



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Μαιευτικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση έκβασης, εμπειριών και δυσκολιών θηλασμού σε
γυναίκες επιζώσες από καρκίνο του μαστού.**

Συγγραφέας

Ανέτα Γκόγκα

AM 20018

Επιβλέπουσα

**Μαρία Ηλιάδου, Επίκουρη
Καθηγήτρια ΠαΔΑ**



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
MSc in ADVANCED AND EVIDENCE BASED
MIDWIFERY CARE

**Breastfeeding outcomes, experiences and challenges, among
breast cancer survivors.**

Student: Aneta Gkogka

Registration Number: 20018

Supervisor: Maria Iliadou, Assistant Professor

Aegaleo, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ: ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

« Διερεύνηση έκβασης, εμπειριών και δυσκολιών θηλασμού σε γυναίκες επιζώσες από καρκίνο του μαστού »

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή:

Ηλιάδου Μαρία

Βιβιλάκη Βικτώρια

Κύρκου Γιαννούλα

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι

Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΗΛΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΒΙΒΙΛΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΚΥΡΚΟΥ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΓΚΟΓΚΑ ΑΝΕΤΑ του ΣΩΤΗΡ, με αριθμό μητρώου 20018 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα" του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα,



Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στη σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, στο τμήμα Μαιευτικής, με θέμα: «Διερεύνηση έκβασης, εμπειριών και δυσκολιών θηλασμού σε γυναίκες επιζώσες από καρκίνο του μαστού».

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας, για την στήριξη και τη βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης, καθώς και στην οικογένειά μου για την αγάπη και την υπομονή τους καθώς και την υποστήριξη που μου πρόσφεραν σε όλο αυτό το ταξίδι.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος μαστού στην εγκυμοσύνη διαγιγνώσκεται κατά τη διάρκεια της κύησης, τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό ή κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Είναι μία από τις συχνότερες κακοήθειες που απαντώνται στις γυναίκες. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού είναι μετεμμηνοπαυσιακές, ο αριθμός των προεμμηνοπαυσιακών πασχόντων αυξάνει διαρκώς τα τελευταία χρόνια. Υπάρχουν πολλά ζητήματα σχετικά με την ψυχολογική διαχείριση του καρκίνου της κύησης που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η ανεπαρκής λήψη πληροφοριών και η περιορισμένη κατανόηση των θεραπευτικών επιλογών και των αποτελεσμάτων μπορεί να συμβάλει στην ψυχολογική δυσφορία στις γυναίκες. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να γίνει μια όσο το δυνατόν πλησιέστερη καταγραφή των δεδομένων σχετικά με τις εμπειρίες και τις δυσκολίες θηλασμού σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Μέθοδος: Για την εκπόνηση της έρευνας πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση άρθρων στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar, χωρίς γλωσσικό ή χρονικό περιορισμό.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιέλαβε 7 ποιοτικές μελέτες και μια συστηματική ανασκόπηση. Οι ασθενείς στις μελέτες ήταν επιζώσες του καρκίνου του μαστού. Εξέφρασαν όλες τις δυσκολίες σχετικά με τον θηλασμό και την ανάγκη τους για συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη.

Συμπεράσματα: Το γενικότερο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ο φόβος και η αβεβαιότητα τόσο για την ίδια την μητέρα όσο και για το παιδί της, το άγχος, η σωματική και ψυχολογική κούραση και οι αλλαγές των σχέσεων στην οικογένεια.

Λέξεις κλειδιά: breast cancer associated to pregnancy, breast cancer psychological factors, breast cancer and lactation, pregnancy related to breast cancer, psycho oncology, breast cancer during pregnancy

Abstract

Introduction: Breast cancer in pregnancy is diagnosed during pregnancy, the first year after delivery or during lactation. It is one of the most common malignancies found in women. Although most women with breast cancer are postmenopausal, the number of premenopausal patients has been increasing in recent years. There are many issues related to the psychological management of gestational cancer that need to be addressed. Inadequate receipt of information and limited understanding of treatment options and outcomes may contribute to psychological distress in women. The purpose of this work was to record as closely as possible the data regarding the experiences and difficulties of breastfeeding in patients with breast cancer.

Method: A systematic review was performed in the Pubmed and Google scholar databases, without language or time limitation.

Results: The study included 7 qualitative studies and 1 systematic review. The patients in the studies were breast cancer survivors. They expressed all the difficulties related to breastfeeding and their need for emotional and psychological support.

Conclusions: The general conclusion that emerges is fear and uncertainty both for the mother herself and for her child, anxiety, physical and psychological fatigue and changes in relationships in the family.

Phrases- Keywords: breast cancer associated to pregnancy, breast cancer psychological factors, breast cancer and lactation, pregnancy related to breast cancer, psycho oncology, breast cancer during pregnancy

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Abstract	7
Εισαγωγή	10
Γενικό μέρος	13
Κεφάλαιο 1. Ο καρκίνος του μαστού.....	14
1.1 Ορισμός της νόσου και στάδια της νόσου	14
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου του μαστού	14
1.3 Παράγοντες κινδύνου	16
Κεφάλαιο 2. Ο προστατευτικός ρόλος του θηλασμού και οι ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	21
2.1 Τα οφέλη του θηλασμού για τις γυναίκες και η σχέση του με τον καρκίνου του μαστού	22
2.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογική δυσφορία στον καρκίνο κύησης	25
Ειδικό μέρος	28
Κεφάλαιο 3. Συστηματική ανασκόπηση. Διερεύνηση έκβασης εμπειριών και δυσκολιών θηλασμού σε επιζώσες καρκίνου του μαστού.....	29
3.1 Σκοπός της μελέτης	29
3.2 Μεθοδολογία	31
3.3 Αποτελέσματα	33
3.4 Συζήτηση- Συμπεράσματα	45
Βιβλιογραφία	49

Εισαγωγή

Ο καρκίνος μαστού στην εγκυμοσύνη διαγιγνώσκεται κατά τη διάρκεια της κύησης, τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό ή κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Είναι μία από τις συχνότερες κακοήθειες που απαντώνται στις γυναίκες. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού είναι μετεμμηνοπαυσιακές, ο αριθμός των προεμμηνοπαυσιακών πασχόντων αυξάνει διαρκώς τα τελευταία χρόνια.

Ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση αφορά περίπου 1 στις 3000-10.000 εγκύους και είναι η δεύτερη συχνότερη κακοήθεια κατά την εγκυμοσύνη (μετά το κακόηθες μελάνωμα), με μέση ηλικία εμφάνισης τα 32-38 έτη. Η εξέταση των μαστών από την πρώτη μόλις μαιευτική επίσκεψη είναι απολύτως απαραίτητη, γιατί είναι δυνατό να είναι ανιχνεύσιμη κακοήθεια σε πολύ πρώιμο στάδιο της κύησης. Πολλές γυναίκες με καρκίνο μαστού εμφανίζουν ανώδυνη ψηλαφητή μάζα ή πάχυνση δέρματος μαστού. Σπανιότερα εμφανίζεται το σήμα «απόρριψης γάλακτος» (milk rejection sign), που αφορά στην άρνηση του βρέφους να θηλάσει από τον πάσχοντα με κακοήθεια μαστό (Krishna & Lindsay, 2013).

Η εγκυμοσύνη έχει διπλή επίδραση στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού: αυξάνει παροδικά τον κίνδυνο μετά τον τοκετό, αλλά μειώνει τον κίνδυνο τα επόμενα χρόνια. Σε γυναίκες με δύο εγκυμοσύνες, η βραχυπρόθεσμη ανεπιθύμητη ενέργεια συγκαλύπτεται από τη μακροχρόνια προστασία που παρέχει η πρώτη εγκυμοσύνη. Μια βιολογική ερμηνεία είναι ότι η εγκυμοσύνη αυξάνει τον βραχυπρόθεσμο κίνδυνο καρκίνου του μαστού διεγείροντας την ανάπτυξη κυττάρων που έχουν υποστεί τα πρώιμα στάδια κακοήθους μετασχηματισμού, αλλά ότι παρέχει μακροπρόθεσμη προστασία προκαλώντας τη διαφοροποίηση των φυσιολογικών βλαστικών κυττάρων του μαστού που έχουν τη δυνατότητα για νεοπλασματική αλλαγή (Lambe, Hsieh, & Trichopoulos, 1994).

Ανεξάρτητα από ιστορικό καρκίνου, η περιγεννητική περίοδος (που ορίζεται ως η περίοδος από τη σύλληψη έως τον ένα χρόνο μετά τον τοκετό) σχετίζεται με αυξημένο άγχος. Πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι το περιγεννητικό άγχος μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική και σωματική υγεία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένης της εμβρυϊκής δυσφορίας, του πρόωρου τοκετού, της αυξημένης εισαγωγής σε ΜΕΘ νεογνών, του χαμηλού βάρους γέννησης, της προεκλαμψίας, της αποβολής, της επιλόχειας κατάθλιψης. Επιπλέον, το προϋπάρχον άγχος και η κατάθλιψη, που είναι συχνότερα σε γυναίκες με ιστορικό καρκίνου, θέτουν τις γυναίκες σε αυξημένο κίνδυνο για άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, όπως ο φόβος του πόνου κατά τη γέννηση και ο φόβος για την υγεία του νεογέννητου. (Vanstone, Fergus, & Ladhani, 2021)

Ο καρκίνος του μαστού στην κύηση πρέπει να αντιμετωπιστεί από ομάδα εξειδικευμένων ιατρών (μαστολόγο, ογκολόγο, παθολογοανατόμο, ακτινοθεραπευτή, ψυχολόγο, νεογνολόγο), οι οποίοι σε συνεργασία με τον μαιευτήρα-γυναικολόγο θα λάβουν τις απαραίτητες αποφάσεις για την προστασία της ζωής της μητέρας και του εμβρύου της. Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και είναι καλή για τις περιπτώσεις που διαγνωστούν σε αρχικό στάδιο. Γενικά η εμφάνιση καρκίνου μαστού κατά την κύηση δεν έχει αρνητική επίδραση στην επιβίωση.

Ο θηλασμός από τον υγιή μαστό πρέπει να ενθαρρύνεται. Ο διατηρημένος μαστός, επειδή έχει υποστεί ακτινοθεραπεία δεν παράγει γάλα. Κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας απαγορεύεται ο θηλασμός. Ο καρκίνος του μαστού θα συνεχίσει να αποτελεί μείζον θέμα υγείας, καθώς ολοένα και περισσότερες γυναίκες γεννούν σε μεγαλύτερη ηλικία. Η διάσωση της ζωής της γυναίκας, η χορήγηση της ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής, η προσπάθεια προστασίας του εμβρύου και του νεογνού από επιβλαβείς παρενέργειες αντινεοπλασματικής αγωγής, καθώς και η προσπάθεια εξασφάλισης της αναπαραγωγικής ικανότητας της ασθενούς για επίτευξη μελλοντικής κύησης, πρέπει να αποτελούν τον πυρήνα της σύγχρονης εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης (Λυμπερόπουλος, 2022).

Υπάρχουν πολλές δυνατότητες για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού σε έγκυες γυναίκες σήμερα. Επιπλέον, οι ασθενείς νοσηλεύονται από ομάδα ειδικών γιατρών που αποτελείται από μαιευτρές, χειρουργούς μαστού, ακτινολόγους, παθολόγους, ογκολόγους, και ψυχολόγους, που θα αποφασίσουν την κατάλληλη θεραπεία, πάντα με τη σύμφωνη γνώμη της γυναίκας. Σύμφωνα με έρευνες, η διακοπή της εγκυμοσύνης δεν αλλάζει τα αποτελέσματα του καρκίνου του μαστού όπως πιστεύαμε προηγουμένως. Δηλαδή, οι γυναίκες μπορούν να συνεχίσουν να κυοφορούν ακόμα και μετά από διάγνωση καρκίνου. Θα πρέπει όμως να χειρουργηθούν το συντομότερο δυνατό και να ακολουθήσει χημειοθεραπευτικό σχήμα. Η επέμβαση μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι επιβλαβής για το έμβρυο.

