

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με προχωρημένο καρκίνο

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, καθώς και της συσχέτισης αυτών με την ποιότητα ζωής τους, όπως και με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Πρόκειται για συγχρονική μελέτη συσχέτισης με δείγμα 55 φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, η οποία διενεργήθηκε κατά το διάστημα Απριλίου–Μαΐου 2022. Τα ερευνητικά εργαλεία ήταν η κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger, η κλίμακα κατάθλιψης του Beck, το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Quality of Life, WHOQOL-BREF) και το ερωτηματολόγιο συλλογής κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS IBM), έκδοση 22.0. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (60%), ανήκαν στις ηλικίες των 40–49 ετών (32,7%) και ήταν τέκνα των ασθενών (57,4%). Το 14,5% εμφάνιζε ήπια μορφή κατάθλιψης, ενώ το 9,1% σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα άγχους (μέση τιμή >40, που αποτελεί το όριο του κλινικού άγχους) και, συγκεκριμένα, η υποκλίμακα παροδικού άγχους της κλίμακας Spielberger εμφάνισε μέση τιμή 47,5 (standard deviation [SD]=12,5) και η υποκλίμακα μόνιμου άγχους 44,9 (SD=12,6). Η βαθμολογία του WHOQOL-BREF για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας κυμαινόταν από 6–20, με μέση τιμή 14 (SD=3,5). Όλες οι ενότητες του WHOQOL-BREF («σωματική υγεία», «ψυχική υγεία», «κοινωνικές σχέσεις» και «περιβάλλον») βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, με τη βαθμολογία στις κλίμακες κατάθλιψης, προσωρινού και μόνιμου άγχους, καθώς και με τον χρόνο ημερήσιας φροντίδας του ασθενούς ($p<0,05$). Διαπιστώθηκε επίσης ότι μια σειρά από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, καθώς και ποικίλες παράμετροι της φροντίδας επιδρούσαν στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής των μελών του δείγματος. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν ότι οι φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με προχωρημένο καρκίνο αντιμετωπίζουν κίνδυνο εκδήλωσης άγχους και κατάθλιψης, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας για τον εν λόγω πληθυσμό, με στόχο την ενδυνάμωσή τους στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτει η φροντίδα του πάσχοντος ατόμου και την αποφυγή δυσμενών επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής τους.

Η συχνότητα του καρκίνου αυξάνεται με τη γήρανση και αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στα άτομα τρίτης ηλικίας.^{1,2} Η διαχείριση του καρκίνου εμφανίζει ιδιαίτερες προκλήσεις στην περίπτωση των ατόμων τρίτης ηλικίας λόγω της συννοσηρότητας, της πολυφαρμακίας, των συν-
δών γνωστικών διαταραχών, της κοινωνικής απομόνωσης

και της συνοδού ευπάθειας λόγω ηλικίας, καταστάσεις που επιτείνονται στις περιπτώσεις προχωρημένης νόσου, όπου το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης είναι 12 μήνες.³

Τα ηλικιωμένα άτομα με προχωρημένο καρκίνο συνή-
θως προτιμούν να παραμείνουν σπίτι τους και να λαμβάνουν
φροντίδα στο οικείο τους περιβάλλον, ιδιαίτερα κατά το

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(5):642–651
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(5):642–651

Μ. Μπούρη,^{1,2}
Α. Κατσαρού,¹
Α. Μπαρμπούνη,^{1,2}
Α. Λάγιου,^{1,2}
Ε. Σακελλάρη^{1,2}

¹Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας,
Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής, Αθήνα

²Εργαστήριο Υγιεινής και
Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής
Αττικής, Αθήνα

Correlation of anxiety
and depression with quality
of life in caregivers of elderly
patients with advanced cancer

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Άγχος
Καρκινοπαθείς τρίτης ηλικίας
Κατάθλιψη
Ποιότητα ζωής
Φροντιστές

Υποβλήθηκε 5.6.2024
Εγκρίθηκε 20.7.2024

τελικό στάδιο, με συνέπεια μεγάλο μέρος της φροντίδας να μετατοπίζεται σταδιακά από τους επαγγελματίες υγείας στους άτυπους φροντιστές.^{4,5} Με τον όρο «άτυποι φροντιστές» περιγράφονται τα άτομα που επιφορτίζονται με την καθημερινή φροντίδα των πασχόντων, χωρίς να αμείβονται για τον σκοπό αυτόν.⁶ Ανάλογα με το στάδιο της νόσου, οι συνήθεις τομείς φροντίδας περιλαμβάνουν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, προετοιμασία τροφής και ατομική υγιεινή, διαχείριση οικονομικών υποχρεώσεων, καθώς και συντονισμό της φροντίδας του ασθενούς, όπως διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής και ιατρικών ραντεβού.⁷ Επί πλέον, οι άτυποι φροντιστές αποτελούν συνήθως την κύρια πηγή κοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης για τα άτομα με καρκίνο συμβάλλοντας στον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τη νόσο και την αγωγή της.⁸

Σύμφωνα με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα,^{9–11} οι φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα, καθώς και χαμηλή ποιότητα ζωής, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικογενειακό, κοινωνικό, εργασιακό και σωματικό επίπεδο, συχνά δε το πρόσωπο που αναλαμβάνει ρόλο φροντιστή περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως «δεύτερο άτομο που χρήζει φροντίδας».¹²

