



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας



ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Καταγραφή προσδιοριστικών παραγόντων διατροφής και τρόπου
ζωής σε επιζήσασες από καρκίνο του μαστού με
υπέρβαρο/παχυσαρκία**

**Identification of the determinants of dietary and lifestyle
behaviours in breast cancer survivors living with
overweight/obesity**

Βάντζου Δήμητρα (Α.Μ. 3519103)

Βατσινά Κωνσταντίνα (Α.Μ. 3519072)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Ανδρούτσος Οδυσσέας, Αναπλ. Καθηγητής

Τρίκαλα, 2023

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα	Τίτλος Εικόνας	Αριθμός σελίδας
Εικόνα 1	Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου και για τα δύο φύλα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του GLOBOCAN για την Ελλάδα το 2020.	10
Εικόνα 2	Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου για τις γυναίκες, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του GLOBOCAN για την Ελλάδα το 2020.	11
Εικόνα 3	Επιπολασμός της παχυσαρκίας και του υπέρβαρου στις γυναίκες (δεδομένα για την Ελλάδα το 2019)	16
Εικόνα 4	Ο δυσλειτουργικός λιπώδης ιστός εκκρίνει μόρια, τα οποία συμβάλλουν στην καρκινογένεση του μαστού .	17
Εικόνα 5	Συστάσεις για την πρόληψη καρκίνου (WCRF)	31
Εικόνα 6	Σύνδεση των τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής με τα συστατικά που περιέχουν και αντίστοιχη σύνδεση αυτών με τις ευεργετικές επιδράσεις.	32

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας	Τίτλος Πίνακα	Αριθμός σελίδας
Πίνακας 1	Μη τροποποιήσιμοι και τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού	12
Πίνακας 2	Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	37-38

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους συνέβαλαν είτε άμεσα είτε έμμεσα στην ολοκλήρωσή της.

Πρώτα απ' όλα, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας, Δρ. Οδυσσέα Ανδρούτσο, καθώς και την κυρία Μαρία Περπερίδη, Υπ. Διδάκτορα του Εργαστηρίου Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή τους, το διαρκές ενδιαφέρον, τις συμβουλές και τη σημαντική υποστήριξη που μας πρόσφεραν, καθώς και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας.

Ακόμα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την προσπάθεια που κατέβαλαν όλα τα χρόνια των προπτυχιακών μας σπουδών για την κατανόηση και απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την στήριξη και την συνεχή συμπαράσταση σε κάθε βήμα της ακαδημαϊκής μας πορείας για την επίτευξη των στόχων μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	2
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	8

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	9
1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	11
1.3 Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	15
1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	18
1.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.....	25
1.6 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΖΗΣΑΣΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	28
1.7 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	31

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ.....	33
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	33
2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	34
2.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	35
2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	35
2.5 ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ολοένα και περισσότερες γυναίκες επιβιώνουν από τον καρκίνο του μαστού, ενώ πολλές είναι εκείνες οι οποίες παρατηρούν αλλαγές στο σωματικό τους βάρος μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Η διατροφή και ο τρόπος ζωής αποτελούν δύο σημαντικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση του κινδύνου υποτροπής, κάτι που αναδεικνύει την ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής των επιζήσασαν γυναικών από καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που εμποδίζουν ή διευκολύνουν την πραγματοποίηση των αλλαγών αυτών.

Σκοπός: Η μελέτη, η καταγραφή και η αξιολόγηση των προσδιοριστικών παραγόντων διατροφής και τρόπου ζωής σε επιζήσασες από τον καρκίνο του μαστού με υπέρβαρο/παχυσαρκία.

Μέθοδοι: Υλοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις μέσω διαδικτύου, με 23 γυναίκες επιζήσασες καρκίνου του μαστού από διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και τέλος για την ανάλυση και την παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η θεματική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Προέκυψαν τέσσερα βασικά θέματα από τα δεδομένα: «Πρακτικές διατροφής και τρόπου ζωής», «Η επίδραση του καρκίνου στο σωματικό βάρος», «Η επίδραση της ψυχικής υγείας στη διαχείριση του βάρους» και «Η επίδραση του περιβάλλοντος στη διαχείριση του βάρους». Παρατηρήθηκε ότι όλες οι συμμετέχουσες άλλαξαν κάτι στον τρόπο ζωής τους μετά τη διάγνωση, ακόμα και αν αυτή ήταν μια “μικρή” αλλαγή. Παρόλα αυτά το τρέχον σωματικό βάρος ήταν αυξημένο σε σύγκριση με το βάρος που είχαν πριν τη διάγνωση. Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την αλλαγή του τρόπου ζωής, σαν κύριοι διευκολυντές εντοπίστηκαν τα κίνητρα και σαν κύριο εμπόδιο η αρνητική ψυχολογία, ενώ το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και η συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας χαρακτηρίζονται είτε σαν εμπόδια είτε σαν διευκολυντές.

Συμπεράσματα: Αναγκαία τίθεται η δημιουργία και η υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης απώλειας σωματικού βάρους, τα οποία θα λαμβάνουν υπόψη τους προσδιοριστικούς παράγοντες διατροφής και τρόπου ζωής και τα οποία θα χαρακτηρίζονται από τη διεπιστημονική συνεργασία επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του μαστού, επιζήσασες, παχυσαρκία, προσδιοριστικοί παράγοντες.

ABSTRACT

Introduction: An increasing number of women are surviving breast cancer and many are experiencing changes in their body weight after cancer diagnosis. Diet and lifestyle are two important factors in improving quality of life and reducing the risk of recurrence, which demonstrates the need for lifestyle changes for breast cancer survivors. However, there are several factors that hinder or facilitate these changes.

Aim: To identify the determinants of dietary and lifestyle behaviours in breast cancer survivors with overweight/obesity.

Methods: Semi-structured internet interviews were implemented with 23 female breast cancer survivors from different regions of Greece. The interviews were transcribed and thematic analysis was used for data analysis and presentation.

Results: Four main themes emerged from the data: "Diet and lifestyle practices", "The impact of cancer on body weight", "The impact of mental health on weight management" and "The impact of the environment on weight management". It was observed that all participants changed something in their lifestyle after diagnosis, even if it was a 'small' change. However, their current body weight was increased compared to their pre-diagnosis weight. Regarding the factors influencing lifestyle change, motivation was identified as the main facilitator and negative psychology as the main barrier, while family and social environment and cooperation with health professionals were identified as either barriers or facilitators.

Conclusions: It is necessary to create and implement weight loss intervention programs that take into account the determinants of dietary and lifestyle behaviours and that are characterized by the interdisciplinary cooperation of health professionals.

Keywords: breast cancer, survivors, obesity, determinants

A.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

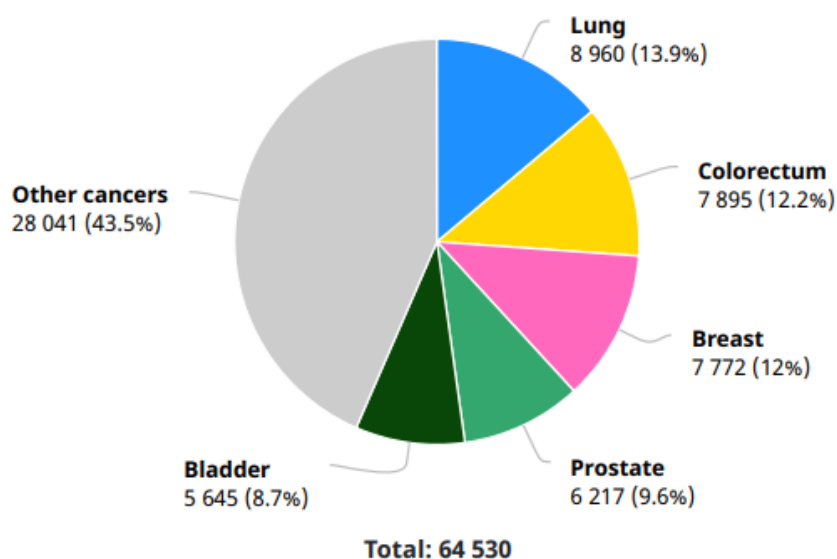
Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, σύμφωνα με την οποία τα κύτταρα του μαστού αναπτύσσονται και πολλαπλασιάζονται με μη φυσιολογικό τρόπο, προσβάλλοντας και καταστρέφοντας υγιείς ιστούς (1). Αυτός ο ανεξέλεγκτος κυτταρικός πολλαπλασιασμός συμβάλλει στη δημιουργία όγκου, ο οποίος μπορεί να είναι είτε καλοήθης ή κακοήθης. Συγκεκριμένα, η διαφορά μεταξύ των δύο προαναφερόμενων όγκων έγκειται στο ότι οι πρώτοι αναπτύσσονται αργά και δεν μπορούν να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος, μια διαδικασία η οποία ονομάζεται μετάσταση και είναι απειλητική για τη ζωή. Εκτός από τη μεταστατική ιδιότητα, ο καρκίνος του μαστού διαχωρίζεται και σε διάφορους τύπους, ανάλογα με την ανατομική προέλευση και την ορμονική δεκτικότητα (2).

Αρχικά, όσον αφορά την ανατομική προέλευση ο καρκίνος μπορεί να ξεκινήσει από τους λοβούς ή τους πόρους του μαστού, όπου οι πρώτοι συμβάλλουν στην παραγωγή γάλακτος και οι δεύτεροι στη μεταφορά του. Έτσι έχουμε το πορογενές καρκίνωμα και το λοβιακό καρκίνωμα, αντίστοιχα. Ακόμη, ο τύπος του καρκίνου του μαστού μπορεί να αναφέρεται στη διηθητικότητα. Εάν δεν έχει αναπτυχθεί και εξαπλωθεί στον υπόλοιπο ιστό του μαστού χαρακτηρίζεται ως μη διηθητικός, ενώ εάν έχει εισβάλλει στον περιβάλλοντα ιστό του μαστού χαρακτηρίζεται ως διηθητικός. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα αποτελεί τον πιο συχνό καρκίνο του μαστού, σε ποσοστό το οποίο αγγίζει έως και το 80% (2).

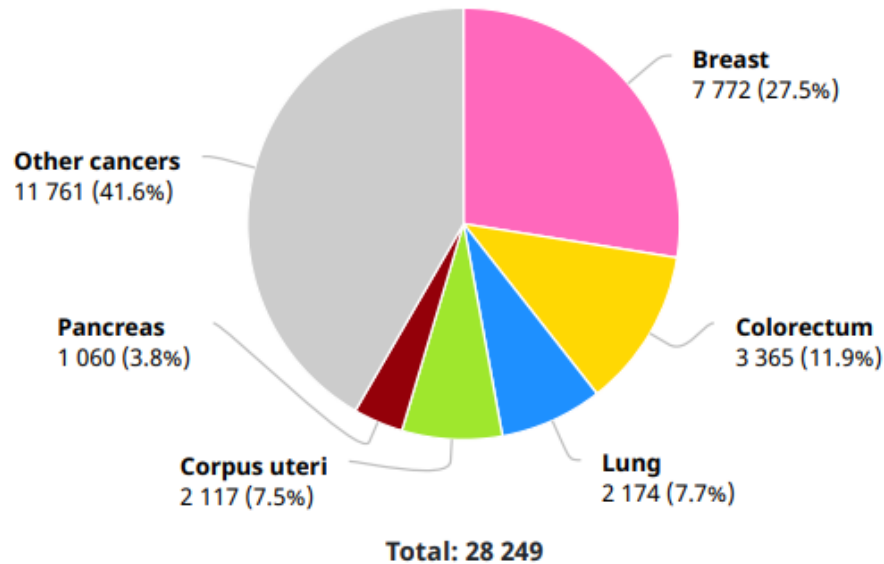
Επιπλέον σχετικά με την ορμονική δεκτικότητα τα καρκινικά κύτταρα εξετάζονται για την παρουσία ή απουσία υποδοχέων ορμονών και συγκεκριμένα της προγεστερόνης (PR), των οιστρογόνων (ER) και του ανθρώπινου αυξητικού επιδερμικού παράγοντα 2 (HER2) (3). Όταν απουσιάζουν οι υποδοχείς και των τριών ονομάζεται τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού και χαρακτηρίζεται από υψηλή επιθετικότητα. Ωστόσο, υπάρχουν και πιο σπάνιοι τύποι καρκίνου του μαστού, όπως είναι η νόσος Paget, η οποία εξαπλώνεται στην θηλή του μαστού και ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού, ο οποίος χαρακτηρίζεται και ο ίδιος από υψηλή επιθετικότητα.

Έχει φανεί ότι ο νέος αριθμός περιπτώσεων ολοένα και αυξάνεται ετησίως, ενώ έχει παρατηρηθεί μια σταθερή μείωση της σχετικής θνησιμότητας στον πληθυσμό, πιθανό λόγω της ευαισθητοποίησης των γυναικών όσον αφορά τον προληπτικό προσυμπτωματικό έλεγχο, με σκοπό τη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο, αλλά και των διαφόρων αποτελεσματικών θεραπειών που εφαρμόζονται. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία εκτίμησε για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ότι το 2022 ο νέος αριθμός περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού θα φτάνει τις 287.850 και οι θάνατοι θα φτάνουν τους 43.250 στις γυναίκες, ενώ το ποσοστό σε σχέση με άλλους τύπους καρκίνου θα αγγίζει το 31%, κάτι το οποίο αποτυπώνει την υψηλή συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (4).

Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 2018 τα νέα κρούσματα καρκίνου του μαστού ήταν 7.734 με ποσοστό επίπτωσης 11.5% και ποσοστό θνησιμότητας 6.6% (5). Ωστόσο, δεν υπάρχουν πιο πρόσφατα δημοσιευμένα δεδομένα για την Ελλάδα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, αλλά σύμφωνα με εκτιμήσεις του Globocan για το 2020, σημειώθηκε ότι οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες αγγίζουν τις 7.772 και οι θάνατοι τους 2.333, ενώ το ποσοστό και για τα δύο φύλα εκτιμάται στο 12% σε σχέση με όλους τους άλλους τύπους καρκίνου (6). Στις εικόνες 1.1.1 και 1.1.2 αντικατοπτρίζονται τα ποσοστά των διαφορετικών τύπων καρκίνου στα δύο φύλα και μόνο στις γυναίκες αντίστοιχα. Παρατηρώντας και συγκρίνοντας τα διαθέσιμα δεδομένα του 2018 και τα εκτιμώμενα δεδομένα του 2020, αντιλαμβανόμαστε μια αύξηση στο ποσοστό επίπτωσης γύρω στο 0.5% η οποία φανερώνει τη σταδιακή αύξηση των νέων κρουσμάτων ετησίως.



Εικόνα 1.1.1: Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου και για τα δύο φύλα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του GLOBOCAN για την Ελλάδα το 2020 (6).



Εικόνα 1.1.2: Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου για τις γυναίκες, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του GLOBOCAN για την Ελλάδα το 2020 (6).

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι έρευνες γύρω από τον καρκίνο του μαστού έχουν οδηγήσει στον εντοπισμό και στην ανάδειξη διαφόρων πιθανών περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων, που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δε χαρακτηρίζονται όλοι οι ασθενείς από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου, καθώς επίσης τα άτομα που εμφανίζουν κάποιους ή και όλους τους παράγοντες μπορεί να μην αναπτύξουν ποτέ την συγκεκριμένη νόσο.

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες	Τροποποιήσιμοι παράγοντες
Γυναικείο φύλο	Ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες
Μεγαλύτερη ηλικία	Υπέρβαρο / Παχυσαρκία
Οικογενειακό ιστορικό	Χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας
Γενετικές μεταλλάξεις	Κάπνισμα
Αναπαραγωγικό ιστορικό	Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ
Πυκνότητα μαστού	

Πίνακας 1.2.1: Μη τροποποιήσιμοι και τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες λόγω της ευαισθησίας των κυττάρων του μαστού σε ορμόνες, ειδικότερα στα οιστρογόνα και στη προγεστερόνη, ενώ η συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες είναι σπάνια, με ένα μικρό ποσοστό το οποίο αγγίζει περίπου το 1% (3,7).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (2022), εκτιμάται ότι η μέση ηλικία διάγνωσης του καρκίνου του μαστού είναι τα 62 έτη, ενώ έχει βρεθεί ότι το 83% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών (4). Τα παραπάνω δεδομένα φανερώνουν ότι η ηλικία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου με αποτέλεσμα ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος, με τη χρήση της μαστογραφίας, να τίθεται απαραίτητος σε γυναίκες της ηλικίας των 40 ετών και άνω. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι με την πάροδο του χρόνου έχει παρατηρηθεί αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε γυναίκες νεότερης ηλικίας περίπου σε ποσοστό 5%, κάτι το οποίο καθιστά την αυτοεξέταση του μαστού αναγκαία από νεότερη ηλικία (8).

Ακόμη, ένας παράγοντας κινδύνου έχει φανεί ότι είναι το οικογενειακό ιστορικό, το οποίο μαζί με τις κληρονομικές μεταλλάξεις ευθύνεται για το 5% έως 10% των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού (9). Σύμφωνα με τους Brewer et al (10), οι γυναίκες οι οποίες δήλωσαν ότι είχαν δύο ή περισσότερους συγγενείς με καρκίνο του μαστού, είχαν επίσης και 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν με την ίδια ασθένεια. Από την άλλη, όσον αφορά τις κληρονομικές μεταλλάξεις, τα πιο γνωστά γονίδια που έχουν ενοχοποιηθεί και έχουν μελετηθεί για τον καρκίνο του μαστού είναι τα BRCA1 και BRCA2, τα οποία όταν δρουν φυσιολογικά εμποδίζουν την ανεξέλεγκτη κυτταρική ανάπτυξη και συμμετέχουν στην επιδιόρθωση του DNA. Σύμφωνα με τους Rozenberg et al (11) ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αγγίζει το 72% σε φορείς της μετάλλαξης του γονιδίου BRCA1 και το 69% σε φορείς της μετάλλαξης του γονιδίου BRCA2.

Σχετικά με το αναπαραγωγικό ιστορικό, φαίνεται ότι η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η πρώτη εγκυμοσύνη σε μεγαλύτερη ηλικία αποτελούν παράγοντες κινδύνου (7). Όλα τα προαναφερόμενα αυξάνουν την έκθεση του ιστού του μαστού σε ορμόνες κατά τη διάρκεια της ζωής, καθιστώντας τον ίδιο πιο ευαίσθητο σε καρκινικούς παράγοντες, με συνέπεια να αυξάνεται ο κίνδυνος του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και η πιθανότητα βλάβης του DNA, προάγοντας έτσι την ανάπτυξη του καρκίνου μαστού. Η εμμηναρχή και η εμμηνόπαυση είναι δύο καταστάσεις οι οποίες σηματοδοτούν την έναρξη και τη λήξη του εμμηνορρυσιακού κύκλου και συνήθως η εμμηναρχή εμφανίζεται στην ηλικία των 12 με 13 ετών, ενώ η εμμηνόπαυση στην ηλικία των 45 με 54 ετών. Μια μεγάλη μετα-ανάλυση των προηγούμενων χρόνων η οποία συμπεριέλαβε 117 μελέτες, έδειξε ότι για κάθε χρόνο νεότερης ηλικίας στην εμμηναρχή ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται κατά 1.050 (95% CI 1.044 - 1.057, $p < 0.0001$), ενώ για κάθε χρόνο μεγαλύτερης ηλικίας στην εμμηνόπαυση ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται κατά 1.029 (95% CI 1.025 - 1.032, $p < 0.0001$) (12). Από την άλλη για κάθε χρόνο καθυστέρησης της εγκυμοσύνης, μετά την ηλικία των 25 ετών, παρατηρείται μια μικρή αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (13).

Τέλος, πρόσφατες μελέτες έχουν εντοπίσει θετική συσχέτιση μεταξύ της πυκνότητας του μαστού και του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου, με αποτέλεσμα η πυκνότητα του μαστού να ενοχοποιείται σαν παράγοντας κινδύνου (14). Αναλυτικότερα, ο μαστός αποτελείται από τρεις διαφορετικούς ιστούς, τον αδενικό, τον ινώδη και το λιπώδη ιστό. Όταν ο λιπώδης ιστός βρίσκεται σε μικρότερο ποσοστό από τον ινώδη και αδενικό ιστό, οι γυναίκες χαρακτηρίζονται από πυκνό μαστό. Η πυκνότητα του μαστού μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ζωής και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και καταστάσεις. Με την αύξηση της

ηλικίας και με την αύξηση του σωματικού βάρους ο λιπώδης ιστός αυξάνεται, ενώ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού ο ινοαδενικός ιστός κυριαρχεί (3).

Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Πλήθος επιστημονικών ερευνών έχουν αναδείξει κάποιους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου που φαίνεται να εμπλέκονται στη διαδικασία της καρκινογένεσης του μαστού. Συγκεκριμένα οι παράγοντες αυτοί είναι οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία, το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (3).

Οι φτωχές διατροφικές συνήθειες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα κορεσμένα λίπη, το κόκκινο κρέας, το επεξεργασμένο κρέας, τα τηγανητά τρόφιμα, τα επεξεργασμένα δημητριακά και τα γλυκά, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλα τα παραπάνω χαρακτηρίζουν το λεγόμενο “Δυτικό” ή ανθυγιεινό διατροφικό πρότυπο που συναντάμε στη σύγχρονη κοινωνία. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση επιβεβαίωσε την επιβαρυντική σχέση μεταξύ του “Δυτικού” διατροφικού προτύπου και του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, ενώ αντίθετα φανέρωσε μια προστατευτική σχέση μεταξύ ενός υγιεινού διατροφικού προτύπου και του κινδύνου για την ίδια νόσο (15). Το υγιεινό διατροφικό πρότυπο, σε αντίθεση με το “Δυτικό”, μπορεί να περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψάρια, ελαιόλαδο και δημητριακά ολικής αλέσεως, τρόφιμα τα οποία είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, πολυακόρεστα και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φυτικές ίνες και αντιοξειδωτικά.

Το κόκκινο και το επεξεργασμένο κρέας έχουν ενοχοποιηθεί για διάφορους τύπους καρκίνου, μέσα στους οποίους ανήκει και ο καρκίνος του μαστού (16). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (17), το επεξεργασμένο κρέας κατατάσσεται στην ομάδα 1 καρκινογόνων τροφίμων, που αξιολογείται από το Διεθνή Οργανισμό Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC), καθώς είναι πλούσιο σε νάτριο, κορεσμένα λίπη και ζάχαρη, συστατικά που μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και τελικά σε παχυσαρκία, έναν ακόμα πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού που θα αναλυθεί παρακάτω. Συγκεκριμένα το επεξεργασμένο κρέας έχει κατηγοριοποιηθεί λόγω των αμινών, καθώς και των νιτρικών και νιτρωδών αλάτων που προστίθενται σε αυτό για να το βελτιώσουν οπτικά και γευστικά (18). Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν είναι τα ίδια τα νιτρικά και νιτρώδη άλατα τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου, αλλά η μετατροπή τους σε άλλα μόρια

δημιουργώντας κάποιες ενώσεις οι οποίες είναι καρκινογόνες. Όσον αφορά στο κόκκινο κρέας θεωρείται παράγοντας κινδύνου όταν ο τρόπος μαγειρέματος είναι ακατάλληλος, όπως για παράδειγμα το μαγείρεμα σε υψηλή θερμοκρασία, το οποίο διευκολύνει την παραγωγή ενώσεων, όπως είναι οι ετεροκυκλικές αμίνες και οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, τα οποία σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (18).

Συνεχίζοντας σύμφωνα με τους Dong-Young et al (19) οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ εμφανίζουν 10-20% υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τις γυναίκες που απέχουν, καθώς φαίνεται ότι το αλκοόλ αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων, μέσω κάποιων μηχανισμών, προκαλώντας τελικά ανισορροπία των ορμονών. Μια μετα-ανάλυση που διεξήχθη σε προεμμηνοπαυσιακές (n=4.227) και σε μετεμμηνοπαυσιακές (n=35.221) γυναίκες έδειξε ότι τα 10 γραμμάρια αιθανόλης την ημέρα συνδέονται με στατιστικά σημαντικά αυξημένο κίνδυνο κατά 5% και 9%, αντίστοιχα (20).

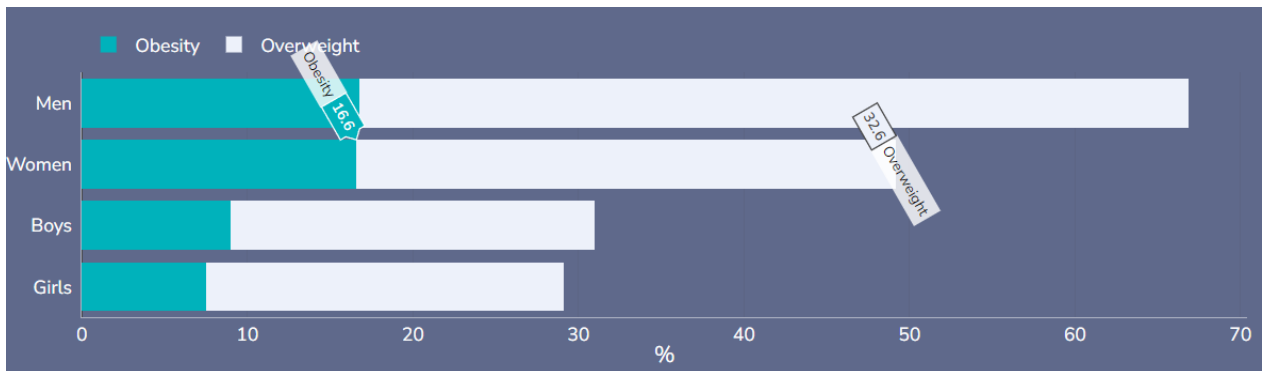
Από την άλλη το κάπνισμα, τόσο το παθητικό όσο και το ενεργητικό αυξάνει και το ίδιο τον κίνδυνο, διότι περιλαμβάνονται καρκινογόνες ουσίες στον καπνό που μεταφέρονται στον ιστό του μαστού και προκαλούν γονιδιακές μεταλλάξεις (3). Επίσης, σε χρόνια καπνίστριες ή σε καπνίστριες πριν την πρώτη εγκυμοσύνη αυξάνεται ο κίνδυνος, ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του μαστού (21).

1.3 Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Πολυάριθμες μελέτες και άρθρα, έχουν εξετάσει και επισημάνει την επίδραση της παχυσαρκίας σε διάφορους τύπους καρκίνου, στους οποίους συγκαταλέγεται και ο καρκίνος του μαστού (22). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (23), η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται ως η υπερβολική συσσώρευση λίπους, η οποία επηρεάζει αρνητικά τη ποιότητα ζωής του ατόμου και θέτει σε κίνδυνο την υγεία του. Ο ΔΜΣ, ο οποίος αναφέρεται ως το βάρος διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους, χρησιμοποιείται για να ταξινομήσει τα άτομα ανάλογα με το βάρος τους σε ελλιποβαρή, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα ή παχύσαρκα (24).

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας φαίνεται να είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Η παραπάνω δήλωση τεκμηριώνεται σύμφωνα με δεδομένα από το World Obesity, αφού στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το ποσοστό της παχυσαρκίας φαίνεται να αγγίζει το 52.8% για τις γυναίκες σε σύγκριση με το 48.9% για τους άνδρες (25). Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με διαθέσιμα δεδομένα για το 2019 από το World Obesity, το υπέρβαρο στους ενήλικες άγγιζε το 41%, ενώ η παχυσαρκία το 16.7% (26). Στην παρακάτω

εικόνα 1.3.1 απεικονίζονται τα ποσοστά των προαναφερόμενων συγκεκριμένα για τις γυναίκες, όπου όπως φαίνεται το υπέρβαρο σημείωσε ποσοστό 32.6%, ενώ η παχυσαρκία ποσοστό 16.6%.



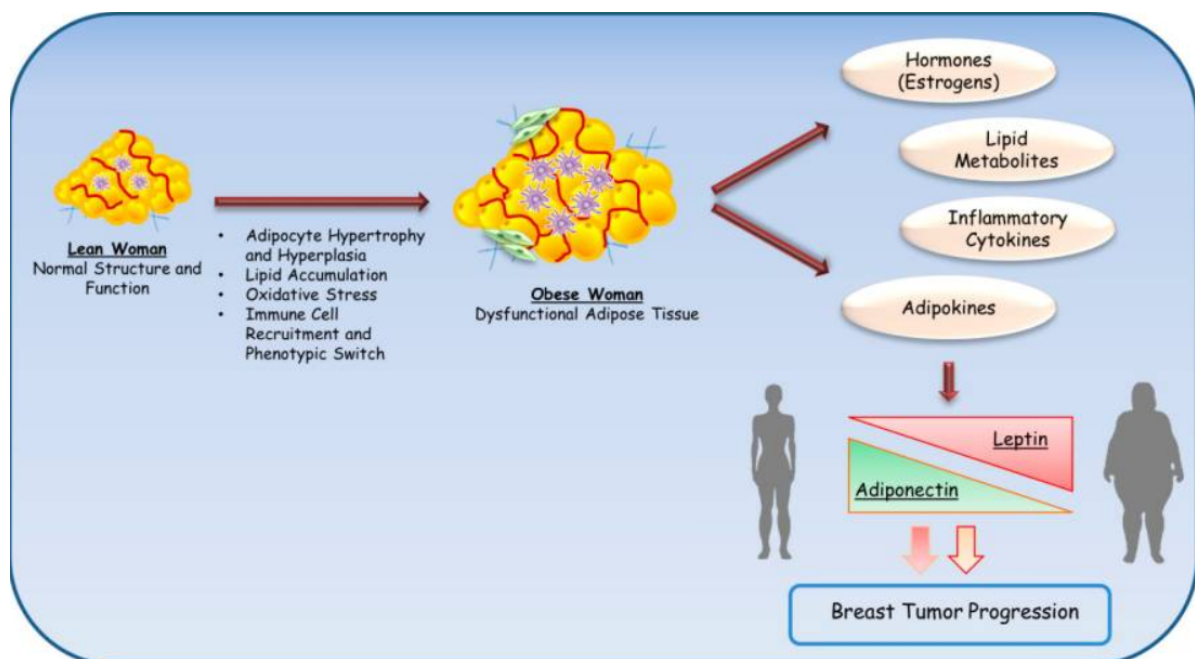
Εικόνα 1.3.1: Επιπολασμός της παχυσαρκίας και του υπέρβαρου στις γυναίκες (δεδομένα για την Ελλάδα το 2019) (26)

Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει μια σημαντική σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της εμμηνόπαυσης, ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου, καθώς έχει φανεί ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές παχύσαρκες γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις προεμμηνοπαυσιακές παχύσαρκες (27). Επιπλέον, παρόλο που η παχυσαρκία είναι γνωστό ότι αλλοιώνει την ποιότητα ζωής όλων των ατόμων, συμβάλλοντας στην εμφάνιση διαφόρων παθήσεων, έχει αναφερθεί μια προστατευτική σχέση μεταξύ του υπέρβαρου/παχυσαρκίας και της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, της οποίας όμως οι μηχανισμοί παραμένουν αβέβαιοι και αναξιόπιστοι (28). Μια προοπτική μελέτη, η οποία συμπεριέλαβε 758.592 γυναίκες, εξέτασε τη παραπάνω σχέση και απέδειξε ότι ο υψηλότερος ΔΜΣ σχετίζεται αρνητικά με τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση (29). Συγκεκριμένα, στη μελέτη βρέθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος ήταν περίπου τετραπλάσιος σε γυναίκες λιποβαρείς σε σύγκριση με παχύσαρκες γυναίκες της ηλικίας 18-24 ετών και περίπου διπλάσιος σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Στην ουσία πριν την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες λειτουργούν ως η κύρια πηγή οιστρογόνων, ενώ κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, όπου διακόπτεται η φυσιολογική παραγωγή των οιστρογόνων, η σύνθεσή τους προέρχεται από τους περιφερικούς ιστούς (28). Πιο συγκεκριμένα στις μετεμμηνοπαυσιακές υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες, ο λιπώδης ιστός αποτελεί την κύρια πηγή παραγωγής των οιστρογόνων (30). Ο κύριος μεσολαβητής στη

σύνθεση των ορμονών αυτών είναι η αρωματάση, η οποία βρίσκεται στο λιπώδη ιστό του μαστού και στον ιστό του όγκου. Η αρωματάση είναι αυτή η οποία έρχεται και μετατρέπει τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων τους στην κυκλοφορία (15). Αυτή η αύξηση μπορεί να προάγει την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές παχύσαρκες γυναίκες.

Οι μηχανισμοί που συσχετίζουν την παχυσαρκία με τον καρκίνο του μαστού εντοπίζονται στις επιδράσεις που προκαλεί η ίδια στη λειτουργία του λιπώδη ιστού και κατά συνέπεια στα λιποκύτταρα. Είναι γνωστό ότι η αύξηση βάρους προκύπτει λόγω της υψηλότερης ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή δαπάνη, κάτι το οποίο τελικά οδηγεί στην αποθήκευση της περίσσειας ενέργειας στον λιπώδη ιστό (31). Ο λιπώδης ιστός εκτός από το να λειτουργεί σαν αποθήκη ενέργειας δρα και ως ενεργό όργανο, εκκρίνοντας διάφορα συστατικά, όπως ορμόνες, αυξητικούς παράγοντες, κυτοκίνες (αδιποκίνες) και φλεγμονώδη μόρια (32). Όλα τα προαναφερόμενα έχουν ενοχοποιηθεί ως παράγοντες που συμμετέχουν στην καρκινογένεση του μαστού προάγοντας την εμφάνιση και την εξέλιξη του.



Εικόνα 1.3.2: Στην παχυσαρκία, ο δυσλειτουργικός λιπώδης ιστός εκκρίνει μόρια, τα οποία συμβάλλουν στην καρκινογένεση του μαστού στις γυναίκες (32).

Αρχικά, ένας από τους μηχανισμούς που συνδέουν την παχυσαρκία και τον καρκίνο του μαστού αποτελούν τα μεταβαλλόμενα επίπεδα των αδιποκινών (33). Η λεπτίνη και η αδιπονεκτίνη αποτελούν τις κύριες αδιποκίνες του λιπώδη ιστού, με τη πρώτη να αυξάνεται

στην περίπτωση του υπερβολικού βάρους και τη δεύτερη να μειώνεται. Η αδιπονεκτίνη παρέχει προστατευτική δράση, καθώς είναι χαρακτηριστική για τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες της, αναστέλλοντας τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων (31). Όσον αφορά τη λεπτίνη, η κύρια λειτουργία της είναι η ενεργειακή ομοιόσταση, καθώς φυσιολογικά επικοινωνεί με τον εγκέφαλο σχετικά με την αποθηκευμένη ενέργεια (34). Ωστόσο, στην περίπτωση παχυσαρκίας ο οργανισμός αποκτά ανθεκτικότητα προς τις επιδράσεις της λεπτίνης.

Ένας δεύτερος μηχανισμός που έχει προταθεί είναι η χαμηλού βαθμού φλεγμονή (33). Η αύξηση βάρους μεταβάλλει το μέγεθος των λιποκυττάρων προκαλώντας τη λεγόμενη υπερτροφία. Με την σειρά της η ίδια σηματοδοτεί την έναρξη μιας χαμηλού βαθμού χρόνιας φλεγμονής, η οποία εντείνει την έκκριση των φλεγμονωδών κυτοκινών, όπως είναι η ιντερλευκίνη 6 (IL-6) και ο παράγοντας νέκρωσης όγκων α (TNF- α) (31). Ακόμη, τα μεταβαλλόμενα επίπεδα των αδιποκινών, που αναφέρθηκαν παραπάνω, ενδυναμώνουν από τη μεριά τους την έκκριση των φλεγμονωδών κυτοκινών, με συνέπεια να ενισχύεται ακόμα περισσότερο η καρκινογένεση του μαστού.

Τέλος, ακόμη ένας μηχανισμός που φαίνεται να συσχετίζει την παχυσαρκία με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού αφορά την ινσουλίνη (33). Η παχυσαρκία συμβάλλει άμεσα στην εμφάνιση της αντίστασης στην ινσουλίνη, με αποτέλεσμα να προκαλείται υπερινσουλιναιμία και υπεργλυκαιμία (34). Τα υψηλά επίπεδα ινσουλίνης αυξάνουν και τα επίπεδα των σχετικών αυξητικών παραγόντων και κυρίως του υποδοχέα IGF-1. Οι μεταβολές αυτές με τη σειρά τους προάγουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο εντοπισμός ενός καρκινικού όγκου μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε κατά την προληπτική ψηλάφηση του μαστού από την γυναίκα ή τον ιατρό είτε κατά την διεξαγωγή άλλων προληπτικών εξετάσεων, όπως είναι η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα μαστών. Ο εντοπισμός αυτός ακολουθείται από τη βιοψία, με σκοπό την πλήρη κατανόηση της κατάστασης, δηλαδή του μεγέθους και του είδους του καρκινικού όγκου, έτσι ώστε να ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι βασικές θεραπείες οι οποίες έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία (3). Όλες οι προαναφερόμενες θεραπείες συμβάλλουν στην πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων και παρενεργειών, επηρεάζοντας

την υγεία των γυναικών τόσο σωματικά, όσο και ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά, κατά την αντιμετώπιση της νόσου.

Χειρουργική Επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την πιο συχνή θεραπευτική προσέγγιση στον καρκίνο του μαστού, που στοχεύει στην εξ ολοκλήρου αφαίρεση του καρκινικού όγκου και στον εντοπισμό πιθανής μετάστασης, ώστε να υπάρξει εκ νέου χειρουργική επέμβαση ή κάποιος άλλος τρόπος αντιμετώπισης της νόσου. Επίσης, μπορεί να γίνει προληπτικά σε γυναίκες που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, λόγω κληρονομικής προδιάθεσης, καθώς και πιο σπάνια παρηγορητικά σε γυναίκες που είναι σε πολύ προχωρημένο στάδιο και υπάρχουν μεταστάσεις (35). Συγκεκριμένα, τα είδη είναι η ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή, η ριζική μαστεκτομή, ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης και η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα (7).

Αρχικά, την πιο συχνή χειρουργική επέμβαση του μαστού αποτελεί η ογκεκτομή, που μπορεί να ονομαστεί και μερική μαστεκτομή (3). Ο στόχος της είναι η απόσπαση του όγκου, με την παραμονή όσο το δυνατόν περισσότερου φυσιολογικού ιστού του μαστού και αποτελεί ιδανική επιλογή για τις περιπτώσεις όπου ο καρκίνος βρίσκεται στα πρώιμα στάδια. Οι περισσότερες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα όπως είναι ο νευροπαθητικός πόνος στο τοίχωμα του θώρακα, στη μασχάλη ή/και στο χέρι, προσωρινό πρήξιμο, αιμάτωμα, άγχος για την πιθανότητα να μην έχει αφαιρεθεί ολόκληρος ο όγκος, οίδημα του μαστού από συλλογή υγρού και σε αφαίρεση λεμφαδένων μπορεί να προκληθούν μερικές επιπρόσθετες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως το λεμφοίδημα που θα αναλυθεί παρακάτω (36).

Παλαιότερα, την πιο συχνή επιλογή αποτελούσε η ριζική μαστεκτομή, κατά την οποία διεξάγεται εξ ολοκλήρου αφαίρεση του ιστού του μαστού (37). Η διαδικασία αφαίρεσης περιλαμβάνει τους λοβούς, τους γαλακτοφόρους αδένες, το λιπώδη ιστό, το δέρμα, καθώς και τη θηλή και τη γύρω περιοχή της. Παράλληλα, μετά τη μαστεκτομή συχνά συμπτώματα είναι η αδιαθεσία στον ώμο, με δυσκολία στην εσωτερική περιστροφή και στην επέκταση και η «νόσος του στροφικού πετάλου», λόγω των αλλαγών στις αρθρώσεις από το χειρουργείο (38). Το σύνδρομο στροφικού πετάλου μπορεί να οδηγήσει τελικά σε ρήξη των τενόντων και σε αρθρίτιδα. Επίσης, περισσότερο από 80% των ασθενών διαγιγνώσκονται με το σύνδρομο «φάντασμα μαστός» (“phantom breast pain”) που αποτελείται από ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων, συγκεκριμένα από φαγούρα στο στήθος και πόνο. Βέβαια, συνέπειες

υπάρχουν και στους γύρω ιστούς, όπως βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία, νεύρα και λεμφαγγεία, η οποία προκαλεί ίνωση, διαταραχές βάδισης και λεμφοίδημα άνω άκρου.

