



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τον
τρόπο ζωής σε επιζήσασες από καρκίνο του μαστού**

Αλέξανδρος Κωνσταντής

Διαιτολόγος - Διατροφολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Οδυσσέας Ανδρούτσος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Διαιτολογίας-
Διατροφολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Εμμανουήλ Σαλούστρος, Επίκουρος Καθηγητής Ογκολογίας Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Ιωάννης Θεοδωράκης, Αντιπρύτανης, Καθηγητής ΤΕΦΑΑ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2023



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE**



DIPLOMA THESIS

**Factors influencing dietary habits and lifestyle in breast cancer
survivors**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους με βοήθησαν στην διαμόρφωση και εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Αρχικά οφείλω να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου κ. Ανδρούτσο Οδυσσέα ως εποπτεύοντα της εργασίας μου, για την ουσιαστική βοήθεια του στην επιλογή του θέματος της διπλωματικής μου, την εξαιρετική συνεργασία και την αποτελεσματική καθοδήγηση του μέχρι την ολοκλήρωση της.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Περπερίδη Μαρία, Υποψήφια Διδάκτορα του Εργαστηρίου Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας του Τμήματος Διαιτολογίας-Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για τις συμβουλές, την παροχή των συνεντεύξεων και την καλή συνεργασία μας.

Ακόμη, ευχαριστώ ιδιαίτερα όλες τις συμμετέχουσες γυναίκες που ανταποκρίθηκαν με την συμμετοχή τους στην έρευνα και βοήθησαν έτσι στην πραγματοποίηση της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την απέραντη υπομονή, κατανόηση και συναισθηματική συμπαράσταση σε όλη την διάρκεια της υλοποίησης της.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες μου στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών για τις πλούσιες γνώσεις που μου παρείχαν στο διάστημα αυτό, αλλά και την εξαιρετική γραμματέα κ. Κουλιοπούλου Νάντια για την συμπαράσταση της και την άμεση βοήθεια που προσέφερε σε όλο το χρονικό διάστημα του ΠΜΣ.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου όλους εκείνους που με βοήθησαν και με στήριξαν στις σπουδές μου σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, αλλά και στη ζωή μου γενικότερα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	13
1.1 Η έννοια του καρκίνου	13
1.2 Τύποι καρκίνου	13
1.3 Καρκίνος του μαστού	15
1.3.1 Τύποι καρκίνου του μαστού	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
2.1 Επιδημιολογία του καρκίνου	16
2.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	27
3.1 ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	28
3.1.1. Το φύλο και οι ειδικές για το φύλο ορμόνες	28
3.1.2 Η ηλικία.....	28
3.1.3 Κληρονομικότητα/ γενετικοί παράγοντες	28
3.1.4 Οικογενειακό ιστορικό	29
3.1.5 Ατομικό ιστορικό	29
3.1.6 Φυλή και εθνικότητα.....	29
3.1.7 Η πυκνότητα του μαστού	29

3.1.8 Καλοήγη ευρήματα στο μαστό.....	30
3.1.9 Διάρκεια εμμηνορρυσίας στην ζωή της γυναίκας	30
3.1.10 Ανδρογόνα και τεστοστερόνη	30
3.1.11 Ακτινοβολία στο θώρακα	31
3.2 ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ)	31
3.2.1 Ιστορικό Εγκυμοσύνης.....	31
3.2.2 Χρήση χαπιών αντισύλληψης.....	31
3.2.3 Μετεμμηνοπαυσιακή ορμονοθεραπεία	32
3.2.4 Θηλασμός	32
3.2.5 Λήψη αλκοόλ	32
3.2.6 Διατροφή	33
3.2.7 Αυξημένο σωματικό βάρος ή παχυσαρκία.....	33
3.2.8 Φυσική δραστηριότητα	34
3.2.9 Κάπνισμα.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	35
4.1 Επιπτώσεις σε σωματικό επίπεδο	35
4.2 Επιπτώσεις σε ψυχολογικό-συναισθηματικό επίπεδο	35
4.2.1 Κατάθλιψη και καρκίνος του μαστού.....	36
4.2.2 Άγχος και καρκίνος του μαστού.....	36
4.2.3 Συναισθηματικές διαταραχές και καρκίνος του μαστού	36
4.2.4 Επιπτώσεις στην γνωστική λειτουργία.....	37
4.2.5 Επιπτώσεις στον επαγγελματικό τομέα.....	37
4.2.6 Επιπτώσεις στις διατροφικές συνήθειες	37

4.2.7 Επιπτώσεις στη φυσική δραστηριότητα	40
4.2.8 Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.....	41
4.2.9 Επίπτωση στο προσδόκιμο επιβίωσης.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΠΙΖΗΣΑΣΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	43
5.1 Αλλαγές στον τρόπο ζωής	43
5.2 Διευκολυντές και εμπόδια διαχείρισης βάρους	44
5.2.1 Διευκολυντές διαχείρισης βάρους	45
5.2.2 Εμπόδια διαχείρισης βάρους	45
5.3 Διευκολυντές και εμπόδια της φυσικής δραστηριότητας	45
5.3.1 Διευκολυντές της φυσικής δραστηριότητας	45
5.3.2 Εμπόδια για φυσική δραστηριότητα.....	46
5.4 Διευκολυντές και εμπόδια στις διατροφικές συνήθειες	46
5.4.1 Παράγοντες διευκόλυνσης για την επίτευξη των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες	46
5.4.2 Παράγοντες που εμποδίζουν την επίτευξη των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	49
6.1 Σπουδαιότητα της έρευνας	49
6.2 Σκοπός της έρευνας.....	49
6.3 Ερευνητικά ερωτήματα	49
6.4 Ερευνητική προσέγγιση	50
6.5 Δείγμα της έρευνας.....	50
6.6 Ερευνητική διαδικασία.....	51
6.7 Ηθική της έρευνας.....	52

6.8 Αποτελέσματα	53
6.9 Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	61
7.1 Συζήτηση.....	61
7.2 Συμπεράσματα.....	63
7.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη μορφή κακοήθειας στο γυναικείο πληθυσμό και επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις αυτές συνδέονται με το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής. Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα υποτροπής της νόσου. Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που ευθύνονται για τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής διπλωματικής εργασίας ήταν η καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής σε επιζήσασες από καρκίνο του μαστού με υπέρβαρο/παχυσαρκία.

Πραγματοποιήθηκαν ομάδες εστίασης στις οποίες συμμετείχαν 23 επιζήσασες από καρκίνο του μαστού με υπέρβαρο ή παχυσαρκία, ηλικίας 18 έως 65 ετών, από διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας. Για τη συλλογή των δεδομένων, ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, κωδικοποίηση των δεδομένων και θεματική ανάλυση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σχετικά με τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των εθελοντριών αναφορικά με τις αλλαγές στη διατροφή και τον τρόπο ζωής. Προέκυψε επίσης ότι τα κίνητρα διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο και συνδέονται άμεσα με τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Όσον αφορά την σχέση της νόσου με το σωματικό βάρος, οι εθελόντριες παρουσιάζουν αντικρουόμενες πεποιθήσεις για το αν η παχυσαρκία συνδέεται με τη νόσο. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής επικεντρώνονται κυρίως στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και την αύξηση της άσκησης. Από την άλλη, η επίδραση της ψυχικής υγείας σε αυτές τις αλλαγές φαίνεται πως είναι καταλυτική, με τα θετικά συναισθήματα να λειτουργούν ως διευκολυντές και τα αρνητικά ως εμπόδιο. Τέλος, το περιβάλλον των συμμετεχόντων αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντικό, κυρίως σχετικά με την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας. Φαίνεται ότι οι γυναίκες για να πετύχουν θετικές αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες και τον τρόπο ζωής χρειάζονται κίνητρα, στοχοθεσία, καλή ψυχική υγεία, υποστήριξη και παρακίνηση από το οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον, καθώς επίσης και εξατομικευμένες οδηγίες από τους επαγγελματίες υγείας.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη ανέδειξε παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής γυναικών με υπέρβαρο/παχυσαρκία που έχουν επιζήσει από καρκίνο του μαστού. Τα ευρήματα αυτά ενδέχεται να συμβάλλουν στη βελτίωση της διαχείρισης του τρόπου ζωής και της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και κατ' επέκταση στην πρόληψη υποτροπής του καρκίνου του μαστού σε αυτήν την κατηγορία ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: Καρκίνος μαστού, διατροφικές συνήθειες, τρόπος ζωής, εμπόδια, διευκολυντές

ABSTRACT

Breast cancer constitutes the most common type of cancer among women, having important consequences on a physical, psychological and social level. These consequences impact patients' life expectancy and quality of life. Obesity is considered as a factor of the disease relapse. There are various factors responsible for the changes in patients' lifestyle and dietary habits, which may act as barriers or facilitators. The present research thesis aimed to record the factors influencing the dietary habits and lifestyle of breast cancer survivors who are living with overweight/obesity.

The present study conducted focus groups with breast cancer survivors with overweight/obesity. The study sample consisted of 23 women aged 18 to 65 years, from various geographic areas of Greece. Data was collected using semi-structured interviews, followed by transcription, data codification and thematic analysis.

The findings revealed a variety of views and beliefs of the participants about dietary and lifestyle changes. In addition, the individuals' motives play a central role and are directly connected to improvements in their physical and mental health. Concerning the relation between breast cancer and body weight, our volunteers expressed different opinions when asked about the link between obesity and the disease.

Lifestyle changes focus mostly on the improvement of dietary habits and increase of exercise. Furthermore, the individuals' mental health state seems to be crucial, with positive feelings serving as facilitators and negative ones working as a barrier. Finally, the participants' social environment, especially their family and health professionals supporting them, was found to be extremely important. Thus, it seems that women need to have motives, goals, a good mental health state, support and external motivation by their family and social circle to achieve positive changes in their dietary habits and lifestyle.

In conclusion, the present study reported factors which seem to influence diet and lifestyle of breast cancer survivors with overweight/obesity. These findings may contribute to the improvement of lifestyle modification and treatment of obesity and further to the prevention of relapse of breast cancer in these patients.

Keywords: breast cancer, dietary habits, lifestyle, barriers, facilitators

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια από τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως και αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου σε χώρες με υψηλό οικονομικό εισόδημα και την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στις χώρες με μεσαίο και χαμηλό οικονομικό εισόδημα. Ένας από τους σημαντικότερους και τους πιο συχνά απαντώμενους στο γυναικείο πληθυσμό, είναι ο καρκίνος του μαστού. Η έννοια του καρκίνου του μαστού αναφέρεται σε μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από μη ελεγχόμενο κυτταρικό πολλαπλασιασμό στα κύτταρα του μαστού. Πρόκειται για έναν τύπο καρκίνου, η ενεργοποίηση του οποίου συμβαίνει μετά από τη μετάλλαξη ενός ή περισσότερων φυσιολογικών κυττάρων της περιοχής του μαστού. Αυτές οι μεταλλάξεις οδηγούν στην ενεργοποίηση των ογκογονιδίων ή την καταστολή των ογκοκατασταλτικών γονιδίων. Με βάση την ιστολογική τους προέλευση διακρίνονται τρεις τύποι καρκίνου του μαστού. Πρόκειται για το πορογενές, το φλεγμονώδες και το λοβιακό καρκίνωμα. Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται η πιο συχνή και η πιο σοβαρή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή κακοήθους νόσου που πλήττει τον γυναικείο πληθυσμό, ιδιαίτερα στις ηλικίες 35-55 ετών. Παρατηρούνται διακυμάνσεις αναφορικά με την εμφάνιση της νόσου, τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες την τελευταία δεκαετία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, μια στις εννιά γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Το γεγονός τον καθιστά τον πιο συχνό τύπο καρκίνου ανάμεσα στις γυναίκες. Κατά το 2018 αναφέρθηκαν 627.000 θάνατοι παγκοσμίως από τον καρκίνο του μαστού. Στην Ευρώπη ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες και την κύρια αιτία θανάτου από τη νόσο. Η καταγραφή στην Ευρώπη σε ετήσια βάση αναφέρει 450.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 140.000 θανάτους αντίστοιχα. Στην Ελλάδα η επιδημιολογική καταγραφή της νόσου γίνεται με έμμεσο τρόπο μέσω των στοιχείων θνησιμότητας. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει στην χώρα αυξητική τάση από το 2003 και μετά. Συγκεκριμένα το 2014 καταγράφηκαν 4.934 νέα κρούσματα, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας από τη νόσο προσέγγιζε το 18,7% [1].

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί είναι ελεγχόμενοι και μη ελεγχόμενοι. Η διάγνωση της πάθησης προκαλεί σημαντικές αλλαγές σε σωματικό, ψυχοσυναισθηματικό, γνωστικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις αυτές συνδέονται με την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης [2,3] Επίσης, παρατηρούνται αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας, όσο και μετά από αυτή. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών, την πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου και το προσδόκιμο επιβίωσης. Πλήθος παραγόντων σχετίζονται με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να

λειτουργούν είτε ως εμπόδια, είτε ως διευκολυντές. Αναφορικά με τον τρόπο ζωής, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο. Αυτοί οι παράγοντες επιδρούν σε κοινωνικο-δημογραφικό, διαπροσωπικό και ενδοατομικό επίπεδο. Σχετικά με το κοινωνικο-δημογραφικό πλαίσιο, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, φαίνεται ότι επιδρούν σημαντικά στις αλλαγές αυτές. Σε διαπροσωπικό επίπεδο, η κοινωνική υποστήριξη, η ικανότητα λογοδοσίας, οι συμβουλές και η υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας, καθώς και η λήψη επαγγελματικής εποπτείας φαίνεται ότι επηρεάζουν την επίτευξη αυτών των αλλαγών. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν οι συνθήκες εργασίας και οι οικογενειακές υποχρεώσεις. Από την άλλη σε ενδοατομικό επίπεδο, παράγοντες που σχετίζονται με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι η αυτοαποτελεσματικότητα, η κατάθλιψη, το άγχος, η ύπαρξη κινήτρου, η αυτοεκτίμηση, η διατήρηση της σωστής νοοτροπίας, ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς, οι παρενέργειες από τις θεραπείες, τα οφέλη από υγιείς συμπεριφορές, καθώς και τα αντιληπτά και αναμενόμενα οφέλη από αυτές. Ακόμη, η πληροφόρηση και η γνώση σχετικά με τον τρόπο ζωής και τις επιπτώσεις στην υγεία, φαίνεται ότι συνδέονται με τις αλλαγές αυτές. Από την άλλη, η επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους, οι αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα και τις διατροφικές συνήθειες φαίνεται ότι αποτελούν στόχο για την βελτίωση της ποιότητας ζωής, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την μείωση του κινδύνου επανεμφάνισης της νόσου. Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες συνδέονται με παράγοντες όπως η βελτίωση της γνώσης σχετικά με την διατροφή και η ευαισθητοποίηση αυτών των γυναικών μέσω του διατροφικού αυτοελέγχου. Σε αυτή την πορεία καταγράφεται ένα πλήθος παραγόντων που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την επίτευξη των διατροφικών αλλαγών, όπως διάφοροι κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες είναι η εργασία. Η ευθύνη και ο επηρεασμός των διατροφικών συμπεριφορών των μελών της οικογένειας, η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, η λογοδοσία, η καθοδήγηση, η επιβράβευση και η τακτική επαφή με κάποιον ειδικό. Ακόμη, οι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν καταλυτικά στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, όπως η αύξηση κινήτρου, η αυτοεκτίμηση, η νοοτροπία, το άγχος, η διατροφική αυτοπαρακολούθηση και ο προγραμματισμός. Επιπλέον, παράγοντες όπως η αίσθηση απομόνωσης σε σχέση με την επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους, η παρουσίας διάφορων απροσδόκητων οικογενειακών γεγονότων, οι διαιτητικές επιλογές που συνδέονται με την ευκολία και την καταπολέμηση των παρενεργειών από τις θεραπείες, φαίνεται ότι επηρεάζουν τις αλλαγές αυτές. Πρέπει να αναφερθεί ότι οι αντικρουόμενες συμβουλές από επαγγελματίες υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε σύγχυση. Η διατήρηση των αλλαγών συμπεριφοράς σχετικά με τη διατροφή παρουσιάζει δυσκολία και συνδέεται σημαντικά με την μειωμένη παρακίνηση και λογοδοσία [4,5,6].

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1.1 Η έννοια του καρκίνου

Ο οργανισμός του ανθρώπου αποτελείται από εκατοντάδες εκατομμύρια κύτταρα τα οποία ευθύνονται για τη διατήρηση του στη ζωή. Αυτά τα κύτταρα υφίστανται αύξηση, διαίρεση και απόπτωση, σύμφωνα με τις εντολές που δέχονται από το DNA που περιέχουν. Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία πραγματοποιείται με αυξημένο ρυθμό κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και μέχρι την ενηλικίωση, με σκοπό την ωρίμανση όλων των συστημάτων του ανθρωπίνου οργανισμού. Μετά από αυτό το στάδιο η κυτταρική διαίρεση γίνεται μόνο στην περίπτωση που απαιτείται η αντικατάσταση ή η επιδιόρθωση των αλλοιωμένων κυττάρων [7].

Όταν όμως ένα φυσιολογικό κύτταρο ξεκινήσει να υφίσταται έναν ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό, οδηγεί στο σχηματισμό νέων κυττάρων κλώνων, τα οποία δεν επιτελούν την προγραμματισμένη λειτουργία τους. Αυτή η ανεξέλεγκτη και ξαφνική αύξηση των κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα τον σχηματισμό ενός όγκου. Η έννοια του όγκου αφορά μια μη διαπερατή και συμπαγή μάζα που αποτελείται από πλήθος ισχυρά ενωμένων κυττάρων, ενώ ο ίδιος ο οργανισμός αδυνατεί να διαχωρίσει αυτά τα κύτταρα από τα φυσιολογικά. Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια, που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογικό, ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό, επικίνδυνο για την ζωή [7,8].

1.2 Τύποι καρκίνου

Έχουν παρατηρηθεί πάνω από 100 διαφορετικοί τύποι καρκίνου. Αυτοί ταξινομούνται ανάλογα με την περιοχή εμφάνισης του **πρωτογενούς** καρκίνου. Τέτοιοι καρκίνοι είναι ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα, του προστάτη, του τραχήλου, του δέρματος, του στομάχου κ.α. [9,10,11]. Στην περίπτωση που τα καρκινικά κύτταρα μεταφερθούν σε άλλα σημεία του σώματος, παρατηρείται το φαινόμενο της «μετάστασης», αποτέλεσμα της οποίας είναι η δημιουργία καρκίνου που ονομάζεται «**μεταστατικός**» και διαφοροποιείται από τον **κύριο ή πρωτογενή** καρκίνο. Πρόκειται για μια επιθετική εισβολή (διήθηση) στους γύρω ιστούς και μεταφορά διαμέσου της λέμφου ή της κυκλοφορίας του αίματος σε άλλα σημεία του οργανισμού, που μπορεί να βρίσκονται σε πιο απομακρυσμένα σημεία από το αρχικό σημείο εμφάνισης του καρκίνου. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται σε περιοχές όπως οι λεμφαδένες, το ήπαρ, τα οστά, οι πνεύμονες και ο εγκέφαλος. Οι όγκοι μπορούν να διαχωριστούν σε **καλοήθεις** και **κακοήθεις**, οι οποίοι παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους. Το φαινόμενο της μετάστασης παρατηρείται στους κακοήθεις όγκους.

Ο καλοήθης όγκος χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο πανομοιότυπων μορφολογικά κυττάρων με τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά περιβάλλονται από μια ινώδη κάψα η οποία εμποδίζει την μετανάστευση των συγκεκριμένων κυττάρων σε άλλα σημεία του σώματος. Έτσι δεν είναι εφικτή η δημιουργία μετάστασης από έναν καλοήθη όγκο.

Από τη άλλη πλευρά ο κακοήθης όγκος, χαρακτηρίζεται από πλήθος μη φυσιολογικών κυττάρων, τα οποία διαφέρουν στη δομή, τη συμπεριφορά και τη λειτουργία συγκριτικά με τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα κύτταρα εδώ παρουσιάζουν μη συμμετρικό και μεγάλο πυρήνα και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Στην περίπτωση αυτή ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία στην ενεργοποίηση της διαδικασίας της διακοπής της κυτταρικής διαίρεσης ή του μηχανισμού της απόπτωσης για την αποτροπή του σχηματισμού περιττών κυττάρων. Ο κακοήθης όγκος δεν εμφανίζει περίγραμμα και ινώδη κάψα. Οι κακοήθεις όγκοι διαφοροποιούνται από τους καλοήθεις στην ικανότητα δημιουργίας μεταστάσεων, σε αντίθεση με τους καλοήθεις που παρουσιάζουν τοπικό χαρακτήρα. Με άλλα λόγια, ένας καλοήθης όγκος μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε τοπικό επίπεδο εξαιτίας της αύξησης του μεγέθους του και να παρεμποδίσει την ομαλή μεταφορά του αέρα και των υγρών ή τη λειτουργία ενός υγιούς οργάνου ή ιστού που βρίσκεται δίπλα του, δημιουργώντας κάποια πίεση. Αντίθετα ένας κακοήθης όγκος μπορεί να απειλήσει την ζωή του ατόμου, όχι μόνο εξαιτίας της αύξησης του μεγέθους του, αλλά και της διηθητικής ή μεταναστευτικής πορείας του [12].

Ανάλογα με τον ιστό προέλευσης, ο καρκίνος ταξινομείται σε **καρκίνωμα, μελάνωμα, σάρκωμα, λέμφωμα, πολλαπλό μυέλωμα, λευχαιμία, όγκοι εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού.**

Το καρκίνωμα: Πρόκειται για όγκο που προέρχεται από τα επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία καλύπτουν την επιφάνεια των εσωτερικών οργάνων, των αδένων και του δέρματος. Υποκατηγορίες του καρκινώματος είναι το αδενοκαρκίνωμα, το πλακώδες και το ουροθηλιακό καρκίνωμα.

Το μελάνωμα: Πρόκειται για όγκο που προέρχεται από τα μελανοκύτταρα. Το πιο συχνό σημείο εμφάνισης είναι το δέρμα, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η εμφάνιση του σε άλλα όργανα.

Το σάρκωμα: Πρόκειται για όγκο που αναπτύσσεται στους διάφορους ιστούς του σώματος, όπως τα «μαλακά μόρια» (μύες αγγεία, νεύρα, χόνδροι, λιπώδης ή συνδετικός ιστός) και ονομάζεται σάρκωμα μαλακών μορίων ή από τα οστά και ονομάζεται οστεοσάρκωμα.

Το λέμφωμα: Πρόκειται για όγκο που αναπτύσσεται στους λεμφαδένες. Αυτοί είναι κάποιοι μικροί αδένες που αποτελούν τη λεμφική κυκλοφορία, η οποία αφορά ένα αγγειακό δίκτυο, μέσω του οποίου διακινείται η λέμφος σε όλο το σώμα και το οποίο βρίσκεται σε επικοινωνία με την κυκλοφορία του αίματος. Τα λεμφοκύτταρα περιέχονται στη λέμφο και έχουν σχέση με την άμυνα του οργανισμού.

Το πολλαπλό μυέλωμα: Πρόκειται για καρκίνο που αναπτύσσεται στα πλασματοκύτταρα. Αυτά είναι κύτταρα του αίματος που έχουν σαν στόχο την παραγωγή ανοσοσφαιρινών, οι οποίες δρουν ενάντια στις λοιμώξεις [13].

Η **λευχαιμία** είναι ένας τύπος καρκίνου που συνήθως δεν προκαλεί όγκο, αλλά προέρχεται από τους ιστούς που παράγουν τα έμμορφα συστατικά του αίματος, όπως ο μυελός των οστών.

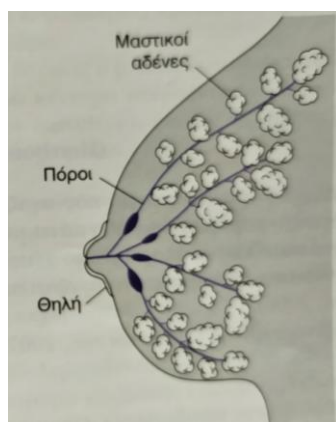
Οι όγκοι του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Αφορούν όγκους που εμφανίζονται στο Κεντρικό Νευρικό σύστημα, δηλαδή στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό [11].

1.3 Καρκίνος του μαστού

Η έννοια του καρκίνου του μαστού αναφέρεται σε μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του μαστού. Πρόκειται για έναν τύπο καρκίνου, η ενεργοποίηση του οποίου συμβαίνει μετά από μετάλλαξη ενός ή περισσότερων φυσιολογικών κυττάρων της ευρύτερης περιοχής του μαστού. Αυτές οι μεταλλάξεις πυροδοτούν την ενεργοποίηση των ογκογονιδίων ή την καταστολή των ογκοκατασταλτικών γονιδίων. Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου αφορά μια κυτταρική νόσο, όπως κάθε άλλος τύπος κακοήθους όγκου [14].

