} γραμμής γ) σχήμα 2^{ης} γραμμής δ) σχήμα 3^{ης} γραμμής ε) σχήμα 4^{ης} γραμμής (το κάθε σχήμα αποτελείται από κύκλους χημειοθεραπειών, όπου ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής, εντάσσεται και στο αντίστοιχο σχήμα θεραπείας)
- την ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης
- την ύπαρξη κολοστομίας
- ο Δείκτης Λειτουργικότητας (performance status)
- την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού με καρκίνο
- την ύπαρξη άλλων χρόνιων νόσων και
- τη λήψη άλλων φαρμάκων

Γ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Για την ανίχνευση της ύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών επιλέχθηκε το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28), ενώ για την εκτίμηση της έντασης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων η Κλίμακα SCL-90R.

I. Το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας [General Health Questionnaire-28 (GHQ- 28)]*, είναι ένα εργαλείο με υψηλή διακριτική ικανότητα που έχει στόχο την ανίχνευση ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή εξωτερικών ιατρείων και δομών. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σε τέσσερις μορφές: α) 60 (GHQ-60), β) 30 (GHQ-30), γ) 28 (GHQ-28) και δ) 12 (GHQ-12) ερωτημάτων. Στην

παρούσα έρευνα χορηγήθηκε η μορφή των 28 ερωτήσεων (GHQ-28). Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων και η αξιολόγηση γίνεται είτε στην τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3), είτε στην ονομαζόμενη κλίμακα GHQ (0-0-1-1) (Goldberg και συν, 1979). Εκτός από το συνολικό δείκτη πιθανής ψυχιατρικής νοσηρότητας, εξετάζει και το ενδεχόμενο ύπαρξης ψυχοπαθολογίας σε τέσσερις επιμέρους περιοχές: α) σωματικά συμπτώματα β) άγχος και διαταραχές του ύπνου, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) καταθλιπτικό συναίσθημα. Όσο η συνολική βαθμολογία ανεβαίνει, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα το περιστατικό να εκτιμηθεί ως «ψυχιατρική περίπτωση» (caseness). Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί μέσω σημείων ουδών ή σημείων διαχωρισμού (cut-off points) το ενδεχόμενο ύπαρξης ή όχι ψυχικής διαταραχής. Το σημείο-ουδός για την εκτίμηση παρουσίας ή μη ψυχικής νόσου, όσον αφορά τον Ελληνικό πληθυσμό, έχει βρεθεί ότι είναι το «5» (Garyfallos και συν, 1991). Αξίζει να επισημανθεί ότι η ελληνική έκδοση του GHQ-28 μεταφράστηκε στα ελληνικά και συμπληρώθηκε, τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική εκδοχή από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή στα ελληνικά βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά σε εξωτερικά ιατρεία παθολογικής κλινικής. Η αξιοπιστία χορήγησης-επαναχορήγησης του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε με τρεις έρευνες, στις οποίες οι δείκτες ήταν αντιστοίχως 0.90, 0.75, 0.51. Η αξιοπιστία ελέγχθηκε με τη μέθοδο της «διαίρεσης στα δύο» (split-half), σε δείγμα 853 ατόμων και έδωσε συντελεστή 0.95. Ως προς την εγκυρότητα του GHQ-28, ο συντελεστής συνάφειας με την Present State Examination, η οποία έχει ήδη εκτιμηθεί για τον ελληνικό πληθυσμό, ήταν 0.77 (Garyfallos και συν, 1991).

II. Η Κλίμακα εκτίμησης της έντασης των Ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List-90 Revised). Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη πολυδιάστατη κλίμακα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, που αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, οι οποίες είναι έτσι διατυπωμένες ώστε να δίνουν ένα μέτρο για την ένταση της συμπτωματολογίας σε αρκετές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας (Derogatis, 1994). Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία παρίσταται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες: 1) σωματοποίηση (12 διαπιστώσεις): αιτιάσεις που αφορούν σωματικά συμπτώματα 2) ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα (10 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο 3) διαπροσωπική ευαισθησία (9 διαπιστώσεις): αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και στις

σχέσεις με άλλους· 4) κατάθλιψη (13 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο· 5) επιθετικότητα (6 διαπιστώσεις): εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας· 6) φοβικό άγχος (7 διαπιστώσεις): απηχεί κυρίως τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία· 7) παρανοειδής ιδεασμός (6 διαπιστώσεις): αιτιάσεις και συμπεριφορά που αντιπροσωπεύουν παρανοειδή τρόπο σκέψης· 8) ψυχωτισμός (10 διαπιστώσεις): αντιπροσωπεύει μια σύμμειξη των συμπτωμάτων «Α τάξης» της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις· επίσης, επτά διαπιστώσεις αφορούν διάφορες αιτιάσεις (όρεξη, επέλευση ύπνου, πρωινή αφύπνιση, ανήσυχος ύπνος, πρόσληψη τροφής, σκέψεις θανάτου, αισθήματα ενοχής), οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες, αλλά συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών που αναφέρονται στη συνέχεια. Εκτός των 9 υποκλιμάκων εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά· β) το σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων· και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης μόνο. Η βαθμολόγηση της κάθε υποκλίμακας γίνεται με την άθροιση των βαθμολογιών των επιμέρους διαπιστώσεων που την απαρτίζουν. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Η προσαρμογή της κλίμακας στον Ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, με σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Donias και συν, 1991). Τέλος, το SCL-90 R έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στις ρευματοπάθειες και έρευνες επιβεβαιώνουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (Hyphantis και συν, 2006 □ Hyphantis και συν, 2007).

Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η επιλογή των ερωτηματολογίων που έπονται, βασίστηκε στην προσπάθεια να πραγματοποιηθεί η περιγραφή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των συμμετεχόντων υπό το πρίσμα διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων. Η έννοια των μηχανισμών άμυνας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες συνεισφορές της ψυχανάλυσης

στη θεωρία της προσωπικότητας. Σύμφωνα με την Ψυχολογία του Εγώ, οι μηχανισμοί άμυνας αποτελούν το μείζον μέσο διαχείρισης των ενστικτωδών ενορμήσεων και του συναισθήματος· είναι ασυνείδητοι και διακριτοί μεταξύ τους, έχουν δυναμικό και αναστρέψιμο χαρακτήρα, ενώ δύνανται να είναι τόσο παθολογικοί όσο και συμβιβαστικοί σχηματισμοί και να αντιπροσωπεύουν προσαρμοστικές και δημιουργικές λύσεις έναντι των ενδοψυχικών συγκρούσεων (Gabbard, 2006). Για την αξιολόγηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ επιλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια *Defense Style Questionnaire* (DSQ) και *Life Style Index* (LSI). Επίσης, στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-40) (Riding και συν, 1999), το οποίο βασίζεται στο "διαπροσωπικό οκταγωνικό σχήμα" του Birtchnell· μια εκδοχή της θεωρίας των αντικειμενότροπων σχέσεων, η οποία δίνει πληροφορίες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, αποκαλύπτοντας ταυτόχρονα πολλά στοιχεία για τη φύση των εσωτερικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ασθενούς. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει το πλεονέκτημα τόσο της ενσωμάτωσης της εξελικτικής θεωρίας (Birtchnell, 1993), όσο και για το ότι συμβιβάζεται με άνεση με το ψυχοδυναμικό μοντέλο. Η κλίμακα *εκτίμησης της Αίσθησης Συναρμότητας* (*Sense of Coherence-SOC*) που επιλέχθηκε, βασίζεται στη συστημική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία όλα τα ζωντανά συστήματα είναι ανοιχτά· αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους και για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά οποιουδήποτε οργανισμού θα πρέπει να τον δούμε ως σύνολο, αφενός εστιάζοντας στις αλληλεπιδράσεις και στις αλληλεξαρτήσεις ανάμεσα στα μέρη του και στα υπερσυστήματά του και αφετέρου στην έμφυτη τάση του να αυτοκατευθύνεται. Τέλος, επιλέχθηκε η κλίμακα *«Εχθρότητα και Κατεύθυνση της Εχθρότητας»* (*HDHQ*), η οποία εκτιμά την εχθρότητα ως τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου στη ματαίωση.

1. Το *Defense Style Questionnaire* (DSQ). Οι Vaillant & Vaillant (1992) ανέπτυξαν ένα σύστημα ιεραρχικής ταξινόμησης των αμυντικών μηχανισμών ανάλογα με το βαθμό ανωριμότητας ή ωριμότητας που τους διακρίνει. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι αμυντικοί μηχανισμοί βρέθηκαν να οργανώνονται σε τρεις κατηγορίες: Πρώτη κατηγορία, οι ανώριμες άμυνες. Σε αυτό το επίπεδο εντάσσονται εκείνοι οι μηχανισμοί οι οποίοι είναι συχνοί σε ενήλικες με κατάθλιψη, με εξαρτήσεις και με διαταραχές προσωπικότητας. Έχει, επίσης, υποστηριχθεί ότι οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας απαντώνται συχνότερα μεταξύ ατόμων με ελλιπή δύναμη του Εγώ (π.χ. μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών). Οι Semrad και συν. (1973) μελέτησαν τους μηχανισμούς άμυνας σχιζοφρενικών ασθενών, καταλήγοντας

στο συμπέρασμα ότι σε περιόδους υποτροπής γίνεται χρήση ναρκισσιστικών κατά κύριο λόγο αμυντικών μηχανισμών (δηλ. άρνησης, προβολής και διαστρέβλωσης), προκειμένου να διατηρηθεί η ακεραιότητα του Εγώ. Ακόμη, ανώριμοι μηχανισμοί εντοπίζονται και σε μικρότερες ηλικίες. Δεύτερη κατηγορία, οι νευρωτικές άμυνες. Οι άμυνες αυτές κυριαρχούν στους ασθενείς με νεύρωση και μπορούν να αλλάξουν με την ψυχοθεραπεία. Τρίτη και τελευταία κατηγορία είναι οι ώριμες άμυνες οι οποίες είναι πιο συχνές στα ώριμα και υγιή ενήλικα άτομα. Οι Bond και συν. (1983) έχοντας ως στόχο την αξιολόγηση μηχανισμών άμυνας του Εγώ, όπως αυτοί συνάγονται μέσω της εκδηλούμενης συμπεριφοράς, προχώρησαν στην ανάπτυξη του Defense Style Questionnaire (DSQ). Το *Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ (Defense Style Questionnaire, DSQ)*, αποτελείται από 88 διαπιστώσεις, οι οποίες περιγράφουν τα συνειδητά παράγωγα των μηχανισμών άμυνας του Εγώ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων σε μια εννιάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Το DSQ αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι άμυνες ακολουθούν μια ιεραρχική τάξη οργάνωσης στο συνεχές «ανωριμότητα-ωριμότητα», συγκροτώντας αμυντικά προφίλ. Η πρωτότυπη έκδοση προσδιορίζει 4 προφίλ και περιλαμβάνει 25 μηχανισμούς άμυνας του Εγώ:

α) το «*Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ*» (*Maladaptive Style*), το οποίο αποκαλύπτει την αδυναμία των συμμετεχόντων να διαχειριστούν τις ενορμήσεις τους και την κινητοποίηση λιγότερο ώριμων αμυντικών μηχανισμών όπως: της απόσυρσης (withdrawal), της παλινδρόμησης (regression), της εκδραμάτισης (acting out), της αναστολής (inhibition), της παθητικο-επιθετικότητας (passive-aggressive), και της προβολής (projection) (Bond και συν, 1983· Bond, 1992· Bond και συν, 2004).

β) το «*Προφίλ της Διαστρέβλωσης της Εικόνας*» (*Image-Distorting Style*), το οποίο υποδηλώνει υποκείμενη Ναρκισσιστική ή και Οριακή Οργάνωση της προσωπικότητας. Τα άτομα με αυτό το προφίλ διαχωρίζουν την εικόνα του εαυτού τους και των άλλων σε «καλή» και «κακή». Οι αμυντικοί μηχανισμοί που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία είναι: ο παντοδύναμος έλεγχος (omnipotence), η σχάση (splitting) και η αρχέγονη εξιδανίκευση (primitive idealization) (Bond και συν, 1983· Bond, 1992· Bond και συν, 2004).

γ) το «*Προφίλ της Αυτοθυσίας*» (*Self-Sacrificing Style*), το οποίο απεικονίζει την ανάγκη του ατόμου να διατηρεί την εικόνα ενός καλού και ευγενικού ατόμου που παρέχει βοήθεια στους άλλους και που ποτέ δεν θυμώνει. Σε αυτή την κατηγορία

περιλαμβάνονται: ο ψευδοαλtruισμός (pseudo-altuism) και ο σχηματισμός εξ αντιδράσεως (reaction-formation) (Bond και συν, 1983· Bond, 1992· Bond και συν, 2004).

δ) το «Προσαρμοστικό Προφίλ» (*Adaptive Style*), αναφέρεται στους λεγόμενους «ώριμους» μηχανισμούς άμυνας, την καταστολή (supression), τη μετουσίωση (sublimation) και το χιούμορ (humor) (Bond και συν, 1983· Bond, 1992· Bond και συν, 2004).

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς οι τρεις πρώτοι παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν αρνητική συνάφεια με τις μετρήσεις ωριμότητας των κλιμάκων Ego Srtength Questionnaire και Sentence Completion Test of Loevinger, ενώ ο τέταρτος συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά θετικά (Jacobson, 1992· Reister και συν, 1993· Trijsburg και συν, 2000). Ως προς την τρέχουσα εγκυρότητα, το DSQ αποδείχτηκε ικανό να διακρίνει μεταξύ κλινικού και μη κλινικού δείγματος. Και όσον αφορά στην εγκυρότητα πρόβλεψης, οι Tuulio-Henriksson και συν. (1997) υποστήριξαν ότι η παρουσία δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας περί το τέλος της εφηβείας παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας κατά την πρώτη ενήλικη ζωή, σύμφωνα με το General Health Questionnaire. Επίσης, το Defense Style Questionnaire (DSQ) συσχετίστηκε με τις κλίμακες Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), Life Events Scale και Health-Sickness Rating Scale (HSRS). Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας του DSQ και των ανώριμων μηχανισμών

άμυνας του DMRS, καθώς και των αγχογόνων γεγονότων ζωής, όπως αξιολογήθηκαν από το Life Events Scale (Bond, 1989). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον πληθυσμό των ΗΠΑ, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ολλανδίας και της Ιαπωνίας (Sammahalti και συν, 1994· Schauenburg και συν, 1991· Nishimura, 1998· Bonsack και συν, 1998).

Το DSQ μεταφράστηκε στα Ελληνικά κατόπιν αδείας με την μέθοδο της αμφίδρομης μετάφρασης (back-translation) και χορηγήθηκε σε δείγμα 984 ατόμων του προσωπικού του νοσοκομείου, 1084 σωματικά ασθενείς που παρακολουθούνται από διάφορες κλινικές του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και 240 Ψυχιατρικούς ασθενείς που παρακολουθούνται από την Ψυχιατρική Κλινική του ίδιου νοσοκομείου (Hyphantis, 2010). Για τον έλεγχο της Επαναληπτικής του Αξιοπιστίας, το DSQ

χορηγήθηκε δύο φορές σε 163 τελειόφοιτους φοιτητές Ιατρικής, με μεσοδιάστημα δυο μηνών. Για τον έλεγχο επιμέρους πλευρών της εγκυρότητας χορηγήθηκαν ταυτόχρονα τα ερωτηματολόγια, Symptom Distress Check List-90-R και MMPI-Ego Strenght. Η Παραγοντική Ανάλυση ταυτοποίησε τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι στην πλειονότητά τους συγκροτούν και τους παράγοντες της πρωτότυπης έκδοσης, ενώ η οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους βρέθηκαν συμβατές με το ιεραρχικό μοντέλο αμυντικής λειτουργίας που αποτελεί τη θεωρητική βάση κατασκευής του ερωτηματολογίου. Οι παράγοντες έδειξαν πολύ υψηλούς και στατιστικά σημαντικούς συντελεστές Επαναληπτικής Αξιοπιστίας (ΣΕΑ) (0.88, 0.81, 0.77, και 0.81, αντίστοιχα) και, ικανοποιητική Εσωτερική Συνοχή έδειξε το «Δυπροσαρμοστικό Προφίλ» και το «Προφίλ Αυτοθυσίας» με την εξαίρεση του «Προσαρμοστικού Προφίλ» και του «Προφίλ Διαστρέβλωσης της Εικόνας» (Cronbach Alpha: 0.82, 0.76, 0.68, και 0.66 αντίστοιχα). Ο συνυπολογισμός σε ορισμένα αμυντικά προφίλ και άλλων συναφών με αυτά μηχανισμών άμυνας, πέραν αυτών της αρχικής έκδοσης, ενίσχυσε την εσωτερική συνοχή τους στο Ελληνικό δείγμα. Η «Ισχύς του Εγώ» (MMPI-EgS) έδειξε θετική συσχέτιση με το «Προσαρμοστικό Προφίλ» ($p < 0.001$) και βαθμιαία αρνητική με τα υπόλοιπα ($p < 0.00001$), όπως θεωρητικά αναμένεται. Το «Δυπροσαρμοστικό Προφίλ» μπορούσε ευχερώς να διακρίνει τον πληθυσμό των ψυχιατρικά ασθενών από τους υγιείς ($p < 0.00001$), ενώ οι τελευταίοι έδειξαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στο «Προσαρμοστικό Προφίλ» ($p < 0.001$). Οι κλίμακες εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (GHQ-28 και SCL-90-R) βρέθηκε να σχετίζονται θετικά και σημαντικά με τα τρία «Ανώριμα» Προφίλ και αρνητικά με το «Προσαρμοστικό». Συμπερασματικά, η χρήση της Ελληνικής Έκδοσης του DSO αποδεικνύεται ένα αξιόπιστο, έγκυρο και χρήσιμο μέσο για την εκτίμηση της ανάπτυξης και λειτουργίας του Εγώ μέσω της αμυντικής του οργάνωσης προσφέροντας παράλληλα σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά τους ασθενείς με περιορισμένες δυνατότητες διαχείρισης του άγχους. Το Defense Style Questionnaire έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όπως σε καρκινοπαθείς (Beresford και συν, 2006), σε ασθενείς με γαστρεντερολογικές παθήσεις (Hyphantis και συν, 2005), σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Hyphantis και συν, 2006), σε ασθενείς με Σκληρόδερμα (Hyphantis και συν, 2007), και σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο και Ελκώδη Κολίτιδα (Hyphantis και συν, 2009).

2. Η Κλίμακα Life Style Index (LSI), η οποία κατασκευάστηκε από τους Plutchik και συν. (1977) αφορά την εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ σύμφωνα με τη γενική θεώρηση των συγκινήσεων που αναπτύχθηκε από τους ίδιους [Conte & Plutchik, 1995]. Αποτελείται από 97 προτάσεις, που περιγράφουν τα συνειδητά παράγωγα της αμυντικής λειτουργίας και αναφέρονται σε 8 επιμέρους υποκλίμακες - μηχανισμούς άμυνας. Οι τελευταίες περιλαμβάνουν τους αμυντικούς μηχανισμούς της υπεραναπλήρωσης (compensation), της άρνησης (denial), της μετάθεσης (displacement), της διανοητικοποίησης (intellectualization), της προβολής (projection), του σχηματισμού εξ αντιδράσεως (reaction formation), της παλινδρόμησης (regression) και της απώθησης (repression). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας *Ναι* ή *Όχι* αντίστοιχα. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας. Συγκεκριμένα, από τον έλεγχο αξιοπιστίας με τη δοκιμασία-επαναδοκιμασία σε «φυσιολογικό» δείγμα ενηλίκων Νορβηγών βρέθηκε ότι οι μηχανισμοί άμυνας, όπως εκτιμήθηκαν από το LSI παρέμεναν σταθεροί στο χρόνο, εκτός πιθανόν από την παλινδρόμηση, κάτι αναμενόμενο. Στην έρευνα των Plutchik και συν. (1977) που πραγματοποιήθηκε σε 29 ασθενείς με σχιζοφρένεια και σε 70 φοιτητές, καταδεικνύεται η διακριτική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, καθώς οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε επτά από τους οκτώ μηχανισμούς άμυνας. Από την ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το LSI παρουσιάζει ικανοποιητική δομική εγκυρότητα, καθώς οι κλίμακες του LSI έχουν θετική συνάφεια με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου Taylor Manifest Anxiety Scale (Bendig, 1956) και οι πέντε από τους μηχανισμούς άμυνας του LSI αρνητική συνάφεια με το ερωτηματολόγιο Tennessee Self-Concept Scale, που εκτιμά την αυτοεκτίμηση (Fitts, 1965). Επίσης, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του LSI πιστοποιείται από την έρευνα των Apter και συν. (1989), όπου παράλληλα χορηγήθηκαν το Suicide Risk Scale και το Acts of Violence Scale. Στη συγκεκριμένη έρευνα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας συσχετίστηκε θετικά με την παλινδρόμηση και τη μετάθεση και αρνητικά με την άρνηση, ενώ ο κίνδυνος βίας συσχετίστηκε με την προβολή και την άρνηση. Στην έρευνα των Plutchik και συν. (1991), όπου χορηγήθηκε το LSI και το Ego Strength Scale, βρέθηκε ότι ασθενείς με κατάθλιψη χρησιμοποιούσαν ανώριμους μηχανισμούς άμυνας. Συγκεκριμένα, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παλινδρόμηση, στην απώθηση, στο σχηματισμό εξ αντιδράσεως και στην προβολή. Στην ίδια έρευνα, μεταξύ του LSI και του Ego Strength Scale βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συνάφεια. Στη μελέτη των Greenwald και

συν. (1991) σε 74 γυναίκες με διάγνωση αλκοολισμού βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην απώθηση και στη διανοητικοποίηση. Γενικότερα όμως, δεν βρέθηκε να διαφέρει η βαθμολογία τους από το γενικό πληθυσμό. Στην ίδια έρευνα οι ασθενείς συμπλήρωσαν το Suicide Risk Scale, το Violence Risk Scale, το LSI και το Million Clinical Multiaxial Inventory -II. Τα άτομα που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην παλινδρόμηση επίσης σημείωναν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του MCMI-II που απεικονίζει την αντικοινωνική προσωπικότητα. Σε άλλη έρευνα που χορηγήθηκε το LSI και το Beck Depression Inventory βρέθηκε ότι οι αυτοκτονικοί ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην παλινδρόμηση, στην απώθηση και στο γενικό δείκτη. Η εγκυρότητα πρόβλεψης του ερωτηματολογίου αναδεικνύεται στην έρευνα των Conte και συν. (1995), σε δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια, καθώς οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στους ανώριμους αμυντικούς μηχανισμούς ήταν πιθανότερο να νοσηλευτούν ξανά. Γενικότερα, η κλίμακα LSI παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον Αμερικανικό, Νορβηγικό και τον Ολλανδικό πληθυσμό.

Το LSI μεταφράστηκε στα Ελληνικά κατόπιν αδείας με την μέθοδο της αμφίδρομης μετάφρασης (back-translation) και χορηγήθηκε σε δείγμα 1261 ατόμων (Hyphantis και συν, 2011). Έξι παράγοντες προσδιορίστηκαν, πέντε από τους οποίους αντιστοιχούν σε μεγάλο βαθμό στους μηχανισμούς άμυνας της αρχικής έκδοσης του LSI (υπεραναπλήρωση, άρνηση, προβολή, σχηματισμός εξ αντιδράσεως και απώθηση). Ο έκτος παράγοντας περιλαμβάνει κυρίως τους μηχανισμούς άμυνας παλινδρόμηση και μετάθεση που υπάρχουν και στην αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας. Οι περισσότεροι μηχανισμοί άμυνας μπορούσαν ευχερώς να διακρίνουν τον πληθυσμό των ψυχιατρικά ασθενών από τους υγιείς αποδεικνύοντας την αξιοπιστία της Ελληνικής Έκδοσης του LSI. Συμπερασματικά, η χρήση της Ελληνικής Έκδοσης του LSI αποδεικνύεται ένα αξιόπιστο, έγκυρο και χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ.

