

Η χρήση των μεθόδων  
προσυμπτωματικού ελέγχου για  
τον καρκίνο μαστού και του  
τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες  
της Πάτρας και ο ρόλος του  
Νοσηλευτή

---

Σπουδάστριες:

**Μποχατζιάρ Αντωνία**

**Μποχατζιάρ Φωτεινή**

Εισηγητής:

**Δρ. Στεφανόπουλος**

**Νικόλαος**

## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας που μας στήριξαν ψυχολογικά και οικονομικά αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας ζωής.

Τον καθηγητή μας κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο, που με την πολύτιμη βοήθεια του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία παρά τις δυσκολίες που συναντήσαμε.

Τον κ. Δετοράκη Ιωάννη για τις πολύτιμες συμβουλές και την ψυχολογική στήριξη.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος μαστού και του τραχήλου της μήτρας παραμένουν οι δυο πιο συχνοί τύποι καρκίνου παγκοσμίως, με μεγάλη θνητότητα. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η συμμετοχή των Ελληνίδων της Πάτρας στις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου μαστού και του τραχήλου της μήτρας και ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

**Υλικό – Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στην πάτρα την χρονική περίοδο Σεπτέμβριο 2015 – Φεβρουάριο 2016. Συλλέχθηκαν 120 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 112 ήταν ορθά και πλήρως συμπληρωμένα. Οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 32 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 3 ήταν ποσοτικές μεταβλητές ανοιχτού τύπου και οι 28 ήταν ποιοτικές κλειστού τύπου, που αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, στην σεξουαλική τους δραστηριότητα, στον θηλασμό, τις κακές συνήθειες, τον τρόπο ενημέρωσης, την αυτοεξέταση μαστού, την μαστογραφία, το εμβόλιο HPV και το τεστ Παπανικολάου (Τεστ ΠΑΠ).

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν ίση περίπου με τα 39 έτη. Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν πως έκαναν αυτοεξέταση μαστού κάθε χρόνο, σημαντικό όμως είναι πως μια στις τέσσερις γυναίκες δεν κάνουν καθόλου αυτοεξέταση μαστού. Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν πως έκαναν την αυτοεξέταση την 8<sup>η</sup> με 10<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου. Μεγάλο είναι και το ποσοστό των γυναικών που δεν γνώριζαν πότε πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση. Επίσης, η πλειοψηφία των γυναικών ηλικίας μικρότερης των 40 ετών δεν πραγματοποιούν μαστογραφία, σε αντίθεση με τις γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών που κάνουν μαστογραφία. Το 18% των γυναικών είχαν κάνει εμβόλιο για το HPV. Το 17% των γυναικών δήλωσαν πως δεν έκαναν ποτέ το τεστ ΠΑΠ. Μόλις το 23% των γυναικών έκαναν το τεστ σε διάστημα 8-12 μήνες μετά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε πως έκαναν το τεστ κάθε χρόνο, το 18% κάθε 2 χρόνια και το 6 % κάθε τρία, ενώ το 20 % του δείγματος δεν έκανε καθόλου το τεστ. Επίσης μόνο μία στις συμμετέχουσες γνώριζαν πως το τεστ είναι προτιμότερο να γίνει κοντά στα μέσα του φυσιολογικού κύκλου, ενώ το 23% δεν γνώριζαν πότε είναι προτιμότερο να γίνεται και το 32% των γυναικών απάντησαν λανθασμένα.

**Συμπεράσματα:** Οι μικρότερες σε ηλικία γυναίκες δεν κάνουν προσυμπτωματικούς ελέγχους τόσο όσο οι μεγαλύτερες. Οι γυναίκες με μικρότερο μηνιαίο εισόδημα έκαναν σε μεγαλύτερο βαθμό το εμβόλιο του HPV, σε σχέση με τις γυναίκες με μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο μεγαλύτερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, τόσο πιο συχνά πραγματοποιούσαν αυτοεξέταση μαστού.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	3
Περιεχόμενα.....	4
Γενικό Μέρος.....	6
Κεφάλαιο 1 .....	7
1. Προσυμπτωματικός έλεγχος .....	8
2. Αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού.....	11
3. Αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του τραχήλου της μήτρας.....	12
4. Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού .....	13
5. Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.....	14
Κεφάλαιο 2 .....	16
1. Εισαγωγή.....	17
2. Ανατομία Μαστού .....	18
3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	21
4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	24
5. Κλινική εικόνα του Καρκίνου του Μαστού.....	28
6. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	30
7. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	36
8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	43
Κεφάλαιο 3 .....	48
1. Προληπτικές διαδικασίες .....	49
2. Πρωτογενής πρόληψη.....	50
3. Δευτερογενής πρόληψη.....	52
4. Μέθοδοι διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου .....	54
5. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου μαστού .....	57
6. Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη.....	59
7. Αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ).....	65
8. ΜΟΝΤΕΛΟ GAIL (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ).....	71
9. Π.Ο.Υ. - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	72

10.	ΕΥΡΩΠΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	73
11.	ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	74
12.	ΚΟΣΜΙΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΑ.....	77
	Κεφάλαιο 4 .....	78
1.	Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	79
2.	Τεστ Παπανικολάου.....	80
3.	Αιτιολογία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας .....	81
4.	Μόλυνση από τον ιό Human Papilloma Virus.....	85
5.	Τρόπος μετάδοσης της HPV λοίμωξης.....	86
6.	Μέθοδοι ανίχνευσης της HPV λοίμωξης.....	87
7.	Πρόληψη – Εμβόλιο .....	88
	<b>Ειδικό μέρος</b> .....	90
	Κεφάλαιο 5 .....	91
1.	Σκοπός της Έρευνας .....	92
2.	Ταυτοποίηση της έρευνας.....	93
3.	Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	130
	Κεφάλαιο 6 .....	148
1.	Συζήτηση.....	149
2.	Περιορισμοί της έρευνας .....	152
3.	Προτάσεις .....	153
	Βιβλιογραφία .....	154

# **Γενικό Μέρος**

# **Κεφάλαιο 1**

## 1. Προσυμπτωματικός έλεγχος

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για την ανίχνευση πιθανών παθήσεων σε πρώιμο στάδιο μπορεί να αποφέρει εξαιρετικά οφέλη στο άτομο, εφόσον υφίσταται θεραπεία για τη βελτίωση την πρόγνωσής του, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο εν γένει αν η πρόγνωση μπορεί να οδηγήσει σε πρωτογενή πρόληψη και στην αποφυγή περισσότερων κρουσμάτων (Chamberlain M.J, 1984). Παρόλα αυτά, η εμφάνιση των ωφελειών του προσυμπτωματικού ελέγχου στην υγεία του πληθυσμού δεν επιτυγχάνεται απόσποραδικές, περιστασιακές ανταλλαγές φροντίδας μεταξύ ιατρού και ασθενή αλλά από την υιοθέτηση της οπτικής της κοινωνίας, εστιάζοντας συστηματικά σε ένα πληθυσμό στόχο (Susser M, 1975)

**Πίνακας 1. Οφέλη και μειονεκτήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου**

Οφέλη	Μειονεκτήματα
Βελτιωμένη πρόγνωση για τις περιπτώσεις που ανιχνεύονται	Παρατεταμένη νοσηρότητα στις περιπτώσεις που η πρόγνωση δεν αλλάζει
Λιγότερο δραστικές θεραπείες για την αντιμετώπιση ασθενειών σε πρώιμο στάδιο	
Εξοικονόμηση πόρων	Κόστος πόρων
Καθησυχασμός των ατόμων με αρνητικά αποτελέσματα	Εσφαλμένος καθησυχασμός των ατόμων με λάθος αρνητικά αποτελέσματα
	Ενδεχόμενοι κίνδυνοι του προσυμπτωματικού ελέγχου (ακτινοβολία)

Μπορεί η έννοια του προσυμπτωματικού ελέγχου να είναι απλή η εισαγωγή του όμως στην κλινική πρακτική είναι αρκετά πολύπλοκη. Για το λόγο αυτό και την αποφυγή των ενδεχόμενων κινδύνων αναπτύχθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία πρέπει να πληρούνται πριν την εφαρμογή κάθε προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου.

(Love et all, 1971)

Ως εκ τούτου, κάθε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου οφείλει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια πριν την εισαγωγή του στην κλινική πρακτική (Πίνακας 2) καθώς και να αξιολογείται ως προς την καταλληλότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του όπως προτείνουν οι (Πίνακας 3) (Cochrane και Holland, 1971).

**Πίνακας 2. Κριτήρια προσυμπτωματικού ελέγχου**

Κατηγορία	Κριτήρια
<b>Πάθηση</b>	Η πάθηση θα πρέπει να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και της οποίας η φυσική ιστορία, συμπεριλαμβανομένης της εξέλιξης της από λανθάνουσα σε αναγνωρισμένη νόσο, να είναι επαρκώς κατανοητή. Η πάθηση θα πρέπει να έχει ένα εμφανές λανθάνον ή πρώιμο συμπτωματικό στάδιο (early symptomatic stage)
<b>Διάγνωση</b>	Θα πρέπει να υπάρχει μια κατάλληλη δοκιμασία η οποία να είναι διαθέσιμη, ασφαλής και αποδεκτή από το κοινό. Θα πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή πολιτική, βασισμένη σε ικανοποιητικά ευρήματα ερευνών και εθνικά πρότυπα, ως



	προς το ποιους θεωρεί ασθενείς, και η όλη διαδικασία να είναι συνεχής.
<b>Θεραπεία</b>	Θα πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή και καθιερωμένη θεραπεία ή παρέμβαση για τα άτομα που θα διαγνωσθούν να έχουν την ασθένεια ή τους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή της καθώς και διαθέσιμες εγκαταστάσεις για θεραπεία.
<b>Κόστος</b>	Το κόστος (συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης και θεραπείας) θα πρέπει να είναι οικονομικά ισορροπημένο σε σχέση με τα πιθανά έξοδα για ιατρική φροντίδα στο σύνολό τους.

**Πίνακας 3. Κριτήρια αξιολόγησης προσυμπτωματικού ελέγχου**

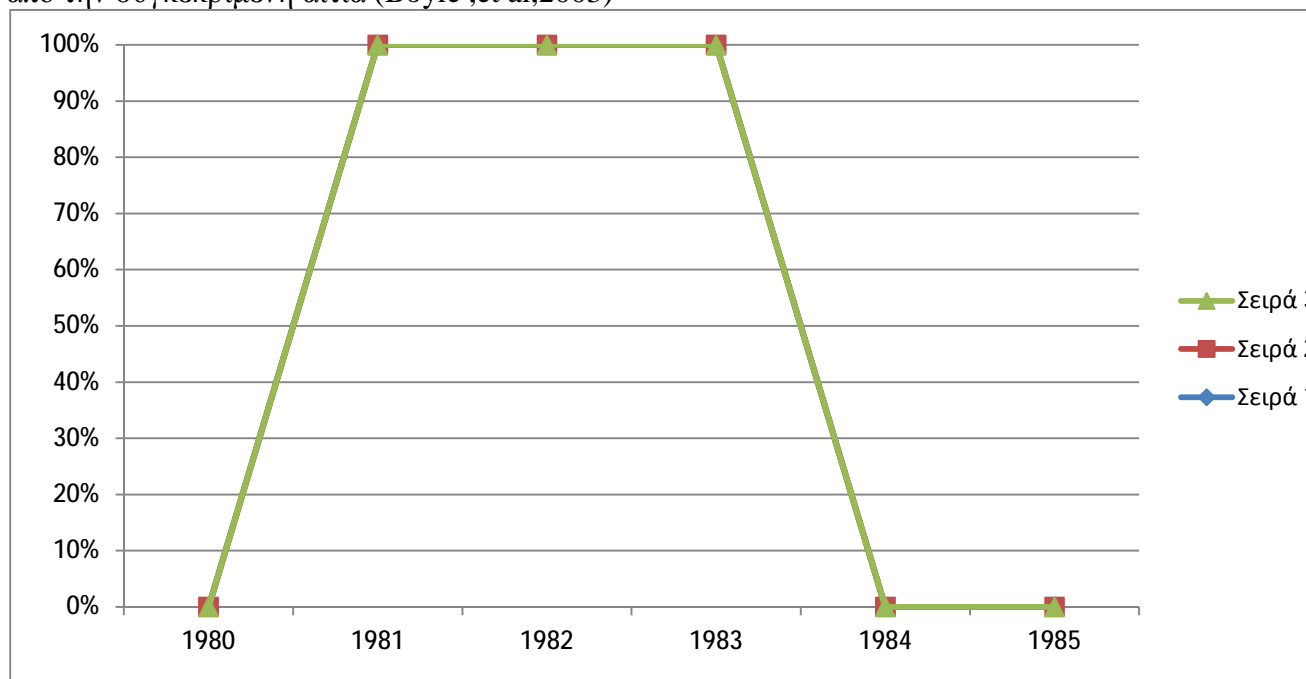
<b>Παράγοντας</b>	<b>Κριτήρια</b>
<b>Απλότητα</b>	Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι απλή στην εφαρμογή της, εύκολη στην ερμηνεία της και αν είναι δυνατό ικανή να χρησιμοποιηθεί και από μη ιατρικό προσωπικό
<b>Αποδεκτικότητα</b>	Δεδομένης της εθελοντικής συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο, η δοκιμασία θα πρέπει αν είναι αποδεκτή από το κοινό
<b>Ακρίβεια</b>	Η δοκιμασία θα πρέπει να παρέχει μια πραγματική και αξιόπιστη μέτρηση της υπό εξέτασης πάθησης ή συμπτώματος
<b>Κόστος</b>	Το κόστος της δοκιμασίας πρέπει να εκτιμηθεί βάσει του οφέλους από την έγκαιρη διάγνωση της πάθησης
<b>Επαναληψιμότητα</b>	Η δοκιμασία θα πρέπει να παρέχει συνεπή αποτελέσματα σε επαναλαμβανόμενες δοκιμές
<b>Ευαισθησία</b>	Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι ικανή να παρέχει θετικά ευρήματα όταν το άτομο που ελέγχεται πάσχει από την ασθένεια που διεγνώσθη
<b>Ειδικότητα</b>	Η δοκιμασία θα πρέπει να παρέχει αρνητικά ευρήματα όταν το άτομο που ελέγχεται δεν πάσχει από την ασθένεια που διεγνώσθη

Η εκπλήρωση των παραπάνω κριτηρίων αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την υιοθέτηση ενός οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Σε αντίθετη περίπτωση ο έλεγχος μπορεί να ζημιώσει τόσο το άτομο όσο και το σύστημα υγείας καθώς ενδέχεται να αποβεί αναποτελεσματικός, μη αποδοτικός και εξαιρετικά δαπανηρός. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA, Prostate Specific Antigen) ως προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του προστάτη. Η αδυναμία της

συγκεκριμένης δοκιμασία έγκειται στο γεγονός ότι στερείται ακρίβειας και ειδικότητας (Holland et all, 2006, Imamura et all ,2008) δίνοντας συχνά ψευδώς θετικά αποτελέσματα με συνέπεια να προκαλεί άγχος και νοσηρότητα στα άτομα που λαμβάνουν τη δοκιμασία, υποβάλλοντάς τα σε περεταίρω εξετάσεις και ακατάλληλες θεραπείες οι οποίες αυξάνουν δραματικά το κόστος παράγοντας ταυτόχρονα αναξιόπιστους δείκτες κόστους αποτελεσματικότητας. Εν τούτοις, ακόμα και αν ο έλεγχος πληροί τα κριτήρια των Cochrane και Holland τα προγράμματα θα πρέπει να εφαρμόζονται στο σύνολο του πληθυσμού υιοθετώντας την οπτική της κοινωνία και να οργανώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξετάζεται όσο τον δυνατό μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού στόχου. Η αδυναμία των συστημάτων υγείας να υιοθετήσουν ελέγχους και να οργανώσουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο, τα οποία αποδεικνύεται ότι μπορούν να συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση χωρίς να ζημιώνουν το άτομο και το σύστημα υγείας, ακούσια προάγουν τον ευκαιριακό έλεγχο οποίος αποδεικνύεται λιγότερο αποτελεσματικός αλλά και πιο δαπανηρός από τον οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο όπως εκτιμάται από μελέτες οικονομικής αξιολόγησης του προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Cochrane, Holland ,1971).

## 2. Αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού

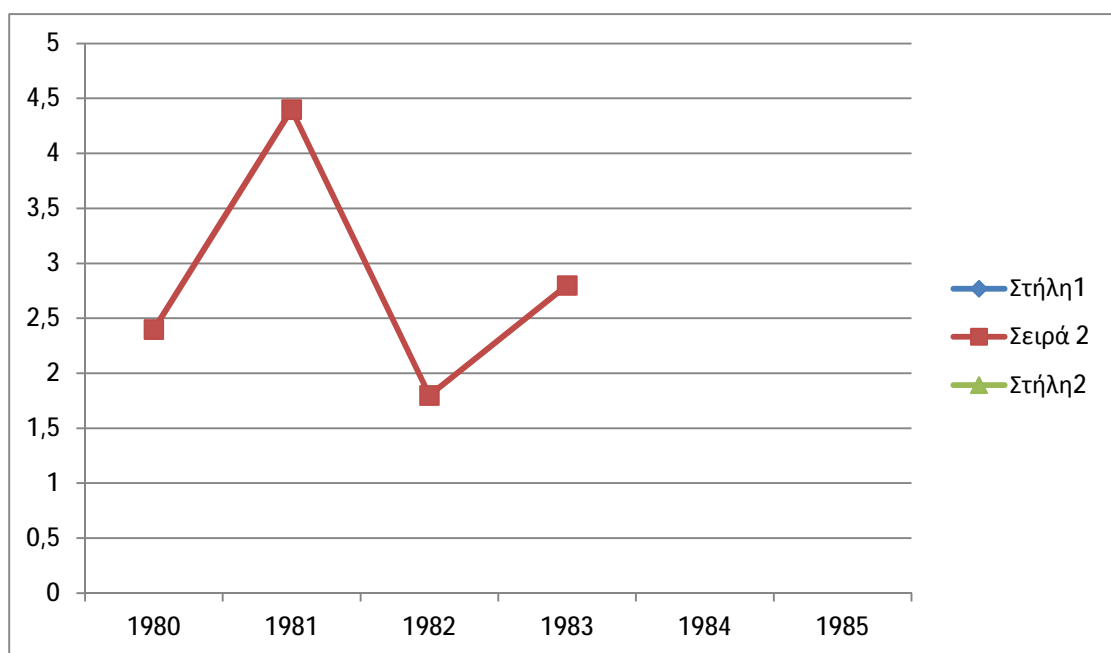
Η αποτρεπτή θνησιμότητα από νεοπλάσματα του μαστού, εμφανίζει σχετικά σταθερή εικόνα μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Εικόνα 1). Την τελευταία δεκαετία ο δείκτης εμφανίζει σταδιακή υποχώρηση (1980 -2007 μείωση 13%) χωρίς παρόλα αυτά να δικαιολογεί κανενός είδους εφησυχασμό καθώς η Ελλάδα, μαζί με τις λοιπές χώρες του Μεσογειακού Νότου (Ισπανία, Πορτογαλία και λιγότερο η Ιταλία) παρουσιάζει ανησυχητικές καθυστερήσεις στον έλεγχο της θνησιμότητας από την συγκεκριμένη αιτία (Boyle ,et al,2003)



Εικόνα 1: Προτυποποιημένη αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού

### 3. Αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του τραχήλου της μήτρας

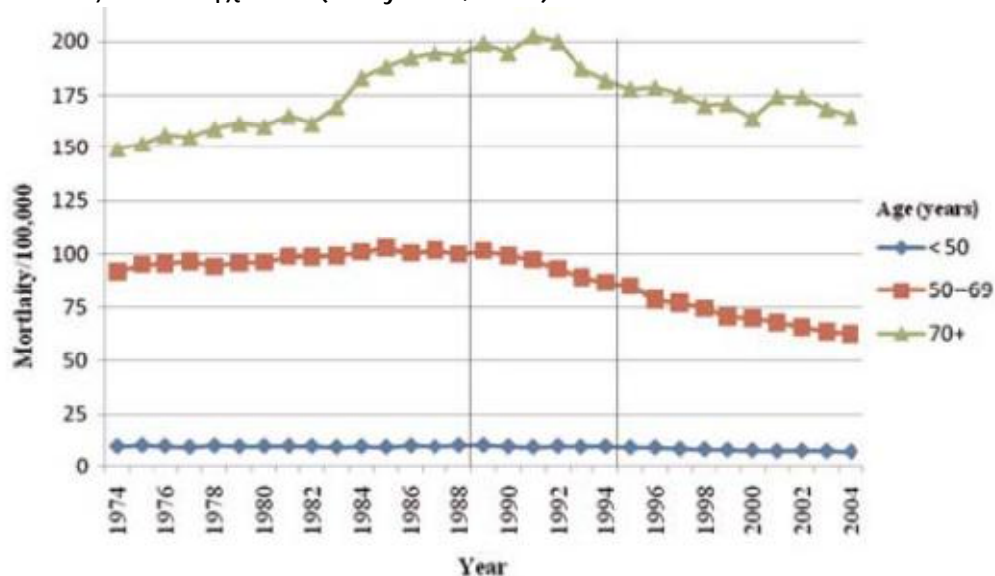
Η αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει πτωτικές τάσεις με μέση μείωση μεταξύ περιόδου 1980-1984 και 2002-2007 ίση με 41% (Γράφημα 5). Παρόλα αυτά η σταθεροποίηση του δείκτη μετά το 2000 σε επίπεδα μεταξύ 0,6 και 0,8, δεν δικαιολογεί κανενός είδους εφησυχασμό. Το εύρημα αυτό, πιθανόν να υποδηλώνει πραγματικές ανεπάρκειες, ιδιαίτερα σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, στην εφαρμογή σε μαζική κλίμακα τακτικού προληπτικού ελέγχου (Pap test κ.λ.π.) ή και την παράλληλη αύξηση του επιπολασμού καταστάσεων που ενοχοποιούνται ως προδιαθεσιακοί παράγοντες, όπως η μόλυνση από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV). (ΕΣΔΥ, 2009)