Άλλη μία μέθοδο εγχειρητικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού αποτελεί ο λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες διακρίνονται σε 3 επίπεδα σύμφωνα με το ύψος τους στη μασχαλιαία κοιλότητα. Οι λεμφαδένες των επιπέδων I και II είναι οι πιο συχνά διηθημένοι και γι' αυτόν τον λόγο η πιο συχνή εκτομή περιλαμβάνει τους λεμφαδένες αυτών των επιπέδων (39). Γενικότερα, η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι σημαντικός παράγοντας πρόγνωσης και δείκτης τόσο της υποτροπής όσο και της επιβίωσης. Εκτός λοιπόν από τις πιθανές μεταστάσεις είναι αναγκαίο να ελεγχθεί και εάν έχουν προσβληθεί οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, για να διαπιστωθεί εάν θα χρειαστεί η εγχείρησή τους. Όμως, η μέθοδος αυτή έχει φανεί ότι προκαλεί αυξημένη επίπτωση στις βλάβες των νεύρων, στις ψυχολογικές διαταραχές, όπως και στην αυξημένη πιθανότητα για κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία, μετεγχειρητικό πόνο, περιορισμό κινητικότητας άκρου, μούδιασμα και αρκετές φορές λεμφοίδημα (40). Το λεμφοίδημα χαρακτηρίζεται ως μια παθολογική και χρόνια προοδευτική κατάσταση, στην οποία προκαλείται οίδημα λόγω συσσώρευσης λεμφικού υγρού στους μαλακούς ιστούς (41). Στο 10% των γυναικών με καρκίνο του μαστού το λεμφοίδημα εμφανίζεται σαν μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα ακόμα και μετά από 2-5 χρόνια μετά την εγχείρηση, με παρουσία πόνου στο χέρι και μούδιασμα (38). Οπότε, συνέπειες του λεμφοιδήματος μπορεί να είναι ο πόνος, η δυσφορία, ο αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης, η αργή επούλωση πληγών, ο περιορισμός στις κινήσεις και προφανώς η παράλληλη επιρροή στην ψυχολογική κατάσταση της.

Πλέον, η ολική αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων έχει αντικατασταθεί στις περισσότερες περιπτώσεις από τη βιοψία του φρουρού αδένου, κατά την οποία διαδικασία αφαιρείται μικρότερος αριθμός λεμφαδένων, ενώ ο εντοπισμός τους στη μασχάλη γίνεται με τη χρήση χρωστικής ή ραδιοϊσοτοπικής ουσίας. Συνοπτικά, έχει κριθεί ότι η διεξαγωγή της βιοψίας του φρουρού αδένου είναι αναγκαία αφού αποτελεί τον πρώτο πιθανό στόχο λεμφογενούς μετάστασης, όπου εφόσον αποδειχθεί ελεύθερος μεταστάσεων, τότε δε θα πραγματοποιηθεί ο λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης (42).

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μια συστηματική θεραπεία, η οποία χαρακτηρίζεται από τη χορήγηση ενός φαρμάκου ή ενός συνδυασμού φαρμάκων, με στόχο την αναστολή ή την καθυστέρηση του κυτταρικού πολλαπλασιασμού (43). Η συγκεκριμένη θεραπεία επιτίθεται στα καρκινικά

κύτταρα τα οποία εξελίσσονται με ταχύ ρυθμό, αλλά ταυτόχρονα επηρεάζει και τα υγιή κύτταρα με την ίδια εξέλιξη, όπως είναι τα κύτταρα του αίματος, του στόματος, της γαστρεντερικής οδού, των νυχιών και των μαλλιών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων συμπτωμάτων.

Πέρα από τα διαφορετικά φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται ως “αντικαρκινικά”, υπάρχουν και διάφοροι τύποι χημειοθεραπείας. Όταν η θεραπεία χορηγείται πριν από τη χειρουργική επέμβαση ονομάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία και στοχεύει στη συρρίκνωση του όγκου. Πιο συχνά όμως χρησιμοποιείται η λεγόμενη μετεγχειρητική ή αλλιώς επικουρική χημειοθεραπεία, η οποία χορηγείται μετά από τη χειρουργική επέμβαση, με στόχο τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής (44). Ακόμη, υπάρχει και η λεγόμενη παρηγορητική χημειοθεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται όταν υπάρχει μετάσταση και δε στοχεύει στην θεραπεία του καρκίνου, αλλά στην ύφεση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή (45).

Τα περισσότερα συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία και μετά εξασθενούν, ενώ κάποια μπορεί να επιμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Στα βραχυπρόθεσμα συμπτώματα κατανέμεται η κόπωση, η απώλεια μαλλιών, η στοματίτιδα, η ανορεξία, κάποια γαστρεντερικά συμπτώματα και η καταστολή του μυελού των οστών (37). Αναλυτικότερα στα γαστρεντερικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνεται η ναυτία, ο εμετός, το κοιλιακό άλγος, η δυσκοιλιότητα και η διάρροια. Σχετικά με τα προαναφερόμενα συμπτώματα, πολλές φορές επηρεάζουν την όρεξη του ατόμου, με αποτέλεσμα ο ασθενής να περιορίζει την πρόσληψη τροφής, ελπίζοντας στην εξαφάνιση των συμπτωμάτων. Ο περιορισμός αυτός μπορεί να επιφέρει διατροφικές ανεπάρκειες και στην πιο σοβαρή περίπτωση ανορεξία. Μια πρόσφατη μελέτη σύγκρινε την ενεργειακή πρόσληψη ανάμεσα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία και σε γυναίκες χωρίς καρκίνο (46). Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση της ενεργειακής πρόσληψης και συγκεκριμένα μείωση της πρόσληψης λίπους και πρωτεΐνης στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, πολλές μελέτες αναφέρουν την αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μακροπρόθεσμα, η οποία ίσως δεν οφείλεται στην αύξηση της πρόσληψης τροφής, αλλά στην έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, ως συνέπεια της κόπωσης και της εξάντλησης, καθώς και στη μείωση του μεταβολικού ρυθμού ηρεμίας, λόγω της αλλαγής της σύστασης σώματος (20,47).

Μια από τις μακροχρόνιες επιπτώσεις των θεραπειών του καρκίνου του μαστού και κυρίως της χημειοθεραπείας, αποτελεί η νευροτοξικότητα και συγκεκριμένα η περιφερική

νευροπάθεια, η οποία είναι ένα είδος νευρικής βλάβης που προσβάλλει τα περιφερικά νεύρα επιβαρύνοντας τη ζωή του ασθενή. Κύρια συμπτώματα της τοξικότητας αποτελούν το μυρμήγκιασμα, το κάψιμο, το μούδιασμα, η αδυναμία, ο πόνος, οι κράμπες και η λειτουργική έκπτωση (48). Σε μια συστηματική ανασκόπηση για τη χημειοθεραπεία σε ασθενής με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου, ο επιπολασμός της συγκεκριμένης επίδρασης εντοπίστηκε να κυμαίνεται μεταξύ 11% και 80%, σε χρονικό διάστημα 1 με 3 χρόνια μετά τη θεραπεία (49).

Επιπλέον, μια παρενέργεια της χημειοθεραπείας, η οποία θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ογκολογικού ασθενή, είναι η λεγόμενη καρδιοτοξικότητα. Κάποιοι από τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και κυρίως η ανθρακυκλίνη και η τραστουζουμάμπη, έχουν ενοχοποιηθεί για την καρδιακή δυσλειτουργία, η οποία εντοπίζεται συνήθως εντός δύο ετών από τη θεραπεία (50).

Η αμηνόρροια είναι μια από τις κύριες επιπλοκές της χημειοθεραπείας, που προκαλείται από την καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών και παρατηρείται σε ένα μεγάλο ποσοστό των προ-εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 52.2% έως 77.7% και οφείλεται στο ότι ολοένα και περισσότερες γυναίκες που δεν έχουν φτάσει στην φυσική εμμηνόπαυση διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού (51). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι περισσότερες γυναίκες γνωρίζουν για τη συγκεκριμένη επιπλοκή και πολλές φορές ανησυχούν σχετικά με την πραγματοποίηση της μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας λόγω των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων και του κινδύνου υπογονιμότητας.

Τέλος, σύμφωνα με τους Whittaker et al (52) η γνωστική εξασθένηση αποτελεί ακόμα μια σημαντική επίπτωση της χημειοθεραπείας, η οποία αξίζει να αναφερθεί, καθώς 1 στις 3 επιζήσασες από καρκίνο του μαστού μπορεί να χαρακτηρίζεται από τη συγκεκριμένη δυσλειτουργία. Συγκεκριμένα οι βλάβες αφορούν την οπτική επεξεργασία, την ταχύτητα επεξεργασίας, τη μνήμη, την προσοχή και την εκτελεστική λειτουργία (52). Ωστόσο οι μηχανισμοί που οδηγούν στις βλάβες αυτές δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως (53).

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία, όπως και η χημειοθεραπεία, χρησιμοποιείται συχνά σαν επικουρική θεραπεία μετά από τη χειρουργική επέμβαση και η εφαρμογή της σε ολόκληρο το μαστό φαίνεται να μειώνει κατά 15% τον 10ετή κίνδυνο υποτροπής (38,54). Παρά τη μείωση του κινδύνου υποτροπής αρκετά είναι τα συμπτώματα τα οποία μπορούν να προκύψουν λόγω των

υψηλών ακτινοβολιών, όπως κόπωση, πόνος, πρήξιμο, μειωμένο εύρος κίνησης, δερματίτιδα, λεμφοίδημα, βλάβες στους πνεύμονες και διαταραχές στην καρδιά (37,55). Η εμφάνιση των συμπτωμάτων εξαρτάται από το τύπο της ακτινοθεραπείας, την ισχύ της ακτινοβολίας, το συνδυασμό με άλλες θεραπείες, τον όγκο και το ιστορικό του ασθενή, ενώ πολλοί παράγοντες μπορούν να επιτείνουν την αύξηση του κινδύνου.

Ορμονοθεραπεία / ενδοκρινική θεραπεία

Η ορμονική θεραπεία ή αλλιώς ενδοκρινική θεραπεία, έχει ως στόχο να γίνει εμπόδιο έναντι της επίδρασης των οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα, με τη χρήση διαφορετικών φαρμάκων ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Τα οιστρογόνα έχουν τη δυνατότητα να επιδεινώσουν τους περισσότερους τύπους καρκίνου του μαστού, οι οποίοι ονομάζονται θετικοί στον υποδοχέα οιστρογόνου (ER+). Τα συγκεκριμένα είδη καρκίνου του μαστού έχουν υποδοχείς στους οποίους προσκολλώνται οι ορμόνες, όπως είναι και πιο σπάνια η προγεστερόνη (PR+), δηλαδή έχουν προσβληθεί από όγκο που είναι θετικός για τους υποδοχείς των ορμονών αυτών. Αντιθέτως, όσοι όγκοι δεν έχουν θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, δε θα έχει κανένα όφελος η πραγματοποίηση της ενδοκρινικής θεραπείας.

Η ορμονοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί μετά από τη χειρουργική επέμβαση για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής ως επικουρική θεραπεία ή πριν, ώστε να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της μαστεκτομής που επρόκειτο να πραγματοποιηθεί (56). Βέβαια η συγκεκριμένη θεραπεία μπορεί να οφείλεται για αρκετές αρνητικές επιδράσεις, οι οποίες είναι ανάλογες με το είδος φαρμάκου που θα συνταγογραφηθεί από τον θεράπων ιατρό. Τα είδη φαρμάκων της ορμονοθεραπείας είναι φάρμακα που μπλοκάρουν τους υποδοχείς οιστρογόνων, όπως η ταμοξιφαίνη και φάρμακα που ελαττώνουν τα επίπεδα οιστρογόνων, όπως οι αναστολείς αρωματάσης. Αρχικά, η χορήγηση ταμοξιφαίνης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσει εγκεφαλικό επεισόδιο, προβλήματα όρασης και αγγειακές παρενέργειες (57). Επίσης, συχνές είναι η κολπική ξηρότητα ή έκκριση, οι ακανόνιστες περίοδοι, η απώλεια βάρους και οι εξάψεις, ενώ ίσως υπάρξει και κάποια μείωση της πυκνότητας των οστών, που μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση, σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ταυτόχρονα, η ενδοκρινική θεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο για παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ειδικά όταν η γυναίκα χαρακτηρίζεται από αυξημένο σωματικό βάρος πριν τη διεξαγωγή της θεραπείας (58).

Από την άλλη, οι αναστολές αρωματάσης έχουν διαφορετική επίδραση από την ταμοξιφαίνη και μπορεί να προκαλέσουν μυϊκό πόνο, δυσκολία στις κινήσεις των αρθρώσεων, παχυσαρκία, αλλά και κοινές παρενέργειες μείωση της οστικής πυκνότητας, λόγω της απότομης δράσης τους στα επίπεδα των οιστρογόνων, κολπική ξηρότητα και εξάψεις (59). Τέλος, μεγαλύτερα οφέλη υπάρχουν εάν έχει προηγηθεί χημειοθεραπεία, όμως τα συμπεράσματα για συνολική επιβίωση σε γυναίκες με ER+ και PR+ χρειάζονται περαιτέρω μελέτη (60).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι επιζήσασες γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού βιώνουν έντονα ανάμεικτα συναισθήματα, όχι μόνο κατά τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και μετά το τέλος της ίδιας. Παρά την ανακούφιση και την ευγνωμοσύνη που οφείλεται στο ότι κατάφεραν να επιβιώσουν και να “νικήσουν” τον καρκίνο, βιώνουν και δυσάρεστα συναισθήματα όπως φόβος, λύπη, άγχος και δυσφορία, τα οποία συνεχίζουν να τις ταλαιπωρούν για αρκετό χρονικό διάστημα. Αρχικά, ειδικά σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή με αφαίρεση ενός ή και των δύο μαστών, παρατηρείται μεταβολή της αντίληψης της εικόνας σώματος, η οποία οφείλεται στο ότι το στήθος έχει συνδεθεί με πτυχές της θηλυκότητας, της μητρότητας και της σεξουαλικότητας, όλα αυτά τα χρόνια (61). Πολλές γυναίκες ειδικά μετά τη χειρουργική επέμβαση φοβούνται και αποφεύγουν να κοιτάζουν τον εαυτό τους στον καθρέφτη, λόγω των χειρουργικών ουλών και της ασυμμετρίας στήθους που προκύπτει σε πολλές περιπτώσεις. Ακόμη, δεν είναι λίγες οι φορές που οι επιζήσασες γυναίκες προσπαθούν να βρουν τρόπους ώστε να καλύψουν την ασυμμετρία αυτή, είτε φορώντας φαρδιά ρούχα, είτε ακολουθώντας τη λεγόμενη ανακατασκευή του μαστού, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ή κατά τη διάρκεια αυτής. Επιπλέον, αρκετές δηλώνουν λιγότερο ελκυστικές και διαφορετικές, λόγω των σωματικών αλλαγών, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν κοινωνικές εκδηλώσεις ή δραστηριότητες που παλαιότερα τους μετέδιδαν χαρά και ευχαρίστηση.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, η μοναξιά, τα αρνητικά συναισθήματα και ο φόβος υποτροπής συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η προαναφερόμενη είναι μια από τις πιο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις και αυτό αποδεικνύεται μέσα από μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα ανάλυση η οποία εξέτασε το παγκόσμιο επιπολασμό της κατάθλιψης και έδειξε ότι η ίδια άγγιζε το 32.2% σε ασθενής με καρκίνο του μαστού (62). Η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής της γυναίκας, καθώς χαρακτηρίζεται από δυσάρεστες σκέψεις,

μείωση της αυτοεκτίμησης, απουσία ενέργειας, αδιαφορία για τον εαυτό της, απόσυρση από οποιαδήποτε κοινωνική δραστηριότητα και απομάκρυνση από αγαπημένα πρόσωπα, όπως είναι η οικογένεια. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αλλά και όλων των ψυχολογικών επιπτώσεων, τίθεται αναγκαία η ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και η κατανόηση και η στήριξη από την οικογένεια, ώστε να μπορέσει να επανέλθει η επιζήσασα συναισθηματικά. Όπως φαίνεται όμως, δυστυχώς τα ψυχολογικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται μόνο στο 40% των επιζήσασων γυναικών από καρκίνο του μαστού, με αποτέλεσμα πολλές να ταλαιπωρούνται και να βασανίζονται συναισθηματικά μακροχρόνια, χωρίς να μπορούν να ανακάμψουν από όλη αυτή την κατάσταση (63).

1.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Παρόλο που με το πέρασμα του χρόνου η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού έχει μειωθεί δραστικά, λόγω της εξέλιξης στον έλεγχο και στη θεραπεία του, τουλάχιστον το 5-10% των ασθενών θα εμφανίσει μεταστατική νόσο στα πρώιμα της στάδια, ενώ το 20% θα υποτροπιάσει σε μεταγενέστερο στάδιο (64). Υπάρχουν είδη υποτροπής του καρκίνου του μαστού που εμφανίζονται σε διαφορετικά σημεία του σώματος και εκδηλώνονται με διαφορετικά συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα τα είδη είναι η τοπική υποτροπή η οποία επανεμφανίζεται στο ίδιο σημείο που βρισκόταν αρχικά ο καρκίνος ή λαμβάνει μέρος κοντά στους λεμφαδένες ή στο θωρακικό τοίχωμα και η απομακρυσμένη υποτροπή (ή μεταστατική) που εντοπίζεται σε μακρινό μέρος του σώματος, όπως στον εγκέφαλο, στους πνεύμονες, στα οστά και στο ήπαρ (65). Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν την παχυσαρκία, την υπερβολική χρήση αλκοόλ και καπνού, τη λήψη ορμονικών φαρμάκων και την έκθεση σε οιστρογόνα, την ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, τις γενετικές και επιγενετικές μεταλλάξεις και το στάδιο και το μέγεθος του καρκινικού όγκου, με την υποτροπή να εμφανίζεται πιο συχνά 5 χρόνια μετά την διάγνωση (66).

Ο καρκίνος του μαστού είναι τόσο γενετική όσο και επιγενετική νόσος. Οι γενετικές μεταλλάξεις είναι αδύνατο να διορθωθούν, σε αντίθεση με τις επιγενετικές που μπορούν στοχευμένα να δεχτούν τροποποιήσεις ώστε να αυξηθεί η ευαισθησία των καρκινικών κυττάρων στην ανοσοθεραπεία. Παρόλα αυτά και οι δύο μεταλλάξεις κληρονομούνται και μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για υποτροπή. Για παράδειγμα, όταν πραγματοποιηθεί μετάλλαξη και συγκεκριμένα η λεγόμενη μεθυλίωση του DNA, ενεργοποιείται η β-κατενίνη,

η οποία προκαλεί την αύξηση και τον πολλαπλασιασμό των βλαστοκυττάρων και συνεπώς την υποτροπή της ασθένειας (67).

Παράλληλα, ο καρκίνος του μαστού είναι εξαρτώμενος από την ποσότητα οιστρογόνων που είναι εκτεθειμένος ο ασθενής. Όσο πιο αυξημένη είναι η έκθεση του μαστικού ιστού στα οιστρογόνα τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα για υποτροπή. Τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για βιολογικές διεργασίες, όπως την αύξηση των επιθηλιακών ιστών ή του σχηματισμού των αγγείων, τα οποία αποτελούν βασικό ρόλο στην παθογένεση του όγκου και στην μετάσταση (68). Μερικά παραδείγματα αυξημένης έκθεσης τους είναι οι περιπτώσεις πρόωρης ή καθυστερημένης εμμηνόπαυσης, καθώς και η απουσία εγκυμοσύνης. Ακόμα, σε χορήγηση εξωγενών στεροειδών ορμονών, δηλαδή οιστρογόνων, προγεστερόνης, αυξητικών παραγόντων για ιατρικούς λόγους αυξάνεται επίσης ο κίνδυνος για εμφάνιση υποτροπής καρκίνου του μαστού.