Επιπλέον, σε μια άλλη έρευνα των Hyphantis και συν. (2011) χορηγήθηκε το Life Style Index (LSI), το General Health Questionnaire (GHQ-28) και το Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ) σε 1261 άτομα (410 υγιείς, 723 σωματικά ασθενείς και 128 ψυχιατρικούς ασθενείς). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αυξημένη ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με τη χρήση όλων των μηχανισμών άμυνας εκτός από την άρνηση η οποία σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική καταπόνηση. Ο αμυντικός μηχανισμός

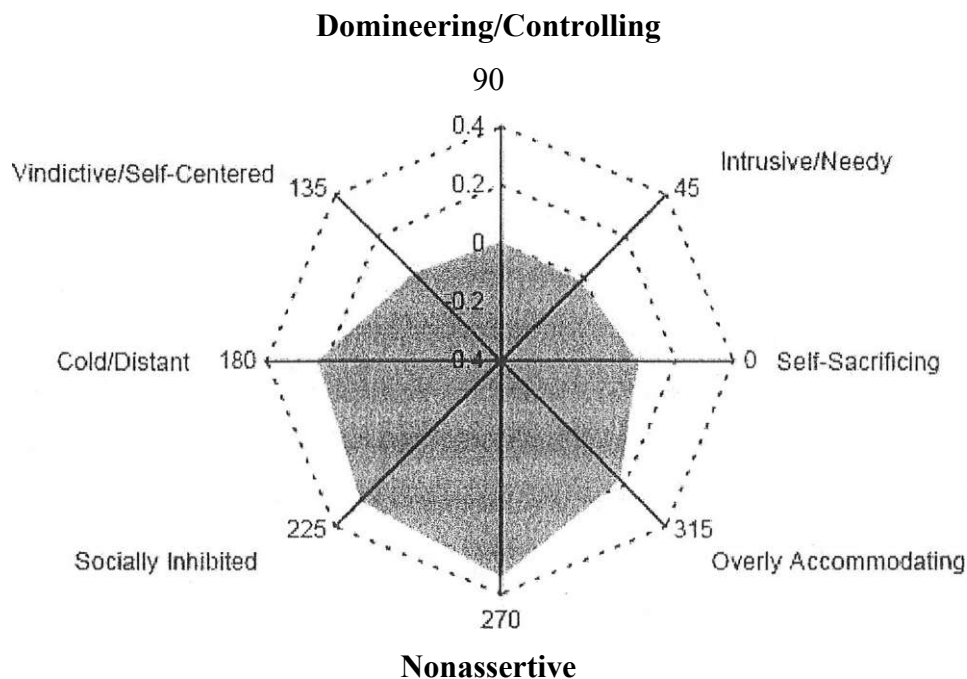
της παλινδρόμησης σχετίζεται με την ψυχική καταπόνηση και διακρίνει τους ψυχιατρικούς ασθενείς από τις άλλες ομάδες των εξεταζομένων, ενώ ο αμυντικός μηχανισμός της υπεραναπλήρωσης και του σχηματισμού εξ αντιδράσεως σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στους σωματικά ασθενείς, η απώθηση βρέθηκε να επιδεινώνει τη σωματική διάσταση της ψυχικής καταπόνησης και την κοινωνική δυσλειτουργία. Αντίθετα, η άρνηση σχετίζεται αρνητικά με αυτές της πλευρές της ψυχικής καταπόνησης. Τέλος, στους ψυχιατρικούς ασθενείς η προβολή διαδραματίζει τον πιο καθοριστικό ρόλο. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα ενισχύουν την αξιοπιστία της Ελληνικής Έκδοσης του LSI προσφέροντας σημαντικές πληροφορίες για τη σχέση μεταξύ των μηχανισμών άμυνας του Εγώ και της ψυχικής καταπόνησης σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

3. Το Ερωτηματολόγιο των Διαπροσωπικών Προβλημάτων (*Inventory of Interpersonal Problems*), το οποίο έχει κατασκευαστεί από τους Horowitz και συν. (1988), αποτελεί μέρος του τυπικού ρεπερτορίου των εργαλείων εκτίμησης της μεταβολής της συμπεριφοράς στο χώρο της ψυχοθεραπείας και απαρτίζεται από 127 θεματικές κατηγορίες. Απ' αυτό προκύπτουν οι θεματικές κατηγορίες της συντομευμένης μορφής του, IIP-40 (*Inventory of Interpersonal Problems-40*), που αποτελείται από οκτώ υποκατηγορίες, από τις οποίες οι πέντε θεματικές κατηγορίες αντιστοιχούν στις θέσεις ενός «οκτημορίου του οκταγωνικού σχήματος» διαπροσωπικών σχέσεων του Birtchnell: μια εκδοχή της θεωρίας των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Το «διαπροσωπικό οκταγωνικό σχήμα» του Birtchnell έχει το πλεονέκτημα τόσο της ενσωμάτωσης της εξελικτικής θεωρίας όσο και το ότι συμβιβάζεται με άνεση με το ψυχοδυναμικό μοντέλο. Οι άξονες του IIP-40 βασίζονται στο λεγόμενο Διαπροσωπικό Κύκλο (*Interpersonal Circle-IPC*), το οποίο αποτελεί ένα σύστημα κατηγοριοποίησης της διαπροσωπικής συμπεριφοράς μέσω της χρήσης ενός δυσδιάστατου μοντέλου, οριζόντια με βάση το δίπολο αγάπη/μίσος και κάθετα με βάση το δίπολο κυριαρχία/υποταγή. Ο ίδιος ο Birtchnell επισημαίνει πως ο IPC χαρακτηρίζεται από εγγενείς προκαταλήψεις σχετικά με το ότι μερικά είδη σχέσεων απολαμβάνουν προνομιακής αντιμετώπισης: για παράδειγμα, το αίσθημα της αγάπης θεωρείται καλύτερο από αυτό του μίσους (Birtchnell, 1997). Υποστηρίζει μια προσπάθεια διόρθωσης αυτής της περιφρονητικής στάσης του IPC, μέσα από τη δημιουργία ενός οκταγώνου, το οποίο σχηματίζεται γύρω από δύο άξονες σχέσεων: έναν άξονα "ισχύος" με δύο κομβικά σημεία (βρόχους), έναν άνω και έναν κάτω, και μια διάσταση γειννίας με βρόχους, την εγγύτητα και την απόσταση. Στη συνέχεια, ο Birtchnell αναμιγνύει κάθε ένα

βρόχο με τους γειτονικούς του, ώστε να παραχθεί ένα οκτάγωνο με οκτώ θέσεις, τις οποίες ονομάζει άνω ουδέτερο βρόχο (Upper Neutral), κάτω κλειστό βρόχο (Upper Close), ουδέτερο κλειστό βρόχο (Neutral Close), κλπ (Birtchnell, 1997). Εν συνεχεία, περιγράφει κάθε έναν απ' αυτούς πιο λεπτομερειακά και αναφορικά τόσο με το προσαρμοστικό σύνολο σχέσεων, όσο και με το αντίστοιχο της έλλειψης κοινωνικής προσαρμογής. Βασίζεται έτσι στην εξελικτική θεωρία για να τονίσει ότι τα ζητήματα της απόστασης σε σχέση με τους άλλους είναι κεφαλαιώδους σημασίας για κάθε έλλογο όν. Σε αντίθεση με τον IPC, οι διαστάσεις του δεν στηρίζονται σε εγγενείς προκαταλήψεις: η απόμακρη συμπεριφορά συχνά συνδέεται με τη δημιουργικότητα, την επιτυχία και τη διασφάλιση ενός προσωπικού χώρου δράσης· η μειωτική συμπεριφορά διδάσκεται, μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά, αποδεχόμενη τον ορθολογισμό της εξουσίας, κλπ. Ο Birtchnell υποστηρίζει ότι τα καλά προσαρμοσμένα άτομα μετακινούνται μεταξύ διαφορετικών "σχεσιακών καταστάσεων" ανάλογα με τους διάφορους ρόλους τους, τα στάδια της ζωής τους και τα καθήκοντά τους. Ως τέτοιο, μπορεί να λεχθεί ότι πρόκειται για ένα ουδέτερο μοντέλο. Το γεγονός ότι το διαπροσωπικό οκτάγωνο δεν ακολουθεί το IPC σχετικά με τη χρήση της παραδοχής περί διπολισμού, αναγκαίου για ένα τέτοιου είδους μοντέλο, έχει δύο σημαντικά πλεονεκτήματα: το πρώτο είναι ότι μπορεί να συμβιβάσει το συχνά παρατηρούμενο γεγονός των υψηλών βαθμολογιών που δίνονται σε εκ πρώτης όψεως αντιφατικά σημεία (βρόχους), και το δεύτερο είναι η δυνατότητα να συμβιβάσει μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, η οποία τονίζει τη σημασία της άμυνας (για παράδειγμα, η εχθρικότητα ως μια άμυνα ενάντια στο φόβο της απόρριψης). Ένα συχνό εύρημα είναι ότι τα άτομα επιδεικνύουν αντιφατική ή παράδοξη συμπεριφορά στις κοινωνικές τους σχέσεις, την οποία κάθε διπολικό μοντέλο θα έβρισκε δύσκολο να συμβιβάσει. Το μοντέλο αυτό είναι σε καλύτερη θέση να εξηγήσει το γεγονός ότι πιο "σοβαρά" ασθενείς τείνουν να δίνουν υψηλότερους βαθμούς σε ένα ευρύ φάσμα ερωτημάτων του μοντέλου IIP: για παράδειγμα, οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν την ύπαρξη προβλημάτων στις σχέσεις τους στις περισσότερες των επιμέρους κλιμάκων. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την έννοια της συννοσηρότητας και την παρατήρηση ότι οι ασθενείς συχνά εκδηλώνουν διαταραχές προσωπικότητας σε περισσότερους του ενός άξονες του DSM-IV (Dolan και συν, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, το **Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων (Inventory of Interpersonal Problems) (IIP-40)** των Riding and Cartright είναι μια συντομευμένη έκδοχή 40 θεματικών κατηγοριών του IIP-127 και αποτελείται από τις ακόλουθες οκτώ υποκατηγορίες: 1) Κατώτερο Ουδέτερο (Lower Neutral), 2) Κατώτερο

Κοντινό (Lower Close), 3) Ουδέτερο Κοντινό (Neutral Close), 4) Ανώτερο Κοντινό (Upper Close), 5) Ανώτερο Ουδέτερο (Upper Neutral), 6) Ανώτερο Απόμακρο (Upper Distant), 7) Ουδέτερο Απόμακρο (Neutral Distant) και 8) Κατώτερο Απόμακρο (Lower Distant) (Σχήμα 1).



Σχήμα. 1 Σχηματική αναπαράσταση του οκταγωνικού σχήματος για την περιγραφή των διαπροσωπικών προβλημάτων (Lackner 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Ο βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας των θεμάτων της δομής των υποκατηγοριών βρέθηκε να είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα, όταν εφαρμόστηκε επί ενός δείγματος συμπλήρωσης 150 ψυχοθεραπευτικών προκαταρκτικών απαντήσεων του ΙΠ. Για το σκοπό της μέτρησης της αξιοπιστίας εφαρμόστηκε η δοκιμασία Cronbach α τόσο για τα ανεπεξέργαστα όσο και για τα επεξεργασμένα στοιχεία. Ο συντελεστής Cronbach υπολογίστηκε μεταξύ 0.76 και 0.87 και για τα επεξεργασμένα στοιχεία από 0.56 και 0.77. Υψηλές βαθμολογίες στη θέση οκτημορίου της Ανώτερης Απομακρυσμένης βρέθηκαν να αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη διακοπή της θεραπείας (Riding και συν, 1999). Η μετάφραση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τη δική μας μεταφραστική ομάδα.

4. Το θεωρητικό μοντέλο του Antonovsky για την υγεία εντάσσεται στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης (Antonovsky, 1987). Ο Antonovsky, παρατηρώντας ανθρώπους που ενώ είχαν περάσει δύσκολες συνθήκες στη ζωή τους παρουσίαζαν ικανοποιητικά επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας, οδηγήθηκε στη διατύπωση της θεωρίας που ονομάστηκε «υγειογενετικό μοντέλο» (salutogenic model). Η υγειογενετική προσέγγιση απορρίπτει τη διχοτομική ταξινόμηση των ανθρώπων σε υγιείς και ασθενείς και την αντικαθιστά με την τοποθέτηση των ανθρώπων σε ένα πολυδιάστατο συνεχές νόσου-υγείας· δεν εστιάζει μόνο στην αιτιολογία μιας συγκεκριμένης νόσου, αλλά διερευνά όλη την ιστορία του κάθε ανθρώπου, συμπεριλαμβανομένης και της νόσου που εμφανίζει. Προσπαθώντας να προσδιορίσει τους παράγοντες που ωθούν τον άνθρωπο προς τον υγιή πόλο του συνεχούς υγείας-νόσου, διατύπωσε την έννοια της «αίσθησης συνοχής» (Antonovsky, 1987). Η εσωτερική συνοχή (sense of coherence) θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας (Karalis και συν, 2004). Ο Antonovsky, μελετώντας περισσότερο τις συνεντεύξεις αυτών που είχαν ισχυρή εσωτερική συνοχή και αυτών που ήταν στον αντίθετο πόλο, αναζήτησε θέματα που ήταν σταθερά παρόντα στη μία ομάδα και έλειπαν από την άλλη. Έτσι προσδιόρισε τρεις διαστάσεις της εσωτερικής συνοχής: την *"ικανότητα κατανόησης"* (comprehensibility), την *"ικανότητα χειρισμού"* (manageability) και την *"ικανότητα νοηματοδότησης"* (meaningfulness). Ο Antonovsky, για τη μέτρηση της εσωτερικής συνοχής θεώρησε χρήσιμο να κατασκευάσει ερωτηματολόγιο, ώστε να ελέγξει την υπόθεση ότι η υψηλή εσωτερική συνοχή συνδέεται αιτιωδώς με την κατάσταση της σωματικής υγείας. Συνεπώς, προσδιόρισε τις διαστάσεις που θα μετρηθούν από το ερωτηματολόγιο και τα σημαντικά στοιχεία που περιλαμβάνει η κάθε διάσταση. Η **Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence - SOC)** μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης και αποτελείται από 29 ερωτήματα (Antonovsky, 1983). Κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μία επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν και τα τρία βασικά στοιχεία της SOC: 11 ερωτήματα αφορούν στην «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility), 10 αφορούν «στην πεποίθηση ότι το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability) και 8 αφορούν

«στην αίσθηση ότι η προσπάθεια αξίζει τον κόπο» (meaningfulness). Δεκατρία από τα ερωτήματα εμπεριέχουν άρνηση και η βαθμολογία τους θα πρέπει να αναστραφεί στον τελικό υπολογισμό του αθροίσματος. Αυτό το συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά τη SOC και όσο μεγαλύτερο είναι, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία. Όσοι έχουν υψηλή βαθμολογία είναι πιθανό να αντιλαμβάνονται τα στρεσογόνα ερεθίσματα ως προβλέψιμα και εξηγήσιμα, και έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να χειρίζονται τις προκλήσεις της ζωής θεωρώντας τες άξιες να ασχοληθούν μαζί τους και να επενδύσουν σ' αυτές. Ο Antonovsky ισχυρίζεται ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί διαπολιτισμικά, βασιζόμενος στα δεδομένα των πρώτων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε Ισραηλινούς φοιτητές (Antonovsky, 1987). Η κλίμακα SOC-29 έχει σταθμιστεί στο εξωτερικό και έχει χρησιμοποιηθεί σε 124 μελέτες επιδεικνύοντας υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας (reliability) και εγκυρότητας (validity), με το δείκτη Cronbach's α να κυμαίνεται από το 0.90 έως το 0.95 (Carmel, 1990· Stefani και συν, 1986· Antonovsky, 1993). Η SOC έχει μεταφραστεί και σταθμισθεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Karalis και συν, 2004). Επίσης, προβλέπει τη θετική έκβαση σε διάφορες ψυχολογικές ή σωματικές νόσους (Eriksson και συν, 2005).

5. Το ερωτηματολόγιο «Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Εχθρότητας» (*The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ*) που κατασκευάστηκε από τους Caine, Foulds και Hope (1967), εκτιμά την «εχθρότητα- επιθετικότητα» του υποκειμένου και δίνει έμφαση στον τρόπο που το άτομο βιώνει την επιθετικότητά του, όταν ματαιώνεται. Ειδικότερα, αξιολογεί το βαθμό ετοιμότητας για την εκδήλωση εχθρικής συμπεριφοράς, η οποία δεν αναφέρεται στην άσκηση σωματικής βίας, αλλά στη διαμόρφωση επικριτικής στάσης απέναντι στους άλλους (εξωστρεφής επιθετικότητα) ή απέναντι στον εαυτό του (ενδοβαλόμενη επιθετικότητα). Αποτελείται από 51 ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται σε 5 επιμέρους υποκλίμακες: α) Παρορμητική Επιθετικότητα (Acting Out Hostility) β) Επίκριση των Άλλων (Criticism of Others), γ) Παραληρητική Επιθετικότητα (Delusional Hostility), δ) Αυτο-επίκριση (Self Criticism) και ε) Παραληρηματική Ενοχή (Guilt). Η εκδήλωση παρορμητικής και παρανοειδούς επιθετικότητας, καθώς και η επίκριση των άλλων αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις τιμωρητικότητας, ενώ η αυτο-επίκριση και η παραληρηματική ενοχή αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε

εξεταζόμενο, δηλώνοντας *Ναι* ή *Όχι* αντίστοιχα. Η άθροιση της βαθμολογίας στις 5 υποκλίμακες υποδηλώνει το βαθμό συνολικής επιθετικότητας, για τον οποίο ως σημείο αποκοπής έχει οριστεί, σύμφωνα με μελέτες υγιών, το 12 έως 14. Η κλίμακα έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό, τόσο σε υγιείς όσο και σε σωματικά ή ψυχικά ασθενείς (Hyphantis και συν, 2005· Hyphantis και συν, 2006· Hyphantis και συν, 2007· Lyketsos και συν, 1978).

E. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Για την εκτίμηση σφαιρικά της γενικής ποιότητας ζωής, επιλέχθηκε η **Κλίμακα WHOQOL-BREF**, η οποία διερευνά γενικότερα θέματα, όπως τη σωματική, την ψυχική, την κοινωνική και τη σχετικά με το ευρύτερο περιβάλλον ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως Ποιότητα Ζωής ορίζεται η «υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (The WHOQOL Group, 1998). Η ομάδα του ΠΟΥ, αναγνωρίζοντας την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής, έχει σχεδιάσει και εφαρμόσει σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια ένα νέο εργαλείο, το WHOQOL. Στην παρούσα έρευνα, για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής επιλέχθηκε η συντομευμένη εκδοχή της **Κλίμακας WHOQOL-BREF**. Πρόκειται για τη συντομευμένη εκδοχή (29 ερωτήσεις) του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 (Skevington και συν, 2004). Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: α) τη Σωματική Υγεία, β) τη Ψυχολογική Υγεία, γ) τις Κοινωνικές Σχέσεις και δ) το Περιβάλλον. Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Συγκεκριμένα, η σχετική με τη «Σωματική Υγεία» ποιότητα ζωής πραγματεύεται το κατά πόσο το άτομο ταλαιπωρείται από δυσάρεστα σωματικά ενοχλήματα, σε ποιο βαθμό διαθέτει την ενεργητικότητα και την αντοχή που χρειάζεται για να φέρνει σε πέρας τις υποχρεώσεις που έχει αναλάβει στην καθημερινή του ζωή και κατά πόσο ο ύπνος, αλλά και τυχόν προβλήματα σε αυτόν τον τομέα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η σχετική με τη «Ψυχική Υγεία» ποιότητα ζωής αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο βιώνει θετικά συναισθήματα (χαρά, αισιοδοξία,

πληρότητα κ.λ.π.) και αρνητικά συναισθήματα (θλίψη, ενοχή, άγχος, απελπισία κ.λ.π.), πραγματεύεται τη γνώμη που έχει το άτομο για την ικανότητά του να σκέφτεται, να θυμάται, να μαθαίνει και να συγκεντρώνεται, πραγματεύεται τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο για τον εαυτό του και τέλος, αναφέρεται στη γνώμη που έχει το άτομο για το σώμα του. Η σχετική με τις «Κοινωνικές Σχέσεις» ποιότητα ζωής πραγματεύεται σε ποιο βαθμό το άτομο αισθάνεται ότι έχει τη συντροφικότητα, την αγάπη και την στήριξη που επιθυμεί στο πλαίσιο των διαπροσωπικών του σχέσεων, σε ποιο βαθμό το άτομο αισθάνεται ότι έχει την αφοσίωση και την εκτίμηση της οικογένειας και των φίλων του και τέλος, αναφέρεται στην ανάγκη και την επιθυμία που έχει το άτομο για την ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων και στο κατά πόσο εκφράζει τις σεξουαλικές επιθυμίες του. Τέλος, στη σχετική με το «Περιβάλλον» ποιότητα ζωής εξετάζεται κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ασφάλεια και ότι δεν απειλείται από κάποιον εξωτερικό κίνδυνο, εξετάζεται η γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με το κατά πόσο οι οικονομικοί πόροι που διαθέτει καλύπτουν τις ανάγκες του. Επιπλέον, αναφέρεται στο χώρο όπου το άτομο ζει και στο κατά πόσο ο χώρος αυτός επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, αναφέρεται στη γνώμη του ατόμου για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, που είναι διαθέσιμες στην περιοχή που κατοικεί, καθώς και στη γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Ακόμη, διερευνά σε ποιο βαθμό το άτομο έχει την ικανότητα και τη διάθεση να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του και να συμμετέχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Τέλος, εξετάζεται η γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με τα μέσα μεταφοράς που έχει στη διάθεση του, δηλαδή κατά πόσο είναι εύκολο να βρίσκει και να χρησιμοποιεί διάφορα μέσα για τη μετακίνηση του (The WHOQOL Group, 1998).

Αν και σε έκταση αποτελεί μόλις το ¼ του WHOQOL-100, το WHOQOL-BREF παρουσιάζει μεγάλη ευρύτητα και περιεκτικότητα. Επιπλέον, αν και είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από άλλα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (π.χ. SF-12), περικλείει έναν μεγάλο αριθμό θεματικών ενοτήτων επιτρέποντας μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση της ποιότητας ζωής, όπως των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος, οι οποίες δεν περιλαμβάνονται σε ανάλογα εργαλεία.

Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει καλύτερη Ποιότητα Ζωής. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4-5) και τα αποτελέσματα προσαρμόζονται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 100. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, μάλιστα η συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και κλινικές

δοκιμές (The WHOQOL Group, 1998). Συνιστάται ακόμη η χρήση του σε επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων (The WHOQOL Group, 1998). Η ικανότητά του να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής έχει διαπιστωθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, και έχει μεταφραστεί μέχρι στιγμής σε 12 γλώσσες (The WHOQOL Group, 1998). Η στάθμιση στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Ginieri-Coccossis και συν. (2001). Η κλίμακα έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί σε σωματικά ή ψυχικά ασθενείς (Taylor και συν, 2004· Carter και συν, 2008).

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Social Package for Social Sciences) 15.0 για τα Windows [SPSS Inc., Chicago, IL, USA]. Αρχικά, ελέγχθηκε η κανονικότητα των μεταβλητών με τη χρήση του Kolmogorov-Smirnov test (Altman, 1991). Μονοπαραγοντικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν αρχικά προκειμένου να αξιολογήσουν τις σχέσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών και όλων των υποκλιμάκων της Ποιότητας Ζωής. Για τις διχοτόμες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία students (2-tailed) t-test, ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες συνάφειας Pearson ή Spearman. Σε περιπτώσεις τριών ή περισσότερων μέσων τιμών πραγματοποιήθηκε ANOVA.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης (Hierarchical Regression Analysis), με εξαρτημένες μεταβλητές τις τέσσερις υποκλίμακες της Ποιότητας Ζωής, (τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής, τη σχετική με τη ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής, τη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητα Ζωής και τη σχετική με το περιβάλλον Ποιότητα Ζωής). Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών για την Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης βασίστηκε στα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών αναλύσεων. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν αρχικά οι δημογραφικοί παράγοντες, έπειτα οι κλινικές παράμετροι, στη συνέχεια ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τέλος προστίθεται η ψυχική καταπόνηση. Το μοντέλο της ιεραρχικής ανάλυσης χρησιμεύει και ως ανάλυση διαμεσολάβησης για να εξεταστεί εάν η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της Ποιότητας Ζωής. Για να εκπληρωθούν οι ανάγκες της διαμεσολάβησης σύμφωνα με τη μέθοδο των Baron και Keny, οι παρακάτω τρεις συσχετίσεις θα πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικές στις εξισώσεις πολλαπλής παλινδρόμησης: 1) ανεξάρτητη μεταβλητή και μεταβλητή έκβασης (HRQOL), 2) ανεξάρτητη μεταβλητή και μεταβλητή διαμεσολάβησης (SCL-90 GSI), και 3) μεταβλητή διαμεσολάβησης και έκβαση. Στη συνέχεια, εάν αυτά τα κριτήρια πληρούνται, προσθέτουμε στο τελικό μοντέλο της ιεραρχικής ανάλυσης παλινδρόμησης το Γενικό Δείκτη Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων (SCL-90 GSI) και παρατηρούμε εάν αυτό καθιστά τις προηγούμενες συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της Ποιότητας ζωής (HRQOL) όχι στατιστικά σημαντικές. Η τιμή του δείκτη R^2 αλλάζει σε κάθε βήμα της

ιεραρχικής ανάλυσης παλινδρόμησης και χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τη διακύμανση του κάθε συνόλου των μεταβλητών.

Στην προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκαν αρχικά μονοπαραγοντικές αναλύσεις προκειμένου να αξιολογηθούν οι σχέσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών με τις υποκλίμακες της Ποιότητας Ζωής και τις υποκλίμακες της ψυχικής καταπόνησης της πρώτης εκτίμησης, καθώς και να αξιολογηθούν οι σχέσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, των αλλαγών στην Ποιότητα Ζωής και των υποκλιμάκων της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης.

Για να αξιολογηθούν οι προγνωστικοί δείκτες της ψυχικής καταπόνησης πραγματοποιήθηκαν πέντε αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις υποκλίμακες της SCL-90 που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες κατά τη διάρκεια της περιόδου εξέτασης, οι οποίες ήταν η κατάθλιψη, το άγχος, η διαπροσωπική ευαισθησία, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός και η ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα. Οι μεταβλητές που σχετίζονται σημαντικά με την αύξηση της κάθε εξαρτημένης μεταβλητής μεταξύ της πρώτης και δεύτερης εκτίμησης προστίθενται στις εξισώσεις της παλινδρόμησης μαζί με τους σημαντικότερους δημογραφικούς παράγοντες.

Καθώς η ψυχική καταπόνηση μπορεί να είναι τόσο προγνωστικός δείκτης όσο και αποτέλεσμα της Ποιότητας Ζωής, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζεται και με άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, προχωρήσαμε σε τρεις αναλύσεις ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης, ώστε να αξιολογηθεί με μεγαλύτερη σαφήνεια η συνεισφορά κάθε παραμέτρου στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η μείωση στη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής μεταξύ της και της εκτίμησης, η μείωση της σχετικής με τη ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής μεταξύ της και της εκτίμησης και η μείωση στη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητα Ζωής. Στη σχετική με το περιβάλλον Ποιότητα Ζωής δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή μεταξύ της και της εκτίμησης. Σε κάθε μια ανάλυση, στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν οι δημογραφικοί παράγοντες, ακολούθησαν οι κλινικές παράμετροι, έπειτα οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, στο τέταρτο μοντέλο προστέθηκαν οι αρχικές τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής και στο πέμπτο μοντέλο η ψυχική καταπόνηση όπως εκτιμήθηκε από το Γενικό Δείκτη Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου SCL-90. Με τον τρόπο αυτό, είχαμε την ευκαιρία να αξιολογήσουμε τη συνεισφορά των κλινικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην Ποιότητα Ζωής και εάν αυτή η συνεισφορά ήταν ανεξάρτητη από την ψυχική καταπόνηση.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Στη συγχρονική μας μελέτη συμμετείχαν 162 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, από τους οποίους οι 109 (67.3%) ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 65 έτη ($SD \pm 9.5$), με το εύρος να κυμαίνεται από 34 έως 83 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου ήταν έγγαμοι (82.9%), ενώ ακολουθούσαν κατά σειρά όσοι είχαν χηρέψει (5.3%), οι άγαμοι (2.9%), όσοι συζούσαν (1.8%) και οι διαζευγμένοι με το χαμηλότερο ποσοστό (0.6%). Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το 18.5% δεν είχε τελειώσει το δημοτικό σχολείο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (47.5%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, ενώ το 21% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου και το 13% ήταν ανώτατης εκπαίδευσης. Όσον αφορά στην επαγγελματική τους κατάσταση, η πλειοψηφία των ασθενών (61.8%) είχαν συνταξιοδοτηθεί, ενώ το 10% ασχολούνταν με τα οικιακά και το 7.6% ήταν αγρότες. Ως προς τον τόπο διαμονής, 64 ασθενείς (37.6%) διέμεναν σε χωριό, 15 (8.8%) σε κωμόπολη (έως 10.000 κατοίκους), 53 (31.2%) σε πόλη (έως 150.000 κατοίκους) και 29 (17.1%) σε μεγαλούπολη (πάνω από 150.000 κατοίκους). Το οικογενειακό, μορφωτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό προφίλ των ασθενών παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Σχετικά με το ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, μόλις 10 ασθενείς (5.9%) δήλωσαν ότι έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο κατά το παρελθόν, ενώ 16 ασθενείς (9.4%) ανέφεραν ότι λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα. Σημαντικό ήταν το ποσοστό των ασθενών (12.9%) που δήλωσαν ότι δεν εκτιμούν ως ικανοποιητική την ψυχολογική τους λειτουργικότητα, καθώς και το ποσοστό των ασθενών (50.6%) που ανέφεραν ότι πάσχουν από μια χρόνια σωματική νόσο, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2.