Εικόνα 2: Προτυποποιημένη αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα τραχήλου της μήτρας

#### 4. Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού

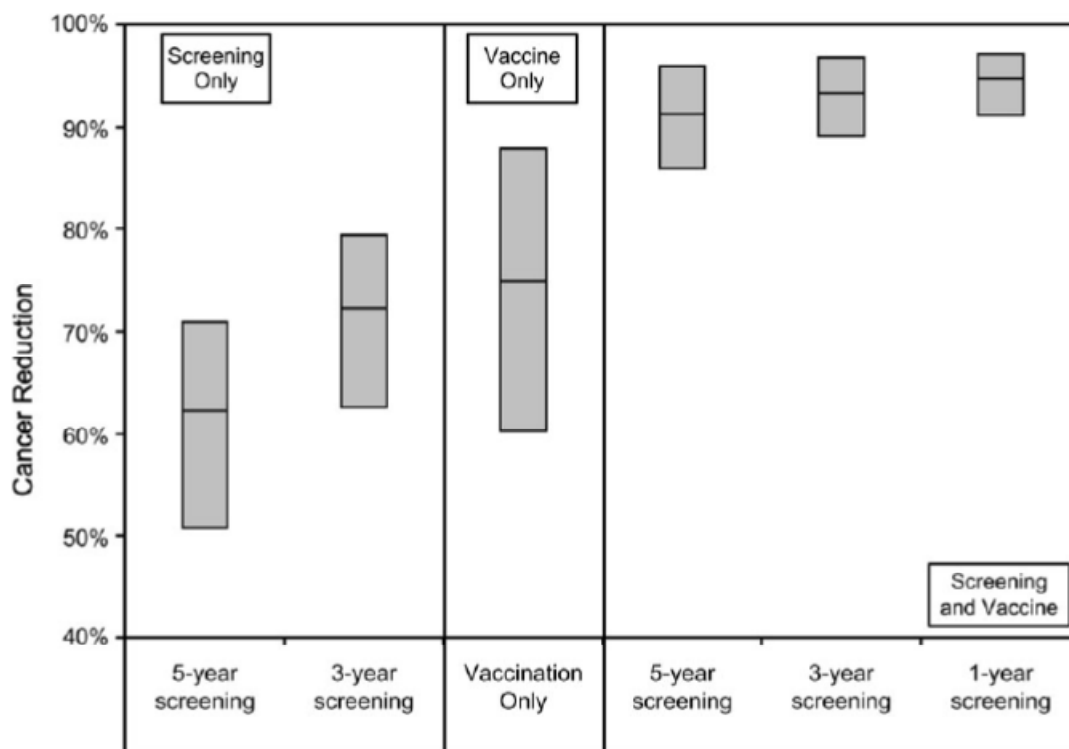
Το πρόγραμμα καλεί για μαστογραφία κάθε 2 ή 3 έτη γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40 και 74 ετών η οποίες δεν έχουν διαγνωσθεί με την ασθένεια. Τα ηλικιακά όρια του πληθυσμού-στόχου καθώς και η συχνότητα διεξαγωγής των ελέγχων διαφέρουν ανά χώρα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν αυτά της Σλοβενίας όπου ο προσυμπτωματικός έλεγχος παρέχεται περιοδικά σε γυναίκες 40-60 ετών, της Εσθονίας της οποίας πρόγραμμα απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 45-59 ετών κάθε 3 έτη και της Γαλλίας όπου για μαστογραφία καλούνται γυναίκες 50-74 ετών κάθε 2 έτη. Παρόλα αυτά τα προγράμματα απευθύνονται ως επί το πλείστον σε γυναίκες 50-70 ετών με τριετή συχνότητα ελέγχου (Αγγλία, Βέλγιο, Δανία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία, Αυστραλία, Κύπρος, Λετονία) (Holland, et al, 2006). Η εφαρμογή του προγράμματος έχει συμβάλει σημαντικά στην μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού. Το πρόγραμμα έχει συμβάλει στην μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έως και 30%, αποτρέποντας 5,7 θανάτους για κάθε 1.000 γυναίκες που ελέγχονται (Duffy et al, 2010).



## 5. Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε γυναίκες άνω των 18 ετών τις οποίες καλεί για pap τεστ κάθε 2,3 ή 5 έτη. Ομοίως με τον πρόγραμμα για τον καρκίνο του μαστού, τα ηλικιακά όρια καθώς και η συχνότητα διεξαγωγής των ελέγχων διαφέρουν ανά χώρα και σύστημα υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν η Αυστραλία τις οποίες πρόγραμμα καλεί γυναίκες 18 έως 69 ετών για έλεγχο κάθε 2 έτη, η Λιθουανία όπου γυναίκες ηλικίας 30 έως 60 ετών καλούνται για έλεγχο κάθε 3 χρόνια και η Σουηδία της οποίας σύστημα υγείας παρέχει pap τεστ κάθε 3 χρόνια σε γυναίκες 23-50 ετών και κάθε 5 έτη για γυναίκες 51-70 ετών. Η πλειοψηφία των προγραμμάτων εν τούτοις απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 25 έως 60 ή 65 ετών (Αγγλία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία, Ιταλία, Γαλλία, Βέλγιο, Κύπρος, Ουγγαρία, Σλοβενία)(Holland et al ,2006,Boyle et al, 2003)

Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος τεκμηριώνεται από διεθνής μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η ορθή εφαρμογή του προγράμματος μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έως και 80% ενώ σε συνδυασμό με το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων η μείωση της θνησιμότητας μπορεί να αγγίξει και το 95% (Goldhaber-Fiebert , et all 2008)



Όσον αφορά τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητα του προγράμματος, μελέτες οικονομικής αξιολόγησης διεξαχθείσες σε διαφορετικά συστήματα υγείας παρουσιάζουν δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας από € 9791 έως 18659/LYG ή από € 9435 έως 29089/QALY29,30,31,32,33 (Ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής) αποδεικνύοντας την οικονομική του αποδοτικότητα Anttila et all, 2004, Coupe VM, et all, 2009 , Kim et all, 2005)

Χώρα	Καρκίνος του μαστού	Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
H.B.	€3146/LYG €4285/LYG	€11500 €9791
Ισπανία	€2452 €4140 €6593	€
Γαλλία	€3497	€18659
Γερμανία	€5880	
Ολλανδία	€2565	€8868 €9435 €14938
Αυστραλία	€5000	
ΗΠΑ		€29089
Δανία		
Σουηδία	-	
Καναδάς	-	
Ιταλία	-	€18163
Εύρος δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας	€2452-6593	€9791-18659/LYG €9435-29089/QALY

LYG: Life Year Gained (Κερδισμένο Έτος Ζωής)

QALY: Quality Adjusted Life Year (Ποιοτικά Προσαρμοσμένο Έτος Ζωής)

Το κόστος εκφράζεται σε € 2009, βάσει PPP exchange rate (Ισοτιμία αγοραστικής δύναμης)

Αναλυτικότερα, η έρευνα παρουσιάζει ότι μόνο το 53,8% τω γυναικών 50 έως 69 ετών έχουν κάνει μαστογραφία τα έτη 2005-2007 και μόνο το 56,4 των γυναικών άνω των 40 έχει προβεί σε ψηλάφηση του μαστού από το γιατρό. Από τις γυναίκες που έχουν κάνει μαστογραφία το 20,1 % έχει κάνει μια μαστογραφία ενώ το 22,7% περισσότερες από 5 εκ των οποίων το 34,5% επαναλαμβάνει την εξέταση ετησίως, το 40,6% κάθε 2-3 έτη και το 21,6 σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα παραπάνω μόνο το 5% των γυναικών ακολουθεί τη συχνότητα ελέγχου (2-3 έτη) που προτείνουν τα ΕΠΠΕ διεθνώς και η οποία αποδεικνύεται κλινικά αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική. Επιπλέον, το 60,8 των γυναικών οι οποίες δεν έκαναν μαστογραφία τα τελευταία 2 έτη δήλωσαν ότι δεν το θεωρούσαν απαραίτητο ενώ το 85,3% των γυναικών που έχουν κάνει ισχυρίζεται ότι δεν έχει λάβει ποτέ ειδοποίηση (τηλεφωνική ή ταχυδρομική ) για επανάληψη της εξέτασης (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008).

Παρ' ότι επιδέχονται βελτίωσης, σχετικά πιο ενθαρρυντικά εμφανίζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με το 64,9% των γυναικών να πραγματοποιούν τον ενδεικνυόμενο έλεγχο της κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου (Pap τεστ).

## **Κεφάλαιο 2**



## **1. Εισαγωγή**

Ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας παραμένουν ακόμα οι δυο πιο συχνοί τύποι καρκίνου παγκοσμίως, συνοδευόμενοι από μεγάλη θνητότητα (Ferlay et al 2004, Knutson ,2007). Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου μπορούν να οδηγήσουν σε ελάττωση της επίπτωσης και των δύο τύπων καρκίνων. Πράγματι, αυτό έχει εν μέρει συμβεί, τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες στη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών (Kiriakogianni et al 1998, Dimitrakaki et al 2009). Οι οδηγίες προσυμπτωματικής ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού μεταβάλλονται συνεχώς. Εξαιτίας της αυξημένης επαγρύπνησης για τα σημεία και τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού και της χρήσης της μαστογραφίας, ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται ολοένα και περισσότερο σε πρώιμα στάδια.

## 2. Ανατομία Μαστού

Ο μαστός είναι ένας αδένας που σκοπός του είναι να παράγει γάλα για να θρέψει τους απογόνους μας και στην τρυφερή ηλικία. Λέγεται και μαστικός ή μαζικός αδένας. Κάθε μαστός είναι στην ουσία μια μάζα λίπους (συχνά μια πολύ όμορφη μάζα) μέσα στην οποία βρίσκονται χιλιάδες λοβία, που το κάθε ένα περιλαμβάνει μια περιοχή που παράγει το γάλα (αδένιο) και μια περιοχή που μεταφέρει το γάλα (πόρος). Όλοι οι πόροι από το κάθε λοβίο ενώνονται σε μεγαλύτερους, που ονομάζονται γαλακτοφόροι πόροι και εκβάλλουν στη θηλή του μαστού (ρώγα). Σε κάθε θηλή εκβάλλουν περίπου είκοσι πόροι. Λίγο πριν από την εκβολή τους διευρύνονται δημιουργώντας τους γαλακτοφόρους πόρους. Η σκουρόχρωμη περιοχή γύρω από την θηλή ονομάζεται θηλαία άλω και οφείλει στο ότι εκεί το δέρμα έχει κύτταρα με πυκνότερη εναπόθεση της χρωστικής μελανίνης.(Barlow et all, 2002)

Φανταστείτε απλώς τον κάθε μαστό σαν ένα κουνουπίδι. Οι αδένες που παράγουν το γάλα βρίσκονται στην πλατιά, αυτή που μοιάζει σαν να 'ναι γεμάτη μικρά σφουγγάρια. Από κάθε σφουγγαράκι ξεκινάει ένα μικρό κοτσάνι, κούφιο εσωτερικά, ο πόρος. Τα μικρά κοτσανάκια ενώνονται σε όλο και μεγαλύτερα και τελικά στο μεγάλο κοτσάνι, που είναι η θηλή του μαστού, εκεί που καταλήγουν όλοι οι πόροι.

Ο μαστός βρίσκεται ανάμεσα σε δυο λεπτές μεμβράνες, μια κάτω από το δέρμα και μια πάνω από τους θωρακικούς μυς, οι οποίες ενώνονται μεταξύ τους με μακρόστενες ίνες, που λέγονται ίνες του Κούπερ και διαπερνούν όλο το μαστό. Στους συνδέσμους αυτούς οφείλεται το στήθος στις νέες γυναίκες και στην χαλάρωση τους με το χρόνο η πτώση του στήθους στις μεγαλύτερες. Η πτώση αυτή είναι συνήθως πιο έντονη όταν μεσολαβήσει εγκυμοσύνη και θηλασμός, οπότε οι σύνδεσμοι ξεντώνουν (ξεχειλώνουν) καθώς οι μαστοί φουσκώνουν από το γάλα, αλλά αδυνατούν να επανέλθουν στις αρχικές τους διαστάσεις όταν η γαλουχία τελειώσει.(Barton et all 1999)

Το αίμα, μεταφέροντας όλα τα βασικά συστατικά για την επιβίωση των κυττάρων του μαστού, φθάνει σε αυτόν με τις αρτηρίες και φεύγει από αυτόν με τις φλέβες. Ο κάθε μαστός δέχεται αίμα και από την εξωτερική του πλευρά, αυτή που βρίσκεται προς το χέρι, και από την εσωτερική, αυτή που βρίσκεται προς το στήθος. Οι αρτηρίες της εξωτερικής πλευράς είναι κλάδοι της μασχαλιαίας αρτηρίας, του μεγάλου δηλαδή αγγείου που πηγαίνει το αίμα από την καρδιά προς το χέρι, περνώντας από την μασχάλη. Οι αρτηρίες της εσωτερικής πλευράς είναι κλάδοι της έσω μαστικής αρτηρίας, που βρίσκεται πίσω από τις πλευρές και οδεύει παράλληλα με το στήθος. Το αίμα, αφού με τη βοήθεια των αρτηριών κυκλοφορήσει στο μαστό και φθάσει και στο τελευταίο κύτταρο μεταφέροντας οξυγόνο, θρεπτικά συστατικά, ορμόνες και άλλες ουσίες, αποχετεύεται από άλλα αγγεία, τις φλέβες, που οδεύουν παράλληλα με τις αρτηρίες και έχουν τα ίδια ονόματα(π.χ. μασχαλιαία φλέβα). Μέσα στις φλέβες όμως το αίμα κινείται με αντίθετη φορά από ό,τι στις αρτηρίες, δηλαδή από τις

φλέβες του μαστού προς τη μασχαλιαία φλέβα και από εκεί στη καρδιά (έσω τμήμα μαστού) ή προς την έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην καρδιά (έσω τμήμα).

Το αίμα έρχεται στο μαστό με τις αρτηρίες (κόκκινο χρώμα) και φεύγει με τις φλέβες (μπλε). Τα λεμφαγγεία απομακρύνουν τη λέμφο προς τους λεμφαδένες (κίτρινο χρώμα). προσέξτε ότι στους λεμφαδένες της μασχάλης έρχεται και η λέμφος από το χέρι. Η λέμφος της εσωτερικής πλευράς του μαστού πάει προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής, που βρίσκονται πίσω από το στήθος. Τα μόνα μαύρα βέλη δείχνουν τη φορά του αίματος και της λέμφου μέσα στα αγγεία. (Geller et all, 2002)

Η λέμφος είναι ένα ελάχιστο υγρό μέσα στο οποίο κολυμπούν τα κύτταρα. Κυκλοφορεί μέσα σε ειδικά, πολύ λεπτά αγγεία, τα λεμφαγγεία, στην πορεία των οποίων παρεμβάλλονται οι λεμφαδένες. Αυτοί έχουν μέγεθος φακής ή φασιολιού, δεν είναι ψηλαφητοί φυσιολογικά και σκοπός τους είναι να φιλτράρουν τη λέμφο σκοτώνοντας μικρόβια, ιούς και παθολογικά κύτταρα (π.χ. καρκινικά ή μεταλλαγμένα κύτταρα). Η λέμφος του έξω τμήματος του μαστού ρέει με φορά από το μαστό προς τους λεμφαδένες της μασχάλης, όπου και συναντά τη λέμφο που έρχεται από το χέρι. Η λέμφος από το έσω τμήμα του μαστού αποχετεύεται προς τους λεμφαδένες που συνοδεύουν την έσω μαστική αρτηρία. Τελικά η λέμφος χύνεται και αυτή στο φλεβικό αίμα. (Salzman et all, 2012)

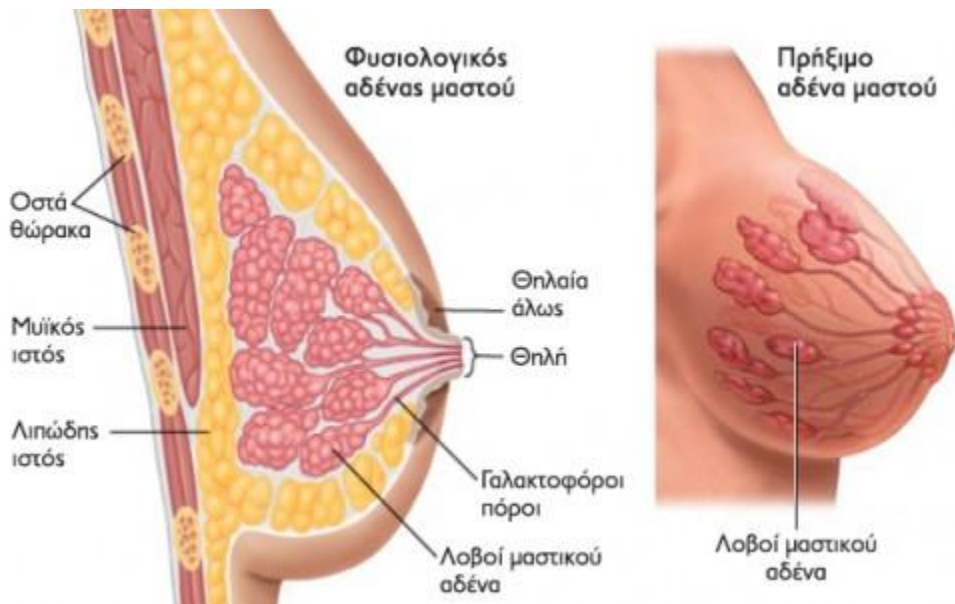
Διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης μπορεί να προκληθεί από φλεγμονή ή όγκο του μαστού αλλά και του χεριού. Αυτή προκαλείται από την προσπάθεια να καταπολεμηθούν τα μικρόβια, αν πρόκειται για φλεγμονή, οπότε και η διόγκωση είναι επώδυνη, ή από την προσπάθεια να σκοτωθούν τα καρκινικά κύτταρα και τότε η διόγκωση είναι ανώδυνη. Διογκωμένοι λεμφαδένες μασχάλης μπορεί να οφείλονται και σε χιλιάδες ακόμα αρρώστιες, που όμως δε θα μας απασχολήσουν εδώ. Πρέπει να τονισθεί ότι οι λεμφαδένες είναι φυσιολογικές δομές, που βρίσκονται και πρέπει να βρίσκονται σε όλους τους ανθρώπους. Ανεύρεση λεμφαδένων σε μια σε μια μαστογραφία, στη μασχάλη ή και μέσα στον ίδιο το μαστό (ενδομαστικοί) είναι πολύ συχνό φαινόμενο και δε σημαίνει υποχρεωτικά κακοήθεια. (Kosir et all 2013)

Καθώς ένας κακοήθης όγκος στο μεγαλώνει, κάποια στιγμή καρκινικά κύτταρα θα μπουν στα λεμφαγγεία κι από εκεί στους αντίστοιχους λεμφαδένες, όπου και θα αγκυροβολήσουν. Εδώ θα αρχίσουν να μεγαλώνουν σιγά- σιγά, χωρίς να προκαλούν πόνο, και κάποια στιγμή ο συγκεκριμένος λεμφαδένας θα αρχίσει να γίνεται ψηλαφητός από τη ασθενή ή από το γιατρό της. Αυτή είναι μια λεμφογενής μετάσταση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μάλιστα, υπάρχουν ύποπτοι ψηλαφητοί λεμφαδένες στη μασχάλη, χωρίς να μπορεί να εντοπισθεί όγκος στο μαστό. Αυτό συνήθως δείχνει επιθετική μορφή καρκίνου, γιατί πριν καλά- καλά προλάβει να μεγαλώσει προξένησε κιόλας μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Οι γιατροί για λόγους καθαρά πρακτικούς, κατατάσσουν σε ομάδες τους ασθενείς, ανάλογα με το πόσο προχωρημένος είναι ο καρκίνος που έχουν. Αυτό λέγεται σταδιοποίηση. Η ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων στη μασχάλη ή αλλού είναι σημάδι πιο προχωρημένου

