



**Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**  
**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΑΤΤΙΚΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής**  
**και Ψυχικής Υγείας»**

**«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ  
ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»**

**Κουμαντάκη Βασιλική Ευφροσύνη Α.Μ 20170562**

**Κλινική Ψυχολόγος Ε.Κ.Π.Α**

**ΑΘΗΝΑ 2020**

**Μέλη Επιτροπής:**

**Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μιχόπουλος Ιωάννης, Επιβλέπων**

**Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχογηριατρικής, Γουρνέλλης Ρωσσέτος**

**Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχιατροδικαστικής, Δουζένης Αθανάσιος**

## Ευχαριστίες

Με αφορμή την εκπόνηση της παρούσας έρευνας θα ήθελα αρχικά, να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Ψυχίατρο Αναπληρωτή Καθηγητή της Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν» Ιωάννη Μιχόπουλο για την καθοδήγηση και στήριξη του καθ'όλη την διάρκεια της έρευνας.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω ευχαριστίες στην Ψυχίατρο, Επιμελήτρια της Α΄ & Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν» κυρία Αθανασία Παπαδοπούλου που σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος με βοήθησε, καθοδήγησε με τις γνώσεις και την εμπειρία της και με έκανε να αποκτήσω ουσιαστικές γνώσεις και κλινική εμπειρία πάνω τον κλάδο της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω και στον Καθηγητή Ψυχιατρικής-Ψυχοδικαστικής και Διευθυντή της Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν» κύριο Αθανάσιο Δουζένη καθώς και στον Υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής- Ψυχογηριατρικής κύριο Ρωσσέτο Γουρνέλλη για τη διδασκαλία των διαλέξεων αλλά και για την συνολική καθοδήγηση του κατά τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Σαραφίδου Γιασεμή-Όλγα πρ. Καθηγήτρια Στατιστικής και Μεθοδολογίας, του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας, η οποία με καθοδήγησε και με βοήθησε στο πεδίο της ανάλυσης και της καταγραφής των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας.

Ιδιαίτερη συμβολή στην συγκεκριμένη έρευνα είχαν και οι γνώσεις του, πάνω στο πεδίο της χειρουργικής ογκολογίας και των παθήσεων του Μαστού του Διευθυντή Χειρουργού Μαστού του Γενικού Νοσοκομείου "Ερρίκος Ντυνάν" του κύριου Ξενάκη Ξενοφώντα Κωνσταντίνου.

Η έρευνα αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί και χωρίς την στήριξη και την φιλοξενία του Συλλόγου Καρκινοπαθών Φίλων Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών.

Τέλος απαραίτητο είναι να γίνει ιδιαίτερη αναφορά, στην βοήθεια και στήριξη της κυρίας Ευαγγελίας Μαρκόγλου γραμματέως του Μεταπτυχιακού Προγράμματος που από την πρώτη στιγμή με βοήθησε σε όλα τα πρακτικά ζητήματα που αφορούσαν την ολοκλήρωση του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος αλλά και στην κυρία Βασιλική Ευσταθίου για την βοήθεια της, σε θέματα που αφορούσαν την σύσταση των ερωτηματολογίων και την βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας έρευνας.

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b><u>«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>ΣΤΡΕΣ &amp; ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ &amp; ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ &amp; ΥΓΕΙΑ</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>ΆΓΧΟΣ &amp; ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>ΣΚΟΠΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>ΔΕΙΓΜΑ</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ</u></b>	<b><u>26</u></b>
<b><u>ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ (CD-RISC-25)</u></b>	<b><u>26</u></b>
<b><u>ΆΓΧΟΣ &amp; ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (HADS)</u></b>	<b><u>27</u></b>
<b><u>ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ (SRRS)</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΣΤΡΕΣ (PSS-14)</u></b>	<b><u>30</u></b>
<b><u>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b><u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u></b>	<b><u>32</u></b>
<b><u>ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ &amp; ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΟΜΑΔΕΣ</u></b>	<b><u>32</u></b>

<b>ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ</b>	<b>37</b>
<b>ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΆΓΧΟΣ &amp; ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>47</b>
<b>ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΆΛΛΟΥΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b>	<b>49</b>
<b>ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΆΓΧΟΥΣ &amp; ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	<b>51</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	<b>55</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι</b>	<b>62</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ</b>	<b>81</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ</b>	<b>83</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ</b>	<b>85</b>
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>95</b>
<b>ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ</b>	<b>95</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού, παρά την ραγδαία εξέλιξη των διαγνωστικών μεθόδων και των καινοτόμων παρεμβάσεων, εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας από καρκίνο και πρόωρης θνητότητας των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα τελευταία χρόνια γίνεται ιδιαίτερος λόγος για τη διερεύνηση όχι μόνο των βιολογικών και περιβαλλοντικών, αλλά και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που ενδεχομένως σχετίζονται με την έκλυση ή/και την πορεία της νόσου. Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί, η διερεύνηση της πιθανής σχέσης ψυχολογικών παραγόντων και κοινωνικών συνθηκών με τον καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα, διερευνάται εάν τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής και το αντιλαμβανόμενο στρες συμβάλουν στην αυξημένη ευαλωτότητα, εάν η ψυχική ανθεκτικότητα λειτουργεί προστατευτικά καθώς και εάν η νόσος συνοδεύεται από αυξημένη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης.

Μία ομάδα γυναικών υπό θεραπεία για κακοήθεια μαστού σε Νοσοκομειακές μονάδες των Αθηνών (N=109) συγκρίθηκε με μια ομάδα ελέγχου χωρίς κακοήθεια (N=98). Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε α) την κλίμακα βαθμολόγησης Στρεσσογόνων Γεγονότων (Social Readjustment Rating Scale των Holmes & Rahe), για την τελευταία πενταετία β) την κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες (PSS-14) για το πόσο αισθάνονταν στρες στη ζωή τους τα τελευταία πέντε χρόνια γ) την κλίμακα ψυχικής Ανθεκτικότητας (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) δ) την κλίμακα τρέχουσας συμπτωματολογίας Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) ε) κλειστές ερωτήσεις αναφορικά με παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενους με καρκίνο μαστού καθώς κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού βρέθηκε ότι το αντιλαμβανόμενο στρες, σε βάθος πενταετίας ήταν σε υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ενώ τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής παρουσίαζαν ασθενή συσχέτιση με το αντιλαμβανόμενο στρες. Η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών δεν διέφερε από αυτήν της ομάδας ελέγχου αλλά όσο χαμηλότερη ήταν η ανθεκτικότητα τόσο υψηλότερο ήταν το αντιλαμβανόμενο στρες. Τέλος η συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης δεν βρέθηκε, στατιστικά σημαντικά, αυξημένη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρότι το αντιλαμβανόμενο στρες είχε τη μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύ για τα επίπεδα τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης. Επισημαίνεται ότι οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς τους παράγοντες κινδύνου από το ιατρικό τους ιστορικό, επομένως το αντιλαμβανόμενο μακροχρόνιο στρες βρέθηκε να αποτελεί πρόσθετο παράγοντα κινδύνου.

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των γυναικών με καρκίνο του μαστού αλλά και προγραμμάτων πρόληψης σε εθνικό επίπεδο, με έμφαση στο αντιλαμβανόμενο στρες και την προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Λέξεις Ευρετηρίου: **Καρκίνος Μαστού, Αυτοαναφερόμενο Στρες, Στρεσογόνα Γεγονότα ζωής, Κατάθλιψη, Άγχος, Ψυχική Ανθεκτικότητα**

## Abstract

Breast cancer, despite the rapid development of diagnostic methods and innovative interventions, is still one of the main causes of cancer morbidity and early death in women. Scientific discourse and research, for the last several years, has been studying not only the biological and environmental aspects but also the psycho-social factors that are associated with the onset and the course of the disease. The aim of the present study was to investigate the role of stress and resilience as well as depressive and anxiety symptomatology in breast cancer. Specifically, it was examined whether objective and subjective stress contribute in higher vulnerability for breast cancer, whether psychological resilience is a protective factor and whether women with breast cancer have increased levels of depressive and anxiety symptoms, associated with psychological vulnerability.

A group of women, who were or had been treated for breast cancer, in hospital units of Athens (N=109) was compared to a control group of women without the disease (N=98). All participants completed a self-administered questionnaire which included: a) the Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe SRRS) measuring stressful life events during the last five years b) The Perceived Stress Scale (PSS-14) measuring subjective stress during the last five years c) the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) d) the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and e) a number of closed questions regarding demographic characteristics, information about lifestyle habits considered as risk factors and information from the medical record of women concerning risks for breast cancer.

Results indicated that perceived stress was higher in breast cancer patients while the more objective measure of stress was not. Resilience among cases was not significantly different from controls, but the lower the resilience the higher the perceived stress, in both groups. Finally, current depressive and anxiety symptomatology was not higher in women with breast cancer, although the main predictor for both anxiety and depression symptoms among breast cancer patients was perceived stress. The two groups were balanced with respect to all other possible confounders, except for psychiatric treatment but even after adjustment for this effect, the only psychological factor found to be linked with breast cancer was perceived stress.

Findings underline the importance of perceived stress in the onset and course of breast cancer, thus providing a key objective for effective psychological interventions. Programs for the psychological support of women with breast cancer as well as health promoting programs aiming at prevention of breast cancer, should put the emphasis on building resilience and manage perceptions of stress.

**Key words: Breast Cancer, Perceived Stress, Stressful Life Events, Mental Resilience, Anxiety and Depression**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί σύμφωνα με τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα, την συχνότερη μορφή κακοήθειας στον γυναικείο πληθυσμό και συγχρόνως τον δεύτερο πιο συχνό καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, επίσης κατατάσσεται και ως την πέμπτη αίτια θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως.

Βάσει των πληροφοριών που αντλούμε από τις στατιστικές μελέτες φάνηκε ότι το 2012 διαγνώστηκαν 1.67 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου μαστού παγκοσμίως (Ferlay et al., 2012). Υπολογίζεται ότι μία στις οκτώ γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής της (Keitel & Korala, 2000), ενώ τα δεδομένα για την Ελλάδα αναφέρουν, ότι κάθε χρόνο εντοπίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού (Σκάρλος, 2008).

Η διαρκώς αυξανόμενη τάση των ποσοστών διάγνωσης του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών αποδίδονται σε τρεις κυρίως λόγους: Αρχικά, λόγω της υιοθέτησης και εδραίωσης του προληπτικού ελέγχου του μαστού, παράλληλα με την πρόοδο των απεικονιστικών και διαγνωστικών εξετάσεων και τέλος, λόγω της συνεχούς ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των γυναικών σχετικά με την σημασία της πρόληψης και του τακτικού ιατρικού ελέγχου. Επιπροσθέτως, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην πρόωμη ανίχνευση καταλαμβάνει και η βελτιωμένη πρόσβασής τους στο σύστημα υγείας.

Ο καρκίνος του μαστού, παρά την ραγδαία εξέλιξη των διαγνωστικών μεθόδων και της προσπάθειας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των γυναικών σχετικά με την νόσο, εξακολουθεί να παραμένει στενά συνδεδεμένος με τις κύριες αιτίες πρόωρης θνητότητας των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο (Baum & Andersen., 2001).



Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη δεύτερη σε σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και υπολογίζεται ότι κατέχει το 30% των νέων διαγνώσεων καρκίνου στις γυναίκες (Siegel, Miller & Jemal., 2017). Η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη για τις ανεπτυγμένες χώρες ενώ η θνητότητα είναι μεγαλύτερη για τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (Ghoncheh et al., 2016).

Ωστόσο, παρά την διαρκώς αυξανόμενη επίπτωση της νόσου, η ταυτόχρονη δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης μαζί με την αναβάθμιση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των πολλαπλών θεραπευτικών επιλογών, έχουν οδηγήσει σε μία σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών που νοσούν καρκίνο του μαστού.

## **Παράγοντες Κίνδυνου για την εμφάνιση Καρκίνου του Μαστού**

Βάσει των αποτελεσμάτων των ερευνών διαφαίνεται ότι κυριότεροι παράγοντες προδιάθεσης του καρκίνου του μαστού, είναι παράγοντες που μια γυναίκα αδυνατεί να αναστρέψει. Οι παράγοντες αυτοί είναι το φύλο, η ηλικία αλλά και το οικογενειακό ιστορικό (Richie, Swanson., 2003). Άλλοι παράγοντες που είναι τροποποιήσιμοι σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού αφορούν γενικότερα συμπεριφορές υγείας αλλά και το πρότυπο και τις συνήθειες της καθημερινής ζωής.

Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή η έλλειψη σωματικής άσκησης, και η χρόνια λήψη αντισυλληπτικών και ορμονών.

Επιπρόσθετα, πιθανές επιβαρυντικές περιβαλλοντικές επιδράσεις στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού ενδέχεται να αποτελούν κάποιες ομάδες χημικών ουσιών που εμπεριέχονται στο περιβάλλον το οποίο ζούμε. (American Cancer Society., 2016).

Η πιθανή συμβολή των στρεσογόνων παραγόντων στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού έχει μελετηθεί εκτενώς όπως καθρεπτίζεται στην διεθνή βιβλιογραφία. Μελέτες διάρκειας δεκαετιών εξετάζουν παράγοντες που είναι συνδεδεμένοι με την επιδημιολογία, την παθοφυσιολογία, καθώς και την μοριακή βιολογία. Ιδιαίτερη όμως έμφασή και συχνότητα, δίνεται στην βιβλιογραφία στις πληροφορίες που αντλούμε από τις επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με την συσχέτιση της έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες και την επακόλουθη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού (Antonova., 2011).

Αναφορικά με το φύλο, ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Richie,Swanson., 2003) και δείχνει να προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων γεγονός που συνδέεται με την συχνότερη χρήση ορμονικών αντισυλληπτικών μεθόδων (Akinyemiju et al., 2015).

Οι γυναίκες που έχουν συγγενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και οι ίδιες καρκίνο του μαστού. Η ύπαρξη του οικογενειακού ιστορικού μπορεί να διπλασιάσει τις πιθανότητες σε μια γυναίκα που έχει μια συγγενή ασθενή πρώτου βαθμού, να εμφανίσει και η ίδια την νόσο. Ακολούθως στις περιπτώσεις που υπάρχουν δυο συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού στο οικογενειακό ιστορικό της, τότε παρατηρείται ότι ο κίνδυνος σχεδόν πενταπλασιάζεται (Breast Cancer.Org., 2020)

Ταυτόχρονα, ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού θεωρούνται και οι αναφερόμενες ακόλουθες συνήθειες ως προς τον τρόπο ζωής.

Αρχικά η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί έναν καθορισμένο παράγοντα κινδύνου για πληθώρα κακοηθειών που όμως, είναι και ταυτοχρόνως δυνητικά

τροποποιήσιμος παράγοντας (LoConte et al., 2018). Όπως έχει φανεί από έρευνες η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα που αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση ορμονοεξαρτώμενου καρκίνου του μαστού παράλληλα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο προκαλώντας βλάβες στο DNA των κυττάρων. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ οι γυναίκες που καταναλώνουν σε εβδομαδιαίο πλαίσιο τρία τουλάχιστον αλκοολούχα ποτά, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου κατά 15% (Klein et al., 2020).

Επιπροσθέτως, σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχει ανιχνευθεί μία δόσο-εξαρτώμενη αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού συσχετίζοντας ακόμα και σημαντικά χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης, όσο ένα ποτό την ημέρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι για κάθε αλκοολούχο ποτό (10 γραμμάρια αλκοόλ) που καταναλώνεται σε καθημερινό πλαίσιο από μια γυναίκα αυξάνεται παράλληλα και ο κίνδυνος εκδήλωσης ορμονοεξαρτώμενου καρκίνου του μαστού κατά περίπου 9%. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για την πρόκληση του 4% των καρκίνων του μαστού που καταγράφονται στις ανεπτυγμένες χώρες (Zhang., et al., 2007).

Το κάπνισμα από την άλλη πλευρά, αποτελεί και αυτό με την σειρά του έναν επιπλέον ιδιαίτερα ενοχοποιητικό παράγοντα επικινδυνότητας. Έχει παρατηρηθεί ότι οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που καπνίζουν ή υπήρξαν καπνίστριες στο παρελθόν, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου. Εκτός από το ενεργητικό κάπνισμα, και η μακροχρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού μεταξύ των μη καπνιστών (Collishaw et al., 2009 ; Reynolds et al, 2009).

Υπό το πρίσμα αυτό, στοιχεία από συστηματικές έρευνες αποδεικνύουν την ύπαρξη αιτιακής σύνδεσης, μεταξύ του καπνίσματος σε νεαρή ηλικία και του

αυξημένου κίνδυνου για προεμμηνοπαυσιακή εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Gantz & Johnson., 2014). Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που έχουν ερευνηθεί για να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ της έκθεσης στο κάπνισμα και του αυξημένου κίνδυνου για τον καρκίνου του μαστού συσχετίζουν την διάρκεια εφηβικής ανάπτυξης κατά την οποία αυξάνεται και διαφοροποιείται ο μαστικός ιστός, όπως επίσης συμβαίνει και στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά την περίοδο αυτή οι γυναίκες εμφανίζουν μια ιδιαίτερη ευαλωτότητα στις καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου (Innes & Byers., 2001).

Η παχυσαρκία γενικότερα είναι προάγγελος πολλών παθήσεων για τον άνθρωπο ειδικότερα όμως, για καρκίνο του μαστού αποτελεί έναν σημαντικό τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου (American Cancer Society., 2016). Παρά το γεγονός ότι έχει βρεθεί η παχυσαρκία να σχετίζεται γενικά με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού μετά την εμμηνόπαυση (Morimoto., 2002) υπάρχουν ακόμα ερωτήματα που αφορούν την συσχέτιση της κατανομής του λίπους στο σώμα, με το ιστορικό αύξησης βάρους στην ζωής της γυναίκας και την εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Kawai., 2010).

Έχει φανεί ότι ιδιαίτερα, οι υπέρβαρες καθώς και οι παχύσαρκες μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστρογόνων και τεστοστερόνης σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος και τις πιο αδύνατες γυναίκες γενικότερα (Kawai et al., 2010).

Η καθιστική ζωή και η έλλειψη τακτικής σωματικής άσκησης αποτελούν με την σειρά τους, επιβαρυντικούς παράγοντες, καθώς η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας συνδέεται άμεσα με το κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Υπάρχουν πολλαπλές ενδείξεις ότι η σωματική δραστηριότητα, με τη μορφή της άσκησης μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν

ότι οι γυναίκες με θετικό κληρονομικό ιστορικό (πρώτου βαθμού συγγενής/αδελφή) που ασκούνταν είχαν μειωμένο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού μεταεμμηνοπαυσιακά, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν ασκούνταν, αυτό όμως δεν ίσχυε για την εμφάνιση του καρκίνου σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Niehoff et al., 2019).

Η χρόνια λήψη αντισυλληπτικών, η μακροχρόνια θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης φαίνεται να σχετίζονται επίσης με την αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που λάμβαναν αντισυλληπτικά από το στόμα είχαν περίπου τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού (Soroush et al., 2016; Rosenberg et al., 2009; Nyante et al., 2008; Kahlenborn et al., 2006).

Περαιτέρω παράγοντες κίνδυνου μπορεί επίσης να αποτελέσουν, οι προϋπάρχουσες καλοήθεις παθήσεις μαστού αλλά και η παρατεταμένη έκθεση στα οιστρογόνα. Κάποιοι ακόμα παράγοντες που επιδρούν αρνητικά φαίνεται να είναι η απουσία εγκυμοσύνης, η απουσία θηλασμού αλλά και η εμφάνιση πρώτης εγκυμοσύνης μετά την ηλικία των 35 χρόνων, καθώς και η πρώιμη έναρξη εμμήνου ρύσεως ή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση (Cuzick., 2003; Russo & Russo., 1995).

## **Στρες & Καρκίνος Μαστού**

Η συμβίωση του σώματος και του νου, έχει τις ρίζες της από την αρχαία Ελλάδα που τόσο ο Γαληνός όσο και Ιπποκράτης παρατήρησαν μια αυξημένη επίπτωση του καρκίνου του μαστού στις πιο μελαγχολικές γυναίκες. Συγκεκριμένα η ιδέα ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση ασθενειών χρονολογείται ήδη από το 200 μΧ από τον Γαληνό ο οποίος αναφέρει ότι «Οι μελαγχολικές γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην δημιουργία οζιδίων του μαστού από τις αισιόδοξες γυναίκες».

Το 1893 ο Δρ. Σνόου περιγράφει για πρώτη φορά έρευνα κατά την οποία παρατηρεί ότι οι 156 από τις 250 γυναίκες με καρκίνο του μαστού που συμμετείχαν στην έρευνα του, ότι είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός στην διάρκεια της ζωής τους όπως η απώλεια συγγενικού προσώπου, οι 32 από αυτές αντιμετώπιζαν σοβαρά επαγγελματικά προβλήματα και προβλήματα διαβίωσης και μόνο 19 από τις συμμετέχουσες δεν ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν κάποιο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Από τότε ένα πλήθος ερευνών προσπαθούν περιγράψουν την σχέση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της αγχώδους διαταραχής με την ανάπτυξη της νόσου (Bovasso., 2000 ; Lillberg., 2003).

Το 1936 ο Hans Selye περιγράφει το στρες σαν μια κατάσταση κατά την οποία το συμπαθητικό–νοραδρενεργικό σύστημα, καθώς και ο άξονας του υποθαλάμου–υπόφυσης-επινεφριδίων (HPAaxis) αλληλοεπιδρούν και επηρεάζουν αρνητικά την δράση του ανοσοποιητικού συστήματος .

Η σχέση μεταξύ του στρες και του καρκίνου του μαστού δεν παρουσιάζεται μόνο σε επίπεδο επιδημιολογικό, αλλά επιβεβαιώνεται και από αναλύσεις μοριακής βιολογίας (Antonova, Aronson & Mueller., 2013). Από μια έρευνα μετανάλυσης φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση με τον χαμηλό εργασιακό έλεγχο, καθώς και με τις υψηλές εργασιακές απαιτήσεις αλλά και την ένταση κατά την διάρκεια της εργασίας. Ηπία συσχέτιση φάνηκε να υπάρχει για το μέτριο και υψηλό εργασιακό στρες. Συσχέτιση βρέθηκε επίσης με το αυτοαναφερόμενο στρες σε διάστημα 5 ετών πριν από την έναρξη της νόσου. (Antonova., 2011).

Πρόσφατη έρευνα στην Κίνα με δείγμα 61,907 νέων γυναικών εμφάνισε μια ισχυρή συσχέτιση των καλοηθών παθήσεων μαστού με το ψυχοκοινωνικό στρες που σχετίζεται με το αυτοαναφερόμενο εργασιακό, κοινωνικό και οικονομικό στρες. (Barrow et al., 2018).

Η επίδραση λοιπόν του στρες δείχνει να επηρεάζει σημαντικά στις ινοκυστικές αλλαγές του μαστικού αδένου και δυνητικά ενοχοποιείται για την εμφάνιση τόσο των καλοηθών παθήσεων του μαστού όσο και κακοηθών.

Ένας εναλλακτικός μηχανισμός που μπορεί να συσχετίζεται με τις αλλαγές στο μαστικό αδένου ενδεχομένως να εκφράζεται μέσω της δράσης της κορτιζόλης. Το στρες φαίνεται να προκαλεί την ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPAaxis ) μέσω της αύξησης της παραγωγής των γλυκοκορτικοειδών, η οποία αύξηση με τη σειρά της οδηγεί σε αύξηση της παραγωγής της κορτιζόλης. Η μέτρηση της κορτιζόλης για την ανίχνευση του στρες μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της εργαστηριακής μέτρησης των επιπέδων κορτιζόλης στο αίμα ή και στο σάλιο (Bozovic., 2013).

Η κορτιζόλη είναι μια ορμόνη που είναι απαραίτητη για την ομαλή ανάπτυξη των αδένων στον οργανισμό κατά τη διάρκεια της εφηβείας αλλά και την ανάπτυξη του μαστού κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης (Antonova., 2011). Η κορτιζόλη από την μια ενοχοποιείται για την μείωση της έκφρασης του γονιδίου BRCA1 (Antonova., 2008) και από την άλλη αυξάνει την δράση της αρωματάσης (Schmidt & Löffler., 1994).

Το ψυχοκοινωνικό στρες λοιπόν δείχνει να συμβάλλει στην καρκινογένεση του μαστού μέσω της αύξησης της κορτιζόλης η οποία με την σειρά της ενοχοποιείται για την αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για νεοπλασματική νόσο του μαστικού αδένου (Barrow., 2018).