Όσον αφορά τη χημειοθεραπεία, μπορεί να χορηγηθεί σε έγκυες γυναίκες μετά την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η ακτινοθεραπεία αποτελεί ουσιαστικό μέρος της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού, όμως απαγορεύεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Επίσης, η ενδοκρινική θεραπεία και η χορήγηση ορμονών απαγορεύονται σε αυτή την περίοδο. Η πρόγνωση για τις εγκύους με καρκίνο του μαστού είναι η ίδια όπως και για τις μη έγκυες γυναίκες. Η ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι οι συνθήκες είναι χειρότερες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου σε έγκυες γυναίκες, καθώς η ασθένεια

εξελίσσεται. Ωστόσο, όταν η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και με τον σωστό τρόπο, οι έγκυες μπορούν επίσης να αντιμετωπιστούν με επιτυχία για τον καρκίνο του μαστού, με καλά αποτελέσματα για αυτές και ασφαλή για τα παιδιά τους.

Υπάρχουν πολλά ζητήματα σχετικά με την ψυχολογική διαχείριση του καρκίνου της κύησης που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Ένα από αυτά είναι η ενημέρωση που λαμβάνουν αυτές οι γυναίκες από τον ογκολόγο τους σχετικά με τους κινδύνους και τις διαθέσιμες θεραπείες. Μια άλλη σχετική πτυχή είναι εάν τους επιτρέπεται να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που μπορεί να επηρεάσει τη δική τους υγεία ή/και την υγεία του αγέννητου παιδιού τους (Ferrari, Faccio, & Peccatori, 2018).

Η ανεπαρκής λήψη πληροφοριών και η περιορισμένη κατανόηση των θεραπευτικών επιλογών και των αποτελεσμάτων μπορεί να συμβάλει στην ψυχολογική δυσφορία στις γυναίκες. Η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα μιας γυναίκας να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία της. Υποφέρουν από αρνητικά συναισθήματα που έχουν ψυχολογικό αντίκτυπο και βιώνουν έντονο άγχος και στρες. Τα συναισθήματα που βιώνει η ασθενής είναι η σύγχυση, η αμηχανία, το άγχος, ο φόβος, ο θυμός, η ενοχή και τελικά το κενό, τα συναισθήματα απελπισίας, η κατάθλιψη, η απομάκρυνση από το κοινωνικό περιβάλλον και ακόμη και την οικογένεια. Οι καταθλιπτικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίσουν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή, η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση και η μικτή κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή και το σύνδρομο μετατραυματικού στρες. (Tsaras, K., Parathanasiou, I. V., et al., 2018).

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1. Ο καρκίνος του μαστού

1.1 Ορισμός της νόσου και στάδια της νόσου

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολύπλοκη νόσος που εμφανίζει ετερογένεια. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη μια προσαρμοσμένη προσέγγιση για να προκληθούν οι καλύτερες ανταποκρίσεις στους ασθενείς κατά τη χορήγηση των τρόπων θεραπείας. Η ιστολογική διαστρωμάτωση των καρκίνων του μαστού βασισμένη κυρίως στην έκφραση του υποδοχέα οιστρογόνου (ER), του υποδοχέα προγεστερόνης (PR) και του υποδοχέα ERBB2 (HER2) είναι χρήσιμη και έθεσε τα θεμέλια για την ταξινόμηση των καρκίνων του μαστού (Yeo & Guan, 2017). Επιπλέον, παρόμοια με άλλους καρκίνους, η παθογένεια του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει διάφορες φάσεις και διαφορετικά μοριακά προφίλ με αποτέλεσμα την αλλαγή της αρχιτεκτονικής των μοριακών αλληλεπιδράσεων και αυξημένης κυτταρικής πολυπλοκότητας. Η ανάλυση των προφίλ γονιδιακής έκφρασης των ασθενών με διαφορετικούς βαθμούς καρκίνου του μαστού οδηγεί σε βαθύτερη κατανόηση της παθογένειας του καρκίνου του μαστού για να σχεδιαστεί η κατάλληλη θεραπευτική στρατηγική (Aditya Jayanthi, Bikas Das, & Saxena, 2020).

Τα στάδια του καρκίνου του μαστού εξαρτώνται από το μέγεθος και τον τύπο του όγκου και από το πόσο τα κύτταρα όγκου έχουν διεισδύσει στους ιστούς του μαστού. Το στάδιο 0 περιγράφει το μη επεμβατικό και το στάδιο 4 περιγράφει το διεισδυτικό είδος όγκου (Akram, Iqbal, & Daniyal, 2017) (Maughan, Lutterbie, & Ham, 2010).

Ο καρκίνος του μαστού χωρίζεται σε διηθητικό και μη διηθητικό καρκίνο του μαστού. Ο μη διηθητικός καρκίνος του μαστού είναι ένας καρκίνος που δεν έχει επεκταθεί μακριά από το λοβό ή τους πόρους όπου βρισκόταν (Akram, Iqbal, & Daniyal, 2017).

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός καρκίνος και επίσης η κύρια αιτία θνησιμότητας στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Περίπου 1,38 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού διαγνώστηκαν το 2008, με σχεδόν το 50% όλων των ασθενών με καρκίνο του μαστού και

περίπου το 60% των θανάτων να σημειώνονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Υπάρχει τεράστια διαφορά στα ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο του μαστού παγκοσμίως, με εκτιμώμενη πενταετή επιβίωση 80% στις ανεπτυγμένες χώρες και κάτω από 40% για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν περιορισμούς πόρων και υποδομών που δυσχεραίνουν την βελτίωση των αποτελεσμάτων του καρκίνου του μαστού μέσω έγκαιρης αναγνώρισης, διάγνωσης και διαχείρισης. Σε ανεπτυγμένες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου 232.340 γυναίκες διαγνώστηκαν και 39.620 γυναίκες πέθαναν λόγω καρκίνου του μαστού το 2013. Ο δια βίου κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια Αμερικανίδα γυναίκα είναι 12,38%. Η σημαντική πτώση της θνησιμότητας λόγω του καρκίνου του μαστού στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1975 έως το 2000 αποδίδεται στη συνεχή βελτίωση τόσο στην προληπτική μαστογραφία όσο και στη διαχείριση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η βελτίωση της έκβασης και της επιβίωσης του καρκίνου του μαστού μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης παραμένει το θεμέλιο των κανονισμών για τον καρκίνο του μαστού (Akram, Iqbal, & Daniyal, 2017).

Επί του παρόντος, μία στις δώδεκα γυναίκες στη Βρετανία μεταξύ 1 και 85 ετών παθαίνει καρκίνο του μαστού. Με ένα εκατομμύριο νέες περιπτώσεις καρκίνου που αναφέρονται στον κόσμο, ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός στις γυναίκες και αποτελεί το 18% του συνόλου του καρκίνου των γυναικών. Σύμφωνα με δεδομένα που υπήρχαν έως το 2020 η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αναμενόταν να αυξηθεί σε 85 ανά 100.000 γυναίκες έως το 2021. Το 2012, διαγνώστηκαν 1,67 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, δηλαδή το 25% όλων των καρκίνων στις γυναίκες. Ο Ferlay et al. δήλωσε ότι 883.000 περιπτώσεις είναι σε αναπτυσσόμενες χώρες και 794.000 στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τα στοιχεία, 145,2 γυναίκες στο Βέλγιο και 66,3 στην Πολωνία μεταξύ 100.000 πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι μία στις οκτώ γυναίκες και στην Ασία μία γυναίκα πάσχει από καρκίνο του μαστού στις 35. Στο Ιράν, υπάρχουν 10 περιπτώσεις σε 100.000 πληθυσμού και 7.000 νέες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί ετησίως, ενώ ο επιπολασμός του

καρκίνου του μαστού αυξάνεται στο Πακιστάν τα τελευταία χρόνια (Akram, Iqbal, & Daniyal, 2017) (Radecka & Litwiniuk, 2016).

1.3 Παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως λόγω συσχέτισης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η οδός RAS/MEK/ERK και η οδός PI3K/AKT προστατεύουν τα φυσιολογικά κύτταρα από την κυτταρική απόπτωση. Όταν συμβαίνει μετάλλαξη σε γονίδια που εμπλέκονται στην κωδικοποίηση αυτών των προστατευτικών μονοπατιών, τα κύτταρα καθίστανται ανίκανα για απόπτωση, κάτι που στη συνέχεια οδηγεί στην ανάπτυξη καρκίνου.

Η υπερβολική έκφραση της λεπτίνης του λιπώδους ιστού του μαστού ενισχύει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων και τον καρκίνο. Αυτοί είναι πολυάριθμοι αυξητικοί παράγοντες που σηματοδοτούν και άλλοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων και των στρωματικών κυττάρων. Η διακοπή σε αυτά μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στα καρκινικά κύτταρα, το ένζυμο τελομεράση απομακρύνει τη χρωμοσωμική βράχυνση και επιτρέπει την εκτεταμένη αντιγραφή των κυττάρων. Τα καρκινικά κύτταρα λαμβάνουν τα θρεπτικά συστατικά τους και την παροχή οξυγόνου μέσω αγγειογένεσης. Τα καρκινικά κύτταρα σπάνε τα όριά τους και μπορούν να εισέλθουν στο αίμα, στους λεμφικούς ιστούς και σε άλλους ιστούς του σώματος για να δημιουργήσουν έναν δευτερεύοντα όγκο.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται κυρίως σε παχύσαρκες γυναίκες. Η κατάθλιψη εντοπίζεται συχνότερα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Οι Andsoy et al. διεξήγαγε μια μελέτη για τη διερεύνηση της γνώσης του καρκίνου του παχέος εντέρου, του τραχήλου της μήτρας και του μαστού. Για αυτή τη μελέτη εξετάστηκαν 226 εργαζόμενοι νοσηλευτές. Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι ορισμένες επιδημιολογικές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι οι γυναίκες που γεννούν το παιδί τους πριν συμπληρώσουν την ηλικία των 20 ετών είναι γνωστό ότι έχουν μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού από εκείνες που δεν έχουν γεννήσει κανένα παιδί ή που έχουν γεννήσει το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία ταχέως κατά την προεμμηνοπαυσιακή και αργά κατά τη διάρκεια της μετεμμηνοπαυσιακής

ζωής. Ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η εμμηνόπαυση που προκύπτει από χειρουργική αφαίρεση ωοθηκών (ωοθηκεκτομή) μειώνει τον κίνδυνο (Aditya Jayanthi, Bikas Das, & Saxena, 2020).