Από την άλλη μεριά η ενδοκρινική θεραπεία έχει στόχο να εμποδίσει την λειτουργία των οιστρογόνων, αποτέλεσμα που εφόσον είναι επιτυχές θα μειώσει την παραγωγή οιστρογόνων. Όταν, όμως, δεν είναι πλήρως αποτελεσματική και δεν έχει εξαλειφθεί έστω και ένα μικρό μέρος του όγκου, τότε αυτό θα υποτροπιάσει. Γενικότερα, όμως τις περισσότερες φορές έχει θετική κατάληξη και καταφέρνει να μειώνει την πιθανότητα για υποτροπή στους ER+ καρκίνους του μαστού (67). Συγκεκριμένα συστήνεται από τους επιστήμονες η θεραπεία με αναστολείς αρωματάσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είτε εξ αρχής είτε μετά από 2-3 χρόνια χορήγησης ταμοξιφαίνης, λόγω μείωσης της εμφάνισης υποτροπής κατά 3% σε σύγκριση με αποκλειστική χορήγηση ταμοξιφαίνης (66).

Εκτός από τους προαναφερόμενους παράγοντες υποτροπής η νεαρή ηλικία επίσης φαίνεται να αποτελεί έναν από αυτούς. Συγκεκριμένα τα άτομα που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού σε ηλικία <35 ετών ή <40 ετών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υποτροπή, ενώ αυξημένο είναι και το ποσοστό θνησιμότητας για αυτές (69). Ταυτόχρονα, ανάλογη σχέση με τον κίνδυνο υποτροπής έχει το μέγεθος του όγκου, το στάδιο του καρκίνου, εάν έχει γίνει μετάσταση στους λεμφαδένες, όπως και η λήψη ορμονικών φαρμάκων (70).

Διατροφικοί παράγοντες και καθημερινές συνήθειες

Τα δεδομένα σχετικά με τους διατροφικούς παράγοντες και το κίνδυνο υποτροπής για τον καρκίνο του μαστού είναι περιορισμένα. Δεν υπάρχει βιβλιογραφία η οποία να προτείνει κάποιο συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο ή την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων ή

ομάδων τροφίμων με σκοπό τη μείωση του κινδύνου επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Μια ανασκόπηση η οποία συνέλεξε δεδομένα από δημοσιευμένες μελέτες που σχετίζονταν με διάφορες δίαιτες, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η τήρηση μιας υγιεινής διατροφής, η οποία θα αποτελείται από φρούτα, λαχανικά, προϊόντα δημητριακών ολικής αλέσεως, και προϊόντα χαμηλής περιεκτικότητας λίπους, μπορεί να βελτιώσει τη ζωή των επιζώντων από καρκίνο του μαστού, καθώς συμβάλλει στην πρόληψη από διάφορα νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, τα οποία επιφέρουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων και αυξάνουν το ποσοστό θνησιμότητας (71,72).

Το κάπνισμα έχει ενοχοποιηθεί σαν παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, καθώς ο καπνός και τα συστατικά του συμβάλλουν στον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων και στην ανάπτυξη του όγκου. Ωστόσο, η βιβλιογραφία σχετικά με τη συσχέτιση του καπνίσματος και την επανεμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι περιορισμένη. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα μιας πιθανής θετικής συσχέτισης μεταξύ του καπνίσματος και του κινδύνου υποτροπής, αλλά τόνισε την ανάγκη για περισσότερη έρευνα, καθώς συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες, όπως το είδος του τσιγάρου, ο αριθμός των τσιγάρων ημερησίως, η διάρκεια καπνίσματος και η πιθανή διακοπή του καπνίσματος λόγω της διάγνωσης (73).

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, όπως ακριβώς και με το κάπνισμα, τα διαθέσιμα δεδομένα είναι περιορισμένα και χρειάζονται περισσότερες μελέτες, οι οποίες θα εξετάζουν τη σχέση του αλκοόλ και του κινδύνου υποτροπής. Ωστόσο, μέσω της ανασκόπησης οι Simarivan et al (74) κατάφεραν να αναδείξουν μια πιθανή θετική συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου επανεμφάνισης του καρκίνου, η οποία φάνηκε να είναι πιο έντονη στις μετεμμηνοπαυσιακές και υπέρβαρες ή παχύσαρκες γυναίκες.

Όσον αφορά τη παχυσαρκία, η ίδια αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, όπως αναφέρθηκε και αναλυτικά παραπάνω, ενώ εμπλέκεται και στην επανεμφάνισή του και στη θνησιμότητα. Η παραπάνω αναφορά αποδεικνύεται μέσω μιας πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης του 2022, κατά την οποία φάνηκε ότι η παχυσαρκία συνδέεται με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού και την υποτροπή του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, μια πρόσφατη μελέτη, η οποία διεξήχθη στην Σουηδία, έδειξε ότι ο κίνδυνος υποτροπής αυξήθηκε σε άτομα νεότερης ηλικίας, δηλαδή <50 ετών, τα οποία αύξησαν το σωματικό τους βάρος (75).

Συνοψίζοντας, δε σημαίνει ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από τους παραπάνω παράγοντες θα υποτροπιάσουν μελλοντικά. Ωστόσο, για να περιοριστεί ο κίνδυνος υποτροπής του

καρκίνου του μαστού, οι επιζώντες είναι απαραίτητο να υποβάλλονται στις κατάλληλες ιατρικές εξετάσεις κάθε χρόνο, με σκοπό την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής. Ακόμη, προτείνεται να ακολουθείται ένας υγιεινός τρόπος ζωής, ο οποίος θα χαρακτηρίζεται από μια ισορροπημένη διατροφή, τακτική σωματική δραστηριότητα, αποφυγή του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ.

1.6 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΖΗΣΑΣΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αύξηση σωματικού βάρους μετά την διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι ένα συχνό και πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Μια εθνική έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Αυστραλία, ανέφερε ότι συνολικά το 64% των συμμετεχόντων αύξησε το σωματικό βάρος από τη στιγμή της διάγνωσης, κάτι το οποίο αναδεικνύει την παραπάνω δήλωση (76). Η αύξηση αυτή, όπως είναι γνωστό, οφείλεται στο θετικό ενεργειακό ισοζύγιο, το οποίο προκύπτει από την αυξημένη κατανάλωση τροφής, τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας ή και το συνδυασμό αυτών. Αυτές οι αλλαγές με την σειρά τους μπορούν να συνεισφέρουν στην εμφάνιση διαφόρων συννοσηροτήτων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και στην χειρότερη περίπτωση μπορούν να οδηγήσουν στην υποτροπή του καρκίνου του μαστού (77).

Θα περίμενε κανείς ότι οι επιζήσασες από τον καρκίνο του μαστού, μετά το συγκεκριμένο βίωμα, θα υιοθετούσαν πιο υγιεινές καθημερινές συνήθειες, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά μελέτες δείχνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός των γυναικών δεν ακολουθούν τις συστάσεις για μια υγιεινή διατροφή ή τις συνιστώμενες οδηγίες για σωματική δραστηριότητα, παρόλο που το επιθυμούν (77). Για αυτόν ακριβώς τον λόγο είναι απαραίτητο και αναγκαίο να σημειωθούν οι παράγοντες, οι οποίοι εμποδίζουν και διευκολύνουν την αλλαγή του τρόπου ζωής και συγκεκριμένα τη διαχείριση του σωματικού βάρους στις επιζήσασες από καρκίνο του μαστού.

Εμπόδια

Οι θεραπείες, στις οποίες υποβάλλονται οι γυναίκες, συνήθως προκαλούν δυσμενείς επιδράσεις, όπως είναι ο πόνος, η κόπωση, οι αλλαγές των γευστικών προτιμήσεων, το άγχος και η κατάθλιψη. Όλα τα παραπάνω αποτελούν συχνά εμπόδια στην βελτίωση της υγείας για

πολλές γυναίκες. Μια συγχρονική μελέτη, μεταξύ 315 επιζήσασαν από καρκίνο του μαστού παγκοσμίως, δήλωσε ότι το πιο συχνό αναφερόμενο εμπόδιο για τη διατροφή και για την άσκηση ήταν η κόπωση, η οποία χαρακτηρίστηκε ως η έλλειψη ενέργειας μετά τη διάγνωση του καρκίνου (78). Από την άλλη, η έλλειψη θέλησης και κινήτρων αναδείχθηκε ως το πιο συχνό εμπόδιο για τη διατροφή, ενώ η κόπωση ήρθε δεύτερη, σε μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία (76).

Ωστόσο, σκεπτόμενοι τι μπορεί να επηρεάζει τη διαχείριση του σωματικού βάρους στις επιζήσασες, αναδύονται διάφορα εμπόδια τα οποία, εκτός από τις επιπτώσεις των θεραπειών, μπορούν να πηγάζουν από το κοινωνικό και το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και από τις γνώσεις και τις δεξιότητες του ατόμου. Αρχικά, σύμφωνα με τις επιζήσασες, κάποιои παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να δυσκολεύουν την υιοθέτηση υγιεινών επιλογών είναι το υψηλό κόστος των υγιεινών τροφίμων, η έλλειψη χρόνου για την προετοιμασία των γευμάτων και η μη διαθεσιμότητα των τροφίμων. Όσον αφορά την άσκηση η απουσία γυμναστηρίου κοντά στο σπίτι ή το χώρο εργασίας και η απουσία χρόνου δυσχεραίνουν επίσης την κατάσταση (78).

Επιπλέον, είναι λογικό να εντείνεται η προσκόλληση στις ανθυγιεινές συνήθειες όταν το οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον δεν παρέχει την κατάλληλη στήριξη και βοήθεια (79). Λόγου χάρη μια μητέρα επηρεάζεται και δε μπορεί να ακολουθήσει μια σωστή διατροφή αν τα παιδιά ή ο σύζυγος ζητούν συγκεκριμένα φαγητά ή επιθυμούν να αγοράζουν συνέχεια ανθυγιεινά τρόφιμα στο σούπερ μάρκετ, όπως είναι τα αναψυκτικά ή τα επεξεργασμένα προϊόντα.

Συνεχίζοντας, μια μελέτη ανάμεσα σε Λατίνους επιζώντες από τον καρκίνο, ανέδειξε την έλλειψη γνώσεων ως επιβαρυντικό παράγοντα στη διαχείριση του σωματικού βάρους (80). Συγκεκριμένα για την άσκηση οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δε γνώριζαν πώς να γυμναστούν σωστά, έτσι ώστε ταυτόχρονα να περιορίζονται και τα συμπτώματα, όπως είναι ο πόνος λόγω της χειρουργικής επέμβασης. Από την άλλη, σχετικά με τη διατροφή εξέφρασαν ότι δεν είχαν λάβει τις κατάλληλες διατροφικές πληροφορίες για την αποφυγή πρόσληψης βάρους, καθώς επίσης δεν είχαν γνώσεις όσον αφορά εναλλακτικές επιλογές τροφίμων με σκοπό τον περιορισμό επιβαρυντικών προϊόντων.

Διευκολυντές

Αρκετά από τα προαναφερόμενα εμπόδια δρουν και ως διευκολυντές στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (80). Παραδείγματος χάρη, όταν η οικογένεια συμμετέχει μαζί με την επιζήσασα σε ομαδικές δραστηριότητες ή περιορίζει τα ανθυγιεινά τρόφιμα, την ενθαρρύνει ώστε να έρθει σε επαφή με νέες προκλήσεις, οι οποίες θα αλλάξουν την καθημερινότητά της. Επιπλέον, η ύπαρξη γνώσεων διευκολύνει τη γυναίκα να προσκολληθεί σε ένα υγιεινό τρόπο ζωής. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι όταν οι γνώσεις αυτές παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας έχουν και μεγαλύτερη επίδραση στο ίδιο το άτομο. Στη μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι οι κύριοι διευκολυντές, για τους ίδιους, ήταν η ύπαρξη ενός οργανωμένου προγράμματος άσκησης και ενός προγράμματος διατροφής/δίαιτας από κάποιον επαγγελματία υγείας (76).

Σε μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία, η ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς αναφέρθηκε ως διευκολυντής στην διαχείριση του σωματικού βάρους (79). Η οργάνωση του εβδομαδιαίου πλάνου γευμάτων, η λίστα τροφίμων πριν την επίσκεψη στα τοπικά καταστήματα, η προετοιμασία των λαχανικών στην αρχή της εβδομάδας ώστε να είναι έτοιμα για μαγείρεμα και η προετοιμασία γευμάτων και η τοποθέτησή τους στην κατάψυξη με σκοπό την εξοικονόμηση χρόνου, αποτελούν κάποιες συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση του τρόπου ζωής.

Τέλος, η ύπαρξη κινήτρων, όπως ο φόβος υποτροπής του καρκίνου του μαστού ή η ανάγκη να νιώθουν αισθητικά ωραία, φαίνεται να παρακινεί τις επιζήσασες να μεταβάλλουν την καθημερινότητά τους, κάνοντας μικρά και σταδιακά βήματα (81).

1.7 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες διατροφικές συστάσεις για τους επιζώντες καρκίνου, αλλά επισημαίνεται να ακολουθούν τις γενικές συστάσεις που έχουν προταθεί για την πρόληψη του καρκίνου. Σύμφωνα με τον World Cancer Research Fund (WCRF) (82), η αυξημένη κατανάλωση δημητριακών ολικής αλέσεως, μη αμυλούχων λαχανικών, φρούτων και οσπρίων λειτουργεί προληπτικά κατά του καρκίνου λόγω των αναγκαίων μικροθρεπτικών συστατικών που περιέχουν. Τουλάχιστον 30 γραμμάρια φυτικών ινών και 400 γραμμάρια φρούτων και μη αμυλούχων λαχανικών πρέπει να προσλαμβάνονται ημερησίως. Αντιθέτως, η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, άμυλα και σάκχαρα πρέπει να αποφεύγεται, όπως ακριβώς και η υψηλή κατανάλωση επεξεργασμένου και κόκκινου κρέατος, με το τελευταίο να συστήνεται να μην ξεπερνάει τις 3 μερίδες ανά εβδομάδα, οι

οποίες αντιστοιχούν σε 350-500 γραμμάρια. Βέβαια, ο περιορισμός δεν περιλαμβάνει όλα τα τρόφιμα με αυξημένα λιπαρά, όπως οι ξηροί καρποί και τα έλαια φυτικής προέλευσης που αποτελούν πηγές σημαντικών θρεπτικών συστατικών. Παράλληλα, η ελάττωση των ζαχαρούχων και αλκοολούχων ποτών, με αντικαταστάτη τους το νερό μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για καρκίνο, όπως και η αποχή από το κάπνισμα. Συνοψίζοντας η διατήρηση βάρους μέσα σε υγιές εύρος, οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες και η σωματικά δραστήρια ζωή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την πρόληψη της εμφάνισης του καρκίνου, την υποτροπή του, καθώς και την εμφάνιση άλλων επιβλαβών νοσών.

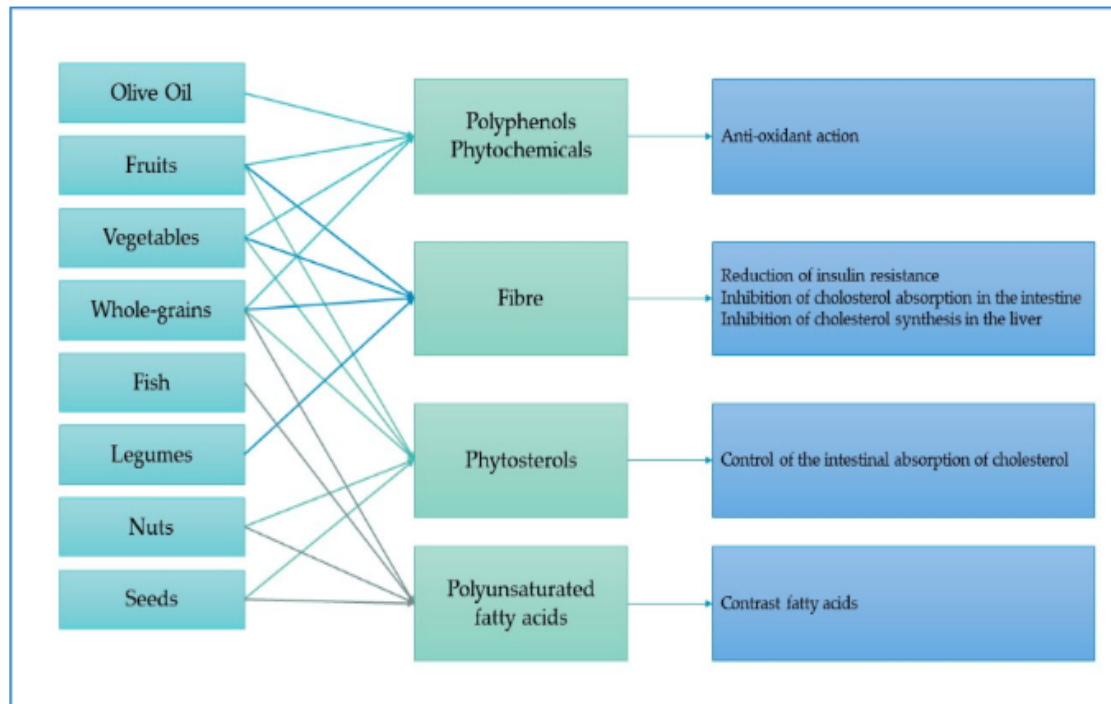


Εικόνα 1.7.1: Συστάσεις για την πρόληψη καρκίνου (WCRF, 2018)(82)

Μεσογειακή Διατροφή

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει μια προστατευτική σχέση μεταξύ της μεσογειακής διατροφής και του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, με μια πρόσφατη ανασκόπηση να επιβεβαιώνει την παρατήρηση αυτή (83). Ακόμη, μια έρευνα η οποία διεξήχθη στην Νότια Ευρώπη έδειξε ότι η υψηλότερη προσκόλληση στο μεσογειακό πρότυπο επέφερε μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 20% σε σύγκριση με την χαμηλότερη προσκόλληση (84). Αναλυτικότερα, το συγκεκριμένο

διατροφικό σχήμα χαρακτηρίζεται από υψηλή πρόσληψη λαχανικών, οσπρίων, φρέσκων φρούτων, μη επεξεργασμένων δημητριακών, ξηρών καρπών και ελαιολάδου, μέτρια κατανάλωση ψαριών και γαλακτοκομικών και χαμηλή πρόσληψη κόκκινου κρέατος. Η ευεργετική δράση της μεσογειακής διατροφής εντοπίζεται στα αντιφλεγμονώδη και αντιοξειδωτικά συστατικά, τα οποία περιέχονται στις προαναφερόμενες ομάδες τροφίμων. Τα συστατικά αυτά προστατεύουν από την αλλοίωση της λειτουργικότητας των κυττάρων και εμποδίζουν τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων (85).



Εικόνα 1.7.2: Σύνδεση των τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής με τα συστατικά που περιέχουν και αντίστοιχη σύνδεση αυτών με τις ευεργετικές επιδράσεις (85).