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να εξετάσει εάν οι συμμετέχουσες αναφέρουν ή αναγνωρίζουν παράγοντες στρες στην καθημερινότητα τους και ειδικότερα εάν οι παράγοντες αυτοί του αναφερομένου στρες προϋπήρχαν πριν την διάγνωση της νόσου.

## **Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής & Εμφάνιση Καρκίνου του Μαστού**

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι συνακόλουθες ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις τους, φαίνεται να έχουν αρκετά συχνά, σημαντικό αντίκτυπο όχι μόνο στον καθημερινό τρόπο ζωής των ανθρώπων, αλλά και έναν ιδιαίτερο ρόλο στην πιθανή έκκληση πλήθους ασθενειών. Από έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει φανεί ότι στρεσογόνα γεγονότα ζωής και αναλόγως της βαρύτητάς και της συχνότητάς τους, συχνά αυξάνουν τα ποσοστά εμφάνισης, των ψυχικών διαταραχών (Rahe.,1979; Kendler.,1999), των λοιμώξεων (Cohen 1991) ακόμα και τα ποσοστά της θνησιμότητας γενικότερα (Karrio., 1987). Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής φαίνεται επίσης να συμβάλουν και στην εκδήλωση και άλλων νόσων , συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου (Rahe., 1973), του άσθματος (Sandberg., 2000) αλλά και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Brémond., 1986).

Ο αντίκτυπος λοιπόν των κοινωνικών συνθηκών διαβίωσης διαφαίνεται να επηρεάζει την ολότητα των βιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, και η επίδραση αυτή ενδέχεται να συμβάλει στη γένεση, επιδείνωση ή παγίωση των βιολογικών δυσλειτουργιών που εμπλέκονται σε πλειάδα οργανικών και ψυχιατρικών παθήσεων. Σύμφωνα με μια μετά-ανάλυση ενός δείγματος 99.807 γυναικών, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής παρουσίαζαν ένα σχετικό κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Μάλιστα, ο κίνδυνος ήταν ακόμα μεγαλύτερος για τα έντονα στρεσογόνα γεγονότα (Lin et al., 2013).

Αναζητώντας βιβλιογραφικά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται συγκεκριμένα με την έκλυση και την πορεία της νόσου του καρκίνου του μαστού φάνηκε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι τα κρίσιμα, απειλητικά και



τραυματικά γεγονότα ζωής, όπως ο χωρισμός και θάνατος του συζύγου αλλά και κοντινού συγγενή ή φίλου, η απώλεια συγγενικού προσώπου και η απώλεια παιδιού μεταξύ των ηλικιών 1-4 ετών. Συσχέτιση βρέθηκε επίσης με την θνητότητα από καρκίνο του μαστού, με γεγονότα όπως ο μητρικός θάνατος κατά την περίοδο των παιδικών χρόνων και σε ιδιαιτέρως κρίσιμες και επαπειλητικές για την ζωή καταστάσεις, όπως πόλεμοι, κατοχή, ολοκαυτώματα, ιδιαιτέρως όταν η έκθεση ήταν σε νεαρή και εφηβική ηλικία. (Antonova., 2011).

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και η θεραπεία του, είναι από μόνες τους ιδιαίτερα επιβαρυντικοί ψυχολογικοί παράγοντες ειδικά κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση, καθώς οι γυναίκες υποβάλλονται σε πολλές απαιτητικές και στρεσογόνες θεραπείες. Ένας μηχανισμός που έχει προταθεί για να εξηγήσει τη σχέση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και της νόσου συμπεραίνει ότι ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει νευροενδοκρινικές και ανοσολογικές ρυθμίσεις. Πρόσφατα η διαδικασία της ογκογένεσης φάνηκε να συσχετίζεται με την αγγειογένεση και τη διήθηση των ιστών (Antoni et al., 2006).

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που προωθούν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε αυτές τις προκλήσεις μπορεί να διαμορφώσουν φυσιολογικές διαδικασίες (νευροενδοκρινικές και ανοσολογικές) που σχετίζονται με την πορεία και την πρόγνωση της υγείας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής θα εξεταστούν στην συγκεκριμένη έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί εάν οι συμμετέχουσες αναφέρουν ψυχοπιεστικά γεγονότα σε βάθος μια πενταετίας που μπορεί δυνητικά να συμβάλουν αρνητικά στην ψυχολογική και σωματική τους υγεία.

## Ψυχική Ανθεκτικότητα & Υγεία

Η ψυχική ανθεκτικότητα εκφράζει την ικανότητα του ατόμου να προστατεύει ή να ανακτά την ψυχική του υγεία παρά την ύπαρξη αντικειμενικών δυσκολιών. Η ανθεκτικότητα δεν αποτελεί μόνο ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του ατόμου, αλλά είναι ένας συνδυασμός αλληλεπιδράσεων μεταξύ πολλαπλών χαρακτηριστικών προσωπικότητας καθώς και περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως ένα χαρακτηριστικό του ατόμου που του επιτρέπει να ανακάμπτει από το άγχος του και να αντιμετωπίζει τους στρεσογόνους παράγοντες με αισιοδοξία (Luthar., 2000).

Η ψυχική ανθεκτικότητα δείχνει να μπορεί να επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων που είτε υπάγονται σε ατομικό επίπεδο και αφορούν την κληρονομικότητα το φύλο την ηλικία, καθώς και το αναπτυξιακό στάδιο, είτε αποτελούν κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι η στήριξη των ατόμων από το περιβάλλον τους, καθώς και ο πολιτισμός και η κουλτούρα της κοινωνίας που μεγαλώνουν. Κρίσιμο ρόλο στην ψυχική ανθεκτικότητα δείχνουν να καταλαμβάνουν τόσο η ποιότητα όσο και η ποσότητα των «στρεσογόνων γεγονότων ζωής» που το κάθε άτομο έχει βιώσει. (Luthar et al., 2000 ; Olsson et al., 2003).

Γενικότερα τα υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας αποτελούν προστατευτικό παράγοντα του ατόμου από ψυχιατρικές διαταραχές και συμπτώματα. Παρόλα αυτά η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί από μόνη της αποτελεί ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός ζωής που κάθε άνθρωπος που έχει διαγνωστεί με καρκίνο μπορεί να ανακαλεί και να περιγράφει ως σημαντικά αρνητική. Έχει φανεί ότι σε ασθενείς με καρκίνο, υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας συνδέονται με καλύτερη ποιότητα ζωής και με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Gotay, Isaacs & Pagano., 2004).

Δεδομένου ότι οι περισσότερες μελέτες σε σχέση με την ανθεκτικότητα σε ασθενείς με καρκίνο είναι μελέτες που εξετάζουν την ανθεκτικότητα σαν στοιχείο της

προσωπικότητας που θα προστατέψει το άτομο στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου, η μελέτη αυτή, εν αντίθεσή τείνει να στοχεύει στην διερεύνηση της ανθεκτικότητας σαν έναν προστατευτικό παράγοντα που πιθανά θα επηρεάσει ή μη στην εκδήλωση της νόσου του καρκίνου του μαστού.

## **Άγχος & Κατάθλιψη σε Ασθενείς με Καρκίνο του Μαστού**

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σχεδόν το 50% των ογκολογικών ασθενών παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ψυχιατρικά συμπτώματα όπως είναι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές. Τα συμπτώματα αυτά θεωρούνται γενικά ως σημαντικοί παράγοντες συνοσηρότητας του καρκίνου. Περισσότερες από το ένα τρίτο των γυναικών με καρκίνο του μαστού μπορεί να παρουσιάσουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές (Knobf., 2011) που ενδεχομένως να σχετίζονται τόσο με την διάγνωση και την θεραπεία όσο και με τον αντίκτυπο της ίδιας της νόσου.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και η θεραπεία του, είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικοί ψυχολογικοί παράγοντες ειδικά κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση, καθώς οι γυναίκες υποβάλλονται σε πολλές απαιτητικές και στρεσογόνες θεραπείες (Maass et al., 2015). Η συναισθηματική δυσφορία των ασθενών με καρκίνο του μαστού μπορεί να επηρεάζει αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την ποιότητας ζωής και ταυτόχρονα να έχει δυσμενή επίδραση πάνω στην συμμόρφωση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου ακόλουθος, με τον τρόπο αυτό, μπορεί να μειώνει την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης και να αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο θνητότητας από την ίδια νόσο (Linden et al., 2012).

Επιπλέον, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού και συνοσηρότητα κατάθλιψης έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους, περισσότερα συμπτώματα πόνου, μειωμένη λειτουργικότητα αλλά και έντονα συμπτώματα κόπωσης (Walker et al., 2014).

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της κύριας νόσου που είναι καρκίνος τα περισσότερα από τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα τείνουν να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά ακόμα και να παραβλέπονται.

Στην παρούσα έρευνα γίνεται προσπάθεια αναγνώρισης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης σε δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού αλλά και η σύγκριση αυτών των συμπτωμάτων με δείγμα γυναικών που είναι ελεύθερες νόσου.

## **ΣΚΟΠΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Συνοψίζοντας όσα αναλύθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, το στρες δείχνει να ενοχοποιείται για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, όπως και άλλοι τροποποιήσιμοι παράγοντες, που αφορούν γενικότερα συμπεριφορές υγείας και συνήθειες της καθημερινής ζωής, με βάση επιδημιολογικές ή/και μοριακές έρευνες (Antonova, Aronson, Mueller, 2013).

Αντίθετα η ψυχική ανθεκτικότητα, ως ικανότητα του ατόμου να αξιοποιεί τα ατομικά και περιβαλλοντικά αποθέματα (Yates, Egeland & Sroufe., 2003) μεταφράζοντας τους παράγοντες επικινδυνότητας σε στρατηγικές θετικής δράσης, αποτελεί πιθανά έναν προστατευτικό παράγοντα (Gibbs & Bennett., 1990). Επίσης, το άγχος και η κατάθλιψη προκαλούν μια γενική δυσφορία σε ψυχικό επίπεδο, καθώς και σε σωματικό και μοριακό επίπεδο, με αποτέλεσμα τις μεταβολές της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και συνεπώς τα παραπάνω φαίνεται να συνδέονται με τις ογκογενετικές διεργασίες.

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στη συνδυαστική μελέτη αυτών των πιθανών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ώστε να μπορούν να επιλεγούν αλλά και να δημιουργηθούν οι κατάλληλες ψυχολογικές παρεμβάσεις, που προωθούν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών απέναντι σε αυτές τις προκλήσεις, έτσι

ώστε να τροποποιηθούν οι διαδικασίες που επιβαρύνουν την πορεία και την πρόγνωση της υγείας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της πιθανής σχέσης ψυχολογικών παραγόντων και καταστάσεων με την έκλυση και πορεία του καρκίνου του μαστού. Πιο ειδικά, διερευνάται εάν τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής και το χρόνιο αυτοαναφερόμενο στρες συμβάλουν στην αυξημένη ευαλωτότητα για την εκδήλωση της νόσου, εάν η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να λειτουργεί προστατευτικά, καθώς και εάν η νόσος συνοδεύεται από αυξημένη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, τα ερωτήματα της μελέτης είναι:

- i. Διαφέρουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τις υγιείς μάρτυρες ως προς το αυτοαναφερόμενο παρελθοντικό στρες και την έκθεσή τους σε ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής, σε βάθος μιας πενταετίας ;
- ii. Διαφέρουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τις υγιείς μάρτυρες ως προς το επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους στην παρούσα φάση ;
- iii. Διαφέρουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τις υγιείς μάρτυρες ως προς το επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας ;
- iv. Διαφέρουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τις υγιείς μάρτυρες ως προς τις συμπεριφορές υγείας και συνήθειες της καθημερινής ζωής, που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου, και αν ναι, ποιες και πώς παρεμβάλλονται στη σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τους υπό διερεύνηση ψυχολογικούς παράγοντες ;
- v. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των υπό διερεύνηση ψυχολογικών παραγόντων και διαφέρουν αυτές οι συσχετίσεις στις δύο ομάδες;

- vi. Ποιος συνδυασμός των υπό μελέτη παραγόντων μπορεί καλύτερα να προβλέψει το άγχος και την κατάθλιψη στις δύο ομάδες;

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Δείγμα

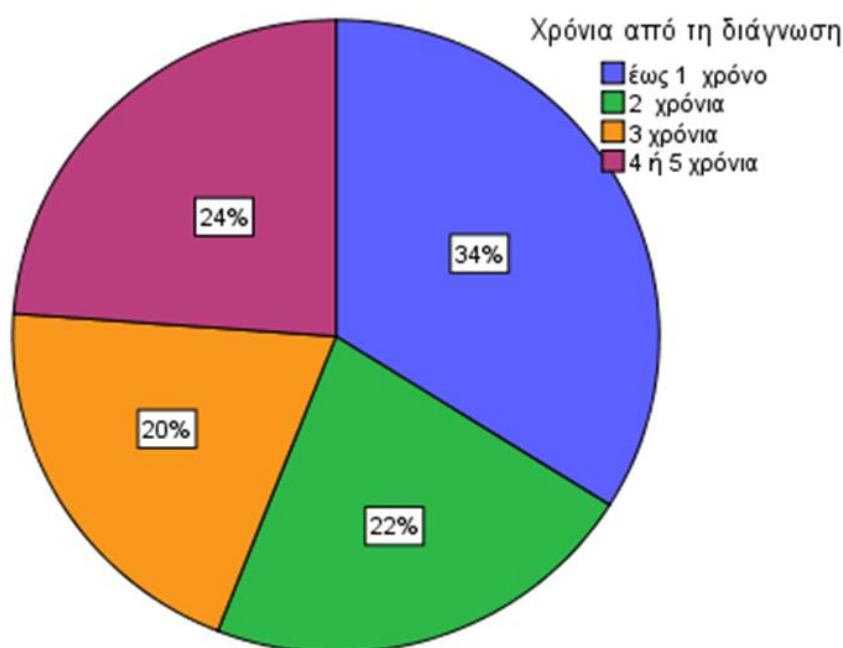
Το δείγμα αποτελείται από 207 γυναίκες ηλικίας 22-65 ετών. Στην ομάδα των γυναικών με κακοήθεις παθήσεις μαστού (cases, N=109) περιλήφθηκαν οι συμμετέχουσες εκείνες, που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού ή με παθήσεις υψηλού κινδύνου (όπως άτυπη υπερπλασία των πόρων, λοβιακό καρκίνωμα *in situ*, φυλλοειδείς όγκους, θηλώματα και ακτινωτή ουλή), την τελευταία πενταετία.

Η ομάδα των μαρτύρων (controls, N=98) συγκροτήθηκε από γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού τον τελευταίο χρόνο χωρίς να έχει προκύψει κανένα παθολογικό εύρημα.

Οι συμμετέχουσες με κακοήθεις παθήσεις μαστού είχαν ηλικία 30 έως 65 ετών με μέση ηλικία 48,6 έτη (T.A.=7,8) και αποτελούνταν αρχικά από μέλη του, Μη κερδοσκοπικού οργανισμού ογκολογικών ασθενών (Σύλλογος Καρκινοπαθών Φίλων Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών), και συμμετείχαν σε δωρεάν προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και είχαν λάβει ή λάμβαναν, στη παρούσα φάση, θεραπεία σε Νοσοκομεία. Τα Νοσοκομεία αυτά ήταν δημόσια, συγκεκριμένα το Αντικαρκινικό και Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών “Άγιος Σάββας”, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο “Λαϊκό” και το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Ίπποκράτειο”. Το υπόλοιπο μέρος των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού, ήταν γυναίκες που επισκέπτονταν ιδιωτικό κέντρο παρακολούθησής γυναικών με παθήσεις μαστού και

που είχαν λάβει, ή λάμβαναν θεραπείες στα ιδιωτικά Γενικά Νοσοκομεία Αθηνών (‘‘Ερρίκος Ντυνάν’’ και Μετροπόλιταν General) στην παρούσα φάση.

Περισσότερες από μια στις τρεις γυναίκες της ομάδας μελέτης είχαν διαγνωσθεί μέσα στον τελευταίο χρόνο και μόνο τρεις γυναίκες απείχαν μια πενταετία από τη διάγνωση. Στο Διάγραμμα 1, παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών ανάλογα με τη χρονική τους απόσταση από τη διάγνωση.



Διάγραμμα 1. Χρονική απόσταση από τη διάγνωση

Οι συμμετέχουσες στην ομάδα ελέγχου είχαν ηλικία 22 έως 64 ετών με μέση ηλικία 41,8 έτη (Τ.Α.=9,1) και ήταν υγιείς γυναίκες που συμμετείχαν σε διαδικτυακές ομάδες που αφορούσαν την πρόληψη την υποστήριξη και την ενημέρωση, σχετικά με τους παράγοντες κίνδυνου του καρκίνου του μαστού. Μικρό μέρος της ομάδας ελέγχου αποτελούνταν και από γυναίκες φροντιστές και συγγενείς γυναικών με καρκίνο μαστού που δέχονταν ψυχοκοινωνική υποστήριξη στον προαναφερθέντα μη κερδοσκοπικό οργανισμό.

Αποκλείστηκαν αρχικά γυναίκες από την πειραματική ομάδα που η ογκολογική τους διάγνωση για καρκίνο του μαστού απείχε χρονικά περισσότερο των πέντε ετών, γυναίκες που παρουσίαζαν εμφανείς γνωστικές δυσλειτουργίες και νευρολογικά νοσήματα επίσης οι συμμετέχουσες είχαν την απαραίτητη ικανότητα να μπορούν να καταλαβαίνουν και να επικοινωνούν καλά στην ελληνική γλώσσα προκειμένου να συμπληρώσουν μόνες τους το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών των δύο ομάδων.

Πίνακας 1. *Δημογραφικά χαρακτηριστικά στις δύο ομάδες*

	Καρκινοπαθείς (N=109)		Ομάδα Ελέγχου (N=98)	
	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)
Εκπαίδευση				
Υποχρεωτική (έως 9 έτη)	4	3,7	4	4,1
Λύκειο ή Επαγγ.Σχολή	27	24,8	17	17,3
ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	54	49,5	32	32,7
Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπ.	24	22,0	45	45,9
Εργαζόμενες	65	59,6	82	83,7
Ώρες εργασίας την εβδομάδα				
Λιγότερες από 25	7	11,1	16	20,3
26 έως 40	39	61,9	45	56,9
Περισσότερες από 40	17	27,0	18	22,8
Τόπος Διαμονής				
Αττική	57	52,3	65	66,3
Υπόλ. Ελλάδα	49	44,9	29	29,6
Εξωτερικό	3	2,8	4	4,1
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμη	74	67,9	54	55,1
Ελεύθερη	9	8,3	14	14,3
Σε σχέση	8	7,3	16	16,3
Διαζευγμένη/Χήρα	18	16,5	14	14,2
Με παιδιά/ά	84	77,1	57	58,2



Η πλειοψηφία των γυναικών και στις δύο ομάδες είχαν σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (71,5% στην ομάδα μελέτης και 78,6% στην ομάδα ελέγχου) αν και το ποσοστό των γυναικών με μεταπτυχιακές σπουδές ήταν ιδιαίτερα αυξημένο στην ομάδα ελέγχου.

Αν και η πλειοψηφία των γυναικών και στις δύο ομάδες ζούσαν στην Αττική, η ομάδα μελέτης περιλάμβανε αναλογικά περισσότερες γυναίκες από την υπόλοιπη Ελλάδα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Το ποσοστό των εργαζομένων γυναικών ήταν μικρότερο στην ομάδα των καρκινοπαθών (60%) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (84%), όμως η απασχόληση των εργαζομένων είχε διάμεση τιμή 40 ώρες την εβδομάδα και στις δύο ομάδες.

Οι γυναίκες της ομάδας μελέτης ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό παντρεμένες (68%) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (55%) και σε μικρότερο ποσοστό ελεύθερες (σε σχέση ή χωρίς). Επίσης, οι γυναίκες της ερευνητικής ομάδας είχαν παιδιά σε μεγαλύτερο ποσοστό (77%) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (58%).

## **Διαδικασία Συλλογής**

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, κάθε γυναίκα που πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής μπορούσε να αρνηθεί να συμμετάσχει ή να διακόψει και να αποσυρθεί οποιαδήποτε στιγμή. Οι συμμετέχουσες στο σύνολο τους συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της συγκεκριμένης έρευνας μέσω ειδικής διαδικτυακής πλατφόρμας, στην αρχή της οποίας υπήρχε η επιστολή ενημέρωσης και το έγγραφο συγκατάθεσης. Η πλατφόρμα ήταν σχεδιασμένη έτσι ώστε να προχωρούν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μόνον εφόσον είχαν συναινέσει με τη συμμετοχή τους. Η επιστολή (βλ. Παράρτημα I) ενημέρωνε για την ταυτότητα και το σκοπό της έρευνας, την εξασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των παρεχόμενων πληροφοριών

και την απουσία οποιουδήποτε οικονομικού κόστους ή χρηματικού οφέλους από τη συμμετοχή. Επίσης, στο πλαίσιο της ενημέρωσης έδινε την δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με την ερευνήτρια για περισσότερες διευκρινήσεις .

## **Μετρήσεις**

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιλάμβανε ένα μέρος που αφορούσε δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία που αφορούν τη διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης και στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό των γυναικών και ένα δεύτερο μέρος που περιλάμβανε τέσσερις κλίμακες μέτρησης των ψυχολογικών μεταβλητών της έρευνας.

Στο πρώτο μέρος εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, εργασία κλπ. περιλαμβάνονταν και ερωτήσεις που αφορούν τον τρόπο ζωής όπως π.χ. κάπνισμα, χρήση αλκοόλ διατροφή ή φυσική άσκηση. Τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού περιλάμβαναν παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού όπως συγγενείς με καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, προληπτικός έλεγχος, λήψη ορμονών, πολυκυστικές ωοθήκες κλπ. αλλά και την ύπαρξη συνοσηρότητας με άλλες παθολογικές η ψυχικές παθήσεις.

## **Ανθεκτικότητα (CD-RISC-25)**

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) που δημιουργήθηκε για την αποτίμηση του βαθμού ψυχικής ανθεκτικότητας στην κλινική πράξη. Πρόκειται για μια κλίμακα τύπου Likert με 25 δηλώσεις, που αναφέρονται στις δυνατότητες του ατόμου να αντεπεξέρχεται και να ανακάμπτει από τις δυσκολίες, πχ. ‘ακόμα κι όταν τα πράγματα φαίνονται απέλπιδα, δεν τα παρατάω’, ‘θεωρώ τον εαυτό μου ως δυνατό άτομο όταν αντιμετωπίζω τις προκλήσεις και τις

δυσκολίες της ζωής'. Οι συμμετέχοντες καλούνται να προσδιορίσουν κατά πόσο ίσχυσε σε αυτούς κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα βαθμολογώντας κάθε δήλωση σε 5-βαθμη κλίμακα (0 = Καθόλου αληθές, 1 = Σπανίως αληθές, 2 = Μερικές φορές αληθές, 3 = Συχνά αληθές, 4 = Σχεδόν πάντα αληθές), με τους υψηλότερους βαθμούς να δηλώνουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών στις 25 δηλώσεις,

Η κλίμακα CD-RISC έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλους πληθυσμούς με διαφορετικά εθνικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα, διαφορετικές ηλικιακές και επαγγελματικές ομάδες κλπ. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας ήταν παρόμοιες στις περισσότερες έρευνες αν και οι μέσες τιμές μπορεί να διέφεραν. Επίσης, αν και παραγοντικές αναλύσεις έδωσαν δομή με επιμέρους διαστάσεις αυτές δεν ήταν ανεξάρτητες του πλαισίου για αυτό και δεν προτείνεται βαθμολόγηση των υποκλιμάκων που προσδιόρισαν οι Connor και Davidson (2003). Στην αρχική αυτή έρευνα των Connor και Davidson η αξιοπιστία των 25 ερωτήσεων, όπως εκτιμήθηκε με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  ήταν αρκετά υψηλή (0,89).

Η Κλίμακα CD-RISC έχει επίσημα μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα (Connor, Davidson, Δουζένης, Τσίτας, & Τσιγκαροπούλου, 2012). Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένη ως προς τον χρόνο αναφοράς, από τον ένα μήνα στα πέντε χρόνια προκειμένου να είναι συγκρίσιμη και με τα υπόλοιπες κλίμακες της έρευνας. Ο δείκτης Cronbach στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ υψηλός ( $\alpha=0,915$ ).