Η παρουσία ορισμένων ειδών καλοηθών όγκων στο μαστό αυξάνει τον κίνδυνο κακοήθειας. Οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν τις γυναικείες ορμόνες μόλις μπει η εμμηνόπαυση, αλλά στις παχύσαρκες γυναίκες ο λιπώδης ιστός μπορεί να παρέχει τα οιστρογόνα. Αυτή η αύξηση στην παραγωγή ορμονών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε παχύσαρκες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

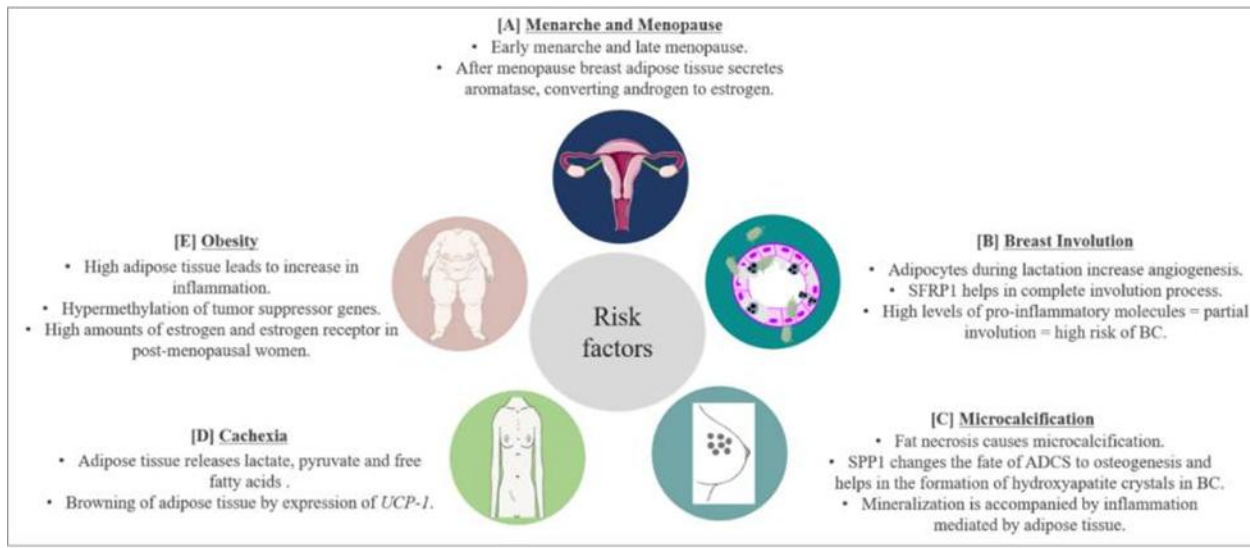
Η ανεπάρκεια βιταμίνης D και η έλλειψη έκθεσης στον ήλιο θεωρείται ότι είναι σημαντική αιτία του καρκίνου του μαστού, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία, ωστόσο σπάνια εντοπίζεται πριν από την ηλικία των 20 ετών. Το καρκίνωμα σε έναν μαστό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατά τέσσερις φορές στον άλλο μαστό. Ενώ οι ασθενείς που έχουν ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, του ενδομητρίου ή του παχέος εντέρου έχουν 1-2 φορές αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνωμα του μαστού. Ο ρόλος του γονιδίου έχει διαπιστωθεί ότι είναι μέγιστος στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Το BRCA-1 (γονίδιο ευαισθησίας στον καρκίνο του μαστού) θεωρείται ότι είναι η αιτία του 5-10% του καρκίνου του μαστού που μεταφέρεται είτε από τον πατέρα είτε από τη μητέρα στην επόμενη γενιά. Μελέτες δείχνουν ότι απαιτούνται κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες για την έκφραση του γονιδίου που προάγει τον καρκίνο. Ορισμένες οικογένειες έχουν αναγνωριστεί με γενετικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης πρώιμου καρκίνου του μαστού. Εάν ορισμένα άτομα της οικογένειας της γυναίκας είχαν ένα συγκεκριμένο είδος καρκίνου, τότε εκείνη μπορεί να έχει αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος είναι μέγιστος εάν το προσβεβλημένο μέλος της οικογένειας είχε καρκίνο του μαστού σε νεανική περίοδο, είχε καρκίνο και στους δύο μαστούς ή εάν η γυναίκα είναι στενό μέλος της οικογένειας. Ο καρκίνος του μαστού σε έναν άνδρα ενισχύει τον κίνδυνο για όλους τους στενούς συγγενείς.

Οι γυναίκες που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν 2-4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο, ειδικά οι γυναίκες που είναι φορείς των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2 έχουν σημαντικές πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Ωστόσο, ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Γενικά, οι γυναίκες διατρέχουν 100πλάσιο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από τους άνδρες. Η πρώιμη εμμηνарχή, η μηδενική ισοτιμία, η εγκυμοσύνη μετά την ηλικία των 30 ετών, τα από του στόματος αντισυλληπτικά ή η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

Οι στεροειδείς ορμόνες περιλαμβάνουν τα ανδρογόνα, την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα, τα οποία ανήκουν σε ένα σύμπλεγμα δομικά συνδεδεμένων ορμονών γνωστών ως ορμόνες φύλου που απελευθερώνονται στο αίμα από τις γονάδες και τα επινεφρίδια. Συντίθενται από έναν μόνο γενικό πρόδρομο, τη χοληστερόλη μέσω μιας αντίδρασης που καταλύεται από πολυάριθμα ένζυμα για να δημιουργήσει μια μεγάλη ποικιλία ορμονών για διάφορα όργανα-στόχους και ιστούς. Αυτή η διαδικασία είναι καλά ρυθμισμένη καθώς και η απόρριψη αυτών των ορμονών στη συστηματική κυκλοφορία. Αυτές οι ορμόνες διασχίζουν την πλασματική μεμβράνη για να φτάσουν στα κύτταρα-στόχους και δεσμεύονται σε συγκεκριμένους υποδοχείς που ονομάζονται υποδοχείς στεροειδών ορμονών για να ασκήσουν τη δραστηριότητά τους.

Τα οιστρογόνα έχουν σημαντικές δραστηριότητες στη διαφοροποίηση, την ανάπτυξη και την απόδοση αρκετών ιστών, συμπεριλαμβανομένου του ουρογεννητικού συστήματος ανδρών και γυναικών, του καρδιαγγειακού συστήματος, του εγκεφάλου, της μήτρας και του μαστού. Σύμφωνα με αυτό, οι Kato et al. , ανέφεραν ότι η εξέλιξη του καρκίνου των αναπαραγωγικών οργάνων, όπως ο καρκίνος του προστάτη και του μαστού, συμβαίνει συχνά λόγω των ανδρογόνων, της προγεστερόνης και των οιστρογόνων, τα οποία ασκούν πολυάριθμες βιολογικές δραστηριότητες σε φυσιολογικά και μη φυσιολογικά κύτταρα. Η μελέτη δείχνει ότι η ανάπτυξη φυσιολογικών και μη φυσιολογικών επιθηλιακών κυττάρων του μαστού μπορεί να ρυθμιστεί από στρωματικά κύτταρα του μαστού και μπορεί να απελευθερώσει αυξητικούς παράγοντες μετά από διέγερση από τις ενδογενείς ορμόνες. Ένα ένζυμο αρωματάσης βρίσκεται στους λιπώδεις ιστούς, το οποίο παράγει την οιστραδιόλη από το πρόδρομο μόριο, τη χοληστερόλη.



Εικόνα 3. Παράγοντες κινδύνου και προγνωστικοί παράγοντες και ο ρόλος του λιπώδους ιστού για τον καρκίνο του μαστού. (Α) Η πρόωγη έμμηνη ρήση και η όψιμη εμμηνόπαυση αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού αυξάνοντας την έκθεση των κυττάρων του μαστού σε ορμόνες οιστρογόνων. Ο λιπώδης ιστός του μαστού εκκρίνει αρωματάση η οποία μετατρέπει το ανδρογόνο σε οιστρογόνο. (Β) Ο λιπώδης ιστός του μαστού εκκρίνει SFRP1, το οποίο βοηθά, μετά τη γαλουχία, στη συρρίκνωση του μαστού. Η εξέλιξη περιλαμβάνει τη διαδικασία φλεγμονής που οδηγεί σε απόπτωση των επιθηλιακών κυττάρων. Τα υψηλά επίπεδα προφλεγμονωδών μορίων που εκκρίνονται από τον λιπώδη ιστό του μαστού οδηγούν σε μερική περιέλιξη που αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. (C) Η μικροασβεστοποίηση είναι προδιαθεσικός παράγοντας. Επιπλέον, η SPP1 που εκκρίνεται από τον λιπώδη ιστό του μαστού αλλάζει τη μοίρα των βλαστοκυττάρων που προέρχονται από λιπώδη ιστό σε οστεογένεση, αυξάνοντας τον κίνδυνο για τον καρκίνο του μαστού. (D) Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του καρκίνου του μαστού, τα καρκινικά κύτταρα σηματοδοτούν τη λιπόλυση του περιβάλλοντος λιπώδους ιστού. Ο λιπώδης ιστός απελευθερώνει γαλακτικό, πυροσταφυλικό και ελεύθερα λιπαρά οξέα. Το WAT αρχίζει επίσης να εκφράζει το UCP-1, διαφοροποιώντας έτσι σε BAT και εξαντλώντας την πηγή ενέργειας του σώματος. Αυτό οδηγεί σε καχεξία και τελικά θάνατο. Περίπου το 30-50% των θανάτων που σχετίζονται με καρκίνο οφείλονται στην καχεξία. (E) Η παχυσαρκία είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα και είναι γνωστό ότι αυξάνει τον κίνδυνο BC. Ο υψηλός λιπώδης ιστός αυξάνει τη φλεγμονώδη διαδικασία και

την υπερμεθυλίωση (με αποτέλεσμα την αναστολή) των ογκοκατασταλτικών γονιδίων. Η παχυσαρκία αυξάνει επίσης την έκφραση των υποδοχέων οιστρογόνων και των οιστρογόνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενισχύοντας τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού (Kothari, Diorio, & Durocher, 2020).

Κεφάλαιο 2. Ο προστατευτικός ρόλος του θηλασμού και οι ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ακόμη πιο φτωχά, ειδικά όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της πάθησης και την υποκειμενική εμπειρία των γυναικών. Σε μια ευρύτερη διερευνητική ποιοτική μελέτη από τους Rees and Young (2016), που επικεντρώθηκε στις προοπτικές νεαρών γυναικών με καρκίνο του μαστού, τρεις συμμετέχουσες ήταν έγκυες κατά τη διάγνωση. Αυτές οι γυναίκες αντιμετώπισαν διαταραγμένες προσδοκίες και σχέδια για την εγκυμοσύνη τους, με σημαντικές επιπτώσεις στη μητρότητα (π.χ. αδυναμία θηλασμού, ανησυχία για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες του πρόωρου τοκετού στο μωρό) και ανησυχίες για τον αντίκτυπο της θεραπείας του καρκίνου στη μελλοντική γονιμότητα. Ταυτόχρονα, ένιωθαν περήφανοι που μπόρεσαν να περάσουν από μια τόσο δύσκολη κατάσταση.

Σε μια άλλη ποιοτική μελέτη (Faccio et al.) που επικεντρώθηκε στην αναπτυξιακή διαδικασία του να γίνουν μητέρες, σε γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού, η ομάδα του καρκίνου του μαστού κύησης (δηλαδή τέσσερις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης) ανέφεραν φόβο ότι δεν είναι επαρκείς μητέρες λόγω της νόσου και της θεραπείας της, καθώς και φόβο ότι δεν μπορούν να θηλάσουν το παιδί τους και υπογράμμισε τη σημασία της υποστήριξης του συντρόφου. Αυτή η μελέτη παρείχε νέες γνώσεις για τα θέματα που σχετίζονται με τη μητρότητα σε αυτόν τον πληθυσμό, αλλά η υποκειμενική εμπειρία των γυναικών σχετικά με τη διάγνωση καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παραμένει ανεξερεύνητη.

Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι η εγκυμοσύνη σχετίζεται με φυσιολογικές αλλαγές στους μαστούς και για αυτό το λόγο οι γυναίκες μπορεί να μην είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση και κακή πρόγνωση. Επιπλέον, η έκθεση των γυναικών σε υψηλά επίπεδα στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να σχετίζεται με κακά μαιευτικά αποτελέσματα, όπως πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης.

Ο φόβος και το άγχος για τον θάνατο, το σοκ και η σύγχυση, οι αλλαγές του σώματος τους λόγω των χημειοθεραπειών σε συνδυασμό με τις αλλαγές λόγω της εγκυμοσύνης, η σύγκριση με υγιείς γυναίκες, επηρεάζουν αρνητικά όλες τις γυναίκες (Facchin, Scarfone, & Tamanza, 2021)

2.1 Τα οφέλη του θηλασμού για τις γυναίκες και η σχέση του με τον καρκίνου του μαστού

Η προσφορά του μαστού της μητέρας στο μωρό της αποτελεί βιολογικά και ηθικά αναμφισβήτητο δικαίωμα τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού και είναι θεμελιώδους σημασίας για την επιβίωση και την ποιότητα ζωής του βρέφους που θηλάζει κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Σήμερα, τα οφέλη του θηλασμού θεωρείται ότι δεν περιορίζονται στη διάρκεια της γαλουχίας, αλλά επεκτείνονται μέχρι την ενήλικη ζωή, με επιπτώσεις στη μακροπρόθεσμη ποιότητα ζωής.