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια νόσο με υψηλή επίπτωση στις γυναίκες, η οποία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη μετέπειτα ζωή τους. Ωστόσο, παρά την αυξημένη επίπτωση έχει παρατηρηθεί μείωση της θνησιμότητας, η οποία ίσως οφείλεται στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην πρόοδο της ιατρικής όσον αφορά την θεραπεία του. Οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής των επιζήσασών από τον καρκίνο του μαστού, φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου και εδώ αντικατοπτρίζεται η αναγκαιότητα καταγραφής των παραπάνω παραγόντων. Δυστυχώς στην Ελλάδα τα δεδομένα είναι περιορισμένα σχετικά με την καταγραφή των παραγόντων διατροφής και τρόπου ζωής, καθώς και τη δημιουργία και εφαρμογή παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επιζήσασών από καρκίνο του μαστού, κάτι το οποίο επισημαίνει τη σπουδαιότητα της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη, η καταγραφή και η αξιολόγηση των προσδιοριστικών παραγόντων διατροφής και τρόπου ζωής σε επιζήσασες από τον καρκίνο του μαστού με υπέρβαρο / παχυσαρκία.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη εστιάστηκε στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Πώς οι γνώσεις των επιζήσασών σχετικά με την διατροφή, επιδρούν στις διατροφικές επιλογές και στον τρόπο ζωής τους.
- Πώς οι πεποιθήσεις τους σχετικά με τη νόσο, επιδρούν στις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής.
- Εάν υπάρχουν άλλοι παράγοντες που ενισχύουν ή εμποδίζουν την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και τρόπου ζωής των επιζήσασών.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν μέσω ομάδων εστίασης, χαρακτηρίζοντας την έρευνα ως ποιοτική. Ποιοτική θεωρείται η έρευνα η οποία αναζητά το πώς και το γιατί οι άνθρωποι εκδηλώνουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, σε διάφορες καταστάσεις. Μέσω της παρούσας προσέγγισης συνήθως στόχος είναι η μελέτη και η κατανόηση των διαπροσωπικών σχέσεων, των τρόπων επικοινωνίας και των ανθρωπίνων συμπεριφορών. Ακόμη, μέσω της ποιοτικής έρευνας οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν ιστορίες ζωής, με αποτέλεσμα να εξωτερικεύουν συναισθήματα και κίνητρα, τρόπους σκέψεις και απόψεις, δίνοντας τη δυνατότητα στον ερευνητή μέσω της παρατήρησης, να συλλέξει και να αναλύσει τα αντλούμενα δεδομένα. Όσον αφορά στη διαφορά μεταξύ ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας, έγκειται στο ότι η πρώτη αξιοποιεί λεκτικά και περιγραφικά δεδομένα, όπως συνεντεύξεις, μαγνητοφωνήσεις, παρατηρήσεις και ατομικές αφηγήσεις, ενώ η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιεί αριθμητικά και ποσοτικά δεδομένα (86). Συνεχίζοντας με τη συλλογή των δεδομένων, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι κύριοι τρόποι είναι μέσω της συνέντευξης, της παρατήρησης και των ομάδων εστίασης (87). Υπάρχουν διάφοροι τύποι συνεντεύξεων, οι οποίοι διαφέρουν ως προς το βαθμό που είναι δομημένες και για αυτό το λόγο διακρίνουμε τις αδόμητες, τις πλήρως δομημένες και τις ημιδομημένες συνεντεύξεις. Οι προαναφερόμενες μπορούν να διεξαχθούν με ποικίλους τρόπους, όπως πρόσωπο με πρόσωπο, μέσω τηλεφώνου, αλλά και διαδικτυακά. Γενικά οι συνεντεύξεις καταγράφονται μέσω μαγνητοφωνήσεων ή ακόμα και βιντεοσκοπήσεων και μεταγράφονται, με σκοπό την ανάλυσή τους και την εξαγωγή δεδομένων. Όσον αφορά τις παρατηρήσεις αξιοποιούνται με σκοπό να καταγράψει ο ερευνητής την πραγματική συμπεριφορά των συμμετεχόντων, ενώ και σε αυτήν την περίπτωση διακρίνουμε διάφορες τεχνικές παρατήρησης, ανάλογα με το βαθμό που είναι δομημένες και τον βαθμό συμμετοχής και αλληλεπίδρασης του ερευνητή με τα άτομα που παρατηρεί. Τέλος, οι ομάδες εστίασης δεν αποτελούν μια ομαδική συνέντευξη, αλλά μια ομαδική συζήτηση με σκοπό την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία των ατόμων, σχετικά με ένα συγκεκριμένο θέμα το οποίο έχει ορίσει ο ερευνητής (86). Οι ομάδες στις οποίες αναπτύσσεται ο διάλογος μπορεί να είναι ομοιογενείς ή ετερογενείς, ενώ το μέγεθος των ομάδων μπορεί να κυμαίνεται στο πλαίσιο των τεσσάρων με δώδεκα ατόμων, ώστε να μπορεί να εξασφαλιστεί ο συντονισμός και ο έλεγχος της ομάδας. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί η σημαντικότητα του ρόλου του ερευνητή, καθώς ο ίδιος οφείλει να ακούει, να είναι αφοσιωμένος και να παρακινεί το άτομο ή τα άτομα, όταν μιλάμε για ομάδες εστίασης, να

εκδηλώσουν τις απόψεις τους και τις σκέψεις τους, χωρίς όμως να αισθάνονται ότι ανακρίνονται από τον ίδιο (87).

2.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 23 γυναίκες επιζήσασες από καρκίνο του μαστού, από διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Εφαρμόστηκαν τα εξής κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού στη μελέτη:

- Οι γυναίκες να έχουν ολοκληρώσει όλες τις θεραπείες τους (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες ή/και μονοκλωνικά αντισώματα).
- Ο καρκίνος να μην είναι ενεργός, ούτε να υπάρχει κάποια μετάσταση.
- Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) να κυμαίνεται από 25 έως 40 (kg/m²).
- Η ηλικία των γυναικών να κυμαίνεται από 18 έως 65 ετών.

2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Στην παρούσα μελέτη σαν τεχνική συλλογής δεδομένων αξιοποιήθηκε η συνέντευξη, μέσω της οποίας ο ερευνητής δίνει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους, τις σκέψεις τους και τις εμπειρίες τους. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη, σε ομάδες εστίασης, σύμφωνα με την οποία ο ερευνητής έχει σχεδιάσει μια συγκεκριμένη λίστα θεμάτων, που πρέπει να συζητηθούν και κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι οποίες πρέπει να απαντηθούν από τους συμμετέχοντες. Η δόμηση της προαναφερόμενης συνέντευξης δε χαρακτηρίζεται από αυστηρότητα, όπως στις πλήρως δομημένες συνεντεύξεις, αλλά αντίθετα υπάρχει ευελιξία όσον αφορά κάποια ζητήματα (87). Πιο συγκεκριμένα ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να μεταβάλλει το περιεχόμενο των ερωτήσεων, να δώσει έμφαση και περισσότερο χρόνο σε κάποια θέματα ανάλογα με τον συμμετέχοντα και να τροποποιήσει τη σειρά των ερωτήσεων, ανάλογα με την αντίληψή του. Μετά την ολοκλήρωση της κάθε συνέντευξης ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση της, με σκοπό τη μετατροπή του προφορικού λόγου σε γραπτό. Η συγκεκριμένη διαδικασία απαιτεί χρόνο, αλλά δίνει τη δυνατότητα εξαγωγής των δεδομένων, με σκοπό την περαιτέρω ανάλυσή τους. Ακόμη, μέσω της απομαγνητοφώνησης ο ερευνητής

έχει τη δυνατότητα να σημειώσει τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς του συμμετέχοντα, όπως εάν υπάρχει άγχος ή ένταση κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Το επόμενο στάδιο και ίσως το πιο σημαντικό της έρευνας, το οποίο συμβάλλει στην ανάλυση των δεδομένων, είναι η κωδικοποίηση. Η συγκεκριμένη διαδικασία απαιτεί χρόνο, καθώς ο ερευνητής διαβάζει αρκετές φορές τις απομαγνητοφωνήσεις, με σκοπό να εξοικειωθεί με τα δεδομένα και να κρατήσει σημειώσεις. Κατά τη διαδικασία αυτή ο ερευνητής αποδίδει κωδικούς ή αλλιώς μια “ετικέτα” σε κάποιο απόσπασμα του κειμένου, το οποίο μπορεί να είναι μια λέξη, μια πρόταση ή ακόμα και μια ολόκληρη παράγραφος (88). Στην ουσία αυτή η ετικέτα, η οποία έχει δημιουργηθεί από τον ερευνητή, αποδίδει το νόημα του συγκεκριμένου τμήματος δεδομένων. Σύμφωνα με τους Fade et al (88), υπάρχουν διάφορα είδη κωδικοποίησης, όπως είναι η κυριολεκτική κωδικοποίηση, σύμφωνα με την οποία ο ερευνητής ενδιαφέρεται μόνο για τα άμεσα παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά των δεδομένων, δηλαδή για το ότι ειπώθηκε από τον ερωτώμενο και όχι για το νόημα που κρύβεται πίσω από αυτά. Από την άλλη υπάρχει η ερμηνευτική κωδικοποίηση, η οποία είναι το ακριβώς αντίθετο από την κυριολεκτική, καθώς ο ερευνητής αναζητά το νόημα που κρύβεται πίσω από τα δεδομένα, τα οποία εξάγονται από τα λεγόμενα του ερωτώμενου.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης. Η θεματική ανάλυση χαρακτηρίζεται ως μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος, από τους ερευνητές, κατά τη διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα η ίδια στοχεύει στον εντοπισμό, την ανάλυση και την αναφορά μοτίβων (θεμάτων), εντός των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί (89). Ακόμη, συμβάλλει στην αναφορά και τη «θεματοποίηση» επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοήματος (86). Ο ερευνητής κατά τη διαδικασία αυτή μπορεί να έρθει σε επαφή με ένα πλήθος νοηματικών μοτίβων, αλλά στόχος του είναι να στηριχθεί σε αυτά τα οποία κρίνονται κατάλληλα για την απάντηση των ερευνητικών του ερωτημάτων. Συνοπτικά, η θεματική ανάλυση, επιδιώκει την οργάνωση και την περιγραφή του συνόλου των δεδομένων. Κύριο πλεονέκτημα της προαναφερόμενης αποτελεί ο ευέλικτος χαρακτήρας της, ο οποίος δεν προϋποθέτει την δέσμευση του ερευνητή με κάποια επιστημολογική θέση (86). Επιπλέον, ένα ακόμη πλεονέκτημα αποτελεί το ότι επιδιώκεται μια βασική περιγραφή όλων των δεδομένων, ενώ εντοπίζονται οι διαφορές και οι ομοιότητές τους, ενώ επίσης τα ίδια ερμηνεύονται σε κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο. Η θεματική ανάλυση χαρακτηρίζεται από έξι στάδια, την εξοικείωση με τα δεδομένα, την κωδικοποίηση, την αναζήτηση των θεμάτων, τον επανέλεγχο των θεμάτων, τον ορισμό και την ονομασία των θεμάτων και τέλος τη σύνταξη των ευρημάτων (89).

2.5 ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα μελέτη εγκρίθηκε από την Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Αριθμ. Πρωτ.: 07/02.02.2022). Επιπρόσθετα, όλοι οι συμμετέχοντες υπέγραψαν έγγραφο πληροφορημένης συναίνεσης πριν από την έναρξη διεξαγωγής της μελέτης, ενημερώθηκαν για τη διασφάλιση της ανωνυμίας πριν από κάθε συνέντευξη και τέλος έδωσαν έγκριση και για τη μαγνητοσκόπηση.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως προαναφέρθηκε, το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 23 γυναίκες επιζήσασες από καρκίνο του μαστού, των οποίων τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναγράφονται στον πίνακα 3.1. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 50.5 ± 7.4 , από τις οποίες το 69.6% ήταν εργαζόμενες κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Ακόμη, η μεταβολή του βάρους ήταν ορατή κατά τη διάρκεια του καρκίνου του μαστού. Το βάρος κατά τη διάγνωση ήταν 69.7 ± 10.1 , ενώ το τρέχον βάρος σημειώθηκε ότι ήταν 75.6 ± 8.7 , πράγμα που αποδεικνύει την αύξηση του, η οποία αποτελεί και συχνή επίπτωση των θεραπειών. Όσον αφορά τον ΔΜΣ (kg/m^2), σημειώθηκε ότι κατά τη διάγνωση ήταν 26.8 ± 4.8 , ενώ ο τρέχον προέκυψε ότι ήταν 29.1 ± 3.4 , κατά την συλλογή δεδομένων.

Χαρακτηριστικά	Αριθμός (%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης	
Κατώτερο (Γυμνάσιο)	5 (21.7)
Βασικό (Λύκειο, Τεχνικό Σχολείο)	6 (26.1)
Ανώτερο (Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό)	12 (52.2)
Κατάσταση Απασχόλησης	

Εργαζόμενη	16 (69.6)
Άνεργη	4 (17.4)
Συνταξιούχος	3 (13)
Άσκηση	
Τακτική Άσκηση	14 (60.9)
Περιστασιακή Άσκηση	2 (8.7)
Καθιστική ζωή	7 (30.4)
Χρόνια επιβίωσης: μέση±τυπική απόκλιση	5.8±5.2
Ηλικία (έτη): μέση±τυπική απόκλιση	50.5±7.4
Βάρος κατά την διάγνωση (kg): μέση±τυπική απόκλιση	69.7±10.1
Τρέχον Βάρος (kg): μέση±τυπική απόκλιση	75.6±8.7
Ύψος (cm): μέση±τυπική απόκλιση	161.3±5.4
ΔΜΣ κατά την διάγνωση (kg/m ²): μέση±τυπική απόκλιση	26.9±4.8
Τρέχον ΔΜΣ (kg/m ²): μέση±τυπική απόκλιση	29.1±3.4

Πίνακας 3.1: Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Τα θέματα τα οποία τέθηκαν κατά την ημιδομημένη συνέντευξη των γυναικών ήταν τα εξής:

1. Γνώση σχετικά με τις συστάσεις διατροφής και σωματικής δραστηριότητας για επιζήσασες από καρκίνο του μαστού, 2. Εμπειρίες αλλαγής σωματικού βάρους, 3. Εμπόδια και διευκολυντές στην προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους, 4. Τρέχουσες αλλαγές στον τρόπο ζωής, 5. Υποθετική συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα παρέμβασης απώλειας βάρους,

6. Στάσεις και πεποιθήσεις προς τη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας για τη διαχείριση βάρους.

Κατά την ανάλυση των δεδομένων, τα οποία προήλθαν από την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, προέκυψαν τέσσερα διαφορετικά θέματα, όπου καθένα από αυτά χαρακτηρίζεται από 4-6 υποθέματα. Αναλυτικότερα τα τέσσερα κύρια θέματα που αναδείχθηκαν ήταν: «Πρακτικές διατροφής και τρόπου ζωής», «Η επίδραση του καρκίνου στο σωματικό βάρος», «Η επίδραση της ψυχικής υγείας στη διαχείριση του σωματικού βάρους» και «Η επίδραση του περιβάλλοντος στη διαχείριση του σωματικού βάρους».

Θέμα 1: Πρακτικές διατροφής και τρόπου ζωής

I. Γνώσεις

Οι περισσότερες συμμετέχουσες είχαν γνώσεις σχετικά με τη διατροφή και φάνηκε να είναι ενημερωμένες και να κατανοούν το πόσο σημαντικό είναι να ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να γυμνάζονται καθημερινά, ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, ανέφεραν τη διατροφή ως παράγοντα μείωσης του κινδύνου υποτροπής του καρκίνου του μαστού, αλλά και διαφόρων άλλων συννοσηροτήτων. Παρόλα αυτά φάνηκε ότι αρκετές επιζήσασες δεν ακολουθούσαν τις προτεινόμενες συστάσεις για μια υγιεινή διατροφή και άσκηση.

“Ενώ γνωρίζω ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας έτσι ώστε να μην ξανά συμβεί (γιατί ποτέ δεν ξέρεις), και όχι μόνο αυτή, να μην ανεβάζεις τις τιμές σου σε διάφορες άλλες υποκατηγορίες ας πούμε και να είσαι προσεκτικός, σε εμένα αυτό δεν ίσχυσε.” (919)

“Πάντα επειδή είχα ψάξει το θέμα της αρρώστιας, δηλαδή τι σου προκαλεί, τι σου κάνει και πως δηλαδή μπορείς να το βοηθήσεις λίγο, γιατί το είχαμε στην οικογένεια μας από πιο παλιά. Οπότε, γνώριζα τα βασικά ότι δηλαδή και τα κιλά και οι τροφές και όλα αυτά παίζουν ρόλο.” (920)

II. Πεποιθήσεις

Αρκετές από τις γυναίκες θεωρούσαν ότι η δίαιτα/διατροφή αφορά το να μάθουν να τρέφονται σωστά. Ωστόσο, πολλές εξέφρασαν αρνητικά συναισθήματα για τη λέξη δίαιτα και φάνηκε ότι την έχουν αποκλείσει, σαν όρο, από την καθημερινότητά τους. Αντίθετα η λέξη διατροφή ήταν πιο αποδεκτή από τις ίδιες. Επίσης, δύο από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι η απώλεια βάρους είναι κάτι αρκετά δύσκολο και μη ευχάριστο, καθώς θεωρούν ότι πρέπει να στερηθούν πράγματα, τα οποία τους προσφέρουν ευχαρίστηση και τα οποία θεωρούνται “απαγορευτικά”. Τέλος, είναι αξιοσημείωτο να σημειωθεί ότι δύο από τις επιζήσασες ανέφεραν ότι δεν πιστεύουν ότι ο καρκίνος του μαστού προέκυψε λόγω διατροφικών παραγόντων.

“Αυτό που είπες πριν -δίαιτα- εγώ αυτή τη λέξη τη μισώ (γέλιο). Με πιάνει απελπισία όταν λέω αυτή τη λέξη. Δεν τη λέω ποτέ. Λέω διατροφή. Η λέξη δίαιτα είναι θεωρώ απελπισία, δεν μπορώ να την ακούω, με τίποτα (γέλιο).” (316)

“Διατροφή, η προσπάθεια μου να τρώω όσο το δυνατόν πιο υγιεινά.” (1023)

“Γιατί ξέρω ότι θα μου πει «όχι ψωμί». Εγώ δηλαδή παχαίνω με το ψωμί και τα γλυκά. Αυτά απαγορεύονται. Η Διαιτολόγος δεν πρόκειται να μου πει «φάε ψωμί, φάε γλυκά».” (1024)

III. Στάσεις τρόπου ζωής

Κάποιες από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι ακόμα και πριν από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού απέφευγαν κάποια τρόφιμα, όπως η ζάχαρη, τα γλυκά, το κόκκινο κρέας και το αλκοόλ και θεωρούν ότι ακολουθούσαν μια καλή διατροφή από πάντα. Σχεδόν όλες επίσης ανέφεραν ότι έχουν ακολουθήσει κάποιο διατροφικό σχήμα στο παρελθόν, ενώ κάποιες από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι πάντα είχαν πρόβλημα με τα κιλά τους, αλλά ένιωθαν απογοήτευση γιατί δεν έβλεπαν κάποιο επιθυμητό αποτέλεσμα.

“Εμείς στο σπίτι, και στους γονείς μου και σαν παντρεμένη, είχαμε μια σχετικά καλή διατροφή.” (411)

“Η δίαιτα είναι ίσως λίγο πιο αυστηρή, για εμένα είναι λίγο απογοήτευση πια, έχω κάνει πολλές προσπάθειες, οπότε όλο αυτό το πράγμα το βλέπω πολλή απογοήτευση, γιατί δεν πετυχαίνω ποτέ τον στόχο μου..” (402)

IV. Κίνητρα αλλαγής τρόπου ζωής

Οι επιζήσασες από τον καρκίνο του μαστού ανέφεραν διάφορα κίνητρα, τα οποία τους ωθούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Πολλές από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι τα παραπάνω κιλά επιβαρύνουν τη ζωή τους, δυσχεραίνοντας την καθημερινότητά τους και για αυτό το λόγο ανέφεραν την υγεία τους ως κίνητρο αλλαγής. Επίσης, η αγάπη για τον εαυτό τους και η ανάγκη να νιώθουν καλά ψυχολογικά ήταν δύο κίνητρα που εκδηλώθηκαν από περισσότερες από μια γυναίκες. Ακόμη, μια γυναίκα εξέφρασε το φόβο επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού ως κίνητρο αλλαγής, ενώ μια άλλη γυναίκα τόνισε ότι θέλει να αλλάξει τον τρόπο ζωής της και να καταφέρει να «σταθεί στα πόδια της» για το παιδί της. Παρόλα αυτά πολλές από τις συμμετέχουσες ανέφεραν ως κίνητρο την εμφάνιση, την ανάγκη να ξαναφορέσουν τα παλιά τους ρούχα και να νιώσουν καλά με το σώμα τους και τα κιλά τους.