### **Άγχος & Κατάθλιψη (HADS)**

Χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), που αναπτύχθηκε από τους Zigmond

και Snaith το 1983. Ο σκοπός της δημιουργίας της ήταν η προσφορά στους κλινικούς ιατρούς ενός πρακτικού, εύχρηστου και αξιόπιστου εργαλείου για την αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης. Είναι μια κλίμακα τύπου Likert, που συμπληρώνεται από τον εξεταζόμενο και αποτελείται από 14 λήμματα, 7 για το Άγχος και 7 για την Κατάθλιψη. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4/βαθμη κλίμακα από 0 έως 3. Η βαθμολογία για κάθε μία από τις μεταβλητές προκύπτει ως άθροισμα των απαντήσεων σε κάθε ένα από τα 7 λήμματα και συνεπώς κυμαίνεται από 0=απουσία συμπτωμάτων έως 21 το μέγιστο.

Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες (Herrmann C., 1997). Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί, με καλά αποτελέσματα, σε μονάδα παρηγορητικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής μετάφρασης της HADS είναι παρόμοιες με αυτές των μεταφράσεων της κλίμακας σε άλλες γλώσσες. Η HADS εμφανίζει υψηλές τιμές, τόσο στο δείκτη Cronbach's  $\alpha$  (από 0,870 έως 0,885), όσο και στις συσχετίσεις λημμάτων-κλίμακας, από 0,608 έως 0,762 για τα λήμματα άγχους και από 0,540 έως 0,804 για τα λήμματα κατάθλιψης (Μιχόπουλος I. et al., 2007). Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης του Cronbach ήταν υψηλός τόσο για το Άγχος ( $\alpha=0,817$ ) όσο και για την Κατάθλιψη ( $\alpha=0,831$ ).

### **Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής (SRRS)**

Η κλίμακα βαθμολόγησης κοινωνικής προσαρμογής (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) δημιουργήθηκε από τους ψυχιάτρους Holmes και Rahe το 1967 προκειμένου να μελετηθεί κατά πόσο το στρες συμβάλει στη ασθένεια. Εξέτασαν τα ιατρικά αρχεία πάνω από 5.000 ασθενών, και κατέληξαν σε μια λίστα που περιλάμβανε 43 στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (π.χ. θάνατος συζύγου, διαζύγιο, φυλάκιση,

θάνατος στενού οικογενειακού προσώπου, γάμος, εγκυμοσύνη κ.α.) που θα μπορούσαν να συνδέονται με την ασθένεια.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να ελέγξουν τη λίστα με τα στρεσογόνα γεγονότα και να απαντήσουν ποια τους είχαν συμβεί τα τελευταία 2 χρόνια δίνοντας παράλληλα και μια σχετική βαθμολογία. Το 1970, ο Rahe έλεγξε την προγνωστική εγκυρότητα της κλίμακας και μεταγενέστερες έρευνες επιβεβαίωσαν τη σχέση μεταξύ της κλίμακας SRRS ή 'Holmes and Rahe Stress Scale' και της ασθένειας. Αργότερα ο Gerst και οι συνεργάτες (1978) εξέτασαν την αξιοπιστία της SRRS και διαπίστωσαν ότι η σειρά ταξινόμησης παρέμεινε εξαιρετικά συνεπής τόσο για τους υγιείς ενήλικες ( $r = 0,96$  έως  $0,89$ ) όσο και για τους ασθενείς ( $r = 0,91$  έως  $0,70$ ).

Κάθε ένα από τα 43 στρεσογόνα γεγονότα ονομάζεται 'Μονάδα Μεταβολής της Ζωής' (Life Change Unit, LCU) και φέρει ένα διαφορετικό «βάρος» για το παραγόμενο στρες. Όσο περισσότερα γεγονότα έχουν συμβεί στο άτομο την τελευταία διετία τόσο υψηλότερη η βαθμολογία του και όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία του και τα βάρη των γεγονότων τόσο πιθανότερο είναι να αρρωστήσει.

Από τις απαντήσεις των ατόμων παράγονται δύο μεταβλητές α) ο αριθμός των γεγονότων που τους έχουν συμβεί και β) η βαθμολογία τους ως το άθροισμα των βαρών κάθε γεγονότος, που τους συνέβη. Συνολική βαθμολογία μικρότερη από 150 υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο στρες και μικρή πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής της υγείας σχετιζόμενης με το στρες. Συνολική βαθμολογία 150 έως 299 υποδηλώνει μέτριο επίπεδο άγχους και οι πιθανότητες τέτοιας διαταραχής της υγείας είναι περίπου 50%. Συνολική βαθμολογία 300 ή περισσότερο υποδηλώνει υψηλό επίπεδο στρες και οι πιθανότητες εμφάνισης ασθένειας είναι υψηλή (περίπου 80%).

## Αυτοαναφερόμενο Στρες (PSS-14)

Η Κλίμακα Μέτρησης Αντιλαμβανομένου Στρες (Perceived Stress Scale, PSS-14) σχεδιάστηκε για τη μέτρηση του βαθμού του στρες το οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι βιώνει στις καταστάσεις της ζωής του (Cohen S., 1983). Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας έχει καλό συντελεστή αξιοπιστίας ( $\alpha=0,82$ ) και η χρήση της συνιστάται για την εκτίμηση του στρες σε κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς καθώς και για την πρόβλεψη εκβάσεων που σχετίζονται με το αντιλαμβανόμενο στρες (Andreou E., 2011).

Πρόκειται για κλίμακα τύπου Likert αποτελούμενη από 14 ερωτήσεις (π.χ. πόσο συχνά νιώσατε νευρικοί και στρεσαρισμένοι το τελευταίο διάστημα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν με τον τρόπο που θέλατε) οι οποίες απαντώνται σε 5/βαθμη κλίμακα από 'Ποτέ=0' έως 'Πολύ συχνά=4'. Στη συγκεκριμένη έρευνα τροποποιήθηκε το χρονικό διάστημα αναφοράς από τον τελευταίο μήνα στην τελευταία πενταετία.

Ο συνολικός βαθμός της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας, μετά από την αναστροφή των κωδικών στις ερωτήσεις που είναι αντίστροφα διατυπωμένες, δηλαδή η απάντηση πολύ συχνά δηλώνει απουσία στρες (πχ. πόσο συχνά νιώσατε πεπεισμένες για την ικανότητα σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;). Συνεπώς υψηλή συνολική βαθμολογία δηλώνει υψηλά επίπεδα αντιλαμβανομένου στρες. Στην παρούσα έρευνα, ο δείκτης αξιοπιστίας του Cronbach ήταν ικανοποιητικός ( $\alpha= 0,708$ ).

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό Statistical Package for the Social Sciences , (IBM SPSS Statistics, version 23). Οι βαθμολογίες στις διάφορες κλίμακες της έρευνας καθώς και οι άλλες ποσοτικές μεταβλητές εξετάστηκαν για την κανονικότητα των κατανομών τους και στη συνέχεια, εφόσον δεν μπορούσαν να θεωρηθούν ως κανονικές, μετασχηματίστηκαν κατάλληλα. Η περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών έγινε με τη Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση ενώ, χρησιμοποιήθηκαν επίσης η λοξότητα και η κύρτωση ή/και ιστογράμματα. Για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η συχνότητα εμφάνισης των κατηγοριών καθώς και η σχετική συχνότητα (%).

Για τη σύγκριση της ομάδας μελέτης με την ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκε το t-test για ανεξάρτητα δείγματα, όταν η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική και ο έλεγχος  $\chi^2$  όταν η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν κατηγορική. Σε όλους τους ελέγχους  $\chi^2$  που αφορούσε πίνακα 2x2, χρησιμοποιήθηκε διόρθωση συνεχείας. Οι σχέσεις μεταξύ των κλιμάκων ελέγχθηκαν με υπολογισμό του εκάστοτε συντελεστή συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient) και της σημαντικότητάς του. Τέλος για τα μοντέλα πρόβλεψης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης (stepwise regression). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των ελέγχων ήταν το 0,05.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Συμπεριφορές Υγείας & Παράγοντες Κινδύνου στις δύο Ομάδες

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές της ομάδας των ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ως προς τις συμπεριφορές υγείας στον καθημερινό τρόπο ζωής με εξαίρεση τη σωματική άσκηση (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2.** Συμπεριφορές Υγείας στην ομάδα ασθενών και την ομάδα ελέγχου

	Καρκινοπαθείς (N=109)		Ομάδα Ελέγχου (N=98)	
	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)
Κάπνισμα				
Ναι	32	29,4	27	27,6
Όχι πια	35	32,1	32	32,7
Όχι	42	38,5	39	39,8
Χρόνια Διακοπής Καπνίσματος				
<5 χρόνια	17	44,7	12	35,3
5-10 χρόνια	13	34,2	13	38,2
>10 χρόνια	8	21,0	9	26,5
Βαρύτητα Καπνίσματος				
≤10 τσιγάρα την ημέρα	13	39,4	16	50,0
>10 τσιγάρα την ημέρα	20	60,1	16	50,0
Παθητικό Κάπνισμα πριν τα 18	56	51,4	51	52,0
Παθητικό Κάπνισμα τελευτ. 5 χρ.	32	29,4	34	34,7
Κατανάλωση αλκοόλ				
λιγότερα από 1 ποτό εβδ.	50	45,9	29	29,6
1 έως 4 ποτά εβδ.	26	23,9	32	32,7
5 έως 10 ποτά εβδ.	23	21,1	29	29,6
Περισσότερα από 10 ποτά εβδ.	10	9,2	8	8,2
Γυμναστική				
Καθόλου / Λιγ. από 1 ώρα εβδ.	73	66,1	50	51,0
1 έως 4 ώρες εβδ.	19	18,3	31	31,6
5 ή περισσότερες ώρες εβδ.	17	15,6	17	17,3
Δείκτης Μάζας Σώματος				



Ελλιποβαρής (<18,5)	2	1,8	4	4,1
Φυσιολογική (18,5-24,99)	53	48,6	52	53,1
Υπέρβαρη (25-29,99)	30	27,5	28	28,6
Παχύσαρκη (>=30)	24	22,0	14	14,3

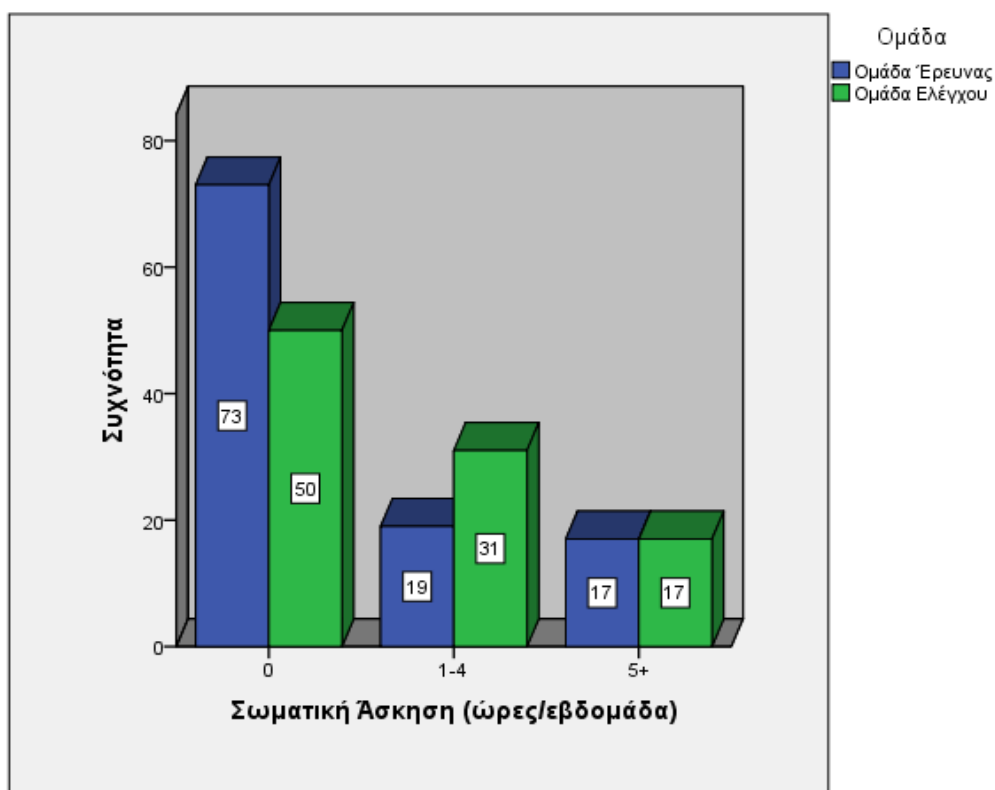
Τα ποσοστά καπνιστών και μη καπνιστών στις δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά [ $\chi^2(2)=0,85$ ,  $P=0,958$ ]. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των δύο ομάδων ούτε ως προς το χρονικό διάστημα από τη διακοπή του καπνίσματος [ $\chi^2(2)=0,177$ ,  $P=0,915$ ] ούτε ως προς τη βαρύτητα του καπνίσματος [ $\chi^2(1)=0,373$ ,  $P=0,542$ ]. Οι μισές περίπου γυναίκες, και στις δύο ομάδες ήταν παθητικές καπνίστριες πριν την ηλικία των 18 ετών [ $\chi^2(1)<0,001$ ,  $P=1,000$ ] και επίσης το ποσοστό των γυναικών που ήταν παθητικές καπνίστριες την τελευταία πενταετία δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων [ $\chi^2(3)=2,800$ ,  $P=0,423$ ].

Ως προς την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ, αυτή ήταν περιορισμένη στα λιγότερα από 5 ποτά την εβδομάδα για την πλειοψηφία των γυναικών και στις δύο ομάδες, που δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους [ $\chi^2(3)=6,551$ ,  $P=0,088$ ].

Οι μισές περίπου γυναίκες και στις δύο ομάδες, είχαν φυσιολογικό για το ύψος τους βάρος. Η κατανομή των γυναικών της ομάδας των καρκινοπαθών, με βάση τις κατηγορίες του Δείκτη Μάζας Σώματος, δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά από αυτήν της ομάδας ελέγχου [ $\chi^2(3)=2,800$ ,  $P=0,423$ ].

Οι γυναίκες της ομάδας των καρκινοπαθών έκαναν συστηματική εβδομαδιαία άσκηση σε μικρότερο βαθμό από τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου [ $\chi^2(2)=6,615$ ,  $P=0,037$ ].

Η διαφοροποίηση των δύο ομάδων παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2, όπου φαίνεται ότι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με τις μάρτυρες, δεν ασκούσαν.



**Διάγραμμα 2.** Εβδομαδιαία Σωματική Άσκηση στις δύο ομάδες

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η συχνότητα εμφάνισης μιας σειράς παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού στις καρκινοπαθείς και τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου . Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων για κανέναν από τους παράγοντες.

**Πίνακας 3.** Παράγοντες Κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού στην ομάδα ασθενών και την ομάδα ελέγχου

	Καρκινοπαθείς		Ομάδα Ελέγχου	
	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)
Προληπτικός έλεγχος	105	96,3	87	88,8
Θηλασμός	55	50,5	45	45,9
Λήψη Αντισυλληπτικών	45	41,9	52	53,1

Πολυκυστικές ωοθήκες	19	17,4	20	20,4
IVF	13	11,9	13	13,3
Συγγενής με καρκίνο μαστού	47	43,1	43	43,9

Τόσο οι γυναίκες της ερευνητικής ομάδας όσο και αυτές της ομάδας ελέγχου έκαναν προληπτικό έλεγχο σε πολύ υψηλά ποσοστά που δεν διέφεραν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά [ $\chi^2(1)=3,33$ ,  $P=0,068$ ].

Τα ποσοστά θηλασμού ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (σχεδόν 1 στις 2 γυναίκες) και δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά [ $\chi^2(1)=2,42$ ,  $P=0,120$ ]. Επειδή οι γυναίκες της ερευνητικής ομάδας είχαν παιδιά σε ποσοστό 77% ενώ στην ομάδα ελέγχου οι μητέρες ήταν 58%, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, ελέγχθηκε η διαφορά στα ποσοστά θηλασμού των μητέρων μόνο. Στην ομάδα έρευνας το ποσοστό των μητέρων που θήλασαν ήταν 66,3% και στην ομάδα ελέγχου 78,6%, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική [ $\chi^2(1)=1,91$ ,  $P=0,167$ ].

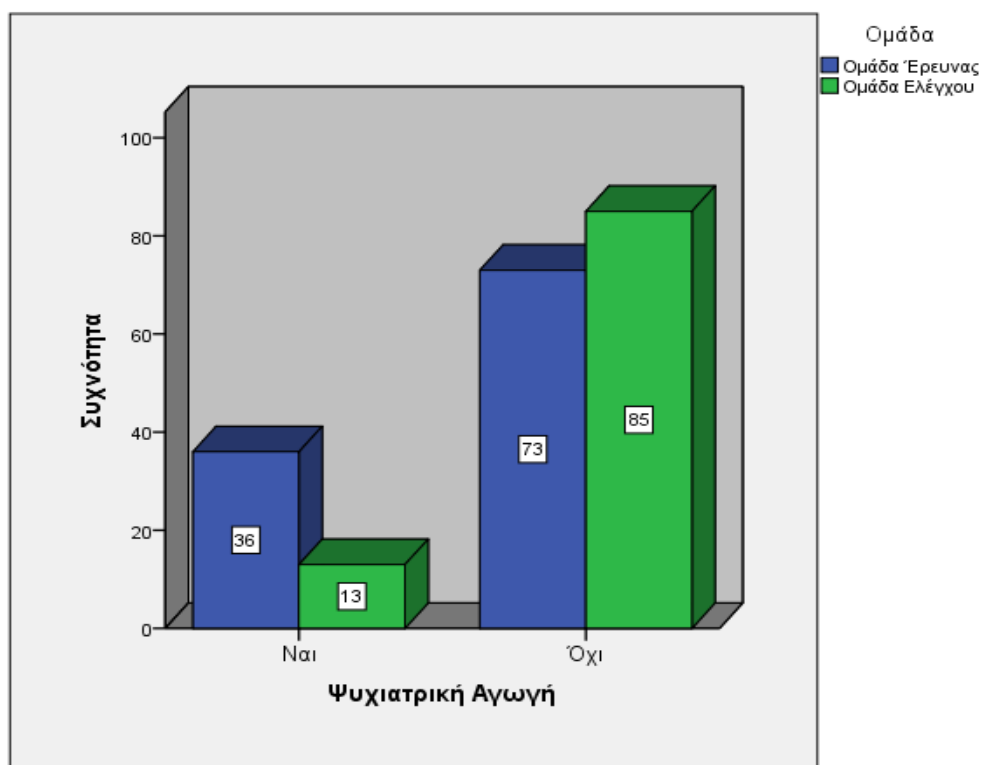
Η λήψη αντισυλληπτικών ήταν αρκετά συχνή, (σχεδόν 1 στις 2 γυναίκες) και στις δύο ομάδες και τα ποσοστά δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά [ $\chi^2(1)=2,42$ ,  $P=0,120$ ]. Τα ποσοστά γυναικών με πολυκυστικές ωοθήκες δεν διάφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων [ $\chi^2(1)=0,41$ ,  $P=0,523$ ]. Ομοίως τα ποσοστά γυναικών με ιστορικό IVF στις δύο ομάδες δεν διάφεραν στατιστικά σημαντικά [ $\chi^2(1)=0,01$ ,  $P=0,936$ ]. Και οι δύο ομάδες είχαν οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο μαστού σε παρόμοιο ποσοστό, [ $\chi^2(1)<0,001$ ,  $P=1,000$ ].

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η συχνότητα αντιμετώπισης συμπτωμάτων ψυχολογικών διαταραχών στις καρκινοπαθείς και τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Η λήψη ψυχιατρικής αγωγής ήταν συχνότερη στην ομάδα των καρκινοπαθών, αλλά οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την παρακολούθησή τους από ειδικό ψυχικής υγείας.

**Πίνακας 4.** Αντιμετώπιση Συμπτωμάτων Ψυχολογικών διαταραχών

	Καρκινοπαθείς		Ομάδα Ελέγχου	
	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)
Ψυχιατρική Αγωγή	36	33,0	13	13,3
Ψυχιατρική Αγωγή τώρα	23	21,1	4	4,1
Ειδικός Ψυχικής Υγείας	67	61,5	55	56,1

Το ποσοστό των γυναικών που είχαν πάρει ψυχιατρική αγωγή ήταν υψηλότερο στην ομάδα των καρκινοπαθών (1 στις 3 καρκινοπαθείς) σε σύγκριση με αυτό στην ομάδα ελέγχου (περίπου 1 στις 10 γυναίκες) και η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική [ $\chi^2(1)=10,09$ ,  $P=0,001$ ]. Η διαφοροποίηση των δύο ομάδων παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.



**Διάγραμμα 3.** Ψυχιατρική Αγωγή στις δύο ομάδες

Παρόμοια, το ποσοστό των γυναικών που έπαιρναν ψυχιατρική αγωγή την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, ήταν υψηλότερο στην ομάδα των καρκινοπαθών (περίπου 2 στις 10 καρκινοπαθείς) σε σύγκριση με αυτό στην ομάδα ελέγχου (περίπου 4 στις 100 γυναίκες) και η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική [ $\chi^2(1)=11,72, P=0,001$ ]. Αντίθετα τα ποσοστά των γυναικών που είχαν παρακολουθήσει από ειδικό ψυχικής υγείας ήταν αρκετά υψηλά και στις δύο ομάδες (περισσότερες από 1 στις 2 γυναίκες) και η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική [ $\chi^2(1)=0,41, P=0,523$ ].

## Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής

Με βάση τα δεδομένα από τη χορήγηση της Κλίμακα των στρεσογόνων γεγονότων ζωής των Holmes & Rahe (SRRS), στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η συχνότητα καθενός από τα 42 στρεσογόνα γεγονότα ζωής ξεχωριστά στην ομάδα των καρκινοπαθών γυναικών και στην ομάδα ελέγχου. Το στοιχείο ‘Αλλαγή σε διαφορετικό αντικείμενο εργασίας’ δεν περιλαμβάνεται καθώς δεν δηλώθηκε από κανένα υποκείμενο.