Η γαλουχία είναι ένα χαρακτηριστικό των θηλαστικών και τόσο η σύνθεση όσο και η έκκριση γάλακτος είναι πολύπλοκες βιοχημικές και νευροενδοκρινικές διεργασίες που περιλαμβάνουν τα ευαίσθητα άκρα της θηλής και βρίσκονται υπό ορμονικό έλεγχο. Έτσι, η γαλουχία είναι το άμεσο και φυσικό αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης και του τοκετού, σαν αναπόσπαστο μέρος της αναπαραγωγικής διαδικασίας που ωφελεί ταυτόχρονα τη μητέρα και το παιδί. Η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων θα κορυφωθεί με την παραγωγή γάλακτος και σίγουρα θα προκαλέσει αλλαγές στον μητρικό οργανισμό ευνοώντας επίσης καλές σωματικές και συναισθηματικές συνθήκες υγείας για τη θηλάζουσα μητέρα που θα επεκταθεί στη μελλοντική της ζωή.

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να σχετίζεται με την καλή σωματική και συναισθηματική υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της λοχείας, την περίοδο της γαλουχίας και όλη τη μελλοντική της ζωή. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν θήλασαν, οι θηλάζουσες γυναίκες ανέφεραν ότι αναζητούσαν ιατρική φροντίδα λιγότερο συχνά, χαμηλότερη συχνότητα αναπνευστικών, καρδιοκυκλοφορικών και γαστρεντερικών ασθενειών, καθώς και λιγότερα συμπτώματα που σχετίζονται με συναισθηματικά προβλήματα.

Ο πρώιμος θηλασμός της περιοχής του μαστού είναι ένα από τα πιο σημαντικά ερεθίσματα για την παραγωγή ωκυτοκίνης, η οποία είναι επίσης υπεύθυνη για τη συστολή της μήτρας, επιταχύνοντας την επιστροφή του οργάνου στο φυσιολογικό του μέγεθος και μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας αιμορραγίας και αναιμία. Τα υψηλά επίπεδα ωκυτοκίνης μπορούν να αυξήσουν τον ουδό πόνου, μειώνοντας τη μητρική δυσφορία και συμβάλλοντας έτσι σε ένα αυξημένο αίσθημα αγάπης για το μωρό (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

Κατά την περίοδο της γαλουχίας, τόσο η προγεστερόνη όσο και τα οιστρογόνα καταστέλλονται, με την εμφάνιση μιας περιόδου υπογονιμότητας. Ενώ η μητέρα θηλάζει αποκλειστικά, η προστασία της από την εγκυμοσύνη μπορεί να φτάσει το 96% κατά τους πρώτους 6 μήνες, εξασφαλίζοντας έτσι απόσταση μεταξύ των κυήσεων. Για τον σκοπό αυτό, η μητέρα δεν πρέπει επίσης να έχει έμμηνο ρύση και θα πρέπει να διατηρεί αποκλειστικό θηλασμό κατ' απαίτηση τουλάχιστον οκτώ φορές την ημέρα. Η αμηνόρροια κατά τον θηλασμό μπορεί να εξηγηθεί από την αναστολή της δραστηριότητας των ωοθηκών που προκύπτει από τα υψηλά επίπεδα προλακτίνης που οδηγούν σε αναστολή της ορμόνης γοναδοτροπίνης και στη διακοπή της ωορρηξίας. Έχει υπολογιστεί ότι, μετά την επιστροφή των έμμηνων κύκλων, η πιθανότητα σύλληψης μειώνεται κατά 7,4% για κάθε επιπλέον μήνα θηλασμού.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το σώμα μιας γυναίκας συσσωρεύει βάρος ~ 3 kg λίπους που θα χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών του θηλασμού, καθώς αυτή η διαδικασία καταναλώνει ~ 2.100 kj/ημέρα. Σε αυτή τη βάση, θα υπάρξει ταχύτερη απώλεια βάρους και επιστροφή σε συνθήκες προκύησης, με μέση μηνιαία μείωση κατά 450 g στο βάρος της μητέρας, καθώς η απελευθερωμένη ωκυτοκίνη ασκεί επίσης λιπολυτική και ανορεξιογόνο δράση. Χαμηλότερος δείκτης μάζας σώματος έχει ανιχνευθεί μεταξύ των μητέρων που θήλασαν για περίοδο 6-12 μηνών και εκείνες που θήλασαν αποκλειστικά ήταν πιο αδύνατες από εκείνες που θήλασαν σε μερική βάση στο τέλος του πρώτου εξαμήνου της ζωής του μωρού.

Η γέννηση ενός παιδιού συνήθως αποτελεί πηγή ευτυχίας και χαράς για την οικογένεια. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι περίπου το 13% όλων των γυναικών μπορεί να παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα κατάθλιψης εντός 12 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Μεταξύ αυτών των γυναικών, έχει παρατηρηθεί ότι τα επίπεδα ωκυτοκίνης είναι χαμηλότερα σε σχέση με άλλες

νέες μητέρες. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η ωκυτοκίνη είναι ένα θεμελιώδες στοιχείο για τη διέγερση του δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού, πυροδοτώντας θετικά αποτελέσματα όπως φωνές με το μωρό, κοίταγμα στα μάτια, ενθαρρύνοντας το άγγιγμα και τα χάρδια. Οι μητέρες έχουν αναφέρει ότι αισθάνονται πιο ήρεμες, λιγότερο επιθετικές και πιεσμένες, έχουν καλύτερη διάθεση και ενδιαφέρονται περισσότερο να συναναστραφούν από τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

Ο θηλασμός μπορεί επίσης να επηρεάσει έναν μηχανισμό ρύθμισης της έκκρισης κορτιζόλης κατά τη διάρκεια της ημέρας, με σταθερή συγκέντρωση της ορμόνης που πιθανώς μειώνει τον κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που δεν ξεκινούν ή δεν συνεχίζουν τον μητρικό θηλασμό έχουν υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Υπάρχει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ αυτών των φαινομένων λόγω των ορμονικών και ψυχολογικών καταστάσεων που συμβαίνουν κατά τις πρώτες 6-8 εβδομάδες της λοχείας, καθώς η γαλακτογόνες ορμόνες, η ωκυτοκίνη και η προλακτίνη μπορεί να έχουν αγχολυτικά αποτελέσματα. Αυτό μειώνει το στρες μέσω νευροενδοκρινικών αποκρίσεων, καθώς ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα αδρενοκορτικοτροφικής ορμόνης (ACTH) και κορτιζόλης. Ο θηλασμός πριν από την επαφή δέρμα με δέρμα πυροδοτεί αυτή τη διαδικασία και όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια αυτής της επαφής, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα κορτιζόλης.

Διάφοροι παράγοντες μπορούν να αναγνωριστούν ως πηγές άγχους για τη λοχεία. Το σωματικό καθήκον της φροντίδας του μωρού μαζί με άλλες οικιακές δραστηριότητες, οι λίγες ώρες ύπνου, οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος, η μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα και η συναισθηματική πίεση της προσπάθειας να είσαι καλή μητέρα και να εκπληρώσεις όλες τις προσδοκίες αντιπροσωπεύουν μια υπερφόρτωση που είναι συχνά ασυμβίβαστη με την προσωπικότητα και την ικανότητα μιας γυναίκας να φέρει εις πέρας τον ρόλο της ως μητέρα. Σε αυτήν την περίπτωση, ο θηλασμός μπορεί να δράσει μειώνοντας τα επίπεδα στρες λόγω της επίδρασής του στη μείωση των επιπέδων κορτιζόλης και ACTH, μειώνοντας κατά συνέπεια τα επίπεδα άγχους. Επιπλέον, η ενίσχυση του δεσμού μητέρας-παιδιού είναι ένα ισχυρό ερέθισμα για τη διατήρηση του θηλασμού για το μεγαλύτερο δυνατό χρονικό διάστημα,

κλείνοντας έναν ωφέλιμο κύκλο που τείνει να ωφελήσει τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

Ο σπλαχνικός ή ενδοκοιλιακός λιπώδης ιστός που συσσωρεύεται από μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μεταβολικά πιο ενεργός από το λίπος που εναποτίθεται σε άλλες περιοχές και σχετίζεται με παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος. Ωστόσο, αυτές οι εναποθέσεις μπορούν να κινητοποιηθούν κατά την περίοδο της γαλουχίας, μια διαδικασία που συνεχίζει να εμφανίζεται παράλληλα με τον θηλασμό, μειώνοντας το βάρος της μητέρας και τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Η νεοπλασία του μαστού είναι ο πιο συχνός γυναικολογικός καρκίνος, αρκετά διαδεδομένος μετά την τέταρτη δεκαετία της ζωής, αν και μπορεί επίσης να εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 40 ετών σε συχνότητες που κυμαίνονται από 17-36%. Αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει τα οφέλη του θηλασμού και την επακόλουθη προστατευτική του δράση έναντι του κινδύνου καρκίνου του μαστού, καθώς η μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων κατά την περίοδο της γαλουχίας μειώνει τους ρυθμούς πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης των κυττάρων. Η απολέπιση ιστού και η απόπτωση του επιθηλίου στο τέλος της περιόδου του θηλασμού μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης κυττάρων με μετάλλαξη στους ιστούς του μαστού. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού μπορεί να μειωθεί περισσότερο από 4% για κάθε έτος θηλασμού. Σύμφωνα με τη UNICEF, μια αύξηση 16% στο ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν για 6 μήνες μπορεί να μειώσει τον αναμενόμενο επιπολασμό του καρκίνου του μαστού κατά 1,6% ετησίως.

2.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογική δυσφορία στον καρκίνο κύησης

Η εγκυμοσύνη θεωρείται ταυτόχρονα αναπτυξιακό στάδιο και το στάδιο που είναι πολύ ευάλωτες όλες οι γυναίκες. Εδώ συμβαίνουν σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, όπως η ψυχολογική διαδικασία που προετοιμάζει τη μέλλουσα μητέρα για τις νέες της ευθύνες. Από τη δέκατη εβδομάδα κύησης είναι δυνατό να δούμε τα συναισθήματα που είναι

χαρακτηριστικά του συστήματος προσκόλλησης, αυτά αναπτύσσονται εντονότερα μετά τις πρώτες κινήσεις του εμβρύου και γενικότερα στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Η σχέση μητέρας-παιδιού ξεκινά με τη νοητική αναπαράσταση του εμβρύου και συνεχίζεται με την οικοδόμηση ενός συναισθηματικού δεσμού που βασίζεται στην αναζήτηση φροντίδας. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτός ο δεσμός μπορεί να επηρεάσει από την αρχή τη νευροψυχολογική, συναισθηματική και σχεσιακή ανάπτυξη του παιδιού. Ένα από τα κύρια αναπτυξιακά στάδια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης (Ferrari, Faccio, & Peccatori, 2018).

Δεν είναι ασυνήθιστο οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο να έχουν κάποιο βαθμό χρόνιου πόνου λόγω νευρικής βλάβης από χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία ή/και χημειοθεραπεία. Οι φυσιολογικές αλλαγές της εγκυμοσύνης μπορούν να επιδεινώσουν αυτά τα συμπτώματα. Επιπλέον, η διόγκωση του μαστού και τα καλοήθη εξογκώματα του μαστού που είναι συχνό φαινόμενο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά για γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του μαστού.

Ανεξάρτητα από ιστορικό καρκίνου, η περιγεννητική περίοδος (που ορίζεται ως η περίοδος από τη σύλληψη έως τον ένα χρόνο μετά τον τοκετό) σχετίζεται με αυξημένο άγχος. Πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι το περιγεννητικό άγχος μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική και σωματική υγεία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένης της εμβρυϊκής δυσφορίας, του πρόωρου τοκετού, της αυξημένης εισαγωγής σε ΜΕΘ νεογνών, του χαμηλού βάρους γέννησης, της προεκλαμψίας, της αποβολής, της επιλόχειας κατάθλιψης. Επιπλέον, το προϋπάρχον άγχος και η κατάθλιψη, που είναι συχνότερα σε γυναίκες με ιστορικό καρκίνου, θέτουν τις γυναίκες σε αυξημένο κίνδυνο για άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, όπως ο φόβος του πόνου κατά τη γέννηση και οι φόβοι για την υγεία του νεογέννητου. (Vanstone, Fergus, & Ladhani, 2021)

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η έκθεση της μητέρας σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης και νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Πράγματι, η μητέρα μπορεί να είναι σωματικά και συναισθηματικά λιγότερο ικανή να οικοδομήσει μια σχέση με το παιδί της και να το φροντίσει κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Αυτό μπορεί να ειπωθεί και για τις μέλλουσες μητέρες με

καρκίνο. Όπως τονίζουν ο Elmberger και οι συνεργάτες του, οι μητέρες με καρκίνο συχνά αγωνίζονται να διατηρήσουν τον γονικό τους ρόλο και να λειτουργήσουν ως «καλές μητέρες» λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας και της εξάντλησής τους.