1.3.1 Τύποι καρκίνου του μαστού

Με βάση την ιστολογική τους προέλευση, διακρίνονται διαφορετικοί τύποι καρκίνου του μαστού. Αυτοί είναι το **πορογενές**, το **φλεγμονώδες** και το **λοβιακό** καρκίνωμα. Αυτοί οι τύποι μπορεί να αλληλεπικαλύπτονται σε κάποιες περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, το πορογενές καρκίνωμα του μαστού, αφορά την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων στους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού. Το φλεγμονώδες καρκίνωμα αφορά τον διάχυτο μαστικό καρκίνο και το λοβιακό καρκίνωμα αφορά την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων από τα αδενικά λοβία των γαλακτοφόρων πόρων [11].



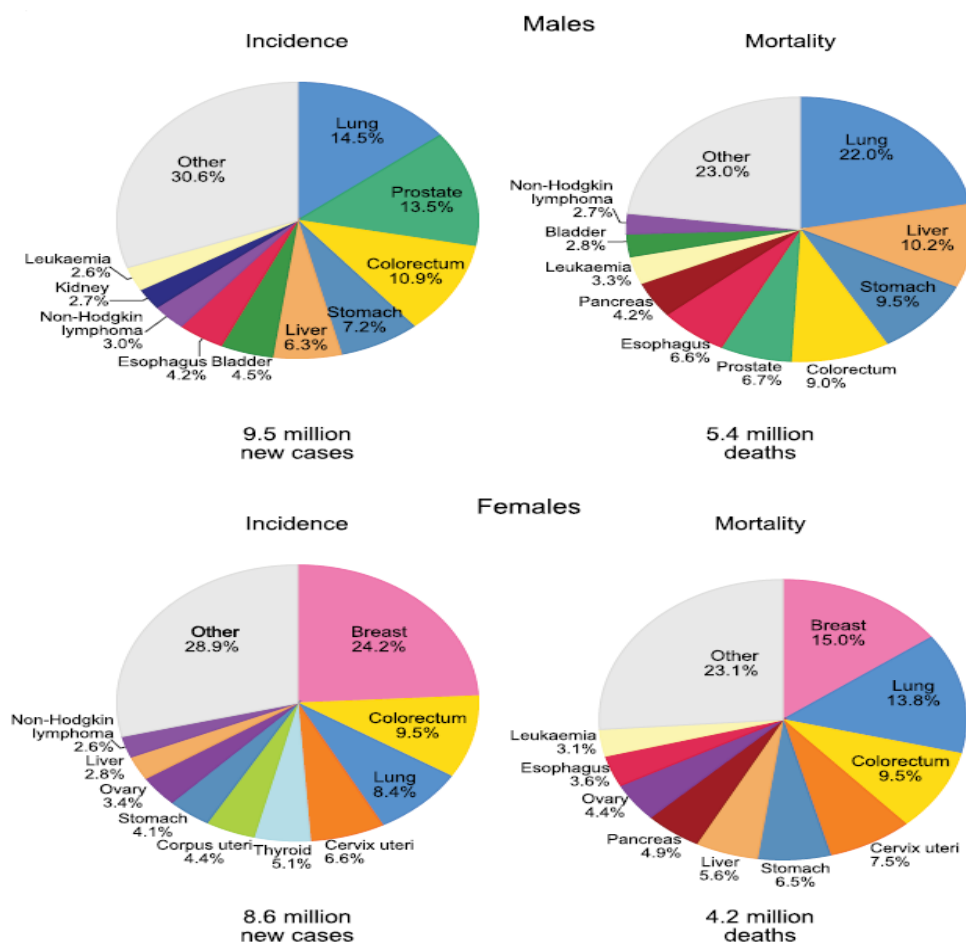
ΕΙΚΟΝΑ 1: Οι μαστικοί αδένες και οι πόροι όπως φαίνονται από την απεικόνιση του μαστού [11].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 Επιδημιολογία του καρκίνου

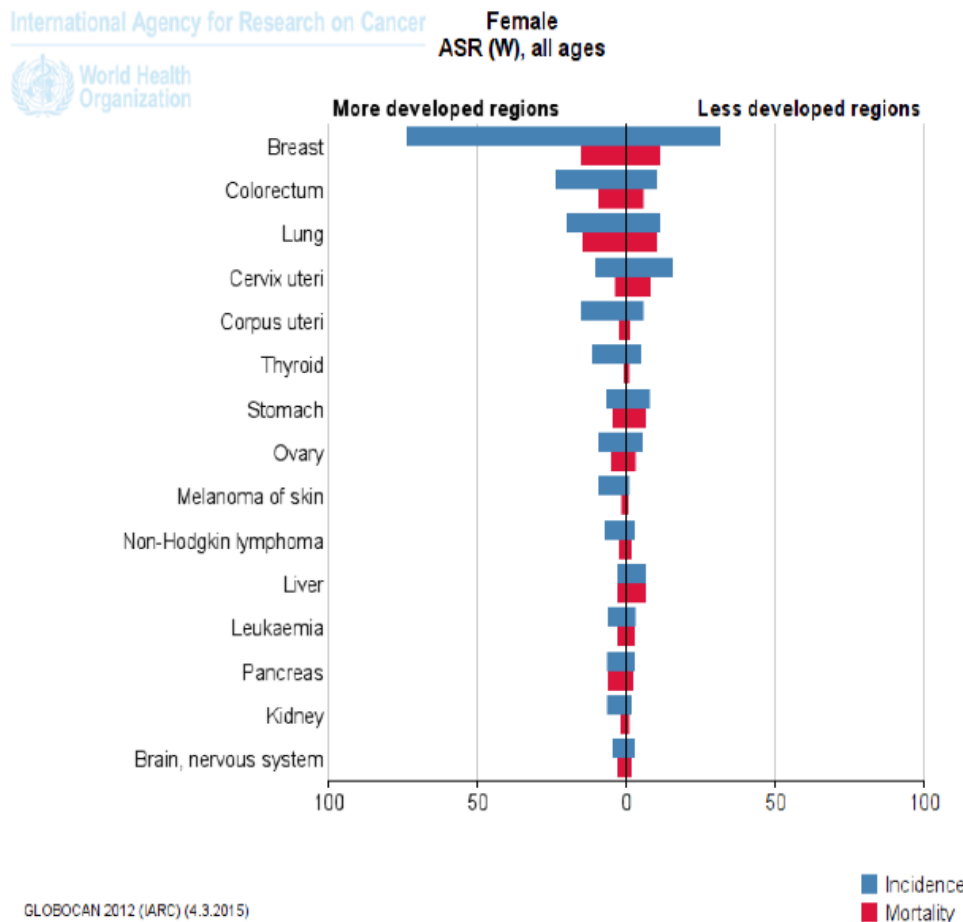
Σύμφωνα με μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο, τα δεδομένα για το 2012 εντάσσουν τον καρκίνο σε μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας, με πρώτη στη λίστα τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την εμφάνιση νέων κρουσμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο, εντοπίστηκαν 14,1 εκατομμύρια περίπου. Ενώ, η θνησιμότητα, αφορά 8,2 εκατομμύρια θανάτους εξαιτίας της νόσου [15]. Σχετικά με την επιβάρυνση από τον καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, φαίνεται ότι ο καρκίνος αφορά και θα συνεχίσει να αφορά περισσότερο τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Σε αντίθεση με αυτό που ισχυριζόταν παλιότερα δεδομένα που έδειχναν ότι η νόσος αφορούσε κυρίως τις περισσότερες ανεπτυγμένες περιοχές [16]. Φαίνεται ότι αυτό συνδέεται με το γεγονός ότι οι λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζουν ελλείψεις σε παροχή υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης περισσότερο ποιοτικής, διαθέσιμης και προσιτής [17]. Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου για τους άνδρες είναι αυτός του πνεύμονα και ακολουθεί ο καρκίνος του προστάτη. Αναφορικά με τη θνησιμότητα στον ανδρικό πληθυσμό, πρωταρχική θέση κατέχει επίσης ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθεί ο καρκίνος στο ήπαρ. Για τις γυναίκες, οι πιο συχνοί τύποι είναι ο καρκίνος του μαστού και ακολουθεί αυτός του παχέος εντέρου. Αναφορικά με τη θνησιμότητα από τη νόσο στις γυναίκες, πρωταρχική θέση έχει ο καρκίνος του μαστού και ακολουθεί ο καρκίνος του πνεύμονα [18].



Εικόνα 2: Τα κυκλικά διαγράμματα απεικονίζουν τα ποσοστά της επίπτωσης και της θνησιμότητας των 10 πιο συχνών τύπων καρκίνου για τους άνδρες και τις γυναίκες για το έτος 2018 [18].

2.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται στη δεύτερη θέση σχετικά με το σύνολο των καρκίνων σε παγκόσμιο επίπεδο. Αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, φαίνεται ότι αυτός ο τύπος καρκίνου είναι ο πιο διαδεδομένος και αποτελεί την πρώτη πιο συχνή διάγνωση ανάμεσα σε αυτές. Κυριαρχεί στον γυναικείο πληθυσμό τόσο στις αναπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες, με σχεδόν ίδια συχνότητα εμφάνισης, κάτι που δεν ίσχυε πριν από δέκα χρόνια που η νόσος παρατηρούνταν σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες του δυτικού κόσμου [19]. Αυτό φανερώνει την άμεση σύνδεση μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων και της εμφάνισης καρκίνου του μαστού συγκριτικά με την επίδραση που έχουν οι γενετικοί παράγοντες. Τα νέα περιστατικά στις οικονομικά αναπτυγμένες περιοχές εμφανίζουν μια λίγο μεγαλύτερη συχνότητα συγκριτικά με αυτά που εμφανίζονται στις οικονομικά αναπτυσσόμενες [20].



ΕΙΚΟΝΑ 3: Εκτίμηση των ρυθμών επίπτωσης και θνησιμότητας (ανά 100.000, προσαρμοσμένοι ως προς την ηλικία) για τους 15 συχνότερους τύπους καρκίνου στο γυναικείο πληθυσμό, ανάμεσα στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες περιοχές της γης [21].

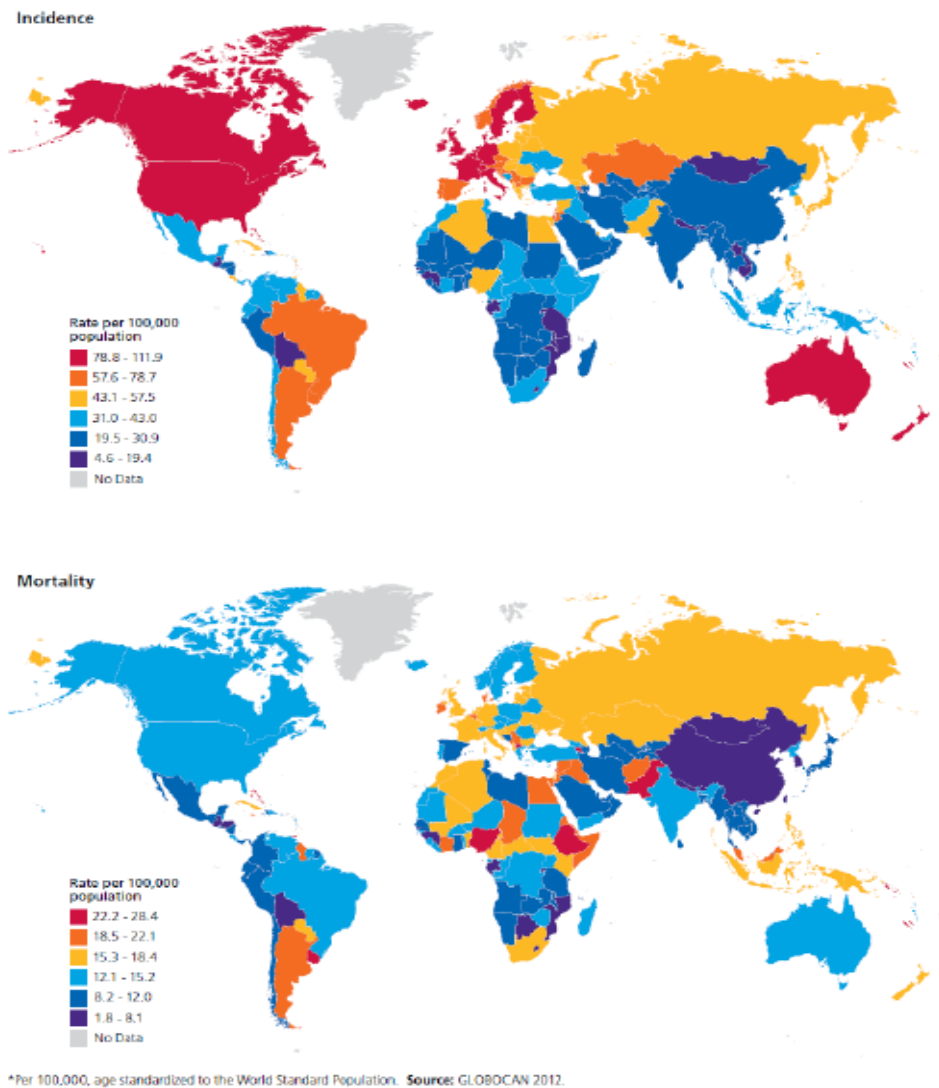
Αναφορικά με τη θνησιμότητα, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πέμπτη αιτία θανάτου από καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο. Πιο αναλυτικά, στις αναπτυσσόμενες χώρες, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες (324.000 θάνατοι, 14,3% του συνόλου), ενώ στις οικονομικά ανεπτυγμένες αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό (198.000 θάνατοι, 15,4% του συνόλου), μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, τα μικρότερα περιστατικά θανάτων συνδέονται με τα υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης παγκοσμίως, συγκριτικά με τα ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του μαστού (20 θάνατοι στις 100.000 γυναίκες στη Δυτική Αφρική το ανώτερο, 6 θάνατοι στις 100.000 γυναίκες στην Ανατολική Ασία το κατώτερο) [19]. Στις Ασιατικές Χώρες, οι οποίες αποτελούν το 59% του πληθυσμού του κόσμου, παρατηρούνται τα μεγαλύτερα ποσοστά, όπου καταγράφονται το 2012 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 39% και θάνατοι σε ποσοστό 44,3% [22,23]. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Κίνα παρουσιάζει μια διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας από διάφορες μορφές καρκίνου και συμβάλλει

έτσι σε σημαντικό βαθμό στην επιβάρυνση από τη νόσο. Παρατηρείται αύξηση του ποσοστού νόσησης από καρκίνο του μαστού, γεγονός που συνδέεται με την υιοθέτηση του Δυτικού τρόπου ζωής, όπως η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα και οι διατροφικές συνήθειες που συνδέονται με την παχυσαρκία [24].

Από την άλλη, στις ΗΠΑ, ο καρκίνος του μαστού αφορά το 30% των καρκίνων ανάμεσα στις γυναίκες. Από το 2004 έως το 2013 παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση του ποσοστού της επίπτωσης της συχνότητας της νόσου (2% ανά έτος) ανάμεσα στις γυναίκες που δεν ανήκουν στη μαύρη ή τη λευκή φυλή. Στη Βόρεια Αμερική (ΗΠΑ και Καναδάς), που αποτελεί το 5% του Παγκόσμιου πληθυσμού, παρατηρούνται νέα περιστατικά της νόσου σε ποσοστό 15,3% και θάνατοι από αυτή σε ποσοστό 9,4%. Το 2012 στις χώρες της Αφρικής που αποτελούν το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού παρατηρείται καταγραφή σε νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 8% και θάνατοι σε ποσοστό 12,1%. Φαίνεται ότι το γεγονός της διάγνωσης της ασθένειας σε προχωρημένο στάδιο, αλλά και η ελλιπής θεραπεία στις χώρες αυτές, ευθύνεται για την κακή πρόγνωση της ασθένειας [22, 23].

Στη Μέση Αφρική και την Ανατολική Ασία ο ρυθμός επίπτωσης του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει διακύμανση από 27 στις 100.000 γυναίκες έως 96 στις 100.000 στη Δυτική Ευρώπη αντίστοιχα. Οι υψηλότερες τιμές εντοπίζονται στη Βόρεια Αμερική, τη Βόρεια και Δυτική Ευρώπη και την Αυστραλία. Αντιθέτως, οι χαμηλότερες τιμές εντοπίζονται κυρίως στην υπό-Σαχάρια Αφρική. Φαίνεται ότι, παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (σωματικό βάρος, φυσική δραστηριότητα και διατροφή), αλλά και παράγοντες που συνδέονται με τις ορμόνες (πρώιμη έναρξη εμμήνου ρύσεως, πρώτη εγκυμοσύνη σε μεγάλη ηλικία, μικρός αριθμός κυήσεων, μικρή διάρκεια θηλασμού και λήψη ορμονών στην εμμηνόπαυση) ευθύνονται για τη μεγάλη διακύμανση στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές που εντοπίζεται η νόσος [22,23].

Από την άλλη, αναφορικά με την θνησιμότητα, στην Ανατολική Ασία και τη Δυτική Αφρική παρουσιάζεται μια διακύμανση από 6 στις 100.000 στην πρώτη έως 20 στις 100.000 στη δεύτερη περιοχή. Φαίνεται ότι οι ρυθμοί θνησιμότητας παρουσιάζουν μικρότερη διακύμανση σε σύγκριση με τους ρυθμούς επίπτωσης, γεγονός που συνδέεται με την έγκαιρη διάγνωση της νόσου στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, όπου με την πρόοδο της επιστήμης η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική και σε μεγαλύτερο βαθμό άμεσα διαθέσιμη [22,23,25].

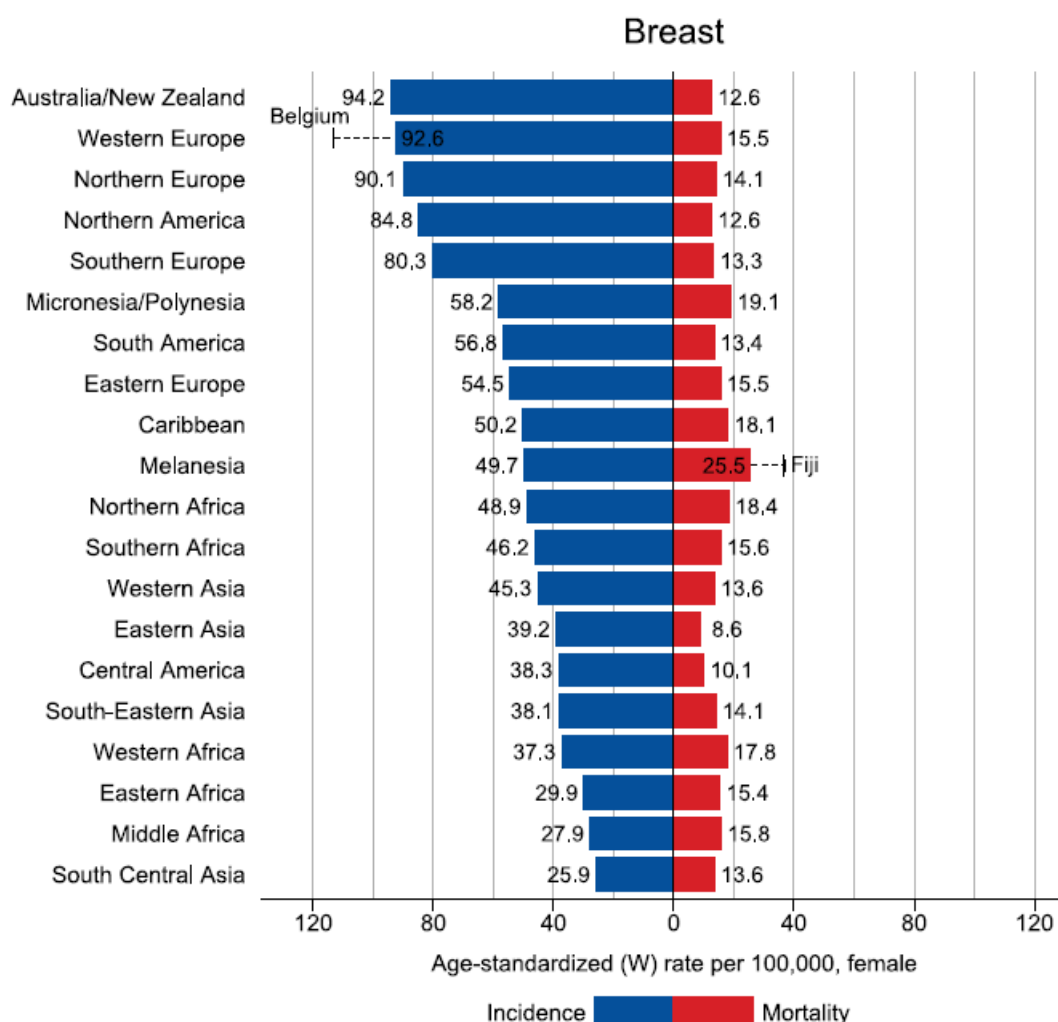


ΕΙΚΟΝΑ 4: Γεωγραφική διακύμανση του ρυθμού επίπτωσης και θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού (ανά 100.000 αναφορικά με την ηλικία). Πηγή: [21].

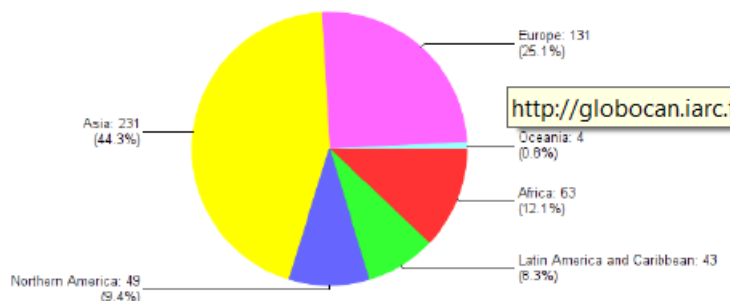
Σύμφωνα με καταγραφή που έγινε από το International Academy for Research on Cancer (IARC) το 2012, υπήρξαν 1,7 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού που αφορούν το 25% όλων των νέων περιστατικών καρκίνου. Στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες (που αποτελούν το 82% του πληθυσμού παγκοσμίως) εντοπίζονται τα μισά από αυτά. Υπολογίζεται ότι 521.900 γυναίκες απεβίωσαν από τη νόσο τη χρονιά αυτή [15].

Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία από το GLOBOCAN (2018), σε παγκόσμιο επίπεδο, η υψηλότερη επίπτωση της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες εμφανίζεται στην Αυστραλία/ Νέα Ζηλανδία με 94,2 περιστατικά, τη Δυτική Ευρώπη να ακολουθεί, με 92,6 περιστατικά και τη Βόρεια Ευρώπη με 90,1 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους. Από την άλλη, χαμηλότερη επίπτωση παρουσιάζει η Νότια και Κεντρική Ασία με 25,9 περιστατικά και η Κεντρική

και Ανατολική Αφρική με 27,9 και 29,9 περιστατικά ανά 100.000 αντίστοιχα. Αναφορικά με τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού, την υψηλότερη τιμή παρουσιάζει η Μελανησία με 25,5 θανάτους ανά 100.000 και τη χαμηλότερη τιμή, η Ανατολική Ασία με 8,6 θανάτους ανά 100.000 [18].



ΕΙΚΟΝΑ 5: Απεικόνιση των τυποποιημένων ποσοστών επίπτωσης και θνησιμότητας, ανά περιοχή για τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες το 2018. Πηγή: [18].



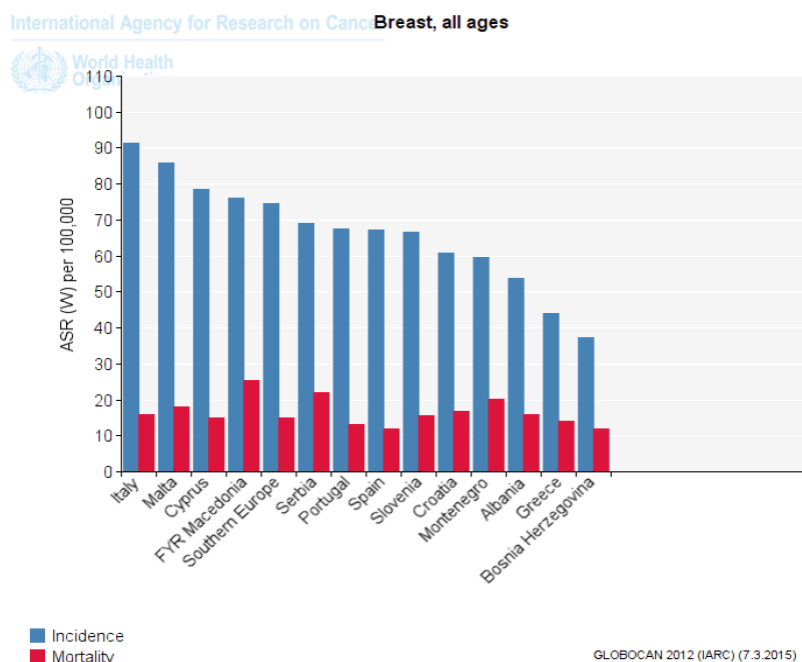
GLOBOCAN 2012 (IARC) - 4.3.2015

Εικόνα 6: Κατανομή του αριθμού των θανάτων από καρκίνο του μαστού ανά τον κόσμο το έτος 2012. Πηγή: [21].