καρκίνου σε σχέση με άλλες ασθένειες όπου ο όγκος εντοπίζεται μόνο στο μαστό. (Aiello et all, 2004)

Για να μπορούν οι γιατροί να περιγράψουν σε ποιο σημείο του μαστού βρίσκεται κάποια βλάβη, τον χωρίζουν σε ορισμένα τμήματα. Αν υποθέσουμε ότι ο μαστός είναι ένα ημισφαίριο, με μια κάθετη και μια οριζόντια γραμμή χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα, που λέγονται τεταρτημόρια: το άνω έξω, το άνω έσω, το κάτω έξω και το κάτω έσω. Το άνω έξω τεταρτημόριο του κάθε μαστού περιλαμβάνει και τη λεγόμενη ουρά του μαστού, που είναι μια φυσιολογική επέκταση του μαστού προς τη μασχάλη. Μια κεντρική περιοχή γύρω και πίσω από τη θηλή ονομάζεται περιθηλαία. Τα δυο έξω τεταρτημόρια μαζί λέγονται έξω ημιμόριο και τα δυο έσω τεταρτημόρια έσω ημιμόριο του μαστού. Τα δυο άνω και τα δυο κάτω τεταρτημόρια μαζί ονομάζονται άνω και κάτω ημιμόριο αντίστοιχα. Τα τμήματα αυτά δεν έχουν πραγματικά και σαφή ανατομικά όρια, αλλά είναι εντελώς σχηματικά και έχουν καθαρά περιγραφική χρησιμότητα. Συχνή αιτία λανθασμένου συναγερμού και επισκέψεως στο γιατρό είναι η ψηλάφηση της ουράς του μαστού που, καθώς επεκτείνεται προς τη μασχάλη, μερικές φορές ξεχωρίζει σαφώς, θυμίζοντας όγκο, χωρίς βέβαια να είναι. (Ryerson et all, 2005)

### 3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Οι μαστοί βρίσκονται στο θωρακικό τοίχωμα και αναπτύσσονται στις γυναίκες στη διάρκεια της ήβης, όταν δηλαδή αρχίσουν να παράγονται οι γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα, προγεστερόνη) από τις ωοθήκες. Στον άνδρα, οι μαστοί παραμένουν ατροφικοί και σπάνια διογκώνονται (γυναικομαστία), οπότε ο άνδρας πρέπει να διερευνηθεί. Ο μαστός αποτελείται από 15-20 λόβια, τα οποία περιέχουν πολλά μικρά λοβίδια, που με τη σειρά τους περιέχουν αδένες που παράγουν το γάλα. Η παροχέτευση γίνεται από μικρούς σωλήνες (πόρους) που εκβάλλουν στη θηλή του μαστού, που βρίσκεται στο κέντρο μιας σκούρας περιοχής του δέρματος που ονομάζεται θηλαία άλω. Μεταξύ των λοβιδίων και των πόρων υπάρχει λίπος. (Δημητρόπουλος et al, 2000)

Οι μαστοί περιέχουν επίσης λεμφαγγεία και λεμφαδένες που παγιδεύουν μικρόβια, καρκινικά κύτταρα και άλλες βλαβερές ουσίες εμποδίζοντας τα έτσι να φθάσουν στην κυκλοφορία. Οι μαστοί λοιπόν, είναι όργανα που χρησιμεύουν για να παράγουν το γάλα και αποτελούνται από διάφορους ιστούς (αδενικός ιστός, λιπώδης ιστός, μυϊκός ιστός), που με τη σειρά τους αποτελούνται από διάφορα κύτταρα (αδενικά κύτταρα που παράγουν το γάλα, λιπώδη κύτταρα που στηρίζουν τον μαστό, μυϊκά κύτταρα που βοηθούν στην έκκριση του γάλακτος). (Guyton 2009)

Ο οργανισμός αποτελείται από ένα τεράστιο αριθμό κυττάρων, τα οποία στην διάρκεια της ζωής τους υπόκεινται σε φυσιολογική φθορά και μετά από ένα χρονικό διάστημα αποθνήσκουν. Τα κύτταρα αυτά αντικαθίστανται από άλλα, μέσω ενός μηχανισμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων (**κυτταρική διαίρεση**). Ο κύκλος αυτός της ζωής των κυττάρων ρυθμίζεται από πληροφορίες που υπάρχουν καταγεγραμμένες στο γενετικό τους υλικό (**γονίδια**). Ο πολλαπλασιασμός αυτός φυσιολογικά στοχεύει στην αντικατάσταση των φυσιολογικών απωλειών των κυττάρων. Όταν αυτός ο κύκλος διαταραχτεί για κάποιον λόγο (είτε λόγω λάθους στο γενετικό υλικό των κυττάρων, είτε λόγω της

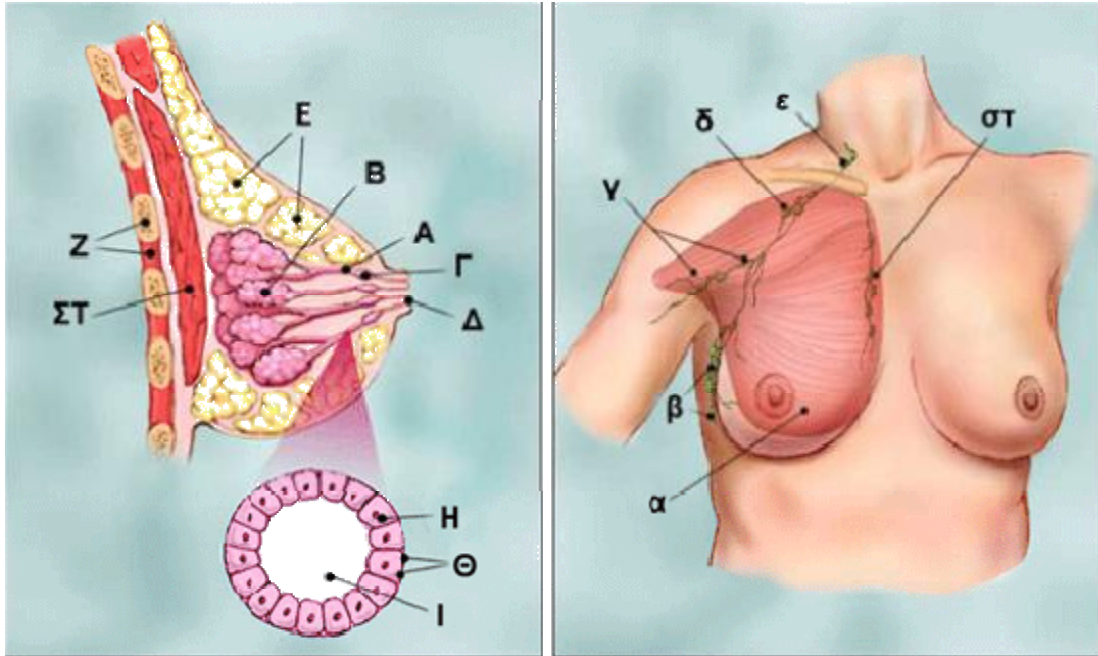
επίδρασης εξωτερικών παραγόντων, είτε συνήθως λόγω και των δύο), είναι δυνατόν ο πολλαπλασιασμός του κυττάρου να γίνει ανεξέλεγκτος και να μην υπόκειται στους φυσιολογικούς μηχανισμούς ρύθμισης που λειτουργούν με βάση τις ανάγκες του οργανισμού. Έτσι τα κύτταρα αυτά μετατρέπονται σε **καρκινικά κύτταρα** που έχουν ιδιότητες διαφορετικές από αυτές των φυσιολογικών κυττάρων (Barry et al, 2011).

Ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων είναι το γεγονός ότι πολλαπλασιάζονται συνεχώς και ανεξέλεγκτα, δημιουργώντας έτσι τους όγκους. Τα καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν στην συνέχεια, λόγω των ιδιοτήτων τους, να επεκταθούν άμεσα στους γειτονικούς ιστούς ή να εισέλθουν στα λεμφικά και στα αιμοφόρα αγγεία και να διασπαρθούν με την λεμφική ή την αιματική κυκλοφορία στους λεμφαδένες ή σε μακρινές θέσεις, δημιουργώντας έτσι τις μεταστάσεις (στους λεμφαδένες ή σε διάφορα άλλα όργανα, όπως στο ήπαρ, οστά εγκέφαλο, σπλάγχνα κλπ.). Τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα στις μεταστατικές εστίες, χωρίς να υπόκεινται στους φυσιολογικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Πολλές φορές μάλιστα τα καρκινικά κύτταρα που αναπτύσσονται στις μεταστάσεις έχουν περισσότερους κακοήθεις χαρακτήρες από τα κύτταρα της αρχικής (της πρωτογενούς όπως λέγεται) εστίας. Το αποτέλεσμα αυτό του ανεξέλεγκτου κυτταρικού πολλαπλασιασμού είναι η διαταραχή της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού («ομοιόσταση»), που μπορεί να καταλήξει στο θάνατο. Ο **καρκίνος** αποτελεί ακόμα και σήμερα τη **σοβαρότερη ασθένεια** η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά και αλλοιώνει τους ιστούς. (Guyton 2009)

Ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Ο μαστικός αδένας λόγω της ανατομικής του θέσης βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εναλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη. Έτσι πρέπει να δεχτούμε, πως η **καρκινογένεση** αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ' αυτό καθαυτό το όργανο. Πιο συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει το θάνατο της, αλλά και με πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματος της που συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της: την μητρότητα και την ερωτική υπόστασή της. (Μπαρούξης 2006)

Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από τα αδενικά κύτταρα των πόρων και των λοβιδίων. Σπάνια, όμως, αναπτύσσονται κακοήθειες και από τον λιπώδη ή τον μυϊκό ιστό, που λέγονται σαρκώματα. Κάθε διόγκωση του Ιγγαρου δεν είναι απαραίτητα καρκίνος. Οι καλοήθεις όγκοι συνήθως είναι ομαλοί, δεν επεκτείνονται σε άλλα όργανα και η αφαίρεσή τους συνεπάγεται τη μη επανεμφάνισή τους. Αντίθετα, ο

καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται προοδευτικά, διηθεί τα παρακείμενα όργανα ή ιστούς (δέρμα, μύες, λεμφαδένες) και αργότερα μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (ήπαρ, πνεύμονες, οστά, εγκέφαλος κα.). Τονίζουμε ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μεταδοτικός.



- Α. Γαλακτοφόροι πόροι
- Β. Λοβία
- Γ. Διευρύνσεις των πόρων που αποθηκεύεται το γάλα
- Δ. Θηλή
- Ε. Λίπος
- ΣΤ. Μείζων θωρακικός μυς
- Ζ. Θωρακικό τοίχωμα
- Η. Φυσιολογικά κύτταρα των πόρων
- Θ. Βασική μεμβράνη
- Ι. Αυλός των γαλακτοφόρων πόρων

- α. Μείζων θωρακικός μυς
- β. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο I
- γ. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο II
- δ. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο III
- ε. Υπερκλείδιοι λεμφαδένες
- στ. Έσω μαστικοί λεμφαδένες

#### 4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κάθε χρόνο στη χώρα μας εντοπίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά. Ορισμένοι αριθμοί δίνουν τη κοινωνική διάσταση του καρκίνου του μαστού. Στις ΗΠΑ το 2004 οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες ήταν 217.000. Σήμερα, στη χώρα αυτή ζουν περισσότερες από δύο εκατομμύρια γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες παγκοσμίως θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Ωστόσο, οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας έχουν εξελιχθεί τόσο, ώστε να είναι δυνατή η διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο, τότε που μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία.

Οι αναλογίες των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.000 αντίστοιχα. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές τα 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η πιθανότητα μια Ελληνίδα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σ' όλη την διάρκεια της είναι 3,5% ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μια Αμερικανίδα είναι 7%. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν μειώθηκε καθόλου. Το γεγονός αυτό κάνει την ανάγκη του ρόλου της πρόληψης της ασθένειας. (Δημόπουλος 2014)

Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού έχει κλιμακωθεί στις περισσότερες ασιατικές χώρες κατά τις τελευταίες δυο δεκαετίες. Σε αντίθεση με την Δύση, όπου τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού έχουν σταθεροποιηθεί ή ακόμη και μειωθεί. Όμως με την δυτικοποίηση στις Ασιατικές χώρες, μπορεί κανείς να αναμένει ότι αυτή η τάση δεν θα συνεχιστεί και ότι η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν θα είναι ασιατικής καταγωγής. Δυο νοσοκομεία το University Medical Center Malaysia και το National University Hospital Singapore, αξιολογώντας τις βάσεις δεδομένων του καρκίνου του μαστού, συγχωνεύτηκαν σε ένα περιφερειακό μητρώο ασθενών με διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά τα έτη μεταξύ 1990 και 2007. Σε αυτή την ομάδα της Νοτιοανατολικής Ασίας των γυναικών με καρκίνο του μαστού η ηλικία κατά την διάγνωση κυμάνθηκε μεταξύ 21 και 94 ετών. Περίπου μισοί από τους ασθενείς είχαν διαγνωστεί πριν τα 50 και 15% των αρρώστων ήταν μικρότεροι από 40 ετών. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν κινέζικης εθνότητας 72%, προερχόμενες από την Μαλαισία ήταν 16%, Ινδιάνοι 8% και άλλες φυλές 4%. Το διάμεσο μέγεθος του όγκου κατά την παρουσίαση ήταν 26 mm και περίπου 25% των ασθενών ήταν που παρουσιάζονται με TNM σταδίου 3 ή 4 της νόσου. Οι περισσότεροι όγκοι ήταν πόρου ιστολογίας 87 %. Από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, το 70 % είχαν μαστεκτομή ενώ το 30% είχαν διατήρηση του μαστού. Συνολικά η χημειοθεραπεία χορηγήθηκε σε 56% των ασθενών και ορμονική θεραπεία σε 60%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1 τέταρτο των ασθενών παρουσιάζονται με προχωρημένο στάδιο της νόσου, 15% στο στάδιο 3



,10% με στάδιο 4 της νόσου και μόνο το 7 % παρουσιάζονται με πορογενές καρκίνο in situ (DCIS), το 21% με στάδιο 1 της νόσου και 43% των ασθενών παρουσιάζονται με την φάση 2. Ενώ το ποσοστό των ασθενών με το αρχικό στάδιο (DCIS και το στάδιο 1) της νόσου αυξήθηκε με την πάροδο των χρόνων, δεν υπήρχε μείωση στο ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν προχωρημένο στάδιο (3 και 4). Βέβαια ακόμη κι αν το ποσοστό του σταδίου 4 έχει μειωθεί με το πέρασμα του χρόνου το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο σταδίου 3 φαίνεται να έχει αυξηθεί. Πενταετή συνολική επιβίωση ήταν 82.5% σε ασθενείς με σταδίου TNM 0 στο στάδιο 2 του καρκίνου και το 30.2% σε αρρώστους με μεταγενέστερα στάδια. (Nirmalla Bhoo et all, 2011).

Σε 14.353 ανέρχονται οι νέες καταγεγραμμένες περιπτώσεις καρκίνου στην Ελλάδα, ενώ σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) οι νέες περιπτώσεις στη χώρα μας φθάνουν περίπου τις 37.000. Τα παραπάνω προκύπτουν από τα πρώτα προκαταρκτικά στοιχεία τα οποία συγκεντρώθηκαν από τους καταγραφείς **καρκίνου** για το **2012**, στο πλαίσιο δημιουργίας ενός αξιόπιστου εθνικού αρχείου νεοπλασιών από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Στην καταγραφή συμμετείχαν 55 νοσοκομεία από τα 143 δημόσια, ιδιωτικά και στρατιωτικά, ενώ από τον Δεκέμβριο του 2011 υπάρχουν σχετικές εγκύκλιοι για τον ορισμό καταγραφών καρκίνου σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Όπως αναφέρθηκε από τους ειδικούς, ο καρκίνος συνιστά μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία, δεδομένου ότι εξαπλώνεται με ρυθμούς επιδημίας παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Κάθε χρόνο 3,2 εκατ. Ευρωπαίοι διαγιγνώσκονται με καρκίνο, κυρίως του μαστού, του εντέρου και του πνεύμονα, ενώ οι θάνατοι από καρκίνο συνεχώς αυξάνονται και εκτιμάται ότι θα φτάσουν τα 13,1 εκατ. το 2030. (ΚΕΕΛΠΝΟ)

Ο **καρκίνος του μαστού** είναι **μακράν η συχνότερη μορφή** καρκίνου μεταξύ των γυναικών με περίπου 1,38 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2008 (23% όλων των καρκίνων), και κατατάσσεται δεύτερη συνολικά (10,9% όλων των καρκίνων). Τώρα είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου τόσο στις αναπτυγμένες όσο και αναπτυσσόμενες περιοχές, με περίπου 690000 νέες περιπτώσεις εκτιμώνται σε κάθε περιοχή (Nowakowski et all, 2015)

Η επιβίωση στα 5 χρόνια μετά τη διάγνωση ήταν:

- 74% για τους άνδρες
- 83% για τις γυναίκες

Το **χαμηλότερο ποσοστό επιβίωσης** του καρκίνου του μαστού ήταν στους **άνδρες** που έχουν διαγνωστεί με **πρώιμου** σταδίου καρκίνου του μαστού. Για τους ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με **προχωρημένο** στάδιο καρκίνου του μαστού, η

### **επιβίωση ήταν περίπου το ίδιο για τους άνδρες και τις γυναίκες.**

Κατά μέσο όρο, το στάδιο του καρκίνου του μαστού κατά τη διάγνωση ήταν υψηλότερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Όταν είχαν διαγνωστεί οι καρκίνοι του μαστού σε άνδρες ήταν:

- μεγαλύτερες σε μέγεθος
- υψηλότερο βαθμό, το οποίο σχετίζεται με το πόσο επιθετική είναι τα καρκινικά κύτταρα
- εξαπλώθηκε σε κοντινούς λεμφαδένες

Οι καρκίνοι του μαστού στους άνδρες, επίσης, δεν αντιμετωπίζονται πάντα με τον ίδιο τρόπο όπως η νόσος στις γυναίκες, αν και οι ερευνητές δεν είναι βέβαιοι γιατί. Για παράδειγμα:

- Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες ήταν πιο πιθανό να είναι θετικό στους ορμονικούς υποδοχείς (88% στους άνδρες έναντι 78% στις γυναίκες), αλλά οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό από τις γυναίκες να πάρουν ορμονική θεραπεία, ως μέρος του σχεδίου της θεραπείας τους. Με την αναστολή της δράσης των οιστρογόνων, η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των θετικών ορμονικών υποδοχέων στον καρκίνο του μαστού και να το καταστήσει λιγότερο πιθανό ότι ο καρκίνος θα επανέλθει.

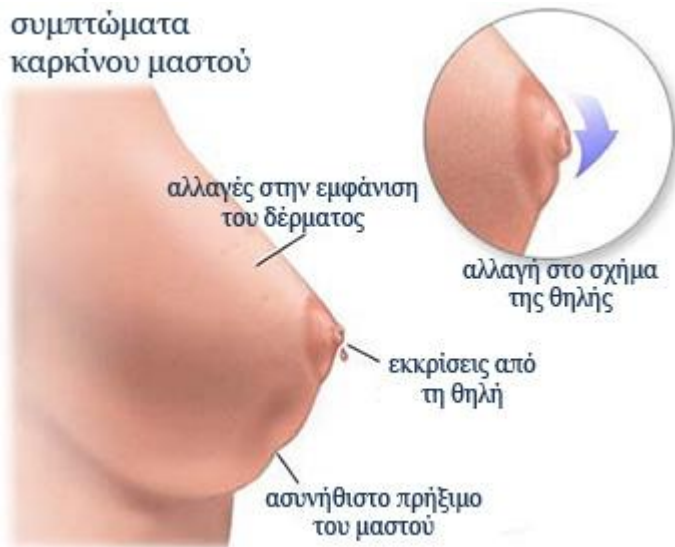
Η ακτινοθεραπεία μετά την επέμβαση ήταν λιγότερο συχνή στους άνδρες από τις γυναίκες. Η ακτινοθεραπεία δίνεται συχνά μετά από χειρουργική επέμβαση για να μειώσει τον κίνδυνο ότι ο καρκίνος θα επανέλθει στην περιοχή του μαστού(τοπική υποτροπή).