Μέχρι σήμερα, λίγες μελέτες έχουν αντιμετωπίσει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου στις μέλλουσες μητέρες και παρουσιάζουν σημαντικούς περιορισμούς (Ferrari, Faccio, & Peccatori, 2018).

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 3. Συστηματική ανασκόπηση. Διερεύνηση έκβασης εμπειριών και δυσκολιών θηλασμού σε επιζώσες καρκίνου του μαστού.

3.1 Σκοπός της μελέτης

Μια συστηματική ανασκόπηση χαρακτηρίζεται από τη σαφή διατύπωση των αντικειμενικών σκοπών και της μεθοδολογίας που ακολουθείται προκειμένου να διασφαλίζεται η επαναληψιμότητα της. Προκειμένου να απαντήσει στο ερευνητικό ερώτημα, επιχειρεί να συλλέξει όλη την υπάρχουσα τεκμηριωμένη βιβλιογραφία, σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών. Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γίνεται προκειμένου να αναγνωριστούν όλες οι σχετικές μελέτες που έχουν δημοσιευτεί. Έπειτα, γίνεται έλεγχος ως προς την εγκυρότητα τους, εκτιμάται η πιθανότητα στατιστικού σφάλματος και ορισμένες γίνονται δεκτές προς ανάλυση ενώ κάποιες απορρίπτονται (Green, Higgins, Alderson, & Clarke, 2008).

Η περίοδος της εγκυμοσύνης και της λοχείας (περιγεννητική περίοδος) αποτελούν μια σύνθετη εμπειρία στη ζωή της γυναίκας, καθώς έρχεται αντιμέτωπη με πληθώρα αλλαγών στη βιολογία, στη φυσιολογία και στην ψυχολογία της. Κατά τη διαδικασία της προσαρμογής του οργανισμού και ανάλογα με το οργανικό και ψυχικό υπόστρωμα κάθε γυναίκας, καθώς και το υποστηρικτικό πλαίσιο, μπορεί να πυροδοτήσουν ποικίλες ψυχικές διαταραχές.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να γίνει μια όσο το δυνατόν πλησιέστερη καταγραφή των δεδομένων σχετικά με τις εμπειρίες και τις δυσκολίες θηλασμού σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Για την εκπόνηση της έρευνας πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση άρθρων στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σχετικά με τις εμπειρίες και τις δυσκολίες του θηλασμού είναι:

- Πρωτογενείς τυχαιοποιημένες μελέτες
- Γαλουχία από επιζώσες καρκίνου του μαστού
- Περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας
- Αναφορά περιορισμών της μελέτης

- Ελεύθερη πρόσβαση στη δημοσίευση

Τα κριτήρια αποκλεισμού θα είναι :

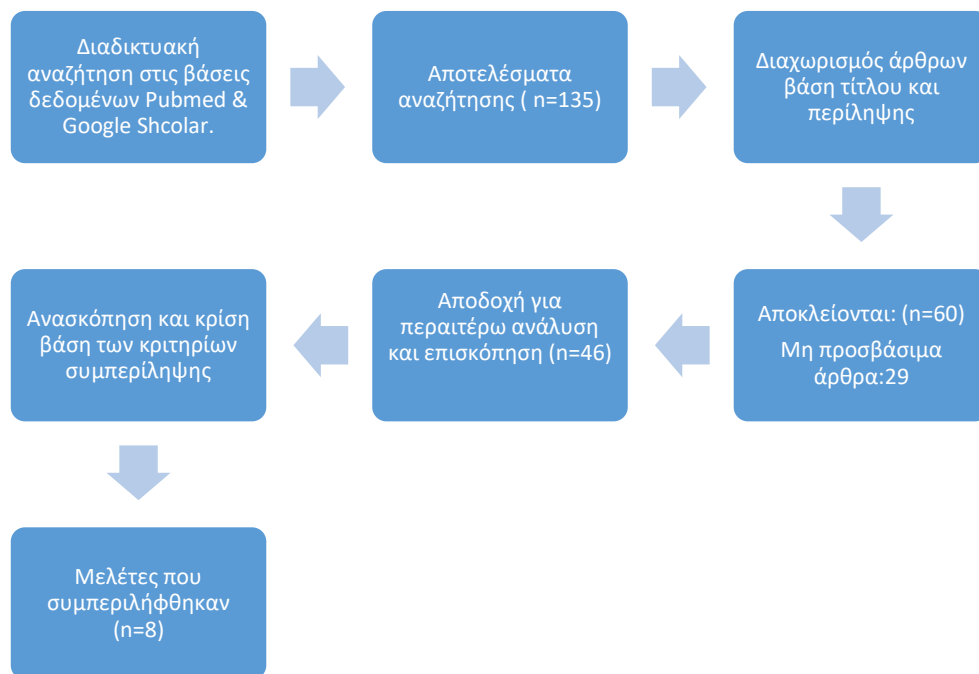
- Μη ελεύθερη πρόσβαση στη δημοσίευση
- Μετά αναλύσεις και μελέτες περίπτωσης
- Απουσία περιγραφής της μεθοδολογίας και των περιορισμών
- Απουσία κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού συμμετεχόντων

Σύμφωνα με την μεθοδολογία PRISMA θα ακολουθήσουν τα κάτωθι:

- Χρήση φράσεων- λέξεων κλειδιών για τον εντοπισμό δημοσιεύσεων
- Αναγνώριση των δημοσιεύσεων μέσω της συγχώνευσης των αποτελεσμάτων αναζήτησης και αφαίρεσης των διπλότυπων.
- Διαλογή: έλεγχος τίτλων και περιλήψεων για την εξαίρεση μελετών που δεν σχετίζονται με το υπό μελέτη ζήτημα
- Επιλεξιμότητα: ανάγνωση των μελετών που θα προκύψουν από τη διαλογή προκειμένου να απορριφθούν όσες δεν πληρούν κριτήρια εισαγωγής.
- Τελική επιλογή όλων των μελετών που πληρούν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη

3.2 Μεθοδολογία

Έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar, χωρίς γλωσσικό ή χρονικό περιορισμό. Η αναζήτηση συμπεριλάμβανε φράσεις- λέξεις κλειδιά όπως (breast cancer associated to pregnancy, breast cancer psychological factors, breast cancer and lactation, pregnancy related to breast cancer, psycho oncology, breast cancer during pregnancy). Η διαδικασία επιλογής των άρθρων που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα φαίνονται στο διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 1. Διαδικασία επιλογής και ανασκόπησης άρθρων για διεξαγωγή ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των επιλεγμένων μελετών με την βοήθεια της λίστας ελέγχου του προγράμματος Critical Appraisal Skills (CASP) 201725. Αυτή η τεχνική υποστηρίζει την επαλήθευση της αξιοπιστίας της έρευνας και, κατά συνέπεια, επιβεβαιώνει ότι η επιλεγμένη βιβλιογραφία ήταν κατάλληλη για συμπερίληψη στην τρέχουσα ανασκόπηση. Οι λίστες ελέγχου κριτικής αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκαν ως οδηγός και

βοηθητικό υπόμνημα για τη διεξοδική και μεθοδική εξέταση των μελετών προκειμένου να αξιολογηθεί η αξιοπιστία, η αξία και η συνάφειά τους σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο.

3.3 Αποτελέσματα

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση περιλαμβάνονται 7 έρευνες οι οποίες αποτελούν ποιοτικές μελέτες καθώς και 1 (μια) συστηματική ανασκόπηση, διότι αριθμός των πρωτογενών μελετών είναι πολύ περιορισμένος. Το γενικότερο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ο φόβος και η αβεβαιότητα τόσο για την ίδια την μητέρα όσο και για το παιδί της, το άγχος, η σωματική και ψυχολογική κούραση καθώς και η ανάγκη για περισσότερη υποστήριξη και πληροφόρηση από επαγγελματίες υγείας.

Αναλυτικότερα, οι Gorman et al. διεξήγαγαν μια ποιοτική έρευνα για τις εμπειρίες των επιζωσών από καρκίνο του μαστού με το θηλασμό. Πήραν δείγμα 11 επιζωσών από καρκίνο του μαστού που απέκτησαν ένα παιδί μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν μεγάλο κίνητρο να θηλάσουν, αλλά αντιμετώπισαν σημαντικές προκλήσεις. Περιέγραψαν προβλήματα που δεν είναι μοναδικά για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, αλλά τα αντιμετώπισαν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό επειδή βασίζονταν κυρίως ή εξ ολοκλήρου σε ένα στήθος. Αυτή η μελέτη αποκάλυψε την ανάγκη για βελτιωμένη πρόσβαση σε πληροφορίες και υποστήριξη καθώς και μεγαλύτερη ευαισθησία στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επιζώσες από καρκίνο του μαστού. Δέκα από τους συμμετέχοντες στη μελέτη θήλασαν τα παιδιά τους και όλοι συζήτησαν σημαντικές προκλήσεις θηλασμού. Το κυριότερο μεταξύ αυτών ήταν η έλλειψη επαρκούς παροχής γάλακτος επειδή βασίζονταν κυρίως στο ένα στήθος. Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη που θήλασαν ανέφεραν ότι ήταν πολύ δύσκολο σωματικά και συναισθηματικά. Αρκετές γυναίκες εξέφρασαν απογοήτευση με την εμπειρία της χαμηλής προσφοράς γάλακτος, γι' αυτό και πολλές άρχισαν να παίρνουν συμπληρώματα διατροφής. Οι γυναίκες με έναν μαστό ανέφεραν επίσης πολλές σωματικές προκλήσεις από τη σίτιση μόνο από τη μία πλευρά, συμπεριλαμβανομένου του πόνου και της φυσικής εμφάνισης. Μερικές από αυτές τις προκλήσεις ήταν σωματικές (ένας μαστός, δευτερεύοντα προβλήματα υγείας), άλλες ψυχολογικές (φόβος αποτυχίας να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα στο παιδί τους, φόβος υποτροπής, μειωμένη εμπιστοσύνη στις σωματικές λειτουργίες) ή κοινωνικές (προκατάληψη από συγγενείς, φίλους), αλλά ορισμένες ήταν κοινές προκλήσεις για όλες τις θηλάζουσες μητέρες (Gorman, Usita, & Madlensky, 2009). Το άγχος για το θηλασμό ήταν κάτι που πολλές γυναίκες ανέφεραν ότι το βίωσαν κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης, προερχόμενο από ανησυχίες σχετικά με την επαρκή παροχή γάλακτος. Παρά τις σωματικές και συναισθηματικές προκλήσεις που αντιμετώπισαν οι γυναίκες, στο τέλος, ανέφεραν ότι ήταν χαρούμενες που είχαν αυτή την εμπειρία. Επιπλέον, αρκετές μητέρες ανέφεραν ότι ο θηλασμός μπορεί να είναι ευεργετικός για την υγεία τους, μειώνοντας πιθανώς τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου του μαστού (Gorman, Usita, & Madlensky , 2009).

Οι Connell et al., μελέτησαν τις ανησυχίες νεαρών γυναικών με καρκίνο του μαστού, που διαγνώστηκαν σε ηλικία μικρότερη ίση των 40 ετών, όσον αφορά την γονιμότητα, την αντισύλληψη, την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό μετά την διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ανέφεραν επίσης ότι οι αποφάσεις σχετικά με το θηλασμό ήταν δύσκολες για πολλές γυναίκες. Ωστόσο, ανέφεραν ότι το άγχος των γυναικών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον φόβο της υποτροπής. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη συζήτησαν τον φόβο της υποτροπής σε σχέση με την εγκυμοσύνη, αλλά μόνο μία συμμετέχουσα αναγνώρισε αυτόν τον φόβο ως παράγοντα στην απόφασή της για το θηλασμό. Αρκετοί συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν ότι μίλησαν με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, έναν ογκολόγο ή μαιευτήρα, σχετικά με το εάν θα ήταν δυνατό και ασφαλές για αυτούς να θηλάσουν. Συνολικά, οι γυναίκες ανέφεραν ότι οι γιατροί τους τις ενθάρρυναν να θηλάσουν, αλλά δεν παρείχαν πρόσθετη εκπαίδευση ή υποστήριξη για το θηλασμό. Μερικές γυναίκες αναζήτησαν πληροφορίες σε άλλες πηγές, όπως το διαδίκτυο, μάθημα θηλασμού και βιβλία θηλασμού. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες ειδικά για επιζώσες από καρκίνο του μαστού (Connell , Patterson , & Newman , 2006).