Πίνακας 1. Γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (N=162)

Μεταβλητές	Mean±SD ή N (%)
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	65.1±9.5
ΦΥΛΟ	
Γυναίκες	53 (32.7)
Άνδρες	109 (67.3)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Άγαμος	5 (2.9)
Έγγαμος	141 (82.9)
Διαζευγμένος	1 (0.6)
Χήρος	9 (5.3)
Συγκατοίκηση	3 (1.8)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
<Πρωτοβάθμια	30 (18.5)
Πρωτοβάθμια	77 (47.5)
Δευτεροβάθμια	34 (21.0)
Τριτοβάθμια	21 (13.0)
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	
Οικιακά	17 (10.0)
Εργάτης	3 (1.8)
Αγρότης	13 (7.6)
Αυτοαπασχολούμενος	8 (4.7)
Ιδιωτικός υπάλληλος	7 (4.1)
Δημόσιος υπάλληλος	8 (4.7)
Άλλο	105 (61.8)
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	
Χωριό	64 (37.6)
Κωμόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους	15 (8.8)
Πόλη από 10.000-150.000 κατοίκους	53 (31.2)
Πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους	29 (17.1)

Σημείωση: meadian, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόκλιση

Πίνακας 2. Σωματικό και Ψυχολογικό Ιστορικό

Μεταβλητές	N (%)
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	
Όχι	76 (44.7)
Ναι	86 (50.6)
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	
Δε θεωρεί ότι λειτουργεί ικανοποιητικά	22 (12.9)
Θεωρεί ότι λειτουργεί ικανοποιητικά	140 (82.4)
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΟ	
Δεν έχει επισκεφθεί ψυχίατρο	152 (89.4)
Έχει επισκεφθεί ψυχίατρο στο παρελθόν	10 (5.9)
ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
Δεν λαμβάνει	145 (85.3)
Λαμβάνει	16 (9.4)

Κλινικές παράμετροι των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου

Στον **Πίνακα 3** παρατίθεται η κατανομή του δείγματος ως προς το κλινικό προφίλ. Το χρονικό διάστημα που είχε μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι την ημέρα της συνέντευξης ήταν κατά μέσο όρο 1 χρόνο και έξι μήνες, με εύρος από 0 έως 11 έτη. Σε ό,τι αφορά στους κλινικούς δείκτες, που στη βιβλιογραφία έχουν σχετιστεί με την εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας, τα ευρήματα ήταν τα εξής: σχετικά με την εντόπιση της νεοπλασίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είχαν καρκίνο στο παχύ έντερο (74.1%) ενώ το 25.9% στο ορθό. Ως προς το στάδιο της νόσου, μόνο σε 3 (1.9%) ασθενείς η νόσος ήταν στο στάδιο I, στην πλειοψηφία των ασθενών (50.6%) η νόσος βρισκόταν στο στάδιο II, σε 54 (33.3%) ασθενείς ήταν στο στάδιο III και σε 23 (14.2%) ασθενείς βρισκόταν στο στάδιο IV. Ακόμη, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (85.8%) δεν εμφάνιζε μεταστάσεις σε άλλα όργανα, ενώ σχεδόν όλοι οι ασθενείς [154 (95.1%)] είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, με μέσο όρο 20.5 μήνες πριν τη συνέντευξη. Επίσης, τη στιγμή της εξέτασης, 92 ασθενείς (56.8%) ελάμβαναν χημειοθεραπεία, 2 μόνον ελάμβαναν ακτινοθεραπεία (1.2%), 11 (6.9%) βρισκόντουσαν σε συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας και 59 (36.9%) ασθενείς δεχόντουσαν μόνο παρακολούθηση από τον ογκολόγο. Επιπλέον, 18 ασθενείς (11.1%) είχαν υποβληθεί στην επέμβαση της κολοστομίας, όπως φαίνεται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Κλινικές παράμετροι των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου (N=162)

Μεταβλητές	Mean±SD ή N (%)
Διάρκεια Νόσου (έτη)	
Mean ± SD	1.6±2.1
Εντόπιση Νεοπλασίας	
Παχύ έντερο	120 (74.1)
Ορθό	42 (25.9)
Στάδιο Νόσου	
I	3 (1.9)
II	82 (50.6)
III	54 (33.3)
IV	23 (14.2)
Μεταστάσεις	
Όχι	139 (85.8)
Ναι	23 (14.2)
Χημειοθεραπεία	
Όχι	70 (43.2)
Ναι	92 (56.8)
Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία	
Όχι	149 (93.1)
Ναι	11 (6.9)
Ακτινοθεραπεία	
Όχι	160 (98.8)
Ναι	2 (1.2)
Μόνο Παρακολούθηση	
Όχι	101 (63.1)
Ναι	59 (36.9)
Χειρουργική Επέμβαση	
Όχι	8 (4.9)
Ναι	154 (95.1)
Μήνες από την Χειρουργική Επέμβαση	
Mean ± SD	20.5±24.8
Κολοστομία	
Όχι	144 (88.9)
Ναι	18 (11.1)
Ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια	
Όχι	103 (63.6)
Ναι	59 (36.4)

Σημείωση: meadian, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόκλιση

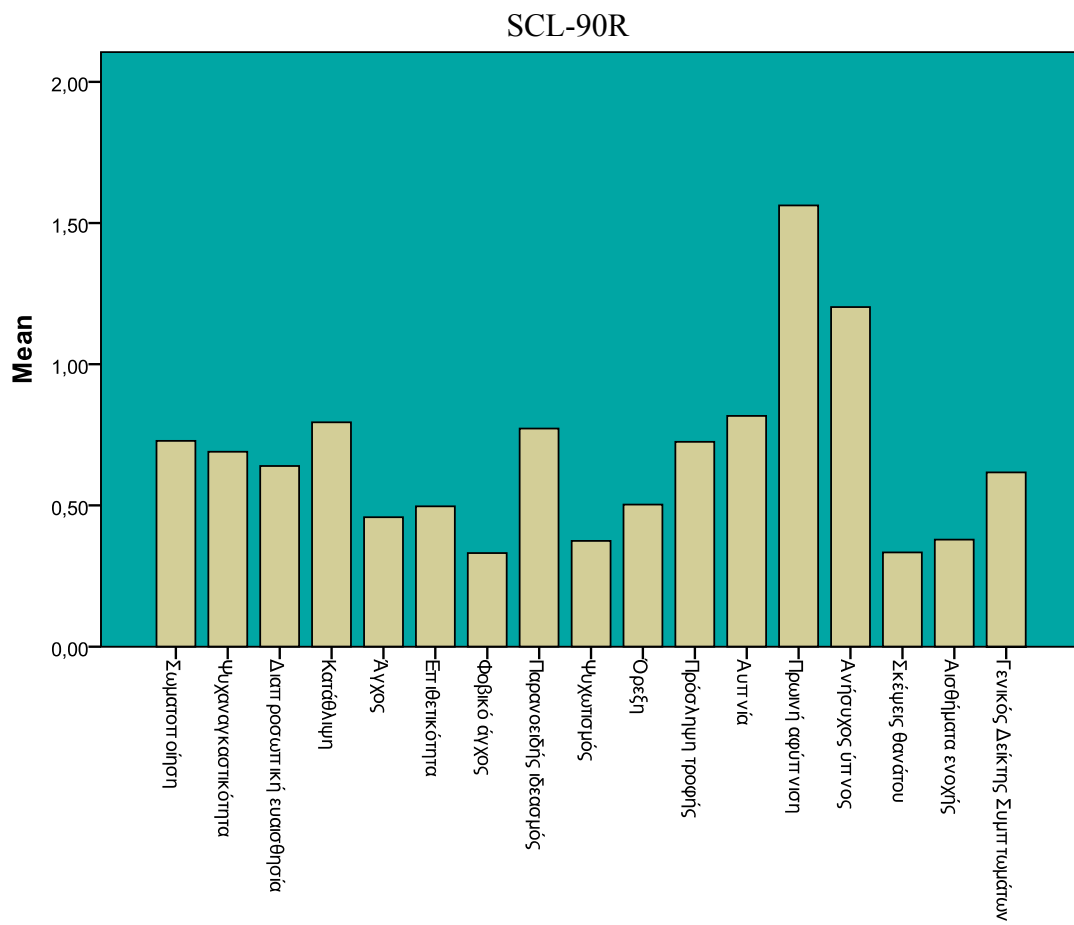
Ψυχοπαθολογία των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου

Από τη λεπτομερέστερη ανάλυση του GHQ-28 προκύπτει ότι υψηλότερες τιμές σημειώνονται στις υποκλίμακες της «κοινωνικής δυσλειτουργίας» (15.08 ± 3.19) και του άγχους (12.85 ± 4.00) (Πίνακας 4). Όσον αφορά στην ένταση της συμπτωματολογίας, όπως εκτιμήθηκε από την κλίμακα SCL-90R, εμφανίζεται υψηλότερη στις υποκλίμακες που εκτιμούν την «πρωινή αφύπνιση» (1.55 ± 1.28), τον «ανήσυχο ύπνο» (1.22 ± 1.22) και την κατάθλιψη (0.83 ± 0.62). Ακολουθούν κατά σειρά σημαντικότητας, η «αϋπνία» (0.81 ± 0.99), ο «παρανοειδής ιδεασμός» (0.79 ± 0.72), η «σωματοποίηση» (0.72 ± 0.67) και η «ψυχαναγκαστικότητα – καταναγκαστικότητα» (0.71 ± 0.62). Τέλος, ο μέσος όρος του «γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» του SCL-90R ήταν 0.64 ± 0.50 (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Ψυχοπαθολογία των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου (N=162)

Μεταβλητές	Mean±SD
GHQ-28	
Σωματικά ενοχλήματα της κατάθλιψης	11.96±3.35
Άγχος και διαταραχές του ύπνου	12.85±4.00
Κοινωνική δυσλειτουργία	15.08±3.19
Καταθλιπτικό συναίσθημα	9.54±3.59
SCL-90 R	
Σωματοποίηση	0.72±0.67
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	0.71±0.62
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.67±0.55
Κατάθλιψη	0.83±0.62
Άγχος	0.49±0.63
Φοβικό άγχος	0.35±0.56
Επιθετικότητα	0.50±0.61
Παρανοειδής ιδεασμός	0.79±0.72
Ψυχωτισμός	0.38±0.40
Όρεξη	0.51±0.97
Πρόσληψη τροφής	0.72±1.01
Αϋπνία	0.81±0.99
Ανήσυχος ύπνος	1.22±1.22
Σκέψεις θανάτου	0.36±0.82
Αισθήματα ενοχής	0.40±0.76
Πρωινή αφύπνιση	1.55±1.28
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	0.64±0.50

Σημείωση: median, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόκλιση



Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου SCL-90R.

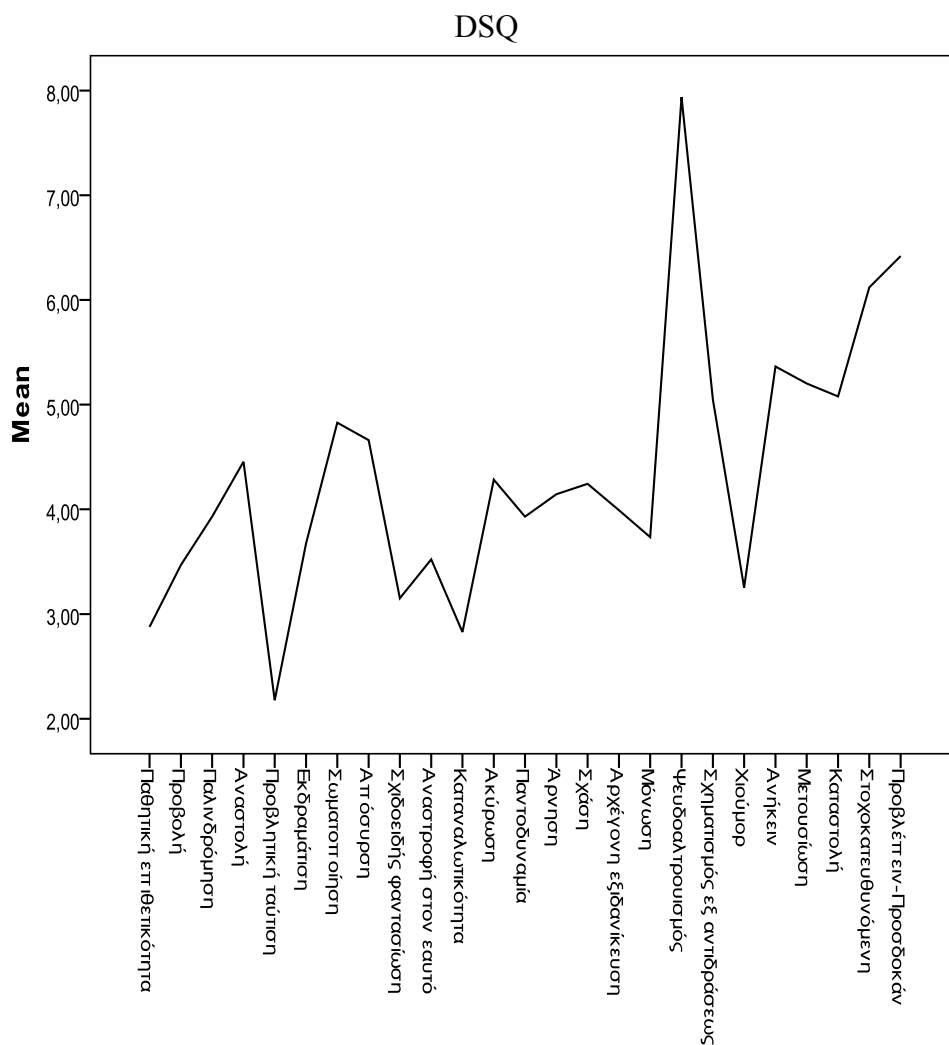
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου

Όπως έδειξε η ανάλυση του Defense Style Questionnaire, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου φαίνεται να κυριαρχεί το «αμυντικό προφίλ αυτοθυσίας» (Πίνακας 5). Επίσης, στον Πίνακα 5 παρατίθεται η ανάλυση του Life Style Index (LSI), σύμφωνα με την οποία οι αμυντικοί μηχανισμοί που φαίνεται να επικρατούν στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου είναι εκείνοι της «προβολής» (73.57 ± 22.02) και της «διανοητικοποίησης» (60.08 ± 16.62).

Πίνακας 5. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου (N=162)

Μεταβλητές	Mean±SD
DSQ Αμυντικά προφίλ	
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	3.72±1.62
Προφίλ Διαστρέβλωσης της Εικόνας	4.14±1.64
Προφίλ Αυτόθυσίας	5.08±1.58
Προσαρμοστικό προφίλ	4.97±1.62
DSQ Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ	
Παθητική επιθετικότητα	2.89±1.82
Προβολή	3.48±1.75
Παλινδρόμηση	3.95±2.33
Αναστολή	4.44±2.03
Προβλητική ταύτιση	2.21±2.44
Εκδραμάτιση	3.66±2.08
Σωματοποίηση	4.87±2.72
Απόσυρση	4.69±2.65
Σχιζοειδής φαντασίωση	3.20±2.98
Αναστροφή στον εαυτό	3.55±2.22
Καταναλωτικότητα-στοματικότητα	2.85±2.26
Ματαίωση/ Ακύρωση	4.26±2.22
Παντοδυναμία	3.95±1.95
Άρνηση	4.18±1.98
Σχάση	4.28±2.18
Αρχέγονη εξιδανίκευση	4.05±2.58
Μόνωση	3.71±2.00
Ψευδοαλτρουισμός	7.93±1.99
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	5.06±1.91
Χιούμορ	3.28±1.94
Ανήκειν	5.31±2.60
Μετουσίωση	5.14±3.40
Καταστολή	5.05±2.33
Στοχοκατευθυνόμενη	6.14±2.35
Προβλέπειν-προσδοκάν	6.40±2.47
Life Style Index	
Άρνηση	56.93±16.81
Απόθηση	34.36±19.91
Παλινδρόμηση	23.89±17.09
Υπεραναπλήρωση	38.02±19.20
Προβολή	73.57±22.02
Μετάθεση	13.42±14.34
Διανοητικοποίηση	60.08±16.62
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	56.11±24.27

Σημείωση: meadian, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόκλιση



Σχήμα 2. Σχηματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου DSQ.

Στον **Πίνακα 6** παρουσιάζεται η εκτίμηση του ερωτηματολογίου Inventory of Interpersonal Problems (IIP-40), η οποία έδειξε ότι οι υψηλότερες τιμές εμφανίζονται στις κλίμακες «ανώτερο κοντινό» (7.89 ± 4.19), «κατώτερο κοντινό» (5.38 ± 3.69) και «ουδέτερο κοντινό» (5.30 ± 3.39). Σχετικά με τη συνολική «εχθρότητα» των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο «Επιθετικότητας-Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας» (HDHQ), βρέθηκε υψηλή (17.90 ± 6.61) και πάνω από το σημείο αποκοπής που έχει οριστεί, σύμφωνα με μελέτες υγιών (το 12 έως 14). Επίσης, η κατεύθυνση της εχθρότητας βρέθηκε «εξωστρεφόμενη» (-2.85 ± 4.81). Ειδικότερα, η «εξωστρεφόμενη» επιθετικότητα βρέθηκε στο 12.11 ± 4.53 και η «ενδοβαλόμενη» επιθετικότητα στο 9.26 ± 4.94 . Τέλος, στον **Πίνακα 6** παρουσιάζεται ο μέσος όρος της «εσωτερικής συνοχής» των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, όπως αυτή εκτιμήθηκε από την κλίμακα εκτίμησης της «αίσθησης συνοχής» (Sense of Coherence – SOC), και που βρέθηκε να είναι 141.54 ± 29.37 .

Πίνακας 6. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου

Μεταβλητές	Mean±SD
ΠΡ-40 Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων	
Κατώτερο Ουδέτερο	5.02±3.06
Κατώτερο Κοντινό	5.38±3.69
Ουδέτερο Κοντινό	5.30±3.39
Ανώτερο Κοντινό	7.89±4.19
Ανώτερο Ουδέτερο	3.14±2.99
Ανώτερο Απόμακρο	4.08±2.99
Ουδέτερο Απόμακρο	3.49±3.76
Κατώτερο Απόμακρο	3.11±3.19
HDHQ Επιθετικότητα-Εχθρότητα	
Εκδραμάτιση εχθρότητας	4.02±1.71
Επίκριση των άλλων	5.68±2.28
Παρανοειδής επιθετικότητα	2.40±1.84
Αυτοκριτική	3.47±1.95
Παραληρηματική ενοχή	2.30±1.63
Κατεύθυνση της επιθετικότητας	-2.85±4.81
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	12.11±4.53
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	9.26±4.94
Συνολική Εχθρότητα	17.90±6.61
SOC Εσωτερική Συνοχή	
SOC Γενικός Δείκτης	141.54±29.37

Σημείωση: meadian, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόκλιση

Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία

Αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες, διαπιστώνεται ότι οι τιμές της «κατάθλιψης» ($p < 0.0005$) εμφανίζονται υψηλότερες στις γυναίκες, καθώς και του «άγχους» ($p < 0.0005$), της «σωματοποίησης» ($p = 0.001$), του «γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p < 0.0005$), του «καταθλιπτικού συναισθήματος» ($p = 0.057$) και της «συνολικής ψυχιατρικής νοσηρότητας» ($p = 0.010$). Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο, οι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες εκτίμησης του «άγχους» ($p = 0.045$), της «σωματοποίησης» ($p = 0.053$) και του «καταθλιπτικού συναισθήματος» ($p = 0.063$), όπως φαίνεται και στους πίνακες 7,8 και 9. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, δεν παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των μεταβλητών ψυχοπαθολογίας. Τέλος, η ηλικία και το επάγγελμα δε φάνηκε να σχετίζονται με καμία ψυχοπαθολογική παράμετρο (Πίνακας 9).

Πίνακας 7. Συσχετίσεις των μέσων όρων των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τους μέσους όρους των κλιμάκων εκτίμησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90R)

	Κατάθλιψη SCL-90R		Άγχος SCL-90R		Σωματο- ποίηση SCL-90R		Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R	
	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean± SD	P	Mean±SD	p
Δημογραφικά								
Φύλο		<0.0005		0.002		<0.0005		<0.0005
Γυναίκες	1.15±0.68		0.71±0.74		1.00±0.76		0.85±0.55	
Άνδρες	0.67±0.53		0.38±0.55		0.59±0.59		0.53±0.44	
Οικογενειακή Κατάσταση		0.041		0.504		0.325		0.233
Άγαμος	0.84±1.17		0.56±0.98		0.61±0.61		0.63±0.68	
Έγγαμος	0.81±0.59		0.48±0.62		0.71±0.68		0.63±0.49	
Διαζευγμένος	0.76±0.00		0.00±0.00		0.50±0.00		0.15±0.00	
Συζεί	0.25±0.11		0.33±0.57		0.27±0.24		0.21±0.03	
Χήρος	1.25±0.59		0.65±0.78		0.91±0.62		0.84±0.58	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0.678		0.502		0.371		0.590
Δεν τελείωσε το δημοτ.	0.92±0.59		0.62±0.73		0.85±0.73		0.72±0.55	
Απόφοιτος Δημοτικού	0.83±0.64		0.52±0.69		0.80±0.75		0.66±0.54	
Απόφοιτος Γυμνασίου	0.87±0.60		0.38±0.55		0.67±0.55		0.62±0.39	
Απόφοιτος Λυκείου	0.88±0.72		0.52±0.56		0.50±0.51		0.63±0.51	
Απόφοιτος TEI	0.50±0.59		0.25±0.35		0.70±0.53		0.48±0.56	
Απόφοιτος AEI	0.68±0.54		0.25±0.27		0.51±0.43		0.47±0.28	
Επάγγελμα		0.288		0.426		0.523		0.448
Οικιακά	1.08±0.74		0.62±0.83		0.98±0.96		0.78±0.61	
Εργάτης	1.20±0.94		1.20±1.32		0.95±0.29		1.11±1.05	
Αγρότης	1.00±0.73		0.60±0.69		0.80±0.59		0.71±0.45	
Αυτοαπασχολούμενος	0.51±0.65		0.48±0.55		0.77±0.72		0.55±0.54	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0.86±0.85		0.28±0.51		0.38±0.26		0.45±0.45	
Δημόσιος Υπάλληλος	0.82±0.37		0.48±0.47		0.56±0.43		0.65±0.41	
Συνταξιούχος	0.77±0.57		0.44±0.60		0.71±0.66		0.61±0.48	

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους δημογραφικούς παράγοντες και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, σωματοποίηση, γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων). Median, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόλιση. Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Πίνακας 8. Συσχετίσεις των μέσων όρων των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τους μέσους όρους των κλιμάκων εκτίμησης ψυχοπαθολογίας (GHQ-28)

	Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28		Συνολική Ψ- Νοσηρότητα GHQ-28	
	Mean±SD	p	Mean±SD	P
Δημογραφικά				
Φύλο		0.430		0.017
Γυναίκες	9.86±3.38		52.38±11.61	
Άνδρες	9.38±3.69		47.95±10.57	
Οικογενειακή Κατάσταση		0.935		0.737
Άγαμος	9.00±3.93		43.80±11.30	
Έγγαμος	9.62±3.70		49.73±11.41	
Διαζευγμένος	7.00±0.00		45.00±0.00	
Συζεί	8.00±1.73		42.33±7.50	
Χήρος	9.22±3.03		49.77±8.42	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0.458		0.940
Δεν τελείωσε το δημοτ.	10.56±4.39		50.16±11.88	
Απόφοιτος Δημοτικού	9.59±3.46		50.14±11.41	
Απόφοιτος Γυμνασίου	8.31±2.68		48.47±10.47	
Απόφοιτος Λυκείου	9.73±4.31		48.06±11.53	
Απόφοιτος ΤΕΙ	10.00±4.24		49.00±9.89	
Απόφοιτος ΑΕΙ	8.77±2.71		47.33±9.79	
Επάγγελμα		0.582		0.847
Οικιακά	9.17 3.24		50.29 14.23	
Εργάτης	13.33 4.50		53.66 18.47	
Αγρότης	9.83 3.83		52.66 11.51	
Αυτοαπασχολούμενος	8.62 2.06		46.50 8.83	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	10.57 5.62		49.42 9.65	
Δημόσιος Υπάλληλος	9.50 2.32		51.12 11.06	
Συνταξιούχος	9.43 3.63		48.71 10.66	

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους δημογραφικούς παράγοντες και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα). Median, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος±τυπική απόλιση. Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Πίνακας 9. Μονοπαράγοντικές συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία

	Κατάθλιψη		Άγχος		Σωματο-ποίηση		Γενικός Δείκτης		Καταθλιπτικό		Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	
	SCL-90R		SCL-90R		SCL-90R		SCL-90R		SCL-90R		GHQ-28	
Δημογραφικοί Παράγοντες	Correlation – p		Correlation – p		Correlation – p		Correlation – p		Correlation – p		Correlation – p	
Φύλο	r= -0.351, p<0.0005		r= -0.284, p<0.0005		r= -0.269, p= 0.001		r= -0.293, p<0.0005		r= -0.150, p= 0.057		r= -0.203, p= 0.010	
Ηλικία	r= 0.024, p= 0.768		r= -0.010, p= 0.900		r= 0.106, p= 0.186		r= 0.023, p= 0.777		r= -0.030, p= 0.704		r= 0.058, p= 0.470	
Οικογενειακή Κατάσταση	r= 0.121, p= 0.126		r= 0.051, p= 0.523		r= 0.108, p= 0.177		r= 0.069, p= 0.383		r= 0.015, p= 0.847		r= 0.059, p= 0.456	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	r= -0.096, p= 0.228		r= -0.158, p= 0.045		r= -0.154, p= 0.053		r= -0.110, p= 0.166		r= -0.147, p= 0.063		r= -0.087, p= 0.275	
Επάγγελμα	r= -0.107, p= 0.181		r= -0.097, p= 0.224		r= -0.064, p= 0.426		r= -0.075, p= 0.349		r= -0.059, p= 0.461		r= -0.057, p= 0.473	

Σημείωση: Μονοπαράγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους δημογραφικούς παράγοντες και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναισθημα, συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, σωματοποίηση, γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, διαπιστώνεται ότι η διάρκεια της νόσου σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την «κατάθλιψη» ($p=0.090$), την «επιθετικότητα» ($p=0.041$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.013$) και το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.016$). Επίσης, οι ασθενείς που βρίσκονταν στο στάδιο II και III εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες της «κατάθλιψης» ($p=0.083$), της «συνολικής ψυχιατρικής νοσηρότητας» ($p=0.025$) και του «καταθλιπτικού συναισθήματος» ($p=0.054$). Η ύπαρξη μεταστάσεων βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.021$) και τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.081$), ενώ η ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με το «άγχος» ($p=0.059$), την «επιθετικότητα» ($p=0.021$) και το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.025$). Αντίθετα, δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της ύπαρξης κολοστομίας και της εντόπισης νεοπλασίας με τη ψυχιατρική νοσηρότητα. Αναλυτικά, η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ κλινικών χαρακτηριστικών και ψυχοπαθολογίας παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις των μέσων όρων των κλινικών παραμέτρων με τους μέσους όρους των κλιμάκων εκτίμησης ψυχοπαθολογίας

	Κατάθλιψη SCL-90R		Άγχος SCL-90R		Επιθετι- κότητα SCL-90R		Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R		Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28		Συνολική Ψ- Νοσηρότητα GHQ-28	
	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean±SD	p	Mean±SD	p
Κλινικοί Παράγοντες												
Στάδιο Νόσου	I	0.272	0.66±0.55	0.507	1.00±1.04	0.403	0.87±0.77	0.483	7.66±1.15	0.107	49.66±10.78	0.096
	II		0.42±0.59		0.45±0.60		0.58±0.49		9.15±3.19		47.56±9.46	
	III		0.58±0.76		0.55±0.63		0.70±0.52		9.57±3.58		50.27±11.91	
	IV		0.46±0.47		0.52±0.50		0.66±0.47		11.13±4.7		53.95±13.57	
Μεταστάσεις	Όχι	0.119	0.49±0.66	0.834	0.50±0.62	0.841	0.63±0.51	0.812	9.28±3.32	0.025	48.66±10.51	0.037
	Ναι		0.46±0.47		0.52±0.50		0.66±0.47		11.13±4.76		53.95±13.57	
Χειρουργική Επέμβαση	Όχι	0.221		0.109		0.071		0.052		0.255		0.718
	Ναι											
Κολοστομία	Όχι	0.966	0.13±0.15		0.12±0.23		0.30±0.18		8.12±1.35		48.00±6.69	
	Ναι		0.50±0.65	0.473	0.52±0.61	0.763	0.65±0.51	0.515	9.61±3.66	0.767	49.45±11.27	0.720
	Όχι		0.50±0.66		0.50 0.63		0.65 0.52		9.51 3.50		49.50 11.09	
Εντόπιση Νεοπλασίας	Ναι	0.744	0.38±0.44	0.942	0.54 0.38	0.648	0.56 0.33	0.871	9.77 4.34	0.417	48.50 11.27	0.563
	Όχι											
Παχύ έντερο	Όχι		0.49±0.71		0.46±0.62		0.65±0.53		9.92±3.79		50.23±10.94	
	Ναι		0.48±0.61		0.51±0.60		0.63±0.49		9.40±3.52		49.08±11.16	

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους κλινικούς παράγοντες και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, σωματικοποίηση, γενικός δείκτης ψυχατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Πίνακας 11. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

	Κατάθλιψη SCL-90R	Άγχος SCL-90R	Επιθετι- κότητα SCL-90R	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R	Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28	Συνολική Ψ- Νοσηρότητα GHQ-28
Κλινικοί παράγοντες	Correlation – p	Correlation – p	Correlation – p	Correlation – p	Correlation – p	Correlation – p
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	r= 0.135, p= 0.090	R= 0.125, p= 0.117	r= 0.163, p= 0.041	r= 0.197, p= 0.013	r= 0.189, p= 0.016	r= 0.111, p= 0.164
Στάδιο Νόσου	r= 0.138, p= 0.083	r= 0.092, p= 0.248	r= 0.111, p= 0.162	r= 0.103, p= 0.191	r= 0.177, p= 0.025	r= 0.152, p= 0.054
Μεταστάσεις	r= 0.109, p= 0.170	r= 0.056, p= 0.483	r= 0.070, p= 0.380	r= 0.032, p= 0.684	r= 0.181, p= 0.021	r= 0.138, p= 0.081
Χειρουργική Επέμβαση	r= 0.087, p= 0.276	r= 0.150, p= 0.059	r= 0.183, p= 0.021	r= 0.177, p= 0.025	r= 0.060, p= 0.450	r= 0.004, p= 0.963
Κολοστομία	r= 0.020, p= 0.807	r= -0.038, p= 0.631	r= 0.117, p= 0.141	r= -0.003, p= 0.974	r= -0.024, p= 0.764	r= -0.033, p= 0.675
Εντόπιση Νεοπλασίας	r= -0.020, p= 0.802	r= 0.002, p= 0.981	r= -0.001, p= 0.994	r= -0.019, p= 0.811	r= -0.043, p= 0.591	r= -0.079, p= 0.317

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους κλινικούς παράγοντες και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, γενικός δείκτης ψυχατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed test

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Όσον αφορά στους μηχανισμούς άμυνας, όπως έδειξε η ανάλυση του Defense Style Questionnaire, διαπιστώνεται ότι το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ» βρέθηκε να σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με τη «κατάθλιψη» ($p<0.0005$), το «άγχος» ($p<0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p<0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$) και τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p<0.0005$). Το «προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας» βρέθηκε να σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με τη «κατάθλιψη» ($p=0.016$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.003$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.018$) και τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.034$) (Πίνακας 12). Με την λεπτομερέστερη ανάλυση των μηχανισμών άμυνας, φάνηκε ότι η πλειοψηφία αυτών σχετίζονται με τους δείκτες ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 13).