Στην Ελλάδα, την καθημερινή φροντίδα των ατόμων με καρκίνο αναλαμβάνουν οι άτυποι φροντιστές, που συνήθως είναι μέλη της οικογένειας,¹³ επιτελώντας μια σειρά δραστηριοτήτων φροντίδας για τις οποίες μπορεί να μην έχουν πρόσθετη εκπαίδευση ή υποστήριξη και να δυσκολεύονται να τις διαχειριστούν.¹⁴ Μελέτες από τη χώρα μας διαπιστώνουν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών, καταθλιπτική διάθεση και δυσκολία με τα καθήκοντα φροντίδας.¹⁵ Τα συχνότερα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι άτυποι φροντιστές καρκινοπαθών κατά την παροχή φροντίδας κατ'οίκον στη χώρα μας είναι αγωνία για το μέλλον του πάσχοντα, για την αντιμετώπιση του πόνου και τη διατροφική του κατάσταση, για το οικονομικό βάρος της φροντίδας, την κατάθλιψη και τις επιπτώσεις στη συμπεριφορά του ασθενούς, τη δυσκολία αποδοχής της κατάστασης της υγείας του, τη μεταφορά του στο νοσοκομείο και την παροχή βοήθειας από την ευρύτερη οικογένεια.¹⁶ Επί πλέον, οι δομές του δημόσιου συστήματος στις οποίες παρέχονται υπηρεσίες υποστηρικτικής φροντίδας στις οικογένειες που αντιμετωπίζουν χρόνιες και εξελικτικές παθήσεις είναι πολύ περιορισμένες στην Ελλάδα, ενώ ταυτόχρονα υφίσταται ελλιπής ενημέρωση τόσο των ατόμων τα οποία νοσούν όσο και των μελών της οικογένειας/φροντιστών για την αναγκαιότητα ανάλογων υπηρεσιών.¹⁷

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε φροντιστές ατόμων

τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, καθώς και η συσχέτιση των επιπέδων αυτών με την ποιότητα ζωής τους, όπως και με κοινωνικούς- δημογραφικούς παράγοντες, θέμα για το οποίο δεν διατίθενται ερευνητικά δεδομένα για τον ελληνικό πληθυσμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα μελέτης και συλλογή δεδομένων

Το δείγμα της συγχρονικής αυτής μελέτης, το οποίο αποτέλεσαν φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο, αντλήθηκε από οργανωμένες ομάδες και συλλόγους που αφορούν σε φροντιστές, άτομα τρίτης ηλικίας και τη νόσο του καρκίνου, από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Οι συμμετέχοντες (συμμετέχουσες) συμπλήρωσαν διαδικτυακά τα ερωτηματολόγια της μελέτης, αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας, την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή τους και παρέιχαν τη συγκατάθεσή τους. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (αριθ. πρωτοκόλλου: 14112/17.2.2022) και εκπονήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου–Μαΐου 2022.

Ερευνητικά εργαλεία

Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Πρόκειται για εργαλείο αυτο-αναφοράς αποτελούμενο από 40 δηλώσεις, από τις οποίες 20 αφορούν στο άγχος ως μια συγκεκριμένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (υποκλίμακα παροδικού άγχους – state anxiety) και οι υπόλοιπες 20 αναφέρονται στο άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας του ατόμου (υποκλίμακα μόνιμου/ιδιοσυγκρασιακού άγχους – trait anxiety). Οι απαντήσεις βαθμολογούνται μέσω τετράβαθμης κλίμακας Likert (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ) και η τελική βαθμολογία συνιστά το άθροισμα των απαντήσεων. Το όριο για το κλινικό άγχος είναι το 40, ενώ το 80 αποτελεί την υψηλότερη δυνατή βαθμολόγηση.¹⁸ Το εργαλείο έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό και έχουν μελετηθεί η αξιοπιστία και οι ψυχομετρικές του ιδιότητες με ικανοποιητικά αποτελέσματα, διαθέτοντας Cronbach's $\alpha=0,93$ για την υποκλίμακα παροδικού και $\alpha=0,92$ για την υποκλίμακα μόνιμου άγχους.^{19,20}

Κλίμακα κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II). Αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο που περιέχει 21 θέματα με 4 προτάσεις στο καθένα, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τα γνωστικά, τα συναισθηματικά και τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης και τα οποία αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για την κατάθλιψη. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από 0–3, ανάλογα με τον βαθμό σοβαρότητας του συμπτώματος που περιγράφει, ενώ η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων.²¹ Βαθμολογία ίση με 14 αποτελεί το όριο για την κλινική κατάθλιψη,²¹ ενώ για τον ελληνικό πληθυσμό το όριο αυτό έχει τεθεί στο 17.²² Έχει πραγματοποιηθεί η στάθμιση του εργαλείου στα Ελληνικά²³ και έχει εξεταστεί η εγκυρότητα και

η αξιοπιστία του με ικανοποιητικά αποτελέσματα, διαθέτοντας Cronbach's $\alpha=0,73-0,92$ σε ψυχιατρικούς και μη ψυχιατρικούς πληθυσμούς, αντίστοιχα.²²

Ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής WHOQOL-BREF (ελληνική έκδοχή). Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις θεματικές ενότητες που εξετάζουν: τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του ατόμου.²⁴ Υπάρχει επίσης ένα γενικό ερώτημα για τη συνολική ποιότητα ζωής και ένα για τη συνολική υγεία. Στην ελληνική έκδοχή περιλαμβάνονται οι 26 ερωτήσεις του πρωτότυπου και 4 επί πλέον ερωτήσεις, οι οποίες προέκυψαν κατά την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο.²⁵ Οι απαντήσεις βαθμολογούνται μέσω πεντάβαθμης κλίμακας Likert (1=καθόλου, 5=απόλυτα/υπερβολικά) και όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο ποιότητας ζωής του ατόμου (εύρος βαθμολογίας κάθε ενότητας: 4–20). Η ελληνική έκδοχή έχει εξεταστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της με ικανοποιητικά αποτελέσματα, έχοντας Cronbach's $\alpha=0,67-0,81$.²⁵

Συλλέχθηκαν επίσης δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, συγγένεια με τον(την) ασθενή, ηλικία ασθενούς, διαμονή στο ίδιο σπίτι με το άτομο που νοσεί, επαγγελματική δραστηριότητα και επίπτωση φροντίδας στην εργασία των φροντιστών, παρούσα οικονομική κατάσταση, χρονικό διάστημα παροχής φροντίδας από τη διάγνωση, ημερήσιος χρόνος φροντίδας, τύπος καρκίνου). Καταγράφηκε ακόμη η εκτίμηση των φροντιστών για το είδος των υποστηρικτικών υπηρεσιών που θα ήταν επιβοηθητικές για τους ίδιους, καθώς και για τα καρκινοπαθή άτομα τρίτης ηλικίας στα οποία παρέχουν φροντίδα.