Στη μελέτη των Chertok et al., 20 μητέρες με εμπειρία στην βρεφική σίτιση μετά από καρκίνο του μαστού, μοιράστηκαν τις αντιλήψεις, τα εμπόδια και τις εμπειρίες τους σχετικά με το θηλασμό. Προσδιορίστηκαν τέσσερα θέματα: a) το θαύμα της μητρότητας μετά τον καρκίνο του μαστού, b) η ιατρική παραπληροφόρηση ή η έλλειψη διαθέσιμων πληροφοριών που οξύνουν τις ανησυχίες των μητέρων, c) οι διατροφικές προκλήσεις μετά τον καρκίνο του μαστού και d) η επιθυμία υποστήριξης κατά την σίτιση του βρέφους. (Chertok, Wolf, & Beigelman , 2020).

Δεν υπάρχουν στοιχεία ότι ο θηλασμός αυξάνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού ή εμφάνισης δεύτερου καρκίνου του μαστού, ούτε ότι εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία του παιδιού. Οι γυναίκες που έχουν λάβει προηγουμένως θεραπεία για καρκίνο του μαστού και δεν παρουσιάζουν στοιχεία υπολειπόμενου όγκου θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάζουν τα παιδιά τους. Ο θηλασμός από το ένα στήθος θα πρέπει να ενθαρρύνεται και να υποστηρίζεται σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, επειδή συχνά είναι επαρκής για την ανάπτυξη του μωρού (Linkeviciute, Notarangelo, & Buonomo, 2020). Ο θηλασμός είναι γνωστό ότι έχει άμεσα και μακροπρόθεσμα οφέλη τόσο για τα βρέφη όσο και για τις μητέρες. Λίγα είναι γνωστά σχετικά με την ασφάλεια και τη σκοπιμότητα του θηλασμού σε γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του μαστού.

Οι Azim et al. πραγματοποίησαν μια έρευνα μεταξύ ασθενών με καρκίνο του μαστού που ολοκλήρωσαν την εγκυμοσύνη τους μετά τη διαχείριση του καρκίνου του μαστού για να εξετάσει τις συμπεριφορές τους κατά τη γαλουχία και την επίδρασή τους στην έκβαση του καρκίνου του μαστού. Από τις 32 γυναίκες που εντοπίστηκαν, οι 20 δέχτηκαν να λάβουν το ερωτηματολόγιο. Δέκα γυναίκες ξεκίνησαν το θηλασμό, 4 σταμάτησαν μέσα σε ένα μήνα και 6 είχαν μακροπρόθεσμη επιτυχία με διάμεση περίοδο 11 μηνών (7–17 μήνες). Οι κύριοι λόγοι για τη μη έναρξη του θηλασμού ήταν η «αβεβαιότητα σχετικά με την ασφάλεια της μητέρας» και η «ανικανότητα για θηλασμό». Η σωστή συμβουλευτική γονιμότητας και επιβίωσης είναι ζωτικής σημασίας και απαιτεί περισσότερη προσοχή στις κλινικές για τον καρκίνο του μαστού (.AzimJr, Bellettini, & Liptrott, 2010).

Στη μελέτη των Higgins & Haffty, 1994 υπήρχαν 11 ασθενείς με καρκίνο του μαστού στο στάδιο I (n=7) ή στο στάδιο II (n=3) που έλαβαν θεραπεία ενώ διατήρησαν τον μαστό (ογκεκτομή). Οι 7 ασθενείς έλαβαν ακτινοβολία ενώ οι 3 ασθενείς έλαβαν χημειοθεραπεία. Οι περισσότερες γυναίκες μπόρεσαν να θηλάσουν επιτυχώς από το μη θεραπευμένο στήθος. Παρατηρήθηκε ότι η παραγωγή γάλακτος ήταν χαμηλότερη στο μαστό που υποβλήθηκε σε θεραπεία και η γαλουχία ήταν πιθανό να είναι πιο δύσκολη μεταξύ των γυναικών που είχαν μια τομή κοντά στη θηλή (Higgins & Haffty, 1994).

Οι Kim et al. , το 2017 μελέτησαν γυναίκες με διηθητικό καρκίνο του μαστού (n=15), 7 από αυτές υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού και 5 υποβλήθηκαν σε

ολική μαστεκτομή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 12 γυναίκες (80,0%) δεν ανέφεραν δυσκολίες στο θηλασμό και χρησιμοποίησαν τον ετερόπλευρο μαστό για θηλασμό (Kim, Ryu , & Paik , 2017).

Οι Faccio et al. το 2020, διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη για να διερευνήσουν την μητρότητα κατά την διάρκεια και μετά από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Πήραν μέρος 38 γυναίκες εκ των οποίων οι 19 είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού ενώ οι άλλες 19 γυναίκες όχι. Εντοπίστηκαν τέσσερα κύρια θέματα: i) φόβοι και ανησυχίες, ii) η έννοια μητρότητας, iii) η σχέση μητέρας-εμβρύου και iv) η υποστήριξη του συντρόφου. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού κύησης περιέγραψαν φόβο για την επιβίωση της δικής τους και του παιδιού τους. Όλες οι γυναίκες με εμπειρία καρκίνου του μαστού αντιλήφθηκαν τον θηλασμό ως θεμελιώδη και η αδυναμία να θηλάσουν προκάλεσε ανησυχία (Faccio, Mascheroni, & Ionio, 2020).

Τέλος οι Bhurosy et al το 2021 δημοσίευσαν μια συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγαν στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, CINAHL, PsychInfo and Web of Science databases, σχετικά με τη σκοπιμότητα και τις προκλήσεις του θηλασμού μεταξύ των επιζώσων από καρκίνο του μαστού σε αναπαραγωγική ηλικία. Στην ανασκόπηση αυτή εξετάστηκαν μελέτες που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1 Ιανουαρίου 1990 έως και 25 Νοεμβρίου 2019. Για την διεξαγωγή της συστηματικής ανασκόπησης αυτή συμπεριλήφθηκαν 13 άρθρα. Μελέτες σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση στρατολόγησαν γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20 και 40 ετών, με τις περισσότερες γυναίκες να είναι στις αρχές και στα μέσα της δεκαετίας των τριάντα. Επτά μελέτες επικεντρώθηκαν σε συμμετέχοντες με πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού τύπου I ή τύπου II. Οι περισσότερες μελέτες (n=8) περιελάμβαναν συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού και/ή έλαβαν θεραπεία με ακτινοβολία. Από την συστηματική ανασκόπηση προέκυψε ότι , η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού διέφεραν μεταξύ των μελετών. Παρόλο που πολλοί επιζώσες από καρκίνο του μαστού είχαν επιτυχείς τοκετούς, δεν θήλασαν όλοι τα βρέφη τους. Μεταξύ 7,7% και 90,9% των επιζώσων από καρκίνο του μαστού που είχαν επιτυχείς τοκετούς προσπάθησαν να θηλάσουν. Η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού διέφεραν μεταξύ των μελετών. Η διάρκεια του θηλασμού κυμαινόταν από μερικές εβδομάδες έως περισσότερα από δύο χρόνια. Η υψηλότερη διάρκεια

θηλασμού παρατηρήθηκε σε μια μελέτη όπου μια επιζώσα από καρκίνο του μαστού, η οποία είχε υποβληθεί σε μαστεκτομή του δεξιού μαστού, μπόρεσε να θηλάσει τα δίδυμα της για περισσότερο από δύο χρόνια. Τα ευρήματα σχετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό δεν ήταν σαφή. Μόνο δύο μελέτες ανέφεραν ρητά αποκλειστικό θηλασμό. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες θήλαζαν αποκλειστικά τα βρέφη τους μεταξύ ενός έως τεσσάρων μηνών, μετά συμπλήρωσαν με τροποποιημένο γάλα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση αυτή, οι παράγοντες που σχετίστηκαν με την έναρξη και συνέχιση του θηλασμού ήταν, i) συμβουλευτική γαλουχίας, συμπεριλαμβανομένων συμβουλών από IBCLC, ii) κίνητρα για θηλασμό παρά τις προκλήσεις, iii) μη αίσθημα άγχους σχετικά με το θηλασμό, iv) πρώιμη επαφή δέρμα με δέρμα, v) συχνό θηλασμό, vi) άντληση μετά τον θηλασμό, vii) χρήση ηλεκτρικού θήλαστρου, viii) χρήση γαλακταγωγών ix) χρήση του υγιή μαστού και x) υποστήριξη για τον θηλασμό.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά, βασικά ευρήματα και περιορισμοί των μελετών που περιλαμβάνονται

Συγγραφείς, έτος	Χώρα	Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	Ερευνητικός σχεδιασμός	Σημαντικά ευρήματα	Δυνατά σημεία (+) και περιορισμοί (-)
Azim Jr. et al., 2010	Ιταλία	<p>Γυναίκες με πρώιμο διηθητικό καρκίνο του μαστού ηλικίας ≤ 40 ετών (n=20)</p> <p>Διάμεση ηλικία κατά τον τοκετό: 36 έτη</p> <p>Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού (BCS) και ακτινοθεραπεία</p>	Τηλεφωνική έρευνα	<p>10 γυναίκες (50%) επιχείρησαν να θηλάσουν</p> <p>4 γυναίκες διέκοψαν τον θηλασμό μετά από ένα μήνα λόγω μειωμένης παραγωγής γάλακτος (n=2) και μαστίτιδας σε μη θεραπευμένο στήθος (n=2)</p> <p>Γυναίκες που θήλασαν για διάμεση διάρκεια 11 μηνών, έλαβαν συμβουλευτική ή γαλουχίας (n=5)</p> <p>Λόγοι για να μην επιχειρήσουν να θηλάσουν: προσωπική επιλογή (n=1)</p>	<p>(+) Λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με το πρότυπο θηλασμού</p> <p>(-) Μικρό μέγεθος δείγματος</p>

				<p>και ιατρική συμβουλευτική κατά του θηλασμού (n=9)</p> <p>Ο λόγος για τον οποίο δεν επιχειρήθηκε θηλασμός από το στήθος που υποβλήθηκε σε θεραπεία ήταν η δυσκολία θηλασμού (n=2), η μειωμένη παραγωγή γάλακτος (n=2) και ο πόνος στο στήθος (n=1)</p>	
Chertok et al.,2020	Ηνωμένες Πολιτείες	20 μητέρες που είχαν εμπειρία με βρεφική σίτιση μετά από καρκίνο του μαστού, συμπεριλαμβανομένου του αποκλειστικού θηλασμού, της μερικής παροχής μητρικού γάλακτος με συμπλήρωμα φόρμουλας και αποκλειστικής σίτισης με τροποποιημένο γάλα.	Ποιοτικές συνεντεύξεις	Οι μητέρες μοιράστηκαν τις αντιλήψεις, τα εμπόδια και τις εμπειρίες τους σχετικά με τη διατροφή των βρεφών. Προσδιορίστηκαν τέσσερα θέματα: το θαύμα της μητρότητας μετά τον καρκίνο του μαστού, η ιατρική παραπληροφό	