Πίνακας 12. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των προφίλ άμυνας του Εγώ (DSQ) με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Μηχανισμοί Άμυνας (DSQ)	Κατάθλιψη SCL-90R	Άγχος SCL-90R	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R	Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28	Συνολική Ψ. Νοσηρότητα GHQ-28
	Correlation - p	Correlation - p	Correlation – p	Correlation – p	Correlation – p
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	r= 0.470, p<0.0005	r= 0.444, p<0.0005	r= 0.529, p<0.0005	r= 0.395, p<0.0005	r= 0.395, p<0.0005
Προφίλ Διαστρέβλωσης της Εικόνας	r= 0.190, p= 0.016	r= 0.119, p= 0.135	r= 0.230, p= 0.003	r= 0.186, p= 0.018	r= 0.167, p= 0.034
Προφίλ Αυτόθυσίας	r= -0.086, p= 0.281	r= -0.041, p= 0.610	r= -0.069, p= 0.382	R= -0.056, p= 0.481	r= -0.032, p= 0.686
Προσαρμοστικό προφίλ	r= -0.051, p= 0.523	r= -0.103, p= 0.197	r= -0.053, p= 0.503	R= -0.122, p= 0.123	r= -0.111, p= 0.162

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τα προφίλ άμυνας του Εγώ, όπως εκτιμήθηκαν από το DSQ, και με εξάρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Πίνακας 13. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των μηχανισμών άμυνας του Εγώ (DSQ) με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

	Κατάθλιψη SCL-90R	Άγχος SCL-90R	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R	Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28	Συνολική Ψ. Νοσηρότητα GHQ-28
Μηχανισμοί Άμυνας (DSQ)	p	p	p	P	p
Παθητική επιθετικότητα	0.020	0.006	0.001	0.008	0.015
Προβολή	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Παλινδρόμηση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Αναστολή	0.0005	0.0005	0.0005	0.006	0.016
Προβλητική ταύτιση	0.024	0.033	0.006	0.006	0.194
Εκδραμάτιση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Σωματοποίηση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Απόσυρση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Σχιζοειδής φαντασίωση	0.004	0.106	0.001	0.026	0.024
Αναστροφή στον εαυτό	0.0005	0.007	0.0005	0.015	0.019
Καταναλωτικότητα- στοματικότητα	0.135	0.052	0.004	0.074	0.019
Ματαιώση	0.003	0.017	0.004	0.016	0.003
Παντοδυναμία	0.900	0.651	0.458	0.584	0.865
Άρνηση	0.704	0.601	0.897	0.887	0.870
Σχάση	0.001	0.006	0.001	0.006	0.0005
Αρχέγονη εξιδανίκευση	0.051	0.188	0.039	0.346	0.045
Μόνωση	0.006	0.119	0.008	0.002	0.049
Ψευδοαλτρουισμός	0.013	0.063	0.003	0.0005	0.002
Ανήκειν	0.001	0.015	0.003	0.135	0.160
Μετουσίωση	0.301	0.186	0.244	0.056	0.088
Καταστολή	0.073	0.055	0.127	0.362	0.210

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, όπως εκτιμήθηκαν από το DSQ, και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Από την ανάλυση των μηχανισμών άμυνας, όπως εκτιμώνται από το Life Style Index, προέκυψε ότι οι μηχανισμοί άμυνας της «άρνησης», της «προβολής», της «απόθλησης», της «παλινδρόμησης» και της «μετάθεσης» σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την «κατάθληψη», ($p=0.029$, $p=0.001$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα), το «άγχος» ($p=0.008$, $p=0.019$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.017$, $p=0.002$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.024$, $p=0.046$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα) και τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.009$, $p=0.014$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα). Ο αμυντικός μηχανισμός της «υπεραναπλήρωσης» βρέθηκε ότι συσχετίζεται με τη «κατάθληψη» ($p=0.052$), το «άγχος» ($p=0.026$) και το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.029$). Όσον αφορά στο «σχηματισμό εξ αντιδράσεως» διαπιστώνεται ότι σχετίζεται με τη «κατάθληψη» ($p=0.002$), το «άγχος» ($p=0.009$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.010$) και τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.049$). Τέλος, παρατηρείται ότι ο αμυντικός μηχανισμός της «διανοητικοποίησης» δεν σχετίζεται με τις κλίμακες της ψυχοπαθολογίας (**Πίνακας 14**).

Πίνακας 14. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των μηχανισμών άμυνας του Εγώ με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

	Κατάθλιψη SCL-90R	Άγχος SCL-90R	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R	Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28	Συνολική Ψ. Νοσηρότητα GHQ-28
Μηχανισμοί Άμυνας (LSI)	Correlation - p	Correlation - p	Correlation - p	Correlation - p	Correlation - p
Άρνηση	r= -0.173, p= 0.029	r= -0.208, p= 0.008	r= -0.187, p= 0.017	r= -0.178, p= 0.024	r= -0.204, p= 0.009
Απώθηση	r= 0.372, p< 0.0005	r= 0.295, p< 0.0005	r= 0.337, p< 0.0005	r= 0.336, p< 0.0005	r= 0.335, p< 0.0005
Παλινδρόμηση	r= 0.468, p< 0.0005	r= 0.492, p< 0.0005	r= 0.525, p< 0.0005	r= 0.301, p< 0.0005	r= 0.361, p< 0.0005
Υπερανάπληρωση	r= 0.154, p= 0.052	r= 0.176, p= 0.026	r= 0.172, p= 0.029	r= 0.080, p= 0.313	r=0.059, p= 0.457
Προβολή	r= 0.251, p= 0.001	r= 0.186, p= 0.019	r= 0.238, p= 0.002	r= 0.158, p= 0.046	r= 0.194, p= 0.014
Μετάθεση	r= 0.326, p< 0.0005	r= 0.311, p< 0.0005	r= 0.332, p< 0.0005	r= 0.292, p< 0.0005	r= 0.278, p< 0.0005
Διανοητικοποίηση	r= 0.103, p= 0.195	r= 0.116, p= 0.143	r= 0.075, p= 0.344	r= 0.062, p= 0.438	r= 0.049, p= 0.536
Σχηματισμός εξ Αντιδράσεως	r= 0.248, p= 0.002	r= 0.207, p= 0.009	r= 0.203, p= 0.010	r= 0.094, p= 0.235	r= 0.156, p= 0.049

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, όπως εκτιμήθηκαν από το LSI, και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Όπως έδειξε η εκτίμηση του ερωτηματολογίου HDHQ, η «συνολική εχθρότητα» σχετίζεται σημαντικά με τη «κατάθλιψη» ($p<0.0005$), το «άγχος» ($p<0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p<0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$) και τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p<0.0005$). Αναλυτικά, το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας των διαφόρων επιμέρους θεμάτων της κλίμακας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 15**.

Πίνακας 15. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις της επιθετικότητας με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

	Κατάθλιψη SCL-90R	Άγχος SCL-90R	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90R	Καταθλιπτικό Συναίσθημα GHQ-28	Συνολική Ψ. Νοσηρότητα GHQ-28
HDHQ	Correlation - p	Correlation - p	Correlation - p	Correlation - p	Correlation - p
Επιθετικότητα					
Εκδραμάτιση της Εχθρότητας	r= 0.222, p<0.005	r= 0.245, p= 0.002	r= 0.243, p= 0.002	r= 0.247, p= 0.002	r= 0.279, p<0.0005
Κριτική των Άλλων	r= 0.378, p<0.0005	r= 0.257, p= 0.001	r= 0.385, p<0.0005	r= 0.279, p<0.0005	r= 0.334, p<0.0005
Παρανοϊκή Εχθρότητα	r= 0.363, p<0.0005	r= 0.382, p<0.0005	r= 0.378, p<0.0005	r= 0.253, p<0.001	r= 0.261, p= 0.001
Αυτοκριτική	r= 0.460, p<0.0005	r= 0.499, p<0.0005	r= 0.496, p<0.0005	r= 0.303, p<0.0005	r= 0.351, p<0.0005
Ενοχές	r= 0.421, p<0.0005	r= 0.387, p<0.0005	r= 0.396, p<0.0005	r= 0.335, p<0.0005	r= 0.377, p<0.0005
Συνολική Εχθρότητα	r= 0.530, p<0.0005	r= 0.503, p<0.0005	r= 0.551, p<0.0005	r= 0.400, p<0.0005	r= 0.455, p<0.0005
Εξωστρεφόμενη Επιθετικότητα	r= 0.424, p<0.0005	r= 0.386, p<0.0005	r= 0.443, p<0.0005	r= 0.332, p<0.0005	r= 0.379, p<0.0005
Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα	r= 0.508, p<0.0005	r= 0.525, p<0.0005	r= 0.532, p<0.0005	r= 0.349, p<0.0005	r= 0.404, p<0.0005
Κατεύθυνση της εχθρότητας	r= 0.066, p= 0.408	r= 0.145, p= 0.068	r= 0.081, p= 0.311	r= 0.028, p= 0.729	r= 0.025, p= 0.758

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή την επιθετικότητα, όπως εκτιμήθηκαν από το HDHQ, και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (καταθλιπτικό συναίσθημα, συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα) και το SCL-90R (κατάθλιψη, άγχος, γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών παραγόντων με την Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 16 που ακολουθεί, από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής ($p=0.036$), με τη σχετική με τη «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής ($p=0.002$) και με τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής ($p=0.021$). Έτσι, οι άνδρες εμφανίζουν καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής και στις τρεις αυτές διαστάσεις της Ποιότητα Ζωής. Η ηλικία σχετίζεται με τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής ($p=0.022$), με τους μικρότερους σε ηλικία να δηλώνουν καλύτερη Ποιότητα Ζωής από ό,τι οι μεγαλύτεροι. Όσοι ήταν διαζευγμένοι, χήροι και χωρισμένοι φαίνεται να έχουν χειρότερη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής ($p=0.037$).

Όσον αφορά στους κλινικούς παράγοντες, ένα πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου σχετίζεται με χειρότερη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής ($p=0.009$). Η εντόπιση του καρκίνου σχετίζεται με τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής ($p=0.054$) και με τη σχετική με το «περιβάλλον» Ποιότητα Ζωής ($p=0.024$). Τέλος, η διάρκεια της νόσου βρέθηκε να σχετίζεται με τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής ($p=0.050$).

Πίνακας 16. Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με την ΠΖ – Μονοπαγοντικές αναλύσεις (N=162).

	Σωματική Υγεία		Ψυχική Υγεία		Κοινωνικές Σχέσεις		Περιβάλλον	
	Mean±SD Or N (%)	Correlation Or Mean±SD	P	Correlation or Mean±SD	p	Correlation or Mean±SD	p	
Δημογραφικά								
Ηλικία(έτη)	65.1±9.5	-0.105	0.185 ¹	-0.110	0.168 ¹	-0.181	0.022 ¹	0.614 ¹
Εκπαίδευση			0.145 ²		0.799 ²		0.256 ²	0.212 ²
<Πρωτοβάθμια	30 (18.5)	62.7±18.9		62.6±19.4		58.0±21.0		59.0±20.2
Πρωτοβάθμια	77 (47.5)	59.4±20.6		62.7±18.2		62.2±20.6		61.7±14.9
Δευτεροβάθμια	34 (21.0)	68.6±16.7		66.1±14.7		67.4±17.4		63.4±14.1
Τριτοβάθμια	21 (13.0)	61.0±19.4		63.8±16.8		66.2±20.1		68.3±13.8
Φύλο			0.036 ³		0.002 ³		0.021 ³	0.300 ³
Γυναίκες	53 (32.7)	57.6±20.8		57.5±18.9		57.8±19.3		60.6±14.9
Άνδρες	109 (67.3)	64.4±18.3		66.5±15.9		65.6±20.1		63.3±16.2
Διαζευγμένος /Χήρος /Αγαμος								
Ναι	13 (8.0)	60.4±19.6	0.728 ³	58.3±21.4	0.260 ³	51.9±21.8	0.037 ³	65.6±12.9
Όχι	149 (92.0)	60.4±17.0		64.0±17.1		64.0±19.7		62.1±16.0
Κλινικές Παράμετροι								
Διάρκεια Νόσου (έτη)	1.6±2.1	-0.018	0.819 ⁴	-0.066	0.410 ⁴	-0.154	0.050 ⁴	0.158 ⁴
Εντόπιση Νεοπλασίας			0.576 ³		0.159 ³		0.054 ³	0.024 ³
Παχύ έντερο	120 (74.1)	62.8±19.5		64.5±17.8		64.9±19.6		64.1±14.9
Ορθό	42 (25.9)	60.8±19.2		60.3±16.2		57.9±20.9		57.7±17.4
Στάδιο Νόσου			0.009 ²		0.100 ²		0.809 ²	0.367 ²
I	3 (1.9)	51.2±29.1		59.7±19.2		52.7±4.8		61.4±3.6
II	82 (50.6)	65.2±16.5	0.008 ⁵	65.9±16.5		63.9±20.9		63.8±14.5
III	54 (33.3)	63.3±19.3	0.046 ⁶	63.5±17.2		62.4±20.2		59.3±17.5
IV	23 (14.2)	50.6±23.9		55.7±19.8		63.0±18.9		64.9±16.4

1: Pearson correlation; 2: ANOVA; 3: two tailed t-tests; 4: Spearman correlation; 5&6: Bonferroni post-hoc tests between stages II and IV (5) and III and IV (6)

Συσχέτιση χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Σχετικά με συγκεκριμένους αμυντικούς μηχανισμούς άμυνας, τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι η «άρνηση» σχετίζεται θετικά με όλες τις διαστάσεις της Ποιότητα Ζωής (Πίνακας 17). Η «απόθηση» σχετίζεται επίσης με όλες τις διαστάσεις της Ποιότητα Ζωής, αλλά αρνητικά. Η «παλινδρόμηση», επίσης, σχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της Ποιότητα Ζωής. Διάφορες επιμέρους άμυνες δείχνουν επίσης σποραδικές συσχετίσεις με επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Τόσο η συνολική «εχθρότητα» όσο και η γενική ψυχική καταπόνηση, όπως αυτή εκτιμήθηκε από τον SCL-90 GSI, βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά και αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της Ποιότητα Ζωής. Τέλος, όσο περισσότερο υψηλή αίσθηση συνοχής είχαν οι ασθενείς, τόσο καλύτερη Ποιότητα Ζωής εμφάνιζαν σε όλες τις διαστάσεις του WHOQOL-BREF.

Πίνακας 17. Συσχέτιση χαρακτηριστικών προσωπικότητας και της ψυχικής καταπόνησης με την ΠΖ – Μονοπαρογοντικές αναλύσεις (N=162).

	Σωματική Υγεία		Ψυχική Υγεία		Κοινωνικές Σχέσεις		Περιβάλλον	
	Mean±SD	Correlation	p	Correlation	p	Correlation	p	p
Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας								
Μηχανισμοί Άμυνας								
Άρνηση	56.9±16.8	0.234	0.003	0.401	<0.0005	0.408	0.423	<0.0005
Απόθληση	34.3±19.9	-0.305	<0.0005	-0.268	0.001	-0.192	-0.208	0.008
Παλινδρόμηση	23.8±17.1	-0.344	<0.0005	-0.308	<0.0005	-0.135	-0.185	0.019
Αναπλήρωση	38.0±19.2	0.015	0.853	0.040	0.613	0.157	-0.075	0.346
Προβολή	73.5±22.1	-0.049	0.542	-0.027	0.737	-0.162	-0.112	0.160
Μετάθεση	13.4±14.3	-0.171	0.030	-0.130	0.103	-0.151	-0.163	0.040
Διανοητικοποίηση	60.0±16.6	0.054	0.494	0.089	0.264	0.172	0.184	0.020
Σχηματισμός εξ	56.1±24.2	0.012	0.997	0.023	0.773	0.117	0.104	0.191
Αντιδράσεως								
Εχθρότητα								
Αίσθηση Συναγώνης	17.9±6.6	-0.234	0.003	-0.369	<0.0005	-0.173	-0.297	<0.0005
Ψυχική καταπόνηση	141.5±29.3	0.450	<0.0005	0.564	<0.0005	0.375	0.536	<0.0005
Ψυχική καταπόνηση (SCL-90 GSI)	0.64 ± 0.51	-0.495	<0.0005	-0.526	<0.0005	-0.341	-0.396	<0.0005

Σημείωση: Μονοπαρογοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τη ψυχική καταπόνηση και με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής, όπως εκτιμήθηκε από το WHOQOL-BREF (Σωματική υγεία, Ψυχική υγεία, Κοινωνικές σχέσεις, Περιβάλλον). Meadian, mean±standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος=τυπική απόλωση, Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Περαιτέρω ανάλυση της σχέσης της ψυχικής καταπόνησης με την Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Όπως φαίνεται στους Πίνακες 18 και 19 και οι τέσσερις υποκλίμακες της Ποιότητας Ζωής, σχετίζονται σημαντικά με όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων Γενικής Υγείας [General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)] και Εκτίμησης της Έντασης των Ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List-90 Revised), με την εξαίρεση μερικών μεμονομένων συμπτωμάτων, όπως αυτά εκτιμώνται από το SCL-90R, που δείχνουν σποραδικές μόνον συσχετίσεις με επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 18. Μονοπαραγοντικές Συσχετίσεις της ψυχοπαθολογίας (GHQ-28) με την Ποιότητα Ζωής

GHQ-28	Σωματική Υγεία		Ψυχική Υγεία		Κοινωνικές Σχέσεις		Περιβάλλον	
	Correlation	P	Correlation	P	Correlation	p	Correlation	P
Σωματικά ενοχλήματα	-0.471	0.000	-0,390	0.000	-0.246	0.001	-0.175	0.023
Άγχος/ Αϋπνία	-0.415	0.000	-0.421	0.000	-0.230	0.003	-0.344	0.000
Κοινωνική δυσλειτουργία	-0.446	0.000	-0,421	0.000	-0.255	0.001	-0.156	0.044
Κατάθλιψη	-0.353	0.000	-0.438	0.000	-0.255	0.001	-0.309	0.000
Συνολική Ψυχιατρ. Νοσηρότητα	-0.533	0.000	-0.532	0.000	-0.315	0.000	-0.322	0.000
Γενικός δείκτης Ψυχοπαθολογίας	-0.230	0.003	-0.253	0.001	-0.163	0.035	-0.247	0.001

Πίνακας 19. Μονοπαραγοντικές Συσχετίσεις της ψυχοπαθολογίας (SCL-90R) με την Ποιότητα Ζωής

SCL-90R	Σωματική Υγεία		Ψυχική Υγεία		Κοινωνικές Σχέσεις		Περιβάλλον	
	Correlation	P	Correlation	P	Correlation	p	Correlation	P
Σωματοποίηση	-0.525	0.000	-0.443	0.000	-0.312	0.000	-0.280	0.000
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	-0.416	0.000	-0.445	0.000	-0.239	0.002	-0.268	0.001
Διαπροσωπική ευαισθησία	-0.345	0.000	-0.406	0.000	-0.290	0.000	-0.332	0.000
Κατάθλιψη	-0.469	0.000	-0.573	0.000	-0.377	0.000	-0.356	0.000
Άγχος	-0.430	0.000	-0.485	0.000	-0.269	0.000	-0.413	0.000
Επιθετικότητα	-0.337	0.000	-0.324	0.000	-0.222	0.004	-0.347	0.000
Φοβικό άγχος	-0.371	0.000	-0.427	0.000	-0.243	0.001	-0.366	0.000
Παρανοειδής Ιδεασμός	-0.235	0.002	-0.279	0.000	-0.210	0.006	-0.258	0.001
Ψυχωτισμός	-0.313	0.000	-0.347	0.000	-0.271	0.000	-0.207	0.008
Όρεξη	-0.384	0.000	-0.362	0.000	-0.234	0.002	-0.139	0.073
Φτωχή όρεξη	-0.121	0.119	-0.112	0.150	0.024	0.759	-0.075	0.334
Αϋπνία	-0.406	0.000	-0.279	0.000	-0.170	0.028	-0.186	0.016
Πρωινή αφύπνιση	-0.095	0.220	-0.121	0.118	-0.154	0.046	-0.154	0.047
Ανήσυχος ύπνος	-0.363	0.000	-0.382	0.000	-0.263	0.001	-0.271	0.000
Σκέψεις θανάτου	-0.184	0.017	-0.284	0.000	-0.167	0.031	-0.269	0.000
Αισθήματα ενοχής	-0.186	0.016	-0.306	0.000	-0.254	0.001	-0.232	0.003
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	-0.494	0.000	-0.529	0.000	-0.340	0.000	-0.391	0.000

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξαρτητή μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 και το SCL-90R και με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής, όπως εκτιμήθηκε από το WHOQOL-BREF (Σωματική υγεία, Ψυχική υγεία, Κοινωνικές σχέσεις, Περιβάλλον). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed tests

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη διερεύνηση της σχέσης όλων των μελετηθέντων παραγόντων με την Ποιότητα Ζωής

1) Συσχέτιση όλων των παραγόντων με τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν αρχικά οι δημογραφικοί παράγοντες, έπειτα οι κλινικές παράμετροι, στη συνέχεια ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τέλος προστίθεται η ψυχική καταπόνηση. Ο **Πίνακας 20** δείχνει ότι οι δημογραφικές μεταβλητές (μοντέλο 1) ερμηνεύουν το 4% της διακύμανσης των τιμών της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής ($p=0.02$). Το φύλο και η ηλικία είναι εδώ οι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη των κλινικών παραγόντων αύξησε τη διακύμανση των τιμών στην Ποιότητα Ζωής στο 6.7% (μοντέλο 2). Το στάδιο της νόσου ήταν εδώ σημαντικός παράγοντας, ενώ το φύλο και η ηλικία παραμένουν σημαντικά. Η προσθήκη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (μοντέλο 3) αύξησε τη διακύμανση κατά 21.9% ($p<0.0005$). Η σχέση του σταδίου της νόσου με την έκβαση παρέμεινε στατιστικά σημαντική, δείχνοντας ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας δεν διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ του σταδίου της νόσου και της Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης (μοντέλο 4) αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά 6.1% ($p<0.0005$). Στο τελικό μοντέλο, το στάδιο της νόσου, η άρνηση, η απώθηση, η εχθρότητα, η αίσθηση συνοχής και η ψυχική καταπόνηση σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα από τη μεταξύ τους σχέση με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 20. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
<u>Δημογραφικά</u>				
Ηλικία (έτη)	-0.166*	-0.175*	-0.074	-0.099
Φύλο (Γυναίκες=1, Άνδρες=2)	0.214**	0.207**	0.081	0.038
Εκπαίδευση	0.002	0.007	0.038	0.008
<u>Κλινικές Παράμετροι</u>				
Διάρκεια Νόσου		-0.022	-0.076	-0.114
Στάδιο Νόσου (I-IV)		-0.195**	-0.180**	-0.170**
<u>Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας</u>				
Άρνηση			0.146*	0.136*
Απώθηση			-0.196**	-0.157*
Παλινδρόμηση			-0.275**	-0.185
Μετάθεση			0.062	0.067
Εχθρότητα			-0.254**	-0.285**
Αίσθηση Συνοχής			0.343***	0.246**
<u>Ψυχική καταπόνηση</u>				
Συνολική Ψυχική καταπόνηση (SCL-90 GSI)				-0.395***
Προσαρμοσμένος δείκτης R^2 του μοντέλου	0.040	0.067	0.286	0.347
Αύξηση του δείκτη R^2	0.040	0.027	0.219	0.061
Στατιστικό κριτήριο F	0.026	0.044	<0.0005	<0.0005

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

2) Συσχέτιση όλων των παραγόντων με τη σχετική με τη ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με τη «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν αρχικά οι δημογραφικοί παράγοντες, έπειτα οι κλινικές παράμετροι, στη συνέχεια ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπιότητας και τέλος προστίθεται η ψυχική καταπόνηση. Ο **Πίνακας 21** δείχνει ότι οι δημογραφικές μεταβλητές (μοντέλο 1) ερμηνεύουν το 7.5% της διακύμανσης των τιμών της σχετικής με τη «**ψυχική υγεία**» **Ποιότητα Ζωής** ($p=0.002$). Η προσθήκη των κλινικών παραγόντων αύξησε τη διακύμανση των τιμών στην Ποιότητα Ζωής στο 9.1% (μοντέλο 2) και η προσθήκη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (μοντέλο 3) την αύξησε κατά 31.8% ($p<0.0005$). Η σχέση του φύλου με την έκβαση παρέμεινε στατιστικά σημαντική, δείχνοντας ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας δεν διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ του φύλου και της Ποιότητας Ζωής. Οι μεταβλητές που εδώ βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά με την Ποιότητα Ζωής ήταν ο μηχανισμός της «άρνησης» και η «αίσθηση συνοχής», και οι δυο θετικά σχετιζόμενες με την Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης (μοντέλο 4) αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά 3.5% ($p=0.002$). Στο τελικό μοντέλο, το φύλο, η άρνηση, η αίσθηση συνοχής και η ψυχική καταπόνηση σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη σχετική με τη «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 21. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με τη σχετική με την ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
<u>Δημογραφικά</u>				
Ηλικία (έτη)	-0.184*	-0.188*	-0.112	-0.131
Φύλο (Γυναίκες=1, Άνδρες=2)	0.293***	0.288***	0.179**	0.139*
Εκπαίδευση	-0.033	-0.023	-0.028	-0.056
<u>Κλινικές Παράμετροι</u>				
Διάρκεια Νόσου		-0.030	-0.043	-0.079
Στάδιο Νόσου (I-IV)		-0.171*	-0.112	-0.112
<u>Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας</u>				
Άρνηση			0.273***	0.260**
Απόθηση			-0.087	-0.052
Παλινδρόμηση			-0.078	-0.004
Εχθρότητα			-0.005	-0.047
Αίσθηση Συνοχής			0.389***	0.303***
<u>Ψυχική καταπόνηση</u>				
Συνολική Ψυχική καταπόνηση (SCL-90 GSI)				-0.284***
Προσαρμοσμένος δείκτης R^2 του μοντέλου	0.075	0.091	0.409	0.444
Αύξηση του δείκτη R^2	0.075	0.016	0.318	0.035
Στατιστικό κριτήριο F	0.002	0.100	<0.0005	0.002

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

3) Συσχέτιση όλων των παραγόντων με τη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητα Ζωής