**Πίνακας 5.** Συχνότητα στρεσογόνων γεγονότων ζωής στις δύο ομάδες

	Καρκινοπαθείς		Ομάδα Ελέγχου	
	f	%	f	%
Θάνατος συζύγου	22	20,2	32	32,7
Διαζύγιο	39	35,8	36	36,7
Διάσταση με τον/τη σύζυγο	38	34,9	35	35,7
Εγκλεισμός σε φυλακή ή άλλο ίδρυμα	21	19,3	30	30,6
Θάνατο στενού μέλους της οικογένειας	60	55,0	61	62,2
Βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια	60	55,0	57	58,2
Γάμος	41	37,6	45	45,9
Απόλυση από την εργασία	32	29,4	39	39,8
Επανασύνδεση με το/τη σύζυγο	29	26,6	33	33,7
Συνταξιοδότηση	29	26,6	31	31,6
Μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά οικογενειακού μέλους	55	50,5	65	66,3
Εγκυμοσύνη	35	32,1	41	41,8
Σεξουαλικές δυσχέρειες	48	44,0	44	44,9
Απόκτηση νέου μέλους της οικογένειας	39	35,8	45	45,9
Μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση	78	71,6	64	65,3

Θάνατος στενού φίλου	35	32,1	46	46,9
Μείζων αλλαγή στον αριθμό των λογομαχιών με το/τη σύζυγο	69	63,3	54	55,1
Μείζων επιχειρηματική αναπροσαρμογή	15	13,8	37	37,8
Υποθήκη ή δάνειο αξίας άνω των 10.000 ευρώ	45	41,3	47	48,0
Κατάσχεση ή δανεισμός	34	31,2	37	37,8
Μείζων αλλαγή στις ευθύνες της εργασίας	49	45,0	51	52,0
Γιος ή κόρη που εγκαταλείπει την οικογένεια (γάμος, σπουδές κ.λπ.)	40	36,7	38	38,8
Προβλήματα με τα πεθερικά	19	17,4	31	31,6
Εξαιρετικό προσωπικό επίτευγμα	19	17,4	39	39,8
Ο/Η σύζυγος αρχίζει ή σταματά να εργάζεται έξω από το σπίτι	17	15,6	32	32,7
Έναρξη ή διακοπή της κανονικής εκπαίδευσης	24	22,0	32	32,7
Μείζων αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης	39	35,8	42	42,9
Αναθεώρηση προσωπικών συνηθειών (ενδυμασία, τρόποι, σχέσεις κ.λπ.)	61	56,0	57	58,2
Προβλήματα με τον προϊστάμενο	40	36,7	48	49,0
Μείζων αλλαγή στο ωράριο ή στις συνθήκες εργασίας	39	35,8	46	46,9
Αλλαγή στη διαμονή	37	33,9	50	51,0
Αλλαγή σχολείου	24	22,0	31	31,6
Μείζων αλλαγή του συνηθισμένου τύπου ψυχαγωγίας ή της συχνότητάς της	50	45,9	51	52,0
Μείζων αλλαγή στις θρησκευτικές δραστηριότητες	28	25,7	33	33,7
Μείζων αλλαγή στις κοινωνικές δραστηριότητες	51	46,8	57	58,2
Υποθήκη ή δάνειο μικρότερο των 10,000 ευρώ	30	27,5	35	35,7
Μείζων αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου	59	54,1	64	65,3
Μείζων αλλαγή στον αριθμό των οικογενειακών συναθροίσεων	36	33,0	4	42,9
Μείζων αλλαγή στις συνήθειες του φαγητού	56	51,4	58	59,2
Διακοπές	58	53,2	68	69,4
Χριστούγεννα	50	45,9	60	61,2
Ελάσσονες παραβάσεις του νόμου	31	28,4	37	37,8

Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στην ομάδα ελέγχου. Το συχνότερα εμφανιζόμενο γεγονός ήταν το, μέτριας βαρύτητας, ‘μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση’. Πολύ συχνό ήταν το, επίσης μέτριας βαρύτητας, γεγονός ‘μείζων αλλαγή στον αριθμό των λογομαχιών με το/τη σύζυγο. Μεγάλη συχνότητα (>50%) εμφάνισαν και τα μεγάλης βαρύτητας γεγονότα ‘θάνατος στενού μέλους της οικογένειας’, ‘μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά οικογενειακού μέλους’ και ‘βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια’ (βλ Παράρτημα Β). Στα επόμενα τρία διαγράμματα εικονογραφείται η συχνότητα εμφάνισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων, συγκριτικά, στις δύο ομάδες και ανάλογα με τη βαρύτητα των γεγονότων. Στο Διάγραμμα 4 εμφανίζονται τα γεγονότα μεγάλης βαρύτητας, στο Διάγραμμα 5 τα γεγονότα μέτριας βαρύτητας και στο Διάγραμμα 6 τα γεγονότα μικρής βαρύτητας.



**Διάγραμμα 4** . Συχνότητα εμφάνισης στρεσογόνων γεγονότων μεγάλης βαρύτητας στις δύο ομάδες

Σχετικά με τα γεγονότα μεγάλης βαρύτητας (>40), όλα τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στην ομάδα ελέγχου. Οι μεγαλύτερες διαφορές αφορούσαν τα γεγονότα ‘Μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά οικογενειακού μέλους’, ‘Εγκλεισμός’ και ‘Θάνατος συζύγου’.

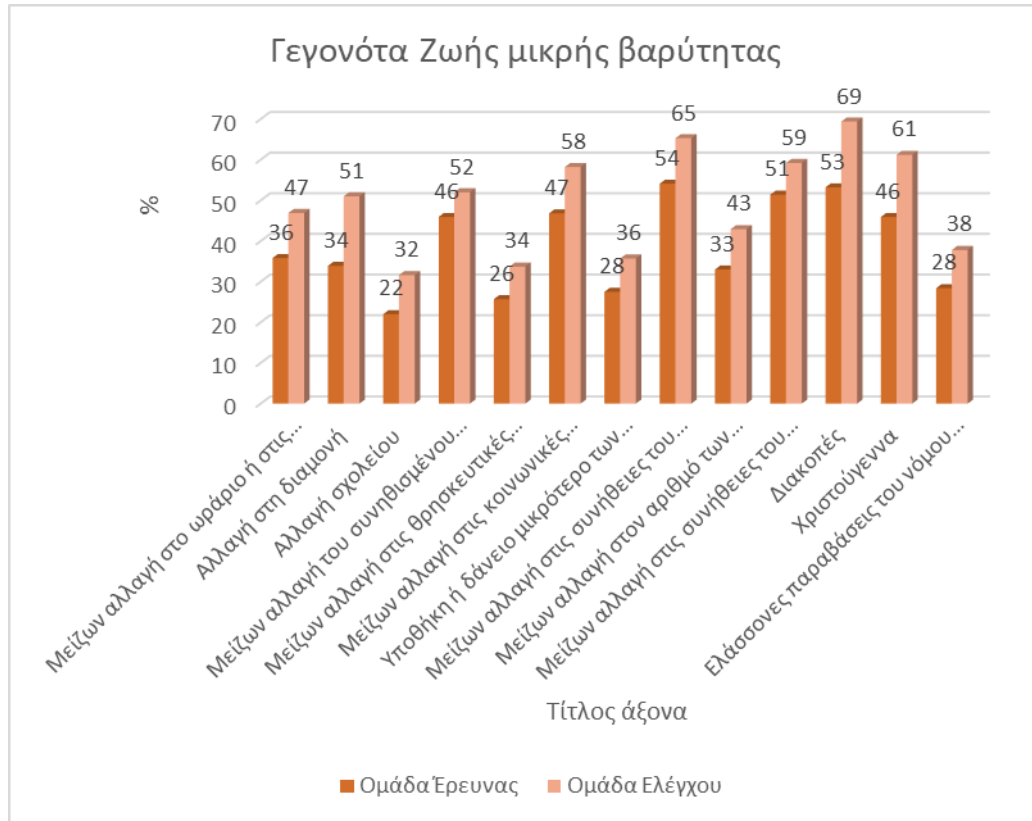


**Διάγραμμα 4 .** Συχνότητα εμφάνισης στρεσογόνων γεγονότων μέτριας βαρύτητας στις δύο ομάδες

Σχετικά με τα γεγονότα μέτριας βαρύτητας (21-40), στις περισσότερες περιπτώσεις τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στην ομάδα ελέγχου. Οι μεγαλύτερες διαφορές αφορούσαν τα γεγονότα ‘Μείζων επιχειρηματική αναπροσαρμογή’, ‘Θάνατος στενού φίλου’, ‘προβλήματα με τα πεθερικά’, ‘εξαιρετικό προσωπικό επίτευγμα’, ‘ο σύζυγος αρχίζει ή σταματά να εργάζεται έξω από το σπίτι’. Μόνο για τα γεγονότα ‘Μείζων αλλαγή στον αριθμό των λογομαχιών με το σύζυγο’ και ‘Μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση’ παρουσίαζε υψηλότερα ποσοστά η ομάδα των καρκινοπαθών γυναικών.



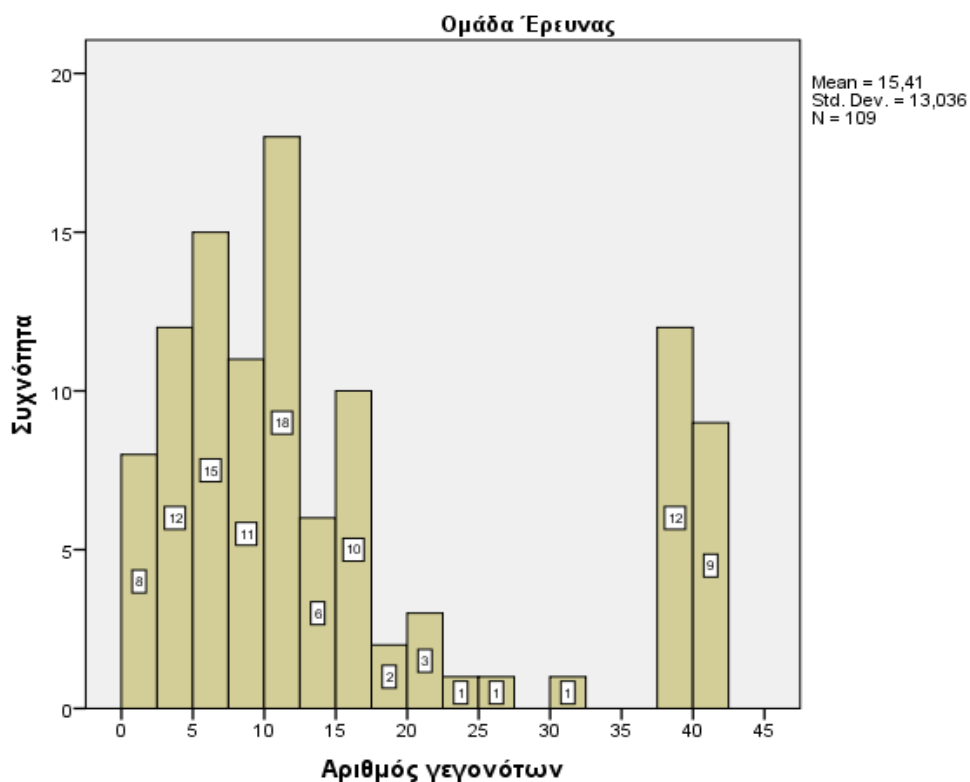
Σημειώνεται ότι αυτά τα τελευταία είναι και γενικώς τα συχνότερα γεγονότα που καταγράφηκαν στο δείγμα.



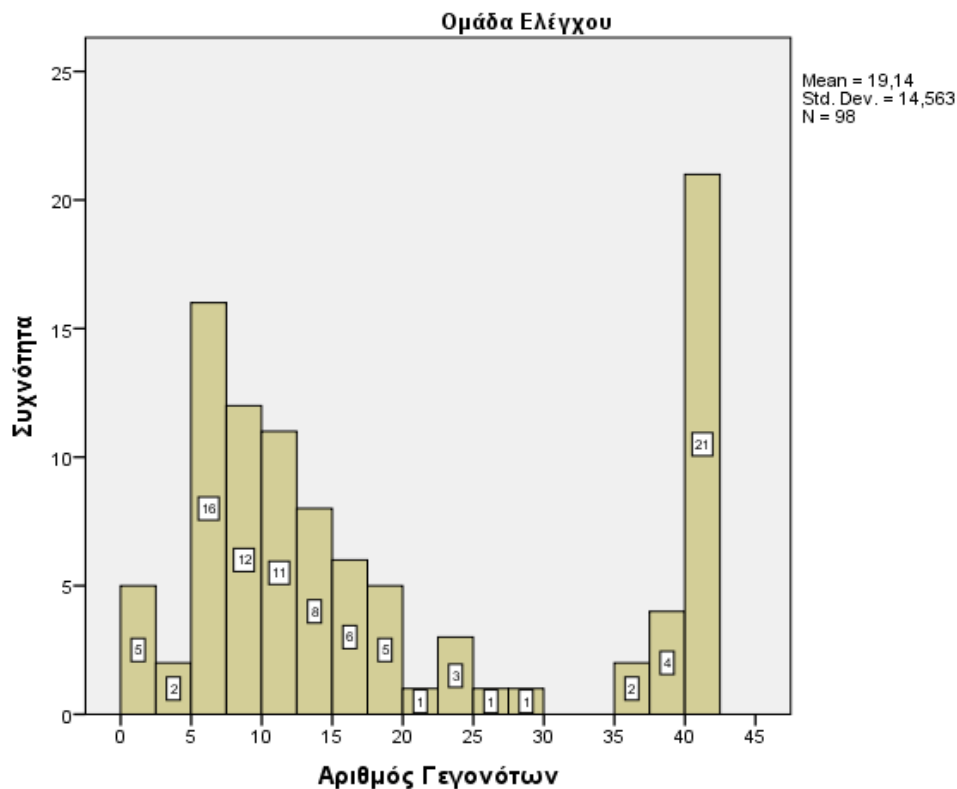
**Διάγραμμα 4 .** Συχνότητα εμφάνισης στρεσογόνων γεγονότων μικρής βαρύτητας στις δύο ομάδες

Σχετικά με τα γεγονότα μικρής βαρύτητας ( $\leq 20$ ), όλα τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στην ομάδα ελέγχου. Οι μεγαλύτερες διαφορές αφορούσαν τα γεγονότα ‘αλλαγή διαμονής’, ‘Διακοπές’ και ‘Χριστούγεννα’.

Για τον στατιστικό έλεγχο της διαφοράς των δύο ομάδων, υπολογίστηκε ο συνολικός αριθμός γεγονότων για κάθε γυναίκα της έρευνας. Η κατανομή των τιμών σε κάθε ομάδα παρουσιάζεται στα ακόλουθα ιστογράμματα και είναι φανερό ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί κανονική (Διαγράμματα 5 και 6). Η διάμεσος του αριθμού στρεσογόνων γεγονότων στην ομάδα των καρκινοπαθών γυναικών ήταν 10 γεγονότα ( $Q1=6$ ,  $Q3=19,5$ ) και στην ομάδα ελέγχου 14 γεγονότα ( $Q1=8$ ,  $Q3=38$ ).

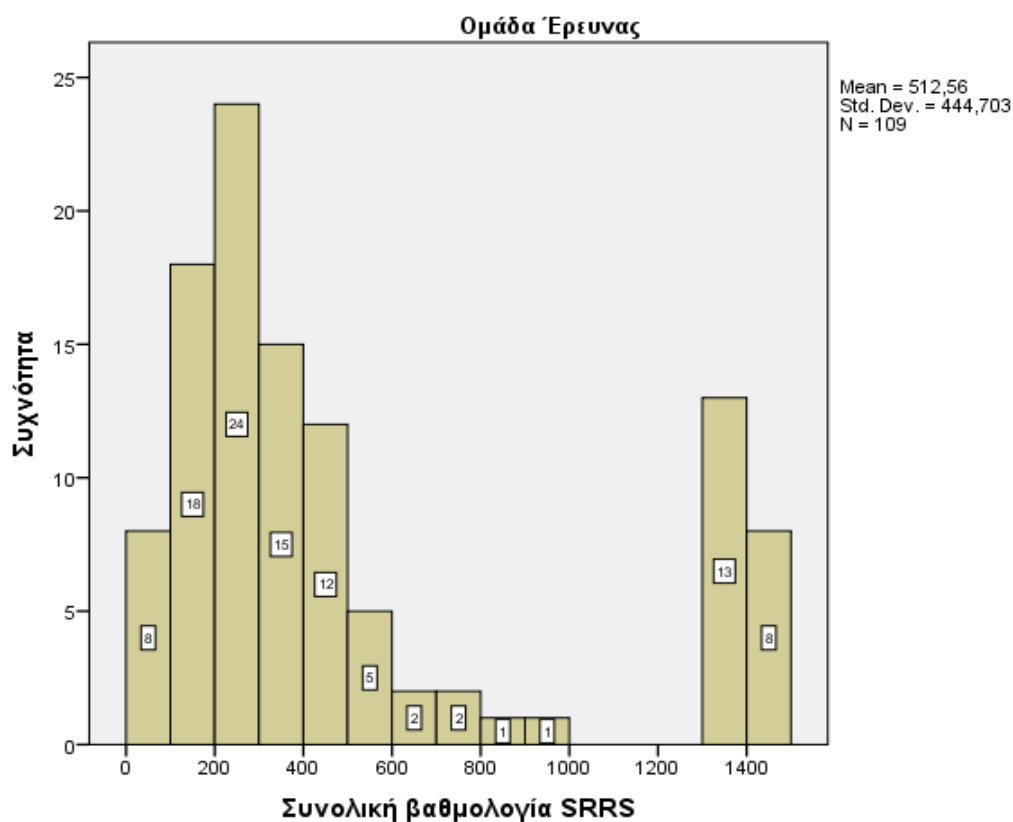


**Διάγραμμα 5** . Ιστόγραμμα της κατανομής του αριθμού στρεσογόνων γεγονότων στην ομάδα καρκινοπαθών.

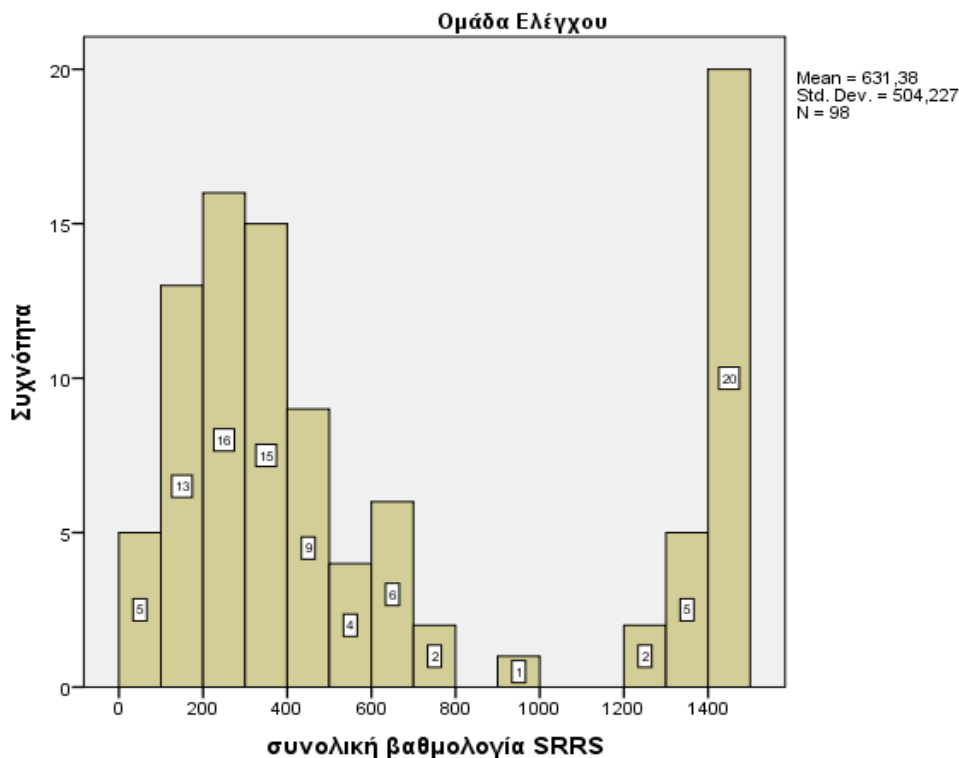


**Διάγραμμα 6** . Ιστόγραμμα της κατανομής του αριθμού στρεσογόνων γεγονότων στην ομάδα ελέγχου

Υπολογίστηκε επίσης η βαθμολογία στην κλίμακα SRRS ως ο συνολικός βαθμός με βάση το βάρος του κάθε γεγονότος που δηλώθηκε. Η κατανομή των βαθμών σε κάθε ομάδα παρουσιάζεται στα ακόλουθα ιστογράμματα και έχει παρόμοια μορφή με τον αριθμό των γεγονότων, δηλαδή μη κανονική (βλ. Παράρτημα ΙΙΙ). Η διάμεσος του βαθμού στρες στην ομάδα των καρκινοπαθών γυναικών ήταν 334 (Q1=204, Q3=605,5) και στην ομάδα ελέγχου 399 (Q1=240, Q3=1308).



**Διάγραμμα 7** . Ιστόγραμμα της κατανομής της βαθμολογίας στην κλίμακα SRRS στην ομάδα καρκινοπαθών



**Διάγραμμα 8.** Ιστόγραμμα της κατανομής της βαθμολογίας στην κλίμακα SRRS στην ομάδα έλεγχο.

Με βάση τα όρια της κλίμακας SRRS για τον κίνδυνο να νοσήσει ένα άτομο στο άμεσο μέλλον, και μετά από προσαρμογή τους στο χρονικό διάστημα αναφοράς (5 αντί για 2 χρόνια) παρατηρούνται εξ ίσου μεγάλα ποσοστά γυναικών σε επίπεδο στρες υψηλού κινδύνου και στις δύο ομάδες (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6.** Επίπεδα Στρες για κίνδυνο νόσου στο άμεσο μέλλον στις δύο ομάδες

	Καρκινοπαθείς (N=109)		Ομάδα Ελέγχου (N=98)	
	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)	Συχνότητα f	Σχετική συχνότητα (%)
Επίπεδο Στρες για κίνδυνο νόσου στο άμεσο μέλλον (SRRS)				
Χαμηλό επίπεδο κινδύνου (<375)	58	53,2	42	42,9
Μέτριο επίπεδο κινδύνου (375-749)	28	25,7	27	27,6
Υψηλό επίπεδο κινδύνου (750+)	23	21,1	29	29,6

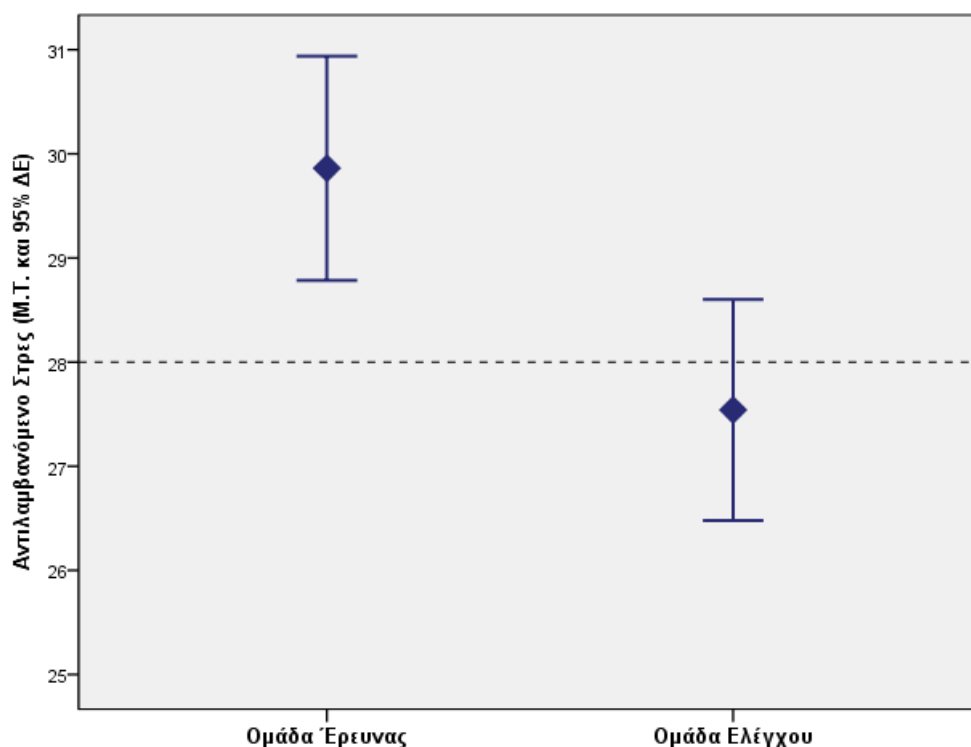
Ως προς την βαθμολογία στην Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες (PSS-14), που αναφέρεται στο αντιλαμβανόμενο πρόσφατο στρες, η κατανομή της ήταν κατά προσέγγιση κανονική (βλ. Παράρτημα ΙΙΙ). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7 η ομάδα των καρκινοπαθών είχε υψηλότερη βαθμολογία στο αντιλαμβανόμενο πρόσφατο στρες, ενώ η έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα της τελευταίας πενταετίας δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Σημειώνεται ότι οι δύο μεταβλητές του SRRS έχουν μετασχηματιστεί ώστε να έχουν κανονική κατανομή.

**Πίνακας 7.** Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις μεταβλητές του Στρες

	Καρκινοπαθείς N=109		Ομάδα Ελέγχου N=98		Σημαντικότητα διαφοράς P
	M.T.	T.A.	M.T.	T.A.	
SRRS αριθμός (M)	3,75	1,53	4,18	1,63	0,052
SRRS βαθμός (M)	20,69	9,28	23,00	10,21	0,089
Αντιλ. Στρες (PSS)	29,86	5,67	27,54	5,29	0,003**

M=μετασχηματισμός κανονικοποίησης

Οι δύο ομάδες δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ούτε ως προς τον αριθμό στρεσογόνων γεγονότων [ $t(205)=1,95$ ,  $P=0,052$ ] ούτε ως προς τον βαθμό στρες [ $t(205)=1,71$ ,  $P=0,089$ ], ούτε ως προς τα επίπεδα στρες [ $\chi^2(2)=2,694$ ,  $P=0,260$ ], αλλά παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το αντιλαμβανόμενο στρες [ $t(205)=3,03$ ,  $P=0,003$ ]. Στο Διάγραμμα 9 παρουσιάζεται το Αντιλαμβανόμενο Στρες στις δύο ομάδες ως Μέση Τιμή με το αντίστοιχο Διάστημα Εμπιστοσύνης. Το μέσο Αντιλαμβανόμενο Στρες στην ομάδα των καρκινοπαθών είναι σαφώς άνω του μετρίου ενώ στην ομάδα ελέγχου είναι στο μέτριο επίπεδο (Διάγραμμα 9).