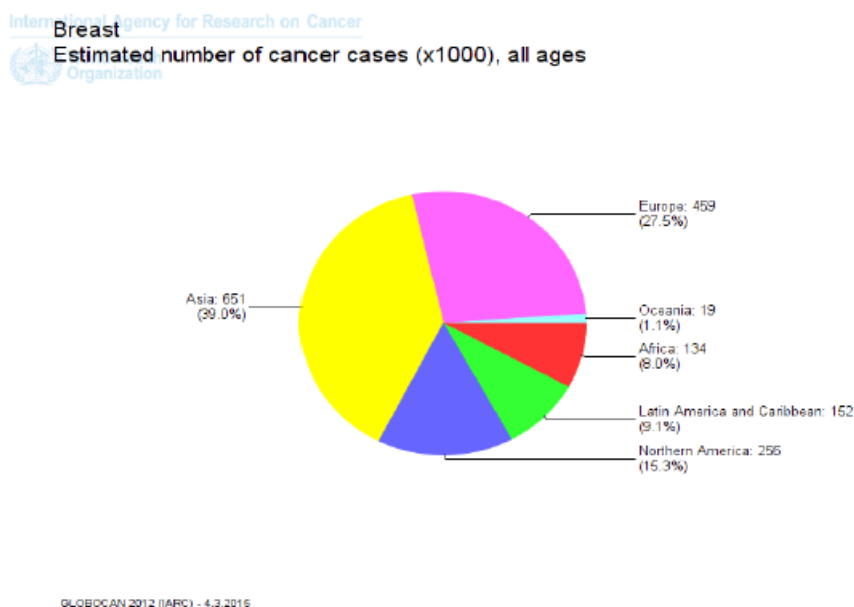
Σύμφωνα με τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για το 2012, αναφέρεται ότι η Ευρώπη συγκεντρώνει 3,4 εκατομμύρια νεοδιαγνωσμένες περιπτώσεις που αφορούν διάφορους τύπους καρκίνου και που κατανέμονται σε ίσα ποσοστά ανά φύλο. Ο καρκίνος του μαστού κατέχει την 1^η θέση (13,5% στο σύνολο των καρκίνων), ακολουθεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου (13%), του προστάτη και του πνεύμονα (11,9%). Αυτοί οι τύποι καρκίνου συμπεριλαμβάνονται στην επιβάρυνση από τη νόσο συνολικά στην Ευρώπη με ποσοστό 50,5%. Όσον αφορά τις πιο συχνές διαγνώσεις στις γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού βρέθηκε να κατέχει την πρώτη θέση, με τον καρκίνο του πνεύμονα στη δεύτερη θέση και τον καρκίνο της μήτρας να ακολουθεί. Παρατηρούνται διακυμάνσεις ανά γεωγραφική περιοχή το 2012 στην Ευρώπη, αναφορικά με τις νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, οι χώρες της Δυτικής και της Βόρειας Ευρώπης σύμφωνα με εκτιμήσεις, κατέχουν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου. Ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά εντοπίζονται στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης [26].

Αναφορικά με τη θνησιμότητα, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), καταγράφηκαν 92.500.000 θάνατοι από καρκίνο του μαστού στις γυναίκες το έτος 2014 από τη συγκέντρωση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από 28 Ευρωπαϊκές Χώρες. Παρουσιάζεται διακύμανση και στα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων (στις γυναίκες), καταγράφηκαν στην Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο και τη Μάλτα. Ενώ, τα χαμηλότερα ποσοστά στη Ρουμανία, τη Βουλγαρία και τη

Λιθουανία [27]. Ωστόσο, ψηλή θέση στα ποσοστά επίπτωσης της νόσου κατέχουν η Ιταλία, η Κύπρος και η Μάλτα, παρόλο που ανήκουν στη Νότια Ευρώπη [21].



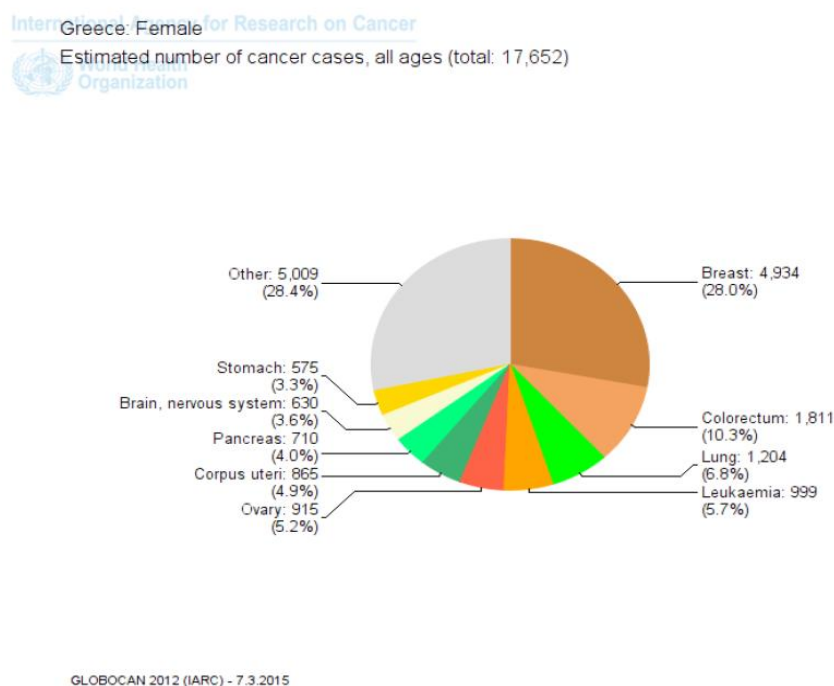
Εικόνα 7: Εκτίμηση του ρυθμού επίπτωσης και θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό για τις χώρες της Νότιας Ευρώπης (ανά 100.000, προσαρμοσμένοι ως προς την ηλικία). Πηγή: [21].



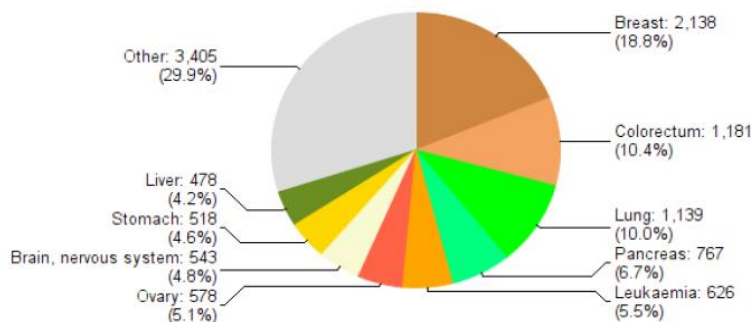
Εικόνα 8: Κατανομή των νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού ανά τον κόσμο για το έτος 2012 (ανά 100.000, προσαρμοσμένοι ως προς την ηλικία). Πηγή: [21].

Όσον αφορά την εμφάνιση του φαινομένου συνολικά στην Ευρώπη, ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες έρχεται πρώτος τόσο ως προς την επίπτωση, όσο και ως προς τη θνησιμότητα, με εμφάνιση νέων περιστατικών σε ποσοστό 28,6% και καταγραφή θανάτων από τη νόσο σε ποσοστό 16,9% για το 2012. Σχετικά με τους ρυθμούς θνησιμότητας για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη, υπάρχει μια διακύμανση από 25,5/100.000 γυναίκες στη FYROM, έως 11,8/100.000 στην Ισπανία, ενώ στο Βέλγιο και τη Δανία κατέχουν υψηλή θέση με 20,3 και 18,8/100.000 γυναίκες αντίστοιχα [28].

Η Ελλάδα, αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης και τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού ανάμεσα στις γυναίκες, παρουσιάζει παρόμοια δεδομένα με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης για το έτος 2012. Ο καρκίνος του μαστού σε σύγκριση με άλλους τύπους καρκίνου κατέχει πρωταρχική θέση ως η μορφή καρκίνου με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο γυναικείο πληθυσμό και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στον ίδιο πληθυσμό, με τον καρκίνο του παχέος εντέρου να ακολουθεί και τον καρκίνο του πνεύμονα να κατέχει την τρίτη κατά σειρά θέση. Το 2012 οι νέες περιπτώσεις καρκίνου έφτασαν τις 364.000 με ρυθμό επίπτωσης 108,8 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους. Το ίδιο έτος οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού στις γυναίκες ανήλθαν σε 90.600 με ποσοστό επίπτωσης 22,4 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους [26].



Εικόνα 9: Κατανομή των ποσοστών εμφάνισης των νέων περιστατικών καρκίνου στις γυναίκες (ανεξάρτητα από την ηλικία) στην Ελλάδα για το 2012. Πηγή: [21].



GLOBOCAN 2012 (IARC) - 7.3.2015

Εικόνα 10: Κατανομή των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο στις γυναίκες (ανεξάρτητα από την ηλικία) για το 2012 στην Ελλάδα. Πηγή: [21].

Συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρώπης, η Ελλάδα κατέχει την 4^η κατά σειρά χαμηλότερη επίπτωση σε όλη την Ευρώπη, παρουσιάζοντας 43,9 νέα περιστατικά ανά 100.000 και την δεύτερη κατά σειρά χαμηλότερη επίπτωση στη Νότια Ευρώπη. Επίσης, σε ολόκληρη την Ευρώπη, κατέχει την 12^η κατά σειρά χαμηλότερη θνησιμότητα, με 14,1 θανάτους ανά 100.000 γυναίκες. Ακόμη, κατέχει την 4^η κατά σειρά χαμηλότερη θνησιμότητα στη Νότια Ευρώπη [21].

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Εκτίμηση του ρυθμού επίπτωσης του καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό για όλες τις χώρες της Ευρώπης (ανά 100.000, προσαρμοσμένοι ως προς την ηλικία). Πηγή: [21].

POPULATION	*Quality	Numbers	Crude Rate	ASR (W)	Cumulative risk
Belgium	A2	10337	188.0	111.9	11.63
Denmark	A2	5224	185.4	105.0	11.53
The Netherlands	A2	13895	165.2	99.0	10.35
Iceland	A1	225	138.1	96.3	10.51
United Kingdom	A1	52399	164.5	95.0	10.15
Ireland	A1	2899	126.8	92.3	9.73
Germany	B2	71623	171.5	91.6	10.00
Italy	B2	50658	162.9	91.3	9.45
France (metropolitan)	B2	48763	149.8	89.7	9.55
Finland	A1	4477	162.9	89.4	9.80
Luxembourg	D2	360	137.0	89.1	9.37
Malta	A1	314	148.7	85.9	8.92
Switzerland	B2	5750	146.4	83.1	9.05
Sweden	A2	6624	139.1	80.4	8.74
Cyprus	A3	604	109.3	78.4	8.30
FYR Macedonia	G3	1152	111.7	76.2	8.21
Norway	A2	2887	116.6	73.1	8.14
Czech Republic	A2	6854	127.5	70.3	7.76
Serbia	B2	5422	109.1	69.0	7.63
Austria	A2	5254	121.9	68.0	7.26
Portugal	C3	6088	110.4	67.6	6.79
Spain	B2	25215	106.6	67.3	6.80
Slovenia	A1	1258	120.8	66.5	7.21
Croatia	A2	2641	116.1	60.9	6.82
Montenegro	G6	261	81.0	59.7	6.23
Bulgaria	A2	3928	102.7	58.5	6.26
Slovakia	A1	2643	93.9	57.5	6.37
Hungary	G1	5094	97.5	54.5	5.91
Albania	G3	1022	63.3	53.9	5.31
Latvia	A1	1145	95.0	52.1	5.76
Poland	C3	17259	87.0	51.9	5.83
Estonia	A1	658	91.2	51.6	5.64
Romania	E1	8981	81.5	50.0	5.44
Lithuania	A1	1479	83.8	48.7	5.37
Belarus	A2	3781	74.1	45.9	5.02
Russian Federation	D2	57502	75.0	45.6	5.06
Greece	G3	4934	85.6	43.9	4.46
Ukraine	A2	16471	67.9	41.3	4.51
Republic of Moldova	G1	1104	59.7	38.7	4.60
Bosnia Herzegovina	D5	1152	59.2	37.4	4.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια, δίχως σαφή αιτιολογικό προσδιορισμό. Υπάρχει συσχέτιση της νόσου με πλήθος παραγόντων κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης αυτής στη διάρκεια ζωής μιας γυναίκας. Παρόλο που οι παράγοντες αυτοί έχουν ταυτιστεί με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, η επιστημονική κοινότητα δεν είναι απολύτως σίγουρη για το ποσοστό συνεισφοράς ορισμένων από αυτούς στην εμφάνιση της νόσου. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι δυνατόν, γυναίκες που φέρουν αιτιολογικούς παράγοντες για πρόκληση καρκίνου του μαστού, να μη νοσήσουν ποτέ στη ζωή τους, ενώ αντιθέτως, γυναίκες που φαινομενικά δεν διέτρεχαν κανέναν κίνδυνο, να εμφανίσουν τη συγκεκριμένη νόσο [7]. Η πραγματοποίηση πλήθους μελετών οδήγησε στον προσδιορισμό των παραγόντων που συνδέονται με την εκδήλωση της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τους **ελεγχόμενους** ή αλλιώς **τροποποιήσιμους** και τους **μη ελεγχόμενους** ή **μη τροποποιήσιμους**. Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου [29,30].

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Μη ελεγχόμενοι και ελεγχόμενοι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Πηγές:

[29,30,31,32,33,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,62].

ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΦΥΛΟ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΥΛΟ ΟΡΜΟΝΕΣ	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ/ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΘΗΛΑΣΜΟΣ
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΛΚΟΟΛ
ΦΥΛΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ Η΄ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΚΑΛΟΗΘΗ ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ	ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ
ΑΝΔΡΟΓΟΝΑ	
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΣΤΟ ΘΩΡΑΚΑ	
ΛΗΨΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	

3.1 ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.1.1. Το φύλο και οι ειδικές για το φύλο ορμόνες

Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε σχέση με τους άντρες, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται το ενδεχόμενο εκδήλωσης της ασθένειας σε αυτούς. Το φαινόμενο αυτό είναι αποτέλεσμα κυρίως της συνεχούς έκθεσης του γυναικείου μαστού στις ορμόνες του γυναικείου φύλου (τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη), από την εμμηναρχή, έως και την εμμηνόπαυση [31].

3.1.2 Η ηλικία

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία. Παρόλα αυτά με την άνοδο της ηλικίας, αυξάνεται ακόμη περισσότερο η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Σε γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διηθητικού καρκίνου του μαστού, ενώ παρατηρείται διπλασιασμός των πιθανοτήτων εκδήλωσης της ασθένειας σε γυναίκες άνω των 70 ετών [31].

3.1.3 Κληρονομικότητα/ γενετικοί παράγοντες

Το 5-10% των καρκίνων του μαστού οφείλεται σε κληρονομικά αίτια και συγκεκριμένα σε γονιδιακές μεταλλάξεις [32]. Έρευνες δείχνουν ότι η γενετική προδιάθεση συμμετέχει στο 30% των κρουσμάτων του καρκίνου του μαστού ανάμεσα στις γυναίκες που είναι άνω των 30 ετών [33]. Οι συνηθέστερες γονιδιακές βλάβες που μπορεί να επιφέρουν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι αυτές που συμβαίνουν στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, που οι γονείς μπορούν να κληροδοτήσουν στους

απογόνους τους. Αν τα κύτταρα του μαστού είναι φυσιολογικά, τα γονίδια αυτά παρουσιάζουν προστατευτική δράση μέσω σχηματισμού πρωτεϊνών που εξολοθρεύουν τα καρκινικά κύτταρα. Στην περίπτωση όμως παρουσίας των κληρονομικά μεταλλαγμένων γονιδίων BRCA1 και BRCA2 σε μια γυναίκα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι ιδιαίτερα αυξημένος ακόμη και σε μικρότερη ηλικία [34].

3.1.4 Οικογενειακό ιστορικό

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή μιας γυναίκας, φαίνεται να συνδέεται με τη διάγνωση της νόσου σε συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη). Όσο μικρότερη είναι η ηλικία εμφάνισης της νόσου σε μια γυναίκα της οικογένειας, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να διαγνωσθούν με αυτή τη νόσο και οι υπόλοιπες γυναίκες που σχετίζονται μεταξύ τους με σχέση εξ αίματος. Φαίνεται όμως ότι το ποσοστό κινδύνου σε αυτή την περίπτωση, δεν ξεπερνά το 15% και αυτό υποδεικνύει ότι ο συγκεκριμένος παράγοντας από μόνος του δεν ισχυροποιείται σημαντικά για την πρόκληση της νόσου [35].

3.1.5 Ατομικό ιστορικό

Όταν μια γυναίκα παρουσιάσει καρκίνο στον μαστό, οι πιθανότητες να εμφανίσει και σε άλλο σημείο του ίδιου μαστού ή στον άλλο μαστό είναι πολλαπλάσιες [36].

3.1.6 Φυλή και εθνικότητα

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού επηρεάζεται από την φυλή και τις διάφορες εθνικότητες. Πιο συγκεκριμένα, οι λευκές γυναίκες παρουσιάζουν πιο αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τις μαύρες. Οι δεύτερες όμως έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας, λόγω του ότι προσβάλλονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από επιθετικούς τύπους καρκίνου. Μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται στις ντόπιες Αμερικανίδες, στις Αμερικανίδες Ισπανικής και Ασιατικής καταγωγής [37].

3.1.7 Η πυκνότητα του μαστού

Η πυκνή σύσταση του μαστού αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου σε αυτόν. Η μαστογραφική εξέταση προσδιορίζει την πυκνότητα του μαστού και αφορά μια μέθοδο υπολογισμού της ποσότητας του αδενικού, του λιπώδους και του συνδετικού ιστού στην περιοχή. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της πυκνότητας του μαστού και του κινδύνου καρκινογένεσης. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, η συνδυασμένη ορμονοθεραπεία αυξάνει την πυκνότητα των μαστών, γεγονός που υποδηλώνει ότι πρέπει να αποφευχθεί η αλόγιστη χορήγηση αυτής της φαρμακευτικής αγωγής [38].

3.1.8 Καλοήγη ευρήματα στο μαστό

Η παρουσία ογκιδίων ή αλλοιώσεων στο γυναικείο μαστό δεν σηματοδοτεί απαραίτητα την παρουσία καρκίνου. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου κάποιες αλλοιώσεις μπορεί να λειτουργήσουν ως προστάδιο για την μελλοντική εμφάνιση κακοήθειας. Μπορεί λοιπόν να υπάρξει συσχέτιση μεταξύ κακοήθειας και καρκινογένεσης. Πιο συγκεκριμένα, τα καλοήγη ευρήματα του μαστού μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζουν διαφορετικό επίπεδο κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις μη πολλαπλασιαστικές βλάβες, στις οποίες συγκαταλέγονται ο καλοήγης όγκος, οι κύστες, η ήπια υπερπλασία, το μονό θήλωμα, το νεκρωμένο λίπος, η μαστίτιδα, η ίνωση, το αιμαγγείωμα, το λίπωμα κ.α.. Αυτές οι περιπτώσεις δεν χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό στα κύτταρα του μαστού και δεν αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό. Στη δεύτερη ομάδα, αυτή των πολλαπλασιαστικών βλαβών χωρίς ατυπία, ανήκουν το σύνθετο και το σκληρό αδένωμα, η ακτινωτή ουλή, τα πολλαπλά θηλώματα και η υπερπλασία των μαστικών πόρων. Στις συγκεκριμένες βλάβες, ο κίνδυνος καρκινογένεσης είναι διπλάσιος συγκριτικά με την περίπτωση απουσίας αυτών σε μια γυναίκα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι βλάβες αυτές συνοδεύονται με την ανάπτυξη των κυττάρων στην περιοχή των λοβών ή των πόρων του μαστού. Στην τελευταία κατηγορία βρίσκονται οι πολλαπλασιαστικές βλάβες με ατυπία. Περιλαμβάνει την άτυπη υπερπλασία των λοβών και την αντίστοιχη στους πόρους του μαστού. Κοινό χαρακτηριστικό των ανωτέρω είναι ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων στις συγκεκριμένες περιοχές. Η ύπαρξη μιας τέτοιας αλλοίωσης στο μαστό, παρουσία οικογενειακού ιστορικού με τη νόσο, εκτοξεύει την επικινδυνότητα περίπου τέσσερις φορές επάνω [39].

3.1.9 Διάρκεια εμμηνορρυσίας στην ζωή της γυναίκας

Η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η πρόωρη έναρξη την εμμήνου ρύσεως έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό. Σηματοδοτούν και οι δύο την πιο μακρόχρονη έκθεση της γυναίκας στις ειδικές για το φύλο ορμόνες (προγεστερόνη και οιστρογόνα). Η μεγαλύτερη όμως έκθεση στις ορμόνες αυτές σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό [40].

3.1.10 Ανδρογόνα και τεστοστερόνη

Εκτός από τις ειδικές για το γυναικείο φύλο ορμόνες και τα ανδρογόνα έχουν συσχετιστεί με τον κίνδυνο καρκινογένεσης στο μαστό. Πιο συγκεκριμένα, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, παρατηρούνται υψηλά επίπεδα ανδρογόνων και χαμηλά επίπεδα προγεστερόνης. Επιπροσθέτως, έχει φανεί ότι η συχνότητα της νόσου είναι ιδιαίτερα αυξημένη στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, όπου και υπερτερούν τα ανδρογόνα και όχι τα οιστρογόνα [41].

Αντίστοιχος κίνδυνος έχει παρατηρηθεί και στην περίπτωση αυξημένων επιπέδων τεστοστερόνης στις γυναίκες [37].

3.1.11 Ακτινοβολία στο θώρακα

Στην περίπτωση εφαρμογής ακτινοβολίας στο ανώτερο τμήμα του κορμού, σε κάποια γυναίκα άνω των 40 ετών με σκοπό την θεραπεία άλλων μορφών καρκίνου στην περιοχή αυτή, δεν λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό. Ωστόσο, στην περίπτωση αντίστοιχης θεραπευτικής παρέμβασης σε νεαρή ηλικία και ιδίως στην εφηβεία, όπου οι μαστοί αναπτύσσονται, ο κίνδυνος αυξάνεται. Η παράλληλη όμως χορήγηση χημειοθεραπείας μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, καθώς παρεμποδίζει την έκκριση των ωοθηκικών ορμονών [42, 43].

3.1.12 Λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων κατά την εγκυμοσύνη

Η χρήση της διαιθυλοστυλβεστρόλης (DES) κατά τις δεκαετίες 1940-1970, σε εγκυμονούσες γυναίκες που διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο αποβολής, αύξησε τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού τόσο για τις ίδιες, όσο και για τις κόρες τους [44].

3.2 ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ)

3.2.1 Ιστορικό Εγκυμοσύνης

Η απόκτηση πολλών τέκνων καθώς και η εγκυμοσύνη σε μικρότερη ηλικία, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι της ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό. Αυτό συμβαίνει επειδή κατά την χρονική περίοδο της εγκυμοσύνης δεν υπάρχει έμμηνος ρύση και ως εκ τούτου η γυναίκα εκτίθεται λιγότερο στις ειδικές για το φύλο ορμόνες, που παράγονται κατά την διάρκεια του κύκλου [45]. Από την άλλη πλευρά φαίνεται ότι οι γυναίκες που δεν τεκνοποίησαν ή έκαναν το 1^ο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία (άνω των 35 ετών), διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη κακοήθειας στο μαστό [46].

3.2.2 Χρήση χαπιών αντισύλληψης

Η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών στα πλαίσια αποτροπής μιας εγκυμοσύνης, έχει φανεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης κακοήθειας στο μαστό. Ο κίνδυνος είναι πιο αυξημένος σε γυναίκες που κάνουν χρήση σε ηλικίες κάτω των 20 ετών και σε εκείνες που δεν έχουν ποτέ τεκνοποιήσει [47]. Σε περίπτωση διακοπής της λήψης τους για τουλάχιστον 1 δεκαετία, ο κίνδυνος μειώνεται σημαντικά [48].