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν αρχικά οι δημογραφικοί παράγοντες, έπειτα οι κλινικές παράμετροι, στη συνέχεια ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τέλος προστίθεται η ψυχική καταπόνηση. Ο Πίνακας 22 δείχνει ότι οι δημογραφικές μεταβλητές (μοντέλο 1) ερμηνεύουν το 6% της διακύμανσης των τιμών της σχετικής με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής ($p=0.009$). Η προσθήκη των κλινικών παραγόντων δεν αύξησε τη διακύμανση των τιμών στην Ποιότητα Ζωής, η οποία παρέμεινε στο 6% (μοντέλο 2). Η προσθήκη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (μοντέλο 3) αύξησε την διακύμανση των τιμών κατά 20.3% ($p<0.0005$). Και εδώ, η άρνηση και η αίσθηση συνοχής σχετίζονταν θετικά και σημαντικά με την Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης (μοντέλο 4) αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά 1.8% ($p=0.038$). Στο τελικό μοντέλο, η άρνηση, η αίσθηση συνοχής και η ψυχική καταπόνηση σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 22. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με τη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητα Ζωής

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
<u>Δημογραφικά</u>				
Ηλικία (έτη)	-0.190*	-0.180*	-0.122	-0.129
Φύλο (Γυναίκες=1, Άνδρες=2)	0.203**	0.190*	0.133	0.108
Εκπαίδευση	0.045	0.053	0.020	0.004
Διαζευγμένοι/Χήροι/Χωρισμένοι	-0.055	-0.062	-0.077	-0.066
<u>Κλινικές Παράμετροι</u>				
Διάρκεια Νόσου		-0.079	-0.030	-0.006
Στάδιο Νόσου (I-IV)		-0.025	-0.010	-0.011
<u>Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας</u>				
Άρνηση			0.240***	0.234***
Απώθηση			-0.153	-0.131
Αναπλήρωση			0.128	0.136
Προβολή			-0.090	-0.104
Διανοητικοποίηση			0.089	0.073
Εχθρότητα			-0.013	0.024
Αίσθηση Συνοχής			0.252**	0.199*
<u>Ψυχική καταπόνηση</u>				
Συνολική Ψυχική καταπόνηση (SCL-90 GSI)				-0.219*
Προσαρμοσμένος δείκτης R^2 του μοντέλου	0.060	0.060	0.263	0.281
Αύξηση του δείκτη R^2	0.060	0.000	0.203	0.018
Στατιστικό κριτήριο F	0.009	0.576	<0.0005	0.038
***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05				

4) Συσχέτιση όλων των παραγόντων με τη σχετική με το περιβάλλον Ποιότητα Ζωής

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με το «περιβάλλον» Ποιότητα ζωής. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν αρχικά οι δημογραφικοί παράγοντες, έπειτα οι κλινικές παράμετροι, στη συνέχεια ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τέλος προστίθεται η ψυχική καταπόνηση. Ο **Πίνακας 23** δείχνει ότι οι δημογραφικές μεταβλητές (μοντέλο 1) ερμηνεύουν το 1.9% της διακύμανσης των τιμών της σχετικής με το «περιβάλλον» Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη των κλινικών παραγόντων δεν αύξησε τη διακύμανση των τιμών στην Ποιότητα Ζωής, η οποία παρέμεινε στο 1.9% (μοντέλο 2). Η προσθήκη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (μοντέλο 3) αύξησε την διακύμανση των τιμών κατά 34.8% ($p < 0.0005$). Και εδώ, η άρνηση και η αίσθηση συνοχής σχετίζονταν θετικά και σημαντικά με την Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης (μοντέλο 4) δεν αύξησε σημαντικά τον προσαρμοσμένο δείκτη πολλαπλής συνάφειας ($\text{adjusted } R^2$), υποδεικνύοντας ότι η ψυχική καταπόνηση δεν σχετίζεται σημαντικά με τη σχετική με το «Περιβάλλον» Ποιότητα Ζωής. Στο τελικό μοντέλο, η άρνηση και η αίσθηση συνοχής είναι οι μόνες μεταβλητές που σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη σχετική με το «περιβάλλον» Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 23. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με τη σχετική με το περιβάλλον Ποιότητα Ζωής

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
<u>Δημογραφικά</u>				
Ηλικία (έτη)	0.002	0.009	0.006	0.004
Φύλο (Γυναίκες=1, Άνδρες=2)	0.083	0.075	0.034	0.050
Εκπαίδευση	0.172*	0.179*	0.154*	0.140
<u>Κλινικές Παράμετροι</u>				
Διάρκεια Νόσου		-0.002	-0.001	-0.006
Στάδιο Νόσου (I-IV)		-0.026	-0.025	-0.025
<u>Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας</u>				
Άρνηση			0.260***	0.256***
Απόθηση			-0.046	-0.044
Παλινδρόμηση			-0.008	-0.026
Μετάθεση			0.035	0.038
Διανοητικοποίηση			0.135	0.130
Εχθρότητα			-0.005	-0.014
Αίσθηση Συνοχής			0.465***	0.425***
<u>Ψυχική καταπόνηση</u>				
Συνολική Ψυχική καταπόνηση (SCL-90 GSI)				-0.138
Προσαρμοσμένος δείκτης R^2 του μοντέλου	0.019	0.019	0.367	0.371
Αύξηση του δείκτη R^2	0.019	0.000	0.348	0.004
Στατιστικό κριτήριο F	0.112	0.834	<0.0005	0.146
***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05				

ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα σημαντικότερα συμπεράσματα της συγχρονικής μας μελέτης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έδειξαν ότι:

1. Η ψυχική καταπόνηση είναι ένα σχετικά κοινό βίωμα στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, εκδηλούμενη κυρίως με κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος, διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη.
2. Η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής ανεξάρτητα από τις άλλες μεταβλητές, όπως η σοβαρότητα της νόσου και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ.
3. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, ο μηχανισμός άμυνας της άρνησης και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται θετικά με όλες τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.
4. Επίσης, το στάδιο της νόσου, η εχθρότητα και ο μηχανισμός άμυνας της απώθησης σχετίζονταν αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

B) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκαν αρχικά μονοπαραγοντικές αναλύσεις προκειμένου να αξιολογηθούν οι σχέσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών με τις υποκλίμακες της Ποιότητας Ζωής και τις υποκλίμακες της ψυχικής καταπόνησης της πρώτης εκτίμησης, καθώς και να αξιολογηθούν οι σχέσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, των αλλαγών στην Ποιότητα Ζωής και των υποκλιμάκων της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης. Για να αξιολογηθούν οι προγνωστικοί δείκτες της ψυχικής καταπόνησης πραγματοποιήθηκαν πέντε αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις υποκλίμακες της SCL-90 που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες κατά τη διάρκεια της περιόδου εξέτασης. Επιπλέον, προκειμένου να αξιολογηθεί με μεγαλύτερη σαφήνεια η συνεισφορά κάθε παραμέτρου στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής προχωρήσαμε σε τρεις αναλύσεις ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης. Τέλος, στην προοπτική μελέτη ως κριτήριο αποκλεισμού χρησιμοποιήσαμε και τον μεταστατικό καρκίνο, άρα τα αποτελέσματα που παραθέτουμε αφορούν σε δείγμα μη μεταστατικού καρκίνου παχέος εντέρου.

Ψυχική καταπόνηση και σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο παχέος εντέρου, στην πρώτη και δεύτερη εκτίμηση, ένα έτος μετά.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 24, όλες οι κλίμακες του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (SCL-90R) είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες στην δεύτερη εκτίμηση σε σχέση με την πρώτη. Η αύξηση στις τιμές ήταν κυρίως μεγαλύτερη στις παρακάτω μεταβλητές: στην «ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα» ($p<0.0005$), στη «διαπροσωπική ευαισθησία» ($p<0.0005$), στην «κατάθλιψη» ($p<0.0005$), στο «φοβικό άγχος» ($p<0.0005$), στον «παρανοειδή ιδεασμό» ($p<0.0005$) και στον «ψυχωτισμό» ($p<0.0005$), όπως φαίνεται και από την ανάλυση “effect size” που έγινε.

Επίσης, όπως φαίνεται και στον ίδιο πίνακα, οι τιμές στις τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες της Ποιότητας Ζωής είναι χαμηλότερες στην δεύτερη εκτίμηση, σε σχέση με την πρώτη. Συγκεκριμένα, η σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, η σχετική με τη «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής και η σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα

Ζωής είχαν χαμηλότερες τιμές στη δεύτερη εκτίμηση, ενώ η σχετική με το «περιβάλλον» Ποιότητα Ζωής δεν εμφάνισε σημαντική αλλαγή μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η ψυχική επιβάρυνση και η ποιότητα ζωής των ασθενών επιδεινώθηκαν σημαντικά ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση.

Πίνακας 24. Ψυχική καταπόνηση και σχετική με την υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQOL), στους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο παχέος εντέρου, στην πρώτη (T1) και δεύτερη εκτίμηση (T2) (N=84).

	Πρώτη εκτίμηση	Δεύτερη εκτίμηση		
	Means ± SD		Cohen's <i>d</i> ⁽¹⁾	P value ⁽¹⁾
Ψυχική καταπόνηση (SCL-90 GSI)	0.32 ± 0.19	0.61 ± 0.43	0.872	<0.0005
SCL-90-R Μεταβλητές				
Σωματοποίηση	0.58 ± 0.42	0.75 ± 0.61	0.325	0.011
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	0.23 ± 0.23	0.66 ± 0.61	0.934	<0.0005
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.21 ± 0.29	0.65 ± 0.52	1.045	<0.0005
Κατάθλιψη	0.49 ± 0.32	0.78 ± 0.50	0.910	<0.0005
Άγχος	0.31 ± 0.26	0.43 ± 0.46	0.464	0.025
Επιθετικότητα	0.53 ± 0.43	0.47 ± 0.57	-0.119	0.386
Φοβικό άγχος	0.09 ± 0.16	0.28 ± 0.43	0.585	<0.0005
Παρανοειδής Ιδεασμός	0.12 ± 0.26	0.82 ± 0.72	1.293	<0.0005
Ψυχωτισμός	0.05 ± 0.10	0.36 ± 0.39	1.088	<0.0005
HRQOL				
«Σωματική υγεία» HRQOL	69.1 ± 14.3	64. ± 17.3	0.289	0.049
«Ψυχική υγεία» HRQOL	65.6 ± 17.6	59.4 ± 12.6	0.405	0.008
«Κοινωνικές σχέσεις» HRQOL	64.2 ± 22.1	58.0 ± 15.6	0.324	0.033
«Περιβάλλον» HRQOL	62.9 ± 17.3	61.2 ± 11.1	0.148	0.294

(1) Cohen's *d* as the Effect Size; (2) Paired samples two-tailed t-tests

Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης. Όπως φαίνεται και στον πίνακα, οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις δείχνουν μια σειρά από ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που σχετίζονται με την κατάθλιψη στην πρώτη εκτίμηση, όπως το φύλο, η απώθηση, η παλινδρόμηση, η εχθρότητα και η αίσθηση συνοχής. Σχεδόν οι ίδιες μεταβλητές σχετίζονται επίσης και με την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης.

Στην πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης, το άρρεν φύλο ($p=0.041$), οι χαμηλές τιμές στην αίσθηση συνοχής ($p=0.046$) και τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στην αρχική εκτίμηση ($p<0.0005$) ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης και δεύτερης εκτίμησης.

Πίνακας 25. Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της κατάθλιψης μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης ($N=84$).

	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με την κατάθλιψη στην T ₁	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ T ₁ /T ₂	Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ T ₁ /T ₂	
Ανεξάρτητες μεταβλητές	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>beta</i>	<i>p</i> -value
Δημογραφικά				
Φύλο (0=Γυναίκες, 1=Άνδρες)	*** ⁽²⁾	* ⁽³⁾	0.157	0.041
Ηλικία	0.073	0.033	0.048	0.514
Εκπαίδευση	-0.207	-0.204	-0.068	0.365
Διαζευγμένος/Χήρος/Χωρισμένος	Ns ⁽⁴⁾	Ns ⁽⁴⁾		
Κλινικές παράμετροι				
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	-0.131	-0.096		
Διάρκεια: <5έτη=1, >5έτη=2	Ns ⁽⁴⁾	Ns ⁽⁴⁾		
Εντόπιση νεοπλασίας	Ns ⁽⁴⁾	Ns ⁽⁴⁾		
Κολοστομία	Ns ⁽⁴⁾	Ns ⁽⁴⁾		
Καρκίνος στην οικογένεια	Ns ⁽⁴⁾	Ns ⁽⁴⁾		
Μηχανισμοί άμυνας				
Άρνηση	-0.168	-0.128		
Απόωση	0.334 ***	0.104		
Παλινδρόμηση	0.464 ***	0.327 ***	0.020	0.814
Υπερανάπληρωση	0.225 *	0.119		
Προβολή	0.194	0.144		
Μετάθεση	0.268 **	0.127		
Διανοητικοποίηση	0.207	0.047		
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	0.165	0.067		
Εχθρότητα	0.504***	0.351***	0.033	0.728
Αίσθηση συνοχής	-0.473**	-0.236**	-0.174	0.046
Συμπτώματα κατάθλιψης στην πρώτη εκτίμηση	-	0.792***	0.920	<0.0005
Regression		Cumulative $R^2_{Adj}=0.644$		
Statistics		$F_{(7,75)}=22.1, p<0.0005$		

[1] Όλες οι τιμές είναι συντελεστές συσχέτισης Pearson εκτός από (2-4), όπου οι αστερίσκοι δείχνουν στατιστική σημαντικότητα που βασίζεται σε two-tailed t-tests: ***, $p<0.001$ **, $p<0.01$ *, $p<0.05$ [2] Two-tailed t-test: 3.16, $df=81$, $p<0.001$, [3] Two-tailed t-test: 1.96, $df=81$, $p=0.05$ (4): Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές που βασίζονται σε two-tailed t-tests πραγματοποιήθηκαν για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή ***, $p<0.001$ **, $p<0.01$ *, $p<0.05$.

Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης. Όπως φαίνεται στον πίνακα αυτόν, οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις δείχνουν μια σειρά από ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που σχετίζονται με το άγχος στην πρώτη εκτίμηση, όπως το φύλο, η απώθηση, η παλινδρόμηση, η εχθρότητα και η αίσθηση συνοχής. Οι μεταβλητές που βρέθηκε να σχετίζονται με την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης είναι η παλινδρόμηση, η μετάθεση, η εχθρότητα, η αίσθηση συνοχής, η ύπαρξη καρκίνου στην οικογένεια και τα αρχικά επίπεδα άγχους.

Στην πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης, η ύπαρξη καρκίνου στην οικογένεια ($p=0.050$), οι υψηλές τιμές στην κλίμακα της εχθρότητας ($p=0.019$) και τα αυξημένα επίπεδα άγχους στην αρχική εκτίμηση ($p<0.0005$) ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης.

Πίνακας 26. Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης (N=84).

	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με τα συμπτώματα άγχους στην T ₁	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ T ₁ /T ₂	Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ T ₁ /T ₂	
Ανεξάρτητες μεταβλητές	p-values ⁽¹⁾	p-values ⁽¹⁾	beta	p-value
Δημογραφικά				
Φύλο (0=Γυναίκες, 1=Άνδρες)	*** ⁽²⁾	Ns ⁽³⁾	0.089	0.160
Ηλικία	0.027	-0.023	-0.020	0.756
Εκπαίδευση	-0.161	-0.061	0.020	0.745
Διαζευγμένος/Χήρος/Χωρισμένος	Ns ⁽³⁾	Ns ⁽³⁾		
Κλινικές παράμετροι				
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	-0.027	-0.036		
Διάρκεια: <5έτη=1, >5έτη=2	Ns ⁽³⁾	Ns ⁽³⁾		
Εντόπιση νεοπλασίας	Ns ⁽³⁾	Ns ⁽³⁾		
Κολοστομία	Ns ⁽³⁾	Ns ⁽³⁾		
Καρκίνος στην οικογένεια	Ns ⁽³⁾	*** ⁽⁴⁾	0.113	0.050
Μηχανισμοί άμυνας				
Άρνηση	-0.150	-0.178		
Απόθεση	0.286***	0.133		
Παλινδρόμηση	0.461***	0.400***	0.093	0.272
Υπερανάπληρωση	0.251*	0.188		
Προβολή	0.164	0.150		
Μετάθεση	0.279**	0.250*	0.079	0.938
Διανοητικοποίηση	0.190	0.082		
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	0.093	0.044		
Εχθρότητα	0.491***	0.294***	0.186	0.019
Αίσθηση συνοχής	-0.465***	-0.333***	-0.021	0.761
Συμπτώματα άγχους στην πρώτη εκτίμηση	-	0.855***	0.924	<0.0005
Regression Statistics			Cumulative R ² _{Adj} =0.755	
			F _(9,73) =29.1, p<0.0005	

[1] Όλες οι τιμές είναι συντελεστές συσχέτισης Pearson εκτός από (2-4), όπου οι αστερίσκοι δείχνουν στατιστική σημαντικότητα που βασίζεται σε two-tailed t-tests: ***, p<0.001 **, p<0.01 *, p<0.05 [2] Two-tailed t-test: 2.29, df=82, p<0.024, (3): Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές που βασίζονται σε two-tailed t-tests πραγματοποιήθηκαν για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή [4] Two-tailed t-test: 2.33, df=82, p<0.022 ***, p<0.001 **, p<0.01 *, p<0.05.

Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της σχετικής με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 27**, οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι η σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, καθώς και η επιδείνωση της μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης, σχετίζονται με διάφορες μεταβλητές, όπως η άρνηση, η απώθηση, η αίσθηση συνοχής, τα αρχικά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης, η αύξηση της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης και με την τιμή της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής στην πρώτη εκτίμηση.

Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες ερμήνευαν το 2.7% της διακύμανσης. Η προσθήκη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων αύξησε τη διακύμανση των τιμών στο 4.1% ($p=0.032$). Η συχνή χρήση της απώθησης ($p=0.039$) και η χαμηλή αίσθηση συνοχής ($p=0.013$) ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της επιδείνωσης της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής στην αρχική εκτίμηση, αύξησε τη διακύμανση στο 45.5% ($p<0.0005$) και η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης και της επιδείνωσης της αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά 8.5% ($p<0.0005$). Η στατιστική σημαντικότητα της απώθησης και της αίσθησης συνοχής παρέμεινε σταθερή και σημαντική. Έτσι, στο τελικό μοντέλο, η συχνή χρήση της απώθησης, η χαμηλή αίσθηση συνοχής, τα αυξημένα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης στην αρχική εκτίμηση, η αύξηση της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ της πρώτης και δεύτερης εκτίμησης και η σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής στην αρχική εκτίμηση ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της επιδείνωσης της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητας Ζωής.

Πίνακας 27. Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της σχετικής με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης (N=84).

	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με τη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ στην T ₁	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με την επιδείνωση στην σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ μεταξύ T ₁ /T ₂	Το τελικό μοντέλο ιεραρχικής ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση στην σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ μεταξύ T ₁ /T ₂	
Ανεξάρτητες μεταβλητές	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>Beta</i>	<i>p</i> -value
Δημογραφικά				
Φύλο (0=Γυναίκες, 1=Άνδρες)	Ns (2)	Ns (2)	0.009	0.901
Ηλικία	-0.096	-0.025	0.053	0.484
Εκπαίδευση	0.012	-0.029	-0.055	0.478
Διαζευγμένος/Χήρος/Χωρισμένος	Ns (2)	Ns (2)		
Κλινικές παράμετροι				
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	-0.033	0.115		
Διάρκεια: <5έτη=1, >5έτη=2	Ns (2)	Ns (2)		
Εντόπιση νεοπλασίας	Ns (2)	Ns (2)		
Κολοστομία	Ns (2)	Ns (2)		
Καρκίνος στην οικογένεια	Ns (2)	Ns (2)		
Μηχανισμοί άμυνας				
Άρνηση	0.388 ***	-0.289 ***	0.049	0.543
Απόωση	-0.335 ***	0.240 *	0.162	0.038
Παλινδρόμηση	-0.180	0.067		
Υπεραναπλήρωση	0.001	-0.020		
Προβολή	-0.015	0.104		
Μετάθεση	-0.154	0.002		
Διανοητικοποίηση	0.012	-0.047		
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	-0.031	-0.111		
Εχθρότητα	-0.155	0.021		
Αίσθηση συνοχής	0.444 ***	-0.260 **	-0.184	0.033
SCL-90 GSI στην T₁	-0.533 ***	0.348 ***	0.788	<0.0005
Αύξηση στο GSI μεταξύ T₁ και T₂	-	0.432 ***	0.768	<0.0005
Η σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ στην T₁	-	-0.903 ***	-0.861	<0.0005
Regression Statistics			Cumulative R^2_{Adj} =0.608	
			$F_{(9,74)}=15.3, p<0.0005$	

[1] Όλες οι τιμές είναι συντελεστές συσχέτισης Pearson εκτός από [2], όπου μη στατιστικά σημαντικές διαφορές που βασίζονται σε two-tailed t-tests πραγματοποιήθηκαν για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή***, p<0.001 **, p<0.01 *, p<0.05 GSI: General Symptom Index.

Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της σχετικής με την ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 28**, οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι η σχετική με τη «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής, καθώς και η επιδείνωση της μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης σχετίζονται με διάφορες μεταβλητές, όπως η άρνηση, η αίσθηση συνοχής, τα αρχικά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης, η αύξηση της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης και η σχετική με την «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής στην πρώτη εκτίμηση.

Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες ερμήνευαν ένα πολύ μικρό ποσοστό της διακύμανσης, μόνο το 0.5%. Η προσθήκη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων αύξησε τη διακύμανση των τιμών στο 15.5% ($p < 0.001$). Η συχνή χρήση της άρνησης ($p = 0.022$) και η χαμηλή αίσθηση συνοχής ($p = 0.028$) ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της επιδείνωσης της σχετικής με την «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη της σχετικής με την «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής στην αρχική εκτίμηση, αύξησε τη διακύμανση στο 49.5% ($p < 0.0005$) και η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης και της μεταβολής της μεταξύ T1 και T2 αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά 3.6% ($p = 0.007$). Η στατιστική σημαντικότητα της αίσθησης συνοχής παρέμεινε σταθερή, ενώ η άρνηση δεν συμμετείχε πλέον σε σημαντικό βαθμό στην τελική εξίσωση. Έτσι, στο τελικό μοντέλο, η χαμηλή αίσθηση συνοχής, τα αυξημένα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης στην αρχική εκτίμηση, η αύξηση της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης και η σχετική με την «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής στην αρχική εκτίμηση ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της επιδείνωσης της σχετικής με την «ψυχική υγεία» Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 28. Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της σχετικής με την ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης (N=84).

	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με τη σχετική με την ψυχική υγεία ΠΖ στην T ₁	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με την επιδείνωση στην σχετική με την ψυχική υγεία ΠΖ μεταξύ T ₁ /T ₂	Το τελικό μοντέλο ιεραρχικής ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση στην σχετική με την ψυχική υγεία ΠΖ μεταξύ T ₁ /T ₂	
Ανεξάρτητες μεταβλητές	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>Beta</i>	<i>p</i> -value
Δημογραφικά				
Φύλο (0=Γυναίκες, 1=Άνδρες)	** (2)	Ns (3)	-0.021	0.769
Ηλικία	-0.161	-0.079	0.013	0.853
Εκπαίδευση	0.135	0.082	-0.005	0.937
Διαζευγμένος/Χήρος/Χωρισμένος	Ns (3)	Ns (3)		
Κλινικές παράμετροι				
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	0.080	0.030		
Διάρκεια: <5έτη=1, >5έτη=2	Ns (3)	Ns (3)		
Εντόπιση νεοπλασίας	Ns (3)	Ns (3)		
Κολοστομία	Ns (3)	Ns (3)		
Καρκίνος στην οικογένεια	Ns (3)	Ns (3)		
Μηχανισμοί άμυνας				
Άρνηση	0.499***	-0.381***	-0.096	0.211
Απώθηση	-0.056	0.106		
Παλινδρόμηση	-0.222*	-0.115		
Υπερανάπληρωση	0.050	0.089		
Προβολή	0.039	0.078		
Μετάθεση	0.018	0.047		
Διανοητικοποίηση	0.089	0.115		
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	0.136	-0.235*	-0.071	0.353
Εχθρότητα	-0.191	-0.081		
Αίσθηση συνοχής	0.437***	0.261**	0.215	0.009
SCL-90 GSI στην T₁	-0.435***	-0.292***	-0.458	<0.001
Αύξηση στο GSI μεταξύ T₁ και T₂	-	0.360***	-0.497	<0.0005
Η σχετική με την ψυχική υγεία ΠΖ στην T₁	-	0.795***	0.912	<0.0005
Regression Statistics			Cumulative R^2_{Adj} =0.691	
			$F_{(9,73)}$ =21.3, $p<0.0005$	

[1] Όλες οι τιμές είναι συντελεστές συσχέτισης Pearson εκτός από [2], όπου οι αστερίσκοι δείχνουν στατιστική σημαντικότητα που βασίζεται σε two-tailed t-test: t= -2.61, df=81, p=0.011, (3): Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές που βασίζονται σε two-tailed t-tests πραγματοποιήθηκαν για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή,***, p<0.001 **, p<0.01 *, p<0.05 GSI: General Symptom Index

Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητας Ζωής μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 29**, οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι η σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής στην αρχική εκτίμηση, καθώς και η επιδείνωση της μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης σχετίζονται με διάφορες μεταβλητές, όπως η ύπαρξη κολοστομίας, η άρνηση, η αίσθηση συνοχής, τα αρχικά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης, η αύξηση της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης και η σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής στην πρώτη εκτίμηση.

Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες ερμηνεύουν το 2.6% της διακύμανσης. Σε αυτό το στάδιο της ανάλυσης, η ύπαρξη κολοστομίας σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την επιδείνωση της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητας Ζωής. Η προσθήκη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων αύξησε τη διακύμανση των τιμών στο 19.3% ($p < 0.0005$). Η στατιστική σημαντικότητα της κολοστομίας παρέμενε σταθερή και σημαντική ($p = 0.042$), ενώ η χαμηλή αίσθηση συνοχής ($p < 0.001$) βρέθηκε να είναι επίσης ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της επιδείνωσης της σχετικής με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητας Ζωής. Η προσθήκη της σχετικής με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητας Ζωής στην αρχική εκτίμηση αύξησε τη διακύμανση στο 48.3% ($p < 0.0005$) και η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης και της μεταβολής της αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά 3.1% ($p = 0.007$). Η στατιστική σημαντικότητα της αίσθησης συνοχής παρέμεινε σταθερή, ενώ η ύπαρξη κολοστομίας δεν σχετίζονταν πλέον στατιστικά σημαντικά με την επιδείνωση της Ποιότητας Ζωής. Έτσι, στο τελικό μοντέλο, η χαμηλή αίσθηση συνοχής, τα αυξημένα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης στην αρχική εκτίμηση, η αύξηση της ψυχικής καταπόνησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης εκτίμησης και η σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητα Ζωής στην αρχική εκτίμηση ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της επιδείνωσης της σχετικής με τις «κοινωνικές σχέσεις» Ποιότητας Ζωής.

Πίνακας 29. Κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις Ποιότητας Ζωής μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης εκτίμησης (N=84).