“Για την υγεία μου, αλλά για την ψυχολογία μου, πολύ έντονα αυτή τη στιγμή το αισθάνομαι. Για να αισθάνομαι άνετα με τα ρούχα μου τέλος πάντων. Το πιο σημαντικό είναι το ψυχολογικό για εμένα αυτή τη στιγμή.” (702)

“Νομίζω ότι επειδή υπεραγαπώ τον εαυτό μου, για αυτό θέλω να τον ζορίσω να τα χάσει.” (609)

V. Προσδοκίες/Ανάγκες (σχετικά με τον τρόπο αλλαγής πχ εξατομίκευση, συμπαράσταση)

Οι περισσότερες συμμετέχουσες ανέφεραν ότι χρειάζονται κάποιον επαγγελματία υγείας για να τις κατευθύνει και να τις βοηθήσει να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, μέσα από την παροχή οδηγιών όσον αφορά τις ομάδες τροφίμων και τον τρόπο μαγειρέματος, την αναφορά συμβουλών σχετικά με την κατάσταση υγείας τους και την ψυχολογική υποστήριξη. Ακόμη, όσον αφορά το πρόγραμμα διατροφής αρκετές συμμετέχουσες ανέφεραν ότι θα ήταν καλύτερη η εξειδίκευση, λόγω των διαφορετικών αναγκών. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο

μέρος των γυναικών εξέφρασαν θετικότητα ως προς τα ομαδικά προγράμματα και τις συναντήσεις, λόγω του θάρρους που μπορεί να λαμβάνουν ακούγοντας γυναίκες με το ίδιο βίωμα. Έτσι, δήλωσαν ότι ένα ομαδικό πρόγραμμα θα είναι βοηθητικό για τις ίδιες, καθώς θα υπάρχει αυτό που ονομάζεται αλληλοστήριξη. Ωστόσο, δύο συμμετέχουσες δήλωσαν ότι το ιδανικό είναι ο συνδυασμός ατομικού και ομαδικού, δηλαδή κάποια ατομική συνάντηση με τον ειδικό, αλλά και κάποια ομαδική συνάντηση ώστε να υπάρχει η επικοινωνία και η υποστήριξη μεταξύ των γυναικών. Όσον αφορά τη διάρκεια του προγράμματος κάποιες συμμετέχουσες δήλωσαν την ανάγκη να έχει διάρκεια, ώστε να καταφέρουν να υιοθετήσουν όσα μάθουν, να τους γίνουν τρόπος ζωής.

“Εγώ είμαι δεκτική στο να πάρω ότι μου προτείνει ο ειδικός. Γιατί εσείς θα μας δείξετε το δρόμο. Αυτό τον δρόμο θα τον περπατήσουμε εμείς. Καταλάβετε; Οπότε εκεί θα ακολουθήσουμε κάποιες οδηγίες. Και με την βοήθεια και λίγο την ψυχολογική που μπορεί να μας παρέχετε εσείς ας πούμε, πιστεύω θα βοηθηθούμε.” (705)

“Εμένα θα μου άρεσε και η ομαδική να πω την αλήθεια. Γιατί πράγματα που κάποιες από εμάς δεν μπορούν, δε θα τα πούμε ίσως από ντροπή, δεν ξέρω, πως να το πω, ακούμε, ακούμε και ανοιγόμαστε και τα λέμε πιο καλά πιστεύω. Ναι ναι ναι, θα παρακινηθούμε. Α μπράβο! ή κάτι που έχουμε ξεχάσει, μπορούμε ακούγοντας την άλλη κυρία και την απάντησή σας, οπότε καλυπτόμαστε. Όσον αφορά αυτό με την καταγραφή την ημερήσια, δε νομίζω ότι εμένα θα με βοηθούσε. Το να κρατάω δηλαδή καταγραφή κάθε μέρα το τι έχω φάει όλη την ημέρα νομίζω ότι θα με κούραζε, γιατί πιστεύω ότι όλες λίγο πολύ όταν έχουμε ένα έλεγχο, έστω και διαδικτυακό, κρατιόμαστε πιο καλά.” (1023)

Θέμα 2: Η επίδραση του καρκίνου στο σωματικό βάρος

I. Οι αλλαγές στο σωματικό βάρος

Σύμφωνα με τις συμμετέχουσες ο καρκίνος του μαστού επηρέασε το σωματικό τους βάρος σε μεγάλο βαθμό. Σχεδόν όλες δήλωσαν ότι αυξήθηκε το βάρος τους μετά τη διάγνωση του καρκίνου, και κυρίως κατά τη διάρκεια ή μετά από τις θεραπείες, στις οποίες υποβλήθηκαν. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι μόνο μια γυναίκα δήλωσε, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, ότι έχασε βάρος μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

“Αυξήθηκε και μάλιστα πάρα πολύ. Ε αυξήθηκε γύρω στα 15 κιλά από τη στιγμή που διαγνώστηκα. Αυξήθηκε σταδιακά, κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών.” (1021)

“Πήρα πολλά. Από εκεί που ζύγιζα γύρω στα 65 βαριά 68, έφτασα και 80,, έχω φτάσει και 85 μετά. Αλλά όχι όμως αμέσως μετά τη διάγνωση. Τότε δεν πρόλαβα να πάρω κιλά να σας πω την αλήθεια γιατί τότε έτρεχα στο να αντιμετωπίσω την ασθένεια. Τότε ήμουν πιο συνεπής, δεν ξέρω. Εμένα όλα αυτά μου βγήκανε μετά. Αφού τελείωσα δηλαδή με όλο αυτό το κομμάτι και όχι αμέσως μετά.” (919)

II. Ο ρόλος των θεραπειών/φαρμάκων

Κατά τις συνεντεύξεις παρατηρήθηκε ότι σε πολλές συμμετέχουσες το βάρος μεταβλήθηκε μετά το τέλος των θεραπειών (χημειοθεραπείες, ακτινοβολίες κλπ) για τον καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, κάποιες τόνισαν ότι πρόσεξαν έντονες αλλαγές στο σώμα τους κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των θεραπειών, λόγω των φαρμάκων που λάμβαναν και συγκεκριμένα ανέφεραν την κορτιζόνη. Μια γυναίκα δήλωσε ότι δεν της είχε συσταθεί τι να προσέχει κατά την λήψη της κορτιζόνης, με αποτέλεσμα να πρηστεί σε μεγάλο βαθμό, κάτι το οποίο δείχνει ότι η παροχή συμβουλών από κάποιον ειδικό και συγκεκριμένα κάποιον διατροφολόγο, είναι απαραίτητη από την αρχή της διάγνωσης. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο να σημειωθεί ότι μια γυναίκα ανέφερε ότι αγόραζε σοκολάτες σαν επιβράβευση μετά από τις χημειοθεραπείες, το οποίο αντικατοπτρίζει την ανάγκη των γυναικών να στραφούν σε κάτι το οποίο τους προσφέρει ευχαρίστηση, ακόμα και αν αυτή διαρκεί για πολύ μικρό χρονικό διάστημα.

“Εγώ τα πήρα κατά την διάρκεια, δηλαδή στον 1 χρόνο που τελείωσα και πιστεύω είναι λόγω της κορτιζόνης. Γιατί δεν είχα γεύση οπότε δεν έτρωγα ιδιαίτερα. Αλλά δε μου είχε πει κανείς, όταν παίρνεις κορτιζόνη να προσέχεις αλάτι και όλα αυτά. Και εγώ δεν έδινα και ιδιαίτερη σημασία. Τέλος πάντων από 63 περίπου που ήμουν έφτασα 70 κιλά. Αλλά φαινόμουν λες και είχα φτάσει 80. Ήμουν πολύ πρησμενη. Τρομερή κατακράτηση. Αυτό δεν ήτανε φυσιολογικό.” (316)

III. Ο ρόλος των ορμονών (ορμονοθεραπεία ή/και εμμηνόπαυση)

Όπως σημειώθηκε από τις απαντήσεις των γυναικών η ορμονοθεραπεία, η οποία σε αντίθεση με τις άλλες θεραπείες χαρακτηρίζεται ως μακροχρόνια θεραπεία, προκάλεσε δυσάρεστες αλλαγές στο σωματικό βάρος των συμμετεχόντων. Επιπλέον, η εμμηνόπαυση φάνηκε να δρα και η ίδια επιβαρύντικά στο σώμα και το βάρος των γυναικών. Συγκεκριμένα πολλές ανέφεραν ότι η εμμηνόπαυση είναι αυτή που οφείλεται για τη μη επιτυχή απώλεια βάρους και κάποιες γυναίκες τόνισαν ότι όλη αυτή η κατάσταση τους επηρεάζει και ψυχολογικά, καθώς κάποιες από τις γυναίκες που νόσησαν έχουν μπει στην εμμηνόπαυση λόγω του καρκίνου του μαστού και των θεραπειών που ακολούθησαν και όχι γιατί η ίδια προκλήθηκε φυσιολογικά.

“Επειδή κι εγώ κάνω ορμονοθεραπεία και είμαι σε εμμηνόπαυση, πιο πολύ με δυσκολεύει αυτό.....Και δεν χάνω. Κάνω τόση προσπάθεια, απλά για να διατηρηθώ. Θα ήθελα να μπορούσα να χάσω, θα ήθελα έτσι, να χάσω λίγο 2-3 να νιώσω πιο ανάλαφρη. Η εμμηνόπαυση με ζορίζει πιο πολύ απ' όλα.” (316)

IV. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής

Κατά την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι όλες οι γυναίκες κάτι είχαν αλλάξει από τον τρόπο ζωής τους, λόγω του καρκίνου του μαστού. Κάποιες από τις αλλαγές αφορούσαν τη διατροφή, καθώς αρκετές από τις συμμετέχουσες ανέφεραν ότι μείωσαν ή έκοψαν, κυρίως την ζάχαρη και το αλκοόλ. Μερικές ανέφεραν ότι μείωσαν και την κατανάλωση κρέατος και συγκεκριμένα του κόκκινου κρέατος και των λιπαρών. Όσον αφορά την άσκηση οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι την έχουν ενσωματώσει στον τρόπο ζωής τους, είτε αυτό είναι περπάτημα είτε κάποιο πρόγραμμα στο γυμναστήριο, είτε κάποιο άλλο άθλημα, όπως η κολύμβηση. Συγκεκριμένα δύο από τις συμμετέχουσες ανέφεραν ότι μετά τις θεραπείες ακολούθησαν ένα πρόγραμμα διατροφής, το οποίο σε συνδυασμό με την άσκηση τους επέφερε πολύ καλά αποτελέσματα. Ωστόσο, κάποιες γυναίκες δήλωσαν ότι αυτό που τους δυσκόλεψε περισσότερο ήταν ότι μετά τις χημειοθεραπείες ξεκίνησαν, σε πολύ μεγάλο βαθμό, τα γλυκά, κάτι το οποίο τις δυσκόλεψε όσον αφορά τα κιλά.

“Εγώ έκοψα τους καφέδες, γιατί στις χημειοθεραπείες είχα αϋπνίες και θεώρησα ήταν ο καφές, αλλά τελικά δεν ήταν ο καφές. Τον αντικατέστησα με τσάι, με χυμούς, με νερό. Αυτό που ήταν πολύ έντονο που είπα είναι τα γλυκά, σαν να έχω εθιστεί στα γλυκά. Πραγματικά

από τις χημειοθεραπείες και μετά, λες και έχω εθιστεί. Το κόκκινο κρέας, 1-2 φορές την εβδομάδα. Και το αλκοόλ, όσο έπινα και πριν, λίγο κρασάκι με τους φίλους όταν μαζευόμαστε. Και από μύρα τώρα την έχω χωρίς αλκοόλ. Η γυμναστική δεν την είχα όπως είπα και εγώ, καθόλου, και το τελευταίο μήνα είπα ότι ξεκίνησα γυμναστήριο γιατί νομίζω δεν φτάνει το περπάτημα μόνο.” (617)

“Έβαλα τα φρούτα και τα λαχανικά στη ζωή μου. Έκοψα το αλάτι και τη ζάχαρη.” (920)

Θέμα 3: Η επίδραση της ψυχικής υγείας στη διαχείριση του βάρους

I. Η συναισθηματική κατάσταση (άγχος, στρες, φόβος, κατάθλιψη)

Από τις συνεντεύξεις παρατηρήθηκε ότι οι επιζήσασες δήλωσαν κουρασμένες ψυχικά, με τη διατροφή να επηρεάζεται από τη συναισθηματική αυτή φόρτιση. Τα πιο συχνά αναφερόμενα αισθήματα από τις συμμετέχουσες ήταν η απογοήτευση, το άγχος, οι ενοχές, η κατάθλιψη και η ψυχική κούραση, καθώς πέρα από την ασθένεια που έπρεπε να αντιμετωπίσουν, έβλεπαν και το βάρος τους να αυξάνεται. Από την άλλη μεριά κάποιες γυναίκες φάνηκε να στρέφονται στο φαγητό λόγω αναστάτωσης ή ως αντίδραση, ενώ παράλληλα σημειώθηκαν και οι περιπτώσεις που χρησιμοποιούν γενικά το φαγητό ή τη διατροφή ή ακόμα και τη γυμναστική ως μέσο βελτίωσης της ψυχικής τους κατάστασης. Δηλαδή για απόλαυση και χαρά, για να ξεφύγουν από την ένταση της καθημερινότητας και για να ελέγξουν τα αρνητικά τους συναισθήματα.

“Έχω κουραστεί, πλέον είναι στο μυαλό μου, αν θα μπορέσω να κάνω διατροφή. Δεν μπορώ ψυχολογικά πια. Έχω απογοητευτεί.” (702)

“Μήπως έγινα λίγο μανιοκαταθλιπτική, αν χαρακτηριστώ; Δεν ξέρω πώς να το χαρακτηρίσω. Εμ το φαγητό για μένα ήτανε το καταφύγιο. Επίσης δεν εννοώ φυσιολογικό φαγητό. Εννοώ και junk food.” (919)

II. Οι θεραπείες και η φαρμακευτική αγωγή

Γενικά, αρκετές είναι οι επιζήσασες που επηρεάστηκαν από τις παρενέργειες των φαρμάκων στο σωματικό βάρος, στην ψυχολογία και στην υγεία τους. Οι επιζήσασες είχαν μια αρνητική στάση απέναντι στην παροχή φαρμακευτικής αγωγής, διότι προκαλούν διαταραχές στην όρεξη, στην εμμηνόπαυση, στην ψυχολογία και επομένως και στο σωματικό βάρος, όπου παρατηρείται αύξηση προσθέτοντας περισσότερη απογοήτευση και άγχος. Επίσης με τη λήψη φαρμάκων ένιωθαν ακόμα πιο ευάλωτες και διαφοροποιούνται ακόμα περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Με αυτά τα λεγόμενα εξηγείται η αίσθηση ανακούφισης σε όσες δε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.

“Έχασα τα κιλά, όταν σταμάτησα τη θεραπεία, έχασα 11 κιλά σε κάποια φάση λοιπόν, απλά με ξαναβρήκε όλο αυτό το πράγμα, μου ξανά κόπηκε η περίοδος, ξανά πέρασα όλο αυτό. Αυτό λειτούργησε πάρα πολύ επιβαρυντικά στην ψυχολογία.” (702)

“Είναι πολύ διαφορετικό όμως αυτό που συμβαίνει σε εμάς και είναι ορμονοεξαρτώμενο. Γιατί είναι σαν να εμπλέκονται μέσα όλα. Η εμμηνόπαυση, οι ορμόνες, του καρκίνου τα αποτελέσματα, παρενέργειες από τα φάρμακα.” (1021)

III. Η ψυχολογία ως εμπόδιο/διευκολυντής στην αλλαγή

Οι περισσότερες συμμετέχουσες ανέφεραν ότι δεν έχουν την ψυχολογία για να ακολουθήσουν τη διατροφή που τους έδωσε ο διατροφολόγος, παρόλο που γνωρίζουν ότι η διατροφή θα τους βοηθούσε. Επιπρόσθετα, δύο από τις γυναίκες αυτές θεώρησαν ότι η ψυχολογία καθόριζε και τη διατροφή τους, αλλά λόγω της κατάστασης τους και της σωματικής και ψυχικής κούρασης η απογοήτευση και απελπισία τους είχε καταβάλει, με αποτέλεσμα την παραίτηση και τη διακοπή της προσπάθειας.

“Κάποια στιγμή άρχιζαν να μπαίνουνε κιλά και παρατήρησα ότι κάθε φορά τα κιλά μου μπαίνανε όταν εγώ δεν ήμουν καλά στην ψυχολογία μου. Όταν γίνονταν μεγάλες αλλαγές στη ζωή μου, όταν υπήρχαν ανισορροπίες και ξεσπούσα μετά στο φαγητό. Οπότε το θέμα εμένα ήταν πάντα η υπερβολή. Οπότε μιλούσαμε για υπερφαγία που ήταν μια βουλιμική κατάσταση που ανέβαζε μετά τη ζυγαριά. Και μετά φυσικά έκανα πάντα τον, ήμουν το γνωστό ακορντεόν.” (919)

“Η θλίψη μου, η θλίψη μου, μην έχοντας στόχους για τη ζωή, μου έτυχαν πάρα πολλά απανωτά πράγματα έτσι άσχημα, που παραιτήθηκα ενώ δεν πρέπει.” (601)

“Πιστεύω ότι θα ανέβει η ψυχολογία μου, η διάθεση μου, όταν καταφέρω να μπω στο παντελόνι που φορούσα πριν 2 χρόνια.” (203)

IV. Η εικόνα σώματος

Η πλειονότητα των εθελοντριών της μελέτης συμφώνησαν ότι η ψυχική τους διάθεση έχει άμεση σύνδεση με την αλλαγή σωματικού βάρους. Παρακολουθούσαν διαρκώς την εξέλιξη των κιλών καθώς τους άγχωνε η αύξησή τους και βλέποντας στον καθρέφτη το συγκεκριμένο αποτέλεσμα απογοητεύονταν και εκνευρίζονταν ταυτόχρονα. Γνωρίζοντας ότι η κατάσταση δε βοηθάει ώστε να φτάσουν στο επιθυμητό βάρος που έχουν ως στόχο, τις οδηγεί ώστε να μισούν το σώμα τους, όπως ανέφερε και μια συμμετέχουσα. Όμως, δύο γυναίκες που αθλούνται είπαν ότι αισθάνονται περήφανες και ευχαριστημένες που προσέχουν τον εαυτό τους.

“Μετά τη διάγνωση του καρκίνου και μετά τις χημειοθεραπείες απέκτησα κι άλλα. Οπότε έχω κάποια κιλά τα οποία πρέπει να χάσω. Κι εμένα δεν μου αρέσουνε. Ποτέ δεν ήμουν παχιά. Ήμουν λεπτή. Πάντα.” (617)

“Όταν μειώνεται, πάρα πολύ ευχάριστα, δεν μπορώ να πω και από άποψη εικόνας, δηλαδή νιώθω πάρα πολύ ωραία. Αλλά και από άποψη υγείας, γιατί νιώθω ελαφριά. Νιώθω υγιής. Νιώθω ότι θα κινηθώ εύκολα. Είναι πολύ σημαντικό αυτό που νιώθω εσωτερικά.” (1021)

Θέμα 4: Η επίδραση του περιβάλλοντος στη διαχείριση του βάρους

I. Ο ρόλος της οικογένειας (ως συμπαραστάτες στη διαχείριση του βάρους, στη κινητοποίηση ή ως εμπόδια στις αλλαγές)

Αρχικά, υπήρχαν αρκετές γυναίκες που εμφάνισαν παράπονο από την οικογένεια ή τους γονείς τους, καθώς έδειξαν έλλειψη κατανόησης και συμπαράστασης για την κατάσταση τους

χωρίς να το θέλουν, όσον αφορά τη διατροφή. Για παράδειγμα μέλη της οικογένειας μαγείρευαν αρκετά φαγητά και γλυκά για τις συμμετέχουσες και τους παρότρυναν να φάνε, με αποτέλεσμα οι ίδιες να παρεκκλίνουν από τη διατροφή τους. Ακόμη, οι υποχρεώσεις όπως η φροντίδα των παιδιών και των γονέων δυσκόλευαν τις συμμετέχουσες να αλλάξουν τις συνήθειες τους. Από την άλλη μεριά, κάποιες που κατείχαν τον έλεγχο της μαγειρικής και των τροφίμων που υπήρχαν στο σπίτι, προγραμματίζαν η διατροφή του σπιτιού να είναι όσο το δυνατόν πιο σωστή και αυτή η περίπτωση συνήθως περιλάμβανε γυναίκες που μένουν μόνες τους και δεν έχουν κάποιες συγκεκριμένες υποχρεώσεις. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο να τονιστεί και η συμπαράσταση που υπήρχε από τη μεριά της οικογένειας καθόλη τη διάρκεια της ασθένειας. Η στήριξη αυτή φάνηκε να βοηθάει τις γυναίκες ψυχολογικά και να συμβάλλει στην άμεση κινητοποίηση τους, όσον αφορά την προσκόλληση σε πιο υγιεινές συνήθειες. Συνεπώς, η διαχείριση του βάρους επηρεάστηκε θετικά ή αρνητικά από την οικογένεια σε μεγάλο βαθμό, ειδικά από τα άτομα που μένουν στο ίδιο σπίτι με τις επιζήσασες, αλλά και από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

“Επειδή εγώ μαγειρεύω για την υπόλοιπη οικογένεια, για τους γονείς, εγώ προσπαθούσα να τους βάλω στο σωστό δρόμο της διατροφής γιατί αυτοί είναι λίγο πιο επιρρεπείς.” (514)

“Με στήριζαν πάρα πολύ. Με βοήθησαν πάρα πολύ, ειδικά ο άντρας μου. Και η οικογένεια και οι γονείς μου και οι φίλοι μου, όλοι. Πάρα πολύ. Θεωρώ αν δεν είχα αυτούς, τίποτα δε θα έκανα. Αν δεν είχα ειδικά τον άντρα μου. Με βοήθησε πάρα πολύ. Το 90% της προσπάθειας μου, ήταν η στήριξη του, η ψυχολογική.” (316)

“Αυτά τα πατατάκια, αυτά τα πατατάκια απ’ το σύζυγο και τα πιτσιρίκια.” (702)

II. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας (ιατρική ομάδα, σύλλογοι)

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων διαπιστώθηκε έντονη αγανάκτηση σχετικά με την ενημέρωση όσον αφορά τις θεραπείες και τη διατροφή που πρέπει να ακολουθούν. Ελάχιστες ήταν οι γυναίκες που δέχτηκαν συμβουλές από κάποιον γιατρό, όπως ογκολόγο, για τη διατροφή τους ή παροτρύνθηκαν από τον ίδιο να επισκεφτούν κάποιο διατροφολόγο, ενώ μερικές ήταν και οι επιζήσασες που πήραν την απόφαση και επισκέφτηκαν το διατροφολόγο

από μόνες τους. Συνεπώς, η έλλειψη υποστήριξης και παροχής πληροφοριών αναφέρθηκε πως ήταν το κύριο παράπονο των συμμετεχόντων για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τη διαχείριση του σωματικού βάρους και τη διατροφή.