Στατιστική ανάλυση

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος αναλύθηκαν μέσω περιγραφικής ανάλυσης. Για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των προγνωστικών μεταβλητών (επίπεδα άγχους και επίπεδα κατάθλιψης) και της ποιότητας ζωής πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman, ενώ εφαρμόστηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) προκειμένου να εξεταστεί εάν οι προγνωστικές μεταβλητές εξηγούν μια στατιστικά σημαντική διακύμανση στη μεταβλητή αποτελέσματος (ποιότητα ζωής). Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ικανότητας του άγχους, της κατάθλιψης, των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και των παραμέτρων της φροντίδας, να προβλέψουν την ποιότητα ζωής. Διεξήχθη προκαταρκτική ανάλυση για να διασφαλιστεί ότι δεν παραβιάζονται οι παραδοχές της κανονικότητας, της γραμμικότητας, της πολυσυγγραμμικότητας και της ομοσκεδαστικότητας. Ο παραμετρικός έλεγχος t-test εφαρμόστηκε για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων και ο έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών σε περισσότερες από δύο ομάδες. Το όριο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS IBM), έκδοση 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειονότητα των μελών του δείγματος ($n=55$) ήταν γυναίκες (60%), ανήκαν στις ηλικίες των 40–49 ετών (32,7%) και ήταν τέκνα των ασθενών (57,4%). Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1. Η πλειονότητα του δείγματος εκτιμούσε ότι υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας του ατόμου που νοσεί θα ήταν επιβοηθητικές τόσο για τους ίδιους (74,5%) όσο και για τα καρκινοπαθή άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία φροντίζουν (85,5%), όπως επίσης και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης που θα απευθύνονται στους φροντιστές (54,5%), καθώς και στα άτομα στα οποία παρέχουν φροντίδα (67,3%).

Στον πίνακα 2 περιλαμβάνονται τα περιγραφικά αποτελέσματα της κλίμακας κατάθλιψης του Beck, της κλίμακας μέτρησης άγχους του Spielberger και του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF για την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη βαθμολογία της κλίμακας Beck, ποσοστό 29,1% των συμμετεχόντων εμφάνιζαν ελαφρά διαταραχή της διάθεσης, 14,5% ήπια μορφή κατάθλιψης και 9,1% σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Οι μέσες τιμές της υποκλίμακας παροδικού άγχους (47,5) και της υποκλίμακας μόνιμου άγχους (44,9) της κλίμακας Spielberger δηλώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους καθώς μέση τιμή >40 συνιστά το όριο για το κλινικό άγχος, ενώ τιμές 45–80 δηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους. Η βαθμολογία του WHOQOL-BREF για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας των μελών του δείγματος είχε μέση τιμή 14, γεγονός που δηλώνει καλή έως αρκετά καλή ποιότητα ζωής. Οι βαθμολογίες ανά ενότητα του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, η κλίμακα Beck και η υποκλίμακα μόνιμου άγχους της κλίμακας Spielberger σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και υγείας και, συγκεκριμένα, υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Beck σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας ($p=0,05$), ενώ υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα αυτή σχετιζόταν με σημαντικά μικρότερη βαθμολογία της συνολικής ποιότητας ζωής και υγείας ($p=0,003$).

Ως προς τη συσχέτιση κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων με τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας, υψηλότερη βαθμολογία είχαν τα μέλη του δείγματος που δεν διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή ($p=0,023$), ήταν σύζυγοι του(της) ασθενούς ($p=0,026$), συνέχισαν να εργάζονται κατά το διάστημα παροχής φροντίδας ($p=0,05$) και θεωρούσαν ότι η παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

		n	%			n	%
Ηλικία (έτη)	20–29	2	3,6	Συγγένεια με τον(την) ασθενή	Σύζυγος	13	24,1
	30–39	9	16,4		Γονέας	31	57,4
	40–49	18	32,7		Αδερφός(ή)	0	0,0
	50–59	11	20,0		Άλλο	10	18,5
	60+	15	27,3	Ηλικία του(της) ασθενούς (έτη)	60–65	4	7,3
Φύλο	Άνδρας	22	40,0		66–70	7	12,7
	Γυναίκα	33	60,0		71–75	9	16,4
Εθνικότητα	Ελληνική	53	96,4		76–80	12	21,8
	Άλλο	2	3,6		81–85	18	32,7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος(η)	26	47,3	Συγκατοίκηση με τον(την) ασθενή	86+	5	9,1
	Άγαμος(η)	16	29,1	Επίπτωση φροντίδας ασθενούς στην εργασία	<6 μήνες	25	45,5
	Διαζευγμένος(η)	4	7,3		6 μήνες–2 έτη	16	32
	Χήρος(α)	3	5,5		2–5 έτη	9	16,4
	Σε σχέση	6	10,9		>5 έτη	17	30,9
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	1,8	Συνολικό χρονικό διάστημα φροντίδας ασθενούς	2–5 έτη	12	21,8
	Γυμνάσιο	3	5,5		>5 έτη	17	30,9
	Λύκειο	9	16,4	Ημερήσιος χρόνος φροντίδας ασθενούς	<2 ώρες	29	52,7
	Πανεπιστήμιο	36	65,5		2–4 ώρες	17	30,9
	Άλλο	6	10,9		4–6 ώρες	7	12,7
Εργαζόμενος(η)		42	76,4		6–8 ώρες	0	0,0
					>8 ώρες	2	3,6
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενος(η)	13	23,6	Τύπος καρκίνου			
	Μερική απασχόληση	7	12,7		Μαστού	16	29,1
	Πλήρης απασχόληση	35	63,6		Ωοθηκών/τραχήλου της μήτρας	1	1,8
Πλαίσιο εργασίας	Δημόσιος τομέας	18	42,9		Προστάτη	9	16,4
	Ιδιωτικός τομέας	9	21,4	Οισοφάγου/στομάχου	Οισοφάγου/στομάχου	2	3,6
	Ελεύθερος(η) επαγγελματίας	13	31,0		Παχέος εντέρου	9	16,4
	Άλλο	2	4,8		Ήπατος	7	12,7
Οικονομική κατάσταση	Κακή	4	7,3	Άλλο είδος καρκίνου	Πνεύμονα	10	18,2
	Μέτρια	25	45,5		Εγκεφάλου	2	3,6
	Καλή	18	32,7				
	Αρκετά καλή	6	10,9				
	Πολύ καλή	2	3,6				

στον ασθενή θα αποτελούσε βοηθητική υπηρεσία για το συγκεκριμένο άτομο ($p=0,036$).