	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με τη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ στην T ₁	Μονοπαραγ. Συσχετίσεις με την επιδείνωση στην σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ μεταξύ T ₁ /T ₂	Το τελικό μοντέλο ιεραρχικής ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμ. με εξαρτημένη μεταβλητή την επιδείνωση στην σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ μεταξύ T ₁ /T ₂	
Ανεξάρτητες μεταβλητές	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>p</i> -values ⁽¹⁾	<i>beta</i>	<i>p</i> -value
Δημογραφικά				
Φύλο (0=Γυναίκες, 1=Άνδρες)	Ns (2)	Ns (2)	-0.097	0.144
Ηλικία	-0.243*	-0.120	0.083	0.225
Εκπαίδευση	0.112	0.087	0.048	0.451
Διαζευγμένος/Χήρος/Χωρισμένος	Ns (2)	Ns (2)		
Κλινικές παράμετροι				
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	-0.055	0.001		
Διάρκεια: <5έτη=1, >5έτη=2	Ns (2)	Ns (2)		
Εντόπιση νεοπλασίας	Ns (2)	Ns (2)		
Κολοστομία	** (3)	* (4)	0.058	0.360
Καρκίνος στην οικογένεια	Ns (2)	Ns (2)		
Μηχανισμοί άμυνας				
Άρνηση	0.495 ***	0.463 ***	0.042	0.546
Απόθεση	-0.158	0.033		
Παλινδρόμηση	-0.204	-0.128		
Υπερاناπλήρωση	0.197	0.176		
Προβολή	0.184	0.192		
Μετάθεση	-0.130	-0.104		
ιανοητικοποίηση	0.119	0.211		
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	0.122	0.254 **	0.025	0.714
Εχθρότητα	-0.107	0.027		
Αίσθηση συνοχής	0.383 ***	-0.299 **	-0.150	0.047
SCL-90 GSI στην T₁	-0.346 ***	-0.231 *	0.411	0.012
Αύξηση στο GSI μεταξύ T₁ και T₂	-	-0.320 ***	0.460	0.002
Η σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ στην T₁	-	0.804 ***	0.873	<0.0005
Regression statistics			Cumulative R^2_{Adj} =0.733 $F_{(10,73)}=23.8$, $p<0.0005$	

[1] Όλες οι τιμές είναι συντελεστές συσχέτισης Pearson εκτός από [2], όπου μη στατιστικά σημαντικές διαφορές που βασίζονται σε two-tailed t-tests πραγματοποιήθηκαν για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή, (3) two-tailed t-test: 2.39, df=82, p=0.019, και (4) two-tailed t-test: 2.28, df=82, p=0.025 ***, p<0.001 **, p<0.01 *, p<0.05. GSI: General Symptom Index.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης έδειξαν:

1. Μια σημαντική επιδείνωση των συμπτωμάτων της ψυχικής καταπόνησης και των περισσότερων περιοχών της ποιότητας ζωής, σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση.
2. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι άντρες βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι κλινικές παράμετροι, όπως η διάρκεια και το στάδιο της νόσου είχαν μικρότερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη ψυχικής καταπόνησης.
3. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, κυρίως η αίσθηση συνοχής και η εχθρότητα, συνέβαλαν ανεξάρτητα και σημαντικά στην ανάπτυξη διάφορων συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης.
4. Η ψυχική καταπόνηση και η χαμηλή αίσθηση συνοχής ήταν σταθεροί προγνωστικοί δείκτες των περισσότερων περιοχών της ποιότητας ζωής,
5. Η απώθηση (αλλά όχι η άρνηση) ήταν επίσης ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της σχετικής με τη «σωματική υγεία» ποιότητα ζωής.
6. Η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η ύπαρξη κολοστομίας αρχικά συσχετίστηκε με επιδείνωση στη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ποιότητα ζωής, αλλά όταν η ψυχική καταπόνηση μπήκε στην εξίσωση ιεραρχικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση μεταξύ της κολοστομίας και της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις ποιότητα ζωής έπαψε να είναι στατιστικά σημαντική.
7. Η χαμηλή αίσθηση συνοχής και συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας του εγώ είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της συγχρονικής μας μελέτης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση είναι ένα σχετικά κοινό βίωμα στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, εκδηλούμενη κυρίως με κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος, διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη. Επιπλέον, η ψυχική καταπόνηση βρέθηκε να σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές, όπως η σοβαρότητα της νόσου και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ.

Επίσης, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, ο μηχανισμός άμυνας της άρνησης και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται θετικά με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Συνεπώς, η ψυχική καταπόνηση δεν διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ της άρνησης και της αίσθησης συνοχής με την Ποιότητα Ζωής. Τέλος, το στάδιο της νόσου, η εχθρότητα και ο μηχανισμός άμυνας της απώθησης σχετίζονταν αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Μελέτες έχουν δείξει πως η καταθλιπτική διάθεση και το άγχος εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (Medeiros και συν, 2010). Τα αποτελέσματα των ερευνών ως προς τη συχνότητα της ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ποικίλουν σημαντικά. Στο γεγονός αυτό ίσως να εμπλέκεται ως ένα βαθμό από τη μία η εφαρμογή διαφορετικών μεθόδων συλλογής των δεδομένων, όπου οι προοπτικές μελέτες μπορεί να δώσουν διαφορετικά αποτελέσματα από τις συγχρονικές και από την άλλη η χρήση διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων.

Θα πρέπει, επίσης, να επισημανθεί ότι χρειάζεται ένα μεγαλύτερο δείγμα για να δώσει πιο ακριβή συμπεράσματα για τους δείκτες της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ψυχομετρικά τεστ, ανεξάρτητα από την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη χρησιμότητα, δεν έχουν τη δυνατότητα να αντικαταστήσουν τη διαγνωστική αξία της ψυχιατρικής εξέτασης. Λαμβάνοντας υπόψη τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα αλλά και τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου αναπτύσσεται προς την κατεύθυνση της κατάθλιψης, του άγχους, της κοινωνικής δυσλειτουργίας και των διαταραχών ύπνου.

Στην μελέτη των Maguire και συν. (1999) βρέθηκε ότι το 22% των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου έπασχε από κάποια συναισθηματική διαταραχή. Επίσης, σε μια πρόσφατη μελέτη των Medeiros και συν. (2010) διαπιστώθηκε ότι το 31.6% των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου που ελάμβανε χημειοθεραπεία, εμφάνισε ήπια και μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης στην αρχή της θεραπείας και, στο τέλος της θεραπείας, το 38.6% παρουσίασε επίσης ήπια και μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης.

Σε αντίθεση με τα δικά μας αποτελέσματα, στην έρευνα των Stommel και συν. (2004), όπου διερευνήθηκε η ύπαρξη κατάθλιψης και των συμπτωμάτων της (καταθλιπτική διάθεση, σωματική έκφραση της κατάθλιψης και έλλειψη θετικού συναισθήματος) ένα χρόνο μετά την αρχική διάγνωση του καρκίνου, τα γενικά καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών μειώθηκαν, ειδικά η καταθλιπτική διάθεση και οι σωματικοί δείκτες. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα σε μια πρόσφατη προοπτική μελέτη των Lynch και συν. (2008), όπου αξιολογήθηκαν 1822 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου 6 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση. Ο επιπολασμός της ψυχικής καταπόνησης βρέθηκε να είναι χαμηλός, στα επίπεδα του 8.3% και 6.7 %, 6 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση αντίστοιχα.

Αντίθετα, στην προοπτική μελέτη των Norbin και συν. (2001), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους προβλέπουν μια παρόμοια κατάσταση έξι μήνες μετά, με τις τιμές της κατάθλιψης και του άγχους να μην μεταβάλλονται σημαντικά.

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός μελετών υποδεικνύουν την εμπλοκή διαφόρων δημογραφικών παραγόντων στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, όπως το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγχρονικής μας μελέτης, το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν οι μόνοι δημογραφικοί παράγοντες που βρέθηκε να σχετίζονται με την κατάθλιψη, ενώ η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση δε φάνηκε να συσχετίζονται με αυτή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίστηκαν με την κατάθλιψη και το άγχος. Από την άλλη πλευρά, στην προοπτική μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι άντρες βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο επιδείνωσης της καταθλιπτικής τους συμπτωματολογίας, ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση. Στη συγχρονική μελέτη των Kurtz και συν. (2002) διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης των Tuinstra και συν. (2004), όπου διαπιστώθηκε ότι πριν την χειρουργική επέμβαση το ποσοστό της ψυχικής

καταπόνησης ήταν αυξημένο και στους άντρες και στις γυναίκες. Τρεις και έξι μήνες αργότερα όμως, τα επίπεδα της ψυχικής καταπόνησης παρέμειναν υψηλά στις γυναίκες, ενώ στους άντρες επέστρεψαν σε φυσιολογικές τιμές. Επιπλέον, η έρευνα των Brasso και συν. (2010) σε 600 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, έδειξε ότι οι άντρες εμφανίζουν χαμηλές τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης, του άγχους και της σωματοποίησης, 3 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση, ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλές τιμές μόνο στην κλίμακα του άγχους. Από την άλλη πλευρά, στην έρευνα των Goldzweig και συν. (2009) βρέθηκε ότι οι άντρες είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ψυχικής καταπόνησης σε σχέση με τις γυναίκες τους.

Σχετικά με τις κλινικές παραμέτρους, στη συγχρονική μελέτη βρέθηκε ότι η διάρκεια της νόσου, ένα προχωρημένο στάδιο της νόσου, καθώς και η ύπαρξη μεταστάσεων βρέθηκε να σχετίζονται με την κατάθλιψη, ενώ στην προοπτική μελέτη οι κλινικές παράμετροι είχαν μικρότερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη ψυχικής καταπόνησης. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το στάδιο της νόσου, αποτελεί έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Στην έρευνα των Simon και συν. (2009) διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στο στάδιο του καρκίνου και την ψυχοκοινωνική ευημερία σε 128 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, 66 άντρες και 62 γυναίκες. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους και θεωρούσαν την κοινωνική στήριξη που λάμβαναν φτωχή. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα των Ina και συν. (2010) που υποστηρίζουν ότι το ποσοστό κατάθλιψης αυξάνεται σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Αντίθετα, στην έρευνα των Medeiros και συν. (2010) η θέση του όγκου και το στάδιο της νόσου δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την κατάθλιψη ή το άγχος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, η ύπαρξη κολοστομίας και η εντόπιση του όγκου δε βρέθηκε να σχετίζονται με την κατάθλιψη. Αντίθετα, άλλες μελέτες δείχνουν ότι η κολοστομία συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης (Brown και συν. 2005), όπως καταδεικνύεται και στην έρευνα των Wirsching και συν. (1975), όπου οι άντρες με κολοστομία παρουσίασαν κατάθλιψη και αδυναμία κοινωνικής λειτουργικότητας ενώ, ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες εμφάνισαν πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, απελπισίας και φόβου. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα των Park και συν. (2009), όπου οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν κατάθλιψη και σεξουαλική ανικανότητα. Τέλος, αντίστοιχα

αποτελέσματα με τα δικά μας παρουσιάζει η συγχρονική (cross-sectional) μελέτη των Cotrim και συν. (2008) με 153 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, όπου διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και άγχους.

Επίσης, τα ευρήματα της συγχρονικής μας μελέτης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές, όπως η σοβαρότητα της νόσου και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ. Πολλές είναι οι μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου (Dunn και συν, 2003· Tsunoda και συν, 2005· Zhou και συν, 2005). Αρκετές από αυτές υποστηρίζουν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Συγκεκριμένα, οι Alacacioglu και συν. (2009) πραγματοποίησαν μια μελέτη σε εκατόν-δέκα ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές στις κλίμακες του EORTC-QLQ-C30 και η Γενική ποιότητα ζωής των ασθενών που εμφάνισαν κατάθλιψη, ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε σχέση με τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη, ενώ οι ασθενείς με χαμηλές τιμές στην κλίμακα του άγχους (STAI) εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες του EORTC-QLQ-C30 και καλύτερη Γενική ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς που παρουσίαζαν υψηλές τιμές στην κλίμακα του άγχους. Συμπερασματικά, το άγχος και η κατάθλιψη βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Επίσης, βασικό μας εύρημα είναι ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, η άρνηση και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Η θεωρία σχετικά με την αίσθηση συνοχής υποθέτει ότι ένα άτομο με δυνατή αίσθηση συνοχής διατηρεί και προάγει την υγεία μέσω αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, όπως υιοθετώντας συμπεριφορές που βελτιώνουν την υγεία και αποφεύγοντας ανθυγιεινές συμπεριφορές (Antonovsky, 1987). Το εύρημα μας ότι η αίσθηση συνοχής σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής στον καρκίνο παχέος εντέρου συμφωνεί με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών σε άλλους τύπους καρκίνου (Wettergren και συν, 2004).

Υποθέτουμε ότι ένα άτομο με δυνατή αίσθηση συνοχής είναι πιο πιθανό να κατανοήσει τις επιπλοκές της νόσου, να αντιληφθεί τις εμπειρίες της θεραπείας ως

χρήσιμες και τη ζωή ως ελπιδοφόρα ακόμη κι αν οι συνθήκες αλλάξουν (Wettergren και συν, 2004). Με αυτό τον τρόπο, η αίσθηση συνοχής μπορεί να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Μελλοντικές προοπτικές μελέτες είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν αυτή τη συσχέτιση και να διερευνήσουν τους συγκεκριμένους δρόμους μέσω των οποίων διαμορφώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Η χρήση της κλίμακας που εκτιμά την αίσθηση συνοχής μπορεί να είναι μια χρήσιμη και αποτελεσματική μέθοδος για τους ογκολόγους προκειμένου να διακρίνουν τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν με δυσκολία τη νόσο επειδή στερούνται τις ψυχολογικές εφεδρείες, προκειμένου να προγραμματίσουν κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των μηχανισμών άμυνας που σχετίζονταν ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής, η άρνηση εμφάνισε τις πιο σημαντικές συσχετίσεις με όλες τις περιοχές της ποιότητας ζωής. Χρησιμοποιήθηκε μια εκτίμηση για την άρνηση που βασίζεται σε ένα ψυχοδυναμικό ορισμό του όρου, ως «ένα ασυνείδητο μηχανισμό άμυνας ενάντια σε οδυνηρές και συγκλονιστικές πλευρές της εξωτερικής πραγματικότητας» (Freud, 1937). Η δική μας εκτίμηση ορίζει μια γενική αμυντική συμπεριφορά που οι ασθενείς υιοθετούν για να αντιμετωπίσουν τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας, αλλά όχι μιλώντας αποκλειστικά για αυτή. Έτσι, δεν ήταν δυνατόν να εστιάσουμε σε συγκεκριμένες πλευρές της άρνησης που είναι κοινές σε ασθενείς με καρκίνο, όπως η άρνηση για την ασθένεια ή η άρνηση για τις επιπτώσεις (Vos και συν, 2007). Από την άλλη πλευρά, μια γενική εκτίμηση της άρνησης σε συνδυασμό με την εκτίμηση διάφορων άλλων μηχανισμών άμυνας, παρέχουν πληροφορίες για την προσωπικότητα και το αμυντικό προφίλ των ασθενών, που είναι πέρα από το τρέχον άγχος για την ασθένεια και επηρεάζει πολλές πτυχές της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του ασθενούς.

Μολονότι η άρνηση έχει μελετηθεί εκτεταμένα στη βιβλιογραφία, περιορισμένες μελέτες έχουν ανακαλύψει την επίδραση της άρνησης στην σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς (Vos και συν, 2007). Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα μας, περιορισμένες μελέτες προτείνουν ότι η άρνηση έχει ένα θετικό αντίκτυπο στη σωματική λειτουργικότητα (Ward και συν, 1988· Brown και συν, 2000· Butow και συν, 2000), ενώ άλλες μελέτες δεν βρίσκουν σχέση μεταξύ τους (Manne και συν, 1994). Σχετικά με τη κοινωνική λειτουργικότητα, προγενέστερα ευρήματα υπήρξαν αντικρουόμενα, με μια

έρευνα να αναφέρει ότι η άρνηση των συναισθημάτων σχετίζεται με καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα (Opp, 1986), ενώ άλλη δεν αναφέρει σχέση μεταξύ άρνησης και κοινωνικής λειτουργικότητας (Heim και συν, 1993). Τα αποτελέσματα μας υποστηρίζουν ότι η άρνηση σχετίζεται θετικά με όλες τις περιοχές της ποιότητας ζωής, με τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. Ωστόσο, εάν η άρνηση είναι ένας αποτελεσματικός ή αναποτελεσματικός μηχανισμός άμυνας στη σωματική νόσο παραμένει ασαφές (Vos και συν, 2007). Παρόλο που στη δική μας μελέτη η άρνηση σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, πρέπει επίσης να τονιστεί ότι μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας των συμπτωμάτων που υπάρχουν στο πλαίσιο μιας κακοήθειας, ο ασθενής δεν έρχεται στις επισκέψεις με το γιατρό για τον επανέλεγχο του ή για την θεραπεία του και δεν ακολουθεί τις ιατρικές υποδείξεις (Rabinowitz και συν, 2006· Garssen, 2004). Φαίνεται ότι η άρνηση μπορεί να έχει μια θετική σημασία υπό ορισμένες συνθήκες και αρνητική σημασία υπό κάποιες άλλες (Lazarus, 1981).

Χρησιμοποιώντας μια κλίμακα που εκτιμά ένα ευρύ φάσμα των μηχανισμών άμυνας, όπως η κλίμακα Life Style Index, μας δόθηκε η ευκαιρία να εξετάσουμε μια σειρά από μηχανισμούς άμυνας που πιθανά σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, εκτός από την άρνηση. Αυτό οδήγησε σε ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα: ενώ η άρνηση σχετίζεται θετικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, η απώθηση βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η σχέση μεταξύ της άρνησης και της ψυχικής καταπόνησης ήταν αρνητική, ενώ η σχέση της απώθησης με τη ψυχική καταπόνηση ήταν θετική. Επιπλέον, αυτοί οι δυο μηχανισμοί άμυνας δεν σχετίζονται μεταξύ τους, υποδεικνύοντας ότι εκτιμούν διαφορετικά υποκειμενικά αμυντικά προφίλ. Μολονότι ο βασικός σκοπός και των δύο μηχανισμών είναι να κρατούν τις οδυνηρές και ενοχλητικές πλευρές τις εξωτερικής ή εσωτερικής πραγματικότητας έξω από την επίγνωση του ατόμου, στην άρνηση η επίγνωση είναι ολοκληρωτικά «φραγμένη», ενώ η απώθηση επιτρέπει στο άτομο να βιώνει το συναίσθημα χωρίς όμως να έχει επίγνωση του περιεχομένου (Vaillant, 1992). Για παράδειγμα, εάν κάποιος σκουπίζει τα δάκρυα του και λέει ότι δεν κλαίει, χρησιμοποιεί την άρνηση, εάν όμως λέει ότι δεν γνωρίζει το λόγο που κλαίει, τότε χρησιμοποιεί την απώθηση (Vaillant, 1992). Στη μελέτη μας, οι ασθενείς που απαρνούνται εντελώς τις οδυνηρές και ενοχλητικές πλευρές της πραγματικότητας τους (συμπεριλαμβανομένων των σωματικών επιπτώσεων της ασθένειας), αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ οι ασθενείς που «ξεχνούν» τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής αλλά

ακόμη βιώνουν τις συναισθηματικές επιπτώσεις αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής. Σε συμφωνία με προγενέστερες έρευνες για την άρνηση σε ασθενείς με καρκίνο, αναφέρεται ότι η άρνηση μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να βιώσει λιγότερες σωματικές παθήσεις, ενώ στους ασθενείς που δεν χρησιμοποιούν την άρνηση, συναισθηματικές αντιδράσεις είναι πιθανό να ενισχύουν επιβλαβή σωματικά συμπτώματα (Vos και συν, 2007).

Οι βασικές κλινικές επιπτώσεις των παραπάνω αποτελεσμάτων είναι ότι οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν αλλά ταυτόχρονα να «σέβονται» την άρνηση, ως μια σχετικά προστατευτική διαδικασία που σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, δίνοντας επίσης προσοχή σε πιθανές παράπλευρες συνέπειες της άρνησης, καθώς μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας και ελλιπή τήρηση των ιατρικών συστάσεων (Rabinowitz και συν, 2006· Garssen, 2004). Από την άλλη πλευρά, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να βρίσκονται σε εγρήγορση όταν ανεξήγητα συναισθηματικά και σωματικά ξεσπάσματα προκύπτουν σε έναν ασθενή που «δεν γνωρίζει γιατί κλαίει». Σε αυτές τις περιπτώσεις, μια μεγαλύτερη προσοχή και παρέμβαση στους μηχανισμούς της απώθησης μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να συμφιλιωθούν με την υποκειμενική φυσική τους κατάσταση, προάγοντας την ποιότητα ζωής τους. Αυτό είναι σημαντικό, από τη στιγμή που τα στοιχεία προτείνουν ότι η απώθηση φαίνεται να συμβάλλει σε μια δυσμενή πρόγνωση του καρκίνου, ενώ η άρνηση βρέθηκε να συνδέεται με πιο αίσια αποτελέσματα (Garssen, 2004). Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη τη διαφορετική φύση αυτών των δυο μηχανισμών άμυνας, κατά την αξιολόγηση της επίδρασης τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Παρά τις ομοιότητες, τα ευρήματά μας έδειξαν ότι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής με διαφορετικούς τρόπους.

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγχρονικής μας μελέτης, το στάδιο της νόσου βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ποιότητα ζωής, εύρημα που συμφωνεί με άλλες προηγούμενες μελέτες, οι οποίες έχουν δείξει ότι κλινικές παράμετροι όπως το στάδιο της νόσου, εντάσσονται στους παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής. Σε μια πρόσφατη έρευνα (Simon και συν, 2009), οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους, θεωρούσαν την κοινωνική στήριξη που ελάμβαναν χαμηλή και είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Επίσης, η σχετική με την Σωματική και Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής ήταν πιο επιδεινωμένη στις γυναίκες με προχωρημένο στάδιο καρκίνου σε σχέση με τους άντρες. Αντίθετα, σε μια άλλη μελέτη των Gall και συν. (2007) σε 338 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, διαπιστώθηκε ότι ένα προχωρημένο στάδιο καρκίνου

σχετίζονταν με μια τάση βελτίωσης στη σχετική με την Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής. Βρέθηκε επίσης ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν χαμηλότερα σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου.

Συμπερασματικά, το κύριο εύρημα της συγχρονικής μας μελέτης ήταν ότι στον καρκίνο παχέος εντέρου, η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από τις κλινικές παραμέτρους, καθώς και διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους. Από τη στιγμή που τα στοιχεία προτείνουν ότι η αίσθηση συνοχής και το αμυντικό προφίλ μπορεί να αλλάξουν μετά από ψυχοθεραπεία (Bond, 2004· Szymona, 2005), τα αποτελέσματα μας μπορεί να είναι επίσης σχετικά με τις ψυχολογικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Μελλοντικές προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητο να επιβεβαιώσουν τα ευρήματά μας, σχετικά με τον ρόλο που διαδραματίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Τα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης έδειξαν μια επιδείνωση στα συμπτώματα της ψυχικής καταπόνησης και στις περισσότερες περιοχές της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σε διάστημα ενός έτους. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι άντρες βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι κλινικές παράμετροι είχαν μικρότερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη της ψυχικής καταπόνησης. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, κυρίως η αίσθηση συνοχής και η εχθρότητα, συνέβαλαν ανεξάρτητα και σημαντικά στην ανάπτυξη διάφορων συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης.

Επιπλέον, η ψυχική καταπόνηση και η χαμηλή αίσθηση συνοχής ήταν σταθεροί προγνωστικοί δείκτες των περισσότερων περιοχών της ποιότητας ζωής. Η απώθηση, επίσης (αλλά όχι η άρνηση) βρέθηκε να είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της σχετικής με τη «σωματική υγεία» ποιότητα ζωής, επιβεβαιώνοντας εν μέρει τα ευρήματα της συγχρονικής μας μελέτης. Όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη μελέτη που υποστηρίζει ότι η χαμηλή αίσθηση συνοχής και συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας του εγώ είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Υπενθυμίζουμε, επίσης, ότι στην προοπτική μελέτη ως κριτήριο αποκλεισμού χρησιμοποιήσαμε και τον μεταστατικό καρκίνο, άρα τα

αποτελέσματα που παραθέσαμε αφορούσαν σε δείγμα μη μεταστατικού καρκίνου παχέος εντέρου.

Μολονότι, η ποιότητα ζωής και η ψυχική καταπόνηση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου έχουν διερευνηθεί εκτεταμένα (Arndt και συν, 2004· Stark και συν, 2002· Schag και συν, 1994· Dunn και συν, 2003· Zhou και συν, 2005· Beresford και συν, 2006), περιορισμένες είναι οι μελέτες που εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο μεταβάλλεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου μετά από μια χειρουργική επέμβαση, καθώς και εάν υπάρχουν προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής μετά από ένα χρόνο. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής είναι χειρότερη στην πρόσφατη μετεγχειρητική περίοδο και αρχίζει να βελτιώνεται από τον τρίτο μήνα και μετά. Συγκεκριμένα, οι Schmidt και συν. (2005) πραγματοποίησαν προοπτική μελέτη 5 ετών σε 519 ασθενείς με καρκίνο του ορθού. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής επιδεινώνεται σημαντικά στην αρχική περίοδο μετά την επέμβαση. Από τον τρίτο μήνα και έπειτα, η γενική ποιότητα ζωής, η ψυχική και σωματική υγεία βελτιώνονται. Ομοίως, σε μια πρόσφατη έρευνα των Tsunoda και συν. (2007), όπου συμμετείχαν εκατό ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, βρέθηκε ότι οι τιμές από πέντε περιοχές της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, λειτουργικότητα του ρόλου, κόπωση, πόνος και δύσπνοια) είχαν επιδεινωθεί σημαντικά ένα μήνα μετά την επέμβαση. Οι τιμές από επτά περιοχές της ποιότητας ζωής (Γενική ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, αϋπνία, ανορεξία, διάρροια και οικονομικές δυσκολίες) είχαν βελτιωθεί τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Συμπερασματικά, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου σταθεροποιείται τρεις μήνες μετά την επέμβαση.

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Breunkink και συν. (2007), τα οποία έδειξαν ότι τρεις μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση στην ψυχική υγεία, ενώ ένα χρόνο μετά σημειώθηκαν βελτιώσεις στη Γενική ποιότητα ζωής. Επίσης, στην έρευνα των Camilleri και συν. (2001), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής επιδεινώθηκε σημαντικά τον πρώτο καιρό μετά την επέμβαση. Τρεις μήνες μετά την επέμβαση η γενική ποιότητα ζωής και η σχετική με την Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής βελτιώθηκαν. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο ορθού, μετά από μια χειρουργική επέμβαση, μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου.

Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στα τρία πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι φτωχή και ποικίλει μεταξύ των εξεταζομένων, ενώ

τρία χρόνια μετά αναφέρουν μια σχετικά βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Ramsey και συν (2000), σε 173 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών είχε επιδεινωθεί στα πρώτα τρία χρόνια μετά τη διάγνωση, ενώ σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής παρατηρήθηκε μετά τα τρία χρόνια και, κυρίως, βελτίωση σημειώθηκε στη σχετική με τη Ψυχική Υγεία ποιότητα ζωής. Ωστόσο, κάποιες άλλες έρευνες δεν βρήκαν κάποια αλλαγή στην ποιότητα ζωής, με το πέρασμα του χρόνου (Iconomou και συν, 2004· Yost και συν, 2008).

Οι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου οδηγούνται σε μειωμένη σωματική, πνευματική, κοινωνική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής. Η θεραπεία θα πρέπει να βασίζεται στην ολοκληρωμένη εικόνα ενός ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, το χαρακτήρα του, την αντοχή του στον πόνο καθώς και την επίδραση που θα έχει η νόσος στο συνολικό επίπεδο ποιότητας της ζωής του. Από τη στιγμή που κάθε θεραπεία μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες για έναν ασθενή, θα πρέπει να εφαρμόζεται εκείνη η θεραπεία, η οποία θα έχει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αλλά και τις λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι αναγκαίο να ενισχύεται η ενημέρωση των ασθενών από τους ειδικούς αναφορικά με τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν, αλλά και τα εναλλακτικά οφέλη που θα έχουν στη συνολική ποιότητα της ζωής τους. Η επιλογή της αποτελεσματικής θεραπείας, εξατομικευμένης για κάθε ασθενή, η λεπτομερής επεξήγηση της θεραπείας και η ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς είναι σημαντικοί παράγοντες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Περιορισμένες είναι οι έρευνες που αναφέρουν ότι η γενική ψυχική καταπόνηση ήταν χαμηλή στην αρχική εκτίμηση και 12 μήνες μετά τη διάγνωση (Lynch και συν, 2008). Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, η σχετική με τη «σωματική υγεία», «ψυχική υγεία» και «κοινωνικές σχέσεις» ποιότητα ζωής επιδεινώθηκε σε διάστημα ενός έτους, όπως επιδεινώθηκαν και αρκετά συμπτώματα ψυχικής καταπόνησης, καθώς ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός, η διαπροσωπική ευαισθησία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιδεινώθηκαν σημαντικά στο ίδιο διάστημα. Αυτά τα ευρήματα, ωστόσο, θα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή, αφού η μελέτη μας περιλαμβάνει ασθενείς σε οποιοδήποτε σημείο της ασθένειας, αν και για τη μεγαλύτερη πλειοψηφία του δείγματος μας (92.9%), η διάρκεια νόσου ήταν μικρότερη των 5 ετών με το 49.3% να έχει διαγνωστεί εντός των τελευταίων έξι μηνών.