3.2.3 Μετεμμηνοπαυσιακή ορμονοθεραπεία

Η χορήγηση ορμονών σε θεραπευτικά πλαίσια, με σκοπό την μείωση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης αλλά και την πρόληψη της οστεοπόρωσης σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, έχει συσχετιστεί με αύξηση του κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στην περίπτωση γυναικών που δεν έχουν κάνει υστερεκτομή, η χορήγηση συνδυασμένης ορμονοθεραπείας (προγεστερόνη και οιστρογόνα) αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας στον μαστό, καθώς και την πιθανότητα θανάτου από τη νόσο. Αν ωστόσο γίνει διακοπή της χορήγησης των ορμονών για πέντε έτη, ο κίνδυνος ανάπτυξης της ασθένειας εξαλείφεται. Όταν όμως πρόκειται για εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με υστερεκτομή, η θεραπεία που χορηγείται δεν περιλαμβάνει προγεστερόνη αλλά μόνο οιστρογόνα. Παρέχει έτσι τα οφέλη σχετικά με την συμπτωματολογία των γυναικών αυτών και συμβάλλει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης, χωρίς όμως να πυροδοτεί την καρκινογένεση στο μαστό. Στην περίπτωση μακροχρόνιας όμως (πάνω από 10 έτη) χορήγησης των οιστρογόνων, μπορεί επίσης να αυξηθεί ο κίνδυνος για καρκίνο στις ωοθήκες και το μαστό. Οι γυναικολόγοι οφείλουν να ενημερώνουν τις γυναίκες για τα μειονεκτήματα της ορμονοθεραπείας, έτσι ώστε να εκτιμάται το όφελος αλλά και ο κίνδυνος που συνδέεται με αυτή [49,50].

3.2.4 Θηλασμός

Ο θηλασμός μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και έχει φανεί ότι η διάρκεια του σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την πιθανότητα εκδήλωσης της ασθένειας. Στην περίπτωση που η διάρκεια του θηλασμού είναι περίπου 24 μήνες, ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί έως και 4%. Το γεγονός ότι κατά το χρονικό διάστημα του θηλασμού διακόπτεται η έμμηνος ρύση, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εκδήλωση της νόσου, καθώς μειώνεται ο αριθμός των κύκλων εμμηνορρυσίας στην αναπαραγωγική ηλικία. Επιπρόσθετο όφελος του θηλασμού, αποτελεί η τροποποίηση της σύστασης των μαστών μετά τον απογαλακτισμό, που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου στο μαστό (εφόρου ζωής) [51].

3.2.5 Λήψη αλκοόλ

Έχει φανεί πως η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών μπορεί να επηρεάσει με αρνητικό τρόπο την υγεία των γυναικών, αυξάνοντας τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Αποδεκτό και ασφαλές όριο για τις γυναίκες ορίζεται αυτό του ενός ποτού/ ημέρα. Πολλαπλάσιο κίνδυνο εμφανίζουν οι γυναίκες που καταναλώνουν δύο ή περισσότερα ποτά ημερησίως, καθώς και εκείνες που ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοολούχα σε καθημερινή βάση από την εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με έρευνες, η κατανάλωση αλκοόλ πριν από την απόκτηση του πρώτου τέκνου, αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση της νόσου συνδέεται με την αύξηση της

συγκέντρωσης οιστρογόνων και ανδρογόνων στο αίμα που προκαλείται από την κατανάλωση αλκοόλ [52,53].

3.2.6 Διατροφή

Σχετικά με την επίδραση των διατροφικών συνηθειών στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, τα στοιχεία είναι εν μέρει αντικρουόμενα [54]. Σύμφωνα με το American Cancer Society, η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Αυτό αιτιολογείται από την παρουσία αυξητικού παράγοντα ινσουλίνης 1 καθώς και παρασιτοκτόνων σε αυτά. Όσον αφορά την διαιτητική πρόσληψη λιπαρών, υπάρχουν στοιχεία που φανερώνουν ότι η πλούσια σε λίπος διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία που σχετίζεται σημαντικά με την καρκινογένεση στο μαστό [55]. Επίσης η αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος έχει φανεί πως αυξάνει τον κίνδυνο για τη νόσο σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που κάνουν ορμονοθεραπεία [56]. Φαίνεται, σύμφωνα με μελέτες ότι μια διατροφή που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μειωμένη πρόσληψη βιταμινών (C,D,E), ασβεστίου και αντιθέτως, από αυξημένη κατανάλωση λιπαρών, κόκκινου κρέατος και αλκοόλ, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης της ασθένειας [57].

3.2.7 Αυξημένο σωματικό βάρος ή παχυσαρκία

Το αυξημένο σωματικό βάρος είναι ένας παράγοντας που μπορεί, να αυξήσει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού, ιδίως σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, οι υπέρβαρες γυναίκες που βρίσκονται στην κατηγορία αυτή, διατρέχουν 1,5 φορά μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με τις νορμοβαρείς και αντίστοιχα οι παχύσαρκες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο. Ο λόγος για τον οποίο η επικινδυνότητα αυξάνεται σε αυτές τις γυναίκες σχετίζεται με το γεγονός ότι ενώ στην αναπαραγωγική ηλικία η πλειονότητα των οιστρογόνων παράγονται από τις ωοθήκες, ο μηχανισμός τροποποιείται από την εμμηνόπαυση και έπειτα, με αποτέλεσμα τα οιστρογόνα να παράγονται αποκλειστικά από το λιπώδη ιστό. Υπάρχει λοιπόν θετική συσχέτιση μεταξύ του πλεονάζοντος σωματικού βάρους μετά την εμμηνόπαυση και της παραγωγής αυτών των ειδικών για το φύλο ορμονών. Έχει αποδειχθεί ότι η υψηλή έκθεση στις ορμόνες αυτές σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας στο μαστό. Η εναπόθεση λίπους γύρω από τη μέση, αυξάνει σε μεγαλύτερο βαθμό τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού συγκριτικά με την εναπόθεση λίπους σε άλλες περιοχές του σώματος. Αντιθέτως φαίνεται πως η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους σε συνδυασμό με τη φυσική δραστηριότητα μπορούν να μειώσουν σημαντικά την επικινδυνότητα [58,59].

3.2.8 Φυσική δραστηριότητα

Η σωματική δραστηριότητα λειτουργεί προστατευτικά έναντι του καρκίνου του μαστού. Πιο συγκεκριμένα έχει φανεί πως ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί κατά 10-20% στις γυναίκες που περπατούν με γρήγορο ρυθμό για τουλάχιστον 150 λεπτά/ εβδομάδα. Στην εμμηνόπαυση, όσο πιο συστηματική και εντατική είναι η άσκηση, τόσο μικρότερος είναι και ο κίνδυνος για τη δημιουργία καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τις συστάσεις των ειδικών, η άσκηση 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα με διάρκεια 45-60 λεπτά/ημέρα (σε συνδυασμό με την κατάλληλη διατροφή) συμβάλλει στην επίτευξη και διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους στις γυναίκες και κατ'επέκταση μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο καρκινογένεσης στο μαστό [60,61].

3.2.9 Κάπνισμα

Μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που καπνίζουν διατρέχουν 10% μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με όσες δεν κάπνισαν ποτέ στη ζωή τους. Φαίνεται πως τα πολλά έτη καπνίσματος και η κατανάλωση πολλών τσιγάρων ανά ημέρα, μπορούν να πολλαπλασιάσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της συγκεκριμένης ασθένειας. Από την άλλη πλευρά και το παθητικό κάπνισμα φαίνεται ότι σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση της νόσου, με τον κίνδυνο να εμφανίζεται υψηλότερος στις προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες συγκριτικά με τις μετεμμηνοπαυσιακές. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με τους ερευνητές, τα δεδομένα που έχουν συλλεχτεί δεν επαρκούν προκειμένου να τεκμηριωθεί αυτή η αιτιολογική συσχέτιση [62].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού αφορούν το σωματικό, το ψυχικό-συναισθηματικό, το γνωστικό, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και συνδέονται με την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει άμεση αλληλεπίδραση ανάμεσα στους παραπάνω παράγοντες [63,64,65].

4.1 Επιπτώσεις σε σωματικό επίπεδο

Σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού υποφέρουν συχνά από πόνους, κόπωση και αϋπνία. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθούν αλλαγές στο σωματικό βάρος, στην εικόνα του μαστού, πεπτικά προβλήματα, προβλήματα που συνδέονται με τον κύκλο και άλλες επιπτώσεις ανάλογα με το είδος της θεραπείας [66,67,68]. Στις γυναίκες αυτές, η εμφάνιση καρκινικής καχεξίας αποτελεί σπάνιο φαινόμενο, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται το να είναι υποδιαγνωσμένη, ενώ αντίθετα παρουσιάζεται συχνά σαρκοπενική παχυσαρκία [69].

4.2 Επιπτώσεις σε ψυχολογικό-συναισθηματικό επίπεδο

Φαίνεται ότι οι ασθενείς υφίστανται μια μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας του φόβου και του μύθου που επικρατεί σχετικά με τον καρκίνο του μαστού με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπτώσεων της ασθένειας στην ζωή τους [64]. Οι ψυχιατρικές διαταραχές ανάμεσα στις ασθενείς κυμαίνονται σε ποσοστό 5-50%. Από την άλλη, οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ποσοστό επιπολασμού έως και 46% και οι αγχώδεις διαταραχές από 1 έως 49%. Γεγονός που δείχνει ότι οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης τόσο κατά το χρονικό διάστημα της διάγνωσης και της θεραπείας, όσο και κατά την περίοδο που ακολουθεί μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών. Η εξέλιξη σε θεραπευτικό επίπεδο έχει συμβάλλει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, γεγονός που έφερε στην επιφάνεια τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της ασθένειας [70,71]. Τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης φαίνεται να εντείνονται όχι μόνο από το φόβο της ίδιας της ασθένειας και της ανησυχίας σχετικά με το που μπορεί αυτή να οδηγήσει, αλλά και από άλλα γεγονότα όπως είναι η μαστεκτομή που πολλές φορές δεν μπορεί να αποφευχθεί για διάφορους λόγους, όπως η θέση και το μέγεθος του όγκου [72].

4.2.1 Κατάθλιψη και καρκίνος του μαστού

Συγκεκριμένα, η εμφάνιση της κατάθλιψης συνδέεται με τα συναισθήματα φόβου σχετικά με το θάνατο, τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος και της υποτροπής της νόσου. Επίσης, η κατάθλιψη σχετίζεται με τη μη συμμόρφωση στις θεραπείες και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη διαχείριση της νόσου. Η γνώση αναφορικά με την κατάθλιψη έχει μεγάλη κλινική σημασία. Θεωρείται απαραίτητο να γίνει διάκριση ανάμεσα στην προσωρινή δυσφορία και στην αληθινή ψυχιατρική ή καταθλιπτική διαταραχή, καθώς η πρώτη αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση σε μία αρνητική κατάσταση, ενώ η δεύτερη χρειάζεται ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/και ψυχοθεραπευτική), η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση [73]. Η κατάθλιψη συνδέεται και με τα σωματικά συμπτώματα όπως ο πόνος και η κόπωση [74]. Οι μηχανισμοί που συνδέονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης δεν κατανοούνται εύκολα. Φαίνεται ότι, το αίσθημα αβεβαιότητας για το μέλλον και η έλλειψη ελπίδας, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση της. Διάφορα μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί για να ερμηνεύσουν την εμφάνιση της κατάθλιψης σε επιζήσαντες από τον καρκίνο του μαστού [75,76]. Σύμφωνα με έρευνες, η κατάθλιψη επηρεάζει όχι μόνο την λειτουργικότητα των ασθενών αλλά και την ποιότητα ζωής τους και κατ' επέκταση την πρόγνωση της ασθένειας, καθώς οι καταθλιπτικές γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής [77]. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνδέονται επίσης με αλλαγές στα διάφορα επίπεδα της ποιότητας ζωής, όπως τη σεξουαλική λειτουργία και την αίσθηση της απώλειας της μελλοντικής προοπτικής, τα οποία επηρεάζουν την αντίληψη αναφορικά με την κατάσταση της υγείας και της ίδιας της ζωής μετά από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού [78].

4.2.2 Άγχος και καρκίνος του μαστού

Μια σημαντική ψυχολογική παράμετρος που συνδέεται με τον καρκίνο του μαστού είναι το άγχος. Φαίνεται ότι αποτελεί ένα συχνό και κοινό σύμπτωμα ανάμεσα στις ασθενείς και συνδέεται με τον φόβο του θανάτου, την αβεβαιότητα για την εξέλιξη της νόσου, τον φόβο της χειρουργικής επέμβασης, των παρενεργειών από τις θεραπείες και της πιθανής σωματικής αναπηρίας. Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των ασθενών και επιφέρει αλλαγές στην προσωπική και οικογενειακή ζωή, στις καθημερινές δραστηριότητες, στις σχέσεις και την εργασία, γεγονότα που συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση του άγχους [79].

4.2.3 Συναισθηματικές διαταραχές και καρκίνος του μαστού

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού, σε μεγάλο ποσοστό θα παρουσιάσουν μια συναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτικά ή αγχώδη χαρακτηριστικά κατά την διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι ασθενείς συγκεκριμένα, μπορεί να εμφανίσουν είτε θετικά είτε αρνητικά συναισθήματα ανάλογα με την ερμηνεία που δίνουν στην εμφάνιση του καρκίνου στη

ζωή τους. Τα αρνητικά συναισθήματα εμπεριέχουν κυρίως το άγχος, την απώλεια έλεγχου, την αβεβαιότητα, την απογοήτευση, την απομόνωση και τον φόβο για την πιθανή επανεμφάνιση της νόσου. Από την άλλη, τα θετικά συναισθήματα συνδέονται με την αύξηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης, την εύρεση του πραγματικού νοήματος της ζωής, την αύξηση της πνευματικότητας και των αισθημάτων αγαλλίασης. Τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται μετατραυματική διαταραχή, ενώ τα θετικά ερμηνεύονται ως μετατραυματική ανάπτυξη [80].

4.2.4 Επιπτώσεις στην γνωστική λειτουργία

Σύμφωνα με έρευνες, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με καρκίνο του μαστού (περίπου 20%), παρουσιάζουν γνωστική έκπτωση, δυσκολίες μνήμης και εκτελεστικής λειτουργίας, τα οποία επιβεβαιώνονται από νευροψυχολογικές δοκιμασίες [65]. Τα γνωστικά ελλείμματα εντείνονται μετά τη χημειοθεραπεία κυρίως στο επίπεδο της προσοχής, της ταχύτητας που επεξεργάζονται τις πληροφορίες και της μάθησης [81]. Η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών επιδρά άμεσα στον επαγγελματικό τομέα των γυναικών με καρκίνο του μαστού και συνδέεται με τον τομέα της ποιότητας ζωής τους. Η παρέμβαση για την αποκατάσταση των γνωστικών λειτουργιών με εκπαίδευση και ασκήσεις, φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα με ευεργετική επίδραση στις λειτουργίες του εγκεφάλου και να επιφέρει βελτίωση στις δοκιμασίες προφορικής μάθησης, μνήμης και καθυστερημένης ανάκλησης των πληροφοριών [82]. Ιδιαίτερα η εισαγωγή μεθόδων που βασίζονται στην γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και η εκπαίδευση σε ψυχο-γνωστικό επίπεδο, φαίνεται να συντελεί στην αποκατάσταση των γνωστικών λειτουργιών [83,84]. Κρίνεται επίσης απαραίτητη η διερεύνηση των μηχανισμών που συνδέουν τις γνωστικές ελλείψεις με τη θεραπεία στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού [85].

4.2.5 Επιπτώσεις στον επαγγελματικό τομέα

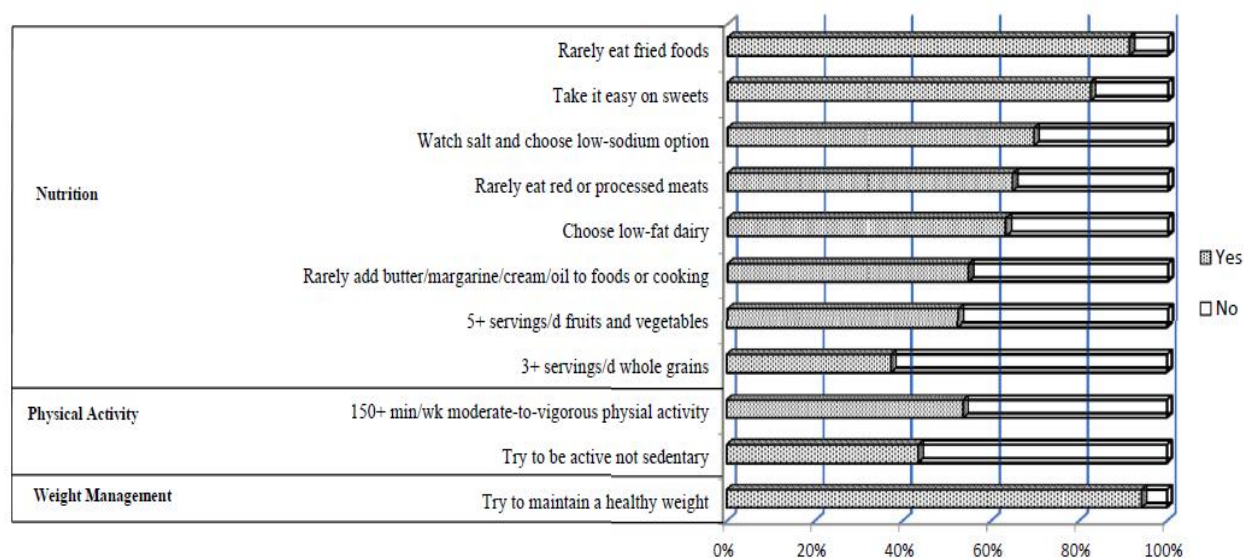
Παρατηρείται διακοπή της εργασίας σε γυναίκες που εργάζονταν πριν από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, σε ποσοστό 12%. Από την άλλη, οι άνεργες γυναίκες έχουν 17% λιγότερες πιθανότητες για πρόσληψη σε νέα εργασία. Σε γυναίκες που κατάφεραν να επιβιώσουν 5 έτη μετά τη διάγνωση του καρκίνου, παρουσιάζεται η αναγκαιότητα της αλλαγής εργασίας εξαιτίας της μη εύκολης ανταπόκρισης στις απαιτήσεις του επαγγέλματος τους. Επίσης οι γυναίκες αυτές χρειάζονται μια αναπροσαρμογή στο ωράριο της εργασίας τους με αποτέλεσμα τη μείωση του μισθού τους [86].

4.2.6 Επιπτώσεις στις διατροφικές συνήθειες

Οι ασθενείς που έχουν επιζήσει από καρκίνο του μαστού δεν παρουσιάζουν τις βέλτιστες διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές. Περίπου το 84,4% αυτών των γυναικών αναφέρουν 1 τουλάχιστον θετική αλλαγή που αφορά τη βελτίωση της διατροφής μετά τη διάγνωση ή τη θεραπεία της νόσου. Η

αλλαγή αυτή αφορά διατροφικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τη μείωση της κατανάλωσης κόκκινου ή επεξεργασμένου κρέατος, γλυκών με πολλές θερμίδες, τηγανητών και την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Μικρότερο ποσοστό αναφέρει μείωση των στερεών λιπών στο μαγείρεμα ή του αλατιού και των αλμυρών τροφίμων. Μόνο το ¼ από τις επιζήσασες αναφέρουν αύξηση της κατανάλωσης των δημητριακών ολικής άλεσης. Πιο συγκεκριμένα, οι συχνότητες συμμόρφωσης που αφορούν τις διατροφικές συμπεριφορές περιγράφονται παρακάτω κατά φθίνουσα σειρά με τον ακόλουθο τρόπο:

- Προσπάθεια διατήρησης υγιούς σωματικού βάρους (94,2%)
- Σπάνια κατανάλωση τηγανητών φαγητών (91,3%)
- Περιορισμός αρτοσκευασμάτων με υψηλές θερμίδες (82,5%)
- Περιορισμένη κατανάλωση αλατιού (69,6%)
- Μικρή κατανάλωση κόκκινου ή επεξεργασμένου κρέατος (64,7%)
- Επιλογή γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά (63,2%)
- Σπάνια κατανάλωση στερεών λιπών (54,7%)
- Κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών/ημέρα (37,3%)



ΕΙΚΟΝΑ 11: Συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, όπως αυτές αναφέρθηκαν από 315 επιζήσασες από τον καρκίνο του μαστού, οι οποίες “στρατολογήθηκαν” μέσω των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης στα πλαίσια ολοκλήρωσης της ηλεκτρονικής έκδοσης της

καινοφανούς επιστημονικής έρευνας «Έρευνα για επιζώντες καρκίνου, συμμόρφωση στις συστάσεις για υγιεινή διατροφή (CARE)». Οι γκρι ράβδοι απεικονίζουν τα ποσοστά των γυναικών που απάντησαν «ναι» σε καθεμιά από τις συμπεριφορές, ενώ οι λευκές ράβδοι αντιστοιχούν στην απάντηση «όχι» σε αυτές [87].

Παρά τις θετικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές, μετά τη διάγνωση ή τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, οι γυναίκες, σύμφωνα με πορίσματα ερευνών, βιώνουν εμπόδια που σχετίζονται με τις θεραπείες. Τα εμπόδια αυτά φαίνεται ότι επιδρούν αρνητικά στην προσπάθεια για την επίτευξη και διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Τα σημαντικότερα εμπόδια είναι η κούραση, το άγχος, η κατάθλιψη, ο πόνος, η δυσφορία, οι αλλαγές στη γεύση, η απώλεια όρεξης, τα γαστρεντερικά προβλήματα αλλά και γενικά εμπόδια που αφορούν το υψηλό κόστος των υγιεινών τροφίμων και την έλλειψη χρόνου για την προετοιμασία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αντιληπτά εμπόδια για υγιεινή διατροφή, όπως αναφέρθηκαν από 315 επιβιώσασες από καρκίνο του μαστού στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης στα πλαίσια ολοκλήρωσης της διαδικτυακής έκδοσης της καινοφανούς επιστημονικής έρευνας «Cancer Survivors Adherence to Recommendations for Healthy Eating survey 2016» [87].

Perceived barriers ^a	All breast cancer survivors (n = 315)	Breast cancer survivors undergoing treatment ^b (n = 111)	Breast cancer survivors who had completed treatment (n = 204)	P value ^c
Barriers to healthy eating	← n (%) →			
Fatigue (lack of energy)	227 (72.1)	86 (77.5)	141 (69.1)	0.11
Stress, depression, or reduced mental function	219 (69.5)	81 (73.0)	138 (67.7)	0.33
Changes in taste preference during or after cancer treatment	153 (48.6)	62 (55.9)	91 (44.6)	0.06
Craving unhealthy foods	134 (42.5)	50 (45.1)	84 (41.2)	0.50
Loss of appetite	99 (31.4)	54 (48.7)	45 (22.1)	<0.0001
Healthy foods cost too much	96 (30.5)	36 (32.4)	60 (29.4)	0.58
Lack of time to prepare healthy foods	108 (34.3)	34 (30.6)	74 (36.3)	0.31
Friends and family do not eat healthy foods	92 (29.2)	30 (27.0)	62 (30.4)	0.53
Hard to find healthy foods when dining out	93 (29.5)	38 (34.2)	55 (27.0)	0.18
Do not like taste of healthy foods	46 (14.6)	18 (16.2)	28 (13.7)	0.55
Gastrointestinal discomfort (diarrhea, nausea, vomiting)	34 (10.8)	19 (17.1)	15 (7.4)	<0.01
Do not know how to make healthy food choices	41 (13.0)	16 (14.4)	25 (12.3)	0.59
Healthy foods not available at home	37 (11.8)	18 (16.2)	19 (9.3)	0.07
Reduced physical functioning due to cancer treatment or other health conditions	4 (1.3)	1 (0.9)	3 (1.5)	0.67
Pain	8 (2.5)	3 (2.7)	5 (2.5)	0.89

Αξίζει να σημειωθεί ότι, επιζήσασες 5-9 χρόνια μετά τη διάγνωση αναφέρουν ότι έχουν πιο υγιεινές συμπεριφορές σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και πραγματοποιούν πιο θετικές αλλαγές συγκριτικά με εκείνες που είναι εντός 5 ετών μετά τη διάγνωση. Ωστόσο, οι επιζήσασες που είναι 10 χρόνια μετά τη διάγνωση, φαίνεται ότι δεν διαφέρουν σημαντικά από αυτές έως των 5 ετών σχετικά με την ύπαρξη υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών. Από την άλλη, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την υιοθέτηση πιο υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών, συγκριτικά με εκείνες με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Ακόμη, οι υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες που επέζησαν από τη νόσο, παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες σχετικά με την εμφάνιση υγιεινών διατροφικών συνηθειών σε σύγκριση με εκείνες με φυσιολογικό βάρος. Η έρευνα έδειξε ότι δεν υπάρχει καμία διαφοροποίηση με βάση τα άλλα χαρακτηριστικά όπως την ηλικία, τη φυλή και την εθνικότητα. Φαίνεται ότι η κύρια πηγή αναζήτησης διατροφικών συμβουλών και συστάσεων παραμένει το διαδίκτυο σε ποσοστό 74,9% και λιγότερο οι ειδικοί πάροχοι υγείας. Παρουσιάζεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης προσαρμοσμένων και εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης και ενσωμάτωσης της διατροφής στη διαχείριση της νόσου στην συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών [87,88].