Σχετικά με τη συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων με τις επί μέρους ενότητες του WHOQOL-BREF, διαπιστώθηκαν τα εξής: η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το είδος της εργασιακής τους κατάστασης,

το είδος της συγγένειας με το πάσχον άτομο, η γνώμη τους σχετικά με την ύπαρξη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης ως κατάλληλης βοηθητικής υπηρεσίας για τους ίδιους, ο χρόνος ημερήσιας φροντίδας, αλλά και η βαθμολογία στην κλίμακα Beck, σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της ενότητας «σωματική υγεία» ($p<0,05$). Το είδος της συγγένειας με το πάσχον άτομο, η εκτίμηση της φροντίδας

Πίνακας 2. Περιγραφικά αποτελέσματα ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF και κλιμάκων Spielberger και Beck.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)
<i>Αποτελέσματα ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF</i>				
Συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής και υγείας	6	20	14 (3,5)	14 (12–18)
Σωματική υγεία	6,9	20	14,4 (3,5)	14,9 (12–17,1)
Ψυχική υγεία	6	18,7	13 (3,4)	13,3 (10,7–16)
Κοινωνικές σχέσεις	4	20	12,6 (4,8)	13,3 (8–17,3)
Περιβάλλον	6,5	20	13,5 (3)	13,5 (12–15)
<i>Αποτελέσματα κλίμακας άγχους Spielberger</i>				
Κλίμακα παροδικού άγχους (State)	27	73	47,5 (12,5)	46 (37–59)
Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)	22	69	44,9 (12,6)	45 (37–55)
<i>Αποτελέσματα κλίμακας κατάθλιψης Beck</i>				
	1	38	14,6 (9,2)	14 (6–20)

ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 3. Αποτελέσματα ανάλυσης συνολικής ποιότητας ζωής και υγείας ως εξαρτημένης μεταβλητής.

	β*	SE**	p
Κλίμακα κατάθλιψης Beck	-0,12	0,06	0,050
Κλίμακα μόνιμου άγχους (Trait)	-0,14	0,04	0,003

*Συντελεστής εξάρτησης **Τυπικό σφάλμα συντελεστή

στο σπίτι ως κατάλληλης βοηθητικής υπηρεσίας για τους πάσχοντες, η διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου, η βαθμολογία στην κλίμακα Beck, καθώς και στην υποκλίμακα μόνιμου άγχους, σχετιζόνταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της ενότητας «ψυχική υγεία» ($p<0,05$). Η οικογενειακή κατάσταση των μελών του δείγματος, η ηλικία τους, ο ημερήσιος χρόνος φροντίδας, το είδος της εργασιακής τους σχέσης αλλά και η βαθμολογία στην υποκλίμακα μόνιμου άγχους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της ενότητας «κοινωνικές σχέσεις» ($p<0,05$). Η οικονομική κατάσταση των μελών του δείγματος, το χρονικό διάστημα της φροντίδας, η εκτίμησή τους για την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης ως κατάλληλης βοηθητικής υπηρεσίας για τους πάσχοντες, η διάγνωση καρκίνου του προστάτη και η βαθμολογία στην υποκλίμακα μόνιμου άγχους διαπιστώθηκε ότι σχετιζόνταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της ενότητας «περιβάλλον» ($p<0,05$).

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, όλες οι ενότητες του WHOQOL-BREF βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με τη βαθμολόγηση της κλίμακας Beck, της κλίμακας προσωρινού άγχους και της κλίμακας μόνιμου άγχους ($p<0,001$), καθώς και με τον χρόνο που αφιέρωναν ημερησίως οι συμμετέχοντες στη φροντίδα του ασθενούς ($p<0,05$). Επί πλέον

αρνητική συσχέτιση με όλες τις ενότητες του WHOQOL-BREF, εκτός από την ενότητα «περιβάλλον», βρέθηκε να έχει η ηλικία των συμμετεχόντων, ενώ η οικονομική τους κατάσταση συσχετιζόταν θετικά με τις ενότητες «κοινωνικές σχέσεις», «περιβάλλον», καθώς και με τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, ενώ το χρονικό διάστημα παροχής φροντίδας σχετιζόταν θετικά με την ενότητα «ψυχική υγεία» (πίν. 4).

Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων και η ηλικία τους διαπιστώθηκε ότι σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης ($p<0,001$), όπως επίσης η διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα ($p=0,04$) και η εκτίμηση των φροντιστών για την ψυχοκοινωνική στήριξη ως κατάλληλη βοηθητική υπηρεσία για τους ασθενείς ($p=0,08$). Η οικονομική κατάσταση των μελών του δείγματος, η ηλικία τους, το χρονικό διάστημα φροντίδας και η διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα βρέθηκε ότι σχετιζόνταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της υποκλίμακας παροδικού άγχους ($p<0,001$), διαπίστωση που ίσχυε και για την αναφορά της φροντίδας σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας ως κατάλληλης βοηθητικής υπηρεσίας για τους πάσχοντες ($p=0,007$) και για την εκτίμησή τους ότι η φροντίδα που παρείχαν είχε επιπτώσεις στην εργασία τους ($p=0,12$). Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, η ηλικία τους και το χρονικό διάστημα φροντίδας σχετιζόνταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της υποκλίμακας μόνιμου άγχους ($p<0,001$), διαπίστωση που αφορούσε και στη διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα ($p=0,043$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τα επίπεδα άγχους

Πίνακας 4. Συσχέτιση ποιότητας ζωής, άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών.