				ρηση ή έλλειψη διαθέσιμων πληροφοριών που συμβάλλουν στην όξυνση των ανησυχιών των μητέρων, οι προκλήσεις σίτισης μετά τον καρκίνο του μαστού και η επιθυμία για υποστήριξη κατά τη διατροφή του βρέφους και όχι πίεση.	
Connell et al., 2006	Αυστραλία	Άγνωστος υποτύπος καρκίνου του μαστού (n=13) Διάμεση ηλικία κατά τη διάγνωση: 37 έτη 6 γυναίκες έκαναν ογκεκτομή και 7 γυναίκες μαστεκτομή	Διαμήκης ποιοτικός σχεδιασμός Χρήση ημι-δομημένων τηλεφωνικών συνεντεύξεων ατόμου που διεξήχθησαν τρεις φορές σε διάστημα 12-18 μηνών Χρήση της δομιστικής επιστημολογίας	2 γυναίκες γέννησαν βρέφη μετά τη διάγνωση Η μία δεν ένωθε άνετα να θηλάσει από το θεραπευμένο στήθος Η άλλη (7,7%· 1/13) θήλασε μόνο για λίγες εβδομάδες, έτσι ώστε το στήθος της να είναι σε κατάσταση μη	(-) Η διάρκεια του θηλασμού δεν αξιολογήθηκε με την πάροδο του χρόνου (-) Περιορισμένο δείγμα

				γαλουχίας για μαστογραφία	
Faccio et al.,2020	-	Συνολικά μελετήθηκαν 38 γυναίκες, 19 γυναίκες με διάγνωση BC και 19 όχι.	ποιοτική μελέτη ημιδομημένες συνεντεύξεις	Προσδιορίστηκαν τέσσερα κύρια θέματα: φόβοι και ανησυχίες, έννοια της μητρότητας, σχέση μητέρας-έμβριου και υποστήριξη συντρόφου. Όλες οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονται τον θηλασμό ως θεμελιώδη και η αδυναμία να το παρέχουν τους προκαλεί ανησυχία.	
Gorman et al., 2009	Ηνωμένες Πολιτείες	Σταδίου I (27%) ή II (73%) επιζώσες από καρκίνο του μαστού (n=11) 100% Λευκή φυλή 5 γυναίκες ηλικίας ≤ 30; 4 γυναίκες ηλικίας 31–34 ετών και 2 γυναίκες ηλικίας 35–40 ετών.	Ημιδομημένες τηλεφωνικές συνεντεύξεις ανοιχτού τύπου	10 συμμετέχοντες (90,9%) ξεκίνησαν το θηλασμό Οι συμμετέχοντες θήλασαν τα παιδιά τους για 8 μήνες κατά μέσο όρο Οι	(+) Λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τις αντιλήψεις των επιζωσών από καρκίνο του μαστού σχετικά με το θηλασμό (-) Μικρό δείγμα (-) Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν Λευκοί και οι περισσότεροι από αυτούς

		7 γυναίκες υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή και 4 γυναίκες σε μαστεκτομή		περισσότεροι συμμετέχοντες έλαβαν φόρμουλα αμέσως ή μετά από 1 έως 4 μήνες μετά την έναρξη του θηλασμού Πεποιθήσεις που προέρχονται από τους συμμετέχοντες : προσεκτικά ελπιδοφόρα, εξουθενωτικό να βασίζεσαι σε ένα στήθος, κίνητρο παρά τις προκλήσεις, υποστήριξη και έλλειψη υποστήριξης και ενθάρρυνση των άλλων	είχαν τουλάχιστον πανεπιστημιακή εκπαίδευση
Higgins & Haffty, 1994	Ηνωμένες Πολιτείες	11 ασθενείς με καρκίνο του μαστού σταδίου I (n=7) ή σταδίου II (n=3) που έκαναν θεραπεία διατήρησης του μαστού 7 ασθενείς έλαβαν ακτινοβολία 3 ασθενείς	Τηλεφωνικές ή/και προσωπικές συνεντεύξεις	4 συμμετέχοντες παρουσίασαν γαλουχία από τον μαστό που υποβλήθηκε σε θεραπεία, αλλά μόνο ένας (9,1%) ασθενής θήλασε από τον μαστό που είχε υποβληθεί σε	(-) Μικρό δείγμα (-) Δεν υπάρχουν διαθέσιμα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

		έλαβαν χημειοθεραπεία		<p>θεραπεία για 4 μήνες</p> <p>Οι περισσότερες γυναίκες (% άγνωστο) μπόρεσαν να θηλάσουν επιτυχώς από το μη θεραπευμένο στήθος</p> <p>Η παραγωγή γάλακτος ήταν χαμηλότερη στο μαστό που υποβλήθηκε σε θεραπεία</p> <p>Η γαλουχία ήταν πιθανό να είναι πιο δύσκολη στις γυναίκες που είχαν μια τομή κοντά στη θηλή (n=2)</p>	
Kim et al., 2017	Κορέα	<p>Γυναίκες με διηθητικό καρκίνο του μαστού (n=15)</p> <p>Διάμεση ηλικία: 30,4 έτη</p> <p>7 έλαβαν BCS και 5 υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή</p>	Αναδρομική ανασκόπηση ιατρικών αρχείων σε συνδυασμό με τηλεφωνικές έρευνες	<p>12 γυναίκες (80,0%) δεν ανέφεραν δυσκολίες στο θηλασμό</p> <p>Οι γυναίκες που θήλαζαν χρησιμοποιούσαν ετερόπλευρο μαστό για θηλασμό</p> <p>Η διάρκεια του</p>	(-) Απώλεια παρακολούθησης σημειώθηκε στην αρχή της μελέτης (-) Η διάρκεια του θηλασμού για κάθε γυναίκα δεν είναι διαθέσιμη

				Θηλασμού ήταν 1 έως 12 μήνες	
Bhurosy et al. 2021		Γυναίκες επιζώσες από καρκίνο του μαστού στην αναπαραγωγική ηλικία	Συστηματική ανασκόπηση	<p>Η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού διέφεραν μεταξύ των μελετών. Παρόλο που πολλοί επιζώσες από καρκίνο του μαστού είχαν επιτυχείς τοκετούς, δεν θήλασαν όλοι τα βρέφη τους.</p> <p>Η διάρκεια του θηλασμού κυμαινόταν από μερικές εβδομάδες έως περισσότερα από δύο χρόνια.</p> <p>Η υψηλότερη διάρκεια θηλασμού παρατηρήθηκε σε μια μελέτη όπου μια επιζώσα από καρκίνο του μαστού, η οποία είχε υποβληθεί σε μαστεκτομή του δεξιού μαστού, μπόρεσε να θηλάσει τα δίδυμα της για περισσότερο από δύο χρόνια.</p> <p>Τα ευρήματα</p>	

				<p>σχετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό δεν ήταν σαφή. Μόνο δύο μελέτες ανέφεραν ρητά αποκλειστικό θηλασμό. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες θήλαζαν αποκλειστικά τα βρέφη τους μεταξύ ενός έως τεσσάρων μηνών, όπου μετά συμπλήρωσαν με τροποποιημένο γάλα.</p>	
--	--	--	--	--	--

3.4 Συζήτηση- Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφία σχετικά με τις εμπειρίες και τις ανάγκες των επιζωσών από καρκίνο του μαστού που ενδιαφέρονται για το θηλασμό είναι εξαιρετικά περιορισμένη (Gorman, Usita, & Madlensky , 2009).

Η αποτύπωση της ψυχικής κατάστασης των γυναικών που έμειναν έγκυες και γέννησαν μετά από καρκίνο του μαστού διευκολύνει την κατανόηση του ιδιαίτερου πλαισίου μέσα στο οποίο οι γυναίκες καλούνται να βιώσουν τη γαλουχία. Κατά την περίοδο διάγνωσης του καρκίνου, της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά και της ανάρρωσης, προκύπτουν αλλαγές στην ψυχολογική ευεξία, στο ρόλο και την ταυτότητα των μητέρων. Ο φόβος της υποτροπής της νόσου λόγω εγκυμοσύνης, η ανησυχία για βλάβη στο έμβρυο, η αδυναμία φροντίδας του μωρού, η αγωνία για παραμέληση του παιδιού και ο φόβος για βλάβη στο μωρό λόγω διαταραχής της οικογενειακής δομής είναι μεταξύ των παραγόντων που οδηγούν πολλές

γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην απροθυμία για εγκυμοσύνη. Η έλλειψη πρόσβασης σε έγκαιρη και πλήρη ενημέρωση, ο φόβος της υπογονιμότητας και η βλάβη του εμβρύου σε περίπτωση εγκυμοσύνης προκαλούν επώδυνες ανησυχίες σχετικά με την εγκυμοσύνη. Η κούραση που προκύπτει από τη μακρά περίοδο θεραπείας και οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλούν πρωτόγνωρες ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ο θυμός, το άγχος, η επιθετικότητα και ο εκνευρισμός δημιουργούν προβλήματα επικοινωνίας στους ασθενείς και τους συζύγους τους, καθώς και πολλές αντιπαραθέσεις και διαμάχες στη ζωή τους. Η αρνητική σκέψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η έλλειψη αυτοπεποίθησης μαζί με την κούραση και τη νευρικότητα των συζύγων τονίζουν έντονα τον φόβο του χωρισμού από τη σύζυγο και τη διατάραξη της οικογενειακής δομής, μετατρέποντας όλα αυτά τα ζητήματα σε ακραία πρόκληση στον τομέα της τεκνοποίησης. Παράλληλα με αυτά τα ζητήματα, το ενδιαφέρον και η προθυμία για τεκνοποίηση από την πλευρά της συζύγου προκαλούν ακόμη περισσότερες προκλήσεις. Η ανησυχία για τη στειρότητα και τη δια βίου απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας ως μεγάλος φόβος μαζί με ένα αίσθημα απογοήτευσης και απόγνωσης δυσχεραίνει τη ζωή των ασθενών και των συζύγων τους και ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού που σχετίζεται με τη στειρότητα οδηγεί σε απομόνωση και αίσθηση αναποτελεσματικότητας στους ασθενείς. Ο φόβος της στειρότητας, οδηγεί τους ασθενείς σε αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους, ασυνέπεια, διαταραχές ύπνου, αίσθηση ανικανότητας και κατάθλιψη, κάνοντας τους ευερέθιστους και επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους σε ψυχολογικές και πνευματικές διαστάσεις. Συνολικά, οι ψυχολογικές αντιδράσεις και οι διαταραχές επικοινωνίας που σχετίζονται με τον καρκίνο μετατρέπουν την τεκνοποίηση σε ένα μεγάλο ερωτηματικό στο μυαλό των συμμετεχόντων και των οικογενειών τους (Ghaemi, Keshavarz, & Tahmasebi, 2019). Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι μητέρες μπορούν να επωφεληθούν από τη συνεχή και προσαρμοσμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις, ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. (Kuswanto, Stafford, & Sharp, 2018)

Έχουν εντοπιστεί πολλά βασικά θέματα που περιγράφουν τις εμπειρίες των επιζώσων από καρκίνο του μαστού με το θηλασμό. Αν και εκείνες που θήλασαν αντιμετώπισαν πολλά εμπόδια, ήταν γενικά θετικές σχετικά με τις εμπειρίες τους και ενθάρρυναν άλλες επιζώσες

από καρκίνο του μαστού που μπορεί να ενδιαφέρονται να θηλάσουν να μην αφήσουν τον καρκίνο του μαστού να τους εμποδίσει να προσπαθήσουν. Η παροχή γάλακτος ήταν ένα σημαντικό ζήτημα για τις περισσότερες.