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι ασθενείς που αρχικά παρουσίασαν υψηλές τιμές στα συμπτώματα ψυχικής καταπόνησης ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν υψηλές τιμές και στην επανεκτίμηση, ένα εύρημα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών που υποστηρίζουν ότι τα αρχικά επίπεδα των συμπτωμάτων της ψυχικής καταπόνησης προβλέπουν μια παρόμοια κατάσταση 12 μήνες μετά (Kurtz και συν, 2002· Lynch και συν, 2008). Ομοίως, σε μια πρόσφατη προοπτική μελέτη των Lynch και συν. (2008), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση στους έξι μήνες μετά τη διάγνωση φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη ψυχική καταπόνηση δώδεκα μήνες αργότερα. Αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Northouse και συν. 2000, Nordin και συν. 1999, Nordin και συν. 2001, Steginga και συν. 2006), όπου ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ψυχικής καταπόνησης 12 μήνες μετά τη διάγνωση, βρέθηκε να είναι η προγενέστερη ψυχική καταπόνηση του ασθενούς.

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τη συνεισφορά ενός μεγάλου εύρους παραγόντων στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση κοινωνικοδημογραφικών παραμέτρων καθώς και κλινικών παραμέτρων με την ανάπτυξη ψυχικής καταπόνησης. Ιδιαίτερη έκταση κατέλαβε η μελέτη χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου που ενδεχομένως συνεισφέρουν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση.

Το εύρημα μας, όμως, σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζει το φύλο στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Μολονότι, οι γυναίκες εμφάνισαν περισσότερα καταθλιπτικά συναισθήματα και στην αρχική εκτίμηση και στην επανεκτίμηση, η επιδείνωση των καταθλιπτικών συναισθημάτων ήταν μεγαλύτερη στους άντρες. Περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων μας αποκάλυψε ότι ο χρόνος από τη χειρουργική παρέμβαση ήταν μεγαλύτερος για τους άντρες υποδεικνύοντας ότι οι άντρες αξιολογήθηκαν αργότερα στην πορεία της νόσου. Παρόλο που οι μήνες που πέρασαν από το χειρουργείο δεν συσχετίστηκαν με τη κατάθλιψη ή με την αλλαγή στην κατάθλιψη στο τελικό δείγμα, χωριστές αναλύσεις για τους άντρες και για τις γυναίκες αποκάλυψαν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στην επανεκτίμηση συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με τους μήνες που πέρασαν από τη χειρουργική επέμβαση στους άντρες, αλλά όχι στις γυναίκες. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι, αντί για το φύλο, το βάρος της νόσου με το πέρασμα του χρόνου ίσως είναι ο παράγοντας

εκείνος που συμβάλλει περισσότερο στην ανάπτυξη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητο να διευκρινίσουν το ρόλο του φύλου στην ανάπτυξη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου.

Τα παρόντα ευρήματα έδειξαν ότι η χαμηλή αίσθηση συνοχής είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης. Η αίσθηση συνοχής έχει συσχετιστεί αρνητικά με την κατάθλιψη σε υγιή άτομα και σε ψυχικά ασθενείς (Lindstrom και συν, 2005· Eriksson και συν, 2005). Τα ευρήματα μας επιβεβαιώνουν ότι το ίδιο ισχύει και στον καρκίνο παχέος εντέρου, που επιπρόσθετα, η αίσθηση συνοχής προβλέπει επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η αίσθηση συνοχής, βρέθηκε να είναι επίσης σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στα αποτελέσματα της συγχρονικής μελέτης, η θεωρία σχετικά με την αίσθηση συνοχής υποθέτει ότι ένα άτομο με δυνατή αίσθηση συνοχής διατηρεί και προάγει την υγεία μέσω αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, όπως υιοθετώντας συμπεριφορές που βελτιώνουν την υγεία και αποφεύγοντας ανθυγιεινές συμπεριφορές (Antonovsky, 1987). Υποθέτουμε ότι ένα άτομο με δυνατή αίσθηση συνοχής είναι πιο πιθανό να κατανοήσει τις επιπλοκές της νόσου, να αντιληφθεί τις εμπειρίες της θεραπείας ως εύχρηστες και τη ζωή ως ελπιδοφόρα ακόμη κι αν οι συνθήκες αλλάζουν (Wettergren και συν, 2004). Έτσι συμπεραίνουμε ότι η αίσθηση συνοχής θα μπορούσε να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η απώθηση είναι ένας σημαντικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της σχετικής με τη «σωματική υγεία» ποιότητα ζωής, επιβεβαιώνοντας το ρόλο του στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Ο βασικός σκοπός της απώθησης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι να κρατά τις οδυνηρές και ενοχλητικές πλευρές τις εξωτερικής ή εσωτερικής πραγματικότητας έξω από την επίγνωση του ατόμου, επιτρέποντας στο άτομο να βιώνει το συναίσθημα χωρίς όμως να έχει επίγνωση του περιεχομένου (Vaillant, 1992). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι πιθανό να ενισχύσουν τα επιβλαβή σωματικά συμπτώματα (Vos και συν, 2007) και αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την απώθηση, π.χ. που «ξεχνούν» το στρεσογόνο γεγονός αλλά συνεχίζουν να βιώνουν τις συναισθηματικές επιπτώσεις, αναφέρουν ότι η σχετική με τη «σωματική υγεία» ποιότητα ζωής τους είναι επιδεινωμένη.

Μεταξύ των κλινικών παραμέτρων που έχουν μελετηθεί, η ύπαρξη κολοστομίας αρχικά συσχετίστηκε με μείωση στη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ποιότητα ζωής, αλλά όταν η ψυχική καταπόνηση μπήκε στην εξίσωση ιεραρχικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση μεταξύ της κολοστομίας και της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις ποιότητα ζωής έπαψε να είναι στατιστικά σημαντική.

Σε άλλες μελέτες, η κολοστομία έχει βρεθεί ότι συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Προγενέστερες προοπτικές μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με κολοστομία είχαν φτωχή κοινωνική λειτουργικότητα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς κολοστομία. Συγκεκριμένα, οι Engel και συν. (2003) πραγματοποίησαν μια προοπτική μελέτη τεσσάρων ετών σε 329 ασθενείς με καρκίνο ορθού. Οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν. Η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε σημαντικά στους ασθενείς, όταν η στομία αποκαταστάθηκε. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Ross και συν. (2007), που πραγματοποιήθηκε σε 249 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Οι ασθενείς με κολοστομία είχαν χαμηλότερες τιμές στις περισσότερες περιοχές της Ποιότητας Ζωής. Παρά τα ευρήματα ότι η ύπαρξη κολοστομίας σχετίστηκε με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και ότι οι ασθενείς των οποίων η κολοστομία αποκαταστάθηκε είχαν βελτιωμένη συναισθηματική λειτουργικότητα, καμία μελέτη δεν περιελάμβανε την ψυχική καταπόνηση ως συμβάλλοντα στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής παράγοντα. Η μελέτη μας έδειξε ότι η κολοστομία διαδραματίζει ένα ρόλο στη διαμόρφωση της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις ποιότητα ζωής, αλλά η συσχέτιση θα μπορούσε να είναι πιο περίπλοκη, δεδομένου ότι η ψυχική καταπόνηση ήταν ένας ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις ποιότητα ζωής από ό,τι η κολοστομία.

Μια σημαντική κλινική εφαρμογή των αποτελεσμάτων μας είναι ότι οι κλινικοί θα πρέπει να εκτιμούν τακτικά την ψυχική καταπόνηση καθ' όλη τη πορεία της νόσου, αφού βρέθηκε ότι ένας αριθμός συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης επιδεινώθηκε με την πάροδο του χρόνου και είναι επίσης και προγνωστικοί δείκτες της ποιότητας ζωής. Θα πρέπει ακόμη να λαμβάνουν υπόψη τις ψυχολογικές εφεδρίες και τις στρατηγικές διαχείρισης του ασθενούς προκειμένου να αντεπεξέλθει με τις συνέπειες της νόσου, καθώς τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η αίσθηση συνοχής και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ θα μπορούσαν να τροποποιηθούν μετά από κατάλληλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (Sack και συν, 1997· Bond, 2004), βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω τις επιπτώσεις της σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ της ψυχικής καταπόνησης, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των κλινικών παραμέτρων στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η μελέτη μας έχει κάποιους περιορισμούς που είναι αναγκαίο να αναφερθούν. Το μειονέκτημα να χρησιμοποιούνται μόνο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων και της έκβασης σημαίνει ότι δεν μπορούμε να αρνηθούμε την κριτική ότι ένα ασυνείδητο απαντητικό στυλ μπορεί να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα μας. Συμπληρωματικά σε αυτό, θα λέγαμε ότι το ερωτηματολόγιο εκτίμησης των μηχανισμών άμυνας του εγώ είναι μια προσπάθεια να περιγραφούν ασυνείδητα ενδοψυχικά φαινόμενα, μια προσπάθεια η οποία επιτυγχάνεται δύσκολα. Ωστόσο, η ευρεία χρήση των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων για την εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας (Plutchik και συν, 1989) καθώς και το υψηλό ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των αξιολογήσεων των μηχανισμών άμυνας από το LSI και των κλινικών αξιολογήσεων των σχετικών μηχανισμών άμυνας (Bond, 2004) υποστηρίζουν την αξιοπιστία των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων που εκτιμούν τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ. Επιπρόσθετα, ένας κύριος περιορισμός της μελέτης είναι ότι μολονότι οι μισοί από τους ασθενείς μας διαγνώστηκαν μέσα στους τελευταίους έξι μήνες, το υπόλοιπο του δείγματος μας αποτελείται από ασθενείς με μεγάλο εύρος διάρκειας της νόσου, και αυτό μπορεί να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα μας.

Συνοψίζοντας, η συγχρονική μας μελέτη έδειξε ότι η ψυχική καταπόνηση είναι ένα σχετικά κοινό βίωμα στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Η ψυχική καταπόνηση εκδηλώνεται κυρίως με κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές του ύπνου. Αυτά τα αποτελέσματα επισημαίνουν τη σημαντικότητα της προσεκτικής προσέγγισης των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου και ίσως φανούν χρήσιμα στις ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες καλό θα ήταν να πραγματοποιούνται αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Υπενθυμίζουμε, όμως, ότι τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα μας είναι ενδεικτικά και ασφαλώς η υπόθεση εργασίας μας χρειάζεται περαιτέρω μελέτη και τεκμηρίωση.

Επίσης, για τον σκοπό αυτό χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των κλινικών παραγόντων, της κοινωνικής υποστήριξης, του πόνου και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας στην εκδήλωση και στην ένταση της ψυχικής καταπόνησης. Επίσης, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση του ρόλου και άλλων

χαρακτηριστικών προσωπικότητας, ώστε να αναδυθούν πληροφορίες οι οποίες θα φανούν χρήσιμες στις ψυχολογικές παρεμβάσεις των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

Επίσης, συνοπτικά, τα συμπεράσματα της συγχρονικής μας μελέτης έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής ανεξάρτητα από τις άλλες μεταβλητές, όπως η σοβαρότητα της νόσου και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, ο μηχανισμός άμυνας της άρνησης και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Συνεπώς, η ψυχική καταπόνηση δεν διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ της άρνησης και της αίσθησης συνοχής με την Ποιότητα Ζωής. Επίσης, βρέθηκε ότι το στάδιο της νόσου, η εχθρότητα και ο μηχανισμός άμυνας της απώθησης σχετίζονταν με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα αυξημένα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης των ασθενών μπορεί να αποτελούν άμεση συνέπεια της νόσου, αλλά να είναι και απόρροια της δυσκολίας τους να διαπραγματεύονται ουσιαστικά και σε βάθος όσα συμβαίνουν στη ζωή τους. Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί φαίνεται πως συμμετέχουν στην εκδήλωση και στην ένταση της κατάθλιψης των ασθενών. Καθίσταται, έτσι, φανερό πως υφίσταται ανάγκη για σωστή ενημέρωση των ασθενών σε ότι αφορά τη φύση και την πορεία του καρκίνου παχέος εντέρου. Για την ομαλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου θα πρέπει να βοηθάται στην κατανόηση της ασθένειάς του, να δέχεται τις απαραίτητες κατά περίπτωση θεραπείες και να του γνωστοποιούνται οι όποιες παρενέργειες και επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν. Επιπλέον, χρειάζεται να ενθαρρύνεται να αντιμετωπίζει το μέλλον με αισιοδοξία και να ενισχύεται η προσωπική συμμετοχή του σε θέματα διαχείρισης της νόσου με σκοπό την προώθηση της αυτονομίας του. Επίσης, επιτακτική ίσως είναι η ανάγκη υιοθέτησης θεραπευτικών χειρισμών, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα τα όποια προβλήματα ψυχοπαθολογίας ή και διαταραχών της προσωπικότητας, αλλά και να βιώνει ο ασθενής τη νόσο του λιγότερο ψυχοτραυματικά και να αναπτύσσει τους κατάλληλους μηχανισμούς και στρατηγικές που θα οδηγούν σε μη κοινωνική απόσυρση.

Αναφορικά με την προσπάθεια ταυτοποίησης των παραγόντων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη ψυχικής καταπόνησης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, τα

αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων της προοπτικής μας μελέτης έδειξαν ότι το άρρεν φύλο, οι χαμηλές τιμές στην αίσθηση συνοχής, οι υψηλές τιμές στην κλίμακα της εχθρότητας και τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στην αρχική εκτίμηση ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την εκδήλωση ψυχικής καταπόνησης ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται να διαδραματίζουν πιο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης από τις επιπτώσεις της ίδιας της νόσου. Περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες απαιτούνται ώστε να προστεθούν χαρακτηριστικά προσωπικότητας που πιθανά συμμετέχουν στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας και διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ κλινικών παραμέτρων της νόσου και ψυχικής καταπόνησης.

Συνοπτικά, τα συμπεράσματα της προοπτικής μας μελέτης έδειξαν ότι αρκετά συμπτώματα ψυχικής καταπόνησης, όπως ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός, η διαπροσωπική ευαισθησία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, επιδεινώθηκαν σημαντικά σε διάστημα ενός έτους, καθώς επίσης και πως η σχετική με τη «σωματική υγεία», «ψυχική υγεία» και «κοινωνικές σχέσεις» ποιότητα ζωής επιδεινώθηκε στο ίδιο διάστημα.

Σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, τα συμπεράσματα της προοπτικής μας μελέτης έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση και η αίσθηση συνοχής ήταν σταθεροί προγνωστικοί παράγοντες των περισσότερων περιοχών της ποιότητας ζωής. Ακόμη, ο αμυντικός μηχανισμός της απώθησης ήταν προγνωστικός δείκτης της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Είναι προφανές ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τον ασθενή, όσο και τη νόσο και τη θεραπεία της. Οι παράγοντες αυτοί, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συνολική ευεξία τους. Παρότι υπάρχουν αρκετά προβλήματα στην προσέγγιση και την εκτίμησή της ποιότητας ζωής, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έχει γίνει περισσότερο αποδεκτή από τους κλινικούς ιατρούς, ως δείκτης των υποκειμενικών εμπειριών που βιώνει ο ογκολογικός ασθενής ως απόρροια της νόσου του και της θεραπείας της. Σταδιακά εμφανίζεται ολοένα αυξανόμενος αριθμός μελετών στις οποίες η ποιότητα ζωής αποτελεί είτε πρωταρχικό είτε δευτερεύον τελικό σημείο και καθίσταται φανερό ότι η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα ζωής μπορεί να συμβάλει στη μεγιστοποίηση του οφέλους κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

Επιπλέον, φαίνεται πως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν την έκβαση της νόσου, σε μια σχέση την οποία δε φαίνεται να διαμεσολαβούν η επίδραση της ψυχικής καταπόνησης και οι κλινικοί παράγοντες. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες, ώστε να διερευνηθούν και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική στήριξη, που μεσολαβούν ή τροποποιούν την έκβαση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Η αίσθηση της κοινωνικής αποξένωσης λόγω της μειωμένης κοινωνικής επαφής είναι μια από τις πιο καταστρεπτικές συνέπειες της νόσου, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι περαιτέρω μελέτες θα βοηθήσουν να στοχοποιηθούν οι ψυχολογικές παραμέτροι που πρέπει να αντιμετωπιστούν, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Έτσι, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που στόχο έχουν τη βελτίωση της ικανότητας του ασθενούς να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκαλεί η νόσος, είναι πιθανό να έχουν ευεργητική επίδραση στην έκβαση.

Ψυχολογικές παρεμβάσεις ψυχοδυναμικού τύπου μπορεί να βοηθήσουν ασθενείς με υψηλές τιμές στο δυσπροσαρμοστικό προφίλ (Bond, 2004). Τα συμπεράσματα μας, ίσως φανούν χρήσιμα στις ψυχολογικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τροποποίηση του αμυντικού προφίλ. Η κατανόηση, συνεπώς, των ψυχολογικών μηχανισμών και της υποκείμενης δομής της προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε μια καλύτερη και περισσότερο ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Έτσι, είτε τα χαρακτηριστικά αυτά των ασθενών προϋπάρχουν στην προσωπικότητα τους είτε είναι αντίδραση στη νόσο, θα πρέπει να γίνεται εγκαίρως η διερεύνηση της ύπαρξής τους και η σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς παράλληλα με την φαρμακευτική του αγωγή και την ψυχολογική του υποστήριξη.

Τέλος, η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να εντάσσεται στην καθημερινή ιατρική πρακτική και μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις, να καταγράφεται η σωματική και ψυχολογική παθολογία. Η άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους ή συμπτώματα κατάθλιψης, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Έχει φανεί (Shun και συν, 2011) ότι μέσω συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής εργασίας στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου μειώνεται το άγχος, διευκολύνεται η επικοινωνία με τους γιατρούς και αποκτάται μια περισσότερο ρεαλιστική στάση απέναντι στη νόσο συμβάλλοντας έτσι στην επιβράδυνση της εξέλιξής της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου που εμφανίζονται στον άνθρωπο. Πρόκειται για κακοήγη όγκο που αναπτύσσεται στο εσωτερικό του παχέος εντέρου και προσβάλλει εκατομμύρια ανθρώπους. Αποτελεί την τέταρτη σε συχνότητα - μετά τον καρκίνο του προστάτη, του πνεύμονα και του μαστού - και την τρίτη σε θνησιμότητα - μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού - νεοπλασματική νόσο. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνή κακοήθης πάθηση τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ενώ η Ασία και η Αφρική είναι περιοχές χαμηλού κινδύνου. Όσον αφορά στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τη συμμετοχή τόσο περιβαλλοντικών, ιδιαίτερα διαιτητικών, όσο και κληρονομικών-γενετικών παραγόντων. Η διατροφή αναγνωρίζεται μέχρι και σήμερα ως ο σημαντικότερος εξωγενής παράγοντας.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχει πραγματοποιηθεί με σκοπό να διερευνηθούν κλινικοί, κοινωνικοδημογραφικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι προβλέπουν την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης. Ειδικότερα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλινικές παράμετροι, όπως το στάδιο της νόσου, η ύπαρξη κολοστομίας και η εντόπιση του καρκίνου καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και η ηλικία βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Επίσης, η κόπωση, η χαμηλή αισιοδοξία, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και η προγενέστερη ψυχική καταπόνηση του ασθενούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικής καταπόνησης. Επιπλέον, πολλές είναι οι μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Αρκετές από αυτές υποστηρίζουν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής.

Οι στόχοι της συγχρονικής μας μελέτης ήταν: 1) Να εξεταστεί η υπόθεση ότι η ψυχική καταπόνηση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, και να διερευνηθεί εάν η σχέση αυτή είναι ανεξάρτητη από την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, και τη σοβαρότητα της νόσου (δηλαδή το στάδιο της νόσου, την εντόπιση του καρκίνου και τη διάρκεια της νόσου) 2) Να διερευνηθεί εάν στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δηλαδή οι μηχανισμοί άμυνας, η εχθρότητα και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και εάν η σχέση αυτή διαμεσολαβείται από την ψυχική καταπόνηση

Όσον αφορά στους στόχους της προοπτικής μας μελέτης ήταν: 1) να αξιολογηθεί η πορεία της ψυχικής καταπόνησης και της ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, κατά τη διάρκεια ενός έτους 2) να αναγνωριστούν κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί προγνωστικοί παράγοντες της ψυχικής καταπόνησης 3) να αναγνωριστούν κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής 4) να επιβεβαιωθεί η υπόθεση της συγχρονικής μας μελέτης, ότι η ψυχική καταπόνηση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν σημαντικά στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής.

Στη συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 162 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημιδομημένη συνέντευξη, καθώς και με τη συμπλήρωση των παρακάτω ερευνητικών εργαλείων:

1. Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας
[General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)]
2. Την Κλίμακα εκτίμησης της έντασης των Ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90R
(Symptom Check List-90 Revised)
3. Το ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ [Defense Style Questionnaire (DSQ)]
4. Την κλίμακα εκτίμησης των μηχανισμών άμυνας του Εγώ Life Style Index (LSI)
5. Το Ερωτηματολόγιο των Διαπροσωπικών Προβλημάτων (Inventory of Interpersonal Problems)
6. Την Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence - SOC)
7. Το ερωτηματολόγιο «Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Εχθρότητας» (The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)
8. Την Κλίμακα εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-BREF

Στην προοπτική μελέτη, από τους 162 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που συμμετείχαν στην πρώτη φάση της μελέτης, 84 ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο συμμετείχαν και στη δεύτερη εκτίμηση, ένα έτος αργότερα. Εκτιμήθηκε ο βαθμός ψυχικής καταπόνησης (SCL-90) και η ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).

Τα ευρήματα της συγχρονικής μας μελέτης σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση είναι ένα σχετικά κοινό βίωμα στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, εκδηλούμενη κυρίως με κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος, διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη.

Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν οι μόνοι δημογραφικοί παράγοντες που βρέθηκε να σχετίζονται με την κατάθλιψη, ενώ η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση δε φάνηκε να συσχετίζονται με αυτή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν περισσότερο κατάθλιψη και άγχος. Από την άλλη πλευρά, στην προοπτική μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι άντρες βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση.

Σχετικά με τις κλινικές παραμέτρους, στη συγχρονική μελέτη βρέθηκε ότι η διάρκεια της νόσου, ένα προχωρημένο στάδιο της νόσου, καθώς και η ύπαρξη μεταστάσεων βρέθηκε να σχετίζονται με την κατάθλιψη, ενώ στην προοπτική μελέτη οι κλινικές παράμετροι είχαν μικρότερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη ψυχικής καταπόνησης. Επιπλέον, η ψυχική καταπόνηση βρέθηκε να σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής ανεξάρτητα από τις άλλες μεταβλητές, όπως η σοβαρότητα της νόσου και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ. Ακόμη, βασικό μας εύρημα είναι ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, ο μηχανισμός άμυνας της άρνησης και η αίσθηση συνοχής σχετίζονται με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση, στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Μεταξύ των μηχανισμών άμυνας που σχετίζονταν ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής, η άρνηση εμφάνισε τις πιο σημαντικές θετικές συσχετίσεις με όλες τις περιοχές της ποιότητας ζωής. Τέλος, το στάδιο της νόσου, η εχθρότητα και ο μηχανισμός άμυνας της απώθησης σχετίζονταν αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση.

Τα συμπεράσματα της προοπτικής μας μελέτης έδειξαν ότι αρκετά συμπτώματα ψυχικής καταπόνησης, όπως ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός, η διαπροσωπική ευαισθησία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, επιδεινώθηκαν σημαντικά σε διάστημα ενός έτους, όπως και η σχετική με τη «σωματική υγεία», «ψυχική υγεία» και «κοινωνικές σχέσεις» ποιότητα ζωής. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι άντρες βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι κλινικές παράμετροι είχαν μικρότερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη της ψυχικής καταπόνησης. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, κυρίως η αίσθηση συνοχής και η εχθρότητα, συνέβαλαν ανεξάρτητα και σημαντικά στην ανάπτυξη διάφορων συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης.

Τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων της προοπτικής μελέτης έδειξαν ότι το άρρεν φύλο, οι χαμηλές τιμές στην αίσθηση συνοχής, οι υψηλές τιμές στην

κλίμακα της εχθρότητας και τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στην αρχική εκτίμηση ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για την εκδήλωση ψυχικής καταπόνησης ένα έτος μετά την αρχική εκτίμηση.

Σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, τα συμπεράσματα της προοπτικής μελέτης έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση και η αίσθηση συνοχής ήταν σταθεροί προγνωστικοί παράγοντες των περισσότερων περιοχών της ποιότητας ζωής. Ακόμη, ο αμυντικός μηχανισμός της απώθησης ήταν προγνωστικός δείκτης επιδείνωσης της σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητας Ζωής ανεξάρτητα από την ψυχική καταπόνηση και τις κλινικές παραμέτρους, επιβεβαιώνοντας εν μέρει τα ευρήματα της συγχρονικής μας μελέτης.

Η κύρια κλινική εφαρμογή των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης είναι ότι οι κλινικοί θα πρέπει να εκτιμούν τακτικά την ψυχική καταπόνηση καθ' όλη τη πορεία της νόσου, αφού βρέθηκε ότι ένας αριθμός συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης επιδεινώθηκε με την πάροδο του χρόνου και είναι επίσης και προγνωστικοί δείκτες της ποιότητας ζωής. Θα πρέπει ακόμη να λαμβάνουν υπόψη τις ψυχολογικές εφεδρίες και τις στρατηγικές διαχείρισης του ασθενούς προκειμένου να αντεπεξέλθει με τις συνέπειες της νόσου, καθώς τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η αίσθηση συνοχής και οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ θα μπορούσαν να τροποποιηθούν μετά από κατάλληλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω τις επιπτώσεις της σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ της ψυχικής καταπόνησης, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των κλινικών παραμέτρων στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτό μπορεί να στοχοποιήσει τις ψυχολογικές παραμέτρους που πρέπει να αντιμετωπιστούν, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου.

SUMMARY

The colon is the part of the digestive system where the waste material is stored. The rectum is the end of the colon adjacent to the anus. Together, they form a long, muscular tube called the large intestine (also known as the large bowel). Globally, cancer of the colon and rectum is the fourth leading cause of cancer in males and females. The frequency of colorectal cancer varies around the world. It is common in the Western world and is rare in Asia and Africa. In countries where the people have adopted western diets, the incidence of colorectal cancer is increasing.

Some people are more likely to develop colorectal cancer than others. Factors that increase a person's risk of colorectal cancer include high fat intake, a family history of colorectal cancer and polyps, the presence of polyps in the large intestine, and chronic ulcerative colitis. Symptoms of colon cancer are numerous and nonspecific. They include fatigue, weakness, shortness of breath, change in bowel habits, narrow stools, diarrhea or constipation, red or dark blood in stool, weight loss, abdominal pain, cramps, or bloating. Surgery is the most common treatment for colorectal cancer. The long-term prognosis after surgery depends on whether the cancer has spread to other organs (metastasis). In patients with early colon cancer which is limited to the superficial layer of the bowel wall, surgery is often the only treatment needed. In some patients, there is no evidence of distant metastasis at the time of surgery, but the cancer has penetrated deeply into the colon wall or reached adjacent lymph nodes. These patients are at risk of tumor recurrence either locally or in distant organs. Chemotherapy in these patients may delay tumor recurrence and improve survival.

A significant number of research has been carried out to investigate clinical, sociodemographic and psychosocial factors which predict psychological distress. Specifically, studies have shown that clinical parameters such as stage of disease, the presence of colostomy and localization of cancer as well as demographic factors such as gender and age were found to be significant predictors of psychological distress in patients with colorectal cancer. Also, fatigue, low confidence, lack of social support and initial psychological distress are important risk factors for the onset of psychological distress. In addition, there are many studies that explore factors associated with quality of life of patients with colorectal cancer. Some of them argue that psychological distress is associated with quality of life.