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

και κατάθλιψης, τις επιπτώσεις τους στην ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο, καθώς και την επίδραση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, ένα θέμα για το οποίο δεν διατίθενται ερευνητικά δεδομένα στη χώρα μας. Την πλειονότητα του δείγματος αποτέλεσαν γυναίκες φροντιστές, εύρημα συχνό σε έρευνες που αφορούν σε φροντιστές καρκινοπαθών ατόμων στην Ελλάδα.^{26,27} Δεν διαπιστώθηκαν ωστόσο χαμηλά ποσοστά στις ενότητες «ψυχική υγεία» και «σωματική υγεία» του WHOQOL-BREF για τις γυναίκες του δείγματός μας ούτε το γυναικείο φύλο σχετιζόταν με υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης, σε αντίθεση με άλλες μελέτες.²⁷⁻²⁹ Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν άτομα έγγαμα, εργαζόμενα, ενώ η σχέση που τα συνέδεε με τους πάσχοντες ήταν η γονεϊκή, ευρήματα που συμφωνούν με συναφείς έρευνες στη χώρα μας.^{26,27} Η πλειοψηφία του δείγματος ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 40–49 ετών. Σε αντίθεση, ωστόσο, με παρόμοια έρευνα,³⁰ η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα δεν εμφάνισε χαμηλή βαθμολογία στη διάσταση «σωματική υγεία» της ποιότητας ζωής. Ποσοστό 65,5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και 45,5% ότι συγκατοικούσαν με τους πάσχοντες, ευρήματα που διαφέρουν από εκείνα ερευνών οι οποίες αναφέρονται σε φροντιστές ατόμων με καρκίνο στην Ελλάδα.²⁶

Αναφορικά με τη συσχέτιση της συνολικής ποιότητας ζωής και υγείας με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που ήταν εργαζόμενα καθώς και εκείνα τα οποία ήταν φροντιστές των γονέων τους εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας από εκείνα που δεν εργάζονταν, ευρήματα τα οποία συμβαδίζουν με τα αντίστοιχα άλλων μελετών.^{31,32}

Η ενότητα «σωματική υγεία» του WHOQOL-BREF είχε αρνητική συσχέτιση με τις ώρες φροντίδας που αφιέρωναν

ημερησίως οι φροντιστές, εύρημα το οποίο υποστηρίζεται από την έρευνα, όπου παρατηρείται επιδείνωση της σωματικής υγείας των φροντιστών καθώς, ειδικά στην περίπτωση του καρκίνου προχωρημένου σταδίου, τα άτομα που νοσοούν γίνονται με την πάροδο του χρόνου όλο και περισσότερο ανήμπορα και αυξάνουν οι ώρες φροντίδας τους.³³ Ένα σημαντικό εύρημα στην παρούσα μελέτη ήταν η αρνητική συσχέτιση των επιπέδων κατάθλιψης με την ενότητα «σωματική υγεία», εύρημα που υποστηρίζεται από παρόμοια έρευνα αναφορικά με τη σωματική υγεία των φροντιστών 2–8 έτη μετά την αρχική διάγνωση του καρκίνου στο άτομο στο οποίο παρείχαν φροντίδα, όπου διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης αποτέλεσαν τον μοναδικό προγνωστικό παράγοντα επιδείνωσης της σωματικής υγείας των φροντιστών.³⁴

Στην ενότητα «ψυχική υγεία» καταγράφηκαν χαμηλά επίπεδα στις περιπτώσεις φροντιστών που εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, διαπίστωση η οποία υποστηρίζεται από ερευνητικά δεδομένα που επισημαίνουν ότι ο υψηλός επιπολασμός των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στους φροντιστές καρκινοπαθών επιφέρει αρνητικές συνέπειες συνολικά στην ψυχική τους υγεία.³⁵ Στην ενότητα «κοινωνικές σχέσεις», οι έγγαμοι συμμετέχοντες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τους άγαμους, εύρημα το οποίο ήταν αντίθετο με δεδομένα παρόμοιας έρευνας, όπου οι έγγαμοι ανέφεραν χαμηλότερο βαθμό κοινωνικών σχέσεων.³⁶ Σε σχέση με την ενότητα «περιβάλλον», διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την οικονομική κατάσταση και την ανάγκη παροχής ψυχοκοινωνικής στήριξης στους ασθενείς, ευρήματα που επιβεβαιώνονται και σε άλλες συναφείς μελέτες.^{37,38}

Τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που διαπιστώθηκαν στην παρούσα μελέτη έχουν τεκμηριωθεί από διεθνή ερευνητικά δεδομένα.³⁹⁻⁴⁵ Συστηματική ανασκόπηση

και μετα-ανάλυση με στόχο την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και του άγχους στους φροντιστές καρκινοπαθών προχωρημένου σταδίου που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα ανέδειξε υψηλά ποσοστά άγχους (46,5%) και κατάθλιψης (42%) στους φροντιστές, τα οποία επιδρούσαν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους,³⁵ ενώ μελέτη σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση οικογενειακών φροντιστών (n=252) ατόμων με καρκίνο που έχρηζαν ανακουφιστικής φροντίδας διαπίστωσε ότι σε ποσοστό 47% εμφάνιζαν μέτρια έως σοβαρά επίπεδα άγχους και σε ποσοστό 39% συμπτώματα κατάθλιψης.²⁹