Οι δυσκολίες που σχετίζονται με την ύπαρξη μόνο ενός μαστού σε γαλουχία, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλότερης παροχής γάλακτος, του σωματικού πόνου και της εξάντλησης, αποτέλεσαν σημαντικά εμπόδια για αυτήν την ομάδα επιζώσων από καρκίνο του μαστού. Η βιβλιογραφία σχετικά με τις εμπειρίες των θηλαζουσών γυναικών γενικά περιγράφει παρόμοιες προκλήσεις. Οι συνήθεις λόγοι που δίνονται για τον τερματισμό του θηλασμού περιλαμβάνουν επώδυνες θηλές, ανεπαρκή παροχή γάλακτος, δυσκολίες στο βρέφος και αντιλήψεις ότι το βρέφος δεν ήταν ικανοποιημένο. Η αντίληψη της ανεπαρκούς παροχής γάλακτος είναι ένας κοινός λόγος για την απόφαση απογαλακτισμού, ακόμη και στον γενικό πληθυσμό, αν και είναι απίθανο να υπάρχει φυσιολογική αιτία για τη συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών. Αν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιζώσες από καρκίνο του μαστού αντικατοπτρίζουν με πολλούς τρόπους αυτά των γυναικών χωρίς καρκίνο του μαστού, η διαθεσιμότητα γάλακτος μόνο από το ένα στήθος φαίνεται να τα έχει ενισχύσει. Το άγχος για το θηλασμό και η έλλειψη της υποστήριξης για θηλασμό ήταν κάτι που πολλές γυναίκες ανέφεραν ότι το βίωσαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γενικά προερχόμενο από ανησυχίες σχετικά με την επαρκή παροχή γάλακτος. Οι πιθανές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν επαγγελματική υποστήριξη μέσω συμβούλων γαλουχίας που έχουν εκπαιδευτεί για να ανταποκρίνονται στις μοναδικές προκλήσεις των επιζώσων από καρκίνο του μαστού, ενθάρρυνση της υποστήριξης συζύγου/συντρόφου και υποστήριξης από άλλους επιζώντες καρκίνου του μαστού που έχουν θηλάσει. Ο θηλασμός είναι ένας αγώνας για πολλές γυναίκες και ακόμη περισσότερο για τις επιζώσες από καρκίνο του μαστού που έχουν συνήθως μόνο ένα στήθος που θηλάζει.

Η κατανόηση των εμπειριών των γυναικών που γέννησαν μετά από καρκίνο του μαστού μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες σε παρόμοιες καταστάσεις να γνωρίζουν ότι δεν είναι μόνες, να εντοπίσουν πόρους, να έχουν πρόσβαση σε υποστήριξη από ομότιμους και να αναζητήσουν συμβουλές για τη διατροφή των βρεφών βασισμένες σε στοιχεία από τους παρόχους

υγειονομικής περίθαλψης που εμπλέκονται στη φροντίδα τους (Chertok, Wolf, & Beigelman , 2020)

Συμπερασματικά, η επαρκής συμβουλευτική για την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία πρέπει να αντιμετωπίζεται πιο σωστά στις κλινικές για τον καρκίνο του μαστού. Η άρνηση της ευκαιρίας σε επιζώσες από καρκίνο του μαστού να μείνουν έγκυες ή/και να θηλάσουν παραμένει αδικαιολόγητη ελλείψει αποδεικτικών στοιχείων. Αυτό θα βελτίωνε πράγματι την ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών και θα τις βοηθούσε να αποκαταστήσουν ξανά την κανονική τους ζωή (.AzimJr, Bellettini, & Liptrott, 2010). Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες με βελτιωμένη μεθοδολογική ποιότητα για τη διερεύνηση αυτών των θεμάτων σε βάθος.

Βιβλιογραφία

- Aditya Jayanthi, V., Bikas Das, A., & Saxena, U. (2020). Grade-specific diagnostic and prognostic biomarkers in breast cancer. *Genomics*, 388–396.
- Bhurosy, T., Niu, Z., & Heckman, C. (2021). Breastfeeding is possible: a systematic review on the feasibility and challenges of breastfeeding among breast cancer survivors of reproductive age. *Ann Surg Oncol*, 3723–3735.
- Del Ciampo, L., & Del Ciampo, I. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 354-359.
- Faupel-Badger, J., Arcaro, K., & Balkam, J. (2013). Postpartum Remodeling, Lactation, and Breast Cancer Risk. *JNCI*, 166-174.
- Lambertini, M., Blondeaux, E., & Bruzzone, M. (2021). Pregnancy After Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 3293-3305.
- Nejatisafa, A.-A., Faccio, F., & Nalini, R. (2020). Psychological Aspects of Pregnancy and Lactation in Patients with Breast Cancer. *Diseases of the Breast during Pregnancy and Lactation*, 199–207.
- Azim Jr, H., Bellettini, G., & Liptrott, S. (2010). Breastfeeding in breast cancer survivors: Pattern, behaviour and effect on breast cancer outcome. *The Breast*, 527-531.
- Akram, M., Iqbal, M., & Daniyal, M. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res*, 33.
- Albrektsen, G., Heuch, I., & Hansen, S. (2005). Breast cancer risk by age at birth, time since birth and time intervals between births: exploring interaction effects. *British Journal of Cancer*, 167–175.
- Arteaga-Gómez, A., Vázquez-Castellanos, G., & Sepúlveda-Rivera, C. (2021). Perinatal outcomes in young women with breast cancer and pregnancy. *GACETA MÉDICA DE MÉXICO*, 416-421.
- Azim Jr., H., Santoro, L., & Pavlidis, N. (2011). Safety of pregnancy following breast cancer diagnosis: A meta-analysis of 14 studies. *European Journal of Cancer*, 74-83.
- Blakely, L., Buzdar, A., & Lozada, J. (2004). Effects of pregnancy after treatment for breast carcinoma on survival and risk of recurrence. *Cancer*, 465-469.
- Chertok, I., Wolf, J., & Beigelman, S. (2020). Infant feeding among women with a history of breast cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, pages356–362 .
- Connell, S., Patterson, C., & Newman, B. (2006). A qualitative analysis of reproductive issues raised by young Australian women with breast cancer. *Health Care for Women International*, 94–110.
- Critical Appraisal Skills Programme. CASP Appraisal Checklists. Oxford, UK: CASP 2017; Accessed June 2022
- Dalberg, K., Eriksson, J., & Holmberg, L. (2006). Birth Outcome in Women with Previously Treated Breast Cancer—A Population-Based Cohort Study from Sweden. *Plos medicine*, 1.

- Facchin, F., Scarfone, G., & Tamanza, G. (2021). "Lights and Shadows": An Interpretative Phenomenological Analysis of the Lived Experience of Being Diagnosed With Breast Cancer During Pregnancy. *Front. Psychol.*, 3-10.
- Faccio, F., Mascheroni, E., & Ionio, C. (2020). Motherhood during or after breast cancer diagnosis: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 1-10.
- Ferrari, F., Faccio, F., & Peccatori, F. (2018). Psychological issues and construction of the mother-child relationship in women with cancer during pregnancy: a perspective on current and future directions. *BMC Psychol*, 10.
- Gorman, J., Usita, P., & Madlensky, L. (2009). A qualitative investigation of breast cancer survivors' experiences with breastfeeding. *Journal of Cancer Survivorship*, 181-191.
- Green, S., Higgins, J., Alderson, P., & Clarke, M. (2008). Cochrane Reviews: Introduction. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 3-9.
- Higgins, S., & Hafty, B. (1994). Pregnancy and Lactation after Breast-Conserving Therapy for Early Stage Breast Cancer. *CANCER*, 2175-2180.
- Kim, I., Ryu, J., & Paik, H. (2017). Fertility Rates in Young Korean Breast Cancer Patients Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone and Chemotherapy. *Journal of Breast Cancer*, 91-97.
- Kothari, C., Diorio, C., & Durocher, F. (2020). The Importance of Breast Adipose Tissue in Breast Cancer. *Int J Mol Sci.*, 5760.
- Krishna, I., & Lindsay, M. (2013). Breast Cancer in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 559-571.
- Kroman, N., Jensen, M.-B., & Wohlfahrt, J. (2008). Pregnancy after treatment of breast cancer – A population-based study on behalf of Danish Breast Cancer Cooperative Group. *Acta Oncologica*, 545-549.
- Kuswanto, C., Stafford, L., & Sharp, J. (2018). Psychological distress, role, and identity changes in mothers following a diagnosis of cancer: A systematic review. *Psycho oncology*, 2700-2708.
- Lambe, M., Hsieh, C.-c., & Trichopoulos, D. (1994). Transient Increase in the Risk of Breast Cancer after Giving Birth. *N Engl J Med*, 331.
- Langagergaard, V., Gislum, M., & Skriver, M. (2006). Birth outcome in women with breast cancer. *British Journal of Cancer*, 142-146.
- LEE, S., KIM, M., & KIM, S. (2003). Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: A Korean Women's Cohort Study. *Int. J. Cancer*, 390-393.
- LET HA BY, A., O'NEIL, M., & Barbara H. MASON. (1996). OVERALL SURVIVAL FROM BREAST CANCER IN WOMEN PREGNANT OR LACTATING AT OR AFTER DIAGNOSIS. *Int. J. Cancer*, 751-755.
- Linkeviciute, A., Notarangelo, M., & Buonomo, B. (2020). Breastfeeding After Breast Cancer: Feasibility, Safety, and Ethical Perspectives. *Journal of Human Lactation*, 1-10.

- Lipworth, L., Bailey, R., & Trichopoulos, D. (2000). History of Breast-Feeding in Relation to Breast Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 302-312.
- MacMahon, B., Cole, P., & Lin, T. (1970). Age at first birth and breast cancer risk. *Bull World Health Organ*, 209–221.
- MAUGHAN, K., LUTTERBIE, M., & HAM, P. (2010). Treatment of Breast Cancer. *Am Fam Physician*, 1339-1346.
- McDonald, E., Clark, A., & Tchou, J. (2016). Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. *Journal of Nuclear Medicine*, 9S-16S.
- Mueller, B., Simon, M., & Deapen, D. (2003). Childbearing and Survival after Breast Carcinoma in Young Women. *American Cancer Society*, 1131-1140.
- Nagata, C., Mizoue, T., & Tanaka, K. (2011). Breastfeeding and Breast Cancer Risk: An Evaluation Based on a Systematic Review of Epidemiologic Evidence Among the Japanese Population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 124–130.
- Nejatisafa, A.-A., Faccio, F., & Nalini, R. (2020). Psychological Aspects of Pregnancy and Lactation in Patients with Breast Cancer. *Diseases of the Breast during Pregnancy and Lactation*, 199–207.
- Pagani, O., & Azim Jr, H. (2012). Pregnancy after Breast Cancer: Myths and Facts. *BreastCare*, 210–214.
- Peterson, N., Huang, Y., & Newcomb, P. (2008). Childbearing Recency and Modifiers of Premenopausal Breast Cancer Risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 3284–3287.
- Radecka, B., & Litwiniuk, M. (2016). Breast cancer in young women. *Ginekologia Polska*, 659–663.
- RIBEIRO, G., & PALMER, M. (1977). Breast carcinoma associated with pregnancy: a clinician's. *British Medical Journal*, 1524-1527.
- Rippy, E., Karat, I., & Kissin, M. (2009). Pregnancy after breast cancer: The importance of active counselling and planning. *The Breast*, 345-350.
- Rita Tavares, T. B. (2018). Mothers with breast cancer: A mixed-method systematic review on the impact on the parent-child relationship. *Psycho-oncology*, 367-375.
- SKULI ASGEIRSSON, K. (2010). Pregnancy-associated breast cancer. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 158-166.
- Stuebe, A., Willet, W., & Xue, F. (2009). Lactation and Incidence of Premenopausal. *Arch Intern Med*, 1364-1371.
- Subramani, R., & Lakshmanaswamy, R. (2017). Chapter Three - Pregnancy and Breast Cancer. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 81-111.
- Sun, Y.-S., Zhao, Z., & Yang, Z.-N. (2017). Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci*, 1387–1397.

- Vanstone, R., Fergus, K., & Ladhani, N. (2021). Reproductive concerns and fear of cancer recurrence: a qualitative study of women's experiences of the perinatal period after cancer. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 738.
- Woo, J., Yu, T., & Hurd, T. (2003). Breast Cancer in Pregnancy. *Arch Surg*, 91-98.
- Yeo, S., & Guan, J.-L. (2017). Breast Cancer: Multiple Subtypes within a Tumor? *Trends Cancer*, 753–760.
- Yusuf, A., Ab Hadi, I., & Mahmood, Z. (2013). Understanding the Breast Cancer Experience: a Qualitative Study of Malaysian Women. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 3689-3698.
- Αναστασάκου, Κ. (2022, 3 1). *Ανατομία του μαστού*. Ανάκτηση από <https://www.anastasakou.gr/el:https://www.anastasakou.gr/el/%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%AE%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CE%BC%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%8D/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BC%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%8D>
- Λυμπερόπουλος, Η. (2022, 4 3). *Καρκίνος μαστού και Κύηση*. Ανάκτηση από www.iaso.gr:https://www.iaso.gr/blog/details/blogs/2020/04/13/karkinos-mastou-ke-kiisi-254