Υπάρχουν αρκετοί πιθανοί λόγοι για τις διαφορές που διαπιστώθηκαν στην παρούσα μελέτη, όπως οι εξής:

- Γενετικές ή βιολογικές διαφορές μεταξύ των καρκίνων του μαστού σε άνδρες και τους καρκίνους του μαστού στις γυναίκες. Αυτό σημαίνει ότι οι άνδρες με καρκίνο του μαστού μπορεί να αναπτυχθεί, με διαφορετικό τρόπο από ό, τι το γυναικείο καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες, επίσης, μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά στη θεραπεία από τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες.
- Οι διαφορές στον καρκίνο του μαστού, όταν έχει διαγνωστεί. Δηλαδή η διάγνωση σε πρώιμα στάδια καρκίνου του μαστού στους άνδρες μπορεί να διαρκέσει περισσότερο σε σχέση με τη διάγνωση παρόμοιων κρουσμάτων

καρκίνου στις γυναίκες. Αυτό μπορεί να είναι λόγω της ευαισθητοποίησης του καρκίνου του μαστού στους άνδρες που είναι πολύ χαμηλή. Οι διαφορές στις ανάγκες θεραπείας. Επειδή ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος στους άνδρες, είναι δύσκολο να μελετηθεί ο καλύτερος τρόπος για την καλύτερη αντιμετώπισή του.(ΚΕΕΛΠΝΟ)

## 5. Κλινική εικόνα του Καρκίνου του Μαστού



Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε άλλου μεγέθους, κινητή ή ακίνητη, ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης. Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. Οι μασχαλιαίοι αδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης, καθώς και οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά. (Aiello et all, 2004)

Δεν είναι λίγα τα περιστατικά που ζητείται ιατρική βοήθεια με εξελκωμένο ογκίδιο και με πολλαπλές μεταστάσεις.

Συγκεκριμένα, η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

- ✓ Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- ✓ Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- ✓ Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
- ✓ Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού
- ✓ Εισολκή δέρματος πάνω από την μάζα
- ✓ Εισολκή της θηλής: οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από την θηλή
- ✓ Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής
- ✓ Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)

- ✓ Εξέλκωση κατά τη θηλή: οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας
- ✓ Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια(Ryerson, et all 2005)



## 6. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού αναφέρεται στην ταξινόμησή του με βάση την έκταση του καρκίνου, ανάλογα δηλαδή με το αν περιορίζεται στον μαστό μόνο, αν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες ή αν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου έχει τεράστια σημασία τόσο για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής όσο και για τον καθορισμό της πρόγνωσης.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ταξινομηθεί σε τέσσερα στάδια, στάδιο I, στάδιο II, στάδιο III και στάδιο IV. Όσο πιο μικρότερος είναι ο καρκίνος τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβίωση των αρρώστων.

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού σύμφωνα με το σύστημα AJCC (TNM)

### Θέση Όγκου (T)

TX	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί
TO	Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου
Tis	Καρκίνωμα in situ
T1	Όγκος διαμέτρου <2cm
T2	Όγκος >2 cm αλλά <5 cm
T3	Όγκος >5cm
T4	Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους αλλά με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα, συμπεριλαμβανομένου του φλεγμονώδους καρκίνου.

NX	Οι τοπικοί λεμφαδένες δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν
NO	Δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους τοπικούς λεμφαδένες
N1	Μεταστάσεις σε κινητούς μασχαλαίους λεμφαδένες στην ίδια πλευρά
N2	Μεταστάσεις σε λεμφαδένες στην ίδια πλευρά που είναι καθηλωμένοι μεταξύ τους ή πάνω σε άλλα ανατομικά γειτονικά στοιχεία
N3	Μεταστάσεις σε έσω μαστικούς λεμφαδένες στην ίδια πλευρά

### Μακρινοί λεμφαδένες (M)

MX	Η ύπαρξη μακρινών μεταστάσεων δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί
MO	Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις

M1	Μακρινές μεταστάσεις (συμπεριλαμβανομένου και των υπερκλειδίων λεμφαδένων στην ίδια πλευρά)
----	---

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ			
<b>Στάδιο 0</b>	Tis	NO	MO
<b>Στάδιο I</b>	T1	NO	MO
<b>Στάδιο IIa</b>	T0	N1	MO
	T1	N1	MO
	T2	NO	MO
<b>Στάδιο IIb</b>	T2	N1	MO
	T3	NO	MO
<b>Στάδιο IIia</b>	T0	N2	MO
	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3	N1,2	MO
<b>Στάδιο IIIb</b>	T4	Οποιοδήποτε N	MO
	Οποιοδήποτε T		MO
<b>Στάδιο IV</b>	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

(Guyton 2009)

Σκοπός της σταδιοποίησης είναι:

- Να βοηθήσει κλινικά στον σχεδιασμό της θεραπείας
- Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης
- Να βοηθήσει στον τρόπο σχεδιασμού της θεραπείας
- Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας

Έτσι η πενταετής επιβίωση μειώνεται προοδευτικά όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο. (Guyton 2009)

ΣΤΑΔΙΑ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
Στάδιο I	80%
Στάδιο II	65%
Στάδιο III	40%

Στάδιο IV	10%
-----------	-----

## ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μη Διηθητικός του μαστού είναι ο Λοβιακός (LCIS) και ο πορογενές καρκίνος in situ (DCIS)

### ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ in situ (LCIS)

Οι Froote και Stewart το 1941 ονόμασαν την πάθηση αυτή Λοβιακό καρκίνο in situ. Μετά ο Haagensen το 1978 την ονόμασε Λοβιακή Νεοπλασία (LN) και το 1985 οι Dupont και Page την ονόμασαν Άτυπο Λοβιακή Νεοπλασία (ALN). Το LCIS έχει κίνδυνο 20% να γίνει διηθητικός καρκίνος στα 20 χρόνια και εις αμφοτέρους τους μαστούς. Πριν πολλά χρόνια η θεραπεία που εφαρμόζονταν ήταν η μαστεκτομή. (Hayes 1999)

Το LCIS συνήθως είναι πολυεστιακό και με αμφοτερόπλευρη εμφάνιση και πιο συχνά ανευρίσκεται σε ηλικίες 44-46 ετών. Οι λίγες κλινικές μελέτες

δείχνουν ότι υπάρχει περίπου 7 φορές περισσότερο κίνδυνο για ανάπτυξη Ca, που τις περισσότερες φορές είναι διηθητικός πορογενές Ca.

Αυτό είναι απόδειξη ότι το LCIS είναι παράγων αυξημένου και όχι προστάδιο Ca. Στις θεραπευτικές επιλογές είναι η συστηματική παρακολούθηση εφ'όρου ζωής (ετησίως μαστογραφία και ανά 3-6 μήνες κλινική εξέταση) και η απλή μαστεκτομή. (Buckman, Whittaker, 2000).

Στις USA το LCIS αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνει το Gail Model Risk Assessment Tool, και επί παρουσίας του μπορεί να χορηγηθεί για προφύλαξη η Ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια (Alkner et al, 2009)

Σήμερα η **θεραπεία** που ισχύει είναι:

1. Αμφόπλευρη μαστεκτομή με ή όχι πλαστική αποκατάσταση του μαστού
2. Παρακολούθηση
3. Παρακολούθηση και Ταμοξιφαίνη 20 mg/d για 5 χρόνια.

Η **Ταμοξιφαίνη** μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο αμφόπλευρου καρκίνου του μαστού σε όλες τις γυναίκες ανεξάρτητα από την ηλικία. Όμως η μείωση του καρκίνου ήταν πιο έντονη σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης από 40 ετών. Η μείωση του κινδύνου παρατηρήθηκε επίσης σε γυναίκες 40-49 ετών ή 50 ετών, αν και σε αυτές τις υποομάδες η μείωση δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Σε αυτή την τυχαίοποιημένη μελέτη, η επικουρική θεραπεία με Ταμοξιφαίνη για 2 χρόνια μείωσε την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού άμφω κατά 50% σε όλες τις προεμμηνοπαυσιακές



γυναίκες και κατά 90% σε όλες τις γυναίκες κάτω των 40 ετών. Ακόμα, η επικουρική θεραπεία με Ταμοξιφαίνη ή αναστολέων της αρωματάσης έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο ενός δεύτερου καρκίνου του μαστού σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση. (Alkner et all,2009

#### Πορογενές καρκίνος in situ (DCIS)

Η συχνότητα ανεύρεσης του DCIS έχει αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, σε ποσοστά άνω του 25% των καρκίνων του μαστού. **Αυτό οφείλεται στο ότι τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε πολλές χώρες ο πληθυσμιακός έλεγχος με μαστογραφία.**

Μια μελέτη δείχνει ότι όταν η λέξη "καρκίνος" χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει DCIS (πορογενές καρκίνωμα in situ), οι γυναίκες πίστευαν ότι πιο επιθετική θεραπεία, όπως η χειρουργική επέμβαση, ήταν καλύτερη από ό, τι λιγότερο επιθετική θεραπεία, όπως η συνεχής παρακολούθηση της περιοχής.

Όταν DCIS είχε χαρακτηριστεί ως μια βλάβη του μαστού ή ανώμαλα κύτταρα, οι γυναίκες επέλεξαν λιγότερο επιθετική θεραπεία.(Μουντοκαλάκης 2013)

Το DCIS είναι ο πιο κοινός τύπος μη διηθητικού καρκίνου του μαστού και σήμερα θεωρείται το στάδιο 0 του καρκίνου. **Το DCIS δεν είναι απειλητικό για τη ζωή, αλλά μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του μαστού αργότερα στη ζωή.**(Μουντοκαλάκης 2013)

Σε μια μελέτη, σε 394 υγιείς γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου του μαστού δόθηκαν τρία σενάρια για να περιγράψουν μια DCIS διάγνωση.

Το DCIS είχε περιγράψει ως:

- μη διηθητικού καρκίνου του μαστού
- μια βλάβη του μαστού
- ανώμαλα κύτταρα

(Beaber et all, 2014)

Οι γυναίκες κλήθηκαν να επιλέξουν μία από τις τρεις θεραπευτικές επιλογές:

- χειρουργική
- ιατρική
- προσεκτική παρακολούθηση(Beaber et all 2014)

Όταν DCIS είχε χαρακτηριστεί ως «μη-διηθητικού καρκίνου του μαστού»;

- 47% των γυναικών επέλεξαν χειρουργική επέμβαση
- 20% επέλεξε το φάρμακο
- 33% επέλεξε προσεκτική παρακολούθηση

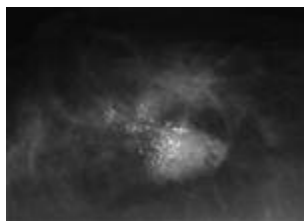
Όταν DCIS είχε χαρακτηριστεί ως «μια βλάβη του μαστού»

- 34% επέλεξε χειρουργική επέμβαση
- 18% επέλεξε το φάρμακο
- 48% επέλεξε προσεκτική παρακολούθηση

Όταν DCIS είχε χαρακτηριστεί ως «μη Φυσιολογικά κύτταρα»;

- 31% επέλεξε χειρουργική επέμβαση
- 21 % επέλεξε το φάρμακο
- 48% επέλεξε προσεκτική παρακολούθηση

(Dalzell et all, 2015)



Εικόνα 3: In Situ πορογενές καρκίνωμα. Μαστογραφική εικόνα

Οι γυναίκες σε αυτή τη μελέτη ήταν καλά εκπαιδευμένες, με υψηλότερο από το μέσο εισόδημα. Έτσι δεν είναι σαφές αν τα αποτελέσματα θα ισχύουν για όλες τις γυναίκες διαγιγνώσκονται με DCIS. Ακόμα, οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι λέξεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το DCIS έχουν σημαντική επίδραση στο πώς οι γυναίκες αισθάνονται σχετικά με τις επιλογές θεραπείας. Η αλλαγή στο όνομα του, πιθανότατα θα διαρκέσει αρκετά χρόνια. **Αν αντικαταστήσουμε την λέξη "καρκίνωμα" στην θέση του DCIS δεν θα αλλάξει η θεραπεία, αλλά μπορεί να διευκολύνει την πίεση ορισμένων γυναικών που ανησυχούν για τις διαγνώσεις τους.** Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με υψηλού βαθμού DCIS (ή με όποιο άλλο νέο όνομα θα μπορούσε να είναι), θα εξακολουθούν να λαμβάνουν πιο επιθετική αγωγή από ό, τι οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με χαμηλού βαθμού DCIS. Ο γιατρός θα εξετάσει μια σειρά από παράγοντες που αποτελούν **κριτήρια για το πώς να θεραπεύσει ή να παρακολουθεί την κατάσταση** (Dalzell et all,2015)

- τα χαρακτηριστικά της προκαρκινικής κατάστασης

- την ηλικία
- οποιαδήποτε άλλα προβλήματα υγείας
- το ιατρικό ιστορικό
- τα αποτελέσματα των τυχόν γενετικών αναλύσεων που μπορεί να είχε η άρρωστη
- οι προτιμήσεις του αρρώστου (Dalzell et all,2015)

## 7. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα σχετίζεται με το κάπνισμα, όμως τον καρκίνο του μαστού δεν αναγνωρίζεται άμεσα κανένας παράγοντας κινδύνου. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι πολυπλοκότερη και ενοχοποιούνται αρκετοί ενδογενείς παράγοντες όπως **γενετικοί παράγοντες, αστάθεια γενετικού υλικού, ενδογενείς ορμονικές επιδράσεις**. Βέβαια σημαντικό ρόλο αποτελεί το **οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η ηλικία απόκτησης των τέκνων, η πρόωμη εμμηνарχή σε ηλικία μικρότερη των δώδεκα ετών. Η κατανάλωση αλκοόλ, τα αντισυλληπτικά από το στόμα. και η διατροφή πλούσια σε λύπη και φτωχή σε φρούτα και λαχανικά** αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. (Δημόπουλος, 2014)

### · ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- **ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** Από τον οικογενή καρκίνο, ένα ποσοστό μόνον οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, σε αλλαγές του γενετικού υλικού που μεταβιβάζονται από τους γονείς στα παιδιά και προσδίδουν μια κληρονομική προδιάθεση στα μέλη μιας οικογένειας που είναι φορείς της μετάλλαξης να νοσήσουν. Μια μεγάλη ποικιλία τύπων καρκίνου αναπτύσσονται στα οικογενή καρκινικά σύνδρομα γενετικής αιτιολογίας. Στα μέλη της οικογένειας που είναι φορείς μιας τέτοιας μετάλλαξης χρειάζεται να συμβούν κι άλλες γενετικές αλλαγές για να αναπτυχθεί καρκίνος. Μην ξεχνάμε όμως ότι δεν κληρονομείται ο καρκίνος αλλά η γενετική προδιάθεση του καρκίνου. (Μαρκόπουλος, 2008)

ü **Οικογενειακό ιστορικό:** Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και **αφορά συγγενείς πρώτου βαθμού**. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε **δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του**. Στο ερώτημα εάν ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού έχει ιδιαίτερα ιστολογικά ή επιμέρους βιολογικά χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στους θεραπευτικούς χειρισμούς, η μέχρι σήμερα

έρευνα έχει δείξει ότι πρόκειται για όγκους υψηλής κακοήθειας με Ca II-III, η έκφραση του *cerb -B<sub>2</sub>* βρίσκεται σε μικρότερη συχνότητα, θετικοί ορμονικοί υποδοχείς (ER και PR) απαντούν σε μικρό ποσοστό σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1 (30%) και σε υψηλό (93- 100%) σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA2, είναι συχνή η ανεύρεση εκτεταμένου μη διηθητικού στοιχείου στην περιφέρεια, παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα της τοπικής υποτροπής σε συντηρητικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και τέλος υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανεύρεσης μεταλλάξεων της p53(κυρίως σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1)που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα.

Û **Φύλο:** Το 1% των καρκίνων του μαστού (όπως προείπαμε) διαγιγνώσκονται σε άνδρες. Μια μελέτη επιβεβαιώνει ότι η ανωμαλία στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου μαστού στους άνδρες, ειδικά τους νεότερους άνδρες. (Οι γυναίκες που έχουν ένα μη φυσιολογικά BRCA1 ή BRCA2 γονίδια έχουν κίνδυνο έως 85% να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από την ηλικία των 70 ετών.) Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι άνδρες με ένα παθολογικό γονίδιο BRCA1 είχαν 1,2% κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από την ηλικία των 70 ετών. Οι άνδρες με ένα παθολογικό γονίδιο BRCA2 είχαν 6,8% τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από την ηλικία των 70 ετών. Συνολικά, οι άνδρες με ένα από αυτά τα παθολογικά γονίδια έχουν 80 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από τους άνδρες που δεν έχουν ένα από αυτά τα παθολογικά γονίδια. Άλλες έρευνες έχουν βρει ότι η ανωμαλία στο γονίδιο BRCA2 σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο για επιθετικό καρκίνο του προστάτη. (Δημόπουλος,2014)

Û **Ηλικία:** Η ηλικία της γυναίκας παίζει σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. **Κάτω των 25 ετών** η νόσος είναι πολύ **σπάνια**, καθώς το 0,2% αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού. Συνήθως σ' αυτή την ηλικία οι γυναίκες αναπτύσσουν καλοήθεις ΟΓΚΟΥΣ όπως ινοαδενώματα.

Û **Άλλοι παραγοντες**

· **ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Û **Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης:** Η πρόιμη εμμηναρχία και η

καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε ότι συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν εμμηνορροσία πάνω από 40 χρόνια έχουν πολύ μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.

Ü **Θηλασμός:** Οι μητέρες που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες που θηλάζαν για τουλάχιστον 25 μήνες είχαν πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού κατά 1/3 μικρότερες, από τις μητέρες που γέννησαν αλλά δε θηλάσαν ποτέ. Επίσης, ο θηλασμός προστατεύει από τον καρκίνο του ενδομήτριου, από ουρολοιμώξεις και ακόμα, σύμφωνα με ορισμένες άλλες έρευνες ο θηλασμός πιθανότατα προλαμβάνει την οστεοπόρωση.

Ü **Φύλο:** Το 1% των καρκίνων του μαστού (όπως προείπαμε) διαγιγνώσκονται σε άνδρες. Μια μελέτη επιβεβαιώνει ότι η ανωμαλία στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου μαστού στους άνδρες, ειδικά τους νεότερους άνδρες. (Οι γυναίκες που έχουν ένα μη φυσιολογικά BRCA1 ή BRCA2 γονίδια έχουν κίνδυνο έως 85% να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από την ηλικία των 70 ετών.) Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι άνδρες με ένα παθολογικό γονίδιο BRCA1 είχαν 1,2% κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από την ηλικία των 70 ετών. Οι άνδρες με ένα παθολογικό γονίδιο BRCA2 είχαν 6,8% τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από την ηλικία των 70 ετών. Συνολικά, οι άνδρες με ένα από αυτά τα παθολογικά γονίδια έχουν 80 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από τους άνδρες που δεν έχουν ένα από αυτά τα παθολογικά γονίδια. Άλλες έρευνες έχουν βρει ότι η ανωμαλία στο γονίδιο BRCA2 σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο για επιθετικό καρκίνο του προστάτη. (Δημόπουλος, 2014)

Πότε όμως μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε γονιδιακό έλεγχο, δεδομένου ότι δεν αποτελεί μέσο μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά και ποια η κλινική εφαρμογή της γνώσης που προσφέρει η ύπαρξη μεταλλάξεων στα ογκογονίδια BRCA1 και BRCA2. (Brown et al, 2008)

Καταρχήν σε **γονιδιακό έλεγχο** πρέπει να υποβάλλονται, εφόσον το επιθυμούν οι εξής κατηγορίες γυναικών :

- Γυναίκες που έχουν τουλάχιστον δυο συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών
- Γυναίκες με συγγενή 1<sup>ου</sup> βαθμού στην οποία έχει βρεθεί μετάλλαξη σε ένα από τα δυο ογκογονίδια
- Ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο των ωοθηκών σε ηλικία κάτω των 30

ετών

Στις γυναίκες αυτές, εφόσον εντοπισθεί μετάλλαξη, μπαίνει το πρόβλημα της προφυλακτικής αντιμετώπισης, το οποίο θα πρέπει να το **χειρισθεί ομάδα εξειδικευμένων ιατρών, συμπεριλαμβανομένου ψυχιάτρου ή ψυχολόγου και γενετιστή**, ο οποίος με την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας, θα εξηγήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του γενετικού υλικού καθώς και το προσωπικό της όφελος από μια προφυλακτική επέμβαση. (Brown et all,2008)

Η εντατική, παρακολούθηση σε κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα ανά 6 μήνες, μαστογραφία και μαγνητική τομογραφία μαστών ανά έτος, ίσως να μην είναι αρκετή γι' αυτές TIC γυναίκες οπότε εναλλακτικές προτάσεις όπως η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, η φαρμακευτική προφύλαξη και η ωοθηκεκτομή, θα πρέπει να συζητηθούν.(Σακοράφας et all,2009)

Η αμφοτερόπλευρη απλή μαστεκτομή με ή χωρίς σύγχρονη αποκατάσταση αποτελεί την ριζικότερη και ασφαλέστερη λύση. Η υποδόρια μαστεκτομή με διατήρηση της θηλής και της θηλαίας άλω, αν και έχει καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και γίνεται ευκολότερα αποδεκτή από την γυναίκα, αφήνει τουλάχιστον 10 % του μαζικού αδένου κάτω από την θηλή, άρα παραμένει αρκετή πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.