Σοβαρή μορφή κατάθλιψης, σύμφωνα με την κλίμακα Beck, εμφάνιζε το 9,1% του δείγματος της παρούσας μελέτης, εύρημα που διαφέρει από εκείνο άλλων ερευνών, στις οποίες παρατηρήθηκαν στην πλειοψηφία των φροντιστών καρκινοπαθών υψηλά ποσοστά κατάθλιψης.^{39,40,48} Παρόμοια μελέτη έδειξε ότι οι φροντιστές καρκινοπαθών ατόμων προχωρημένου σταδίου εμφάνιζαν περισσότερες πιθανότητες για αρχικό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή κατά τη διάγνωση ή και στην πορεία της νόσου, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.⁴¹ Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν επίσης αυξημένο παροδικό, αλλά και μόνιμο άγχος στα μέλη του δείγματος, εύρημα που συμφωνεί με τα αντίστοιχα άλλων μελετών.^{26,42,43} Όπως έχει υπογραμμιστεί από την έρευνα, το άγχος θεωρείται δείκτης της τρέχουσας επιβάρυνσης των φροντιστών, καθώς και παράγοντας που επηρεάζει τις αντιδράσεις τους στις προκλήσεις της φροντίδας, ενώ τα υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να αντανakλούν το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών είναι στενά συνδεδεμένο με τους πάσχοντες και έτσι εμφανίζουν εύλογο φόβο για την επικείμενη απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου.⁴⁴ Η σχετική διαπίστωση θα μπορούσε να ισχύει και στην παρούσα μελέτη, καθώς το 57,4% του δείγματος δήλωσε ότι το άτομο τρίτης ηλικίας στο οποίο παρείχαν φροντίδα ήταν γονέας και το 24,1% σύζυγός τους.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με τη συνολική ποιότητα ζωής και υγείας των φροντιστών, καθώς και με όλες τις επί μέρους ενότητες του WHOQOL-BREF, ευρήματα που υποστηρίζονται από ανάλογες έρευνες.^{28,45,49} Αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης ανάμεσα στη διάρκεια φροντίδας και στα επίπεδα άγχους των φροντιστών, γεγονός που επιβεβαιώνεται από ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η παρατεταμένη παροχή φροντίδας σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής των φροντιστών.⁴⁶ Επί πλέον, τα μέλη του δείγματος που φρόντιζαν κάποιο άτομο το οποίο έπασχε από καρκίνο του πνεύμονα είχαν κατά 5,10 μονάδες μεγαλύτερη

βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck και κατά 7,51 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα μόνιμου άγχους, συγκριτικά με εκείνα που φρόντιζαν άτομα με άλλη μορφή καρκίνου, εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε ότι η παροχή κατ'οίκον φροντίδας θα ήταν βοηθητική τόσο για τους ίδιους όσο και για τον πάσχοντα, εύρημα που συνάδει με έρευνες οι οποίες δηλώνουν ότι τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο επιθυμούν να λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι τους,³⁰ γεγονός το οποίο σημαίνει ότι, καθώς ο ρόλος των άτυπων φροντιστών αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία, θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι λαμβάνεται μέριμνα για την ψυχολογική ευημερία τους και την αποφυγή επιβάρυνσής τους σε σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.⁴⁷ Έχει επίσης αναφερθεί ότι τα συμπτώματα και τα προβλήματα των πασχόντων επιδρούν στα επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών⁸ και ότι θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και τα δεδομένα μελετών για τη συσχέτιση των επιπέδων ψυχικής δυσφορίας και χαμηλής ποιότητας ζωής των φροντιστών με μεγαλύτερα επίπεδα δυσφορίας των ασθενών, υποδηλώνοντας ότι η ψυχική κατάσταση των φροντιστών μπορεί να επηρεάσει την ευημερία του πάσχοντος ατόμου.^{40,41} Είναι επομένως σημαντικό να εντοπιστούν και να διερευνηθούν οι πολύπλευρες ανάγκες των φροντιστών^{49,51} προκειμένου να διαπιστωθεί η ανάγκη συμβουλευτικής ή άλλου είδους υποστήριξής τους και γενικότερα παρεμβάσεων προαγωγής υγείας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ατόμων που νοσούν όσο και των φροντιστών τους. Πράγματι, η πλειοψηφία των μελών του δείγματος της παρούσας έρευνας χαρακτήρισαν την ψυχοκοινωνική στήριξη του πάσχοντος ατόμου (67,3%) και την ψυχοκοινωνική στήριξη των ίδιων (54,5%) ως βοηθητικές υπηρεσίες. Η συμβολή των κατάλληλων παρεμβάσεων, στοχευμένων στις ανάγκες των φροντιστών ατόμων με καρκίνο, στη διαφύλαξη της ψυχικής τους υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, έχει υπογραμμιστεί από την έρευνα,^{43,50-53} με έμφαση στη διάθεση υποστηρικτικής-ανακουφιστικής φροντίδας στην οποία συμπεριλαμβάνεται η ψυχοκοινωνική στήριξη των μελών της οικογένειας/φροντιστών.⁵²

Η παρούσα έρευνα αφορούσε σε ένα θέμα που δεν έχει μελετηθεί στην Ελλάδα, περιλαμβάνοντας στην ανάλυση διάφορους δημογραφικούς-κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα του πάσχοντος ατόμου τρίτης ηλικίας.

Στους περιορισμούς της μελέτης ανήκει το γεγονός ότι το δείγμα ήταν μικρό και συνεπώς τα αποτελέσματα δεν ήταν δυνατό να γενικευτούν. Επί πλέον, οι απαντήσεις

ελήφθησαν σε μια περίοδο μετά την πανδημία COVID-19, η οποία είχε αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική κατάσταση του γενικού πληθυσμού.⁵⁴ Ένας άλλος περιορισμός ήταν ότι το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες σχετικά με την ποιότητα ζωής δεν ήταν εξειδικευμένο για τις ανάγκες των φροντιστών καρκινοπαθών ατόμων. Περαιτέρω έρευνες μπορεί να συμπεριλάβουν μεγαλύτερο δείγμα, ενώ θα ήταν σκόπιμη η διερεύνηση των επιπτώσεων στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής των φροντιστών σε σχέση με το είδος καρκίνου του πάσχοντος ατόμου.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την αρνητική συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα διάθεσης των κατάλληλων παρεμβάσεων προαγωγής υγείας για τον πληθυσμό αυτόν, με στόχο την ενδυνάμωσή τους στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτει η φροντίδα του πάσχοντος ατόμου και την πρόληψη των επιπτώσεων στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής τους.