**Διάγραμμα 9.** Μέσες τιμές και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης στις δύο ομάδες

Μια άλλη πηγή μακροχρόνιου αντικειμενικού στρες είναι η υπερβολική εργασία. Το ποσοστό των εργαζομένων γυναικών ήταν μικρότερο στην ομάδα των καρκινοπαθών (60%) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (84%), [ $\chi^2(1)=13,34$ ,  $P<0,001$ ]. Όμως η απασχόληση των εργαζομένων είχε, και στις δύο ομάδες, διάμεση τιμή 40 ώρες την εβδομάδα. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εβδομαδιαία εργασιακή απασχόληση [ $Mann-Whitney U=2481,5$ ,  $Z=-0,30$ ,  $p=0,976$ ].

Αναφορικά με τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών του Στρες (Πίνακας 8), το Αντιλαμβανόμενο (πρόσφατο) Στρες δεν σχετίζεται με την, σε βάθος πενταετίας, έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα ή σχετίζεται ασθενώς.

**Πίνακας 8.** Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών του Στρες στις δύο ομάδες#

	Στρες. Γεγ. Αριθμός (M)	Στρες. Γεγ. Βαθμός (M)	Αντιλ. Στρες
SRRS αριθμός (M)	1	0,989**	0,143
SRRS βαθμός (M)	0,987**	1	0,128
Αντιλ. Στρες (PSS-14)	0,222*	0,212*	1

# Ομάδα καρκινοπαθών κάτω από τη διαγώνιο και ομάδα ελέγχου πάνω από τη διαγώνιο

Η συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των στρεσογόνων γεγονότων και της βαθμολογίας στην κλίμακα των στρεσογόνων γεγονότων ήταν εξαιρετικά υψηλή τόσο στην ομάδα των καρκινοπαθών [ $r = 0,987, N=109, P<0,001$ ] όσο και στην ομάδα ελέγχου [ $r = 0,989, N=98, P<0,001$ ]. Στην ομάδα των καρκινοπαθών, το αντιλαμβανόμενο στρες είχε ασθενείς αν και στατιστικά σημαντικές, θετικές, συσχετίσεις τόσο με τον συνολικό αριθμό στρεσογόνων γεγονότων [ $r = 0,222, N=109, P<0,021$ ] όσο και με τη βαθμολογία στην αντίστοιχη κλίμακα [ $r = 0,212, N=109, P<0,027$ ]. Στην ομάδα ελέγχου, το αντιλαμβανόμενο στρες δεν είχε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ούτε με τον συνολικό αριθμό στρεσογόνων γεγονότων [ $r = 0,143, N=109, P<0,160$ ] ούτε με τη βαθμολογία στην αντίστοιχη κλίμακα [ $r = 0,128, N=109, P<0,210$ ].

## **Ανθεκτικότητα, Άγχος & Κατάθλιψη**

Η σύγκριση των καρκινοπαθών με την ομάδα ελέγχου ως προς το Άγχος και την Κατάθλιψη (HADS) καθώς και την Ανθεκτικότητα παρουσιάζεται στον Πίνακα 9. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις μεταβλητές. Σημειώνεται ότι η βαθμολογία της Κατάθλιψης δεν ήταν κανονική και μετασχηματίστηκε ώστε να κανονικοποιηθεί (Παράρτημα III). Η διάμεσος της αρχικής βαθμολογίας της κατάθλιψης στην ομάδα των καρκινοπαθών γυναικών ήταν 6 (Q1=3, Q3=9) και στην ομάδα ελέγχου επίσης 6 (Q1=3, Q3=8,25).

**Πίνακας 9.** Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς Άγχος, Κατάθλιψη και Ανθεκτικότητα

	Καρκινοπαθείς N=109		Ομάδα Ελέγχου N=98		Σημαντικότητα διαφοράς P
	M.T.	T.A.	M.T.	T.A.	
HADS -Άγχος	8,87	4,17	8,38	3,89	0,381
HADS -Κατάθλιψη (M)	2,68	0,80	2,55	0,74	0,203
Ανθεκτικότητα	65,95	14,8	68,64	15,11	0,199

Οι δύο ομάδες δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς το Άγχος [ $t(205)=0,879$ ,  $P=0,381$ ] ούτε ως προς την Κατάθλιψη [ $t(205)=-1,28$ ,  $P=0,203$ ]. Η Ανθεκτικότητα επίσης δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων [ $t(205)=1,29$ ,  $P=0,199$ ].

Με ανάλυση διακύμανσης ως προς δύο διαστάσεις (two-way anova) εξετάστηκαν οι διαφορές των δύο ομάδων ως προς το Άγχος, την Κατάθλιψη και την Ανθεκτικότητα, λαμβάνοντας συγχρόνως υπ' όψη το αν βρίσκονταν υπό Ψυχιατρική Αγωγή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς δεν διαφέρουν από τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου ως προς το Άγχος [ $F(1, 204)=0,033$ ,  $P=0,857$ ], ως προς την Κατάθλιψη [ $F(1, 204)=0,175$ ,  $P=0,676$ ], ή την Ανθεκτικότητα [ $F(1, 204)=0,523$ ,  $P=0,470$ ], παρόλο που η Ψυχιατρική Αγωγή έχει στατιστικά σημαντική θετική επίδραση τόσο στο Άγχος [ $F(1, 204)=7,32$ ,  $P=0,007$ ], όσο και στην Κατάθλιψη [ $F(1, 204)=11,27$ ,  $P=0,001$ ], και στην Ανθεκτικότητα [ $F(1, 204)=4,48$ ,  $P=0,035$ ]. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα όταν αντί της μεταβλητής 'Ψυχιατρική Αγωγή στην τρέχουσα περίοδο' χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή 'Ψυχιατρική Αγωγή'.

Η συμπτωματολογία Άγχους και Κατάθλιψης συνυπάρχει σε μεγάλο βαθμό στην ομάδα των καρκινοπαθών και σε μικρότερο βαθμό στην ομάδα ελέγχου. Επίσης όσο



μεγαλύτερη είναι η Ανθεκτικότητα τόσο λιγότερα τα συμπτώματα Κατάθλιψης και Άγχους, κυρίως στην ομάδα ελέγχου (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10.** Συσχετίσεις μεταξύ Άγχους, Κατάθλιψης και Ανθεκτικότητας στις δύο ομάδες#

	Άγχος	Κατάθλιψη (M)	Ανθεκτικότητα
HADS -Άγχος	-	0,539**	-0,268**
HADS -Κατάθλιψη (M)	0,744**	-	-0,400**
Ανθεκτικότητα	-0,109	-0,237*	-

# Ομάδα καρκινοπαθών κάτω από τη διαγώνιο και ομάδα ελέγχου πάνω από τη διαγώνιο

Η συσχέτιση μεταξύ Άγχους και Κατάθλιψης ήταν στατιστικά σημαντική, θετική και υψηλή στην ομάδα των καρκινοπαθών [ $r = 0,744$ ,  $N=109$ ,  $P<0,001$ ] και επίσης στατιστικά σημαντική, θετική, αν και μάλλον μετρίου βαθμού, στην ομάδα ελέγχου [ $r = 0,539$ ,  $N=98$ ,  $P<0,001$ ]. Η Ανθεκτικότητα, στην ομάδα των καρκινοπαθών, δεν σχετιζόταν με το Άγχος [ $r = -0,109$ ,  $N=109$ ,  $P<0,261$  αλλά είχε μια ασθενή, αρνητική, στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την Κατάθλιψη [ $r = -0,237$ ,  $N=109$ ,  $P<0,013$ ]. Στην ομάδα ελέγχου, η Ανθεκτικότητα είχε στατιστικά σημαντικές, αρνητικές και σχετικά ασθενείς συσχετίσεις τόσο με το Άγχος [ $r = -0,268$ ,  $N=109$ ,  $P<0,008$ ] όσο και με την Κατάθλιψη [ $r = -0,400$ ,  $N=109$ ,  $P<0,001$ ].

## Σχέσεις του Στρες με τους άλλους Ψυχολογικούς Παράγοντες

Στην ομάδα των καρκινοπαθών όσο μεγαλύτερο το Αντιλαμβανόμενο Στρες τόσο περισσότερα είναι τα συμπτώματα τόσο Άγχους όσο και Κατάθλιψης και μικρότερη η Ανθεκτικότητα (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10.** Συσχετίσεις μεταξύ Στρες και Άγχους, Κατάθλιψη και Ανθεκτικότητας στην ομάδα Καρκινοπαθών

	Άγχος	Κατάθλιψη (M)	Ανθεκτικότητα
SRRS αριθμός (M)	0,206*	0,285**	-0,240*
SRRS βαθμός (M)	0,213*	0,273**	-0,245*
Αντιλ. Στρες (PSS-14)	0,394**	0,481**	-0,489**

Για τις καρκινοπαθείς, η έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα είτε ως συνολικός αριθμός είτε ως βαθμολογία έχει στατιστικά σημαντικές, θετικές αν και ασθενείς συσχετίσεις τόσο με το Άγχος [ $r = 0,206, N=109, P<0,031$ ] και ( $r = 0,213, N=109, P<0,026$ ), αντίστοιχα], όσο και με την Κατάθλιψη [ $r = 0,285, N=109, P<0,003$ ] και ( $r = 0,273, N=109, P<0,004$ ), αντίστοιχα]. Όμως το Αντιλαμβανόμενο Στρες έχει στατιστικά σημαντικές θετικές και μετρίου βαθμού συσχετίσεις τόσο με το Άγχος [ $r = 0,394, N=109, P<0,001$ ], όσο και με την Κατάθλιψη [ $r = 0,481, N=109, P<0,001$ ]. Όσο μεγαλύτερη η έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα είτε ως συνολικός αριθμός είτε ως βαθμολογία τόσο χαμηλότερη η Ανθεκτικότητα [ $r = -0,240, N=109, P<0,012$ ] και ( $r = -0,245, N=109, P<0,010$ ), αντίστοιχα]. Επίσης όσο χαμηλότερη η Ανθεκτικότητα τόσο το Αντιλαμβανόμενο Στρες είναι μεγαλύτερο [ $r = -0,489, N=109, P<0,001$ ].

Στην ομάδα ελέγχου μόνο το Αντιλαμβανόμενο Στρες συνδέεται με περισσότερα συμπτώματα τόσο Άγχους όσο και Κατάθλιψη και μικρότερη Ανθεκτικότητα (Πίνακας 11).

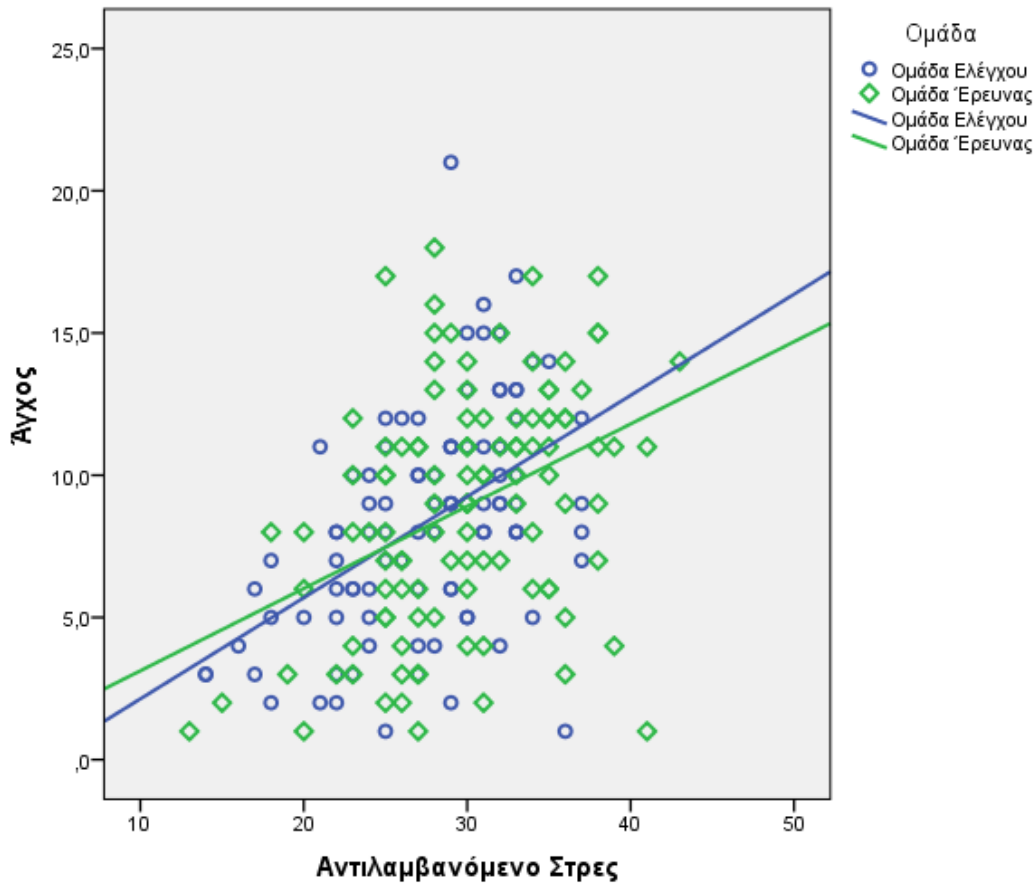
**Πίνακας 11.** Συσχετίσεις μεταξύ Στρες και Άγχους, Κατάθλιψη και Ανθεκτικότητας στην ομάδα Ελέγχου

	Άγχος	Κατάθλιψη	Ανθεκτικότητα
SRRS αριθμός (M)	0,142	0,074	-0,060
SRRS βαθμός (M)	0,134	0,059	-0,055
Αντιλ. Στρες (PSS-14)	0,484**	0,372**	-0,388**

Στην ομάδα ελέγχου, όσο μεγαλύτερο είναι το Αντιλαμβανόμενο Στρες τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο του Άγχους [ $r = 0,484, N=98, P<0,001$ ] και της Κατάθλιψης [ $r = 0,372, N=98, P<0,001$ ] και τόσο χαμηλότερη η Ανθεκτικότητα [ $r = -0,388, N=98, P<0,001$ ]. Αντίθετα η έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα, είτε σαν συνολικός Αριθμός Γεγονότων είτε ως Βαθμολογία, δεν σχετίζεται ούτε με το Άγχος [ $(r = 0,142, N=98, P=0,163)$  και  $(r = 0,134, N=98, P=0,189)$ , αντίστοιχα], ούτε με την Κατάθλιψη [ $(r = 0,074, N=98, P=0,469)$  και  $(r = 0,059, N=98, P=0,563)$ , αντίστοιχα] ούτε με την Ανθεκτικότητα [ $(r = -0,060, N=98, P=0,560)$  και  $(r = -0,055, N=98, P=0,591)$ , αντίστοιχα].

## **Ανάλυση Παλινδρόμησης για την Πρόβλεψη του Άγχους & της Κατάθλιψης**

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης για να εντοπιστεί ο συνδυασμός των ψυχολογικών παραμέτρων που μπορούν να προβλέψουν τη συμπτωματολογία α) Άγχους και β) Κατάθλιψης, ξεχωριστά για τις δύο ομάδες. Για την ομάδα των Καρκινοπαθών γυναικών ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας είναι το Αντιλαμβανόμενο Στρες που ερμηνεύει το 15,5% της διακύμανσης του Άγχους [ $F(1, 108) = 19,62, P<0,001$ ]. Καμία περαιτέρω προσθήκη δεν προσθέτει στην αποτελεσματικότερη πρόβλεψη του Άγχους. Παρόμοια, για την ομάδα Ελέγχου ο ισχυρότερος και μόνος προγνωστικός παράγοντας ήταν επίσης το Αντιλαμβανόμενο Στρες που ερμηνεύει το 23,4% της διακύμανσης του Άγχους [ $F(1, 96) = 29,35, P<0,001$ ]. Στο Διάγραμμα 10 παρουσιάζεται η σχέση του Αντιλαμβανόμενου Στρες με το Άγχος, στις δύο ομάδες.



**Διάγραμμα 10.** Ευθεία Παλινδρόμησης για την πρόβλεψη του Άγχους

Για την ομάδα των Καρκινοπαθών ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας είναι το Αντιλαμβανόμενο στρες που μόνο του ερμηνεύει το 23,1% της διακύμανσης της Κατάθλιψης [ $F(1, 107) = 32,19, P < 0,001$ ]. Στο δεύτερο βήμα προστίθεται η βαθμολογία των στρεσογόνων γεγονότων που από κοινού με το Αντιλαμβανόμενο Στρες ερμηνεύουν το 26,2% της διακύμανσης της Κατάθλιψης [ $F(2, 106) = 18,77, P < 0,001$ ]. Προσθήκη του βαθμού Ανθεκτικότητας δεν προσθέτει στην πρόβλεψη της Κατάθλιψης. Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι συντελεστές παλινδρόμησης για το μοντέλο. Χαμηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες κυρίως (Διάγραμμα 11) και δευτερευόντως η μικρού βαθμού έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα προβλέπουν λιγότερα συμπτώματα Κατάθλιψης των καρκινοπαθών γυναικών.

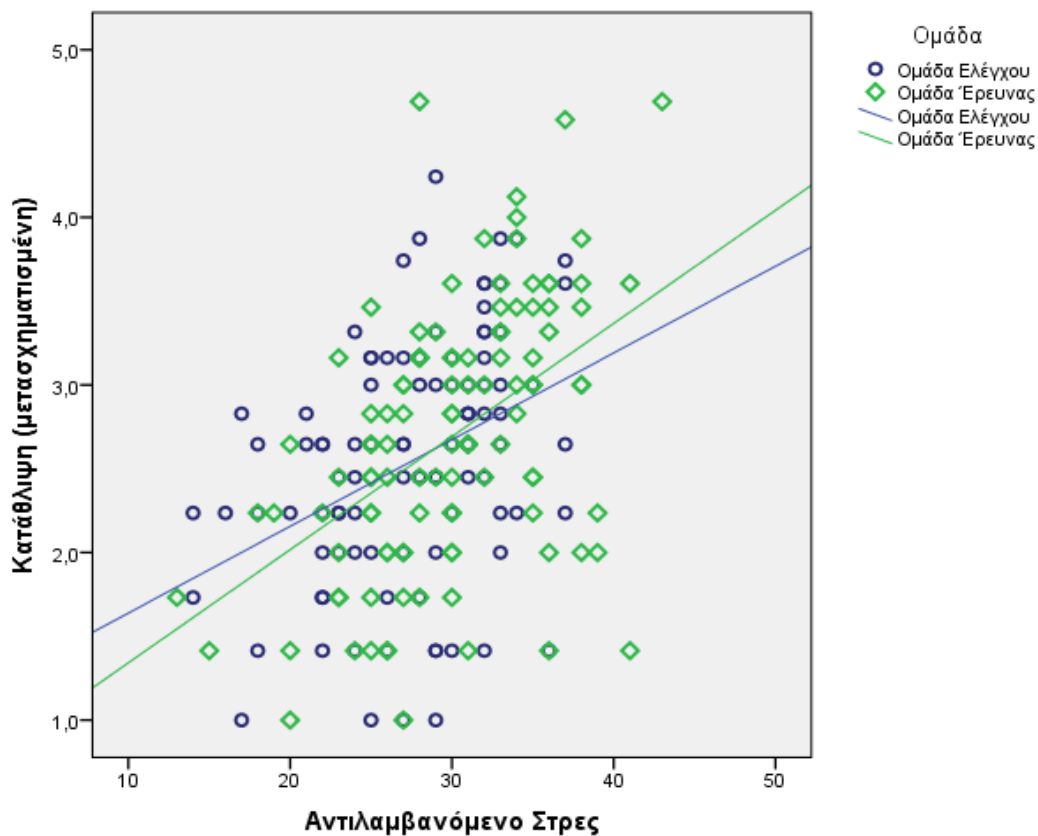
**Πίνακας 12.** Μοντέλο Παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της Κατάθλιψης στην ομάδα των Καρκινοπαθών

Βήμα 2	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποπ. συντελεστές	t	Σημαντ. P
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	,509	,364		1,398	0,165
Αντιλαμβαν. Στρες	,062	,012	,443**	5,187	<0,001
Βαθμός στρεσογ. γεγονότων (M)	,015	,007	,179*	2,090	0,039

Για την ομάδα των Ελέγχου ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας ήταν η Ανθεκτικότητα που μόνη της ερμηνεύει το 16% της διακύμανσης της Κατάθλιψης [ $F(1, 96) = 18,26, P < 0,001$ ]. Στο δεύτερο βήμα προστίθεται το Αντιλαμβανόμενο στρες και από κοινού ερμηνεύουν το 21,5% της διακύμανσης της Κατάθλιψης [ $F(2, 95) = 13,02, P < 0,001$ ]. Προσθήκη του βαθμού στρεσογόνων γεγονότων δεν προσθέτει στην πρόβλεψη της Κατάθλιψης. Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συντελεστές παλινδρόμησης για το μοντέλο σε κάθε βήμα. Υψηλή ανθεκτικότητα, σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες προβλέπουν χαμηλή κατάθλιψη στην ομάδα ελέγχου.

**Πίνακας 13.** Μοντέλο Παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της Κατάθλιψης στην ομάδα των Ελέγχου

Βήμα 2	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποπ. συντελεστές	t	Σημαντ. P
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	2,575	,594		4,334	<0,001
Ανθεκτικότητα	-,015	,005	-,301**	-3,050	0,003
Αντιλαμβαν. Στρες	,035	,014	,255*	2,586	0,011



**Διάγραμμα 11.** Ευθεία Παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της Κατάθλιψης από το Αντιλαμβανόμενο Στρες στις δύο ομάδες

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης παρελθοντικών ψυχολογικών παραγόντων και κοινωνικών συνθήκων με την εμφάνιση και την έκλυση του καρκίνου του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα διερευνήθηκε αρχικά εάν στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και το αντιλαμβανόμενο στρες, σε βάθος μιας πενταετίας, ήταν σε υψηλότερα επίπεδα από την ομάδα ελέγχου καθώς και η ανθεκτικότητά τους σε χαμηλότερα, δηλαδή βρίσκονταν σε καθεστώς αυξημένης ψυχολογικής ευαλωτότητας.

Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στην ομάδα ελέγχου. Σχετικά με τον αριθμό των στρεσογόνων γεγονότων ζωής ανάμεσα στις δυο ομάδες δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρεμφερή αποτελέσματα έδωσε και έρευνα του 1996 που εξέταζε σε βάθος πενταετίας τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Roberts, Newcomb, Trentham-Dietz & Storer., 1996). Ωστόσο πρόσφατη συστηματική έρευνα μετανάλυσης του 2019 έδειξε ότι η ύπαρξη ιστορικού στρεσογόνων γεγονότων ζωής μπορεί να σχετίζεται με μια μέτρια αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού ( Bahri, Fathi, Homaei, et al., 2019).

Το αντίστοιχο εύρημα της παρούσας έρευνας θα μπορούσε να ερμηνευθεί λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των γυναικών της ομάδας ελέγχου που αποτελείτο στην πλειοψηφία του είτε, από συγγενικά άτομα των γυναικών με καρκίνο μαστού είτε, από άτομα που συμμετείχαν σε διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης για άτομα με καρκίνο του μαστού και πιθανότατα να ήταν ιδιαίτερα επιβαρυνμένες λόγω του ρόλου τους ως φροντιστές, ή να είχαν βιώσει τον θάνατο ενός συγγενικού/φιλικού τους ατόμου από την συγκεκριμένη νόσο.

Από σχετικές έρευνες έχει φανεί ότι η ποιότητα ζωής των φροντιστών των ασθενών με καρκίνο επηρεάζεται σημαντικά αρνητικά, καθώς οι φροντιστές των ογκολογικών ασθενών φαίνεται να υποφέρουν συχνά από εξασθενημένη ποιότητα ζωής λόγω στρες που προκύπτει από την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών (Lim et al., 2017) αλλά και λόγω των αυξημένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής σε αυτή την ομάδα των φροντιστών (Gorji, Bouzar, Haghshenas, et al., 2012).

Πράγματι, μεγάλη συχνότητα (>50%) εμφάνισαν στο σύνολο των συμμετεχουσών τα μεγάλης βαρύτητας γεγονότα όπως ‘θάνατος στενού μέλους της οικογένειας’ και ‘βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια’. Επίσης σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι λόγω της πρόωμης ανίχνευσης αλλά και της βελτιωμένης πρόσβασης των ασθενών στις νέες θεραπείες, η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο ως χρόνιοι ασθενείς, έχει σαν αποτέλεσμα την μετατόπιση της κύριας φροντίδας τους στο σπίτι και στην οικογένεια, με τα μέλη της οικογένειας να είναι συχνά οι κύριοι πάροχοι περίθαλψης και φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο (Kim., Given., 2008).