4.2.7 Επιπτώσεις στη φυσική δραστηριότητα

Η άσκηση έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην αποκατάσταση πολλών χρόνιων ασθενειών και συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και στη μείωση της θνησιμότητας [89]. Η φυσική δραστηριότητα έχει άμεση σχέση με τη μείωση του κινδύνου από τον καρκίνο του μαστού. Η άσκηση, σύμφωνα με έρευνες, αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική και αποτελεσματική παρέμβαση για την βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας, της λειτουργικής ικανότητας, των συμπτωμάτων της κόπωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία από πρόσφατες έρευνες, φαίνεται ότι η φυσική δραστηριότητα σε μέτριο επίπεδο μπορεί να συμβάλλει στη συνολική επιβίωση των ασθενών [90]. Φαίνεται ότι οι μηχανισμοί που σχετίζονται με τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και την άσκηση, αφορούν τα χαμηλότερα επίπεδα ωοθηκικών ορμονών που επιτυγχάνονται με τη φυσική δραστηριότητα [91]. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με άλλες μελέτες, η αύξηση του σωματικού βάρους και η παχυσαρκία αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες για την επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού [92]. Ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις της θεραπείας σε φυσικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η άσκηση φαίνεται ότι είναι καλά ανεκτή τόσο κατά την διάρκεια όσο και μετά την θεραπεία [93]. Παρά την ευεργετική επίδραση της άσκησης φαίνεται ότι μόνο το 32% των επιζώντων από καρκίνο του μαστού ακολουθούν τις συστάσεις σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα. Πρόσφατα επίσης στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας κατά το 1^ο έτος μετά τη διάγνωση, συγκριτικά με ένα έτος

πριν από αυτή. Σημαντικότερη μείωση φυσικής δραστηριότητας παρουσιάζουν οι παχύσαρκες γυναίκες μετά την διάγνωση σε σύγκριση με γυναίκες που έχουν κανονικό βάρος. Αντίθετα, τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας παρατηρούνται αυξημένα κατά τη διάρκεια του τρίτου έτους μετά την διάγνωση αλλά μόνο για τις γυναίκες με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος [94].

4.2.8 Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής

Η έννοια της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού συνδέεται τόσο με τον σωματικό, όσο και με τον ψυχολογικό τομέα, καθώς και τη γνωστική λειτουργία. Η εξέλιξη στις θεραπείες έχει αυξήσει τον αριθμό των επιζώντων ασθενών. Αυτό έχει βελτιώσει και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Ωστόσο, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έρχονται αντιμέτωπες τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο με καταστάσεις που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους και δυσχεραίνουν την αποτελεσματική διαχείριση και την ικανοποιητική αξιολόγηση της νόσου [63]. Η πτώση του επιπέδου της ποιότητας ζωής έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία των ασθενών και φαίνεται να δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την επιτάχυνση της εξέλιξης της ασθένειας. Από την άλλη φαίνεται ότι, θετικοί παράγοντες και η θετική αντίληψη της ζωής σχετίζονται με μεγαλύτερη επιβίωση [95]. Διάφορα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ταυτόχρονα, η καθυστέρηση της επιστροφής στην εργασία έχει κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες για αυτές. Η ύπαρξη της νόσου, αλλά και των θεραπειών που την συνοδεύουν προκαλούν διαταραχή στις βασικές λειτουργίες και την καθημερινή ζωή των ασθενών, όπως ο ύπνος, η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα [96]. Ένα από τα πιο σημαντικά και δυσάρεστα συμπτώματα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού και τη θεραπεία του είναι η έντονη κόπωση. Αυτή αποτελεί έναν ανεξάρτητο αλλά και ισχυρό προγνωστικό δείκτη που ευθύνεται για την μείωση της ποιότητας ζωής [97]. Επίσης, τα προβλήματα ύπνου είναι αρκετά συνηθισμένα στους συγκεκριμένους ασθενείς. Η έννοια της αϋπνίας αφορά τη δυσκολία στην έναρξη ή στη διατήρηση του ύπνου, η οποία αποτελεί σημαντική αιτία πρόκλησης προβλημάτων σε διάφορους τομείς της καθημερινής λειτουργίας [98]. Κάποιες θεραπείες μπορεί να προκαλέσουν δυσλειτουργία στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης- ωοθηκών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση πρόωρης εμμηνόπαυσης (που μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση), σεξουαλικής δυσλειτουργίας, υπογονιμότητας, νυχτερινών εφιδρώσεων, αυξημένου σωματικού βάρους αλλά και καρδιαγγειακών παθήσεων που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών [99]. Η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την εικόνα του σώματος και το αισθητικό αποτέλεσμα ακόμη και αρκετούς μήνες μετά τη μαστεκτομή και τις θεραπείες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς σε μεγάλο ποσοστό δεν νιώθουν ικανοποίηση από το αισθητικό αποτέλεσμα της επέμβασης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας, γενικότερης διάθεσης και αποφυγής

κοινωνικής συναναστροφής και δραστηριότητας. Η κακώς αντιλαμβανόμενη εικόνα του σώματος πυροδοτεί την εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών [100]. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών υποστηρικτικής φροντίδας και αποκατάστασης των ασθενών με καρκίνο στο μαστό [101].

4.2.9 Επίπτωση στο προσδόκιμο επιβίωσης

Φαίνεται πως το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχει αυξηθεί σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες. Πιο συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α από το 1984 έως το 2014 παρατηρήθηκε μείωση των θανάτων από τη νόσο κατά 38%, με το ποσοστό των νέων διαγνώσεων να παραμένει σχεδόν σταθερό [102]. Επίσης, η συνολική πενταετής επιβίωση των γυναικών με τη νόσο αυξήθηκε περίπου κατά 15% από το 1977 έως το 2001. Η βελτίωση αυτή σχετίζεται κυρίως με την εξέλιξη των θεραπειών και τον προσυμπτωματικό έλεγχο (αυτοεξέταση, μαστογραφία) που μπορεί να βοηθήσει στην πρόωμη διάγνωση της ασθένειας [103].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΠΙΖΗΣΑΣΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 Αλλαγές στον τρόπο ζωής

Σύμφωνα με μελέτες, υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν τον τρόπο ζωής των ασθενών που επέζησαν από καρκίνο του μαστού. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στις αλλαγές του τρόπου ζωής στους επιζώντες από τη νόσο. Αυτοί οι παράγοντες επιδρούν σε κοινωνικοδημογραφικό, διαπροσωπικό και ενδοατομικό επίπεδο. Αναφορικά με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών φαίνεται ότι συνδέεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχει άμεση σχέση με πιο ευνοϊκές αλλαγές στον τρόπο ζωής. Άλλοι κοινωνικοδημογραφικοί καθοριστικοί παράγοντες της αλλαγής του τρόπου ζωής, φαίνεται να είναι η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Σε αρκετές μελέτες οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται περισσότερο ως φραγμοί και όχι ως διευκολυντές. Εμπόδια για την πραγματοποίηση ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής θεωρούνται και οι οικονομικοί περιορισμοί, ενώ η οικονομική δυνατότητα πραγματοποίησης αλλαγών θεωρείται παράγοντας διευκόλυνσης. Ως εμπόδια θεωρούνται επίσης οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (γεωγραφική απομόνωση) και οι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία (πλήρης απασχόληση). Από την άλλη και οι δια-ατομικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στις αλλαγές του τρόπου ζωής. Φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη, την ικανότητα λογοδοσίας και τις ευνοϊκές αλλαγές στον τρόπο ζωής, ιδιαίτερα στη σωματική δραστηριότητα και τη διατροφή. Σε αρκετές μελέτες η κοινωνική υποστήριξη από συντρόφους, φίλους ή τα μέλη της οικογένειας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα διευκόλυνσης για την επίτευξη ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής. Αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη, αυτή συνδέεται περισσότερο με την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και την αποχή από το κάπνισμα και λιγότερο με τις διατροφικές αλλαγές. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες θεωρούνται οι συμβουλές, η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας και η λήψη επαγγελματικής εποπτείας, ενώ αντίθετα η έλλειψη πληροφοριών και συμβουλών ή οι αντικρουόμενες πληροφορίες και συμβουλές από αυτούς, αναφέρονται ως εμπόδιο. Σημαντικό επίσης εμπόδιο, το οποίο αναφέρεται συχνά είναι οι ανταγωνιστικές συνθήκες εργασίας και οι οικογενειακές υποχρεώσεις. Από την άλλη, σε ατομικό επίπεδο, καθοριστικός παράγοντας των αλλαγών θεωρείται η αυτοαποτελεσματικότητα. Η έννοια αυτή αφορά την ικανότητα που έχει κάποιος να ανταπεξέρχεται αποτελεσματικά σε διάφορες

συνθήκες, αλλά και την αντίληψη ενός ατόμου για την ικανότητα του να εκτελέσει μια συμπεριφορά. Υψηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας συνδέονται με ευνοϊκές αλλαγές στον τρόπο ζωής και θεωρείται παράγοντας διευκόλυνσης, ενώ η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται ως εμπόδιο (κυρίως σε σχέση με τη σωματική δραστηριότητα). Σημαντικός επίσης παράγοντας σε ατομικό επίπεδο αποτελεί η κατάθλιψη. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σύμφωνα με μελέτες αξιολογούνται ως καθοριστικός παράγοντας που συνδέεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα, υψηλά επίπεδα αυτών των συμπτωμάτων συνδέονται με αρνητικές μεταβολές στη σωματική δραστηριότητα, τη διατροφή και το κάπνισμα [4]. Αναφορικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες, η αύξηση κινήτρου, η αυτοεκτίμηση, η διατήρηση της σωστής νοοτροπίας και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς, αποτελούν βασικούς διευκολυντές των αλλαγών του τρόπου ζωής [95,6]. Φραγμός στις αλλαγές του τρόπου ζωής, σε ατομικό επίπεδο, θεωρούνται επίσης οι παρενέργειες της θεραπείας και το άγχος. Το άγχος συνδέεται αντίστροφα με τις ευνοϊκές αλλαγές στον τρόπο ζωής, ενώ σχετίζεται με το φόβο αναφορικά με την άσκηση, τα συμπτώματα και την υποτροπή της νόσου. Η έλλειψη κινήτρων και στόχων αποτελεί επίσης ένα συχνό εμπόδιο για την πραγματοποίηση αλλαγών στον τρόπο ζωής, ενώ η δέσμευση και τα εσωτερικά κίνητρα θεωρούνται παράγοντες διευκόλυνσης. Φαίνεται ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο κίνητρο και τις ευνοϊκές αλλαγές στη σωματική δραστηριότητα και μια αντίστροφη σχέση με το κάπνισμα και την κατανάλωση οινοπνεύματος. Ένας ακόμη αρκετά σημαντικός παράγοντας διευκόλυνσης είναι τα οφέλη από υγιείς συμπεριφορές, καθώς και τα αντιληπτά και αναμενόμενα οφέλη από αυτές. Επιπρόσθετα η πληροφόρηση και η γνώση σχετικά με τον τρόπο ζωής και τις επιπτώσεις στην υγεία, θεωρείται ένας ακόμη παράγοντας διευκόλυνσης. Ο τρόπος ζωής αφορά διάφορες παραμέτρους της ζωής όπως η διαχείριση βάρους, η φυσική δραστηριότητα, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση οινοπνεύματος, το κάπνισμα, η ψυχολογία και η στάση ζωής [6].

5.2 Διευκολυντές και εμπόδια διαχείρισης βάρους

Τα πορίσματα ερευνών δείχνουν ότι η αύξηση βάρους αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για την πορεία της νόσου. Συγκεκριμένα παρατηρείται συνήθως αύξηση του βάρους μετά τον καρκίνο του μαστού, που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του κινδύνου της υποτροπής και της θνησιμότητας της νόσου. Η αύξηση του βάρους μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού συνδέεται με πολλούς παράγοντες και έχει σχέση με τη χρήση της συστηματικής θεραπείας, καθώς και με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Παρατηρείται μια σχετική έλλειψη στον τομέα της έρευνας σχετικά με τους διευκολυντές και τα εμπόδια που αφορούν την διαχείριση του σωματικού βάρους στην συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών [4].

5.2.1 Διευκολυντές διαχείρισης βάρους

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που διευκολύνουν τη διαχείριση του βάρους κατά φθίνουσα σειρά είναι ένα δομημένο πρόγραμμα άσκησης, η συνταγογραφούμενη διαίτα, η παροχή αναφοράς σε κάποιον άλλο και η κοινωνική υποστήριξη (επίσημη ή ανεπίσημη). Επιπρόσθετα, αναφέρονται η υποστήριξη από έναν επαγγελματία υγείας, η αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων, η δύναμη της θέλησης, η ύπαρξη κινήτρων και κάποιο ειδικό πρόγραμμα παρέμβασης για τον καρκίνο του μαστού [4].

5.2.2 Εμπόδια διαχείρισης βάρους

Από την άλλη, τα σημαντικότερα εμπόδια για τη διαχείριση του βάρους είναι η έλλειψη θέλησης και κινήτρων, η δυσκολία στην απώλεια βάρους ή την διατήρηση αυτής, η κόπωση, οι παρενέργειες των θεραπειών, η έλλειψη χρόνου για φυσική δραστηριότητα, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμπτώματα και συνθήκες μη σχετιζόμενα με τη νόσο, η έλλειψη στοχευμένων πληροφοριών, ή προγραμμάτων αναφορικά με την πάθηση, η έλλειψη χρόνου για παρασκευή υγιεινών φαγητών, το οικονομικό κόστος, η ανεπαρκής παρακολούθηση από κάποιον ειδικό και η έλλειψη επαρκούς υποστήριξης. Επιπλέον, εμπόδιο αποτελεί και η έλλειψη ατόμων για συνάσκηση [4].

5.3 Διευκολυντές και εμπόδια της φυσικής δραστηριότητας

Η φυσική δραστηριότητα έχει πολλαπλά οφέλη τόσο στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας αλλά και της ψυχολογικής δυσφορίας και της κόπωσης, καθώς και της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με έρευνες η φυσική δραστηριότητα μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της συννοσηρότητας, αλλά και του κινδύνου εμφάνισης άλλων τύπων καρκίνου [5].

5.3.1 Διευκολυντές της φυσικής δραστηριότητας

Σημαντικοί διευκολυντές της φυσικής δραστηριότητας είναι η συμμετοχή σε ένα επιβλεπόμενο και δομημένο πρόγραμμα άσκησης, η συνάσκηση με άλλους πάσχοντες, η αντιμετώπιση της κόπωσης και άλλων συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τη νόσο, η αντιμετώπιση των παρενεργειών, η ύπαρξη κινήτρων και θέλησης, η γνώση για τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην πορεία της νόσου, η χρήση τεχνολογικών συσκευών για την επιτυχή παρακολούθηση και τον προσδιορισμό του επιπέδου της φυσικής δραστηριότητας και το ευχάριστο περιβάλλον για την πραγματοποίηση της φυσικής δραστηριότητας. Ταυτόχρονα, σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, οι ενδοατομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες (όπως η αυτοαποτελεσματικότητα), ο σχεδιασμός δράσης και η στοχοθεσία. Οι αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα επηρεάζονται επίσης από την δημιουργία συνηθειών και συμπεριφορών, καθώς και από την διατροφική αυτό-παρακολούθηση και την ψυχολογία. Τέλος, ανάμεσα στους παράγοντες που

διευκολύνουν τη φυσική δραστηριότητα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, αναφέρονται η απόλαυση από αυτή, η ανατροφοδότηση, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η αντιληπτή πρόσβαση στην άσκηση και οι αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια [4,5,6].

5.3.2 Εμπόδια για φυσική δραστηριότητα

Αναφορικά με τα εμπόδια που συνδέονται με τη φυσική δραστηριότητα, η έλλειψη θέλησης/κινήτρου, είναι η πιο συχνά αναφερόμενη, ενώ ακολουθεί η κόπωση και άλλα συμπτώματα της νόσου και οι παρενέργειες από τη θεραπεία. Φαίνεται ότι διάφοροι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες συνδέονται με εμπόδια αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα, όπως οι συνθήκες και η θέση εργασίας, η κοινωνική τάξη, το εισόδημα και οι οικονομικοί περιορισμοί. Στους παράγοντες περιλαμβάνονται η έλλειψη χρόνου, οι κακές καιρικές συνθήκες, η έλλειψη υποδομών, η γεωγραφική απομόνωση, η ανεπαρκής κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη. Σε ατομικό επίπεδο, εμπόδια θεωρούνται η έλλειψη πληροφόρησης και οδηγιών από τους ειδικούς, η εξισορρόπηση της μητρότητας με την άσκηση, το άγχος και οι ανησυχίες αναφορικά με την άσκηση και τα συμπτώματα (π.χ. η αντίληψη της σωματικής κατάστασης και η κόπωση) και η έλλειψη απόλαυσης από τη σωματική δραστηριότητα [5,6].

5.4 Διευκολυντές και εμπόδια στις διατροφικές συνήθειες

Σημαντικό στόχο των παρεμβάσεων στις επιζήσασες από καρκίνο του μαστού αποτελεί η επίτευξη και η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, καθώς και οι αλλαγές στην συμπεριφορά και τις διατροφικές συνήθειες. Η προσπάθεια για αυτό το σκοπό εντοπίζεται κυρίως στο συνδυασμό αλλαγών τόσο στη διαίτα, όσο και στη σωματική άσκηση, καθώς και στη συμπεριφορά. Φαίνεται ότι η συμμετοχή σε τέτοιες παρεμβάσεις βελτιώνει τη γνώση σχετικά με τη διατροφή και την ευαισθητοποίηση στη συμπεριφορά αυτών των γυναικών, κυρίως μέσω του διατροφικού αυτοελέγχου και της καταγραφής της φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς, όπως η θέσπιση στόχων και ο σχεδιασμός δράσεων, είναι περισσότερο αποτελεσματικές. Στην πραγματοποίηση αυτού του στόχου εντοπίζονται παράγοντες που διευκολύνουν και φραγμοί [4,5].

5.4.1 Παράγοντες διευκόλυνσης για την επίτευξη των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες

Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορούν να λειτουργήσουν σαν διευκολυντές σε αυτή την πορεία. Οι διαιτητικές αλλαγές και βελτιώσεις διευκολύνονται από κοινωνικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Η επιστροφή στην εργασία φαίνεται ότι διευκολύνει αρκετά καθώς μειώνει τις ευκαιρίες για μη σχεδιασμένα γεύματα. Από την άλλη, σημαντική διευκόλυνση για διατροφική αλλαγή αποτελεί η ευθύνη και ο επηρεασμός των διατροφικών συμπεριφορών των μελών της οικογένειας και ιδιαίτερα

των παιδιών. Η υποστήριξη επίσης από την οικογένεια ή φίλους ενισχύει αυτό τον στόχο. Η λογοδοσία, η καθοδήγηση, η επιβράβευση και η τακτική επαφή με κάποιον ειδικό σε θέματα διατροφής φαίνεται να λειτουργεί θετικά σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Οι διατροφικές συνήθειες επίσης φαίνεται να επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από ψυχολογικούς παράγοντες όπως η αύξηση κινήτρου, η αυτοεκτίμηση και το ότι είναι κάποιος στη “σωστή νοοτροπία” κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Μελέτες ωστόσο δείχνουν ότι η υψηλότερη αρχική δυσφορία κατά την διάγνωση, συνδέεται με την έναρξη της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών. Έτσι, αναφορικά με το άγχος, ενώ αυτό κατά τη διάγνωση αποτελεί εμπόδιο στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, στη συνέχεια διευκολύνει τις διατροφικές αλλαγές. Επίσης, η μείωση της πρόσληψης ενέργειας μέσω της διατροφικής αυτοπαρακολούθησης, η αύξηση της πρόσληψης λαχανικών και ο έλεγχος των μερίδων αποτελούν αποτελεσματικές στρατηγικές που διευκολύνουν τις διατροφικές αλλαγές. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, στρατηγικές όπως η καθημερινή κατανάλωση πρωινού, ο έλεγχος των μερίδων, η λήψη τακτικών γευμάτων, ο προγραμματισμός, η επαρκής πρόσληψη φρούτων και ινών, καθώς και ο περιορισμός της πρόσληψης αλκοόλ φαίνεται ότι βοηθούν στην διατήρηση των διατροφικών αλλαγών [4,5,6].

5.4.2 Παράγοντες που εμποδίζουν την επίτευξη των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες

Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να επιδρά καταλυτικά στη συμπεριφορά που συνδέεται με τις διατροφικές συνήθειες. Η αίσθηση της απομόνωσης σε σχέση με την επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους και η ελλιπής υποστήριξη και κατανόηση από τα μέλη της οικογένειας έχει αρνητική επίδραση. Σύμφωνα με έρευνες η επίσημη συμμετοχή ενός υποστηρικτικού ατόμου σε τουλάχιστον μια αρχική εκπαιδευτική συνεδρία ή η παροχή γραπτών οδηγιών με επεξηγήσεις αναφορικά με τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελής και χρήσιμη. Μελέτες δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό γυναικών παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα λογοδοσίας μετά από κάποια παρέμβαση, ενώ παρουσιάζεται η αναγκαιότητα βελτίωσης της συντήρησης των αποτελεσμάτων. Ακόμη, η εμφάνιση διαφόρων απροσδόκητων και μεγάλων οικογενειακών γεγονότων και η δυσκολία αντιμετώπισης τους, εμποδίζουν τις γυναίκες αυτές από την επικέντρωση στον στόχο τους, καθώς νιώθουν ότι η ζωή τους πρέπει να μπει σε αναμονή. Σημαντικά εμπόδια επιπρόσθετα θεωρούνται και οι διατροφικές συνήθειες των συζύγων και ειδικά σε σχέση με τη μείωση κατανάλωσης αλκοόλ. Επίσης, φαίνεται ότι οι διαιτητικές επιλογές γίνονται με βάση την κατανάλωση τροφών για ευκολία ή την καταπολέμηση των παρενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία, όπως η κόπωση. Αυτές οι παρενέργειες έχουν αρνητική επίδραση και σε ψυχολογικό επίπεδο, με την εμφάνιση θυμού και απογοήτευσης, χωρίς την παρουσία κινήτρων. Φαίνεται ότι η ετοιμότητα έναρξης ή διατήρησης αυτών των αλλαγών συμπεριφοράς επηρεάζονται από τα κίνητρα, την στοχοθεσία και τις αλλαγές στην βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη νοοτροπία. Η έλλειψη

θέλησης και κινήτρων απαιτεί μια τροποποίηση της συμπεριφοράς. Τα ψυχολογικά προβλήματα θέτουν υπό αμφισβήτηση την ικανότητα των γυναικών να συντηρούν τις αλλαγές σε διατροφικό επίπεδο. Οι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με την αυτορρύθμιση της πρόσληψης τροφής και τις μακροχρόνιες εμμονικές ή ψυχαναγκαστικές διατροφικές συμπεριφορές, ενώ η εμφάνιση αγχωδών συμβάντων επιδεινώνουν αυτές τις διατροφικές συμπεριφορές. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι καθοριστικά για τις διατροφικές αλλαγές, με την κατάθλιψη να αποτελεί σημαντικό φραγμό για αυτές. Από την άλλη, το άγχος, τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της σύγχρονης ζωής, η ψυχολογική δυσφορία κατά την διάγνωση και το άγχος που σχετίζεται με τον καρκίνο συνδέονται με τις διατροφικές αλλαγές. Το άγχος που σχετίζεται με τη διάγνωση της νόσου φαίνεται ότι αποτελεί εμπόδιο στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Η αυτορρύθμιση της πρόσληψης τροφής, ιδιαίτερα σχετικά με τα συναισθηματικά και τα ψυχαναγκαστικά πρότυπα διατροφής, φαίνεται ότι αποτελεί πρόκληση για πολλές γυναίκες. Έτσι η αλλαγή συμπεριφοράς συνδέεται σημαντικά με διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες. Ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο αποτελούν οι αντικρουόμενες συμβουλές από επαγγελματίες υγείας, σχετικά με την διαχείριση του σωματικού βάρους και τη διατροφή μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση. Επίσης, η ασυνέπεια στην παροχή αυτών των συμβουλών μπορεί να έχει αρνητική επίδραση και να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο. Η διατήρηση των διατροφικών συνηθειών και η διατροφική αυτό-παρακολούθηση από την άλλη, φαίνεται να είναι μεγαλύτερη πρόκληση. Η συμμόρφωση στην αυτό-παρακολούθηση της διατροφής και του βάρους σχετίζεται με καλύτερη επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους καθώς και στη διατήρηση του. Ενώ στο αρχικό στάδιο παρατηρείται μια έντονη προσήλωση και παρακίνηση σχετικά με τη διατήρηση του βάρους σε υγιές επίπεδο και τη διατροφική συνειδητοποίηση στη συνέχεια αναφέρονται πολυάριθμα εμπόδια στην συνεχή μακροπρόθεσμη διατροφική αυτό-παρακολούθηση. Αυτό περιλαμβάνει την επίτευξη του διατροφικού στόχου, την επαναλαμβανόμενη διατροφή και την εμπιστοσύνη στην κατανάλωση ενέργειας σύμφωνα με της διατροφικές ανάγκες. Εμπόδιο ακόμη αποτελεί η δυσκολία σχετικά με την αύξησης της πρόσληψης των χορτοφαγικών μερίδων, καθώς ένας σημαντικός αριθμός γυναικών τις θεωρεί υπερβολικές και παρατηρείται δυσκολία στην κατανόηση της σύστασης. Η διατήρηση επίσης των αλλαγών συμπεριφοράς σχετικά με τη διατροφή συνδέεται με τη μειωμένη παρακίνηση και λογοδοσία. Μελέτες αναφέρουν ότι μόλις επιτευχθεί ένα υγιές σωματικό βάρος παρατηρείται δυσκολία στη διατήρηση της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας και στη συνέχιση της μακροπρόθεσμης διατροφικής αυτό-παρακολούθησης, αν και αρκετές γυναίκες αναγνωρίζουν την σημασία της για την διατήρηση της υγείας [4,5,6].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Σπουδαιότητα της έρευνας

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που έχει μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στο γυναικείο πληθυσμό και επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους σε σημαντικό βαθμό. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες μπορούν να έχουν καταλυτική επίδραση στην ποιότητα ζωής και στο προσδόκιμο επιβίωσης στις επιζήσασες από τη νόσο. Η καταγραφή των παραγόντων που μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν την πραγματοποίηση αυτών των αλλαγών, καθώς και ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών παρέμβασης θεωρούνται απαραίτητα. Οι στρατηγικές αυτές συγκεκριμένα, αφορούν τον σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο την επίτευξη και διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους, τον έλεγχο και τον περιορισμό των παρενεργειών από τις θεραπείες, τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την μείωση των υποτροπών.