ABSTRACT

Correlation of anxiety and depression with quality of life in caregivers of elderly patients with advanced cancer

M. BOURI,^{1,2} A. KATSAROU,¹ A. BARBOUNI,^{1,2} A. LAGIOU,^{1,2} E. SAKELLARI^{1,2}

¹Department of Public and Community Health, School of Public Health, University of West Attica, Athens,

²Laboratory of Hygiene and Epidemiology, University of West Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(5):642–651

OBJECTIVE To investigate the levels of anxiety and depression in caregivers of elderly persons with advanced cancer, their association with quality of life, and various socio-demographic factors. **METHOD** A cross-sectional study with a sample of 55 caregivers of elderly patients with advanced cancer was conducted between April to May 2022. The research tools were the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, the Greek version of the WHO Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) and a socio-demographics questionnaire. For data analysis the Statistical Package for Social Sciences (SPSS IBM), version 22.0 was used. **RESULTS** The majority of the participants were women (60%), average sample age was 40–49 years (37.4%), and most of them were children of the sick persons (57.4%). Percentage of 14.5% of participants showed mild depressive symptoms and 9.1% severe depression. Increased levels of anxiety (mean value >40, which is the limit for clinical anxiety) were also detected; in specific, the median value for State Anxiety of Spielberger Inventory was 47.5 (standard deviation [SD]=12.5) and for Trait Anxiety 44.9 (SD=12.6). The overall quality of life and health scoring in WHOQOL-BREF ranged between 6–20 with median value 14 (SD=3.5). All WHOQOL-BREF sections (“physical health”, “mental health”, “social relations”, “environment”) showed negative, statistical significant correlation with scorings at Beck Depression Inventory, State Anxiety, Trait Anxiety and daily care-giving time ($p<0.05$). A number of socio-demographic and care-related factors influenced participants’ levels of anxiety, depression and quality of life scores. **CONCLUSIONS** The results showed that caregivers for elderly people with advanced cancer face increased risk of developing anxiety and depression, negatively affecting their quality of life. This fact highlights the importance of appropriate prevention and health promotion interventions for this population aiming to empower them in facing the challenges of caring for a seriously ill patient and avoiding the adverse impacts on their quality of life.

Key words: Anxiety, Caregivers, Depression, Elderly cancer patients, Quality of life

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health estimates: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. WHO, Geneva, 2020. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
2. CARIOLI G, MALVEZZI M, BERTUCCIO P, HASHIM D, WAXMAN S, NEGRI ET AL. Cancer mortality in the elderly in 11 countries worldwide, 1970–2015. *Ann Oncol* 2019, 30:1344–1355
3. DeSANTIS CE, MILLER KD, DALE W, MOHILE SG, COHEN HJ, LEACH CR ET AL. Cancer statistics for adults aged 85 years and older,

2019. *CA Cancer J Clin* 2019, 69:452–467
4. HO JFV, MARZUKI NS, MESENG NSM, KANEISAN V, LUM YK, PUI EWW ET AL. Symptom prevalence and place of death preference in advanced cancer patients: Factors associated with the achievement of home death. *Am J Hosp Palliat Care* 2022, 39:762–771
5. WEITZNER MA, HALEY WE, CHEN H. The family caregiver of the older cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am* 2000, 14:269–281
6. NIJBOER C, TRIEMSTRA M, TEMPELAAR R, SANDERMAN R, VAN DEN BOS GA. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer* 1999, 86:577–588
7. CAMERON JI, SHIN JL, WILLIAMS D, STEWART DE. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *J Psychosom Res* 2004, 57:137–143
8. JOHANSEN S, CVANCAROVA M, RULAND C. The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. *Cancer Nurs* 2018, 41:91–99
9. STENBERG U, RULAND CM, MIAKOWSKI C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology* 2010, 19:1013–1025
10. RUMPOLD T, SCHUR S, AMERING M, KIRCHHEINER K, MASEL EK, WATZKE H ET AL. Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer* 2016, 24:1975–1982
11. WILLIAMS AL. Family caregivers to adults with cancer: The consequences of caring. *Recent Results Cancer Res* 2018, 210:87–103
12. NORTHOUSE L, WILLIAMS AL, GIVEN B, MCCORKLE R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012, 30:1227–1234
13. ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΧΑΡΟΣ Δ, ΣΤΕΡΓΙΑΔΗ Ε. Ο αντίκτυπος του καρκίνου στον ασθενή και στους φροντιστές και η σπουδαιότητα της ενδυνάμωσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:601–611
14. MYSTAKIDOU K, PARPA E, TSILIKA E, KALAIΔΟΠΟΥΛΟΥ Ο, VLAHOS L. The families' evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients. *BMC Palliat Care* 2002, 1:3
15. GOVINA O, KOTRONOULAS G, MYSTAKIDOU K, KATSARAGAKIS S, VLACHOU E, PATIRAKI E. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *Eur J Oncol Nurs* 2015, 19:81–88
16. TSIGAROPPOULOS T, MAZARIS E, CHATZIDARELLIS E, SKOLARIKOS A, VARKARAKIS I, DELIVELIOTIS C. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *Int J Nurs Pract* 2009, 15:1–6
17. ΚΑΤΣΑΡΟΥ Α, ΙΝΤΑΣ Γ, ΠΛΑΤΗΣ Χ, ΠΟΛΥΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα στο τέλος του κύκλου ζωής του ασθενή. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2020, 13:29–42
18. SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1970
19. ΛΙΑΚΟΣ Α, ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής Κλίμακας Άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984, 21:71–76
20. FOUNTOULAKIS KN, PAPADOPOULOU M, KLEANTHOUS S, PAPADOPOULOU A, BIZELI V, NIMATOUDIS I ET AL. Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Ann Gen Psychiatry* 2006, 5:2
21. BECK AT, STEER RA, GARBIN MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988, 8:77–100
22. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ Μ, ΡΟΥΣΣΗ Π, ΚΟΣΜΙΔΟΥ ΜΕ, ΚΙΟΣΣΕΟΓΛΟΥ Γ, ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ Γ. Προσαρμογή της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck-II σε ελληνικό πληθυσμό. *Hellen J Psychol* 2013, 10:120–146
23. ΝΤΩΝΙΑΣ Σ, ΔΕΜΕΡΤΖΗΣ Ι. Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολόγων-Ψυχιάτρων, Θεσσαλονίκη, 1983:486–492
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Measuring quality of life. WHO, Geneva, 2012. Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol>
25. ΤΖΙΝΙΕΡΗ-ΚΟΚΚΩΣΗ Μ, ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ε, ΤΟΜΑΡΑΣ Β, ΣΟΛΔΑΤΟΣ Κ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. Ψυχομετρικές ιδιότητες του WHOQOL-BREF σε ομάδες Ελλήνων ασθενών και υγιών ατόμων: Πολιτισμική προσαρμογή με την ενσωμάτωση νέων ερωτήσεων. *Ψυχιατρική* 2012, 23:130–142
26. PAPASTAVROU E, CHARALAMBOUS A, TSANGARI H. Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *Eur J Oncol Nurs* 2009, 13:128–136
27. ICONOMOU G, VIHA A, KALOFONOS HP, KARDAMAKIS D. Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncol* 2001, 40:766–771
28. HAGEDOORN M, BUUNK BP, KUIJER RG, WOBBS T, SANDERMAN R. Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psychooncology* 2000, 9:232–242
29. OECHSLE K, ULLRICH A, MARX G, BENZE G, HEINE J, DICKEL LM ET AL. Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliat Care* 2019, 18:102
30. KRUG K, MIKSCH A, PETERS-KLIMM F, ENGESER P, SZECSENYI J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: A prospective observational cohort study. *BMC Palliat Care* 2016, 15:4
31. SIEFERT ML, WILLIAMS AL, DOWD MF, CHAPPEL-AIKEN L, MCCORKLE R. The caregiving experience in a racially diverse sample of cancer family caregivers. *Cancer Nurs* 2008, 31:399–407
32. SHAHI V, LAPID MI, KUNG S, ATHERTON PJ, SLOAN JA, CLARK MM ET AL. Do age and quality of life of patients with cancer influence quality of life of the caregiver? *J Geriatr Oncol* 2014, 5:331–336
33. GLAJCHEN M. Physical well-being of oncology caregivers: An important quality-of-life domain. *Semin Oncol Nurs* 2012, 28:226–235
34. SHAFFER KM, KIM Y, CARVER CS, CANNADY RS. Depressive symptoms predict cancer caregivers' physical health decline. *Cancer* 2017, 123:4277–4285
35. GENG HM, CHUANG DM, YANG F, YANG Y, LIU WM, LIU LH ET AL. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018, 97:e11863
36. YUEN EYN, WILSON CJ. The relationship between cancer caregiver burden and psychological outcomes: The moderating role of social connectedness. *Curr Oncol* 2022, 29:14–26