“Κάπως έτσι γίνεται και με τους διαιτολόγους που έχουμε πάει κατά καιρούς, ότι ρε παιδί μου, έχεις μια συγκεκριμένη διατροφή. Εκεί κατά γράμμα το ακολουθώ. Μόνη δεν το καταφέρνω. Και νομίζω δεν θα το καταφέρω ποτέ το μόνη.” (705)

“Κανένας γιατρός δεν ασχολείται με τη διατροφή, δεν σου λέει άλλαξε τον τρόπο ζωής σου.” (113)

III. Ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος (φίλων, συναδέλφων)

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι τόσο οι φίλοι τους όσο και οι συνάδελφοι τους τους στήριξαν αρκετά, δίνοντας τους συμβουλές. Επίσης, μία επιζήσασα που είχε έρθει σε επαφή με γυναίκα που είχε περάσει και αυτή από καρκίνο του μαστού, φάνηκε να ανεβαίνει ψυχολογικά, διότι λόγω της δύσκολης πορείας τους από τη διάγνωση και μετά, στο διάλογο τους έδειχναν αλληλοκατανόηση για την περιπέτεια τους και συνεπώς είχαν την επιθυμία να αλληλοβοηθηθούν για πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή και όχι μόνο.

“Με στήριξαν πάρα πολύ, και οι φίλοι μου, όλοι. Πάρα πολύ. Θεωρώ αν δεν είχα αυτούς, τίποτα δεν θα έκανα.” (316)

“Εγώ όσες φορές συζήτησα με μια γυναίκα που το πέρασε, από την πρώτη πρόταση καταλάβαινα και καταλάβαινε τι της έλεγα. Δηλαδή πήρα πολλές πληροφορίες, πολλές συμβουλές, τις οποίες δε θα τις έπαιρνα από κάποιον άλλον. Οπότε, σίγουρα το ότι θα μοιραζόμαστε αυτό το πρόβλημα που έχουμε, της διατροφής εε με άτομα που έχουμε περάσει το ίδιο, πιστεύω ότι θα έχουμε πολλά κοινά πράγματα και θα λύσουμε πράγματα που ίσως να μην τα έχουμε σκεφτεί. Ότι υπήρχαν και σε εμάς.” (617)

IV. Το φυσικό περιβάλλον (καιρός, μαγειρική, οικονομική κατάσταση, COVID)

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρέασε πολύ τις επιζήσασες ήταν η καραντίνα λόγω του COVID. Ο περιορισμός της εξωτερικής άσκησης τις δυσκόλεψε στη συνέχιση οποιασδήποτε δραστηριότητας και παράλληλα στο να τηρήσουν ένα πρόγραμμα διατροφής με συνέπεια την αύξηση του σωματικού βάρους. Παρόλα αυτά, μερικές από τις συμμετέχουσες προσπάθησαν να προσαρμοστούν στις συνθήκες της καραντίνας και να διατηρήσουν τη «φόρμα» τους, ιδίως όταν ο καιρός ήταν καλός.

“Εκεί που εγώ καταστράφηκα πραγματικά ήταν στο lockdown, σε εκείνα τα δύο χρόνια, δεν μπορούσα στον ίδιο χώρο να κάνω τα πάντα, δηλαδή δεν μπορούσα ούτε να δουλέψω ούτε να χαλαρώσω σε εκείνον τον χώρο και σταμάτησα τη γυμναστική, στο lockdown επειδή δεν βγαίναμε άνοιγα ένα μπουκάλι κρασί την παρασκευή και την κυριακή είχε τελειώσει.” (609)

“Αγοράσαμε κι εμείς ένα διάδρομο γιατί λόγω του κορονοϊού δεν μπορούσα να αφήσω τη μικρή πουθενά, οπότε δεν μπορούσα να περπατήσω και ήμουν έτσι.” (617)

V. Η διαχείριση του χρόνου (στην φροντίδα του εαυτού, για τη ΦΔ, για τις συνεδρίες)

Οι επιζήσασες δήλωσαν ότι ο χρόνος τους ήταν περιορισμένος λόγω διάφορων υποχρεώσεων, μεταξύ των οποίων η οικογένεια και η εργασία. Η απουσία του ελεύθερου χρόνου επέφερε τη συχνή επιλογή των έτοιμων γρήγορων γευμάτων, δηλαδή του λεγόμενου fast food, καθώς η μαγειρική απαιτούσε καθημερινή προσοχή και χρόνο. Ακόμα, παρατηρήθηκε μείωση της φυσικής δραστηριότητας, λόγω και της κούρασης από το φορτωμένο τους πρόγραμμα, πράγμα που μαζί με την επιλογή έτοιμων φαγητών ίσως βοήθησε στην αύξηση του σωματικού βάρους. Τέλος, παρατηρήθηκε μέχρι και η προτίμηση της εξ αποστάσεως διεξαγωγής των συνεδριών από αρκετές επιζήσασες, λόγω εξοικονόμησης χρόνου.

“Ε έχω ένα διάδρομο σπίτι. Έχω βέβαια αρκετούς μήνες, δεν τον έχω χρησιμοποιήσει τώρα. Γιατί ασχολούμαι με κάτι άλλα πράγματα και δεν έχω χρόνο..... Ε αυτό που με δυσκόλεψε στο να χάσω, ήταν ότι έπρεπε μόνη μου να τα μαγειρεύω όλα. Δεν μπορούσα να βρω κάτι έτοιμο. Ωστόσο, τότε είχα το χρόνο γιατί τα είχα και τα μικρά μωρά. Οπότε ήτανε.. ήμουν στο σπίτι. Δε δούλευα, ήμουν σε άδεια, οπότε είχα και το χρόνο να ασχοληθώ. Με δυσκόλεψε όμως μετά. Που ενώ έπρεπε να συνεχίσω να τρέφομαι με αυτό τον τρόπο,

επέστρεψα στην εργασία και εκεί πέρα δεν ήταν εύκολο όλα να τα φέρνω, αν και έπαιρνα πολλά ταπεράκια μαζί μου. Οπότε σιγά σιγά σιγά σιγά και μια η κούραση και μια που βαριέσαι, άρχισα και έμπαινα και στα έτοιμα και εκεί άρχιζα και έπαιρνα.” (1021)

“Κάνω πάρα πολλά πράγματα, δεν έχω καθόλου χρόνο, κουράζομαι και το ρίχνω, είναι η διέξοδος μου. Το τσίμπημα, το τσιμπολόγημα.” (702)

VI. Ο ρόλος της τεχνολογίας

Όταν οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν σχετικά με την εφαρμογή του προγράμματος μείωσης σωματικού βάρους, μέσω της ψηφιακής τεχνολογίας, οι περισσότερες έδειξαν εξοικείωση με τα σύγχρονα και τα ασύγχρονα μέσα, ενώ κάποιες τόνισαν ότι μπορούν να προσαρμοστούν εύκολα σε αυτή την κατάσταση αν χρειαστεί. Έτσι, οι περισσότερες δήλωσαν ενδιαφέρον, όσον αφορά την ψηφιακή τεχνολογία, καθώς ανέφεραν ότι θα γλιτώνουν χρόνο, αφού οι ίδιες θα μπορούν να συνδεθούν από όπου βρίσκονται και δε θα χρειάζεται η μετακίνησή τους σε κάποιον άλλο χώρο. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δύο από τις επιζήσασες δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν οι συναντήσεις να γίνουν μέσω της χρήσης της τεχνολογίας.

“Είμαι εξοικειωμένη εννοείται με την τεχνολογία και όσον αφορά το σύγχρονο- ασύγχρονο, δεν μου αρέσει το ασύγχρονο πολύ. Αλλά στα πλαίσια μιας επικοινωνίας, μιας συμβουλής στο ενδιάμεσο ίσως ή ένα πρόγραμμα ας πούμε Διατροφής, εννοείται να έρθει με mail. Ναι αλλά όχι να είναι οι συναντήσεις μέσω zoom ή βιντεοκλήσεις.” (702)

“Εγώ το ίδιο, είμαι εξοικειωμένη, μη σου πω βολεύει και καλύτερα γιατί δεν έχω χρόνο.” (316)

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε και κατέγραψε τους προσδιοριστικούς παράγοντες διατροφής και τρόπου ζωής σε 23 επιζήσασες από καρκίνο του μαστού. Αναλυτικότερα, συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τις γνώσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά τη διατροφή πριν και μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και πιθανές αλλαγές του τρόπου ζωής, τις πεποιθήσεις

που είχαν οι ίδιες σχετικά με την νόσο και τον τρόπο που αυτές επιδρούν στις αλλαγές της διατροφής και του τρόπου ζωής, καθώς και τα πιθανά εμπόδια ή τους διευκολυντές που επιδρούν στις διατροφικές συμπεριφορές και στην καθημερινότητα των γυναικών μετά τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον, συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τις απόψεις των επιζησασών για ένα πρόγραμμα παρέμβασης απώλειας σωματικού βάρους, καθώς και τις προτιμήσεις τους όσον αφορά την διάρκειά του και τον τρόπο διεξαγωγής του, λόγου χάρη ατομικά ή ομαδικά και δια ζώσης ή εξ αποστάσεως.

Οι επιζήσασες κατά την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων φάνηκε να αντιλαμβάνονται και να κατανοούν την σημασία της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, για τη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ενώ ακόμη κάποιες από τις ίδιες φάνηκε να αναγνωρίζουν και τη σημαντικότητα ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με σκοπό την πρόληψη της επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού, καθώς και την εμφάνιση άλλων επιβλαβών καταστάσεων. Οι περισσότερες από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι κατέχουν γνώσεις σχετικά με τις “υγιεινές” τροφές και σχετικά με τις τροφές που δεν βοηθούν στην βελτίωση της κατάστασής τους, ενώ αρκετές ήταν και αυτές που πριν τη διάγνωση του καρκίνου προβληματιζόταν με διάφορα διατροφικά σχήματα.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην παρούσα μελέτη όλες άλλαξαν κάτι στον τρόπο ζωής τους μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ακόμα και αν αυτή ήταν μια “μικρή” αλλαγή. Λόγου χάριν, κάποιες μείωσαν ή διέκοψαν τελείως την κατανάλωση της ζάχαρης και του αλκοόλ, ενώ άλλες ενσωμάτωσαν τη σωματική δραστηριότητα, όπως το περπάτημα, στην ζωή τους. Μάλιστα, μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, ότι δηλαδή η διάγνωση του καρκίνου κινητοποιεί τα άτομα σε θετικές διατροφικές αλλαγές (90). Ακόμη, υπήρχαν και συμμετέχουσες που επισκέφτηκαν κάποιο διαιτολόγο/διατροφολόγο ή ξεκίνησαν οργανωμένη άσκηση σε κάποιο γυμναστήριο μετά από προτροπή από κάποιον επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες είχαν παράπονο σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη διατροφή, ενώ πολλές ήταν οι γυναίκες που στηρίχθηκαν στην προσωπική τους αναζήτηση, με στόχο να αντλήσουν διατροφικές πληροφορίες. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται από τους Keaver et al (91), αφού στην μελέτη αυτή φάνηκε ότι παρά το υψηλό ενδιαφέρον των συμμετεχόντων σχετικά με τις διατροφικές συστάσεις, μόνο το ένα πέμπτο (n=11) των προαναφερόμενων είχε λάβει κάποια διατροφική συμβουλή από κάποιον επαγγελματία υγείας και από αυτούς μόνο οι επτά (n=7) από κάποιον διαιτολόγο/διατροφολόγο.

Παρά τις αλλαγές που δήλωσαν οι επιζήσασες, το σωματικό βάρος παρέμεινε αυξημένο σε σύγκριση με το σωματικό βάρος που είχαν οι ίδιες πριν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η παραπάνω παρατήρηση έχει επισημανθεί και από άλλες μελέτες, οι οποίες ανέδειξαν ότι παρόλο που οι συμμετέχοντες ενδιαφέρονται να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, δεν ακολουθούν τις προτεινόμενες συστάσεις διατροφής και τρόπου ζωής. Συγκεκριμένα μια μελέτη η οποία διεξήχθη σε Κινέζες επιζήσασες από καρκίνο του μαστού, έδειξε ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες απέκλεισαν κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα ή ομάδες τροφίμων από την καθημερινότητά τους αντί να αλλάξουν τη συνολική διατροφή τους (92).

Όσον αφορά τις πεποιθήσεις των επιζήσασων σχετικά με τη νόσο και την επίδρασή τους στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής, η πλειονότητα των γυναικών ανέφερε ότι η αύξηση βάρους προήλθε κατά τη διάρκεια ή μετά τις θεραπείες στις οποίες υποβλήθηκαν, με σκοπό την αντιμετώπιση του καρκίνου. Ακόμη, πολλές από τις συμμετέχοντες τόνισαν την εμμηνόπαυση ως κύριο εμπόδιο στην απώλεια σωματικού βάρους, καθώς οι περισσότερες μπήκαν σε αυτή τη διαδικασία λόγω των θεραπειών και των φαρμάκων και όχι γιατί η διακοπή της έμμηνου ρύσεως προήλθε φυσιολογικά. Συγκεκριμένα κάποιες από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι παρά την έντονη προσπάθειά τους να μειώσουν το σωματικό βάρος, το αποτέλεσμα ήταν ανεπιτυχές. Οι Ee et al (81) καθώς και οι O'Callaghan et al (90) έκαναν τις ίδιες παρατηρήσεις.

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να εμποδίζουν και αντίθετα να διευκολύνουν την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να αφορούν το ίδιο το άτομο, όπως έλλειψη χρόνου, έλλειψη γνώσεων, έλλειψη κινήτρων ή αντίθετα πείσμα και επιθυμία βελτίωσης της υγείας ή μπορεί να αφορούν το περιβάλλον του ατόμου όπως στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, κινητοποίηση για ομαδικές δραστηριότητες, καθώς και την πρόσβαση σε τρόφιμα ή υποδομές άθλησης, με σκοπό τη βελτίωση του τρόπου ζωής.

Στην παρούσα μελέτη η ψυχολογία / συναισθηματική κατάσταση των γυναικών αποτελούσε κύριο παράγοντα, ο οποίος δρούσε σαν εμπόδιο στην τροποποίηση των διατροφικών συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, η πίεση, η θλίψη και η απογοήτευση, είχαν ως συνέπεια πολλές από τις συμμετέχουσες να στρέφονται προς την κατανάλωση φαγητού σαν αντίδραση ή σαν μέσο διαφυγής. Ακόμη οι ίδιες οι θεραπείες, καθώς και οι επιπτώσεις των προαναφερόμενων, όπως η εμμηνόπαυση που αναφέρθηκε παραπάνω, φάνηκε να οδηγούν σε αύξηση βάρους εμποδίζοντας τη διατήρηση του βάρους σε ένα φυσιολογικό εύρος. Οι Ee et al (76), σε μια έρευνα σε γυναίκες από την Αυστραλία,

ανέδειξε τις αρνητικές επιδράσεις των θεραπειών ως ένα από τα κυριότερα εμπόδια στη διαχείριση βάρους, μαζί με την έλλειψη κινήτρων και την κόπωση. Επιπλέον, η έλλειψη πληροφοριών ή μη συγκεκριμένων συστάσεων από τους επαγγελματίες υγείας, κυρίως τους ογκολόγους, καθώς και η παροχή λανθασμένων πληροφοριών και η παραπληροφόρηση, λόγω της προσωπικής αναζήτησης των γυναικών σε μη έγκυρες επιστημονικές σελίδες, φάνηκε να αποτελούν ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο στη βελτίωση του τρόπου ζωής. Το προαναφερόμενο εμπόδιο αναφέρεται συχνά ως μείζων θέμα σε αρκετές μελέτες, οι οποίες διερευνούν τη διαχείριση σωματικού βάρους μετά τον καρκίνο (79,81,90,92). Επιπρόσθετα, οι συμμετέχουσες τόνισαν σαν εμπόδιο τις οικογενειακές υποχρεώσεις, καθώς οι περισσότερες είχαν τη δικιά τους οικογένεια ή τη φροντίδα των γονιών τους, ενώ ακόμη ανέφεραν και την έλλειψη χρόνου λόγω φορτωμένου προγράμματος, με συνέπεια να μην αφιερώνουν χρόνο στην άσκηση ή την προετοιμασία υγιεινών γευμάτων. Η έντονη επιρροή του περιβάλλοντος στις διατροφικές συνήθειες έχει επισημανθεί σε πρόσφατες μελέτες, καθώς ακόμη έχει τονιστεί και ο κοινωνικός αντίκτυπος των θεραπειών, λόγω χάρη οι ετοιμασίες αρκετού φαγητού από γονείς ή φίλους μετά τη διάγνωση του καρκίνου (81,93). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στην παρούσα μελέτη κάποιες από τις συμμετέχουσες αναγνώρισαν τον εαυτό τους ως εμπόδιο, κάτι το οποίο δείχνει την ανάληψη ευθυνών, καθώς δήλωσαν ότι γνωρίζουν ότι το βάρος τους αυξήθηκε διότι οι ίδιες καταναλώνουν περισσότερη ποσότητα φαγητού από αυτήν που πραγματικά χρειάζεται ο οργανισμός τους, ώστε να διατηρηθεί σε ισορροπία το ενεργειακό ισοζύγιο.