6.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη, η καταγραφή και η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής σε επιζήσασες από καρκίνο του μαστού με υπέρβαρο/παχυσαρκία.

6.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα κύρια ερωτήματα που πρόκειται να ερευνηθούν στην παρούσα έρευνα είναι τα ακόλουθα:

- Το γνωστικό επίπεδο των επιζήσαντων από καρκίνο του μαστού αναφορικά με τη νόσο, επηρεάζει τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής.
- Οι πεποιθήσεις των επιζήσαντων από καρκίνο του μαστού αναφορικά με τη νόσο, επηρεάζουν τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής.
- Υπάρχουν καθοριστικοί παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής των επιζήσαντων από καρκίνο του μαστού.

6.4 Ερευνητική προσέγγιση

Η παρούσα έρευνα είναι ποιοτική, καθώς τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μπορούν να εκφραστούν με ποιοτικό τρόπο. Ποιοτική είναι η έρευνα που έχει ως στόχο την ολιστική κατανόηση μέσα από την ποιοτική διερεύνηση. Τα δεδομένα που συλλέγονται από την ποιοτική έρευνα είναι περιγραφικά. Μέσα από αυτή μπορεί να γίνει κατανοητή η ανθρώπινη συμπεριφορά, η εμπειρία, οι προθέσεις, καθώς και τα κίνητρα, μέσω της παρατήρησης και της ερμηνείας. Στην ποιοτική έρευνα διαφαίνεται ο τρόπος σκέψης και τα συναισθήματα των συμμετεχόντων, καθώς επίσης και οι απόψεις τους. Η συγκεκριμένη μορφή έρευνας χρησιμοποιεί δεδομένα τόσο λεκτικά όσο και παραστατικά (συνεντεύξεις, παρατηρήσεις, προφορικές αφηγήσεις, μαγνητοφωνήσεις κλπ.), σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα που βασίζεται κυρίως σε αριθμητικά δεδομένα. Η ποιοτική έρευνα είναι ένα ευρύ και ποικίλο πεδίο που διαρκώς εξελίσσεται. Για την συλλογή των ποιοτικών δεδομένων οι πιο σημαντικές τεχνικές είναι η παρατήρηση, η συνέντευξη και οι ομάδες εστίασης [104,105]. Μέσα από τις ομάδες εστίασης δημιουργείται η διάδραση και ο διάλογος, με σκοπό την πιο ολοκληρωμένη αντίληψη των πεποιθήσεων των μελών. Οι ομάδες εστίασης αποτελούν μια τεχνική στη διαδικασία της ποιοτικής έρευνας, μέσω της οποίας πραγματοποιείται η συλλογή των δεδομένων με τη βοήθεια της αλληλεπίδρασης σε ένα αντικείμενο που ο ερευνητής έχει καθορίσει με σαφήνεια. Σημαντικό στοιχείο για την δυναμική της ομάδας αποτελεί η διάδραση που αναπτύσσεται ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η εξωτερίκευση των συναισθημάτων, των αιτίων των συμπεριφορών τους, των εμπειριών και των βιωμάτων τους. Αξίζει να αναφερθεί ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο συντονιστής σε αυτές τις ομάδες, καθώς συμμετέχει επίσης στη διάδραση και μπορεί να επηρεάσει την αλληλεπίδραση. Έτσι, στις ομάδες εστίασης, η αλληλεπίδραση αποτελεί την κινητήρια δύναμη της συλλογής των δεδομένων. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η ολοκλήρωση της έρευνας, με τη συλλογή των δεδομένων μέσω της κατανόησης και της ερμηνείας των πληροφοριών που συλλέχθηκαν. Έπειτα ακολουθεί η αποτύπωση σε γραπτό κείμενο αυτών των πληροφοριών και η εξαγωγή συμπερασμάτων με βάση τη σχετική βιβλιογραφία [105,106].

6.5 Δείγμα της έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας αφορά τις επιζήσασες από καρκίνο του μαστού με υπέρβαρο/παχυσαρκία στην Ελλάδα. Η δειγματοληψία έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Οι γυναίκες που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού να έχουν ολοκληρώσει όλες τις θεραπείες (χημειοθεραπείες, χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολίες ή/και μονοκλωνικά αντισώματα).
- Να μην υπάρχει ενεργός καρκίνος ή μετάσταση.

- Να έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος από 25 έως 40 (kg/m²).
- Να είναι από 18 έως 65 ετών.

Το δείγμα αυτής της έρευνας αποτελείται από 23 γυναίκες επιζήσασες από καρκίνο του μαστού, από διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας.

6.6 Ερευνητική διαδικασία

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη. Το είδος αυτής της συνέντευξης δεν έχει αυστηρή δόμηση. Ο ερευνητής εδώ δημιουργεί κάποια βασικά σημεία έτσι ώστε να αποφύγει την περίπτωση απόκλισης από το θέμα. Στον συγκεκριμένο τύπο συνέντευξης, όπως και στη δομημένη συνέντευξη, ο ερευνητής έχει μια συγκεκριμένη θεματολογία και προκαθορισμένες ερωτήσεις που πρέπει να απαντηθούν, με τη διαφορά ότι υπάρχει ευελιξία και ελευθερία στη δομή και τη διατύπωση των ερωτήσεων, καθώς και στη διερεύνηση των απαντήσεων [105]. Συγκεκριμένα, η ημιδομημένη συνέντευξη παρουσιάζει ευελιξία τόσο ως προς τη διαμόρφωση του περιεχομένου των ερωτήσεων με βάση τον ερωτώμενο, όσο και ως προς την περαιτέρω διερεύνηση κάποιων θεμάτων με τους συμμετέχοντες που θεωρούνται κατάλληλοι, αλλά και ως προς την σειρά των ερωτήσεων, την πρόσθεση ή την αφαίρεση τους.

Στη συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων. Θεωρείται σημαντικό η απομαγνητοφώνηση να ακολουθεί την διεξαγωγή της συνέντευξης. Το συγκεκριμένο στάδιο το οποίο μπορεί να είναι δύσκολο και χρονοβόρο, συμβάλλει στην συλλογή και στην εξοικείωση με τα δεδομένα, με τη μετατροπή του προφορικού λόγου σε γραπτό, συνυπολογίζοντας τα συναισθήματα, τους προβληματισμούς και τη γλώσσα του σώματος των συμμετεχόντων με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο. [104].

Το επόμενο στάδιο της έρευνας, το οποίο βοηθά στην ανάλυση των δεδομένων αποτελεί η κωδικοποίηση. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό στάδιο, το οποίο προϋποθέτει την εξοικείωση και την πλήρη κατανόηση των δεδομένων. Η έννοια του κώδικα αφορά μια ετικέτα που ο ερευνητής επισυνάπτει σε κάποια δεδομένα. Υπάρχουν διάφορα είδη κωδικοποίησης όπως η κυριολεκτική κωδικοποίηση όπου ο ερευνητής περιγράφει τα άμεσα χαρακτηριστικά των δεδομένων που παρατηρούνται και δεν ενδιαφέρεται για τα νοήματα που κρύβονται πίσω από αυτά. Η ερμηνευτική κωδικοποίηση από την άλλη, ερευνά το τι κρύβεται πίσω από αυτά που είπαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Ένα άλλο είδος κωδικοποίησης είναι η συμπερασματική, όπου οι ερευνητές διερευνούν συγκεκριμένα περιστατικά για να επιβεβαιώσουν μια προκαθορισμένη θεωρία. [104,106]. Το επόμενο στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί η θεματική ανάλυση.

Η παρούσα ποιοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης. Αυτή αποτελεί βασικό εργαλείο για την διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. Πρόκειται για μια μέθοδο ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων που περιλαμβάνει την αναγνώριση, τον εντοπισμό, την ανάλυση και την περιγραφή μοτίβων μέσα στα δεδομένα. Ακόμη, περιλαμβάνει την αναφορά και τη θεματοποίηση νοηματικών μοτίβων που επαναλαμβάνονται (θεμάτων που προέρχονται από τα ερευνητικά δεδομένα). Η θεματική ανάλυση περιλαμβάνει ένα πλήθος πλεονεκτημάτων, καθώς αποτελεί μια μέθοδο ευέλικτη, σχετικά εύκολη και γρήγορη, δεν απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία από την πλευρά των ερευνητών και παρέχει αποτελέσματα που είναι προσβάσιμα στο μορφωμένο ευρύ κοινό. Ταυτόχρονα σε αυτή οι συμμετέχοντες είναι συνεργάτες, ενώ προσφέρεται μια βασική περιγραφή του συνόλου των δεδομένων, τονίζονται οι διαφορές και οι ομοιότητες αυτών, ανοίγονται νέοι ορίζοντες και παρέχονται ερμηνείες των δεδομένων σε κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο. Ακόμη, μέσα από αυτή τη διαδικασία δημιουργείται η ανάπτυξη νέας πολιτικής αναφορικά με το θέμα που ερευνάται. Ένα από τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της θεματικής ανάλυσης είναι η ευελιξία που παρέχει στον ερευνητή. Συγκεκριμένα η «θεωρητική ελευθερία» που παρέχει η θεματική ανάλυση την καθιστά ένα χρήσιμο και ευέλικτο εργαλείο που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια σύνθετη παρουσίαση δεδομένων με λεπτομερή και αναλυτικό τρόπο. Η θεματική ανάλυση περιλαμβάνει επίσης την ερμηνεία των διάφορων πτυχών του ερευνητικού θέματος. Αυτή περιλαμβάνει έξι στάδια, την εξοικείωση με τα δεδομένα, την κωδικοποίηση, την αναζήτηση και αναθεώρηση των θεμάτων, τον ορισμό και την ονομασία τους, καθώς και την σύνταξη της έκθεσης [104,106,107].

6.7 Ηθική της έρευνας

Βασικό στόχο της ποιοτικής έρευνας αποτελεί η πιο βαθιά ανάλυση ενός κύριου φαινομένου. Για την υλοποίηση αυτού του στόχου, οι συμμετέχουσες υπάρχει πιθανότητα να κληθούν να αναφερθούν σε λεπτομέρειες που μπορεί να δημιουργήσουν συναισθήματα άγχους και αγωνίας. Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο να νιώσουν ανασφάλεια σε περίπτωση που ερωτηθούν αναφορικά με σκέψεις ή γεγονότα, κάτι που συνδέεται με τον φόβο της έκθεσης σε άτομα ή καταστάσεις που δεν τους είναι ευχάριστα. Έτσι στην παρούσα έρευνα ο ερευνητής, προκαταβολικά των συνεντεύξεων, ενημέρωσε τις συμμετέχουσες γυναίκες για το θέμα και το σκοπό, καθώς επίσης και για τη διαδικασία της έρευνας. Οι συμμετέχουσες γυναίκες υπέγραψαν ένα έντυπο συγκατάθεσης, με την συνειδητή τους συναίνεση. Με αυτό τον τρόπο συγκροτήθηκε ένα ισχυρό συμβόλαιο μεταξύ του ερευνητή και της κάθε συμμετέχουσας, το οποίο θα αποτελέσει βάση για τις δεοντολογικές θεωρήσεις που θα αναπτυχθούν στη συνέχεια. Επιπρόσθετα, ο ερευνητής κατά την ερευνητική διαδικασία παρείχε στις συμμετέχουσες τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Σημαντικό στοιχείο κατά την ερευνητική διαδικασία αποτελεί η αντικειμενικότητα, η οποία επιτυγχάνεται με τη διατήρηση της ισορροπίας κατά την ερευνητική διαδικασία [104].

6.8 Αποτελέσματα

Θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα των 2 από τις 4 ομάδες εστίασης που πραγματοποιήθηκαν. Στις δύο αυτές ομάδες συμμετείχαν 14 εθελόντριες με ίσο όρο ηλικίας τα 50,5 έτη και μέσο αυτοδηλούμενο ΔΜΣ = 29 kg/m². Από την Θεματική Ανάλυση των 2 ομάδων εστίασης προέκυψαν 4 βασικά θέματα:

1. Πρακτικές διατροφής και τρόπου ζωής
2. Η επίδραση του καρκίνου στο ΣΒ
3. Η επίδραση της ψυχικής υγείας
4. Η επίδραση του περιβάλλοντος

A. Πρακτικές διατροφής και τρόπου ζωής των εθελοντριών.

1. Από τις ομάδες εστίασης φάνηκε ότι οι ίδιες οι συμμετέχουσες αισθάνονταν ή νόμιζαν ότι έχουν ορισμένες **γνώσεις** σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να διατρέφονται, την θετική ή αρνητική επίδραση που έχουν κάποιες τροφές στην υγεία τους, καθώς και με τον τρόπο ετοιμασίας των γευμάτων, αλλά και σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να διαμορφωθεί ο τρόπος ζωής τους. Για παράδειγμα, η κυρία 601, 41 ετών, δήλωσε ότι «ξέρω ότι η κακή διατροφή δεν είναι καλό, τα ξέρω αυτά, έχω διαβάσει πάρα πολλά κείμενα».
2. Οι **πεποιθήσεις** των εθελοντριών των ομάδων εστίασης, αναφορικά με τη διατροφή και τον τρόπο ζωής ποικίλουν. Παρατηρείται συγκεκριμένα διαφοροποίηση σχετικά με τις πεποιθήσεις που συνδέονται με το σωματικό βάρος, το αν θα ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη δίαιτα και τη συσχέτιση της νόσου με τον τρόπο διατροφής. Επίσης, διαφαίνεται το ενδεχόμενο επαναπροσδιορισμού κάποιων πεποιθήσεων που συνδέονται από τη διατροφή. Για παράδειγμα, η κυρία 610, 50 ετών, δήλωσε ότι «Για εμένα δίαιτα είναι ένα πρόγραμμα σωστής διατροφής». Από την άλλη, η κυρία 203, 56 ετών, ανέφερε ότι «θα πρέπει να στερηθώ κάποια πράγματα από τη στιγμή που με ευχαριστούνε, βέβαια από την άλλη, καθαρά για θέμα υγείας όντως πρέπει να επαναπροσδιορίσω τα πιστεύω μου».
3. Συζητήθηκαν αναλυτικά οι **στάσεις του τρόπου ζωής** τους και φάνηκε ότι οι εθελόντριες ενδεχομένως είχαν ή/και εξακολουθούν να έχουν διαφορετικές τοποθετήσεις, με ορισμένες να μιλούν για την καλή τους σχέση με την υγιεινή διατροφή ή/και τη φυσική δραστηριότητα, ενώ άλλες να παρουσιάζονται απογοητευμένες από αποτυχημένες προσπάθειες μείωσης του σωματικού τους βάρους. Κάποιες επίσης θεωρούν ότι είναι στο σωστό δρόμο σχετικά με τη

διατροφή. Ορισμένα χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η κυρία 411, 61 ετών, που ανέφερε ότι «εμείς στο σπίτι και στους γονείς μου και σαν παντρεμένη είχαμε μια σχετικά καλή διατροφή». Από την άλλη, η κυρία 113, 38 ετών, δήλωσε ότι «έχω ασχοληθεί πολύ με τη διατροφή και με την άσκηση από μικρή, γιατί είχα πάντα πρόβλημα κιλών. Έχω δοκιμάσει πολλά» και η κυρία 306, 65 ετών, που ανέφερε πως «εγώ δεν τα πάω καλά με τις δίαιτες, όσες φορές προσπάθησα δεν έφερα το επιθυμητό αποτέλεσμα».

4. Αναφορικά με τα **κίνητρα** των εθελοντριών σχετικά με αλλαγές στον τρόπο ζωής, διατροφής και την απώλεια βάρους, φαίνεται πως αυτά συνδέονται με την βελτίωση δεικτών που σχετίζονται με την σωματική και ψυχική υγεία, την πρόληψη άλλων νοσημάτων και την πρόληψη υποτροπής της νόσου. Σχετικά με το ψυχικό επίπεδο, φαίνεται ότι η βελτίωση της αυτοεικόνας, του αυτοσεβασμού και του ελέγχου της ζωής παίζουν σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η κυρία 306, 65 ετών, ανέφερε ότι «Κι εγώ για λόγους υγείας, ευεξίας, ψυχολογίας και φυσικά για τα ρούχα μου και εγώ θα ήθελα να μπω σε κάποια από τα παλιά μου ρουχάκια». Επίσης, η κυρία 615, 55 ετών, ανέφερε πως «εγώ για λόγους υγείας πρωτίστως και γιατί θέλω να ξαναβρώ τον παλιό μου εαυτό. Με ενοχλεί η τωρινή μου εικόνα. Θέλω την παλιά μου εικόνα. Αυτό μου είναι πολύ έντονο και για αυτό προσπαθώ», ενώ η κυρία 304, 44 ετών, δήλωσε ότι «για εμένα και για την υγεία μου. Για να αισθάνομαι εγώ καλύτερα και για την υγεία μου».
5. Επιπλέον συζητήθηκαν οι **προσδοκίες** των συμμετεχόντων, σχετικά με τον τρόπο αλλαγής είτε του σωματικού βάρους είτε των διατροφικών συνηθειών και φάνηκε ότι η πλειοψηφία αυτών προτιμούσε τις ομαδικές παρεμβάσεις, κυρίως λόγω της πιθανής συμπαράστασης μεταξύ τους. Ωστόσο ορισμένες αναφέρθηκαν στην αναγκαιότητα της στοχοθεσίας, στην προτίμησή τους για συγκεκριμένες οδηγίες διατροφής ή ακόμη και μαγειρικής, τονίζοντας την αποστροφή τους σε συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής. Διαφαίνεται επίσης η επιθυμία ύπαρξης κάποιας ευελιξίας σχετικά με τη διατροφή και η ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε μιας. Για παράδειγμα, η κυρία 705, 52 ετών ανέφερε ότι «στην ομάδα μοιράζεσαι πράγματα και κάπου παίρνεις θάρρος. Βλέπεις και την ανησυχία, έχεις ένα στόχο. Σου βάζει ένα στόχο. Εκεί κατά γράμμα το ακολουθώ». Από την άλλη η 610, 50 ετών, δήλωσε ότι «ο στόχος να είναι διαφορετικός για την κάθε μία, όλα αυτά τα ιατρικά πρέπει να ληφθούν υπόψη». Τέλος, ένα ακόμη παράδειγμα αποτελούν τα όσα ανέφερε η κυρία 609, 52 ετών, «δεν θέλω το με μια αυστηρή δίαιτα, οδηγίες προτιμώ».

B. Η επίδραση του καρκίνου στο σωματικό βάρος

1. Σύμφωνα με όσα απάντησαν οι συμμετέχουσες, ποικίλουν οι **πεποιθήσεις** σχετικά με τη σύνδεση της παχυσαρκίας και της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Κάποιες από αυτές αναγνωρίζουν την παχυσαρκία ως ασθένεια και την αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει στην υγεία

γενικότερα, ενώ κάποιες άλλες εκφράζουν αμφιβολία για την πιθανή σύνδεση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα όσα ανέφερε η κυρία 609, 52 ετών, «εγώ πιστεύω πως ναι η παχυσαρκία συνδέεται με τον καρκίνο» και η κυρία 608, 63 ετών, που δήλωσε ότι «δεν είχα συνδέσει ποτέ το πάχος με τον καρκίνο αλλά με άλλες ασθένειες όπως το διαβήτη, την καρδιά».

2. Σε ότι έχει σχέση με τις **οδηγίες/συστάσεις** που οι συμμετέχουσες έλαβαν μετά τον καρκίνο του μαστού, κάποιες δήλωσαν άγνοια, ενώ κάποιες άλλες είχαν πάρει οδηγίες σχετικά με το σωματικό βάρος, τη διατροφή ή τη σωματική δραστηριότητα είτε από τον γιατρό τους είτε από κάποιον σύλλογο που σχετίζεται με τον καρκίνο. Επίσης υπάρχουν και κάποιες άλλες που με προσωπική επιδίωξη έλαβαν κάποιες οδηγίες από ειδικούς σε θέματα διατροφής και όχι από τον θεράποντα ιατρό τους. Συγκεκριμένα η κυρία 601, ετών 41, ανέφερε ότι «όχι, εγώ δεν γνωρίζω καθόλου για τις συστάσεις», η κυρία 203, ετών 56, δήλωσε «εγώ το είχα επιδιώξει και είχα απευθυνθεί στη διαιτολόγο του νοσοκομείου, ο γιατρός δεν είχε αναφέρει ποτέ τι πρέπει να τρώω και τι όχι».
3. Αναφορικά με τις **αλλαγές στο σωματικό βάρος**, οι απαντήσεις αφορούσαν μια αύξηση σε αυτό, σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από 4 έως 18 κιλά. Για παράδειγμα, η κυρία 610, 50 ετών, δήλωσε ότι «έβαλα κι εγώ 10-12 κιλά παραπάνω από όσα είχα».
4. Σχετικά με τις **αλλαγές που έκαναν οι εθελόντριες** μετά τον καρκίνο, ανέφεραν περιορισμό σε ζάχαρη, αλκοόλ, λιπαρά, αναψυκτικά, καθώς επίσης και στην ποσότητα του φαγητού και των άτακτων γευμάτων μέσα στη μέρα. Από την άλλη, σημειώθηκε αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Αν και αναφέρθηκε η αυξημένη επιθυμία για κατανάλωση ζάχαρης μετά τις θεραπείες, λίγες ήταν αυτές που αύξησαν την ζάχαρη που συνήθιζαν να καταναλώνουν. Για παράδειγμα η κυρία 610, 50 ετών, δήλωσε ότι «έχω μειώσει πολύ τα λιπαρά, κυρίως το ελαιόλαδο και αβοκάντο εάν φάω μια φορά στο τόσο ...έχω περπάτημα αρκετό και τη γιόγκα 2 φορές την εβδομάδα», η κυρία 514, ετών 52, δήλωσε ότι «εγώ περιόρισα τη ζάχαρη. Αύξησα λίγο τη σοκολάτα με 70% κακάο παραπάνω. Το αλκοόλ και αυτό το περιόρισα». Επίσης η κυρία 608, ετών 63, ανέφερε ότι «έβγαλα το βραδινό, δεν υπάρχει βραδινό, μόνο κάτι πολύ λίγο, μια χούφτα αμύγδαλα, καρύδια, κάτι τέτοιο ... τώρα είναι κάθε μέρα το περπάτημα, 5 φορές/εβδομάδα και γυμναστική».
5. Σχετικά με τη **διαχείριση του σωματικού βάρους** μετά τις θεραπείες τους, οι εθελόντριες παρουσιάζουν διαφορετικές προσεγγίσεις. Ορισμένες απευθύνθηκαν σε διαιτολόγο, έλαβαν οδηγίες, συστάσεις και πρόγραμμα, με διαφορετική συμμόρφωση σε αυτά. Από την άλλη κάποιες αυτοσχεδίασαν μόνες τους και προσπάθησαν να ακολουθήσουν άλλα διατροφικά σχήματα όπως Μεσογειακή Διατροφή και διαλειμματική νηστεία. Επίσης κάποιες συμμετέχουσες συνδύασαν πρόγραμμα διατροφής και άσκησης και ορισμένες αποκλειστικά άσκηση. Για παράδειγμα, η κυρία 203, ετών 56, ανέφερε ότι «μετά από ένα χρόνο, απευθύνθηκα στη διαιτολόγο του Νοσοκομείου, μου έδωσε μια διατροφή, αλλά δεν την ακολούθησα, ναι μεν ξεκίνησα έτσι ok θα

την κάνω, αλλά μεγάλη παρεκτροπή» και η κυρία 609, ετών 52, δήλωσε ότι «μετά τις θεραπείες από μόνη μου, δεν πήγα ξανά σε γιατρό, προσπαθώντας να εφαρμόσω αυτή την ισορροπημένη διατροφή, τη μεσογειακή, όχι πάντα με επιτυχία και με την άσκηση με το γυμναστήριο, ξαναέβαλα το γυμναστήριο».