Με υψηλή συχνότητα εμφανίστηκε στην ίδια κλίμακα και το λήμμα ‘μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά οικογενειακού μέλους’. Η βαθμολογία που εκφράζει τη βαρύτητα της έκθεσης των καρκινοπαθών ήταν σε παρόμοια επίπεδα με αυτά των μαρτύρων αλλά θα πρέπει εδώ να αναφερθούμε στο εύρημα ότι, σε μεγάλο σχετικά ποσοστό βρίσκεται σε επίπεδα υψηλού κινδύνου και στις δύο ομάδες (25% στην ομάδα των καρκινοπαθών και 37% στην ομάδα ελέγχου) (Holmes & Rahe 1967).

Από το ίδιο ερωτηματολόγιο φάνηκε ότι και οι δύο ομάδες ήταν εξίσου εκτεθειμένες σε στρεσογόνα γεγονότα που οφείλονται στην οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων στην Ελλάδα καθώς το συχνότερα εμφανιζόμενο γεγονός ήταν το γεγονός ‘μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση’. Πολύ συχνό ήταν το, γεγονός



‘μείζων αλλαγή στον αριθμό των λογομαχιών με το/τη σύζυγο και στις δύο ομάδες. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να “φωτογραφίζει” το γεγονός ότι οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες των τελευταίων χρόνων επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις, λόγω του έντονου στρες που προκαλούν (Mucci, Giorgi & Roncaioli., 2016) όχι μόνο στην ποιότητα της καθημερινής ζωής, αλλά και στην ποιότητα των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και ιδιαίτερα ανάμεσα στο ζευγάρι, με μεγαλύτερη επιβάρυνση, λόγω των παραγόντων αυτών, στο γυναικείο φύλο (Aytac & Rankin, 2009).

Αυτό που δείχνει να αποτελεί σημαντικό εύρημα στην συγκεκριμένη έρευνα, είναι η αναφορά του αντιλαμβανόμενου στρες πριν της εμφάνισης της νόσου στην πειραματική ομάδα καθώς φάνηκε ότι οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν σε βάθος πενταετίας υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Ωστόσο ιδιαίτερα σημαντικό είναι επίσης, ότι το αντιλαμβανόμενο στρες των καρκινοπαθών γυναικών ήταν ανεξάρτητο από τη χρονική απόσταση από τη διάγνωση τους. Οι γυναίκες δηλαδή της πειραματικής ομάδας που έχουν νοσήσει ή που νοσούν στην παρουσία φάση από καρκίνο του μαστού δείχνουν να αντιλαμβάνονται αλλά και να μπορούν να ανακαλέσουν το στρες στην ζωή τους σαν μια επιβαρυντική κατάσταση που το άτομο όχι μόνο την αντιλαμβάνεται αλλά και την αναγνωρίζει ως επιβλαβή.

Αντίστοιχα αποτελέσματα μπορούμε να αντλήσουμε και από προοπτική έρευνα 24 ετών στην Σουηδία που εξέταζε το αυτοαναφερόμενο στρες κατά τα τελευταία πέντε χρονιά πριν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και που ανέδειξε σημαντική υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών μεταβλητών (Helgesson et al., 2003).

Επίσης το αντιλαμβανόμενο στρες στην παρούσα έρευνα ήταν ανεξάρτητο από την έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής στην ομάδα ελέγχου, ενώ είχε μια ασθενή

θετική σχέση στην ομάδα των καρκινοπαθών. Συνεπώς τα αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες μπορεί ενδεχομένως να συνδέονται με τη νόσηση μέσω άλλων σχετικών παραγόντων και όχι μέσω της ανθεκτικότητας ή των στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Από παρεμφερείς έρευνες έχει όντως φανεί ότι το αντιλαμβανόμενο στρες όταν συνδυάζεται με πιθανά επικίνδυνες συμπεριφορές στον τρόπο ζωής, μπορεί να αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που δυνητικά συμβάλλει στην εμφάνιση καρκίνου του καρκίνου μαστού (Wang et al. 2013).

Οι δυο ομάδες φαίνεται να μην παρουσιάζουν διαφορές ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα, και αυτό εννοώντας την ύπαρξη της ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχουσών ως μιας ικανότητας που δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να αξιοποιεί τα ατομικά και περιβαλλοντικά αποθέματα (Yates, Egeland & Sroufe, 2003) και μεταφράζοντας τους παράγοντες επικινδυνότητας σε στρατηγικές θετικής δράσης οι οποίες στην ουσία αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες (Gibbs & Bennett, 1990) για την πιθανή μη εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως άγχος και κατάθλιψη.

Η ανθεκτικότητα στα αποτελέσματα εμφανίστηκε ανεξάρτητη από την έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα στην ομάδα ελέγχου ενώ είχε μια ασθενή αρνητική σχέση με αυτήν στην ομάδα των καρκινοπαθών. Η ανθεκτικότητα δηλαδή αποτελεί ένα αρκετά σταθερό και παγιωμένο χαρακτηριστικό αλλά και έναν ανεξάρτητο προστατευτικό παράγοντα της προσωπικότητας των ατόμων και συνεπώς, είναι λογικό να μην επηρεάζεται ουσιαστικά, από σχετικά πρόσφατη αντικειμενική έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Το εύρημα αυτό αποδεικνύεται και από έρευνα η οποία δείχνει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί θετικό προβλεπτικό παράγοντα για την αποφυγή της εμφάνισης της αβοηθησίας, αλλά ταυτόχρονα επιφέρει μια μοναδική προστατευτική συνεισφορά στο άτομο ακόμα και μετά από στρεσογόνα γεγονότα ζωής και διαταραχές της διάθεσης (Hjemdal, Frinorg & Stiles., 2012). Εν αντιθέσει η σχέση της

ανθεκτικότητας με το αντιλαμβανόμενο στρες, που είναι υποκειμενικό μέτρο του στρες, είναι παρόμοια αρνητική και στις δύο ομάδες, δηλαδή η ανθεκτικότητα, ενώ δεν συνδέεται με την έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα, συνδέεται με την υποκειμενική αντίληψη του στρες.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε αν στην παρούσα φάση οι γυναίκες που έχουν νοσήσει εμφανίζουν συννοσηρότητα με αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μεγαλύτερο βαθμό από την ομάδα ελέγχου. Στην παρούσα έρευνα δεν εντοπίστηκαν διαφορές στο άγχος ή την κατάθλιψη μεταξύ της ομάδας των καρκινοπαθών και της ομάδας ελέγχου, όπως θα ανάμενε κανείς με βάση τη βιβλιογραφία (Maass et al., 2015 Hashemi et al., 2020).

Ακόμη και όταν ελέγχθηκε ο παράγοντας της ψυχιατρικής αγωγής, που ήταν συχνότερος στην ομάδα των καρκινοπαθών, δεν βρέθηκε διαφορά στην κατάθλιψη ή το άγχος, αυτό μπορεί δυνητικά να εξηγείται λόγω της δράσης της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό οι ασθενείς οπότε και αποτελεί έναν παράγοντα ρύθμισης των συμπτωμάτων και δεν αφήνει να εμφανιστεί η διαφορά στα ψυχιατρικά συμπτώματα μεταξύ των δυο ερευνητικών ομάδων.

Παρόλα αυτά και στις δυο ομάδες η συσχέτιση μεταξύ Άγχους και Κατάθλιψης ήταν στατιστικά σημαντική, θετική και υψηλή στην ομάδα των καρκινοπαθών και επίσης στατιστικά σημαντική, θετική, αν και μάλλον μετρίου βαθμού, στην ομάδα ελέγχου. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στη σοβαρή επιβάρυνση και της ομάδας ελέγχου, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Ο ρόλος των ατόμων που βρίσκονται κοντά στα άτομα που νοσούν είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένος από τις συνεχείς στρεσογόνες συνθήκες των αγαπημένων τους προσώπων και σε ένα μεγάλο βαθμό επηρεάζεται άμεσα και η δική τους ψυχοσυναισθηματική κατάσταση.

Συμπερασματικά, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες πριν την εμφάνιση της νόσου σε βάθος πενταετίας σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η ομάδα των ασθενών νοσηματοδοτούν το αυτοαναφερόμενο στρες ως σημαντικά επιβαρυντικό όσο και επιβλαβές σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν νοσήσει, ακόμα και αν οι δεύτερες ήταν εκτεθειμένες σε παρόμοια ερεθίσματα λόγω της νόσου των κοντινών τους προσώπων αλλά και της επαφής τους με στρεσογόνες καταστάσεις και παράλληλα είχαν παρόμοια τα επίπεδα ανθεκτικότητας.

Το δεύτερο σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας ήταν ότι ο κυριότερος προβλεπτικός παράγοντας τόσο της συμπτωματολογίας Άγχους όσο και της Κατάθλιψης είναι το αντιλαμβανόμενο στρες. Το αντιλαμβανόμενο στρες δηλαδή μπορεί από μόνο του να αποτελεί ένα επιβαρυντικό παράγοντα σημαντικής βαρύτητας αλλά ταυτοχρόνως να έχει έναν ουσιαστικό συνδυαστικό ή και εκλυτικό ακόμα ρόλο σε μια αλληλουχία πρόκλησης καταστάσεων που σχετίζονται τόσο με σωματική και ψυχική υγεία όσο και με την δράση του ανοσοποιητικού συστήματος. Καθώς από προηγούμενες έρευνες (Chopra & Kamal., 2012) φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού επηρεάζεται σημαντικά αρνητικά αλλά και η θνητότητά τους μπορεί να αυξηθεί, όταν εμφανίζουν συννοσηρότητα με καταθλιπτική συμπτωματολογία ( Giese-Davis 2011),( Hjerl et al., 2003),( Shim et al., 2020) το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα για τον τρόπο ψυχοκοινωνικής υποστήριξής τους .

Ωστόσο στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το μέγεθος του δείγματος αποτελεί έναν περιορισμό της έρευνας όπως και η ύπαρξη αλληλεπίδρασης με τις κοινές ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις της νόσου του καρκίνου του μαστού τόσο στις γυναίκες της ομάδας ελέγχου όσο και στις γυναίκες της ομάδας ελέγχου καθώς

αυτές είτε είχαν τον ρόλο συγγενούς των ασθενών, είτε τον ρόλο των φροντιστών οπότε, αναπόφευκτα επηρεάζονταν συναισθηματικά. Έναν ακόμα περιορισμό αποτελεί, και το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια που σχετίζονται με το στρες απαντώνται από τις συμμετέχουσες σε αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα από τα γεγονότα που προκάλεσαν το στρες.

Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω η συνεισφορά της μελέτης κρίνεται σημαντική προκειμένου να γίνει επιβεβλημένη η διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των γυναικών που είτε βιώνουν έντονο καθημερινό στρες, είτε των γυναικών που νοσούν από καρκίνο του μαστού όσο και των κοντινών τους προσώπων.

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν επίσης την αναγκαιότητα σχεδιασμού ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων υποστήριξης αλλά και πρόληψης σε εθνικό επίπεδο αλλά και εφαρμογής εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ειδικά στον γυναικείο εφηβικό πληθυσμό. Επιπλέον, στο πλαίσιο στρατηγικών πρόληψης, είναι σημαντικό να συμπεριληφθεί στα προγράμματα και η αντιμετώπιση και μείωση του καθημερινού στρες ως ένας δυνητικά επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας. Η υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων θα μπορούσε μακροπρόθεσμα να έχει ευεργετικά αποτελέσματα σε σχέση με την υιοθέτηση ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής.

Γενικότερα, απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών με παρεμφερή στόχευση για την ισχυροποίηση των στατιστικά σημαντικών σχέσεων που καταδείχθηκαν μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### **Μεταπτυχιακή Κλινική Έρευνα "Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του Καρκίνου του Μαστού"**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Κ.Π.Α

Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΤΤΙΚΟΝ"

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ "Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας"

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομάζομαι Κουμαντάκη Βασιλική και ολοκληρώνω το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η έρευνα στην οποία θα συμμετάσχετε, εφόσον συμφωνήσετε, αποτελεί τμήμα της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Σκοπός της έρευνας αποτελεί, η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης παρελθοντικών ψυχολογικών παραγόντων και κοινωνικών συνθηκών με την εμφάνιση και την έκλυση του καρκίνου του μαστού. Πιο ειδικά, προτείνεται να διερευνηθεί το εάν τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, η καταθλιπτική συμπτωματολογία αλλά και το χρόνιο στρες μπορεί ενδεχομένως να συμβάλουν στην αιτιοπαθογένεια και την ευαλωτότητα για την εκδήλωση της νόσου. Επόπτης στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ο κύριος Ιωάννης Μιχόπουλος Ψυχίατρος, Αναπληρωτής Καθηγητής στην Β' Ψυχιατρική Ε.Κ.Π.Α, Αττικό Νοσοκομείο.

Θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω ότι οι πληροφορίες που δίνετε είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Τα στοιχεία σας δεν θα χρησιμοποιηθούν από τρίτους και δε θα κοινοποιηθούν.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και μπορείτε να

αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να την διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή. Για την συμμετοχή σας, δεν θα έχετε κανένα οικονομικό κόστος και δεν θα λάβετε καμία χρηματική αμοιβή. Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, πιθανόν να μην προκύψει άμεσο όφελος για εσάς, ωστόσο οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην βελτίωση της φροντίδας και στην καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών εκείνων παραγόντων που και κοινωνικών συνθηκών που συσχετίζονται με την εμφάνιση και την έκλυση του καρκίνου του μαστού. Θα ήθελα επίσης να σας παρακαλέσω να συμπληρώσετε όλα τα ερωτηματολόγια και τις ερωτήσεις τους που θα σας δοθούν. Συνήθως, είναι πιο εύκολο να αφιερώσει κανείς λίγο χρόνο για να συμπληρώσει όλα τα ερωτηματολόγια μαζί και φυσικά να απαντήσει όπως εκείνος νομίζει. Δεν χρειάζεται να λάβετε τη γνώμη κάποιου άλλου. Δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση, μόνο ό,τι εσείς πιστεύετε. Για οποιοδήποτε πρόβλημα ή απορία, θα είμαι στη διάθεσή σας. Σας ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση,  
Κουμαντάκη Βασιλική  
Ψυχολογός Ε.Κ.Π.Α

Αν υπάρχουν επιπλέον ερωτήσεις ή σχόλια σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια ως ακολούθως:

Τηλ. 6944477724

e email. [vivikoumantakis@gmail.com](mailto:vivikoumantakis@gmail.com)

**\* Απαιτείται**

**1. Έχω διαβάσει τα παραπάνω και συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα**

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Συμφωνώ

**2. Πόσο χρονών είστε ; (συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)**

**3. Έτη εκπαίδευσης**

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Έως - 6 έτη (Δημοτικοί)
- Έως - 9 έτη (Γυμνάσιο)
- Έως - 12 έτη (Γενικός Λύκειο ή Επαγγελματικό ή Επαγγελματική Σχολή)

- Έως - 18 έτη ( Πανεπιστήμιο Α.Ε.Ι. ή Α.Τ.Ε. Ι)
- Έως - 20 έτη (Μεταπτυχιακές Σπουδές)
- Έως - 25 έτη (Διδακτορικό)

**4. Παρακαλώ συμπληρώστε συνολικό αριθμό ετών εκπαίδευσης \***

**5. Είδος εκπαίδευσης/ Πεδίο σπουδών**

**6.Τι ύψος έχετε ; (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό σε εκατοστά) \***

**7. Τι βάρος έχετε ; (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό σε κιλά) \***

**8. Είστε καπνίστρια ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Όχι
- Ναι
- Όχι πια

**9. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα ; (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)**

**10. Ηλικία έναρξης**

**11. Αν όχι πια, πότε έγινε διακοπή;**

**12. Αν καπνίζατε και διακόψατε το κάπνισμα σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει στις παρακάτω ερωτήσεις:**

Η διακοπή πραγματοποιήθηκε μετά από την διάγνωση κάποιου οργανικού προβλήματος;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

Η διακοπή πραγματοποιήθηκε πριν, την έναρξη της νόσου ;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

Η διακοπή πραγματοποιήθηκε μετά από ιατρική σύσταση ;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**13. Ήσασταν παθητική καπνίστρια πριν τα 18 έτη ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**14. Είστε παθητική καπνίστρια τα τελευταία 5 χρόνια ; \***



*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**15. Εργάζεστε ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**16. Εάν ναι, πόσες ώρες την εβδομάδα ; (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)**

**17. Εάν ναι, τι είδους εργασία κάνετε ;**

**18. Τόπος διαμονής \***

- *Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*
- Ανατολική Μακεδονία & Θράκη
- Κεντρική Μακεδονία
- Δυτική Μακεδονία
- Ήπειρος
- Θεσσαλία
- Ιόνιοι Νήσοι
- Δυτική Ελλάδα
- Στερεά Ελλάδα
- Αττική
- Πελοπόννησος
- Βόρειο Αιγαίο
- Νότιο Αιγαίο
- Κρήτη

Άλλο:

**19. Καταναλώνετε αλκοόλ ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**20. Εάν ναι, τι από τα παρακάτω συνήθως καταναλώνετε ;**

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Μπύρα
- Κρασί (ή σαμπάνια)
- Συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό
- Ούζο, τσίπουρο
- Ουίσκι, βότκα ή τζιν ή κονιάκ ή άλλο παρόμοιο ποτό

**21. Εάν ναι, μέσα στον μήνα, πόσα ποτά καταναλώνετε; (Ένα "ΠΟΤΟ" είναι ένα ποτήρι κρασί ή ένα μικρό μπουκάλι ή κουτάκι μπύρας, ή ένα σφηνάκι ή ένα μπουκάλι συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό ή ένα κοκτέιλ που να περιέχει αλκοόλ /Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)**

**22. Γυμνάζεστε ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**23. Εάν ναι, πόσες ώρες την εβδομάδα ;** (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)

**24.Οικογενειακή κατάσταση \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ελεύθερη
- Σε σχέση
- Έγγαμη
- Διαζευγμένη
- Σε χηρεία

**25.Έχετε παιδιά ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**26. Εάν, ναι πόσα ;** (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)

**27. Έχετε θηλάσει ;**

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**28. Εάν ναι, για πόσους μήνες συνολικά ;** (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)

**29. Έχετε στην οικογένεια σας κάποια συγγενή που νόσησε από καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**30. Εάν ναι, τι συγγένεια είχατε ;**

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Μητέρα
- Αδελφή
- Γιαγιά (Από την πλευρά της μητέρας)
- Θεία (Από την πλευρά της μητέρας)
- Ξαδέλφη (Από την πλευρά της μητέρας)
- Άλλο:

**31. Εάν ναι, συμπληρώστε αριθμό συγγενών** (Συμπληρώστε μόνο τον αριθμό)

**32. Έχετε νοσήσει ποτέ ή νοσείτε τώρα, από κάποια πάθηση του μαστού ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**32. Εάν ναι, συμπληρώστε χρόνο και μήνα της πρώτης διάγνωσης (πχ 06/2016)**

**33.Εάν ναι, περιγράψτε τον τύπο της πάθησης σας**

**34.Εάν ναι, έχετε υποβληθεί σε κάτι από τα παρακάτω ;**

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Χειρουργική επέμβαση με αποκατάσταση

- Χειρουργική επέμβαση χωρίς αποκατάσταση
- Χημειοθεραπεία
- Ορμονοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία

**35. Έχετε υποβληθεί ποτέ σε προληπτικό έλεγχο για την υγεία του μαστού ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**36. Εάν ναι, τι από τα παρακάτω έχετε κάνει;**

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Υπέρηχο Μαστών
- Ψηφιακή Μαστογραφία
- Αναλογική Μαστογραφία
- Κλινική Ψηλάφηση Μαστών
- Μαγνητική τομογραφία Μαστών
- Άλλο:

**37. Εάν ναι, πότε ήταν η τελευταία φορά που κάνατε διαγνωστικό έλεγχο;**

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 6 μήνες
- 12 μήνες
- 18 μήνες
- 24 μήνες
- Περισσότερο από 24 μήνες

**38. Εάν νοσείτε τώρα, ή έχετε νοσήσει στο παρελθόν, απο κάποια πάθηση του μαστού κάθε πόσο συχνά κάνατε προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους πριν την εμφάνιση της νόσου ;**

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Κάθε 6 μήνες
- Κάθε 12 μήνες
- Κάθε 24 μήνες
- Περισσότερο από 24 μήνες

**39. Έχετε υποβληθεί ποτέ σε γονιδιακό έλεγχο μαστού ; (Αφορά εξειδικευμένο αιματολογικό έλεγχο για γονιδιακούς παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού) \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**40. Έχετε λάβει ποτέ αντισυλληπτικά ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**41. Εάν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα ;**

**42. Λαμβάνετε αυτήν την περίοδο αντισυλληπτικά ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι

- Όχι

**43. Έχετε υποβληθεί ποτέ σε ορμονοθεραπεία, για την επίτευξη εξωσωματικής γονιμοποίησης ; (IVF) \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**44. Εάν ναι, πόσες φορές ;**

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Μια φορά
- Δυο φορές
- Τρεις φορές
- Τέσσερις Φορές
- Πέντε φορές
- Για παραπάνω φορές

**45. Πάσχετε από σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**46. Είστε ασφαλισμένη ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**47. Έχετε επισκεφτεί ποτέ ειδικό ψυχικής υγείας ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**48. Εάν ναι τι από τα παρακάτω ;**

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Ψυχίατρο
- Ψυχολόγο
- Νευρολόγο
- Άλλο

**49. Εάν ναι έχετε λάβει ποτέ ψυχιατρική αγωγή ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

**50. Εάν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα ;**

**51. Λαμβάνετε αυτήν την περίοδο ψυχιατρική αγωγή ; \***

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

Εάν ναι, ποιο απο τα παρακάτω σκευάσματα ;

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Ladose

- Seroxat
- Seropram
- Cipralex
- Entact
- Zoloft
- Remeron
- Lyrica
- Seroquel
- Wellbutrin
- Tavor
- Xanax
- Lexotanil
- Stedon
- Centrac
- Tranxene
- Risperdal
- Zyprexa
- Solian
- Abilify
- Dipiperon
- Leponex
- Λίθιο
- Tegretol
- Depakine
- Lamictal
- Aloperidine
- Άλλο:

## Εκτίμηση στρεσογόνων γεγονότων ζωής

Παρακάτω αναγράφονται γεγονότα που συμβαίνουν στην ζωή μας. Για κάθε γεγονός που πράγματι συνέβη σε εσάς ή σας απασχόλησε κατά την διάρκεια των τελευταίων πέντε χρονών (μέχρι και σήμερα), επιλέξτε την απάντηση που σας αντιστοιχεί ταυτοχρόνως με τον βαθμό σημαντικότητας σύμφωνα με την κλίμακα βαθμολόγησης σημαντικότητας που σας προτείνουμε.