37. BRADLEY CJ. Economic burden associated with cancer caregiving. *Semin Oncol Nurs* 2019, 35:333–336
38. HASHEMI M, IRAJPOUR A, TALEGHANI F. Caregivers needing care: The unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients. *Support Care Cancer* 2018, 26:759–766
39. RHEE YS, YUN YH, PARK S, SHIN DO, LEE KM, YOO HJ ET AL. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol* 2008, 26:5890–5895
40. PARK B, KIM SY, SHIN JY, SANSON-FISHER RW, SHIN DW, CHO J ET AL. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: A nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer* 2013, 21:2799–2807
41. TREVINO KM, PRIGERSON HG, MACIEJEWSKI PK. Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psychooncology* 2018, 27:243–249
42. UGALDE A, KRISHNASAMY M, SCHOFIELD P. The relationship between self-efficacy and anxiety and general distress in caregivers of people with advanced cancer. *J Palliat Med* 2014, 17:939–941
43. ULLRICH A, ASCHERFELD L, MARX G, BOKEMEYER C, BERGELT C, OECHSLE K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care* 2017, 16:31
44. GROV EK, DAHL AA, MOUM T, FOSSÅ SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 2005, 16:1185–1191
45. FRIÐRIKSDÓTTIR N, SAEVARSDÓTTIR T, HALFDÁNARDÓTTIR SÍ, JÓNSDÓTTIR A, MAGNÚSDÓTTIR H, OLAUSDÓTTIR KL ET AL. Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncol* 2011, 50:252–258
46. IRFAN B, IRFAN O, ANSARI A, QIDWAI W, NANJI K. Impact of caregiving on various aspects of the lives of caregivers. *Cureus* 2017, 9:e1213
47. LI Q, LIN Y, XU Y, ZHOU H. The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads; a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2018, 16:230
48. BEDASO A, DEJENU G, DUKO B. Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 2022, 31:1809–1820
49. SHIN JY, LIM JW, SHIN DW, KIM SY, YANG HK, CHO J. Underestimated caregiver burden by cancer patients and its association with quality of life, depression and anxiety among caregivers. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018, 27:e12814
50. LINGENS SP, SCHULZ H, BLEICH C. Evaluations of psychosocial cancer support services: A scoping review. *PloS One* 2021, 16:e0251126
51. SKLENAROVA H, KRÜMPPELMANN A, HAUN MW, FRIEDERICH HC, HUBER J, THOMAS M ET AL. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer* 2015, 121:1513–1519
52. ALAM S, HANNON B, ZIMMERMANN C. Palliative care for family caregivers. *J Clin Oncol* 2020, 38:926–936
53. WADHWA D, BURMAN D, SWAMI N, RODIN G, LO C, ZIMMERMANN C. Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psychooncology* 2013, 22:403–410
54. ΤΣΑΠΟΥ Κ, ΨΑΡΡΑ Ε, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι, ΚΑΒΒΑΔΑΣ Δ, ΧΕΡΙΣΤΑΝΙΔΗΣ Σ, ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε ΚΑΙ ΣΥΝ. Ο κοινωνικο-ψυχολογικός αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στην ελληνική κοινωνία: Μια έρευνα ερωτηματολογίου σε ενήλικες. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2022, 39:89–97

Corresponding author:

E. Sakellari, Department of Public and Community Health, University of West Attica, 196 Alexandras Ave., 115 21 Athens, Greece
e-mail: sakellari@uniwa.gr