6. Η πλειονότητα των επιζησάντων ανέφερε ότι ο **μεταβολισμός** τους πια έχει αλλάξει, παρόλο που λαμβάνουν τις ίδιες ποσότητες με παλιά. Για παράδειγμα, η κυρία 203, ετών 56, ανέφερε «ακόμη και τον αέρα που αναπνέω τον κρατάω, δεν καταφέρνω να τον αποβάλλω, δηλαδή ακόμη και αν λιμοκτονήσω, νιώθω ότι δεν χάνω γραμμάριο, δεν ξέρω, αυτή είναι η άποψη μου.. θέλω να πιστεύω ότι εν μέρει ευθύνομαι και εγώ σε αυτό, από την άλλη δεν θεωρώ ότι τρώω πολύ, δηλαδή όσο έτρωγα τρώω. Δεν υπερβάλλω σε αυτό που τρώω, ποτέ δεν υπερέβαλα».
7. Επιπλέον συζητήθηκε εκτενώς η **άποψη των εθελοντριών σχετικά με τις θεραπείες** που έκαναν για τον καρκίνο, δηλαδή χημειοθεραπείες ή και ακτινοβολίες και την αύξηση στο βάρος τους. Για παράδειγμα, η κυρία 610, ετών 50, δήλωσε «μετά τις θεραπείες, όλα τα φάρμακα αυτά δηλαδή σε κάνουν να βάλεις κιλά από το πουθενά σχεδόν, έτσι αισθάνομαι εγώ», και η κυρία 812, ετών 42, είπε ότι «Εγώ, μετά και τις ακτινοβολίες, είμαι 5 κιλά πιο παχιά απ' ό,τι πριν διαγνωσθώ με την ασθένεια και δεν μπορώ να τα χάσω με τίποτα».
8. Αναφορικά με τον **ρόλο των ορμονών** οι εθελόντριες θεωρούν κυρίως υπεύθυνη την εμμηνόπαυση για την αύξηση του βάρους, κάποιες θεωρούν υπεύθυνη την ορμονοθεραπεία, ενώ άλλες τον συνδυασμό τους. Για παράδειγμα, η κυρία 610, ετών 50, δήλωσε ότι «ξέρω ότι τα χάπια αυτά και οι ενέσεις, όλα όσα κάνουμε είναι επιβαρυντικά στο θέμα των κιλών» και η κυρία 113, ετών 38, ανέφερε ότι «νομίζω ότι απλά μπαίνεις σε εμμηνόπαυση και εκεί είναι, γιατί δεν είναι το πρόβλημα η θεραπεία του καρκίνου. Είναι ότι δεν έχεις πια περίοδο, δεν έχεις κύκλο».
9. Σχετικά με την **εικόνα του σώματος**, οι εθελόντριες δηλώνουν ότι αυτή έχει αλλάξει, με ορισμένες να αποδέχονται αυτή, ενώ άλλες να δηλώνουν πως έχει αρνητική επίδραση στην ψυχολογία τους και εκφράζουν επιθυμία για επιστροφή της παλιάς εικόνας τους. Για παράδειγμα, η κυρία 615, ετών 55, δήλωσε ότι «με ενοχλεί η τωρινή μου εικόνα, θέλω την παλιά μου εικόνα. Αυτό μου είναι πολύ έντονο» και η κυρία 705, 52 ετών, ανέφερε ότι «τουλάχιστον να μην χάσουμε και αυτό, την εικόνα του σώματος μας».

Γ. Επίδραση της ψυχικής υγείας

1. Σύμφωνα με όσα απάντησαν οι συμμετέχουσες διαφαίνεται πως η **συναισθηματική τους κατάσταση** επηρεάζει σημαντικά τη σχέση τους με το φαγητό και τον τρόπο ζωής τους. Οι συμμετέχουσες αναφέρονται κυρίως στο άγχος, την απογοήτευση, την άρνηση, καθώς και την συναισθηματική διαχείριση του φαγητού. Επίσης, ορισμένες κυρίες ένιωθαν ενοχές έπειτα από

την απόλαυση ενός γεύματος. Από την άλλη, ανέφεραν ότι η καλή συναισθηματική κατάσταση βοηθάει στην αλλαγή του τρόπου ζωής, της διατροφής και ενδεχομένως τη διαχείριση του σωματικού του βάρους. Για παράδειγμα, η κυρία 610, 50 ετών, δήλωσε ότι «από το άγχος που είχα έτρωγα πιο πολύ», ενώ η κυρία 203, 56 ετών ανέφερε «απογοητεύομαι και λέω τσάμπα τη στέρηση». Επίσης, η κυρία 705, 52 ετών, δήλωσε ότι «για εμένα το φαγητό είναι απόλαυση αλλά ταυτόχρονα μου δημιουργεί και ενοχές» και η κυρία 113, ετών 38, ανέφερε ότι «με βοήθησε και στην αντιμετώπιση των θεραπειών, ότι αγαπάς τον εαυτό και μπορείς να αρχίσεις να ασχολείσαι».

2. Αναφορικά με τις **θεραπείες και τη φαρμακευτική αγωγή** οι συμμετέχουσες εστίασαν στην αρνητική επίδραση που θεωρούν ότι έχουν αυτές στην υγεία, την ψυχολογία, την διαχείριση της όρεξης και κατ'επέκταση του σωματικού τους βάρους. Όπως η κυρία 601, 41 ετών, που δήλωσε «παίρνω και αντικαταθλιπτικά και όλα αυτά μαζί, δηλαδή θεωρώ ότι το σώμα μου έχει τοξίνες μέσα από όλα αυτά τα φάρμακα».
3. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία εστίασε στον **ρόλο της κακής ψυχολογίας** ως εμπόδιο στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής. Η αρνητική ψυχολογία σχετιζόταν κυρίως με τον φόβο πιθανής επιπλοκής, την έλλειψη προοπτικής και στοχοθεσίας στη ζωή, την παραίτηση, άλλα αρνητικά γεγονότα και την ίδια την ασθένεια. Για παράδειγμα, η κυρία 601, ετών 41, δήλωσε ότι «εγώ ψυχολογικά δεν είμαι καλά για να κάνω τη διατροφή που μου έδωσε ο διατροφολόγος», ... «η θλίψη μου, η θλίψη μου μην έχοντας κάποιους στόχους για τη ζωή, μου τύχανε πάρα πολλά απανωτά πράγματα έτσι άσχημα που παραιτήθηκα ενώ δεν πρέπει». Ενώ η κυρία 610, 50 ετών, ανέφερε ότι «φοβάμαι μήπως καταπονήσω τόσο το χέρι που να δημιουργήσω λεμφοίδημα» (σχετικά με το γυμναστήριο).
4. Οι συμμετέχουσες δήλωσαν πως η **καλή ψυχολογία** μπορεί να λειτουργήσει ως διευκολυντής στην αλλαγή του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών. Κάποιες συσχετίζουν την καλή ψυχολογία με την διαχείριση και την βελτίωση του βάρους, καθώς επίσης και τη σύνδεση της σωματικής με την ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, η κυρία 113, ετών 38, δήλωσε ότι «βελτίωσα τη ζωή μου όπως μου είχε πει ο ογκολόγος μου, δεν είναι μόνο σωματική είναι και ψυχολογική, όλα συνδέονται, δεν είναι μόνο το σώμα».
5. Αναφορικά με τα **συναισθήματα** των συμμετεχόντων σχετικά με τις αλλαγές στο βάρος και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, εντοπίζονται 2 βασικές κατηγορίες. Από τη μια τα θετικά συναισθήματα όπως η χαρά, η αυτοπεποίθηση και η αίσθηση ότι κινούνται στην σωστή κατεύθυνση για την επίτευξη των στόχων και από την άλλη, τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, ο προβληματισμός, η απογοήτευση, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης και ο θυμός λόγω της αποτυχίας επίτευξης των αλλαγών. Για παράδειγμα η κυρία 304, ετών 44,

ανέφερε ότι «εκνευρίζομαι και θυμώνω όταν αυξάνεται το βάρος μου», ενώ η κυρία 812, ετών 42, δήλωσε ότι «Ε στεναχωριέμαι όταν αυξάνεται. Βασικά χάνω και την αυτοπεποίθησή μου. Δεν νιώθω πολύ ωραία. Όταν μειώνεται, είμαι χαρούμενη, νιώθω πιο σίγουρη για τον εαυτό μου». Αντίστοιχα, η κυρία 615, ετών 55, είπε πως «έχω έναν θυμό που έφτασα στο σημείο να είμαι παχύσαρκη» και η κυρία 608, ετών 63, ανέφερε ότι «εμένα με αγχώνει αν βάλω κιλά, τα παρακολουθώ συνέχεια».

6. Όσον αφορά τις **ανάγκες** σχετικά με το βάρος, τη διατροφή και τον τρόπο ζωής, οι συμμετέχουσες προέβαλαν την επιθυμία για απώλεια βάρους και εστίασαν στην ανάγκη παροχής οδηγιών, στήριξης και ύπαρξης ενός εξατομικευμένου και ισορροπημένου προγράμματος παρέμβασης χωρίς στερήσεις. Για παράδειγμα, η κυρία 113, ετών 38, δήλωσε ότι «Για να ακολουθήσεις κάτι, να το τηρείς, πρέπει να σου αρέσει. Δηλαδή, να μην αναγκάζεις τον εαυτό σου να πας γυμναστήριο αν δεν σου αρέσει» και η κυρία 702, 43 ετών, ανέφερε ότι «έχω ένα παράπονο, για εμένα έπρεπε να υπάρχουν οδηγίες και στήριξη στις γυναίκες που ακολουθούν τέτοιες θεραπείες».

Δ. Επίδραση του περιβάλλοντος

1. Αναφορικά με το **ρόλο της οικογένειας** στη διαχείριση του βάρους τους, ορισμένες εθελόντριες ανέφεραν πως αποτελούσε εμπόδιο γενικότερα ή περιστασιακά, ενώ άλλες ανέφεραν πως ήταν συμπαραστάτες τους σε αυτή την προσπάθεια. Τα κυριότερα μέλη της οικογένειας στα οποία αναφέρθηκαν ήταν οι σύζυγοι, οι γονείς, τα παιδιά, τα αδέρφια και τα εγγόνια τους. Για παράδειγμα, η κυρία 306, 65 ετών, δήλωσε «Όταν πάω στα παιδιά μου, ναι δυστυχώς εκεί παρασέρνομαι, έτσι και με τα εγγονάκια μου θα φάω τα πατατάκια, γιατί είναι οι αμαρτίες μας». Και η κυρία 608, ετών 63, δήλωσε «έχοντας υποχρεώσεις, τους γονείς μου κατάκοιτους, ξαναέβαλα κιλά». Επίσης η κυρία 601, ετών 41, ανέφερε ότι «Επειδή είχα χωρίσει κιόλας, τα παράτησα όλα, δυστυχώς τα παράτησα»... «ο τωρινός μου σύζυγος ασχολείται πολύ με τη γυμναστική, αυτός με βοήθησε».
2. Όσον αφορά την **ανάληψη της ευθύνης**, παρατηρείται μια διακύμανση. Ορισμένες εθελόντριες αναγνωρίζουν εξολοκλήρου τον εαυτό τους ως εμπόδιο για την αλλαγή, ενώ άλλες αναλαμβάνουν την ευθύνη εν μέρει. Οι περισσότερες το αποδίδουν σε έλλειψη αυτοσυγκράτησης και αυτοπειθαρχίας. Συγκεκριμένα, η κυρία 203, ετών 56 δήλωσε ότι «θέλω να πιστεύω ότι εν μέρει ευθύνομαι κι εγώ σε αυτό, από την άλλη δεν θεωρώ ότι τρώω πολύ, δηλαδή όσο έτρωγα τρώω. Δεν υπερβάλω σε αυτό που τρώω, ποτέ δεν υπερέβαλα» και «το θέλω μου δεν ήταν ισχυρό», ενώ η κυρία 610 ανέφερε ότι «ο εαυτός μου είναι αυτός που είναι εμπόδιο, δεν είναι κανένας άλλος για εμένα τουλάχιστον».

3. Σχετικά με το **ρόλο των επαγγελματιών υγείας**, οι περισσότερες εθελόντριες αναφέρουν πως θα ήθελαν καλύτερη στήριξη, πληροφόρηση, κατανόηση ή τουλάχιστον προτροπή για να αναζητήσουν διαιτολογική υποστήριξη, καθώς και ότι είναι προβληματισμένες λόγω της έλλειψης μιας ενιαίας και επίσημης τοποθέτησης που αφορά τη διατροφή και τον τρόπο ζωής από τους επαγγελματίες υγείας. Κάποιες αναφέρουν ότι με δική τους πρωτοβουλία απευθύνθηκαν σε διατροφολόγο κάποια στιγμή, για την παροχή συμβουλών και προγράμματος διατροφής. Για παράδειγμα, η 113, ετών 38, δήλωσε ότι «κανένας γιατρός δεν ασχολείται με τη διατροφή, δεν σου λέει άλλαξε τον τρόπο ζωής σου» και η 702, ετών 43, ανέφερε ότι «ο γιατρός λέει πάχυνες, τι πάχυνες; Με βοηθάς να το διαχειριστώ;». Από την άλλη, η κυρία 610, ετών 50, δήλωσε ότι «είχα πάει παλιά σε διαιτολόγο μετά την 4^η γέννα, που είχα βάλει αρκετά κιλά».
4. Αναφορικά με τον ρόλο του **κοινωνικού περιβάλλοντος** για την επίτευξη των αλλαγών, οι απαντήσεις των εθελοντριών ποικίλουν, με κάποια να το χαρακτηρίζει ως υποστηρικτικό ενώ άλλη να το θεωρεί ως περιστασιακό εμπόδιο. Συγκεκριμένα η κυρία 609, ετών 52, δήλωσε ότι «οι φίλες από το γραφείο μου έδωσαν tips πολλές φορές, η μία μάλιστα έβλεπε κάτι που γινόταν στο zoom, σαν άσκηση, σαν ομιλία και μου το έστειλε για να το παρακολουθήσω» ενώ η κυρία 608, 63 ετών δήλωσε ότι «το εμπόδιο είναι τα ΣΚ που βγαίνω και εκεί εντάξει θέλω να το απολαύσω».
5. Σχετικά με το **φυσικό περιβάλλον**, οι εθελόντριες αναφέρθηκαν στην αρνητική επίδραση που είχε η πανδημία του Covid στην προσπάθεια αλλαγής και συγκεκριμένα η καραντίνα. Επίσης εμπόδιο αποτελεί η αδυναμία αντίστασης σε πρόχειρα γεύματα. Από την άλλη, οι καλές καιρικές συνθήκες αποτελούν διευκολυντή για την πραγματοποίηση άσκησης στην ύπαιθρο. Για παράδειγμα, η κυρία 608, ετών 63, δήλωσε ότι «με το πρώτο που κλείστηκα στο σπίτι, ξαναέβαλα κιλά» και η κυρία 609, ετών 52, ανέφερε πως «ο καιρός που ήταν καλός και με βοήθησε να βγαίνω για περπάτημα».
6. Αναφορικά με τη **διαχείριση του χρόνου**, οι εθελόντριες ανέφεραν πως λόγω υποχρεώσεων δεν έχουν τον χρόνο που θα ήθελαν για τον εαυτό τους, για άσκηση και για την πραγματοποίηση αλλαγών, γεγονός που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την κούραση και τα ακατάστατα γεύματα. Για παράδειγμα, η κυρία 702, ετών 43, δήλωσε ότι «κάνω πάρα πολλά πράγματα, δεν έχω καθόλου χρόνο, κουράζομαι και το ρίχνω, είναι η διέξοδος μου. Το τσίμπημα, το τσιμπολόγημα».
7. Όσον αφορά το **ρόλο και τη σχέση τους με την τεχνολογία**, οι εθελόντριες ανέφεραν κυρίως πως μπορούν ή είναι διατεθειμένες να μάθουν πώς να χειρίζονται τα τεχνολογικά μέσα για την εφαρμογή του σχεδίου παρέμβασης, λόγω της ευελιξίας, της άνεσης και της εξοικονόμησης χρόνου που αυτή προσφέρει. Μια εξ αυτών ωστόσο δήλωσε ενδιαφέρον και για τις δια-ζώσης συνεδρίες. Συγκεκριμένα, η κυρία 812, ετών 42 ανέφερε ότι «κι εγώ εξοικειωμένη είμαι με την, με τα ψηφιακά μέσα. Θα έβρισκα ότι μου γλιτώνει και χρόνο η τηλεδιάσκεψη» και η κυρία 514,

ετών 52, δήλωσε πως «τα ψηφιακά μέσα τα μαθαίνεις σιγά σιγά, δεν θα με πείραζε. Με εσάς έμαθα το zoom».

6.9 Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα για την επίδραση του γνωστικού επιπέδου στις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως αυτό επηρεάζει σε αξιόλογο βαθμό αυτές τις αλλαγές. Φαίνεται ότι ένα καλό γνωστικό επίπεδο λειτουργεί ως διευκολυντής.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορά τον ρόλο των πεποιθήσεων των επιζησάντων στην επίτευξη αυτών των αλλαγών. Φαίνεται πως ο ρόλος τους είναι καθοριστικός.

Όσον αφορά το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν καθοριστικοί παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν αυτές τις αλλαγές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη, η καταγραφή και η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής σε επιζήσασες από καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα προσδιορίστηκαν οι παράγοντες που λειτουργούν ως εμπόδια και αυτοί που λειτουργούν ως διευκολυντές. Αναφορικά με τις **πρακτικές της διατροφής και του τρόπου ζωής**, τα σημαντικότερα αποτελέσματα εστιάζουν στις στάσεις του τρόπου ζωής και στα κίνητρα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σχετικά με τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των εθελοντριών που συνδέονται με την διατροφή ή και τη φυσική δραστηριότητα. Ορισμένες πιστεύουν πως έχουν καλές διατροφικές συνήθειες, κάποιες εμφανίζονται προβληματισμένες σχετικά με τη διαχείριση του βάρους τους και κάποιες παρουσιάζονται απογοητευμένες. Από την άλλη, τα κίνητρα των εθελοντριών διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στις αλλαγές του τρόπου ζωής, της διατροφής και της διαχείριση του βάρους. Φαίνεται ότι υπάρχει άμεση σύνδεση αυτών των κινήτρων με τη βελτίωση δεικτών της ψυχικής και της σωματικής υγείας, καθώς επίσης και την πρόληψη συννοσηροτήτων, αλλά και υποτροπής της ίδιας της νόσου. **Αναφορικά με την επίδραση της νόσου στο σωματικό βάρος**, τα σημαντικότερα από αυτά επικεντρώνονται στις αλλαγές στον τρόπο ζωής και στα πιστεύω των εθελοντριών. Σχετικά με τις πεποιθήσεις παρατηρείται μια ποικιλομορφία, με ορισμένες να συσχετίζουν την παχυσαρκία με θέματα υγείας ή και τον καρκίνο του μαστού, ενώ κάποιες άλλες εκφράζουν αμφιβολίες σχετικά με αυτή τη συσχέτιση. Από την άλλη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής εστιάζουν κυρίως στην βελτίωση των διατροφικών συνηθειών, όπως στον περιορισμό την ζάχαρης, του αλκοόλ, της ποσότητας του φαγητού, των άτακτων γευμάτων και στην αύξηση της άσκησης. **Αναφορικά με την επίδραση της ψυχικής υγείας** στις αλλαγές του τρόπου ζωής και της διατροφής, σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι έχουν τα συναισθήματα σχετικά με τις αλλαγές στο σωματικό βάρος και στον τρόπο ζωής και η συναισθηματική κατάσταση των εθελοντριών. Τα συναισθήματα χωρίζονται σε θετικά και αρνητικά. Τα πρώτα, όπως η χαρά, η αυτοπεποίθηση και η αίσθηση ότι κινούνται προς την σωστή κατεύθυνση για την επίτευξη των αλλαγών, λειτουργούν ως διευκολυντές. Αντίθετα, τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, ο προβληματισμός και η απογοήτευση λειτουργούν ως εμπόδια. Επίσης, η συναισθηματική κατάσταση επιδρά καταλυτικά σε αυτές τις αλλαγές. Συγκεκριμένα, η καλή συναισθηματική κατάσταση διευκολύνει τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, διατροφής και τον έλεγχο του βάρους τους, ενώ αντίθετα, η κακή συναισθηματική κατάσταση (π.χ. φόβος, κατάθλιψη) έχει αρνητική επίδραση και εμποδίζει αυτές τις αλλαγές. **Αναφορικά με την επίδραση του**

περιβάλλοντος, τα βασικά αποτελέσματα εστιάζονται στο ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η οικογένεια επιδρά σε σημαντικό βαθμό στις αλλαγές του τρόπου ζωής, διατροφής και τη διαχείριση του σωματικού βάρους. Η οικογένεια φαίνεται ότι μπορεί να λειτουργήσει ως διευκολυντής ή εμπόδιο. Η κατανόηση, η παρακίνηση και η συμπαράσταση από την οικογένεια επιδρά σε καταλυτικό επίπεδο και λειτουργεί συνεργικά με την βελτίωση της ψυχολογίας στην επίτευξη αυτών των αλλαγών. Από την άλλη, ένα μη υποστηρικτικό οικογενειακό πλαίσιο φαίνεται πως επιδρά αρνητικά. Σημαντική βαρύτητα αποδίδεται ότι έχει και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας. Διαφαίνεται η αναγκαιότητα στήριξης, πληροφόρησης, κατανόησης και παροχής οδηγιών από τον θεράποντα ιατρό καθώς και η παραπομπή σε διαιτολόγο, που θα παρέχει εξειδικευμένη και εξατομικευμένη διαιτολογική υποστήριξη και παρέμβαση.

Αναφορικά με τις πρακτικές διατροφής και τρόπου ζωής τα αποτελέσματα πρότερης έρευνας δείχνουν ότι ένα σημαντικό εμπόδιο για τις συμμετέχουσες είναι η έλλειψη κινήτρων [4]. Σε άλλη έρευνα παρουσιάζεται η αναγκαιότητα παροχής κινήτρων για την επίτευξη αλλαγών στον τρόπο ζωής, διατροφής και διαχείρισης του σωματικού βάρους [108]. Σχετικά με τις στάσεις του τρόπου ζωής σε προηγούμενη έρευνα φάνηκε ότι, οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως η διατροφή τους είναι καλή και αναφέρουν ικανοποιητικά επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας διαχείρισης του βάρους [4].