Με την μελέτη του ανθρωπίνου γονιδιώματος ήλθαν στο φως γνώσεις για την δημιουργία του καρκίνου σε επίπεδο γενετικής. Είχε βρεθεί το γονίδιο BRCA1 στο χρωμόσωμα 17 στις μεταλλάξεις του οποίου οφείλεται η κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, στο ομώνυμο σύνδρομο μαστού-ωοθήκης. Την ίδια επίσης περίοδο προσδιορίστηκε ένα δεύτερο γονίδιο, BRCA2, το οποίο συνδέεται με κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Γι'αυτό συνιστάται προληπτική μαστεκτομή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου λόγω κληρονομικότητας και ύπαρξης καρκινικού γονιδίου.(Μαρκόπουλος,2008)

Η πρόοδος που είχε συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στην γενετική είχε ως αποτέλεσμα την ανίχνευση και τον προσδιορισμό πολλών γονιδίων, οι αλλαγές των οποίων αποτελούν την γενετική βάση πολλών οικογενών καρκινικών συνδρόμων. Ο κατάλογος των γονιδίων αλλά και των αναγνωρίσιμων συνδρόμων μεγαλώνει συνεχώς. **Γνωρίζουμε σήμερα 300 καρκινικά σύνδρομα ενώ υπάρχουν περισσότερες από 100 μονογονιδιακές ασθένειες, προκαλούμενες από μετάλλαξη ενός γονιδίου σε μια συγκεκριμένη γενετική θέση, στις οποίες η κακοήθεια είναι μέρος του φαινοτύπου που τις χαρακτηρίζει.**(Σακοράφας et all,2009)

Συνεπώς από τον οικογενή καρκίνο, ένα ποσοστό μόνον οφείλεται σε γενετικούς

παράγοντες, σε αλλαγές του γενετικού υλικού που μεταβιβάζονται από τους γονείς στα παιδιά και προσδίδουν μια κληρονομική προδιάθεση στα μέλη μιας οικογένειας που είναι φορείς της μετάλλαξης να νοσήσουν. Μια μεγάλη ποικιλία τύπων καρκίνου αναπτύσσονται στα οικογενή καρκινικά σύνδρομα γενετικής αιτιολογίας. Στα μέλη της οικογένειας που είναι φορείς μιας τέτοιας μετάλλαξης χρειάζεται να συμβούν κι άλλες γενετικές αλλαγές για να αναπτυχθεί καρκίνος. **Μην ξεχνάμε όμως ότι δεν κληρονομείται ο καρκίνος αλλά η γενετική προδιάθεση του καρκίνου.** (Μαρκόπουλος,2008)

Η **κατανάλωση αλκοόλ** αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού μεταξύ των γυναικών στον γενικό πληθυσμό, αλλά η επίδραση της στις γυναίκες που φέρουν μια μετάλλαξη του γονιδίου BRCA είναι ασαφής. Οι μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 παρέχουν αυξημένους κινδύνους για την ζωή του καρκίνου του μαστού. Σε μια μετα- ανάλυση 22 μελετών με BRCA1 και BRCA2 φορέων μετάλλαξης η μέση αθροιστική επιβίωση του καρκίνου του μαστού ήταν μέχρι την ηλικία των 70 χρόνων 65%.Με δεδομένο τον υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, είναι σημαντικό οι γυναίκες αυτές να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου μειώνοντας τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πραγματοποιήθηκε μια μελέτη ασθενών του 1925 που περιλαμβάνει κυρίως **προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες** που φέρουν BRCA1 ή BRCA2 μετάλλαξη. Πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα κατανάλωση αλκοόλ ελήφθη από ένα ερωτηματολόγιο που χορηγείται κατά την διάρκεια γενετικής συμβουλευτικής ή κατά την στιγμή της εγγραφής. Μια μέτρια αντίστροφη σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των γυναικών με μετάλλαξη BRCA1, αλλά όχι στις γυναίκες με μετάλλαξη BRCA2. Σε σύγκριση με τις **μη-πότες (με μόνο αποκλειστική κατανάλωση κρασιού)** περιγράφηκε μια σημαντική μείωση στον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού στους BRCA1 φορείς. **Συνεπώς, η κατανάλωση αλκοόλ δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που μεταφέρουν μια μετάλλαξη του γονιδίου BRCA.**(Dennis et all,2010)

Η επίδραση της χρήσης του στόματος **ορμονικών αντισυλληπτικών (OC)** ως παράγοντα κινδύνου για καρκίνο του μαστού πρόσφατα εκτιμήθηκε σε μια μεταανάλυση, αλλά επί του παρόντος διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την προγνωστική ισχύ εξακολουθούν να είναι ανεπαρκείς. Θα διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της χρήσης OC και τους πρότυπους προγνωστικούς παράγοντες με την επίδραση της χρήσης OC για την ελεύθερη υποτροπής επιβίωσης (RFS) και την συνολική επιβίωση (OS) σε 422 προεμμηνοπαυσιακές PT1A-3ap+Mo ασθενείς από δύο μελέτες της γερμανικής καρκινικής Ομάδας Μελέτης του μαστού (GBSG).Οι **137 ασθενείς (32,5%)** ήταν OC χρήστες και ήταν μέσου όρου ηλικίας 41,5 χρόνια έναντι 45 έτη για μη-OC χρήστες και το ποσοστό των ασθενών σε μικρότερους όγκους ήταν υψηλότερη στην ομάδα του OC χρήστες. Βασιζόμενη σε 163 εκδηλώσεις για RFS και 103 εκδηλώσεις για το λειτουργικό σύστημα θα μπορούσε να αποδειχθεί σε



μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση. Στην μελέτη των θετικών κρουσμάτων καρκίνου του μαστού, οι OC χρήστες ήταν νεότεροι και είχαν μικρότερους όγκους. Οι OC χρήστες δεν έχουν καλύτερη πρόγνωση, τόσο πριν όσο και μετά την προσαρμογή ως προς το μέγεθος του όγκου. (Sauerbrei et al, 1998)

Εκτός από την κύρια έμφαση που αποδίδει στην εκτίμηση του κινδύνου των OC, θα διερευνηθεί επίσης η εξάπλωση του όγκου και τα αποδεικτικά στοιχεία ότι ο καρκίνος του μαστού που διαγιγνώσκεται σε OC χρήστες έχει λιγότερες πιθανότητες να προχωρήσει κλινικά σε σχέση με τους μη χρήστες. Ωστόσο αυτή η ανάλυση βασίστηκε σε απλά κριτήρια για την εξάπλωση του όγκου (είναι εντοπισμένο στο στήθος, μπορεί να εξαπλωθεί στους λεμφαδένες μόνο ή να έχει απομακρυσμένες μεταστάσεις) σε υποπληθυσμό της μελέτης. Τρεις μελέτες έχουν δημοσιευθεί οι οποίες βασίζονται σε μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών (μεταξύ 300 και 500 ασθενών) ερευνούν τους βασικούς προγνωστικούς παράγοντες. (Dalziel et al, 2015)

#### ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ Η ΚΑΘΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΓΙΑ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΚΑΙ Η ΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ;

Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού υπάρχουν τρεις τρόποι:

- Ο πρώτος είναι η **αυτοεξέταση μαστών** από την ίδια την γυναίκα.
- Ο δεύτερος είναι η **τακτική προληπτική εξέταση του στήθους από τον ιατρό**
- Ο τρίτος είναι η τακτική προληπτική εξέταση με **μαστογραφία**.

Και οι τρεις τρόποι μαζί μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην ανακάλυψη του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, γεγονός που διευκολύνει την οριστική θεραπεία του. Η τελειοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμάται από όλους ότι έχει συμβάλει σημαντικά στην δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. (Δημητρόπουλος et al, 2000)

Βασικά, τον **κυρίαρχο ρόλο** σ' αυτό το πεδίο έχει η **μαστογραφία**, που είναι μια ακτινογραφία μαστών. Χάρη σ' αυτήν μπορούμε σήμερα να διαγνώσουμε περιπτώσεις ερχόμενων καρκίνων που δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτοί από την ψηλάφηση (είτε της γυναίκας είτε του ιατρού). Εκτός από αυτό και σύμφωνα με πολλές μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, ο τακτικός προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία αποτελεί στην εποχή μας, το μέσο με το οποίο μπορούμε να βελτιώσουμε ακόμη πιο πολύ τα ποσοστά ίασης στον καρκίνο του μαστού. Για τις **γυναίκες 50-59 ετών** έχει αποδειχθεί ότι ο προληπτικός έλεγχος ελαττώνει την θνητότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 30 % περίπου. Η **ευαισθησία** της είναι **85-90%** και η **ακρίβεια** περίπου **55-60%**. Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη

θεραπεία του.(Δημητρόπουλος et all,2000)

## 8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ασθενής εισέρχεται στην φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά την συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος και ζητεί την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση.

Η διάγνωση του καρκίνου μαστού είναι κλινική και εργαστηριακή.(Brown et all,2008)

### ΚΛΙΝΙΚΗ

Μόνο το 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση του πλέον έμπειρου ιατρού. Στο υπόλοιπο ποσοστό καταφεύγουμε σε διαγνωστικές μεθόδους. Η κλινική εξέταση του ύποπτου για καρκίνο του μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρος του εξεταστή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση. Ορισμένα στοιχεία που έχει συχνότερη με τον καρκίνο κατά την διάγνωσή του είναι:(Μαρκοπουλος 2008)

**1)Η ηλικία της άρρωστης, η ύπαρξη ή όχι εμμηνορρυσίας, ο χρόνος εμφάνισης του όγκου που ψηλάφησε μέσα στον μαστό της και η εντόπισή του σε αυτόν έχουν σημασία.**

Είναι δυνατόν, ο όγκος, επειδή είναι μικρός, να μην μπορεί να ψηλαφηθεί, αλλά να ψηλαφηθούν μασχαλιαίοι λεμφαδένες από μεταστάσεις σ' αυτούς. Κάποτε καρκινικές μεταστάσεις στους πνεύμονες και στα οστά οδηγούσαν στην ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας στον μαστό.(Μουντοκαλακης 2013)

**2)Ιδιαίτερη προσοχή, απαιτείται στην διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή εκτροπή αυτής.**Τα περισσότερα καρκινώματα του μαστού προκαλούν εισολκή του δέρματος. Κάποιες φορές όμως, δεν εμφανίζεται εισολκή γιατί εξελίσσεται με βραδύτερο ρυθμό και προκαλούν μικρότερη ινοποιητική αντίδραση στην υπόλοιπη μαστική μάζα. Όταν η ίνωση περιλάβει μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους, τότε αυτοί βραχύνονται, με αποτέλεσμα την παρέκκλιση του άξονα της θηλής ή την επιπέδωσή της ή την εισολκή της.(Μαρκόπουλος 2008)

**Το οίδημα** απαντάται συχνότερα στον προχωρημένο καρκίνο και είναι αποτέλεσμα **έμφραξης των υποδορίων λεμφαγγείων**. Στην περίπτωση αυτή, η λέμφος συσσωρεύεται μέσα στο δέρμα και προκαλεί ανώμαλες εμβαθύνσεις στα στόμια των υποδορίων αδένων, που δίνουν στο μαστό την

μορφή «φλοιού πορτοκαλιού». Το οίδημα, τις περισσότερες φορές, αρχίζει από το δέρμα της θηλαίας άνω ή κάτω από αυτή. Στην περιοχή αυτή εμφανίζεται το οίδημα ιδιαίτερα, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο βάθος ή στο κεντρικό μέρος του μαστού ή στην περίμετρό του. **Το οίδημα, που έχει ΤΗΝ ΜΟΡΦΗ «φλοιού πορτοκαλιού», έχει μεγάλη διαγνωστική αξία στον καρκίνο, γιατί παρατηρείται και σε κάθε περίπτωση λεμφικής στάσης. Όταν, όμως, εμφανίζεται στον καρκίνο, έχει κακή προγνωστική σημασία.**(Σακοράφας et all,2009)

Πρέπει όμως, να τονιστεί και η αξία της **ψηλάφησης του μαστού από τον ιατρό**. Η εξέταση του μαστού μπορεί να δείξει:

- Δεν πρέπει να μας διαφύγει η ακριβής έκταση του αδένου, γιατί το λεπτό στρώμα του είναι δυνατό να φτάσει ως την κλείδα ή ως το στέρνο ή ως το έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Τότε μικρός όγκος που βρίσκεται μέσα σ'αυτά τα όρια, μπορεί να εκληφθεί ως καλοήθης υποδόρια βλάβη, που δεν έχει σχέση με τον μαστικό αδένου, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για καρκίνο. Επίσης, η μασχαλιαία ουρά του μαστικού αδένου, είναι δυνατό να εκτείνεται μέχρι την κοιλότητα της μασχάλης και ο όγκος να εκληφθεί ως αδενίτιδα.
- Στις περισσότερες περιπτώσεις η ψηλάφηση του όγκου είναι εύκολη. Σε μερικές, όμως, από αυτές ο εξεταστής μπορεί να συναντήσει δυσκολία με την ψηλαφώμενη ανωμαλία και να βρεθεί μπροστά στο ερώτημα: ανήκει ο σχηματισμός, που ψηλαφά, μέσα στα όρια της φυσιολογικής ποικιλίας της υφής του μαστού ή αντιπροσωπεύει κάποια επεξεργασία του; Γιατί, αν συμβαίνει το πρώτο, δεν επιβάλλεται επέμβαση για τον έλεγχό του, αν, όμως, το δεύτερο ο χειρουργικός έλεγχος είναι απαραίτητος. (Barry et all, 2011).

Το μέγεθος του όγκου, που θα ψηλαφήσουμε στον καρκίνο του μαστού, εξαρτάται από την ηλικία του και την εξελικτικότητά του. Μερικές φορές, μπορεί να παρουσιάσει διακυμάνσεις, που και αυτές δεν αποκλείουν την ύπαρξη του καρκίνου. Όσο για την σχέση μεγέθους του όγκου και πρόγνωσης, διαπιστώθηκε πως, όταν αυτός είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. η επιβίωση είναι μετά από πενταετία, όποια θεραπεία και αν εφαρμοσθεί, φτάνει το 35% περίπου. Ο όγκος, που ψηλαφάται είναι ένα εκατοστό μεγαλύτερος από τον πραγματικό γιατί μεσολαβεί ο υπόλοιπος μαστικός ιστός. (Buckman et all,2000)

- Η σύσταση του όγκου δεν είναι πάντα εύκολο να καθορίσει και την φύση του. Τα περισσότερα καρκινώματα έχουν **ξηλώδη σύσταση**, αλλά και ένα ελασβεστομένο ιναδένωμα μπορεί να έχει την ίδια σύσταση. Το θηλώδες καρκίνωμα έχει μαλακή σύσταση.

- **Ο βαθμός της κινητικότητας του όγκου, ίσως αποτελεί το καλύτερο διαγνωστικό σημάδι στον καθορισμό της φύσης του.** Τα καρκινώματα, λόγω της διηθητικής τους τάσης, είναι καθηλωμένα. (Μαρκόπουλος, 2008)
- Ο ακριβής καθορισμός της θέσης του όγκου στον μαστό έχει διαγνωστική αξία, γιατί ανάλογα με αυτή μεταβάλλεται και το ποσοστό διήθησης των έξω μαστικών λεμφαδένων, που τόση σημασία έχουν στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Η διαίρεση του μαστού σε τμήματα διευκολύνει στον καθορισμό της φύσης του όγκου. Έτσι σε συχνότητα 55% περίπου, ο καρκίνος προτιμάει το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Δεύτερη θέση έχει η κεντρική μοίρα του και τρίτη το πάνω και προς τα μέσα τεταρτημόριό του. Καρκίνος που βρίσκεται στην κεντρική μοίρα του μαστού, προκαλεί μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής. Καρκίνος του κάτω ημιμορίου, στα λεμφαγγεία του πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυ. Καρκίνος του εσωτερικού ημιμορίου, στους λεμφαδένες της έσω μαστικής σε συχνότητα 54%, ενώ του εξωτερικού σε συχνότητα 18%. Γίνεται φανερό, πως το σημείο εντόπισης επηρεάζει την θεραπεία του καρκίνου. (Hayes 1999)
- Σε μερικές περιπτώσεις και μάλιστα σε γυναίκες πάνω από 40 ετών συμβαίνει αυτές ν'αναφέρουν, πως αισθάνθηκαν ξαφνικά την ανάπτυξη όγκου στο μαστό τους, που έχει τους χαρακτήρες φλεγμονής, ενώ στην πραγματικότητα είναι καρκίνος. Η εξέλιξη της κατάστασης σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απρόβλεπτη, δηλαδή άλλες φορές η φλεγμονή γύρω από τον όγκο υποχωρεί και ο όγκος παραμένει, και άλλες φορές οι μεταστάσεις συμβαίνουν τόσο γρήγορα, ώστε ο θάνατος επέρχεται λίγες εβδομάδες μετά την προσβολή. (Δημόπουλος 2014)
- **Κάθε είδους έκκριση από την θηλή του μαστού, εκτός από την αμφοτερόπλευρη γαλακτώδη, πρέπει να ελέγχεται κυτταρολογικά.** Η αιματηρή έκκριση σε ηλικιωμένη γυναίκα, και όταν δεν υπάρχει ψηλαφητός όγκος στο μαστό της, είναι ύποπτη για καρκίνο. Λιγότερο ύποπτη είναι η υδαρής έκκριση. (Σακοράφας et al 2009)

### **Εργαστηριακή**

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές κλπ. (Brown et al, 2008)

❖ Στις **αιματολογικές εξετάσεις** περιλαμβάνονται:

- η εκτίμηση της τυχόν υπάρχουσας αναιμίας,
- ο προσδιορισμός της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων,
- ο προσδιορισμός των τιμών του ασβεστίου, του φωσφόρου και της αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, γιατί υποδηλώνουν μεταστάσεις στα οστά, που είναι δυνατόν να υπάρχουν, και άλλες αιματολογικές εξετάσεις, κατά την κρίση του θεράποντα ιατρού.(Μουντοκαλάκης 2013)

✓ Στον **ακτινολογικό έλεγχο** περιλαμβάνονται η εξέταση των πνευμόνων και του μεσοθωρακίου, των οστών και η μαστογραφία.

✓ Στον **κυτταρολογικό έλεγχο** περιλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής.

✓ Στον **σπινθηρογραφικό έλεγχο** περιλαμβάνεται ο έλεγχος των οστών, του συκωτιού, αλλά και του ίδιου του μαστικού αδένου.(Hayes 1999)

Συμπληρωματικοί έλεγχοι μπορούν να γίνουν με υπερηχογραφία, θερμογραφία, αξονική τομογραφία κλπ.(Μαρκόπουλος,2008)

Ας θυμίσουμε παρακάτω τα χαρακτηριστικότερα σημεία των βασικότερων εργαστηριακών μεθόδων διάγνωσης του καρκίνου του μαστού:

1. Στη **μαστογραφία** ο καρκίνος εμφανίζεται με ανομοιόμορφη πυκνότητα της σκιάς του, με ανώμαλα όρια, με πολλαπλές επασβεστώσεις.
2. Το **υπερηχογράφημα**, που το συστήνουμε μόνο σε ψηλαφητούς όγκους, γιατί δεν πιάνει τους μικρούς, δεν αποτελεί μέθοδο εκλογής, βοηθάει, όμως, την μαστογραφία. (Μαρκόπουλος 2008)
3. Η **αξονική τομογραφία** μπορεί ν'ανακαλύψει καρκινική εξεργασία, τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να την ανακαλύψει η μαστογραφία. Ο συνδυασμός με νε την μαστογραφία έχει επιτυχία 100%
4. Η **θερμογραφία** δίνει μεγάλο ποσοστό ψεύτικων θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων και μόνο, όταν συνδυάζεται με την μαστογραφία, πρέπει να συστήνεται.
5. Το **σπινθηρογράφημα** θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο

για την ανακάλυψη ύπαρξης καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο συκώτι και στα οστά. Ο συνδυασμός του, όμως, με άλλη διαγνωστική μέθοδο, όπως τη μαστογραφία, ανεβάζει την διαγνωστική του αξία σε ψηλά επίπεδα. Το σπινθηρογράφημα των οστών κρίνεται απαραίτητο και όταν στα ούρα βρεθεί αυξημένη η υδροξυπρολίνη.

Αν η αλκαλική φωσφατάση είναι αυξημένη, ενώ οι βιοχημικοί δείκτες των μεταστάσεων στο συκώτι (γ-γλουταμυλτρανσπεπτιδάση, γλυκόζο-φωσφοοϊσομεράση) είναι φυσιολογικοί, τότε το σπινθηρογράφημα των οστών και του συκωτιού είναι απαραίτητο, όπως απαραίτητος είναι και ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκούαντιγόνου. (Buckman et all,2000)

6. Ο κυτταρολογικός έλεγχος επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι πάντα αξιόπιστος.