The aim of the cross-sectional study was to test the following hypotheses: 1) that psychological distress is an independent correlate of HRQOL in colorectal cancer patients after adjusting for age, gender, education and disease severity (i.e. stage and site of cancer and disease duration) 2) that personality variables, namely defense mechanisms, hostility and sense of coherence, are associated with HRQOL in colorectal cancer patients, but this association is mediated by psychological distress.

The prospective study aimed 1) to assess the course of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and HRQOL during a one-year period, 2) to identify clinical and psychosocial predictors of a wide range of psychological distress symptoms, 3) to identify clinical and psychosocial predictors of HRQOL, and 4) to confirm in a prospective design our previous findings that psychological distress and personality variables contribute significantly in the formation of HRQOL.

In the cross-sectional study 162 patients agreed to participate in the study. Clinical and self-report data were collected with the following eight self-report instruments:

1. *The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)*
2. *The Symptom Check List-90 Revised (SCL-90R)*
3. *The Defense Style Questionnaire (DSQ)*
4. *The Life Style Index (LSI)*
5. *The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-40)*
6. *The Sense of Coherence (SOC)*
7. *The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*
8. *The World Health Organization Quality of Life Instrument, Short- Form(WHOQOL-BREF)*

In prospective study, 84 patients with early non-metastatic colorectal cancer participated one year after the initial assessment. At that point the inventories measuring the main outcomes of the present study (SCL-90-R and WHOQOL-BREF) were administered.

In cross-sectional study we showed that psychological distress is independently associated with HRQOL in colorectal cancer patients; our first hypothesis was confirmed. Our second finding was the main new one: personality variables were associated with HRQOL independently of psychological distress and disease parameters; denial and sense

of coherence were independent correlates of all aspects of HRQOL. These new findings mean that our second hypothesis was rejected; personality variables had an independent association with HRQOL. To the best of our knowledge, this is the first study showing that defense mechanisms and sense of coherence are associated with HRQOL independent of psychological distress in colorectal cancer patients. We also found that, among the defense mechanisms independently associated with HRQOL, denial showed the most powerful associations with all aspects of HRQOL. Finally, stage of cancer, repression, and hostility were associated with Physical HRQOL independently of psychological distress, in colorectal cancer patients.

The prospective study showed an increase in a number of psychological distress symptoms and a decrease in most aspects of HRQOL in colorectal cancer patients over a period of one year. Men were found to be at greater risk for developing depressive symptoms, while clinical parameters had a minor impact on psychological distress development. Background personality variables, namely sense of coherence and hostility, contributed independently and significantly in the development of several psychological distress symptoms. Psychological distress and low sense of coherence were constant strong independent predictors of most aspects of HRQOL, while repression (but not denial) was also an independent predictor of Physical HRQOL, partially confirming our previous cross-sectional findings.

Our findings' main clinical implication is that clinicians should regularly assess psychological distress throughout the course of the disease, since we found that a number of psychological distress symptoms increased over time and are also predictors of HRQOL. They should also take into consideration the patients' psychological resources and coping capacities to deal with the consequences of the disease, as evidence suggests that sense of coherence and defense mechanisms could be modified after appropriate psychotherapeutic intervention promoting thus patients' HRQOL. Future research should further explore the impact of the complex interplay between personality, psychological distress and disease parameters on patients' HRQOL. This might provide key targets to address the potential psychological parameters that need to be treated in order to improve colorectal cancer patients' HRQOL.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alacacioglu A, Binicier O, Gungor O, Oztop I, Dirioz M, Yilmaz U. Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2009;
2. Almyroudi A, Degner LF, Paika V, Pavlidis N, Hyphantis T. Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psychooncology* 2010.
3. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London, Chapman and Hall, 1991.
4. Andrey M, Bernhard J, Bischoff A, Dietrich L, Huerny C, Kesselring A, et al. Communication skills training in oncology: the swiss model. *Psycho-Oncology* 2001; 10: 30.
5. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36(6): 725-33.
6. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, 1987.
7. Antonovsky HF. Length of stay in a psychiatric hospital: how is the decision made? *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1983; 20(3): 205-19.
8. Apter A, Plutchik R, Sevy S et al. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *Am J Psychiatry* 1989; 146(8): 1027-31.
9. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of Life in Patients With Colorectal Cancer 1 Year After Diagnosis Compared With the General Population: A Population-Based Study. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4829-4836.
10. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of Life in Patients With Colorectal Cancer 1 Year After Diagnosis Compared With the General Population: A Population-Based Study. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4829-4836.
11. Balen E, Suarez J, Ariceta I, Oronoz B, Herrera J, Lera JM. Laparoscopic surgery in colorectal diseases. *An Sist Sanit Navar* 2005; 3: 67-80.

12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
13. Barraclough J. *Cancer and Emotion. A practical Guide to Psycho-Oncology.* Third Edition. Wiley, 1999.
14. Bendig AW. Ranking methodology: the development of a judgmental criterion with clinical case histories. *J Consult Psychol* 1956; 20(1): 75-8.
15. Beresford TP, Alfors J, Mangum L et al. Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47(3): 247-53.
16. Bingham SA, Day NE, Luben R, et al. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet* 2003; 361: 1496–1501.
17. Birtchnell J. Does recollection of exposure to poor maternal care in childhood affect later ability to relate? *Br J Psychiatry.* 1993; 162: 335-44.
18. Birtchnell J. Personality set within an octagonal model of relating. In: Conte HR. Editor. *Circumplex models of personality and emotions*, APA, Washington, DC, 1997.
19. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology. An exciting new challenge. *British Journal of Psychiatry.* 2000; 177: 112-116.
20. Boice JD, Engholm Jr. G, Kleinerman RA, et al. Radiation dose and second cancer risk in patients treated for cancer of the cervix. *Radiat Res* 1988; 116: 3–55.
21. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 40: 333–8.
22. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9): 1665-71.
23. Bond M. An empirical study of defense styles: the Defense Style Questionnaire. In: Vaillant GE (ed). *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers.* American Psychiatric Press: Washington DC, 1992; 139-140.

24. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12(5): 263–278.
25. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*. 2004; 12(5): 263-78.
26. Bond M. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality disorders* 1989; 8(1): 28-31.
27. Bonsack C, Despland JN, Spagnolo J. The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychother Psychosom* 1998; 67(1): 24-30.
28. Brasso K, Ladelund S, Frederiksen BL, Jørgensen T. Psychological distress following fecal occult blood test in colorectal cancer screening - a population-based study. *Scand J Gastroenterol* 2010.
29. Breukink SO, van der Zaag-Loonen HJ, Bouma EM, Pierie JP, Hoff C, Wiggers T, Meijerink WJ. Prospective evaluation of quality of life and sexual functioning after laparoscopic total mesorectal excision. *Dis Colon Rectum* 2007; 50(2): 147-55.
30. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005; 14(1): 74-81.
31. Brown JE, Butow PN, Culjak G, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of outcome: time to relapse and survival in patients with early stage melanoma. *Br J Cancer* 2000; 83(11): 1448–1453.
32. Butow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2000; 11(4): 469–474.
33. Caine TM, Foulds GA, Hope K. *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London, University of London Press, 1967.
34. Cali RL, Pitsch RM, Thorson AG, et al. Cumulative incidence of metachronous colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*.1993; 36: 388–393.
35. Calman KC. Quality of life in cancer patients an hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 10: 124– 127.
36. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg* 2001; 88(12): 1617-22.

37. Carmel M. Quality in the market-place: White Paper challenges. *Health Libr Rev* 1990; 7(4): 185-9.
38. Carter G, Lewin T, Rashid G, Adams C, Clover K. Computerised assessment of quality of life in oncology patients and carers. *Psychooncology* 2008; 17(1): 26-33.
39. Conte HR, Plutchick R, Schwartz B, Wild K. Psychodynamic variables related to outcome in hospitalized schizophrenics. Paper presented at the Convention of the American Psychological Association, Anaheim CA, 1995.
40. Conte HR, Plutchik R, Buck L et al. Interrelations among ego functions and personality traits : Their relation to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy* 1991; 45: 69-77.
41. Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12(3): 217-26.
42. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, scoring, and procedure manual, 3rd Ed. National Computer Systems: Minneapolis, MN, 1994.
43. Diamandopoulus GT. Cancer: An historical perspective. *Anticancer Res.* 1996; 16: 1595–1602.
44. Dolan M, Vollm B. Antisocial personality disorder and psychopathy in women: a literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *Int J Law Psychiatry.* 2009; 32(1): 2-9.
45. Donias S, Karastergiou A, Manos N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population (in Greek with English abstract). *Psychiatriki* 1991; 2: 42–48.
46. Dos Santos J, Mota DD, Pimenta CA. Comorbidities between fatigue and depression in patients with colorectal cancer. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(4): 909-14.
47. Douglass HOJ, Moertel CG, Mayer RJ, et al. Survival after postoperative combination treatment of rectal cancer. *N Engl J Med* 1986; 315: 1294–1295.
48. Dunn J, Lynch B, Aitken J, Leggett B, Pakenham K, Newman B. Quality of life and colorectal cancer: a review. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(1): 41-53.

49. Eisenberg B, DeCosse JJ, Harford F, Michalek J. Carcinoma of the colon and rectum: the natural history reviewed in 1704 patients. *Cancer* 1982; 49: 1131–1134.
50. ENCR. European Network of Cancer Registries. Eurocim version 4.0. European incidence database V2.2 (1999). Lyon, 2001.
51. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003; 238(2): 203-13.
52. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale : a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(6): 460-6.
53. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24(4): 663-71.
54. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 1.0. Lyon: IARC Press, 2001. IARC Cancer Base No. 5.
55. Ferlay J, Bray F, Sankila R, et al. Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union. 1999, IARC Press, Lyon.
56. Fitts WH. The Tenesse Self-Concept Scale. TN: Counselor Recordings & Test. 1965; Nashville.
57. Forsberg C, Bjorvell H, Cedermark B. Well-being and its relation to coping ability in patients with colo-rectal and gastric cancer before and after surgery. *Scand J Caring Sci* 1996; 10(1): 35-44.
58. Freud A. Ego and the Mechanism of Defense. Hogarth Press Ltd.: London, 1937.
59. Gabbard Glen O. Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Θωμάς Ν. Υφαντής, Τρίτη έκδοση, Αθήνα, 2006.
60. Gall CA, Weller D, Esterman A, Pilotto L, McGorm K, Hammett Z, Wattchow D. Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Treatment for Colon Cancer. *Diseases of the Colon & Rectum* 2007; 50:801-809.
61. Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(3): 315–338.

62. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991 ; 84: 371–8.
63. Ginieri-Coccossis M, Triantafillou E, Antonopoulou V, Tomaras B, Christodoulou G. Quality of life in relation to WHOQOL-100 questionnaire (in Greek). Beta Medical Arts. Athens, 2001.
64. Giovannucci E, Martinez ME. Tobacco, colorectal cancer, and adenomas: a review of the evidence. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88: 1717–1730.
65. Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in US men. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86: 183–191.
66. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139–145.
67. Goldzweig, Hubert, Walach, Brenner, Perry, Andritsch, Baider. Gender and psychological distress among middle- and older-aged colorectal cancer patients and their spouses: An unexpected outcome. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2009; 70: 71–82.
68. Golfinopoulos V, Pentheroudakis G, Pavlidis N. Treatment of colorectal cancer in the elderly: a review of the literature. *Cancer Treat Rev.* 2006; 32(1): 1-8.
69. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS et al. Quality of life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84: 575–579.
70. Greenwald DJ. Suicide and violence risk: Predictors of aggressive expression. Unpublished doctoral dissertation, Fonbam University, New York, 1991.
71. Gurevish M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics* 2002; 43: 259-281.
72. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-629.

73. Heim E, Augustiny KF, Schaffner L, Valach L. Coping with breast cancer over time and situation. *J Psychosom Res* 1993; 37(5): 523–542.
74. Holland JC, Jacobsen PB, Loscalzo MJ. *Psycho-Oncology*. Second Edition. Oxford, 2010.
75. Hyphantis T. The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properties in three different samples. *Compr Psychiatry* 2010; 51(6): 618-29.
76. Hyphantis TN, Bai M, Siafaka V, et al. Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: A preliminary survey. *Rheumatol Int*. 2006; 26(9): 828-36.
77. Hyphantis T, Floros GD, Goulia P, Iconomou G, Assimakopoulos K. [The Life Style Index: Correlations with psychological distress and hostility]. *Psychiatrike* 2011; 22(3): 207-20.
78. Hyphantis T, Goulia P, Floros GD, Iconomou G, Pappas AI, Karaivazoglou K, Assimakopoulos K. Assessing Ego Defense Mechanisms by Questionnaire: Psychometric Properties and Psychopathological Correlates of the Greek Version of the Plutchik's Life Style Index. *J Pers Assess* 2011; 93(6): 605-17.
79. Hyphantis TN, Tomenson B, Bai M et al. Psychological Distress, Somatization, and Defense Mechanisms Associated with Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease Patients. *Dig Dis Sci* 2009; 3.
80. Hyphantis TN, Triantafillidis JK, Pappa S et al. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol* 2005; 40: 24-30.
81. Hyphantis TN, Tsifetaki N, Siafaka V, Voulgari PV, Pappa C, Bai M, Palieraki K, Venetsanopoulou A, Mavreas V, Drosos AA. The Impact of Psychological Functioning upon Systemic Sclerosis Patient's Quality of Life. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 37(2): 81-92.
82. IARC – www.iarc.fr/en/
83. Iconomou G, Mega V, Koutras A, Iconomou A, Kalofonos H. Prospective Assessment of Emotional Distress, Cognitive Function, and Quality of Life in Patients with Cancer Treated with Chemotherapy. *Cancer* 2004; 101(2): 404-411.

84. Ina K, Sugiyama A, Yuasa S, Koga C, Yamazaki E, Katayama Y, Nagaoka M, Nagao S. Depression screening test for patients with metastatic gastric and colorectal cancer. *Gan To Kagaku Ryoho* 2010; 37(6): 1059-63.
85. Jacobson AM. An approach to evaluating adolescent ego defense mechanisms using clinical interviews. In: Vaillant GE (ed). *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. American Psychiatric Press: Washington DC, 1992; 89-99.
86. Jass JR. Prognostic factors in rectal cancer. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 862–863.
87. Karalis I, Langius A, Tsirogianni M, Faresjo T, Nettelbladt P, Lionis C. The translation-validation of the sense of coherence scale into Greek and its use in primary health care. *Archives of Hellenic Medicine* 2004; 21(2): 195–203 (In Greeks with English abstract).
88. Kardinal C, Yarbrow J. A conceptual history of cancer. *Semin Oncol.* 1979; 6: 396–408.
89. Karpozilos A, Pavlidis N. The treatment of cancer in Greek antiquity. *Eur J Cancer.* 2004; 40(14): 2033-40.
90. Kavan MG, Engdahl BE, Kay S. Colon cancer: personality factors predictive of onset and stage of presentation. *J Psychosom Res* 1995; 39(8): 1031-9.
91. Keller M, Weis J, Schumacher A, Cressmeier B. Psycho-Oncology in a united Europe: changes and challenges. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2003; 45: 109-117.
92. Kjeldsen BJ, Thorsen H, Whalley D, Kronborg O. Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1999; 5: 509-515.
93. Krook JE, Moertel CG, Gunderson LL, et al. Effective surgical adjuvant therapy for high-risk rectal carcinoma. *N Engl J Med* 1991; 324: 709–715.
94. Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnson CB. Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychol Med* 1991; 21(1): 29-41.

95. Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Support Care Cancer* 2002; 10(6): 494-501.
96. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *J Psychosom Res* 2005; 58(6): 523-32.
97. Lazarus RS. Denial, its costs and benefits. In *Living and Dying with Cancer*, Ahmed P (ed.). Elsevier: New York, 1981.
98. Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(2): 291-302.
99. Lehman AF. Measuring quality of life in a reformed health system. *Health Aff* 1995; 14: 90-101.
100. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(6): 440-442.
101. Lyketsos GC, Blackburn IM, Tsiantis J. The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol* 1978; 8(1): 145-9.
102. Lynch BM, Steginga SK, Hawkes AL, Pakenham KI, Dunn J. Describing and predicting psychological distress after colorectal cancer. *Cancer* 2008; 112(6): 1363-70.
103. Lynch H, Lynch J. Lynch syndrome: genetics, natural history, genetic counselling, and prevention. *J Clin Oncol* 2000; 18: 19-31.
104. Lynch H, Smyrk T. Hereditary colorectal cancer. *Semin Oncol* 1999; 26: 478-484.
105. Maguire P, Walsh S, Jeacock J, Kingston R. Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Palliat Med* 1999; 13(1): 45-50.
106. Manne SL, Sabbioni M, Bovbjerg DH, Jacobsen PB, Taylor KL, Redd WH. Coping with chemotherapy for breast cancer. *J Behav Med* 1994; 17(1): 41-55.
107. Medeiros M, Oshima CT, Forones NM. Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients. *J Gastrointest Cancer* 2010.

108. Moertel CG. Chemotherapy for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 1136–1142.
109. Newland RC, Chapuis PH, Pheils MT, MacPherson JG. The relationship of survival to staging and grading of colorectal carcinoma: a prospective study of 503 cases. *Cancer* 1981, 47: 1424–1429.
110. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52(4): 419-24.
111. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37(3): 376-84.
112. Nordin K, Glimelius B. Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer* 1999; 79(3-4): 525-9.
113. Nordin K, Glimelius B. Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients. *Acta Oncol* 1997; 36(8):803-10.
114. Northouse I, Mood D, Templin T, Mellon S, George T. Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Soc Sci Med* 2000; 50: 271–284.
115. Okajima M, Ikeda S, Egi H, Yoshimitsu M, Asahara T. Laparoscopic surgery for colonic cancer: present status and evaluation. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2006; 107(2): 81-5.
116. Olson RM, Perencevich NP, Malcolm AW, Chaffey JT, Wilson RE. Patterns of recurrence following curative resection of adenocarcinoma of the colon and rectum. *Cancer* 1980; 45: 2969–2974.
117. Orr E. Open communication as an effective stress management method for breast cancer patients. *J Human Stress* 1986; 12(4): 175–185.
118. Park S, Kim KS. Model construction of sexual satisfaction in patients with a colostomy. *J Korean Acad Nurs* 2009; 39(4): 539-48.
119. Parker J, Kennedy P. Factors predictive of distress in people awaiting a lower gastrointestinal endoscopy. *Psychol Health Med* 2010; 15(1): 26-33.

120. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in five continents, vol. VIII. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2002. IARC Scient. Publ. No. 155.
121. Pizzi C, Caraglia M, Cianiulli M, Fabbrocini A, Libroia A, Matano E, Contegiacomo A, Del Prete S, Abbruzzese A, Martignetti A, Tagliaferri P, Bianco A.R. Low-dose recombinant IL-2 induces psychological changes: monitoring by Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). *Anticancer Res.* 2002; 22: 727-32.
122. Plutchik R, Conte HR. Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses and coping styles. Contemporary approaches to psychological assessment, Wetzler A, Katz B (eds.). Brunner-Mazel: New York, 1989.
123. Plutchik R, Hyman L, Karasu TB. Medical symptoms and life stresses in psychiatric emergency room patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977; 86: 447-449.
124. Pugliese P, Perrone M, Nisi E, Garufi C, Giannarelli D, Bottomley A, Terzoli E. An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 9.
125. Rabinowitz T, Peirson R. 'Nothing is wrong, doctor': understanding and managing denial in patients with cancer. *Cancer Invest* 2006; 24(1): 68-76.
126. Ramfelt E, Langius A, Bjorvell H, Nordstrom G. Treatment decision-making and its relation to the sense of coherence and the meaning of the disease in a group of patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2000; 9(3): 158-65.
127. Ramsey SD, Andersen MR, Etzioni R, Moinpour CM, Peacock S, Potosky A, Urban N. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer* 2000; 88(6): 1294-303.
128. Ramsey SD, Andersen MR, Etzioni R, Moinpour CM, Peacock S, Potosky A, Urban N. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer* 1999; 88(6): 1294-303.
129. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3141-3149.

130. Reister G, Fellhauer RF, Franz M, et al. [Psychometric assessment of defense mechanisms: correlation between questionnaire and expert rating. Initial study of validity] *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1993; 43(1): 15-20.
131. Riding N, Cartwright A. Interpreting the Inventory of Interpersonal Problems: subscales based on an interpersonal theory model. *Br J Med Psychol*. 1999; 72: 407-20.
132. Riding N, Cartwright A. Interpreting the Inventory of Interpersonal Problems: Subscales based on an interpersonal theory model. *British Journal of Medical Psychology* 1999; 72: 407-420.
133. Rimer BK, Briss PA, Zeller PK, Chan ECY, Woolf SH. Informed Decision Making: What is its role in cancer screening? *Cancer Supplement* 2004; 101: 1214-1228.
134. Ronson A. Psychiatric disorders in oncology: recent therapeutic advances and new conceptual frameworks. *Current Opinion in Oncology* 2004; 16(4): 318-323.
135. Ross L, Abild-Nielsen AG, Thomsen BL, Karlsen RV, Boesen EH, Johansen C. Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer* 2007; 15(5): 505-13.
136. Sack M, Kunsebeck HW, Lamprecht F. Sense of coherence and psychosomatic treatment outcome. An empirical study of salutogenesis. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1997 May; 47(5): 149-55.
137. Sammahalti P, Aalberg V, & Pentinsaari JP. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(4): 290-294.
138. Sanders C, Egger M, Donovan J et al. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *BMJ* 1998; 317: 1191–1194.
139. Sandler R. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. *Gastrent Cl N Am* 1996; 25: 717-735.
140. Schag C, Ganz P, Wing D, Sim M, Lee JJ. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual Life Res* 1994; 3: 127-41.

141. Schaub J, Scharf P, Herz R. The quality of life after extirpation of the rectum for carcinoma. *Dtsch Med Wochenschr* 1996; 121(6): 153-7.
142. Schauenburg H, Schussler G, Leibing E. [Empirical assessment of defense mechanisms with a self evaluation questionnaire (according to Bond et al.)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1991; 41(9-10): 392-400.
143. Schipper H, Clinch J. Assessment of treatment of cancer. In: Smith GT (ed.) *Measuring Health: A Practical Approach*. New York, John Wiley & Sons, 1988; 109-139.
144. Schmidt CE, Bestmann B, Küchler T, Longo WE, Rohde V, Kremer B. Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study. *World J Surg* 2005; 29(12): 1630-41.
145. Semrad EV, Grinspoon L, Fienberg SE. Development of an ego profile scale. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28(1): 70-7.
146. Shun SC, Hsiao FH, Lai YH, Liang JT, Yeh KH, Huang J. Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2011; 38(3): E221-8.
147. Simon AE, Thompson MR, Flashman K, Wardle J. Disease stage and psychosocial outcomes in colorectal cancer. *Colorectal Dis* 2009; 11(1): 19-25.
148. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004; 13(2) : 299-310.
149. Söllner W, Maislinger S, De Vries A, Steixner E, Lukas P. Oncologists' ability to identify patient distress: development and effects of a training course. *Psycho-Oncology* 2001; 10: 31.
150. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 269-282.
151. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *J Clin Oncol* 2002; 20: 3137-3148.

152. Stefani G, Tredese F, et al. Localized ovarian cancer: surgery plus chemotherapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1986 ; 22(11) : 1365-70.
153. Steginga S, Occhipinti S. Dispositional optimism as a predictor of men's decision-related distress after localized prostate cancer. *Health Psychol* 2006; 25: 135–143.
154. Steinberg SM, Barkin JS, Kaplan RS, Stablein DM. Prognostic indicators of colon tumors. The Gastrointestinal Tumor Study Group experience. *Cancer* 1986; 57: 1866–1870.
155. Stewart BW, Kleihus P, editors. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press, 2003.
156. Stommel M, Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychol* 2004; 23(6): 564-73.
157. Stone P, Richards M, Hardy J. Fatigue in patients with cancer. A review. *Eur. J. Cancer* 1998; 34: 1670-1676.
158. Szymona K. Changes of sense of coherence (SOC) after psychotherapy in neurotic patients. *Psychiatr Pol* 2005; 39(4): 659–668.
159. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT, McPherson KM, Weatherall M. Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, short form (WHOQOL-BREF): score distributions and psychometric properties. *Arthritis Rheum* 2004; 51(3) : 350-357.
160. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334: 835-840.
161. Thomas DS, Nauta RJ, Rodgers JE, et al. Intraoperative high-dose rate interstitial irradiation of hepatic metastases from colorectal carcinoma. Results of a phase I–II trial. *Cancer* 1993; 71: 1977–1981.
162. Tomatis L. *Cancer, causes, occurrence and control*. Lyon: IARC Press, 1990. Publ. no. 100.
163. Trijsburg RW, van t' Spijker A, Van HL, et al. Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(7): 432-9.

164. Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, Tsunoda Y, Kusano M. Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery. *Acta Oncol* 2007; 46(1): 77-82.
165. Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, Yasuda N, Shibusawa M, Kusano M. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *Int J Clin Oncol* 2005; 10: 411–417.
166. Tuinstra J, Hagedoorn M, Van Sonderen E, Ranchor AV, Van den Bos GA, Nijboer C, Sanderman R. Psychological distress in couples dealing with colorectal cancer: gender and role differences and intracouple correspondence. *Br J Health Psychol* 2004; 9: 465-78.
167. Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Aalto- Setälä T, Lonnqvist J. Psychological defense styles in late adolescence and young adulthood : a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8): 1148-53.
168. UICC. UICC (International Union Against Cancer). In: Sobin LH, Wittekind Ch, editors. *TNM classification of malignant tumours*. 6th Ed. New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: Wiley-Liss, 2002.
169. Ulander K, Jeppson B, Grahn G. Quality of life and independence in activities of daily living preoperatively and at follow-up in patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer* 1997; 5: 402-409.
170. Vadaparampil ST, Ropka M, Stefanek ME. Measurement of psychological factors associated with genetic testing for hereditary breast, ovarian and colon cancers. *Familial Cancer* 2005; 4: 195-206.
171. Vaillant GE (ed). *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press: Washington DC, 1992; 139-140.
172. Van Knippenberg FC, de Haes JC. Measuring the quality of life of cancer patients: psychometric properties of instruments. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 1043–1053.
173. Vos MS, de Haes JCJM. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 12–25.

174. Ward SE, Leventhal H, Love R. Repression revisited: tactics used in coping with a severe health threat. *Pers Soc Psychol Bull* 1988; 14: 735–746.
175. WCRF & AICR. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition and Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington: American Institute of Cancer Research, 1997.
176. Wettergren L, Björkholm M, Axdorph U, Langius-Eklöf A. Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Qual Life Res* 2004; 13(8) : 1369-1379.
177. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-558.
178. Wirsching M, Drüner HU, Herrmann G. Results of psychosocial adjustment to long-term colostomy. *Psychother Psychosom* 1975; 26(5): 245-56.
179. www.bestrong.org.gr
180. www.cacer.org
181. www.cancer.gov
182. www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/cancer/page4
183. www-dep.iarc.fr/
184. Yost KJ, Hahn EA, Zaslavsky AM, Ayanian JZ, West DW. Predictors of healthrelated quality of life in patients with colorectal cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6: 66.
185. Zampino MG, Labianca R, Beretta G, Gatta G, Lorrizo K, Braud F, Wils J. Rectal cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2004; 51: 121-143.
186. Zhou FL, Zhang WL, Wei YC, Xu K, Hui LY, Wang HS, Li MZ. Impact of comorbid anxiety and depression on quality of life and cellular immunity changes in patients with digestive tract cancers. *World J Gastroenterol* 2005; 11(15): 2313-2318.
187. Zinkin LD. A critical review of the classifications and staging of colorectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 1983; 26: 37–43.
188. Καλαχάνης Ν. Παχύ Έντερο. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990.

189. Παπαγεωργίου Δ, Κουτελέκος Ι. Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. 2009.
190. Ρεπάσος Ε, Πανάγος ΓΗ. Ποιότητα ζωής και κατάσταση λειτουργικής ικανότητας. 2007.
191. Ρηγάτος Γ. Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα, 2000.
192. Σούπαρης Α. Φλεγμονώδεις παθήσεις. Θεσσαλονίκη, 2000.