Αναφορικά με την επίδραση του καρκίνου του μαστού στο σωματικό βάρος, σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν προηγούμενες μελέτες. Μία έρευνα έδειξε ότι οι συμμετέχουσες παρουσιάζουν προβληματισμό και ανησυχία σχετικά με την αύξηση του βάρους τους και την πιθανή του σύνδεση με την νόσο [109]. Σχετικά με τις αλλαγές που έκαναν οι εθελόντριες στην ίδια έρευνα, αυτές εστιάζονται στον περιορισμό της ζάχαρης, του αλκοόλ, των αναψυκτικών, των λιπαρών, της ποσότητας του φαγητού και την αύξηση της άσκησης. Αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα, προηγούμενη μελέτη έδειξε ότι μόνο το 39% των συμμετεχόντων περιόρισε αυτή, ενώ η πλειοψηφία παρουσίασε διατήρηση ή αύξηση της [4]. Σχετικά με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, μεγάλη έρευνα έδειξε διαφοροποίηση όσον αφορά το επίπεδο άσκησης, τη διατροφή, το κάπνισμα και το αλκοόλ [6].

Όσον αφορά την επίδραση της ψυχικής υγείας στην επίτευξη αλλαγών στον τρόπο ζωής, διατροφής και τη διαχείριση του σωματικού βάρους, τα αποτελέσματα της έρευνας μας ταυτίζονται με τα πορίσματα άλλων ερευνών. Συγκεκριμένα, σε μια μεγάλη ανασκόπηση φάνηκε ότι τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά τις αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα, τη δίαιτα και το κάπνισμα. Επίσης, η ίδια μελέτη αναφέρει ότι, αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, η ανησυχία και η κατάθλιψη αποτελούν εμπόδια στην επίτευξη αυτών των αλλαγών. Σε άλλη έρευνα το άγχος και η έλλειψη ικανότητας αυτορρύθμισης του αναφέρεται ως εμπόδιο [6,108,110].

Αναφορικά με την επίδραση του περιβάλλοντος στις αλλαγές του τρόπου ζωής, διατροφής και τη διαχείριση του βάρους, σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγουν άλλες έρευνες σχετικά με τον ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος και ενός υποστηρικτικού ατόμου στην επίτευξη αυτών των αλλαγών [5,111]. Ο καταλυτικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας για την επίτευξη αυτών των αλλαγών τονίζεται και στα αποτελέσματα άλλων ερευνών [6,108,112]. Ορισμένες έρευνες επισημαίνουν την αναγκαιότητα υποστήριξης και παροχής συγκεκριμένων συμβουλών από αυτούς, αλλά τονίζεται και το σημαντικό κενό που υπάρχει στο επίπεδο παροχής υποστήριξης για την επίτευξη και τη διατήρηση των αλλαγών [4,108].

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος καθώς και τη γενίκευση αυτών των ευρημάτων. Οι συμμετέχουσες ήταν Καυκάσιες, ηλικίας 18 έως 65 ετών, κυρίως παντρεμένες, εργαζόμενες ή συνταξιούχες. Ένας ακόμη περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν με αυτό-αναφορά των ίδιων συμμετεχόντων, όπως το βάρος και το ύψος και επομένως η αξιοπιστία αυτών σχετίζεται με παραμέτρους όπως η μνήμη.

7.2 Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή κακοήθειας στο γυναικείο πληθυσμό. Η νόσος παρουσιάζει μια διαρκώς αυξανόμενη επικράτηση, παρόλο που παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης λόγω της αποτελεσματικότητας των θεραπειών. Η εμφάνιση της νόσου συνοδεύεται από σημαντικές επιπτώσεις σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο [1]. Οι επιπτώσεις αυτές συνδέονται με την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης [2,3]. Ακόμη, παρατηρούνται αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες, με ένα πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με αυτές. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να λειτουργούν ως εμπόδια ή ως διευκολυντές. Η έρευνα καταδεικνύει τις απόψεις και τις εμπειρίες των επιζώντων από τη νόσο, εκφράζει τις ανησυχίες τους και παρουσιάζει την αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισης για την επίτευξη αυτών των αλλαγών. Για το σκοπό αυτό, απαιτούνται κίνητρα, στοχοθεσία, καλή ψυχική υγεία, υποστήριξη, παρακίνηση από το οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον και καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι, παρά την ύπαρξη κινήτρων παρατηρούνται δυσκολίες και εμπόδια στην επίτευξη αυτών των αλλαγών. Η προσέγγιση πρέπει να είναι εξατομικευμένη και βασισμένη στις κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην προώθηση των αλλαγών, καθώς επίσης και το οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον. Διαπιστώνονται ακόμη κενά στην παροχή πληροφοριών και υπηρεσιών αναφορικά με τη διαχείριση του βάρους μετά τη διάγνωση, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πορεία της νόσου και την ποιότητα ζωής. Παρουσιάζεται η αναγκαιότητα

παροχής συμβουλών, επίσημων οδηγιών και ενσωμάτωσης εξειδικευμένων διατροφολόγων στο Σύστημα Υγείας, με σκοπό την σφαιρική διαχείριση και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

7.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα έρευνα αξιολόγησε τους παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής σε επιζήσασες από καρκίνο του μαστού. Προτείνεται περισσότερη έρευνα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα που μπορούν να έχουν οι παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στις αλλαγές στον τρόπο ζωής και διατροφής. Συγκεκριμένα, τα επιτυχημένα προγράμματα παρέμβασης θα περιλαμβάνουν στρατηγικές και δομημένες αλλαγές στη διατροφή, την άσκηση, σε συνδυασμό με αλλαγές συμπεριφοράς, κοινωνική υποστήριξη, καθώς επίσης και επίσημη καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγείας. Έτσι θα μπορούσαν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη διαχείριση των ασθενών, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. 2019. <https://www.who.int/cancer/en/>.
2. Agarwal SH, Pappas LI, Neumayer LE et al. Effect of breast conservation therapy vs mastectomy on disease-specific survival for early-stage breast cancer. JAMA Surgery. 2014, 149(3):267-74.
3. Van Dyk KA, Bower JU, Crespi, C et al. Cognitive function following breast cancer treatment and associations with concurrent symptoms. NPJ Breast Cancer. 2018, 4(1):25.
4. Carolyn EE, Cave AD, Naidoo DH et al. Weight management barriers and facilitators after breast cancer in Australian women: a national survey. BMC Women's Health. 2020, 20:140.
5. Terranova CA, Lawler SH, Spathiotis KY et al. Breast cancer survivors' experience of making weight, dietary and physical activity changes during participation in a weight loss intervention. Support Care Cancer. 2017, 25:1455–1463.
6. Hoedjes ME, Nijman IN & Hinnen CH. Psychosocial Determinants of Lifestyle Change after a Cancer Diagnosis: A Systematic Review of the Literature. Cancers. 2022, 14(8):2026.
7. The American Cancer Society/ Health Promotions. Quick FACTS From the Experts at the American Cancer Society. Breast Cancer What You Need to Know-NOW. USA, 2011.
8. Νικήτας Κακλαμάνης, Αντώνης Καμμάς. Η ανατομική του ανθρώπου. Εκδόσεις M-Edition, Αθήνα, 1998.
9. What Is Cancer? [Internet]. National Cancer Institute, 2017. Available from: <http://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#related-diseases>.
10. Φρατζέσκα Ανθούλη-Αναγνωστοπούλου, Ευάγγελος Κανέλλος. Στοιχεία παθολογικής ανατομικής και ογκολογίας. 2^η έκδοση, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, 2001.
11. Nair Muralitharan, Peate Ian. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές Εφαρμοσμένης Παθολογικής Φυσιολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 2012.
12. Werner Böker, Helmut Denk, Phillipp U. Heitz. Παθολογική Ανατομική. 1^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 2007.
13. Ουρανία Γκοβίνα, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης. Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας: Από τη θεωρητική Προσέγγιση στην κλινική φροντίδα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 2019.
14. Jonathan S. Berek, Emil Novak. Berek and Novak's Gynecology. 15th edition. Wolters Kluwer, Philadelphia, 2015.
15. World Cancer Report 2008. Iarc.fr. 2017. Available from: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>.

16. Are CH, Rajaram SH, Are MA et al. A Review of Global Cancer Burden: Trends, Challenges, Strategies, and a Role for Surgeons. *Journal of Surgical Oncology* 2013, 107:221–226.
17. Are CH, Colburn LO, Rajaram SH et al. Disparities in Cancer Care between the United States of America and India and Opportunities for Surgeons to Lead. *Journal of Surgical Oncology* 2010, 102:100 – 105.
18. Bray FR, Ferlay JA, Soerjomataram IS, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN* 2018, 68:394–424.
19. Fact Sheets by Cancer [Internet]. Globocan.iarc.fr. 2017. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
20. Α. Λάγιου. Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2008, 25(6):742-748.
21. GLOBOCAN 2012, International Agency for Research on Cancer, <http://globocan.iarc.fr/>.
22. Jemal AH, Bray FR, Center ME et al. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin* 2011, 61:69-90.
23. Torre LI, Bray FR, Siegel RE et al. Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015, 65:87-108.
24. Chen WA, Zheng RO, Baade PE et al. Cancer Statistics in China, 2015. *CA Cancer J Clin* 2016, 66:115-132.
25. Bray FR, McCarron PE, Parkin MA. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality, 2004. *Breast Cancer Res* 2004, 6:229-239.
26. Ferlay JA, Steliarova- Foucher E, Lortet- Tieulent J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer* 2013, 49:1374-1403.
27. Cancer statistics - specific cancers - Statistics Explained [Internet]. Ec.europa.eu. 2017. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers.
28. Ferlay JA, Soerjomataram IS, Dikshit RA et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer* 2014, 136: E359-E386.
29. Yang XI, Chang-Claude JE, Goode EL et al. Association of Breast Cancer Risk Factors With Tumor subtypes: a pooled analysis From the Breast Cancer Association Consortium Studies. *J Natl Cancer Inst* 2011, 103:250-263.
30. Sweeney CA, Blair CI, Anderson KR et al. Risk Factors for Breast Cancer in Elderly Women. *American Journal of Epidemiology* 2004, 160: 868-875.
31. Frank J Dixon. *Advances in Immunology*. Academic press. 2001, 76.

32. Bennett IA, Gattas MI, Teh BI. THE GENETIC BASIS OF BREAST CANCER AND ITS CLINICAL IMPLICATIONS. *ANZ journal of Surgery* 1999, 69(2):95-105.
33. Tung NA, Lin NA, Kid JO et al. Frequency of Germline Mutations in 25 Cancer Susceptibility Genes in Sequential Series of Patients With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2016, 34(13):1460-1468.
34. Kuchenbaecker BK, Hopper JO, Barnes DA et al. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for *BRCA1* and *BRCA2* Mutation Carriers. *JAMA*. 2017, 317(23):2402-2416.
35. Rew D.A, Wilson G.D. Cell production rates in human tissues and tumours and their significance. Part II: clinical data. *European Journal of Surgical Oncology* 2000, 26(4):405–417.
36. Lopez-Garcia MA, Geyer FE, Lacroix-Triki MA et al. Breast cancer precursors revisited: molecular features and progression pathways. *Histopathology* 2010, 57(2):171-192.
37. Kaminska MA, Ciszewski TO, Lopacka-Szatan KA et al. Breast cancer risk factors. *Przegląd Menopauzalny* 2015, 14(3):196-202.
38. Byrne CE, Ursin GI, Martin CH et al. Mammographic Density Change with Estrogen and Progestin Therapy and Breast Cancer Risk. *Journal of international Cancer Institute* 2017, 109(9).
39. Dystard SA, Fowler AM, Colditz GA et al. Breast cancer risk associated with benign breast disease: systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment* 2015, 149(3):569–575.
40. Anderson KI, Schwab RI, Martinez MA. Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment* 2014, 144(1):1–10.
41. Secreto GI, Toniolo PA, Berrino FR et al. Increased Androgenic Activity and Breast Cancer Risk in Premenopausal Women. *Cancer Research* 1984, 44(12 part 1):5902-5905.
42. Land CH. Studies of Cancer and Radiation Dose Among Atomic Bomb Survivors. The Example of Breast Cancer. *JAMA*. 1995, 274(5):402-407.
43. Land CH, Boice JO et al. Breast Cancer Risk From Low-Dose Exposures to Ionizing Radiation: Results of Parallel Analysis of Three Exposed Populations of Women. *Journal of the National Cancer Institute* 1980, 65(2):353-376.
44. Titus- Ernstoff, Hatch E, Hoover RN et al. Long-term cancer risk in women given diethylstilbestrol (DES) during pregnancy. *British Journal of Cancer* 2001, 84(1):126-133.
45. Lambertini MA, Santoro LU, Del Mastro LU et al. Reproductive behaviors and risk of developing breast cancer according to tumor subtype: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer Treatment Reviews* 2016, 49:65-76.
46. Albretsen G, Heuch I, Hansen S et al. Breast cancer risk by age at birth, time since birth and time intervals between births: exploring interaction effects. *British Journal of Cancer* 2005, 92(1):167–175.

47. Bassuk S, Manson J, Oral contraceptives and menopausal therapy: relative and attributable risks of cardiovascular disease, cancer, and other health outcomes. *Annals of Epidemiology* 2015, 25(3):193-200.
48. Van den Brandt PA, Goldbohm RA. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *The Lancet*. 1996, 347(9017):1713-1727.
49. Day S, Bevers TB. Estrogen Plus Progestin and Breast Cancer Incidence and Mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Breast Diseases: A Year Book Quarterly*. 2013, 24(4):324-326.
50. Garton M. Breast cancer and hormone-replacement therapy: the Million Women Study. *The Lancet*. 2003, 362(9392):1328.
51. Faupel-Badger JE, Arcaro KA, Balkam JA et al. Postpartum Remodeling, Lactation, and Breast Cancer Risk: Summary of a National Cancer Institute–Sponsored Workshop. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2012, 105(3):166-174.
52. Liu YI, Nguyen NH, Colditz GR. Links between Alcohol Consumption and Breast Cancer: A Look at the Evidence. *Women's Health*. 2015, 11(1):65-77.
53. Park SO, Kolonel LA, Lim U et al. Alcohol consumption and breast cancer risk among women from five ethnic groups with light to moderate intakes: The Multiethnic Cohort Study. *International Journal of Cancer* 2013, 134(6):1504-1510.
54. Shivappa NI, Hebert JA, Rosato VA et al. Association between the dietary inflammatory index and breast cancer in a large Italian case–control study. *Molecular Nutrition & Food Research* 2017, 61(3), 201600500.
55. American Cancer Society. Global cancer facts and figures. Atlanta: American Cancer Society 2011.
56. Thiebaut AN, Kipnis VI, Chang SH et al. Dietary fat and postmenopausal invasive breast cancer in the National Institutes of Health–AARP Diet and Health Study cohort. *Journal of the National Cancer Institute* 2007, 99(6):451-462.
57. Jung SE, Spiegelman DO, Baglietto LA et al. Fruit and Vegetable Intake and Risk of Breast Cancer by Hormone Receptor Status. *Journal of the National Cancer Institute* 2013, 105(3): 219-236.
58. Krishnan KA, Bassett JU, MacInnis RO et al. Associations between Weight in Early Adulthood, Change in Weight, and Breast Cancer Risk in Postmenopausal Women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2013, 22(8):1409-1416.
59. White KA, Park SO, Kolonel LA, et al. Body size and breast cancer risk: The multiethnic cohort. *International Journal of Cancer*. 2012, 131(5):E705-E716.

60. Hildebrand JA, Gapstur SU, Campbell PE et al. Recreational Physical Activity and Leisure-Time Sitting in Relation to Postmenopausal Breast Cancer Risk. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2013, 22(10):1906-1912.
61. Pizot CE, Boniol MA, Mullie PA et al. Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Cancer*. 2016, 52:138-154.
62. Macacu AL, Autier PH, Boniol MA et al. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2015, 154(2):213-224.
63. Ramirez AM, Gallion KI, Perez AR et al. Improving quality of life among latino cancer survivors: Design of a randomized trial of patient navigation. *Contemporary Clinical Trials*. 2019, 76:41-48.
64. Vivar CH, McQueen AN. Informational and emotional needs of long term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, 51(5):520-528.
65. Ganz PA, Kwan LO, Castellon ST et al. Cognitive Complaints After Breast Cancer Treatments: Examining the Relationship With Neuropsychological Test Performance. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2013, 105(11):791-801.
66. Joly FL, Lange MA, Dos Santos ME et al. Lon-Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors. *Cancers* 2019, 11(12).
67. Davies CH, Pan HO, Godwin JO et al. Long-Term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 after diagnosis of estrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomized trial. *The Lancet* 2013, 381 (9869):805-816.
68. Pritchard KA, Paterson AL, Paul NA et al. Increased Thromboembolic Complications with Concurrent Tamoxifen and Chemotherapy in a Randomized Trial of Adjuvant Therapy for Women With Breast Cancer. *National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Breast Cancer Site Group. Journal of Clinical Oncology*. 1996, 14(10):2731-2737.
69. Consul NI, Guo XI, Coker CO et al. Monitoring Metastasis and Cachexia in a patient with Breast Cancer: A Case Study. *Clinical Medicine Insights: Oncology*. 2016, 10: CM. S40479.
70. Khan MA, Khan MO, Sherwani SU et al. Depression enhanced the production of autoantibodies against 16 α -hydroxyestrone-estrogen receptor adduct in breast cancer. *International Immunopharmacology*. 2019, 66:251-259.
71. Di Giacomo D, Ranieri J, Donatucci E et al. Emotional “patient-oriented” support in young patients with I–II stage breast cancer: Pilot study. *Frontiers in Psychology*. 2018, 9, 2487.
72. Buković DA, Fajdić JO, Strinić TO et al. Differences in sexual functioning between patients with benign and malignant breast tumors. *Collegium Anthropologicum*. 2004, 28(2):191-201.

73. Classen CA, Koopman CH, Miller EL et al. Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients With Metastatic Breast Cancer. *Archives of General Psychiatry*. 2001, 58(5):494-501.
74. McFarland DA, Shaffer KE, Tiersten AM et al. Physical Symptom Burden and its Association with Distress, Anxiety and Depression in Breast Cancer. *Psychosomatics*. 2018, 59(5):464-471.
75. Thornton LI, Andersen BA, Blakely WE. The Pain, Depression, and Fatigue Symptom Cluster in Advanced Breast Cancer: Covariation with the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the sympathetic nervous system. *Health Psychology*. 2010, 29(3), 333.
76. Jaremka LI, Fangundes CH, Glasser RO et al. Loneliness Predicts Pain, Depression, and Fatigue: Understanding the Role of Immune Dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*. 2013, 38(8):1310-1317.
77. Atag EL, Mutlay FE, Soysal PI et al. Prevalence of depressive symptoms in elderly cancer patients receiving chemotherapy and influencing factors. *Psychogeriatrics*. 2018, 18(5):365-370.
78. Zhang CH, Hu GU, Biskup EW et al. Depression Induced by Total Mastectomy, Breast Conserving Surgery and Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. *World Journal of Surgery*. 2018, 42(7):2076-2085.
79. Nathoo DI, Willis SU, Tran WI. Distress Among Locally Advanced Breast Cancer Patients from Diagnosis to Follow-Up: A Critical Review of Literature. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2018, 49(3):325-336.
80. Hodjes L, Hmphis G, Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine*. 2005, 60(1):1-12.
81. Wefel JE, Lenzi RE, Theriault RI et al. The Cognitive Sequelae of Standard-Dose Adjuvant Chemotherapy in Women with Breast Carcinoma. *Cancer*. 2004, 100(11):2291-2299.
82. Ercoli L, PetersenL, Hunter A et al. Cognitive rehabilitation group intervention for breast cancer survivors: results of a randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*. 2015, 24(11):1360-1367.
83. Ferguson RO, McDonald BR, Rocque MI et al. Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial. *Psycho-Oncology* 2012, 21(2):176-186.
84. Green HE, Schuurs A. A feasibility study of group cognitive rehabilitation for cancer survivors: Enhancing cognitive function and quality of life. *Psycho-Oncology*. 2012, 22(5):1043-1049.
85. Ahles TI, Root JA, Ryan EL. Cancer- and Cancer Treatment–Associated Cognitive Change: An Update on the State of the Science. *Journal of Clinical Oncology*. 2012, 30(30):3675-3686.
86. Bradley CA, Neumark DA, Bednarek HE et al. Short-term effects of breast cancer on labor market attachment: results from a longitudinal study. *Journal of Health Economics*. 2005, 24(1):137-160.

87. Keaver LA, McGough AI, Du ME et al. Self-Reported Changes and Perceived Barriers to Healthy Eating and Physical Activity among Global Breast Cancer Survivors: Results from an Exploratory Online Novel Survey. *Journal Academy of Nutrition and Dietetics*. 2021, 121(2):233-241.
88. Caprara GR, Tieri MA, Fabi AL et al. Results of the ECHO (Eating habits CHanges in Oncologic patients) Survey: An Italian Cross-Sectional Multicentric Study to Explore Dietary Changes and Dietary Supplement Use, in Breast Cancer Survivors. *Frontiers in Oncology*. 2021, 11:705927.
89. Groen WI, Harten WI, Vallance JE. Systematic review and meta-analysis of distance-based physical activity interventions for cancer survivors (2013-2018): We still haven't found what we're looking for. *Cancer Treatment Reviews*. 2018, 69:188-203.
90. Brown JU & Ligibel JE. Lifestyle Interventions for Breast Cancer Prevention. *Current Breast Cancer Reports*. 2018, 10(3):202-208.
91. De Groef AN, Geraerts IN, Demeyer HE et al. Physical activity levels after treatment for breast cancer: two-year follow-up. *The Breast*. 2018, 40:23-28.
92. Ho PE, Hartman MI, Gernaat SO et al. Associations between workability and patient-reported physical, psychological and social outcomes in breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. 2018, 26(8):2815.
93. Kang DO, Lee EU, AN KI et al. Associations between physical activity and comorbidities in Korean cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. 2018, 12:441-449.
94. Rethorst CH, Hannan HE, Carmody TH et al. The Promoting Activity in Cancer Survivors (PACES) trial: a multiphase optimization of strategy approach to increasing physical activity in breast cancer survivors. *BMC Cancer*. 2018, 18(1):744.
95. Mortada EM, Salem RE, Elseifi OM et al. Comparing Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients Receiving Different Plans of Treatment, Egypt. *Journal of Community Health*. 2018, 43(6): 1183-1191.
96. Ahadzadeh AS & Sharif SA. Uncertainty and Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Cancer Nursing*. 2018, 41(6):484-490.
97. Gupta DI, Lis CH, Grutsch JA. The Relationship Between Cancer-Related Fatigue and Patient Satisfaction with Quality of Life in Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007, 34(1):40-47.
98. Cohee AN, Bigatti SI, Shields CL et al. Quality of life in Partners of Young and old Breast Cancer Survivors. 2018, 41(6):491-497.
99. Beumeler LI, Waarsenburg E, Booij S et al. Evaluation of a lifestyle intervention program in primary care on physical and mental health and quality of life of cancer survivors: A pilot study. *European Journal of Integrative Medicine*. 2018, 23:1-5.

100. Ho SI, So WI, Leung DO et al. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013, 17(6): 877-882.
101. Gotay CA, Korn ED, McCabe MA et al. Quality-of-Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1992, 84(8):575- 579.
102. Noone AN, Cronin KA, Altekruse SE et al. Cancer incidence and survival trends by subtype using data from the Surveillance Epidemiology and End Results Program, 1992–2013. *National Cancer Institute. Cancer Epidemiology Biomarkers*. 2017, 26(4):632-641.
103. Berry DO, Cronin KA, Plevritis SY et al. Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality from Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2005, 353:1784-1792.
104. <http://beta.kallipos.gr/jspui/handle/11419/5826>
105. Draper A & Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: data collection issues. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2010, 24: 3–12
106. Fade SA & Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: data analysis issues. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2010, 24(2):106-114.
107. Braun VI & Clarke VI. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, 3(2):77-101.
108. Carolyn EE, MacMillan FR, Royages JO et al. Barriers and enablers of weight management after breast cancer: a thematic analysis of free text survey responses using the COM-B model. *BMC Public Health*. 2022, 22:1587.
109. Nyrop KI, O'Hare ER, Teal RA et al. Person-centered communication about weight and weight management: Focus group discussions in a diverse sample of women with nonmetastatic breast cancer and obesity. *ACS Journals*. 2021, 127(22):4266-4276.
110. Keaver LA, McGough AI, Du ME et al. Self-Reported Changes and Perceived Barriers to Healthy Eating and Physical Activity among Global Breast Cancer Survivors: Results from an Exploratory Online Novel Survey. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2021, 121(2):233-241.
111. Gil NA, Fisher AB, Beeken RE et al. The role of partner support for health behaviours in people living with and beyond cancer: A qualitative study. 2022, 1-10.
112. Foa CH, Guarnieri MA, Basciu VA et al. The unmet needs of women with breast cancer: a qualitative research. *Acta Biomed*. 2022, 93(2):e2022153.