7. Όπου υπάρχει η δυνατότητα, πρέπει ο σύγχρονος γιατρός να προσδιορίζει τους βιολογικούς δείκτες και, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού εύκολος κλινικά είναι ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), γιατί αυτό αυξάνεται στον ορό του αίματος πάνω από 5 mg/ml. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο μας βοηθάει, τόσο στην διάγνωση, όσο και στην σταδιοποίηση του καρκίνου. Ακόμη, στην θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπών ή μεταστάσεων.(Σακοράφας et all,2009)

Το CEA είναι αυξημένο στο στάδιο 1 σε συχνότητα 14,8%, στο στάδιο 2 σε συχνότητα 23,7%, στο στάδιο 3 σε συχνότητα 40,5% και στο στάδιο 4 είναι 71,3%(Smith et all,2003)

## **Κεφάλαιο 3**



## 1. Προληπτικές διαδικασίες

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς , σε μέτρα δευτερογενούς και σε μέτρα τριτογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων( π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιοντίζουσα ακτινοβολία) ή αποδύγη της έκθεσης σε αυτούς (πχ διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β). (Miller et all, 2014)

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στη προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώσητων αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.(Yancy et all,2014)

## 2. Πρωτογενής πρόληψη

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές, μολονότι είναι αναγκαστικά μη πειραματικές, και ένα σημαντικό μειονέκτημα: ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις.(Williams et all, 2002)

Ένα κοινό πρόβλημα των αιτιολογικών ερευνών σε ανθρώπους και πειραματόζωα είναι το μεγάλο κόστος και η μεγάλη χρονική τους διάρκεια. Τα παραπάνω, συνδυαζόμενα με το γεγονός ότι κάθε έτος εισάγονται στην κατανάλωση πάνω από 10.000 νέες χημικές ουσίες, δημιούργησαν την ανάγκη να καθιερώσει μια απλούστερη και συντομότερη ερευνητική διαδικασία, η οποία να βασίζεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην καρκινογενετική ικανότητα και στην ικανότητα πρόκλησης μεταλλάξεων σε μικρόβια. Ο έλεγχος της μεταλλακτικής ικανότητας είναι απλός, γίνεται γρήγορα και δεν κοστίζει ακριβά. Ωστόσο ο εργαστηριακός έλεγχος δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επιδημιολογική ή πειραματική αξιολόγηση της καρκινογενετικής ικανότητας των ύποπτων ουσιών, γιατί αρκετά συχνά παρέχει εσφαλμένα «θετικά» ή εσφαλμένα «αρνητικά» ευρήματα.( Elhenam et all, 2014)

### Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης

Τέτοια προγράμματα είναι:

- a. Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον Καρκίνο Μαστού βοηθάει στην προληψή του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο μαστού
- b. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
- c. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.(Elberl, et all)

Για την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού, όπως τα ακόλουθα:

- ✓ Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας
- ✓ Η προληπτική υποχρωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40<sup>ο</sup> έτος
- ✓ Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο
- ✓ Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση

- ✓ Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα
- ✓ Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση των νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού
- ✓ Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο μαστού
- ✓ Η διαξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση
- ✓ Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού(Duskin et all, 2011)

### 3. Δευτερογενής πρόληψη

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα, αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. .( Elhenam et all, 2014)

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου μαστού. Πολλοί όμως λόγοι και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας, γι' αυτό, η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Διαλογή (screening) είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, φθηνά και γρήγορα. (Elberl, et all)

Μαζική ή γενική διαλογή (mass screening) ονομάζεται η διαλογή που εφαρμόζεται στο σύνολο του πληθυσμού μιας περιοχής ή σε σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της.

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής:

- Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά
- Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου, σε όλες τις φάσεις της εξελίξης του
- Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα, καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου
- Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους απαντάται επίδραση παραγόντων κινδύνου

Μερικά κριτήρια, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη για την εκτίμηση της καταλληλότητας των προγραμμάτων περιοδικού προληπτικού ελέγχου, είναι ότι τα προγράμματα αυτά είναι:

- ✓ Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους
- ✓ Δεν κοστίζουν ακριβά
- ✓ Εύκολα στην εφαρμογή και απλά τεχνικά
- ✓ Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση
- ✓ Αναγνωρισμένης αξίας
- ✓ Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων

- ✓ Ανώδυνα
- ✓ Εφαρμοζόμενα από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία(Foulkes et all, 2011)

#### **4. Μέθοδοι διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου**

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου μαστού. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση, όταν όμως πρόκειται για πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς, το μεγαλύτερο, και ίσως το σπουδαιότερο βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως φυσιολογικών γυναικών δεν είναι καθόλου εύκολη και η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται από τους φορείς που πρόκειται να διενεργήσουν τον έλεγχο. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτόν και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά. (Barlow et al, 2002)

Για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος, πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξη του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση, αλλά και να την επιδιώκουν.

Για την διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου, απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με τη βοήθεια ενός ή και περισσότερων μεθόδων ή μηχανημάτων.

Κύριως σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς ιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση. (Singh et al, 2015)

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει:

- a. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- b. Γενική φυσική εξέταση
- c. Κλινική εξέταση (επισκόπηση- ψηλάφηση)
- d. Αιματολογικές εξετάσεις
- e. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε την μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίησή της και το διάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης του μαστού (AEM). (Salzman et al 2012)

Με τη μαστογραφία, διαπιστώνονται ογκίδια, σχετικώς μικρά, μετά την εμμηνόπαυση, αλλά μεγαλύτερα πριν την εμμηνόπαυση.

Κατά συνέπεια, η μαστογραφία είναι χρήσιμη κυρίως μετά την εμμηνόπαυση, γιατί η διαγνωστική της αξία είναι τότε μεγαλύτερη, αλλά επίσης πριν από την εμμηνόπαυση

γιατί ο αθροιστικός κίνδυνος για την ενδεχόμενη καρκινογένεση πριν την εμμηνόπαυση είναι ουσιαστικότερος. Η μαστογραφία μπορεί να αποτύχει να εντοπίσει μερικές περιπτώσεις καρκίνου μαστού: 3 στις 10 γυναίκες με καρκίνο μαστού μπορεί να ξεφύγουν από τον ανά τριετία περιοδικό έλεγχο. (Galvin et all, 2014)

Με την ψηλάφηση, διαπιστώνονται ογκίδια με διάμετρο μεγαλύτερη από 1 cm, εφόσον δεν βρίσκονται σε μεγάλο βάθος, γι' αυτό το λόγο, η ψηλάφηση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής πριν από την εμμηνόπαυση, σε γυναίκες χωρίς δείκτες ειδικού αυξημένου κινδύνου.

Αυτός ο έλεγχος υγείας ή «check up» όπως συνήθως λέγεται, επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό ιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή (ιδεωδώς) από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου. Τέτοια κέντρα υπάρχουν λίγα στο κόσμο. Πιο γνωστό είναι η Strang Clinic της Νέας Υόρκης, το κέντρο που συνέβαλε περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο στην προώθηση, στη θεωρία και στη πράξη, της ιδέας των προληπτικών εξετάσεων για καρκίνο. (Salzman et all, 2012)

### **Κινητές μονάδες**

Οι «κινητές διαγνωστικές μονάδες» είναι μια αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, παραϊατρικού προσωπικού κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό:

- a. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και
- b. Την διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρόωμη διάγνωση του καρκίνου μαστού (Berrigan et all, 2003)

Η προτίμηση στα χωριά και τις επαρχίες οφείλεται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν ιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρόωμης διάγνωσης.

### **Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης**

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου μαστού στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε ιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και δευτερεύονα σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Ιατροί υπάρχουν μόνο ως σύμβουλοι. Έτσι η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.(Botteri et all, 2008)

### **Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου**

Τα αναμενόμενα οφέλη από τον περιοδικό έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

- Παράταση επιβίωσης (στην ομάδα ηλικίας 50-64 ετών, μείωση θνησιμότητας κατά 30%)
- Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.(Cho et all, 2008)

Είναι όμως αδύνατο να εκτομηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου επειδή:

- a. Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμη σχετικά βραχεία
- b. Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο στις διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός
- c. Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

- a. Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο
- b. Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά τις μαστογραφίες
- c. Αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων
- d. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δεν βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο
- e. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος (Carlos, Fendrick)



## 5. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου μαστού

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου μαστού είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Η νοσηλεύτρια ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στην διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί. (Κονιάρη,2002)

Μεθοδολογία πρόληψης καρκίνου μαστού

- Ø Χαρακτηριστικά στόχων
- Ø Διαθέσιμες υπηρεσίες
- Ø Μέσα προσέγγισης
- Ø Προσφορότερη κατανομή δαπανών

Στοιχεία

- Ø Επιδημιολογικά δεδομένα
- Ø Συνήθειες της οικογένειας
- Ø Πιθανές τάσεις, ιστορικό δημόσιας υγείας
- Ø Περιβαλλοντικά στοιχεία
- Ø Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας
- Ø Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς

Προσέγγιση

- Ø Προσωπικού- γενικού χαρακτήρα
- Ø Οικογενειακή προσέγγιση
- Ø Εργασιακή προσέγγιση

Για την σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- a. Γνώσεις για τον καρκίνο μαστού και την φυσική του εξέλιξη
- b. Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- c. Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- d. Ικανότητες φυσικής εκτίμησης
- e. Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής(Δημόπουλος2014)

## 6. Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί την βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για τον λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει την χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών A και C. (Gaudet et all, 2013)

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για την βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος της είναι να επενδύονται στη καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοιχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο ιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%. (Haufroid et all, 1998)

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν ένα ιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

### a. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστες, μικρών ταμείων) βρίσκουν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και, όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι' αυτά τους τα συμπτώματα. Πολλές φορές μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία

για το καλό της οικογένεια της. Στην Ελλάδα το κόστος των εξετάσεων δεν δημιουργεί βεβαίως πρόβλημα. (Nirmalla et all,2011)

#### b. Έλλειψη μόρφωσης

Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού, που δεν φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Συχνά λέμε «ο όγκος δεν με ενόχλησε κι έτσι κι εγώ δεν τον ενόχλησα». Αυτό το είδος άγνοιας συνιστάται ακόμη και μεταξύ αποφοίτων λυκείου, καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή του καρκίνου μαστού. Παρ'όλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον συγκεκριμένο καρκίνο δεν περιλαμβάνεται στην διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος είναι θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με ό, τι πιστεύουν πολλές από τις καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή η νόσος τους είναι ανίατη και καθυστερούν γι'αυτό να προσέλθουν στον ιατρό τους. Ο συλλογισμός αυτός είναι κατανοητός, επειδή πολλές από αυτές δεν γνώρισαν καμία γυναίκα που να θεραπεύτηκε από τον καρκίνο. Στην Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο. (Alkner et all,2009)

#### c. Ψυχολογικοί παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση βοήθειας.

##### ✓ Ο φόβος

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχτούν οι συγκινησιακές (συναισθηματικές) σχέσεις με τους συζύγους τους.

##### ✓ Σεμνοτυφία και ντροπή

Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευθούν έναν ειδικό για τον μαστό τους.

##### ✓ Αποφυγή ψηλάφησης μαστού

Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δεν φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού, ενόσω είναι ακόμη μικρός.

##### ✓ Αρνητισμός

Γυναίκες που μεγαλώνουν σε σκληρό και εχθρικό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να προχωρήσουν πάρα πολύ τα συμπτώματα.

## ✓ Κατάθλιψη

Μερικές γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται ακταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους.

## ✓ Καταπίεση

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.(Schumann et all,2001)

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει την γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στην συνέχεια, αφού προηγήθηκαν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο μαστού. (Δημόπουλος2014)

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος:

- a. Του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί
- b. Της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- c. Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές.

Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στην μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα:

- λήψη καλού ιστορικού
- Κλινική εξέταση
- Αυτοεξέταση του μαστού

Είναι σαφές ότι, όπως σε κάθε πάθηση έτσι και για τις παθήσεις του μαστού, πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι: ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση (προ- ή μετά- εμμηνοπαυσιακή περίοδος), οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο μαστού, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών- αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι: τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, βάρος, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις (Jung et all, 2014)

Επίσης, κατά την λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις, όπως:

- a. Ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- b. Πότε εμφανίστηκε
- c. Πώς ανακαλύφθηκε
- d. Πώς εξελίχθηκε
- e. Πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στον ιατρό

Πρέπει να μάθουμε επίσης:

- a. Αν υπάρχει ιστορικό τραύματος
- b. Ποια η σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο
- c. Αν το υποκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής
- d. Αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή, για να πληροφορηθούμε, σε περίπτωση νόσου, αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Γυναίκες που πήγαν στον ιατρό με δωδεκάμηνη και μεγαλύτερη καθυστέρηση από την ημέρα που ανακαλύφθηκε ο καρκίνος τους, έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν θετικούς λεμφαδένες μασχάλης από αυτές που πήγαν με καθυστέρηση τριών μηνών ή με μικρότερη. (Shapiro et al, 2001)

Πρέπει να πληροφορηθούμε επίσης, αν υπάρχει ιστορικό τραύματος, γιατί πολλές φορές η νέκρωση λίπους που είναι αποτέλεσμα κάκωσης μπορεί να εκληφθεί σαν καρκίνος. Επίσης, αν το δέρμα του μαστού παρουσίασε αλλοιώσεις φλεγμονής και την εξέλιξη των αλλοιώσεων αυτών, για να μπορέσουμε να κάνουμε διαφορική διάγνωση μεταξύ απλής καλοήθους φλεγμονής και φλεγμονώδους καρκίνου. (Vineis et al, 2004)

Με την λήψη ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματα τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά την διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αν υπήρξαν σημαντικές δυσκολίες στην ζωή της, ποιες ήταν και πως τις αντιμετώπισε. Είναι επίσης σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας και την κατάσταση της, όπως επίσης, και το πώς θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της σε νοσοκομείο, τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση της και τους διαθέσιμους πόρους. (Δημόπουλος, 2014)

## Κλινική εξέταση

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρόωμη διάγνωση της νόσου είναι και μια κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

### **Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:**

- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας
  - Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολύνει την εξέταση
  - Την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση, την καλύπτει όμως, εάν βρίσκεται σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας, ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο απ' ότι χρειάζεται. Με αυτόν τον τρόπο, ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει τον φόβο, την νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς, που ελαττώνουν την ικανότητα της για συνεργασία κατά την εξέταση
  - Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυολογήσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία
  - Εξασφαλίζει καλό φωτισμό
  - Την πληροφορεί ότι ο ιατρός θα ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της, ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει.
  - Την βοηθάει με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.(Jordan et all, 2008)
- a. Επισκόπηση

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέγκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα, όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα τα χέρια.(Herbert, Bergeron, 2007)

Σπανίως η εισολκή φαίνεται όταν η ασθενής με υψωμένα τα χέρια σκύψει προς τα εμπρός. Είναι ίσως το σπουδαιότερο σημείο που δεν το συναντούμε στις καλοήθεις παθήσεις, απρά σπανίως σε νέκρωση λίπους. Μπορεί να μας οδηγήσει να βρούμε έναν καρκίνο που δεν ψηλαφάται εύκολα.

Το χρώμα και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέγκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή ακόμη και νόσου του Paget, όταν υπάρχει εξέγκωση της θηλής. (Arbyn et all 2007)

- b. Ψηλάφηση

Για την ψηλάφηση, η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση ελέγχουμε:

- Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, σκληρίας ή πληρότητας
- Την ευαισθησία των θηλών
- Τις εκκρίσεις των θηλών
- Τους υπερκλειδίους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την εξεταζόμενη να ξαπλώσει και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της. Το σύστοιχο χέρι τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, ενώ το αντίστοιχο βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά, αρχίζοντας από την θηλή προς την περιφέρεια, ψηλαφούμε όλο το μαστό. Ο καρκίνος μαστού παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. (Arbyn et all, 2014)

Για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι :

- Ø Το άλγος και η ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του καρκίνου μαστού και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
- Ø Οι εκκρίσεις συνήθως είναι χωρίς σημασίας και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις. Πολλές φορές, όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα των πόρων και σπανίως σε ενδοπορώδη καρκίνο. Συνήθως, είναι ορώδεις ή γαλακτώδεις, από αύξηση της προλακτίνης που μπορεί να οφείλεται στην λήψη φαρμάκων (αντισυλληπτικών, ηρεμιστικών) πράσινης χροιάς σε κυστικές συνήθως μαστοπάθειες και αιματηρές σε μονήρη ή πολλαπλή θηλωμάτωση πόρου ή καρκίνο.
- Ø Με την ψηλάφηση πρέπει επίσης να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και τη νοσηλεύτρια να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης. Για την ψηλάφηση της δεξιάς μασχάλης, πρέπει να χρησιμοποιείται, από την νοσηλεύτρια που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο
- Ø Επίσης, σωστό είναι, εκτός από τις μασχάλες, να εξετάζονται και οι υπερκλειδίοι χώροι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό. (Lynge et all 2012)



## 7. Αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ)



Όπως γνωρίζουμε οι περισσότεροι καρκινοί του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωιμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Πόσο συχνά εφαρμόζεται η αυτοεξέταση από τις γυναίκες; Έχει αποδειχθεί ότι, και σε χώρες ακόμη που υπάρχει καλή ενημέρωση, το ποσοστό δεν ξεπερνά το 25%. (Perry, 2006)

Το γεγονός ότι τους περισσότερους καρκίνους τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες (ωστόσο τις περισσότερες φορές σε προχωρημένο στάδιο) καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει συνείδηση σε **όλες τις γυναίκες** ότι πρέπει να **ψηλαφούν τον μαστό μία φορά τουλάχιστον τον μήνα**. Η αυτοεξέταση του μαστού συνιστάται σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Η εξέταση πρέπει να γίνεται 8-12 ημέρες μετά το τέλος της έμμηνου ρήσεως, ακριβώς γιατί το στήθος είναι ανενεργό από ορμόνες ή την πρώτη ημέρα κάθε μήνα για τις γυναίκες που είναι σε εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Η διαδικασία και τα βήματα

για να μπορέσει να εφαρμόσει μια γυναίκα δεν χρειάζεται εξειδικευμένη ή επιστημονική γνώση αλλά προσοχή στον τρόπο και κατά την ψηλάφηση. (Brown et all,2008)

Αρχικά πρέπει να σταθεί μπροστά στον καθρέπτη με τα χέρια κάτω και να παρατηρήσει προσεχτικά τους μαστούς προκειμένου να διακρίνει εάν υπάρχει αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών, στην θηλή, εάν υπάρχει αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές, ασυνήθιστο βαθύλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή την θηλή ,φλέβες που πετάνε περισσότερο απ'ότι συνήθως και γενικότερα αλλαγές στο δέρμα των μαστών και των θηλών. Εν συνεχεία, η γυναίκα θα πρέπει να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι και να ελέγξει για την παρουσία των ίδιων ανωμαλιών. Μεγάλη σημασία έχει οποιαδήποτε ανωμαλία παρατηρείται στον έναν μαστό. Αφού λοιπόν έγινε η παρατήρηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφησή τους τόσο σε όρθια όσο και σε κατακεκλιμένη θέση με την άκρη των δακτύλων τα οποία πρέπει να είναι ενωμένα. Θα πρέπει όμως να χρησιμοποιηθεί ένα ελαιώδες διάλυμα ή κρέμα προκειμένου τα δάκτυλα να γλιστρούν πάνω στο δέρμα. Με το δεξί χέρι ψηλαφάται ο αριστερός μαστός ενώ με το αριστερό χέρι ψηλαφάται ο δεξιός μαστός. Η ψηλάφηση θα πρέπει να έχει κυκλική πορεία, την πορεία των δεικτών του ρολογιού σε όλο τον μαστό. Στόχος είναι να διαπιστωθεί η παρουσία ογκιδίου στον μαστό. Τέλος, η γυναίκα θα πρέπει να πιέσει την θηλή όχι όμως πολύ δυνατά και να παρατηρήσει εάν υπάρχει έκκριση υγρού κυρίως αιμορραγικού.(Buckman,Whittaker,2000)



Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ είναι:

- a. Φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου στο μαστό
- b. Έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενεργείας της
- c. Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της αυτοεξεταζόμενης
- d. Σεμνοτυφία ή/ και ενόχληση (Aarts et al 2011)

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά-ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της ΑΕΜ, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με την νοσηλεύτρια, δηλαδή ότι:

- a. Είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου μαστού
- b. Είναι εύκολη στην εφαρμογή της
- c. Είναι ακίνδυνη
- d. Δεν κοστίζει τίποτε, χρειάζονται μόνο 5 λεπτά τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά
- e. Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί
- f. Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για την βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό ,μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το σύστημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. (Δημόπουλος, 2014)

Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ. Έτσι:

- a. Κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθει για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει. Αυτό βέβαια εκτός από τον παράγοντα ενημέρωση, που πρέπει να γίνεται με διαλέξεις, έντυπα και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, εξαρτάται και από το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα.
- b. Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την ΑΕΜ. Έχει πράγματι υπολογισθεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν κληρονομικό του καρκίνου του μαστού, βαριά ινοκυστική ινοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών εφαρμόζουν την ΑΕΜ σε ποσοστό 68%, 50% και 44%, αντίστοιχα.
- c. Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαία εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο

χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, ώστε να μην ξεχνιέται. (Berkman et all 2000)

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνιστάται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός. (Forss et all 2001)

Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση.

Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη ημέρα κάθε μηνός, π.χ. την πρώτη ημέρα κάθε μηνός ή μια άλλη μέρα που τους είναι εύκολο να τη θυμούνται.

Η συχνότητα, με την οποία η ΑΕΜ πρέπει να διεξάγεται, αντιμετωπίζεται με τον κίνδυνο της καρκινοφοβίας.

Έτσι, δεν θέλουμε οι γυναίκες να εξετάζουν τους μαστούς τους πολύ συχνά ούτε πολύ αραιά, αλλά κατά τρόπο που να έχουν την πιθανότητα να ανακαλύψουν τον καρκίνο μαστού όσο ακόμη είναι σε πρώιμο στάδιο. (Fowler, 2007)

Σκοπός της ΑΕΜ είναι να καταστήσουμε τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται, από τότε που γίνονται ψηλαφητοί. Θέλουμε αν είναι δυνατόν, να ελαττώσουμε το διάστημα των 6 ή 12 μηνών που παρέχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Γι' αυτό, συμβουλεύουμε τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα, συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συχνά τους μαστούς τους και να μην σκέπτονται τη νοσο του μαστού.

Οι γυναίκες που δεν έχουν φθάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν τη σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για την ΑΕΜ.

Στις περισσότερες γυναίκες, υπάρχει σημαντική αγγειακή διόγκωση των μαστών στην προεμμηνοπαυσιακή φάση του κύκλου, που μπορεί να δημιουργήσει ελαφρά μεγέθυνση των μαστών και κάποια ευαισθησία. Σε μικρό αριθμό γυναικών, η διόγκωση είναι αρκετά έντονη και προκαλεί ως ένα βαθμό οξυδιακή πύκνωση που μπορεί να τις ξεγελάσει και να τις κάνει να πιστέψουν πως έχουν πραγματικά νόσο του μαστού. Γι' αυτό, η νοσηλεύτρια συνιστά να γίνεται η εξέταση σε χρονικό διάστημα που αυτές οι παροδικές μεταβολές είναι στο ελάχιστο, δηλαδή 7-10 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου. (Berkman et all 2000)

Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβανόμενη εδώ και χρόνια την πολύτιμη προσφορά της **πρόληψης** έχει ρίξει μεγάλο βάρος των προσπαθειών της στον προληπτικό έλεγχο, γι' αυτό σε πολλές χειρουργικές κλινικές στα μεγαλύτερα

νοσοκομεία του κόσμου έχουν ιδρυθεί ιατρεία μαστού σκοπός των οποίων είναι, η ετήσια παρακολούθηση των γυναικών με ψηλάφηση του μαστού και παρακλινικό έλεγχο ανάλογα με την ηλικία και με τις κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.(Ringash,2001)

Η **Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας** έχει κατατάξει τις γυναίκες σε υψηλού και κανονικού κινδύνου ασθενείς ανάλογα με το ατομικό της αναμνηστικό. **Γυναίκες αυξημένου κινδύνου** είναι οι παρακάτω:

- a. Γυναίκες άτεκνες άνω των 40
- b. Γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για περισσότερο από 3 έτη
- c. Γυναίκες που η μητέρα τους ή γυναίκα πρώτου βαθμού συγγενείας έχει παρουσιάσει προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού
- d. Γυναίκες λευκής φυλής
- e. Γυναίκες με πρόιμη εμμηναρχή (έναρξη < των 12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (τέλος μετά τα 50 έτη)
- f. Γυναίκες με καρκίνο του ενδομήτριου
- g. Γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια.(Παπανικολάου,1995)

Σε μελέτη που συμμετείχαν 9.873 γυναίκες μεταξύ 35 και 70 ετών που υποβλήθηκαν σε μαστογραφία γενόμενη σε 21 εγκαταστάσεις στο Long Island της Νέας Υόρκης κλήθηκαν να απαντήσουν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο 25 ερωτημάτων σχετικά με:

- δημογραφικά στοιχεία (ηλικία , εθνικότητα , κ.λπ.)
- εκτιμήσεις των ιδίων για τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε σχέση με την ηλικία
- προσωπικούς παράγοντες κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, της καλοήθους νόσου του μαστού, την ιστορία της εγκυμοσύνης) (Alkner et all,2009)

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι μόνο το 9,4 % ( 707 γυναίκες ) υπολογίζουν με ακρίβεια τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού :

- 44,7 % ( 3.359 γυναίκες) υποτίμησαν τον κίνδυνο
- 45,9 % ( 3.454 γυναίκες) υπερεκτίμησαν τον κίνδυνο

Όταν οι ερευνητές εξέτασαν τα αποτελέσματα από την εθνικότητα, διαπίστωσαν ότι:

- 8,7 % των μαύρων γυναικών υπολογίζουν με ακρίβεια τον κίνδυνο, το 57,6% υποτίμησε τους κινδύνους και το 33,7 % υπερεκτίμησε τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού
- 10,2 % γυναίκες από την Ασία εκτιμούν με ακρίβεια τον κίνδυνο, το 58,8% υποτίμησε τους κινδύνους και το 31% υπερεκτίμησε τον κίνδυνο
- 8,9 % των ισπανόφωνων γυναικών υπολογίζουν με ακρίβεια τον κίνδυνο, το 50,4 % υποτίμησε τους κινδύνους και το 40,8 % υπερεκτίμησε τον κίνδυνο
- 10,2 % των λευκών γυναικών υπολογίζεται με ακρίβεια τον κίνδυνο ? 38,6 % υποτίμησε τους κινδύνους και 51,3 % υπερεκτίμησε τον κίνδυνο

Οι γυναίκες που δεν γνωρίζουν τον πραγματική κίνδυνο του καρκίνου του μαστού μπορεί να πάρουν τις καλύτερες αποφάσεις σχετικά με τις στρατηγικές πρόληψης.

Οι γυναίκες που πιστεύουν ότι ο κίνδυνός τους είναι χαμηλότερος από ό, τι είναι στην πραγματικότητα δεν μπορούν να εξετάσουν τη λήψη του φαρμάκου όπου θα βοηθήσει να κρατήσει τον κίνδυνο τόσο χαμηλά όσο μπορεί να είναι. Οι γυναίκες που πιστεύουν ότι ο κίνδυνός τους είναι υψηλότερος από ό, τι είναι στην πραγματικότητα μπορεί να πάρουν το φάρμακο ή να επιχειρήσουν την προστατευτική χειρουργική επέμβαση , που αυτό δεν είναι απαραίτητο. .(Brown et all 2008)

## **8. ΜΟΝΤΕΛΟ GAIL (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ)**

Αυτή τη στιγμή, οι περισσότεροι γιατροί χρησιμοποιούν κάποια μορφή του μοντέλου **Gail**, (ένα πρότυπο εργαλείο αξιολόγησης) για τον υπολογισμό του κινδύνου του καρκίνου του μαστού. Το μοντέλο Gail βασίζεται σε μια σειρά από προσωπικές ερωτήσεις για την υγεία. Οι ερωτήσεις αφορούν παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, η τεκνοποίηση, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και τα αποτελέσματα της βιοψίας του μαστού. Ορισμένες πιο πρόσφατες εκδόσεις του μοντέλου Gail είναι ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ, εμμηνοπαυσιακή κατάσταση, και δείκτη μάζας σώματος.

Το αποτέλεσμα είναι ένα σκορ Gail, που υπολογίζει τον κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του μαστού μέσα στα επόμενα 5 χρόνια.

Οι υπόλοιπες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα συνηθισμένου κινδύνου και πρέπει να ακολουθούν άλλους κανόνες πρόληψης. (Μαρκόπουλος,2008)

## 9. Π.Ο.Υ. - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θεσπίσει χρονοδιάγραμμα προληπτικού ελέγχου παρακολούθησης των γυναικών:

### 1. Γυναίκες χωρίς βεβαρημένο ιστορικό

- 35ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο
- 40-50 ετών μαστογραφία κάθε 2 έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο
- 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο μαστών άμφω

Να σημειωθεί ότι στις δυο πρώτες κατηγορίες πρέπει η γυναίκα **να επισκέπτεται το γιατρό της κάθε χρόνο** και αν συντρέχει λόγος να υποβάλλεται σε έκτακτο παρακλινικό έλεγχο. (Σακοράφας et all,2009)

### 2. Γυναίκες επιβαρημένο ιστορικό

- 30 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο
- 35-40 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο
- 40-50 ετών μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο
- 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο μαστών άμφω

(Σακοράφας et all,2009)



## **10. ΕΥΡΩΠΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Στην Ευρώπη, ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία του θανάτου για τους ενήλικες και είναι υπεύθυνος για τους 4 στους 10 θανάτους. Ο καρκίνος στους μαστούς είναι ο πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες και αυξάνεται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Οι αιτίες του καρκίνου του μαστού συνεχίζουν να είναι ελάχιστα κατανοητές. Ανταποκρινόμενη στις παθήσεις με καρκίνο και σαν μέρος της συνεργατικής προσέγγισης της πραγματοποιήθηκαν κάποια ευρωπαϊκά σχέδια δράσης. Το δεύτερο σχέδιο δράσης προγράμματος κατά του καρκίνου που έγινε κατά την χρονική περίοδο 1990-1994 περιλάμβανε αντικαπιλιστική εκστρατεία, δράση για βελτίωση συνηθειών διατροφής, ανάπτυξη συστηματικού ελέγχου και έγκαιρη διάγνωση για τους καρκίνους του μαστού και τραχήλου της μήτρας και συμβολή για τις κατευθυντήριες οδηγίες για την προστασία εναντίον καρκινογόνων παραγόντων.(Παπανικολαου,1995)

Μια μελέτη διαπίστωσε ότι τα ποσοστά μαστογραφίας για τις γυναίκες 40 ετών και άνω δεν μειώθηκαν το 2011 σε σύγκριση με το 2008. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες στα 40 τους και οι γυναίκες 65 ετών και άνω είχαν πάρει λιγότερες μαστογραφίες το 2010 σε σύγκριση με το 2009. (Beaber et all, 2014)

Η αξία της ρουτίνας μαστογραφιών αμφισβητήθηκε το Νοέμβριο του 2009, όταν η αμερικανική Υπηρεσία Πρόληψης Task Force (USPSTF) συνέστησε ότι οι μαστογραφίες ρουτίνας για τις γυναίκες, με μέσο κίνδυνο καρκίνου του μαστού θα πρέπει να ξεκινήσει στην ηλικία των 50 αντί των 40 ετών (cost effect syndrome). Οι συστάσεις USPSTF αναφέρουν επίσης ότι οι γυναίκες ηλικίας 50 έως 74 ετών θα μπορούσαν να κάνουν μαστογραφία κάθε δύο χρόνια και ότι οι γυναίκες ηλικίας άνω των 74 δεν χρειάζεται να υποβληθούν σε μαστογραφίες. Οι προτεινόμενες αλλαγές ήταν πολύ αμφιλεγόμενες και δεν εγκρίθηκαν. Για την παρούσα μελέτη, οι ερευνητές εξέτασαν στοιχεία από την εθνική έρευνα ερωτηματολογίου για την υγεία, μια βάση δεδομένων με πληροφορίες σχετικά με θέματα υγείας που συλλέγονται από το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων μέσα στο σπίτι, μέσω προσωπικών συνεντεύξεων. Περισσότερες από 27.800 γυναίκες ανέφεραν πόσο συχνά πήραν μαστογραφίες το 2005, 2008, ή το 2011. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ποσοστά μαστογραφίας ουσιαστικά παρέμειναν ίδια το 2008-2011 για τις γυναίκες κάθε ηλικίας. Όταν οι ερευνητές εξέτασαν τις γυναίκες σε δύο ηλικιακές ομάδες: 40-49 ετών και 50-74 ετών τα αποτελέσματα ήταν τα ίδια. (Nowakowski et all,2015)

## 11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Η πρόγνωση επηρεάζεται από κάποιους παράγοντες που προσέχει ο θεράπων ιατρός όπως καθήλωση του όγκου, οίδημα, φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος, παρουσία δορυφόρων οζιδίων, σημαντική διαφορά μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού, γεωγραφική θέση μαστού και προσβολή της θηλής.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι ανάλογη του σταδίου του. Η νόσος στα αρχικά στάδια αντιμετωπίζεται με συντηρητική χειρουργική επέμβαση και ακτινοβολία. Η μαστεκτομή και η ακτινοβολία είναι τοπικές θεραπείες και δεν μπορούν να επηρεάσουν τα καρκινικά κύτταρα που τυχόν έχουν διασπαρθεί στο σώμα και πιθανόν να δημιουργήσουν μεταστάσεις. Έτσι τίθεται θέμα συμπληρωματικής χημειοθεραπείας, η οποία δίνεται σε ασθενείς με νόσο σε πρώιμα στάδια, οι οποίες όμως είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μεταστάσεις. Για ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, η συμπληρωματική θεραπεία ή η χορήγηση ταμοξιφαίνης είναι πιο σταθερές επιλογές. (Σκάρλος,2008)

Από το 1981 έως το 1995, 1755 ασθενείς ηλικίας 70 ετών και άνω, οι οποίοι είχαν μη μεταστατικό καρκίνωμα του μαστού έλαβαν θεραπευτική τοπική ή περιοχική θεραπεία στο Institut Curier. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 8 ετών. Τα **κριτήρια επιλογής** είναι το γυναικείο φύλο, η ηλικία και το μεταστατικό καρκίνωμα του μαστού μονομερή σε διάγνωση χωρίς προηγούμενο ιστορικό καρκίνου. Η μέση ηλικία αυτών των ασθενών ήταν 75 έτη και το 86% ήταν κάτω από 81 ετών. Οι όγκοι είχαν χαρακτηριστεί ως T3-4 σε 24% των ασθενών. 18% είχαν N1β/N2 όγκους, και το 12% ήταν παρούσα βαθμού 3 νόσος. Μόνο το 19% ήταν και οι δύο μαστοί ER και PR αρνητικό. Σε 1046 ασθενείς πραγματοποιήθηκε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (60%), ενώ το 20% υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία. Επικουρική ενδοκρινική θεραπεία δόθηκε σε 463 (26%) περιπτώσεις, και μόνο στο 3 % των ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία. Η διάμεση συνολική επιβίωση ήταν 121 μήνες. Οι προγνωστικοί παράγοντες ήταν το μέγεθος του όγκου, κλινική κατάσταση (ER και PR) και η θέση. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο αποτέλεσμα, αλλά παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ μαστεκτομή και συντηρητική θεραπεία. Ο καρκίνος του μαστού στις ηλικιωμένες γυναίκες συχνά εξαρτάται από τις ορμόνες με χαμηλό δείκτη πολλαπλασιασμού. Οι προγνωστικοί παράγοντες είναι ίδιοι στους ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση και σε ασθενείς με νεότερη ηλικία. Περισσότερο από το 50% αυτών των ασθενών πέθαναν από άλλη αιτία και όχι από τον καρκίνο του μαστού. Οι ιατροί θεωρούν ότι η ηλικία είναι ένας σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας της θεραπείας και το πρότυπο της φροντίδας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Παρ' όλα' αυτά κάποιες νεότερες γυναίκες ιδίως οι 35χρονες έχουν πιο επιθετική μορφή της νόσου που χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερης και υψηλότερης ποιότητας όγκου ενώ οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας έχει παρατηρηθεί να έχουν όγκους με ευνοϊκότερα

βιολογικά χαρακτηριστικά.(Pierga et all,2004)

Αν και η επαρκής locoregional θεραπεία βελτιώνει τις τοπικές και περιφερειακές περιοχές για έλεγχο σε πρώιμο στάδιο καρκίνο του μαστού, η αβεβαιότητα εξακολουθεί να υπάρχει σχετικά με τον ρόλο των locoregional θεραπειών όσον αφορά την επιβίωση. Για να μελετήσει τις επιπτώσεις της χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας για τον περιοχικό τοπικό έλεγχο και την επιβίωση συνδύασαν οι ερευνητές τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού οργανισμού για την έρευνα και θεραπεία του καρκίνου (EORTC) του μαστού σε μια ομάδα καρκινοπαθών, συμπεριλαμβανομένου του πρώιμου σταδίου του καρκίνου του μαστού σε ασθενείς με μακροχρόνια παρακολούθηση. Αναλογίες κινδύνου (PR) εκτιμήθηκαν για locoregional υποτροπής και την συνολική επιβίωση χρησιμοποιώντας μοντέλα παλινδρόμησης. Όλες οι αναλύσεις προσαρμόστηκαν ως προς το μέγεθος του όγκου, κομβικής κατάστασης, την ηλικία, επικουρική ακτινοθεραπεία και την επικουρική χημειοθεραπεία. Η έρευνα αυτή αποτελείται από 3648 ασθενείς και η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 11 χρόνια. Το 5,9% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και το 10,8% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού είχαν locoregional υποτροπή. Όμως ο κίνδυνος του θανάτου με την θεραπεία της διατήρησης του μαστού ήταν παρόμοια συγκριτικά με την μαστεκτομή. Η επικουρική ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο για locoregional υποτροπής και στην συνέχεια να οδηγηθεί στον θάνατο. Οι ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες 1-3 επωφελήθηκαν περισσότερο από την ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή. Ωστόσο η διατήρηση του μαστού θεραπείας δεν σχετίζεται με χειρότερη συνολική επιβίωση. Η επίδραση του εκδόχου της ακτινοθεραπείας ήταν πιο βαθιά σε ασθενείς οι οποίοι είχαν 1-3 θετικούς λεμφαδένες.(Λαβδανίτη,2015)

Οι τυχαιοποιημένες μελέτες που μελέτησαν τον ρόλο της επικουρικής ακτινοθεραπείας μετά από μαστεκτομή σε δείγματα ασθενών που ήταν σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής έδειξαν την ανώτερη συνολική επιβίωση μετά από την επικουρική ακτινοθεραπεία. Η πιο πρόσφατη παρακολούθηση στον πρώιμο καρκίνο του μαστού έδειξε σημαντική διαφορά στην συνολική επιβίωση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή συγκριτικά με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού. Τα ποσοστά επιβίωσης των 53 ασθενών ήταν 47% σε ασθενείς χωρίς αφαίρεση του μαστού με ακτινοθεραπεία σε 15 χρόνια παρακολούθησης. Αυτή η δράση παρατηρήθηκε σε 2489 ασθενείς. Ωστόσο σε 4463 τυχαιοποιήθηκαν μεταξύ μαστεκτομή και συντηρητική χειρουργική επέμβαση καθώς και ραδιοθεραπεία. Τα μοτίβα επιβίωσης ήταν πολύ παρόμοια μετά από 15 χρόνια παρακολούθησης. Δηλαδή η συνολική επιβίωση των 61 ασθενών ήταν 60,8% αντίστοιχα. Έτσι λοιπόν συμπεραίνουμε ότι η ακτινοθεραπεία παρέχει ευεργετική επίδραση στη συνολική επιβίωση μετά από μαστεκτομή σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο πρώιμου καρκίνου του μαστού. (Alkner et all 2009)

Από επιδημιολογική άποψη φαίνεται ότι η βέλτιστη θεραπευτική στρατηγική σε ηλικιωμένους ασθενείς στην καθημερινή κλινική πράξη όλα αυτά τα χρόνια ήταν

ανεπαρκής. Οι περισσότερες δοκιμές για την θεραπεία της διατήρησης του μαστού είχαν αποκλειστεί σε ασθενείς άνω των 70 ετών και η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (RT), παραμένει στην φάση 2 του καρκίνου του μαστού. Από το 1995 έως το 1999, έχουν περιθάλψει στο Institut Curier, Γαλλία 396 ασθενείς με θεραπεία διατήρησης του μαστού ηλικίας άνω των 70 ετών με πρώιμο στάδιο καρκίνο του μαστού. 79 ηλικιωμένες με μη μεταστατικούς καρκίνους που έλαβαν θεραπεία για πρώιμο καρκίνο του μαστού έχουν υποστεί επεξεργασία με ΗΓΡΤ. Απ' αυτές 50 υποβλήθηκαν σε BCS που ακολουθείται από HFRT για 5 εβδομάδες και 29 ασθενείς που παρουσιάζονται με διαφορετικές συνοσηρότητες έλαβαν το ίδιο χρονοδιάγραμμα HFRT ως αποκλειστική θεραπεία ακτινοθεραπείας. Υπήρξε μια μέση περίοδο παρακολούθησης 93 μηνών (9 έως 140 μήνες). Στα 7 χρόνια παρακολούθησης η επιβίωση ήταν 96,4% και η μετάσταση χωρίς ποσοστό επιβίωσης ήταν 92,4%. Αυτή η μακροπρόθεσμη παρακολούθηση έδειξε αποδεκτό τοπικό έλεγχο και την καλή έκβαση σε ηλικιωμένους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με αποκλειστικό HFRT για πρώιμο καρκίνο του μαστού. (Chargari et al 2010)

Οι ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο δεν έχουν τόσο καλή πρόγνωση. Ένας καλός τοπικός χειρισμός είναι ένας συνδυασμός χειρουργικής εκτομής, χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. **Η χημειοθεραπεία** εδώ είναι απαραίτητη διότι οι ασθενείς αυτές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μεταστάσεις. Οι θεραπευτικές επιλογές για ασθενείς με τοπικά υποτροπιάζουσα νόσο ή μεταστατική νόσο διαφέρουν ανάλογα με τον εντοπισμό και την έκταση της νόσου. Σε πολλές περιπτώσεις συνδυάζονται τοπικές και συστηματικές θεραπείες. Οι ασθενείς με μεταστατική νόσο, σπάνια δείχνουν ανταπόκριση με μεγάλη χρονική διάρκεια στην συμβατική θεραπεία. (Μπαρπουνάκη-Κωνσταντάκου, 2004)

## 12. ΚΟΣΜΙΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΑΛΕΝΑ

Η ανάπλαση του μαστού λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια ή μετά από μαστεκτομή και σε ορισμένες περιπτώσεις, ογκεκτομή . Κατά τη διάρκεια της ανασυγκρότησης ένας πλαστικός χειρουργός δημιουργεί ένα σχήμα του μαστού χρησιμοποιώντας ένα εμφύτευμα , ιστού από άλλο σημείο του σώματος, ή και τα δύο .