**Ελάχιστα σημαντικό 1 2 3 4 5 - 6 7 8 9 10 Πάρα πολύ σημαντικό**

### Θάνατος Συζύγου

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Διαζύγιο

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Διάσταση με τον σύζυγο

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Εγκλεισμός σε φυλακή ή άλλο ίδρυμα

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Θάνατος ενός στενού μέλους της οικογένειας

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Γάμος

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Απόλυση από εργασία

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Επανάσυνδεση με τον σύζυγο

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Συνταξιοδότηση

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά οικογενειακού μέλους

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Εγκυμοσύνη**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Σεξουαλικές δυσχέρειες**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Απόκτηση νέου μέλους της οικογένειας (γέννηση/υιοθεσία/εγκατάσταση ηλικιωμένου κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων επιχειρηματική αναπροσαρμογή ( συγχώνευση, αναδιοργάνωση, πτώχευση κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση ( σημαντική επιδείνωση, ή βελτίωση )**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Θάνατος στενού φίλου**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στον αριθμό των λογομαχιών με τον σύζυγο (είτε πολύ περισσότερες είτε πολύ λιγότερες που αφορούν την ανατροφή των παιδιών, προσωπικές συνήθειες κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Υποθήκη ή δάνειο αξίας άνω των 10.000 ευρώ ( για αγορά σπιτιού ή επιχείρησης κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Κατάσχεση ή δανεισμός**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στις ευθύνες της εργασίας (προαγωγή, υποβιβασμός, μετάθεση)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Γιος ή κόρη που εγκαταλείπει την οικογένεια (γάμος, σπουδές κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Προβλήματα με τα πεθερικά**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Εξαιρετικό προσωπικό επίτευγμα**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Ο σύζυγος αρχίζει ή σταματά να εργάζεται έξω από το σπίτι.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Έναρξη ή διακοπή της κανονικής εκπαίδευσης**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης (κτίσιμο νέου σπιτιού, μετακόμιση σε χειρότερο σπίτι ή γειτονιά, ανακαίνιση)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Αναθεώρηση προσωπικών συνηθειών (ενδυμασία, τρόποι, σχέσεις κλπ. )**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Προβλήματα με τον προϊστάμενο στην εργασία**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στο ωράριο ή στις συνθήκες εργασίας**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Αλλαγή στη διαμονή**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Αλλαγή σχολείου**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή του συνηθισμένου τύπου ψυχαγωγίας ή της συχνότητάς της**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στις θρησκευτικές δραστηριότητες (πολύ περισσότερο ή πολύ λιγότερο απ' ό τι συνήθως)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στις κοινωνικές δραστηριότητες (λέσχες, χορός, κινηματογράφος, επισκέψεις κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Υποθήκη ή δάνειο μικρότερο των 10,000 ευρώ (αγορά αυτοκινήτου, TV, ψυγείου κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



**Μείζων αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου (πολύ περισσότερος ή πολύ λιγότερος ή αλλαγή μέσα στο 24ώρο)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στον αριθμό των οικογενειακών συναθροίσεων (πολύ περισσότερες από ό,τι συνήθως)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Μείζων αλλαγή στις συνήθειες του φαγητού (πολύ μεγαλύτερη ή πολύ μικρότερη ποσότητα τροφής ή εντελώς διαφορετικές ώρες γευμάτων ή περιβάλλον)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Διακοπές**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Χριστούγεννα**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Ελάσσονες παραβάσεις του νόμου (κλήσεις τροχαίας, διατάραξη της κοινής ησυχίας κλπ.)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Εκτίμηση ψυχικής ανθεκτικότητας

Για κάθε λήμμα παρακαλείσθε να κυκλώσετε το τετραγωνάκι το οποίο αντιπροσωπεύει καλύτερα πόσο συμφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις όπως συνέβησαν σε εσάς κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 χρόνων. Αν μία συγκεκριμένη κατάσταση δε σας συνέβη το διάστημα αυτό, απαντήστε σύμφωνα με το πώς σκέφτεστε ότι θα είχατε νιώσει.

(0) Καθόλου αληθές

(1) Σπανίως αληθές

(2) Μερικές φορές αληθές

(3) Συχνά αληθές

(4) Σχεδόν πάντα αληθές

**Είμαι ικανός να προσαρμόζομαι όταν συμβαίνουν αλλαγές. \***

0 1 2 3 4

**Έχω τουλάχιστον μία στενή και ασφαλή σχέση που με βοηθάει όταν είμαι αγχωμένη.**

0 1 2 3 4

**Όταν δε διαφαίνονται καθαρές λύσεις στα προβλήματά μου, η μοίρα ή ο Θεός μπορεί να βοηθήσουν. \***

0 1 2 3 4

**Μπορώ να ανταποκριθώ σε οτιδήποτε συμβεί.**

0 1 2 3 4

**Παλαιότερες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση στο να ανταποκριθώ σε νέες προκλήσεις και δυσκολίες \***

0 1 2 3 4

**Προσπαθώ να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων όταν αντιμετωπίζω προβλήματα. \***

0 1 2 3 4

**Το να έχω να ανταποκριθώ στο άγχος μπορεί να με κάνει πιο δυνατή. \***

0 1 2 3 4

**Έχω την τάση να συνέρχομαι γρήγορα μετά από ασθένεια, τραυματισμό ή άλλες ταλαιπωρίες. \***

0 1 2 3 4

**Είτε καλώς, είτε κακώς, πιστεύω ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν λόγο που συμβαίνουν. \***

0 1 2 3 4

**Δίνω τον καλύτερο εαυτό μου όποιο κι αν μοιάζει να είναι το αποτέλεσμα. \***

0 1 2 3 4

**Πιστεύω ότι μπορώ να πετύχω τους στόχους μου, ακόμα κι όταν υπάρχουν εμπόδια. \***

0 1 2 3 4

**Ακόμα κι όταν τα πράγματα φαίνονται απέλπιδα, δεν τα παρατάω. \***

0 1 2 3 4

**Κατά τη διάρκεια περιόδων άγχους/κρίσης, γνωρίζω πού μπορώ να απευθυνθώ για βοήθεια. \***

0 1 2 3 4

**Υπό καθεστώς πίεσης, παραμένω συγκεντρωμένος και σκέφτομαι καθαρά. \***

0 1 2 3 4

**Προτιμώ να αναλαμβάνω την ευθύνη στη λύση προβλημάτων παρά να αφήνω άλλους να λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις. \***

0 1 2 3 4

**Δεν απογοητεύομαι εύκολα από την αποτυχία. \***

0 1 2 3 4

**Θεωρώ τον εαυτό μου ως δυνατό άτομο όταν αντιμετωπίζω τις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής. \***

0 1 2 3 4

**Μπορώ να λαμβάνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις που επηρεάζουν άλλα άτομα, αν είναι απαραίτητο. \***

0 1 2 3 4

**Είμαι σε θέση να χειρίζομαι δυσάρεστα ή επίπονα συναισθήματα όπως λύπη, φόβο ή θυμό. \***

0 1 2 3 4

**Όταν αντιμετωπίζεις τα προβλήματα της ζωής κάποιες φορές πρέπει να ενεργείς διαισθητικά χωρίς να ξέρεις γιατί.**

0 1 2 3 4

**Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού στη ζωή. \***

0 1 2 3 4

**Αισθάνομαι ότι ελέγχω τη ζωή μου \***

0 1 2 3 4

**Μου αρέσουν οι προκλήσεις. \***

0 1 2 3 4

**Προσπαθώ να πετυχαίνω τους στόχους μου, όσα εμπόδια και να αντιμετωπίζω. \***

0 1 2 3 4

**Αισθάνομαι υπερήφανη για τα επιτεύγματά μου. \***

0 1 2 3 4

## Αυτοαναφερόμενο παρελθοντικό στρες

Οι ερωτήσεις της κλίμακας αυτής σας ρωτάνε για τα συναισθήματα τις σκέψεις σας κατά την διάρκεια των τελευταίων ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΩΝ, θα σας ζητηθεί να υποδείξετε την απάντηση που αντιπροσωπεύει το ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε με τον συγκεκριμένο τρόπο . Αν κάποιες ερωτήσεις σας φαίνονται παρόμοιες, υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους και θα πρέπει να αντιμετωπίζετε την κάθε μια σαν ξεχωριστή απάντηση. Η καλύτερη προσέγγιση είναι να απαντάτε αρκετά γρηγορά. Επίσης, μην προσπαθείτε να αθροίζετε τις φορές που αισθανθήκατε με τον συγκεκριμένο τρόπο, αλλά επιλέξτε την εναλλακτική εκείνη που φαίνεται ως η πιο λογική εκτίμηση.

(0) Ποτέ

(1) Λίγες φορές

(2) Μερικές φορές

(3) Συχνά

(4) Πολύ Συχνά

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά έχετε νιώσει αναστάτωση εξαιτίας κάποιου γεγονότος που συνέβη αναπάντεχά ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι αδυνατούσατε να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά νιώσατε νευρικές και στρεσαρισμένες ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά έχετε αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματα και τις ενοχλήσεις της καθημερινότητας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά νιώσατε να ανταπεξέρχεστε αποτελεσματικά στις σημαντικές αλλαγές που συνέβαιναν στην ζωή σας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά νιώσατε πεπεισμένες για την ικανότητα σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν με τον τρόπο που θέλατε ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά ανακαλύψατε ότι δεν μπορούσατε να ανταπεξέλθετε στο σύνολο των υποχρεώσεων σας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά ήσασταν σε θέση να ελέγξετε τους εκνευρισμούς στη ζωή σας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά νιώσατε ότι είχατε τον απόλυτο έλεγχο των πραγμάτων ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια πόσο συχνά εξοργιστήκατε εξαιτίας, κάποιων συμβάντων που δεν άπτονταν του ελέγχου σας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά έχετε πιάσει τον εαυτό σας να σκέφτεται για πράγματα που πρέπει να φέρετε εις πέρας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά ήσασταν σε θέση να ελέγξετε τον τρόπο που ξοδεύετε τον χρόνο σας ; \***

0 1 2 3 4

**Τα τελευταία πέντε χρόνια , πόσο συχνά νιώσατε ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται σε τέτοιο βαθμό ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε ; \***

0 1 2 3 4

## Άγχος και κατάθλιψη

Επιλέξτε την απάντηση που είναι πλησιέστερη στα συναισθήματα σας της ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκριση σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα και η πιο αντιπροσωπευτική.

**Νιώθω ανήσυχη ή τρομαγμένη. \***

- (3) Τον περισσότερο καιρό
- (2) Πολύ καιρό
- (1) Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
- (0) Καθόλου

**Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω. \***

- (0) Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
- (1) Όχι στον ίδιο βαθμό
- (2) Λίγο μόνο
- (3) Καθόλου

**Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί. \***

- (3) Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
- (2) Ναι αλλά όχι τόσο σοβαρά
- (1) Ελάχιστα, αλλά δεν με ανησυχεί
- (0) Καθόλου

**Μπορώ να γελώ και να βλέπω την χαρωπή όψη των πραγμάτων. \***

- (0) Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα
- (1) Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν
- (2) Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ
- (3) Καθόλου

**Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου. \***

- (3) Πάρα πολύ καιρό
- (2) Πολύ καιρό
- (1) Όχι τόσο συχνά
- (0) Πολύ λίγο

**Νοιώθω κεφάλι. \***

- (3) Ποτέ
- (2) Όχι συχνά
- (1) Μερικές φορές
- (0) Τον περισσότερο καιρό

**Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένη. \***

- (0) Ακριβώς
- (1) Συνήθως
- (2) Όχι συχνά
- (3) Καθόλου

**Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου. \***

- (3) Σχεδόν όλο τον καιρό
- (2) Πολύ συχνά
- (1) Μερικές φορές
- (0) Καθόλου

**Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω "πεταλούδες" στο στομάχι μου. \***

- (0) Καθόλου
- (1) Περιστασιακά
- (2) Αρκετά συχνά
- (3) Πολύ συχνά

**Έχασα το ενδιαφέρον μου για την εμφάνισή μου. \***

- (3) Ακριβώς
- (2) Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
- (1) Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε

**Νιώθω νευρική και ανήσυχη, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι. \***

- (3) Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
- (2) Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
- (1) Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
- (0) Καθόλου

**Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα. \***

- (0) Τόσο όσο και στο παρελθόν
- (1) Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθιζα
- (2) Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
- (3) Καθόλου

**Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού. \***

- (3) Πράγματι πολύ συχνά
- (2) Αρκετά συχνά
- (1) Όχι τόσο συχνά
- (0) Καθόλου

**Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα. \***

- (0) Συχνά
- (1) Μερικές φορές
- (2) Όχι συχνά
- (3) Πολύ σπάνια



## Παράρτημα II

**Πίνακας 14.** Συχνότητα και βαρύτητα στρεσογόνων γεγονότων ζωής

Γεγονότα Ζωής	Βαρύτητα	Συχνότητα f	Σχ. Συχν. (%)
Μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση (σημαντική επιδείνωση ή βελτίωση)	38	142	68,6
Διακοπές	13	126	60,9
Μείζων αλλαγή στον αριθμό των λογομαχιών με το/τη σύζυγο (είτε πολύ περισσότερες, είτε πολύ λιγότερες, που αφορούν στην ανατροφή του παιδιού, προσωπικές συνήθειες κ.λπ.)	35	123	59,4
Μείζων αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου (πολύ περισσότερος ή πολύ λιγότερος ή αλλαγή στο τμήμα του 24ώρου, όταν κοιμάται)	16	123	59,4
Θάνατο ενός στενού μέλους της οικογένειας	63	121	58,5
Μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά οικογενειακού μέλους	44	120	58,0
Αναθεώρηση προσωπικών συνηθειών (ενδυμασία, τρόποι, σχέσεις κ.λπ.)	24	118	57,0
Βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια	53	117	56,5
Μείζων αλλαγή στις συνήθειες του φαγητού (πολύ μεγαλύτερη ή πολύ μικρότερη ποσότητα τροφής ή εντελώς διαφορετικές ώρες γευμάτων ή περιβάλλον)	15	114	55,1
Χριστούγεννα	12	110	53,1
Μείζων αλλαγή στις κοινωνικές δραστηριότητες (λέσχες, χορός, κινηματογράφος, επισκέψεις κ.λπ.)	18	108	52,2
Μείζων αλλαγή του συνηθισμένου τύπου ψυχαγωγίας ή της συχνότητάς της	19	101	48,8
Μείζων αλλαγή στις ευθύνες της εργασίας (προαγωγή, υποβιβασμός, μετάθεση)	29	100	48,3
Σεξουαλικές δυσχέρειες	39	92	44,4
Υποθήκη ή δάνειο αξίας άνω των 10.000 ευρώ (για αγορά σπιτιού, επιχείρησης κ.λπ.)	31	92	44,4
Προβλήματα με τον προϊστάμενο	23	88	42,5
Αλλαγή στη διαμονή	20	87	42,0
Γάμος	50	86	41,5
Μείζων αλλαγή στο ωράριο ή στις συνθήκες εργασίας	20	85	41,1
Απόκτηση νέου μέλους της οικογένειας (γέννηση, υιοθεσία, εγκατάσταση ηλικιωμένου κ.λπ.)	39	84	40,6
Μείζων αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης (κτίσιμο νέου σπιτιού, μετακόμιση σε χειρότερο σπίτι ή γειτονιά, ανακαίνιση)	25	81	39,1

Γιος ή κόρη που εγκαταλείπει την οικογένεια (γάμος, σπουδές κ.λπ.)	29	78	37,7
Μείζων αλλαγή στον αριθμό των οικογενειακών συναθροίσεων (πολύ περισσότερες από ό,τι συνήθως)	15	78	37,7
Εγκυμοσύνη	40	76	36,7
Διαζύγιο	73	75	36,2
Θάνατος στενού φίλου	37	75	36,2
Διάσταση με τον/τη σύζυγο	65	73	35,3
Απόλυση από την εργασία	47	71	34,3
Κατάσχεση ή δανεισμός	30	71	34,3
Ελάσσονες παραβάσεις του νόμου (κλήσεις τροχαίας, αφηρημένος πεζός, διατάραξη κοινής ησυχίας, κλπ)	11	68	32,9
Υποθήκη ή δάνειο μικρότερο των 10,000 ευρώ (αγορά αυτοκινήτου, TV, ψυγείου κ.λπ.)	17	65	31,4
Επανασύνδεση με το/τη σύζυγο	45	62	30,0
Μείζων αλλαγή στις θρησκευτικές δραστηριότητες (πολύ περισσότερο ή πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως)	19	61	29,5
Συνταξιοδότηση	45	60	29,0
Εξαιρετικό προσωπικό επίτευγμα	28	58	
Έναρξη ή διακοπή της κανονικής εκπαίδευσης	26	56	27,1
Αλλαγή σχολείου	20	55	26,6
Θάνατος συζύγου	100	54	26,1
Μείζων επιχειρηματική αναπροσαρμογή (συγχώνευση, αναδιοργάνωση, πτώχευση κ.λπ.)	39	52	25,1
Εγκλεισμός σε φυλακή ή άλλο ίδρυμα	63	51	24,6
Προβλήματα με τα πεθερικά	29	50	24,2
Ο/Η σύζυγος αρχίζει ή σταματά να εργάζεται έξω από το σπίτι	26	49	23,7

## Παράρτημα III

### Κανονικότητα των κατανομών

Πίνακας 15. Λοξότητα και Κύρτωση των κατανομών στις δύο ομάδες

Ομάδα		Λοξότητα	Σ.Σ.	Z	Κύρτωση	Σ.Σ.	Z
SRRS αριθμός	Έρευνας	0,638	0,244	<b>2,618</b>	-1,202	0,483	-2,489
	Ελέγχου	1,052	0,231	<b>4,546</b>	-0,304	0,459	-0,662
SRRS βαθμός	Έρευνας	0,703	0,244	<b>2,883</b>	-1,163	0,483	-2,409
	Ελέγχου	1,151	0,231	<b>4,972</b>	-0,166	0,459	-0,361
Αντιλαμβανόμενο Στρες	Έρευνας	-0,477	0,244	-1,959	-0,195	0,483	-0,403
	Ελέγχου	-0,244	0,231	-1,052	0,087	0,459	0,189
BMI	Έρευνας	1,601	0,244	<b>6,569</b>	3,406	0,483	<b>7,052</b>
	Ελέγχου	0,762	0,231	<b>3,290</b>	0,105	0,459	0,229
Ανθεκτικότητα	Έρευνας	-0,309	0,244	-1,269	-0,554	0,483	-1,147
	Ελέγχου	-0,627	0,231	-2,511	1,090	0,459	2,375
Άγχος	Έρευνας	0,349	0,244	1,433	0,174	0,483	0,361
	Ελέγχου	-0,057	0,231	-0,246	-0,719	0,459	-1,567
Κατάθλιψη	Έρευνας	0,508	0,244	2,083	-0,118	0,483	-0,243
	Ελέγχου	0,877	0,231	<b>3,789</b>	0,994	0,459	2,166

Με βάση το κριτήριο της τυποποιημένης τιμής λοξότητας ή κύρτωσης πάνω από την τιμή 2,6 η Κατάθλιψη καθώς και ο Αριθμός και ο Βαθμός Στρες (SRRS) σε βάθος πενταετίας δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Οι μεταβλητές αυτές κανονικοποιήθηκαν, μετά από μετασχηματισμό  $Y=\sqrt{(X+1)}$ , όπως φαίνεται από τη λοξότητα και την κύρτωση των μετασχηματισμένων μεταβλητών (Πίνακας 16). Η μεταβλητή BMI που επίσης δεν ήταν κανονική, κατηγοριοποιήθηκε

**Πίνακας 16.** Λοξότητα και Κύρτωση στις δύο ομάδες μετά τον μετασχηματισμό

Μετασχηματισμέν ες τιμές	Ομάδα	Λοξότητα	Σ.Σ.	Z	Κύρτω ση	Σ.Σ.	Z
SRRS αριθμός	Έρευνας	0,267	0,244	1,09	-1,134	0,483	-2,35
	Ελέγχου	0,569	0,231	2,46	-0,644	0,459	-1,40
SRRS βαθμός	Έρευνας	0,237	0,244	0,97	-0,980	0,483	-2,03
	Ελέγχου	0,6	0,231	2,60	-0,448	0,459	-0,98
Κατάθλιψη	Έρευνας	-0,156	0,244	-0,64	-0,432	0,483	-0,89
	Ελέγχου	0,118	0,231	0,51	-0,279	0,459	-0,61

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ**

- Akinyemiju, T. F., Pisu, M., Waterbor, J. W., & Altekruise, S. F. (2015).  
Socioeconomic status and incidence of breast cancer by hormone receptor  
subtype. *Springerplus*, 4(1), 508.
- American Cancer Society. "Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change" Last  
Medical Review (2016)
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos,  
G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived stress scale: reliability and validity study  
in Greece. *International journal of environmental research and public  
health*, 8(8), 3287-3298.
- Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ...  
& Wells, K. A. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and  
anxiety symptoms with a stress management intervention among women  
undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of  
Psychiatry*, 163(10), 1791-1797.
- Antonova, L., Aronson, K., & Mueller, C. R. (2011). Stress and breast cancer: from  
epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Research*, 13(2), 208
- Antonova, L., & Mueller, C. R. (2008). Hydrocortisone down-regulates the tumor  
suppressor gene BRCA1 in mammary cells: A possible molecular link  
between stress and breast cancer. *Genes, Chromosomes and Cancer*, 47(4),  
341-352.

- Aytaç, I. A., & Rankin, B. H. (2009). Economic crisis and marital problems in Turkey: Testing the family stress model. *Journal of Marriage and Family*, 71(3), 756-767.
- Bahri, N., Najafi, T. F., Shandiz, F. H., Tohidinik, H. R., & Khajavi, A. (2019). The relation between stressful life events and breast cancer: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Breast cancer research and treatment*, 1-9.
- Baker, G. H. B. (1982). Life events before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1-4), 173-177
- Barrow, T. M., Peng, C., Wilson, A., Wang, H., Liu, H., Shen, L., ... & Byun, H. M. (2019). Psychosocial stress is associated with benign breast disease in young Chinese women: results from project ELEFANT. *Breast cancer research and treatment*, 173(1), 217-224.
- Baum, A., & Andersen, B. L. (2001). Psychosocial intervention and cancer: An introduction.
- Bleiker, E. M., & van der Ploeg, H. M. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: review of a popular link. *Patient education and Counseling*, 37(3), 201-214.
- Bozovic, D., Racic, M., & Ivkovic, N. (2013). Salivary cortisol levels as a biological marker of stress reaction. *Med Arch*, 67(5), 374-377.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five-year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702.

- Chopra, I., & Kamal, K. M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and quality of life outcomes, 10*(1), 14.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England journal of medicine, 325*(9), 606-612.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior, 385-396*.
- Collishaw, N. E., Boyd, N. F., Cantor, K. P., Hammond, S. K., Johnson, K. C., Millar, J., ... & Turcotte, F. (2009). Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk. *Toronto, Canada: Ontario Tobacco Research Unit, OTRU Special Report Series*.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T, Δουζένης, Α., Τσίτας, Ν, & Τσιγκαροπούλου, Ε. (2012). Κλίμακα Κόννορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC-25).[Αδημοσίευτη επίσημη μετάφραση της Κλίμακας Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC].
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer, 49*(6), 1374-1403.

- Gerst, M. S., Grant, I., Yager, J., & Sweetwood, H. (1978). The reliability of the Social Readjustment Rating Scale: Moderate and long-term stability. *Journal of psychosomatic research*, 22(6), 519-523.
- Gibbs, J., & Bennett, S. (1990). Together we can: A framework for community prevention planning. *Seattle, WA: Comprehensive Health Education Foundation*.
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of clinical oncology*, 29(4), 413.
- Ghoncheh, M., Pournamdar, Z., & Salehiniya, H. (2016). Incidence and mortality and epidemiology of breast cancer in the world. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(S3), 43-46.
- Glantz, S. A., & Johnson, K. C. (2014). The surgeon general report on smoking and health 50 years later: breast cancer and the cost of increasing caution. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 23(1), 37-46.
- Gorji, M. A. H., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeyan, A. A., Sadeghi, M. R., & Ardebil, M. D. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC research notes*, 5(1), 310.
- Gotay, C. C., Isaacs, P., & Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(12), 882-892.



- Hashemi, S. M., Rafiemanesh, H., Aghamohammadi, T., Badakhsh, M., Amirshahi, M., Sari, M., ... & Roudini, K. (2019). Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*, 1-13
- Helgesson, Ö., Cabrera, C., Lapidus, L., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2003). Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. *European journal of cancer prevention*, 12(5), 377-381.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1), 17-41.
- Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 174-180.
- Hjerl, K., Andersen, E. W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B., & Jørgensen, T. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44(1), 24-30.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*.
- Hulka, B. S., & Stark, A. T. (1995). Breast cancer: cause and prevention. *The Lancet*, 346(8979), 883-887.
- Innes, K. E., & Byers, T. E. (2001). Smoking during pregnancy and breast cancer risk in very young women (United States). *Cancer Causes & Control*, 12(2), 179-185.

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359-E386
- Jacobs, J. R., & Bovasso, G. B. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological medicine*, 30(3), 669-678.
- Kahlenborn, C., Modugno, F., Potter, D. M., & Severs, W. B. (2006, October). Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 81, No. 10, pp. 1290-1302). Elsevier.
- Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American journal of public health*, 77(3), 283-287
- Kawai, M., Minami, Y., Kuriyama, S., Kakizaki, M., Kakugawa, Y., Nishino, Y., ... & Ohuchi, N. (2010). Adiposity, adult weight change and breast cancer risk in postmenopausal Japanese women: the Miyagi Cohort Study. *British journal of cancer*, 103(9), 1443-1447.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.
- Keitel, M. A., & Kopala, M. (2000). *Counseling women with breast cancer* (Vol. 5). Sage.
- Kennerley, H. (1990). *Managing anxiety: A training manual*. Oxford University Press, USA.