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια των ημιδομημένων συνεντεύξεων εντοπίστηκαν και κάποιοι διευκολυντές, οι οποίοι φάνηκε να παρακινούν τις συμμετέχουσες στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος και έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Αρχικά, τα κίνητρα θεωρήθηκαν ως ένας από τους κύριους ενισχυτές στην παρούσα μελέτη. Στα κίνητρα συμπεριλαμβάνεται η ανάγκη των γυναικών να νιώθουν υγιείς, η αγάπη για τον εαυτό τους, η επιθυμία τους να νιώθουν εμφανισιακά ωραία και άνετα (θέμα καλαισθησίας), η καλύτερη απόδοση στην καθημερινότητά τους, ο φόβος υποτροπής του καρκίνου του μαστού, καθώς και η αγάπη για τους δικούς τους ανθρώπους. Επιπλέον, παρόλο που η ψυχολογία σημειώθηκε ως εμπόδιο στην αλλαγή του τρόπου ζωής, φάνηκε ότι η ίδια μπορεί να δράσει και σαν διευκολυντής, καθώς κάποιες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι όταν νιώθουν καλά ψυχολογικά παρατηρούν και καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά το σωματικό τους βάρος και την διατροφή τους. Συνεχίζοντας, η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον (φίλοι, γυναίκες με το ίδιο βίωμα) θεωρήθηκε βασικός διευκολυντής, καθώς

κάποιες από τις συμμετέχουσες δήλωσαν ότι η οικογένεια ήταν αυτή που τις παρακίνησε να ξεκινήσουν διατροφή ή γυμναστική, παρέχοντας στις ίδιες και ψυχολογική υποστήριξη. Ο προαναφερόμενος ενισχυτής έχει επισημανθεί σε αρκετές μελέτες διαχείρισης σωματικού βάρους, αναδεικνύοντας το περιβάλλον ως σημαντική πηγή υποστήριξης και επιρροής (93). Τέλος, οι συμβουλές από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής σχεδιασμένο από κάποιον διαιτολόγο-διατροφολόγο σημειώθηκε να βοηθάει τις γυναίκες να υιοθετήσουν νέες διατροφικές συνήθειες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία είχε αναδείξει ένα δομημένο πρόγραμμα άσκησης και ένα σχεδιασμένο πρόγραμμα διατροφής, ως τους κύριους ενισχυτές όσον αφορά την άσκηση και τη διατροφή αντίστοιχα (76).

Προς το τέλος των συνεντεύξεων οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν σχετικά με ένα πρόγραμμα παρέμβασης απώλειας σωματικού βάρους και τον τρόπο υλοποίησής του. Αναλυτικότερα, υπήρξε ενδιαφέρον από τις επιζήσασες για το προαναφερόμενο πρόγραμμα, αλλά αναφέρθηκαν διαφορετικές επιθυμίες όσον αφορά τον τρόπο διεξαγωγής του. Αρχικά, οι συμμετέχουσες δήλωσαν την επιθυμία τους να λάβουν καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας σχετικούς με το κομμάτι της διατροφής, όπως κάποιον διαιτολόγο/διατροφολόγο, ενώ ακόμη τόνισαν ότι η καθοδήγηση αυτή θα τους βοηθήσει περισσότερο από το να προσπαθούν μόνες τους. Επιπλέον, ανέφεραν την ανάγκη για σαφείς οδηγίες, οδηγίες και συμβουλές σχετικές με τα τρόφιμα και τον τρόπο μαγειρέματος, ενώ ακόμη σημείωσαν την ανάγκη για τη θέσπιση ρεαλιστικών στόχων. Όταν οι ίδιες ρωτήθηκαν αν θα προτιμούσαν να συμμετέχουν σε ένα ομαδικό πρόγραμμα ή ατομικό, η πλειονότητα των γυναικών εξέφρασαν θετικότητα ως προς τις ομαδικές συναντήσεις, καθώς ανέφεραν σαν κύριο πλεονέκτημα την αμοιβαία ενθάρρυνση και αλληλοστήριξη, λόγω του ίδιου βιώματος. Παρόλα αυτά κάποιες επισήμαναν σαν προτίμηση τις ατομικές συναντήσεις λόγω ανάγκης εξατομικευμένων συμβουλών. Ακόμη, δήλωσαν την ανάγκη το πρόγραμμα να έχει διάρκεια, ώστε να μπορέσουν να υιοθετήσουν τις διατροφικές συνήθειες και τον προτεινόμενο τρόπο ζωής, ενώ η πλειονότητα των επιζήσασων δεν φάνηκε να έχει θέμα με το να διεξαχθεί διαδικτυακά το πρόγραμμα παρέμβασης, με τη χρήση σύγχρονων και ασύγχρονων μέσων.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα των περιορισμών της. Ανάμεσα σε αυτά περιλαμβάνεται η εστίαση σε δείγμα που προέρχεται από την Ελλάδα, η ένταξη στη μελέτη γυναικών που είχαν εξοικείωση με την τεχνολογία και οι περισσότερες εργάζονταν, καθώς και η πραγματοποίηση των συνεντεύξεων εξ αποστάσεως.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αναγνώρισε παράγοντες που λειτουργούν είτε ως διευκολυντές είτε ως εμπόδια για την υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής και ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε γυναίκες με υπέρβαρο/παχυσαρκία που έχουν επιβιώσει από καρκίνο του μαστού. Καθώς, πολλές από τις επιζήσασες από καρκίνο του μαστού εμφανίζουν υπερβάλλον σωματικό βάρος, που αποτελεί παράγοντα υποτροπής της νόσου, αναγκαία θεωρείται η δημιουργία νέων προγραμμάτων παρέμβασης απώλειας του πλεονάζοντος σωματικού βάρους, κατά τα οποία τίθεται απαραίτητη η διεπιστημονική υποστήριξη των ασθενών από επαγγελματίες υγείας όπως ενός ογκολόγου, ψυχολόγου, διαιτολόγου/διατροφολόγου και γυμναστή ή φυσικοθεραπευτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Cancer Society. What Is Breast Cancer? 2021; Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
2. Watkins EJ. Overview of breast cancer. *Journal of the American Academy of PAs*. 2019;32(10):13–7.
3. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast cancer—epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies—an updated review. *Cancers*. 2021;13(17):4287.
4. Giaquinto AN, Sung H, Miller KD, Kramer JL, Newman LA, Minihan A, κ.ά. Breast cancer statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2022;72(6):524–41.
5. World Health Organization. Cancer Greece 2020 country profile. 2020; Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/m/item/cancer-grc-2020>
6. The Global Cancer Observatory. 2021; Διαθέσιμο στο: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>
7. Smolarz B, Nowak AZ, Romanowicz H. Breast Cancer—Epidemiology, Classification, Pathogenesis and Treatment (Review of Literature). *Cancers*. 2022;14(10):2569.
8. Slepicka PF, Cyrill SL, Dos Santos CO. Pregnancy and breast cancer: pathways to understand risk and prevention. *Trends in molecular medicine*. 2019;25(10):866–81.
9. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394–424.
10. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast cancer research and treatment*. 2017;165:193–200.
11. Rozenberg S, Di Pietrantonio V, Vandromme J, Gilles C. Menopausal hormone therapy and breast cancer risk. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2021;35(6):101577.

12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *The lancet oncology*. 2012;13(11):1141–51.
13. Ruiz R, Herrero C, Strasser-Weippl K, Touya D, Louis JS, Bukowski A, κ.ά. Epidemiology and pathophysiology of pregnancy-associated breast cancer: a review. *The Breast*. 2017;35:136–41.
14. Mokhtary A, Karakatsanis A, Valachis A. Mammographic density changes over time and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Cancers*. 2021;13(19):4805.
15. Xiao Y, Xia J, Li L, Ke Y, Cheng J, Xie Y, κ.ά. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Research*. 2019;21(1):1–22.
16. Farvid MS, Sidahmed E, Spence ND, Mante Angua K, Rosner BA, Barnett JB. Consumption of red meat and processed meat and cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of epidemiology*. 2021;36:937–51.
17. World Health Organization. Cancer: Carcinogenicity of the consumption of red meat and processed meat. 2015; Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat>
18. Anderson JJ, Darwis ND, Mackay DF, Celis-Morales CA, Lyall DM, Sattar N, κ.ά. Red and processed meat consumption and breast cancer: UK Biobank cohort study and meta-analysis. *European journal of cancer*. 2018;90:73–82.
19. Dong-Young Noh, Wonshik Han, Masakazu Toi Editors. *Translational Research in Breast Cancer*. 2021.
20. De Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and breast cancer: a literature review on prevention, treatment and recurrence. *Nutrients*. 2019;11(7):1514.

21. Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, κ.ά. Global increase in breast cancer incidence: risk factors and preventive measures. *BioMed research international*. 2022;2022.
22. Tzenios N. OBESITY AS A RISK FACTOR FOR DIFFERENT TYPES OF CANCER. *EPRA International Journal of Research and Development (IJRD)*. 2023;8(2):97–100.
23. World Health Organization. Obesity and overweight. 2021; Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
24. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92:6–10.
25. Global Obesity Observatory. United States. Διαθέσιμο στο: https://data.worldobesity.org/country/united-states-227/#data_prevalence
26. Global Obesity Observatory. Greece. Διαθέσιμο στο: https://data.worldobesity.org/country/greece-80/#data_prevalence
27. Mohanty SS, Mohanty PK. Obesity as potential breast cancer risk factor for postmenopausal women. *Genes & Diseases*. 2021;8(2):117–23.
28. García-Estévez L, Cortés J, Pérez S, Calvo I, Gallegos I, Moreno-Bueno G. Obesity and breast cancer: a paradoxical and controversial relationship influenced by menopausal status. *Frontiers in Oncology*. 2021;11:705911.
29. Schoemaker MJ, Nichols HB, Wright LB, Brook MN, Jones ME, O'Brien KM, κ.ά. Association of body mass index and age with subsequent breast cancer risk in premenopausal women. *JAMA oncology*. 2018;4(11):e181771–e181771.
30. Devericks EN, Carson MS, McCullough LE, Coleman MF, Hursting SD. The obesity-breast cancer link: a multidisciplinary perspective. *Cancer and Metastasis Reviews*. 2022;41(3):607–25.
31. Kolb R, Zhang W. Obesity and breast cancer: a case of inflamed adipose tissue. *Cancers*. 2020;12(6):1686.
32. Andò S, Gelsomino L, Panza S, Giordano C, Bonofiglio D, Barone I, κ.ά. Obesity, leptin and breast cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Cancers*.

- 2019;11(1):62.
33. Loh NY, Wang W, Noordam R, Christodoulides C. Obesity, Fat Distribution and Risk of Cancer in Women and Men: A Mendelian Randomisation Study. *Nutrients*. 2022;14(24):5259.
 34. Sánchez-Jiménez F, Pérez-Pérez A, De la Cruz-Merino L, Sánchez-Margalet V. Obesity and breast cancer: role of leptin. *Frontiers in oncology*. 2019;9:596.
 35. Moo TA, Sanford R, Dang C, Morrow M. Overview of breast cancer therapy. *PET clinics*. 2018;13(3):339–54.
 36. Breast Cancer Foundation NZ. Side effects and complications. Διαθέσιμο στο: <https://www.breastcancerfoundation.org.nz/breast-cancer/treatment-options/surgery/side-effects-complications>
 37. Lovelace DL, McDaniel LR, Golden D. Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of midwifery & women's health*. 2019;64(6):713–24.
 38. Tommasi C, Balsano R, Corianò M, Pellegrino B, Saba G, Bardanzellu F, κ.ά. Long-Term Effects of Breast Cancer Therapy and Care: Calm after the Storm? *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(23):7239.
 39. Hu J, Xia X, Yang H, Yu Y. Dissection of level iii axillary lymph nodes in breast cancer. *Cancer Management and Research*. 2021;2041–6.
 40. Ahn SK, Oh S, Kim J, Choi JS, Hwang KT. Psychological Impact of Type of Breast Cancer Surgery: A National Cohort Study. *World Journal of Surgery*. 2022;46(9):2224–33.
 41. Centers for Disease Control and Prevention. Lymphedema. 2023; Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/cancer/survivors/patients/lymphedema.htm>
 42. Barkur S, Notingher I, Rakha E. Intra-operative assessment of sentinel lymph nodes for breast cancer surgery: An update. *Surgical Oncology*. 2022;40:101678.
 43. Amjad MT, Chidharla A, Kasi A. Cancer chemotherapy. 2020;

44. Chu E, Sartorelli A. Cancer chemotherapy. *Lange's Basic and Clinical Pharmacology*,. 2018;948–76.
45. Akhlaghi E, Lehto RH, Torabikhah M, Sharif Nia H, Taheri A, Zaboli E, κ.ά. Chemotherapy use and quality of life in cancer patients at the end of life: an integrative review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18:1–9.
46. De Vries Y, Van Den Berg M, De Vries J, Boesveldt S, de Kruif JTC, Buist N, κ.ά. Differences in dietary intake during chemotherapy in breast cancer patients compared to women without cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25:2581–91.
47. Makari-Judson G, Braun B, Jerry DJ, Mertens WC. Weight gain following breast cancer diagnosis: implication and proposed mechanisms. *World journal of clinical oncology*. 2014;5(3):272.
48. Salgado TM, Quinn CS, Krumbach EK, Wenceslao I, Gonzalez M, Reed HL, κ.ά. Reporting of paclitaxel-induced peripheral neuropathy symptoms to clinicians among women with breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28:4163–72.
49. Rivera DR, Ganz PA, Weyrich MS, Bandos H, Melnikow J. Chemotherapy-associated peripheral neuropathy in patients with early-stage breast cancer: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2018;110(2):dxx140.
50. Henry ML, Niu J, Zhang N, Giordano SH, Chavez-MacGregor M. Cardiotoxicity and cardiac monitoring among chemotherapy-treated breast cancer patients. *JACC: Cardiovascular Imaging*. 2018;11(8):1084–93.
51. Ravi R, Haider G, Ahmed K, Sami A, Zahoor S, Lata R. Amenorrhea after chemotherapy in breast cancer patient. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*. 2020;32(1):73–7.
52. Whittaker AL, George RP, O'Malley L. Prevalence of cognitive impairment following chemotherapy treatment for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*. 2022;12(1):2135.
53. Zhang Q, Gao X, Liu S, Yu L, Zhu J, Qiu S. Therapies for cognitive impairment in breast cancer survivors treated with chemotherapy: A protocol for systematic review. *Medicine*.

2020;99(19).

54. Chow S, Wan BA, Pidduck W, Zhang L, DeAngelis C, Chan S, κ.ά. Symptom clusters in patients with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;42:14–20.
55. Burguin A, Diorio C, Durocher F. Breast cancer treatments: updates and new challenges. *Journal of personalized medicine*. 2021;11(8):808.
56. American Cancer Society. Hormone Therapy for Breast Cancer. 2023; Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/hormone-therapy-for-breast-cancer.html>
57. Davies C, Pan H, Godwin J, Gray R, Arriagada R, Raina V, κ.ά. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *The Lancet*. 2013;381(9869):805–16.
58. Scalzo RL, Foright RM, Hull SE, Knaub LA, Johnson-Murguia S, Kinanee F, κ.ά. Breast cancer endocrine therapy promotes weight gain with distinct adipose tissue effects in lean and obese female mice. *Endocrinology*. 2021;162(11).
59. American Cancer Society. Aromatase Inhibitors for Lowering Breast Cancer Risk. 2021; Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/aromatase-inhibitors-for-lowering-breast-cancer-risk.html>
60. Francis PA, Pagani O, Fleming GF, Walley BA, Colleoni M, Láng I, κ.ά. Tailoring adjuvant endocrine therapy for premenopausal breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2018;379(2):122–37.
61. Pittermann A, Radtke C. Psychological aspects of breast reconstruction after breast cancer. *Breast Care*. 2019;5(5):298–301.
62. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi SM, Balouchi A. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast cancer research and treatment*. 2019;176:519–33.

63. Hashemi SM, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T, Badakhsh M, Amirshahi M, Sari M, κ.ά. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*. 2020;27:166–78.
64. Courtney D, Davey MG, Moloney BM, Barry MK, Sweeney K, McLaughlin RP, κ.ά. Breast cancer recurrence: factors impacting occurrence and survival. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*. 2022;1–10.
65. Yates LR, Knappskog S, Wedge D, Farmery JH, Gonzalez S, Martincorena I, κ.ά. Genomic evolution of breast cancer metastasis and relapse. *Cancer cell*. 2017;32(2):169–84.
66. Burstein HJ. Systemic therapy for estrogen receptor–positive, HER2-negative breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(26):2557–70.
67. Garcia-Martinez L, Zhang Y, Nakata Y, Chan HL, Morey L. Epigenetic mechanisms in breast cancer therapy and resistance. *Nature communications*. 2021;12(1):1786.
68. Cortez V, Mann M, Brann DW, Vadlamudi RK. Extranuclear signaling by estrogen: role in breast cancer progression and metastasis. *Minerva ginecologica*. 2010;62(6):573.
69. Cao J, Olson R, Tyldesley S. Comparison of recurrence and survival rates after breast-conserving therapy and mastectomy in young women with breast cancer. *Current Oncology*. 2013;20(6):593–601.
70. Bae MS, Moon HG, Han W, Noh DY, Ryu HS, Park IA, κ.ά. Early stage triple-negative breast cancer: imaging and clinical-pathologic factors associated with recurrence. *Radiology*. 2016;278(2):356–64.
71. Weigl J, Hauner H, Hauner D. Can nutrition lower the risk of recurrence in breast cancer. *Breast Care*. 2018;13(2):86–91.
72. Jochems SH, Van Osch FH, Bryan RT, Wesselius A, van Schooten FJ, Cheng KK, κ.ά. Impact of dietary patterns and the main food groups on mortality and recurrence in cancer survivors: a systematic review of current epidemiological literature. *BMJ open*. 2018;8(2):e014530.
73. Alkhaifi M, Clayton A, Kishibe T, Simpson JS. The association between smoking status

- and breast cancer recurrence: A systematic review. *Journal of Breast Cancer*. 2022;25.
74. Simapivapan P, Boltong A, Hodge A. To what extent is alcohol consumption associated with breast cancer recurrence and second primary breast cancer?: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*. 2016;50:155–67.
 75. Tryggvadottir H, Ygland Röðström M, Markkula A, Kenéz X, Isaksson K, Borgquist S, κ.ά. The impact of body size changes on recurrence risk depends on age and estrogen receptor status in primary breast cancer. *Cancer Causes & Control*. 2019;30:1157–70.
 76. Ee C, Cave AE, Naidoo D, Bilinski K, Boyages J. Weight management barriers and facilitators after breast cancer in Australian women: a national survey. *BMC women's health*. 2020;20:1–10.
 77. Di Meglio A, Gbenou AS, Martin E, Pistilli B, Ligibel JA, Crane TE, κ.ά. Unhealthy behaviors after breast cancer: capitalizing on a teachable moment to promote lifestyle improvements. *Cancer*. 2021;127(15):2774–87.
 78. Keaver L, McGough AM, Du M, Chang W, Chomitz V, Allen JD, κ.ά. 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):233–41.
 79. Keaver L, Douglas P, O'Callaghan N. Perceived Barriers and Facilitators to a Healthy Diet among Cancer Survivors: A Qualitative Exploration Using the TDF and COM-B. *Dietetics*. 2023;2(1):123–39.
 80. Dolan HR, Alvarez AA, Freylersythe SJ, Penaloza I, Grijalva S, Taylor-Piliae R, κ.ά. Barriers and facilitators for adopting a healthy lifestyle among Latina cancer survivors: A qualitative descriptive study. *Supportive Care in Cancer*. 2022;1–11.
 81. Ee C, MacMillan F, Boyages J, McBride K. 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(1):1–13.
 82. World Cancer Research Fund International. Cancer Prevention Recommendations diet, nutrition, physical activity and cancer. 2018; Διαθέσιμο στο:

<https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/>

83. Shaikh AA, Braakhuis AJ, Bishop KS. The mediterranean diet and breast cancer: A personalised approach. Στο MDPI; 2019. σ. 104.
84. Turati F, Carioli G, Bravi F, Ferraroni M, Serraino D, Montella M, κ.ά. Mediterranean diet and breast cancer risk. *Nutrients*. 2018;10(3):326.
85. Mentella MC, Scaldaferri F, Ricci C, Gasbarrini A, Miggiano GAD. Cancer and Mediterranean diet: a review. *Nutrients*. 2019;11(9):2059.
86. Ίσαρη Φιλία, Πουρκός Μάριος. Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις; 2015.
87. Draper A, Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: Data collection issues. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2011;24(1):3–12.
88. Fade S, Swift J. Qualitative research in nutrition and dietetics: data analysis issues. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2011;24(2):106–14.
89. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77–101.
90. O’Callaghan N, Douglas P, Keaver L. A qualitative study into cancer survivors’ relationship with nutrition post-cancer treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2023;36(2):406–14.
91. Keaver L, O’Callaghan N, Douglas P. Nutrition support and intervention preferences of cancer survivors. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2023;36(2):526–39.
92. Tang JWC, Lam WWT, Kwong A, Ma ASY, Fielding R. Dietary decision-making in Chinese breast cancer survivors: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(2):460–5.
93. Kiew SJ, Majid HA, Mohd Taib NA. A qualitative exploration: Dietary behaviour of Malaysian breast cancer survivors. *European journal of cancer care*. 2022;31(1):e13530.