- Knobf, M. T. (2011, August). Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 27, No. 3, pp. e1-e14). WB Saunders.
- Kim, Y., & Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer, 112*(S11), 2556-2568.
- Klein, W. M., Jacobsen, P. B., & Helzlsouer, K. J. (2020). Alcohol and cancer risk: clinical and research implications. *Jama, 323*(1), 23-24.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *American journal of epidemiology, 157*(5), 415-423.
- Lim, H. A., Tan, J. Y., Chua, J., Yoong, R. K., Lim, S. E., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore medical journal, 58*(5), 258.
- Lin, Y., Wang, C., Zhong, Y., Huang, X., Peng, L., Shan, G., ... & Sun, Q. (2013). Striking life events associated with primary breast cancer susceptibility in women: a meta-analysis study. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 32*(1), 53.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders, 141*(2-3), 343-351.
- LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K., & Alberg, A. J. (2018). Alcohol and cancer: a statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol, 36*(1), 83-93

- Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 2, 510-549
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The structure of resilience, a critic evaluation and guideline for future reports. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., ... & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry*, 7(1), 4
- Morimoto, L. M., White, E., Chen, Z., Chlebowski, R. T., Hays, J., Kuller, L., ... & Stefanick, M. L. (2002). Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). *Cancer Causes & Control*, 13(8), 741-751.
- Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, Fiz Perez J, Arcangeli G. (2016) The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatry Dis Treat.*;12:983–993. doi:10.2147/NDT.S98525
- Niehoff Nicole M., Nichols Hazel B., Zhao Shanshan, White Alexandra J. and Sandler Dale P. *Adult Physical Activity and Breast Cancer Risk in Women with a Family History of Breast Cancer*. American Association for Cancer Research DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0674

Nyante, S. J., Gammon, M. D., Malone, K. E., Daling, J. R., & Brinton, L. A. (2008).

The association between oral contraceptive use and lobular and ductal breast cancer in young women. *International journal of cancer*, 122(4), 936-941.

Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003).

Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26(1), 11.

Rahe, R. H. (1979). Life change events and mental illness: an overview. *Journal of Human Stress*, 5(3), 2-10.

Rahe, R. H., Bennett, L., ARTHUR, R. J., ROMO, M., & SILTANEN, P. (1973).

Subjects' recent life changes and coronary heart disease in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 130(11), 1222-1226.

Richie, R. C., & Swanson, J. O. (2003). Breast cancer: a review of the

literature. *JOURNAL OF INSURANCE MEDICINE-NEW YORK THEN DENVER--*, 35(2), 85-101.

Ries, L. A., Eisner, M. P., Kosary, C. L., Hankey, B. F., Miller, B. A., Clegg, L., &

Edwards, B. K. (1999). SEER cancer statistics review, 1973–1996. *Bethesda, MD: National Cancer Institute*, 777.

Roberts, F. D., Newcomb, P. A., Trentham-Dietz, A., & Storer, B. E. (1996). Self-

reported stress and risk of breast cancer. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 77(6), 1089-1093.

Sandberg, S., Paton, J. Y., Ahola, S., McCann, D. C., McGuinness, D., Hillary, C. R.,

& Oja, H. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet*, 356(9234), 982-987.

Schmidt, M., & Löffler, G. (1994). Induction of aromatase in stromal vascular cells

- from human breast adipose tissue depends on cortisol and growth factors. *FEBS letters*, 341(2-3), 177-181.
- Shim, E. J., Lee, J. W., Cho, J., Jung, H. K., Kim, N. H., Lee, J. E., ... & Kim, Y. S. (2020). Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. *Breast cancer research and treatment*, 179(2), 491-498.
- Siegel, R., Miller, K. D., & Jemal, A. (2014). Cancer statistics, 2012. *Ca cancer J clin*, 64(1), 9-29.
- Snow, H. (1893). *A Treatise, Practical and Theoretic, on Cancers and the Cancer-process*. J. & A. Churchill.
- Soroush, A., Farshchian, N., Komasi, S., Izadi, N., Amirifard, N., & Shahmohammadi, A. (2016). The role of oral contraceptive pills on increased risk of breast cancer in Iranian populations: a meta-analysis. *Journal of cancer prevention*, 21(4), 294.
- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 243, 266.
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 343-350.
- Wang, L., Liao, W. C., Tsai, C. J., Wang, L. R., Mao, I. F., Chen, C. C., ... & Yao, C. C. (2013). The effects of perceived stress and lifestyle leading to breast cancer. *Women & health*, 53(1), 20-40.
- Zhang, S. M., Lee, I. M., Manson, J. E., Cook, N. R., Willett, W. C., & Buring, J. E.

(2007). Alcohol consumption and breast cancer risk in the Women's Health Study. *American journal of epidemiology*, 165(6), 667-676.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μαρκόπουλος, Χ. Ι. (2009), Εγχειρίδιο: Καλοήθειες και Κακοήθειες Παθήσεις του Μαστού ' Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Μιχόπουλος Ι., Καλκαβούρα Χ., Μιχαλοπούλου Π., Φινέτη Κ., Καλέμη Γ., Ψαρρά Μ., Γουρνέλλης Ρ., Χριστοδούλου Χ., Δουζένης Α., Πατάπης Π., Πρωτόπαππας Κ., Λύκουρας Ε., «Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό» *Ψυχιατρική* 2007, 18:217–224

Σκάρλος. Δ.Β. (2008). Μαθαίνω για τον Καρκίνο Μαστού. Πάνω απ' όλα Γυναίκα: Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού-Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «'Άλμα Ζωής». *Εκδόσεις Διόπτρα*.

## **ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

**Κουμαντάκη Βασιλική**

**Κλινική Ψυχολόγος / Υγείας**

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

- **2013 – 2017**

Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Τμήμα Ψυχολογίας  
Βαθμός πτυχίου 8.2

- **2017** (Σε εξέλιξη)

Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Ιατρική Σχολή Αθηνών  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική:  
Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής Και Ψυχικής Υγείας»

- **ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ**

ΑΘΗΝΑ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡ.ΠΡΩΤ. 22004

### **ΜΕΛΟΣ ΕΤΑΙΡΙΩΝ**

- Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων από τον 11/2019 μέχρι και σήμερα
- Μέλος Βρετανικού Συλλόγου Ψυχολόγων (BPS) Αρ. Μητρώου μέλους 438506
- Μέλος Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων Αρ. Μητρώου μέλους 2567
- Μέλος ESMO /EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY Αρ. Μητρώου μέλους 418671
- Μέλος Συλλόγου EMDR HELLAS



## **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ & ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ**

### **Οκτώβριος 2015 έως και Μάιος 2017**

Γ.Ν.Α Νοσοκομείο Αεροπορίας 251

Παθολογικός τομέας

- Εθελόντρια εκπαιδευόμενη ψυχολόγος στο τμήμα ημερήσιας νοσηλείας
- Ψυχολογική υποστήριξη ογκολογικών ασθενών και παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες κατά την διάρκεια των θεραπειών τους αλλά και την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείου

### **Απρίλιος 2015 έως και Δεκέμβριος 2017**

Πρώην ΙΑΣΩ General Hospital

- Εθελόντρια Ψυχολόγος ΙΑΣΩ General Hospital / Τμήμα Μαστού Διευθυντή Ξενάκης Ξενοφών
- Ψυχολογική Υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού
- Ψυχολογική υποστήριξη ογκολογικών ασθενών και παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες κατά την διάρκεια των θεραπειών τους αλλά και την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείου
- Ομαδική ψυχοθεραπευτική υποστήριξη ασθενών και φροντιστών τους
- Εθελοντική συμμετοχή στις δραστηριότητες του Κέντρου Μαστού

### **Νοέμβριος 2016 έως και Μάρτιος 2018**

- Β' Ψυχιατρική Κλινική /Διασυνδεδετική συμβουλευτική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Εθελόντρια Ψυχολόγος στην Διασυνδεδετική Συμβουλευτική Ψυχιατρική 1350 ώρες κλινικής εποπτευομένης εργασίας
- Παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης σε άτομα που ανήκαν σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.
- Καθημερινή συμμετοχή στις εργασίες της κλινικής της διασυνδεδετικής ομάδας, συμμετοχή στις επισκέψεις με τους ψυχιάτρους στο γενικό νοσοκομείο, συμμετοχή στις διαλέξεις και τα μαθήματα της κλινικής.

- Συμμετοχή στα εξωτερικά ψυχολογικά ιατρεία

**Απρίλιος 2018 έως Σεπτέμβριο 2019 (Εμμισθη Θέση)**

**Σύλλογος Καρκινοπαθών Φίλων Ιατρών Αθηνών Κ.Ε.Φ.Ι**

- Κλινική Ψυχολογος / Υπεύθυνη προγραμμάτων Ψυχολογικής υποστήριξης
- Παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στα νοσοκομεία.
- Γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης ασθενών και φροντιστών τους
- Υποστήριξη Ασθενών
- Υποστήριξη φροντιστών
- Ομάδες θεραπείας
- Τραυματοθεραπεία σε άτομα που έχουν υποστεί έντονα στρεσογόνα γεγονότα
- Εκπαίδευση εθελοντών
- Συντονισμός εθελοντών στα νοσοκομεία
- Επιστημονικά υπεύθυνη συλλόγου
- Συντάκτρια επιστημονικών άρθρων στο περιοδικό του οργανισμού
- Εκπροσώπηση του συλλόγου σε ημερίδες για τα δικαιώματα των ασθενών και εκπαιδευτικά σεμινάρια σε Ελλάδα και εξωτερικό

**Σεπτέμβριος 2019 μέχρι και σήμερα**

**Αυτοαπασχολούμενη**

**Ιδιωτικό γραφείο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ηλιούπολη**

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

- Δεκέμβριος 2015 έως Μάϊο 2017
  - Τμήμα ψυχολογίας Ε.Κ.Π.Α σε συνεργασία με τον Σύλλογο Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων & Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών
  - Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την πρόληψη και την πρόωμη διάγνωση σε δείγμα γυναικών / Ποσοτική Μελέτη
  - **Πρόληψη & Τρόπος Ζωής στις Παθήσεις Μαστού**
  - Κατασκευή ερωτηματολογίου
  - Χορήγηση ερωτηματολογίων
  - Συλλογή δεδομένων
  - Ανάλυση ερευνητικών αποτελεσμάτων
  
- Σεπτέμβριος 2015 έως Φεβρουάριο 2016
  - Μελέτη της ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ογκολογικών ασθενών / Ποσοτική Μελέτη
  - **«Επικοινωνία Ιατρού και Ογκολογικού Ασθενή»**
  - Τμήμα ψυχολογίας Ε.Κ.Π.Α σε συνεργασία με τον Σύλλογο Καρκινοπαθών Φίλων & Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών
  - Προφορική ανακοίνωση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Ψυχολογίας και Ψυχολογίας της Υγείας Ε.Λ.Ψ.Ε
  - Χορήγηση ερωτηματολογίων
  - Συλλογή δεδομένων
  - Ανάλυση ερευνητικών αποτελεσμάτων
  
- Μάρτιος - Μάϊος 2015
  - Ε.Π.Ι.Ψ.Υ
  - **Πανελλήνια Έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Έρευνα ESPAD)**
  - Χορήγηση ερωτηματολογίων σε σχολεία του Ν. Αττικής
  - Συμμετοχή σε εκπαίδευση
  
- Απρίλιος 2018 έως Δεκέμβριο 2020
  - **«Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες που σχετίζονται με τον Καρκίνο του Μαστού»**
  - Ποσοτική Μελέτη σε δείγμα 250 γυναικών
  - Χορήγηση ερωτηματολογίων
  - Συλλογή δεδομένων
  - Ανάλυση ερευνητικών αποτελεσμάτων
  - «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική», Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

- Οκτώβριος 2018 έως και σήμερα (Σε εξέλιξη)
  - **«Μελέτη των Ψυχολογικών Παραγόντων σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού Υπό Χημειοθεραπεία και Συσχέτιση Βιολογικούς Παράγοντες στο Περιφερικό Αίμα - Μια Παρεμβατική Μελέτη»**
  - Ποσοτική Μελέτη σε δείγμα γυναικών υπό χημειοθεραπεία
  - Χορήγηση ερωτηματολογίων
  - Συλλογή δεδομένων
  - Ανάλυση ερευνητικών αποτελεσμάτων
  - Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, ΠΓΝ «ΛΑΪΚΟ» Ογκολογική Κλινική

## **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- 2015/2016  
**Πρόγραμμα Κλινικής Μετεκπαίδευσης στην Ομαδική Ψυχοθεραπεία και στα Δυναμικά Ομάδας**  
Δια-Τμηματικό Πανεπιστημιακό Πρόγραμμα Κλινικής Μετεκπαίδευσης:  
Δυναμικά Ομάδας Σε Ψυχιατρικά Πλαίσια  
Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών & την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Ομάδας (ΕΕΨΨΟ)
- 2018 CERTIFICATE OF COMPLETION  
**“Introduction to Cognitive Behavioral Therapy”**  
**European Psychiatric Association (EPA)**
- 2018-2019  
**Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία θεωρία και κλινική πράξη**  
Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Πρόγραμμα Δια βίου Μάθησης)
- 2018-2019  
**“Seven-Step-Program for Treating Traumatized People” (TF-CBT/EMDR)**  
Σύλλογος Ελλήνων ψυχολόγων σε συνεργασία με το Institute for Coping with Trauma της Γερμανίας και την German Psychological Academy of BDP
- 2019-2020  
**EMDR (Eye Movement Desensitization & Reprocessing/«απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων»)** TACT HELLAS

## ΕΤΗΣΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ

- 2015/2016  
**Υποκειμενικότητα, και Σώμα ένας Σύγχρονος Κοινωνικός Δεσμός**  
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών / Πανεπιστήμιο Paris-Diderot, Paris 7, ετήσιο Σεμινάριο
- 2015/2016  
**Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων**  
Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α : ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
- 2016 /2017  
**Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Στην Κλινική Ψυχοπαθολογία «ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΟΥΛΗΣ»**  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α / Ε.Π.Ι.Ψ.Υ

## ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΚΑΙ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

- 2018 - 2019  
Ιατρική Σχολή Αθηνών / Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός και Εκτέλεση"  
**Τίτλος διάλεξης «Ο Ρόλος του Ψυχολόγου στην υποστήριξη των ασθενών που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες»**
- 2019  
Σύλλογος ‘‘ΣΥΝΕΧΙΖΩ’’ μη κερδοσκοπικός οργανισμός / ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ & ΦΙΛΩΝ Ν. ΕΒΡΟΥ/ Αλεξανδρούπολη «Εκπαίδευση σε Τεχνικές διαχείρισης του στρες και πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε Νοσηλευτές Ογκολογικών τμημάτων »
- 2019  
Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών  
**«Εκπαίδευση σε Τεχνικές διαχείρισης του στρες και πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε Νοσηλευτές Ογκολογικών τμημάτων»**
- 09/2018  
Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών  
**Ετήσια Εκπαίδευση Εθελοντών για την υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών**
- 2017-2018  
**Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή Αθηνών**

Συμμέτοχη σε παρουσιάσεις περιστατικών της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα μαθήματων της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής Κλινικής

## **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ & ΗΜΕΡΙΔΕΣ**

- 19-22 Νοεμβρίου 2015  
Φιλοσοφική Σχολή Αθηνών  
Ε.Κ.Π.Α  
1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Σχολικής Ψυχολογίας  
**«Πολυπολιτισμικότητα και Στερεότυπα»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 4-6 Μάρτιου 2016, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας  
ΕΛΨΕ  
5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Ψυχολογίας και Ψυχολογίας της Υγείας  
**«Η Συμβολή της Αποτελεσματικής Επικοινωνίας Ιατρού & Ογκολογικού Ασθενή στην καλύτερη Αντιμετώπιση της νόσου.»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 24-26 Ιουνίου 2016, Ζάππειο Μέγαρο  
Ελληνική Ογκολογική Εταιρία  
Συνέδριο Διατήρησης Γονιμότητας σε Νεοπλασματικούς Ασθενείς  
**«Η ψυχοσεξουαλική συμπεριφορά του νεαρού ασθενούς με νεοπλασία»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 12 Νοεμβρίου 2016, Ξενοδοχείο Divani Caravel  
Ελληνικό Ογκολογικό Ινστιτούτο Υποστήριξης Ασθενών  
Ο ρόλος της της βιοηθικής του καρκίνου στην εποχή της εξέλιξης μοριακής βιολογίας και της βιοτεχνολογίας  
**«Η διατήρηση της γονιμότητας ασθενών παραγωγικής ηλικίας με νεοπλασματική νόσο. Ηθικοί προβληματισμοί »**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 25 Ιανουάριου 2017  
Λέσχη Αξιωματικών Ενόπλων Δυνάμεων  
Αθήνα  
Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων & Ιατρών  
Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών /Επιστημονική Ημερίδα για τον Καρκίνο Τράχηλου Μήτρας  
**« Η Διατήρηση της Σεξουαλικότητας μετα τον Γυναικολογικό Καρκίνο»**  
Προφορική Ανακοίνωση

- 24-25 Οκτωβρίου 2017 Μόσχα  
Παγκόσμιο συνέδριο με θέμα την Διεθνής εμπειρία και οι πιο αποτελεσματικές εθνικές στρατηγικές για την ογκολογία  
**"Το Εθνικό Πρόγραμμα για τον Καρκίνο στη Ελλάδα / Παρουσίαση του Συλλόγου Κ.Ε.Φ.Ι Αθηνών και η προσφορά και το έργο του στην Ελληνική Κοινότητα"**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 10-12 Νοεμβρίου 2017  
ELECTRA PALACE  
1ο Συνέδριο Ψυχοσωματικής Ιατρικής Διεθνής Εταιρεία Έρευνας της Αλληλεπίδρασης Ψυχικών και Σωματικών Νοσημάτων (Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩ.Ν),  
**« Ψυχοκοινωνικοί εκλυτικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 21-22 Σεπτέμβριου 2018  
ROYAL OLYMPIC ATHENS  
4th Meeting on the state of art in cancer therapies  
«Μοριακή & ανοσολογική στόχευση»  
**"Patient Advocacy"**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 20-22 Σεπτεμβρίου 2018  
Πανελλήνιο Forum  
**Γυναίκες στην Ογκολογία ( W4O Hellas)**  
«Γυναίκα & Καρκίνος: Ιδιαιτερότητες και διαφορές»  
Ίδρυμα Εικαστικών Τεχνών & Μουσικής Β&Μ Θεοχαράκη  
**"Patient Advocacy"**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 9 - 11 Νοεμβρίου 2018  
6ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού  
Ξενοδοχείο Royal Olympic στην Αθήνα  
**«Καρκίνος του Μαστού & Ψυχοκοινωνική Αλληλεπίδραση»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 30-2 Νοεμβρίου 2018  
ELECTRA PALACE  
2ο Συνέδριο Ψυχοσωματικής Ιατρικής Διεθνής Εταιρεία Έρευνας της Αλληλεπίδρασης Ψυχικών και Σωματικών Νοσημάτων (Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩ.Ν),

**«Καρκίνος του Μαστού, Κατάθλιψη και Νέα Επιδημιολογικά Δεδομένα»**  
Προφορική Ανακοίνωση

- 17 Μαΐου 2019 «Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ – ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» «Άγχος και Στρες: Στρατηγικές Διαχείρισης»  
**«Τεχνικές Διαχείρισης του Στρες σε Ογκολογικούς Ασθενείς»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 20-23 Ιουνίου 2019  
Αγία Πετρούπολη International Oncology Forum "WHITE NIGHTS"  
**«Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες σε Ογκολογικούς Ασθενείς»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 29-30 Νοεμβρίου 2019  
ELECTRA PALACE  
3ο Συνέδριο Ψυχοσωματικής Ιατρικής Διεθνούς Εταιρεία Έρευνας της Αλληλεπίδρασης Ψυχικών και Σωματικών Νοσημάτων (Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩ.Ν),  
**«Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες σε Ογκολογικούς Ασθενείς/Παρεμβάσεις Αντιμετώπισης»**  
Προφορική Ανακοίνωση
- 30 Νοεμβρίου 2019  
ΠΓΝ «ΛΑΪΚΟ» Ουρολογική Κλινική  
**«Συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές επιδράσεις στον Καρκίνο του Προστάτη»**  
Προφορική Ανακοίνωση

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΑΝΑΡΤΗΣΕΙΣ

- « Παιδί και νοσηλεία » Καρκίνος της Παιδικής Ηλικίας, 6 Νοέμβριου 2016, Ανάρτηση σε ηλεκτρονική σελίδα ενημέρωσης για τον παιδικό καρκίνο: [karkinaki.gr/karkinos-paidikis-ilikias/paidi-kai-nosileia](http://karkinaki.gr/karkinos-paidikis-ilikias/paidi-kai-nosileia),
- **HEALTH WEB /Απελευθέρωσε τον εαυτό σου από το καθημερινό άγχος**  
Κατηγορία: Αυτοφροντίδα Δημοσιεύθηκε : 27 Σεπτεμβρίου 2019  
<https://www.healthweb.gr/autofrontida-category/31377-αυτοφροντίδα%20-απελευθέρωσε-τον-εαυτό-σου-από-το-καθημερινό-άγχος>



- **HEALTH WEB / Ενοχοποιείται ο στρες για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού;**  
Κατηγορία: Άποψη Δημοσιεύθηκε: 02 Μαΐου 2019  
<https://www.healthweb.gr/apopsi/29174-το-στρες-ενοχοποιείται-για-την-εμφάνιση-του-καρκίνου-του-μαστού>

#### ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ & ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- 28 Ιουνίου -1 Ιουλίου 2018 ΚΑΒΑΛΑ  
2nd congress on evidence-based psychiatry from research to clinical practice  
**Psychosocial factors influencing Breast Cancer prevention and early detection**  
**V. Koumantaki**<sup>1,2</sup>, A. Papadopoulou<sup>1,2</sup>, A. Karvouni<sup>2</sup>, V. Efstathiou<sup>1,2</sup>, I. Theodoridou<sup>2</sup>, K. Gkikas<sup>2</sup>,  
Tollos<sup>1,2</sup>, I. Kambouras<sup>1,2</sup>, S. Dramilaraki<sup>1,2</sup>, R. Gournellis<sup>1,2</sup>, E. Rizos<sup>2</sup>,  
A. Douzenis<sup>2</sup>  
1Postgraduate Study Programme “Liaison Psychiatry”, Medical School,  
National and Kapodistrian  
University of Athens 2nd Department of Psychiatry, “Attikon” University  
General Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of  
Athens
- 28 Ιουνίου -1 Ιουλίου 2018 ΚΑΒΑΛΑ  
2nd congress on evidence-based psychiatry from research to clinical practice  
**Functional neurological symptoms - Differentiating between structural  
and functional  
myoclonus: a case report**  
G. Makris, A. Papadopoulou, M. Agouridou, **V. Koumantaki**, A. Karvouni, I.  
Theodoridou,  
K. Gkikas, I. Tollos, I. Kambouras, A. Douzenis, E. Rizos  
2nd Department of Psychiatry, “Attikon” University General Hospital,  
Medical School, National and Kapodistrian University of Athens
- 17-20 Μαΐου 2018 Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο ΚΩΣ  
**26 Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής Ε.Ψ.Ε**  
**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ**  
**ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ**  
**ΜΑΣΤΟΥ**  
**Κουμαντάκη Β.1,2**, Δραμιλαράκη Σ.1,2, Παπαδοπούλου Α.1,2, Λοΐζου  
Κ.1,2, Αγουρίδου Μ.1,2, Ρίζος Ε.2, Δουζένης Α.2, Γουρνέλλης Ρ.1,2  
1 ΠΜΣ «Διασυνδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και  
Ψυχικής Υγείας», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2 Β’ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική  
Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»

- 17-20 Μαΐου 2018 Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο ΚΩΣ  
26 Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής Ε.Ψ.Ε

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Λοΐζου Κ.1,2, **Κουμαντάκη Β.1,2**, Παπαδοπούλου Α.1,2, Μαυρόματος Α.2, Τουρνικιώτη Κ.2, Τσακλακίδου Δ.2, Δουζένης Α.2, Γουρνέλλης Ρ.1,2 1 ΠΜΣ «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2 Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»

**ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ**

- Πολύ καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας
- Καλή γνώση της γαλλικής γλώσσας
- Μέτρια γνώση της ιταλικής

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ**

- ECDL -Επεξεργασία κειμένου -Υπολογιστικά φύλλα -Υπηρεσίες Διαδικτύου
- SPSS
- Power Point
- Photoshop

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

- Έγγαμη
- Μητέρα τριών παιδιών
- Προηγούμενο πτυχίο : Εσωτερική αρχιτεκτονική διακόσμηση