Όποια και αν είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η σεξουαλική δραστηριότητα, δεν μπορείτε να προβλέψετε πώς θα αντιδράσετε όταν χάσετε ένα στήθος. Είναι πολύ φυσιολογικό να αισθάνεται μια γυναίκα ανήσυχη, λυπημένη για το χάσιμο ένα μέρος του σώματός, που ήταν ένα από τα χαρακτηριστικά της γυναίκας.(Lambley,2005)

Είναι επίσης σημαντικό ότι η ανασυγκρότηση του μαστού αντικαθιστά ξανά το σχήμα του στήθους. Κατά τη διάρκεια του χρόνου, το δέρμα πάνω από την ανακατασκευασμένη μαστού μπορεί να γίνει πιο ευαίσθητο στην αφή, αλλά δεν θα είναι ακριβώς το ίδιο όπως ήταν πριν από την επέμβαση.

Περίπου το 75% των γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχουν ένα ή και τα δύο στήθη ανακατασκευάσει. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ανακατασκευάσει κανείς ένα στήθος. Ιστού από την πλάτη, κοιλιά, τους γλουτούς, ή άλλο μέρος του σώματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δημιουργήσει ένα νέο μαστό. Φυσιολογικός ορός ή σιλικόνης εμφυτεύματα γέλης είναι ίσως η πιο συνηθισμένη επιλογή. Εμφυτεύματα έρχονται σε δάκρυ ή στρογγυλά σχήματα. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι τα δύο στρογγυλά και δάκρυ σχήμα εμφυτεύματα σιλικόνης προσφέρουν καλά αποτελέσματα για την ανασυγκρότηση του μαστού. (Σταθόπουλος,2013)

Η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ενέκρινε ένα νέο εμφύτευμα σιλικόνης gel για την ανασυγκρότηση του μαστού. Οι περισσότερες από τις παρενέργειες και επιπλοκές ήταν παρόμοιες με επιπλοκές που βρέθηκαν σε μελέτες άλλων εμφυτευμάτων, όπως οι εξής:

- καψική συστολή (σύσφιξη της περιοχής γύρω από το εμφύτευμα)
- ασυμμετρία (τα στήθη φαίνονται άνισα)
- η ανάγκη να αφαιρεθεί το εμφύτευμα(Harold,2009)

## Κεφάλαιο 4

## **1. Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας**

Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην σύγχρονη εποχή συνίσταται σε 4 κύριες παρεμβάσεις οι οποίες είναι:

1. Το τεστ Παπανικολάου ( τεστ ΠΑΠ)
2. Το HPV – DNA τεστ
3. Ο εμβολιασμός έναντι του ιού των θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV)
4. Η κολποσκόπηση (Anttila ,2007)

## **2. Τεστ Παπανικολάου**

Η κυτταρολογική εξέταση του επιχρίσματος που λαμβάνεται από τον τράχηλο της μήτρας (**Τεστ ΠΑΠ**), έχει αποδεδειγμένα μειώσει την επίπτωση και την θνησιμότητα από το ΚΤΜ παγκοσμίως. (Saslow et all, 2002)

Η πλειονότητα των περιστατικών ΚΤΜ συμβαίνει σε γυναίκες που είτε δεν έχουν ελεγχθεί ποτέ είτε ο έλεγχος τους είναι ανεπαρκής. ( Fahey et all, 1995)

Από το 1950-2000 η θνησιμότητα του δεύτερου σε συχνότητα γυναικείου καρκίνου στον κόσμο στον κόσμο έχει μειωθεί κατά 60%, αλλά αυτός εξακολουθεί να «σκοτώνει» περίπου 80 γυναίκες κάθε ημέρα στην Ευρώπη, ενώ τα τελευταία χρόνια η μείωση αυτή φαίνεται να έχει σταματήσει. (Saslow et all, 2002)



### 3. Αιτιολογία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας

- Πρώτο αίτιο είναι η **χαμηλή ευαισθησία του τεστ ΠΑΠ**, η οποία κυμαίνεται γύρω στο 50% για ανίχνευση βλαβών επιπέδου CIN 2, ενώ αντίθετα η ειδικότητά του παραμένει αρκετά υψηλή. Κατά συνέπεια το τεστ ΠΑΠ ίσως δεν είναι η ιδανική εξέταση για μαζικό προληπτικό έλεγχο (screening) του γυναικείου πληθυσμού, καθώς δίνει πολλά ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.
- Δεύτερο αίτιο και ίσως μεγαλύτερης σημασίας στην επίπτωση της νόσου, είναι το **μικρό ποσοστό των γυναικών που προσέρχονται από μόνες τους για τεστ ΠΑΠ**. Στην Φινλανδία όπου λειτουργεί το πλέον συγκροτημένο και με εθνική κάλυψη πρόγραμμα μαζικού ελέγχου όλων των γυναικών ηλικίας 30-65 ετών, το ποσοστό συμμετοχής ανέρχεται στο 93%. Αντίθετα, όσο προχωράμε πιο νότια στην Ευρώπη, το ποσοστό αυτό πέφτει και στην χώρα μας μόνο το 30% των γυναικών ηλικίας 20-60 ετών έχουν πραγματοποιήσει πάνω από 3 τεστ ΠΑΠ στη ζωή τους. (Cuzick et al, 2006)

Ο στόχος του τεστ ΠΑΠ είναι να λάβει δείγμα κυττάρων από την ζώνη μετάπτωσης του ενδοτραχήλου στο πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου, περιοχή όπου αναπτύσσονται οι περισσότερες κακοήθειες. Γι' αυτό θεωρείται απαραίτητο η λήψη να γίνεται τόσο με την σπάτουλα από τον εξωτράχηλο, όσο και με την βούρτσα από τον ενδοτράχηλο, συγχρόνως (πρώτα η σπάτουλα και μετά η βούρτσα). (Antila et al, 2006)

Εάν το αποτέλεσμα της εξέτασης δείξει ότι η λήψη ήταν ανεπαρκής, τότε το τεστ ΠΑΠ πρέπει να επαναληφθεί μέσα στους επόμενους τρεις μήνες. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες η εξέταση του δείγματος αναφέρει ότι δεν βρέθηκαν κύτταρα από τον ενδοτράχηλο, το τεστ δεν πρέπει να επαναληφθεί πρόωρα, αλλά σύμφωνα με το πρόγραμμα παρακολούθησης. (Cuzick et al, 2006)

Η χρησιμοποίηση νέων τεχνικών, όπως η **liquid- based cytology**, δεν έχουν αποδείξει ότι είναι πιο αποτελεσματικές για έλεγχο (screening) από το κλασικό τεστ ΠΑΠ, καθώς δεν υπάρχουν οι μελέτες εκείνες που να αποδεικνύουν ξεκάθαρη υπεροχή.

Η **liquid- based cytology** επιτυγχάνει υψηλότερη ευαισθησία σε βάρος της ειδικότητας, ενώ και το κόστος της είναι αρκετά υψηλότερο από το κλασικό τεστ ΠΑΠ. (Antila et al, 2006)

#### Πληθυσμιακός έλεγχος βασισμένος στο τεστ Παπανικολάου

Η βιβλιογραφία μέχρι τώρα δεν έχει δώσει απόλυτες και ξεκάθαρες αποδείξεις για το ποια είναι η καταλληλότερη ηλικία έναρξης και διακοπής του τεστ ΠΑΠ.

Σε γενικές γραμμές προτείνεται η **έναρξη του τεστ ΠΑΠ να γίνεται είτε 3 χρόνια μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής είτε στην ηλικία των 21 ετών**. Άλλοι οργανισμοί προτείνουν ως ηλικία έναρξης ακόμα και τα 18 έτη βασιζόμενοι στο

γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών στο Δυτικό (και όχι μόνο) κόσμο έχει ενεργό σεξουαλική ζωή σε αυτή την ηλικία. (Cuzick et all, 2003)

Φαίνεται επίσης ότι **η ιδανικότερη ηλικία για την διακοπή του τεστ ΠΑΠ είναι τα 70 έτη**, με την προϋπόθεση ότι η γυναίκα θα έχει ακολουθήσει μέχρι αυτή την ηλικία ένα σταθερό πρόγραμμα ελέγχου, που να περιλαμβάνει τουλάχιστο τρία συνεχόμενα αρνητικά τεστ ΠΑΠ ή κανένα θετικό ή μη-φυσιολογικό τεστ ΠΑΠ τα τελευταία 10 έτη και να μην ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Η ηλικία 65-70 ετών φαίνεται ιδανική για την διακοπή του ελέγχου, γιατί από την μια μεριά ο ΚΤΜ σπάνια είναι υψηλής κακοήθειας μετά από αυτή την ηλικία και έτσι το όφελος από το screening ίσως να μην ισοσκελίζει το κόστος που θα προκύψει από τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα και τις επεμβατικές πράξεις και πιθανές επιπλοκές που θα ακολουθήσουν. (Arbyn,,2004)

Εάν φυσικά η γυναίκα επιθυμεί να συνεχίσει τον έλεγχο, αυτό μπορεί να γίνει αρκεί να μην είναι συχνότερος της διαετίας ή τριετίας.

Δεν χρειάζεται να υποβληθούν σε έλεγχο γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική (προσοχή όχι σε υφολική) υστερεκτομή για καλοήθες νόσημα. Αντίθετα, γυναίκες αυτής της ηλικίας που έχουν ιστορικό διηθητικού ή in situ ΚΤΜ ή με ιστορικό ενδομήτριας έκθεσης σε οιστρογόνα (DES) ή είναι ανοσοκατασταλμένες [συμπεριλαμβάνονται και οι HIV(+)], θεωρούνται υψηλού κινδύνου και πρέπει να συνεχίσουν τον έλεγχο μέχρις ότου το προσδόκιμο επιβίωσης ή η συννοσηρότητα το επιτρέπει, ακόμα και εάν έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή. (Arbyn ,2007)

Δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα **μεσοδιαστήματα ελέγχου**. Δεν υπάρχουν πολλές και επαρκείς μελέτες που να υποστηρίζουν την αξία του ετήσιου έναντι του τριετούς ελέγχου. Παρόλα αυτά, αρκετές ιατρικές εταιρείες και επιστημονικοί οργανισμοί για την υγεία προτείνουν **ετήσιο έλεγχο** (με τη κλασική μέθοδο ή ανά διαετία με την liquid- based cytology) είτε μέχρι να διενεργηθούν 2-3 τεστ αρνητικά στη σειρά. Ο κύριος λόγος γι' αυτή τη σύσταση είναι ότι η ευαισθησία ενός και μόνο τεστ ΠΑΠ να ανιχνεύσει βλάβες υψηλού βαθμού κακοήθειας (CIN 2-3) κυμαίνεται από 60-80% στις διάφορες μελέτες. Μετά ο έλεγχος μπορεί να γίνεται ανά 2-3 έτη, ενώ πατραμένει ετήσιος στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ΚΤΜ με ή χωρίς υστερεκτομή. Ετήσιος έλεγχος προτείνεται και στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή για in situ ή διηθητικό ΚΤΜ. Εάν οι γυναίκες εμφάνισαν δυσπλασία στο τεστ, οφείλουν να κάνουν ετήσιο έλεγχο, αλλά εάν εμφανίσουν 5 φυσιολογικά τεστ στη σειρά τότε ο έλεγχος τους μπορεί να γίνει διετής ή τριετής.

Το τεστ ΠΑΠ θεωρείται αρκετό για παρακολούθηση στις ηλικιακές ομάδες γυναικών <30 ετών. Μετά την ηλικία των 30 ετών στις γυναίκες χαμηλού κινδύνου η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται είτε με τεστ ΠΑΠ ανά 2- 3 έτη είτε με HPV – DNA τεστ ανά 3 έτη ή συνδυασμός των δυο μεθόδων ανά 3ετία και όχι νωρίτερα επί αρνητικού αποτελέσματος. (Antila et all, 2006)

## HPV – DNA τεστ

Το μοναδικό αίτιο και απαραίτητη προϋπόθεση καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας είναι να προϋπάρχει μόλυνση από τον ιό των θηλωμάτων ( Human Papilloma Virus HPV). Δεν ισχύει όμως και το αντίθετο, ότι δηλαδή όποια γυναίκα βρεθεί ότι έχει μολυνθεί από κάποιο στέλεχος του ιού θα αναπτύξει απαραίτητα καρκίνο. Ένα πολύ μικρό ποσοστό των γυναικών που έχουν μολυνθεί θα αναπτύξει τελικά καρκίνο, αφού απαιτείται η παρουσία και άλλων εξωγενών και ενδογενών επιβαρυντικών παραγόντων, που ευνοούν την ανάπτυξη του όγκου(π.χ. διάφοροι πολυμορφισμοί γονιδίων p53, p61 κλπ).

Η ανίχνευση DNA του ιού στον τράχηλο της μήτρας χρησιμεύει εκτός από τον έλεγχο screening, για τη διαλογή (triage) και την παρακολούθηση (follow up) των γυναικών. (Sussman ,2007)

### **Ποιο είναι πιο αποτελεσματικό εργαλείο προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;**

Σύμφωνα με τα τελευταία επιδημιολογικά στοιχεία περίπου το 7% (ίσως και περισσότερο) του συνόλου των γυναικών ηλικίας 20-60 ετών, μπορεί να έχουν θετική δοκιμασία HPV – DNA όσον αφορά τους υψηλού κινδύνου τύπους του ιού (δηλαδή να έχουν μολυνθεί). Από αυτές τις γυναίκες ένα μικρό ποσοστό (1-2% του συνόλου) θα εμφανιστεί τελικά προκαρκινωματώδη βλάβη (CIN2+ και πάνω). (Joura et all, 2007)

Εάν όλες αυτές οι γυναίκες κάνουν τεστ ΠΑΠ αυτό θα βγει θετικό (με ένδειξη τουλάχιστον Low – Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) ή Atypical Squamous Cells – Suspicion of High Dysplasia (ASC-H) περίπου στο 75% αυτών. Στις μελέτες με τέτοιο πληθυσμό η ευαισθησία του τεστ ΠΑΠ κυμαίνεται από 34-76% και η ειδικότητα από 95-99%, ενώ η ευαισθησία του HPV – DNA τεστ κυμαίνεται από 86-97% και η ειδικότητα από 93-98%. Όταν συνδυάζονται οι δυο δοκιμασίες, η ευαισθησία φτάνει το 94% και η ειδικότητα το 99%.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερός ότι η καλύτερη δοκιμασία προσυμπτωματικού μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου είναι το HPV- DNA. **Τα προβλήματα – ερωτήματα σχετικά με την δοκιμασία είναι τα εξής:**

- Ποια είναι η καταλληλότερη εργαστηριακή μέθοδος ανίχνευσης του HPV-DNA (DNA sequencing, microarrays, Hybrid capture II, PCR, κ.λ.π)
- Ποιοι τύποι του ιού θα ελέγχονται (όλοι οι 16 και οι 18, κλπ)
- Με ποιο τρόπο θα λαμβάνεται το δείγμα (σπόγγο, ψήκτρα, κολπική πλύση κ.λ.π.)
- Ποιος θα πάρει το δείγμα (ιατρός, μαία, μόνη της η γυναίκα)
- Ποια θα είναι η συμμόρφωση των γυναικών
- Ποιος θα αναλάβει το κόστος του μαζικού ελέγχου

- Σε ποιες ηλικίες θα εφαρμόζεται η δοκιμασία (η δοκιμασία βγαίνει θετική σε μεγάλο ποσοστό γυναικών ηλικίας 20-30 ετών, από τις οποίες πολύ μικρό ποσοστό θα νοσήσει ψευδώς θετικά) (Garland et all, 2007)

#### **4. Μόλυνση από τον ιό Human Papilloma Virus**

Ο ιός Human Papilloma Virus (HPV) είναι της DNA ιός, ο οποίος μέσω της σεξουαλικής επαφής μολύνει τα βλαστικά κύτταρα (stem cells) της βασικής στιβάδας του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας. Είναι το μοναδικό αίτιο καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, ενώ ευθύνεται και για την ανάπτυξη των οξυτενών κονδυλωμάτων (τύπου 6,11), αλλά και προκαρκινωματοδών αλλοιώσεων στον κόλπο, στο αιδοίο, στη στοματική κοιλότητα, στο φάρυγγα, στο λάρυγγα, στον οισοφάγο, στην τραχεία, ακόμα και στους πνεύμονες.

Αποτελείται από διάφορους τύπους από τους οποίους στον 16 οφείλεται το 50% των ΚΤΜ, στον 18 το 20%, στον 45 το 7%, στον 31 το 3% κ.λ.π. Κατά συνέπεια, στους τύπους 16 και 18 αποδίδονται το 75% των ΚΤΜ, ενώ το ποσοστό μόλυνσης του γενικού πληθυσμού από το 16 και 18 δεν ξεπερνά το 4%.

Απαιτείται ένα μεσοδιάστημα αρκετών ετών από την μόλυνση έως την ανάπτυξη του όγκου. (Dunne ,2007)

**Ένα σύγχρονο ολοκληρωμένο μοντέλο πρόληψης του ΚΤΜ περιλαμβάνει:**

- Τον εμβολιασμό όλων των κοριτσών ηλικίας 9-15 ετών
- Τον έλεγχο όλων των γυναικών ηλικίας >29 ετών (έως την ηλικία των 64 ετών) με HPV – DNA τεστ
- Επί αρνητικού HPV – DNA τεστ, θα πρέπει να γίνεται επανάληψη ανά 3-5 έτη με ή χωρίς τεστ ΠΑΠ
- Η επιτυχία ενός προγράμματος πρόληψης του ΚΤΜ στο μέλλον είναι μια δύσκολη υπόθεση που πρέπει να βασίζεται:
- Στην ανάπτυξη της οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υποχρεωτικά για όλους τους πολίτες.
- Στην αλλαγή νοοτροπίας στους πολίτες, στοχεύοντας κατά βάση στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.
- Στη μείωση των εμποδίων και στην αλλαγή συμπεριφοράς στους παρέχοντες υπηρεσίες υγείας και στα ασφαλιστικά ταμεία. (Tornesello MI et all, 2007)

## **5. Τρόπος μετάδοσης της HPV λοίμωξης**

Η HPV λοίμωξη μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή καθώς και με άμεση επαφή με το δέρμα. Επίσης είναι πολύ κοινή λοίμωξη μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών, αφορώντας ποσοστό >50% αυτών.(Cliford et all, 2007)

Ο ρόλος της μετάδοσης μέσω αντικειμένων, ρούχων ή επιφανειών δεν είναι ξεκάθαρος και είναι μάλλον σπάνιος. Επίσης τα οξυτενή κονδυλώματα στα παιδιά εγείρουν πάντα υποψία σεξουαλικής κακοποίησης. (Sytjanen et all,2000)

Η αξία του προφυλακτικού ως μέσο πρόληψης δεν παρέχει 100%προφύλαξη, γιατί παραμένουν ακάλυπτα σημεία δέρματος που μπορούν να μεταδώσουν τον ιό.

Η κάθετη μετάδοση μπορεί σπάνια να καταλήξει σε πνευμονική θηλωμάτωση.

Η μείωση της κυτταρικής ανοσίας και η ανοσοκαταστολή συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά λοίμωξης και με ταχύτερη ανάπτυξη της νόσου.

Η περίοδος επώασης είναι πιθανότατα από 3 εβδομάδες έως 8 μήνες αλλά και μέχρι πολλά έτη.(Munoz et all,2003)

## **6. Μέθοδοι ανίχνευσης της HPV λοίμωξης**

- ✓ *Οι μέθοδοι ανίχνευσης της HPV λοίμωξης είναι οι εξής:*
- ✓ *Κλινική εικόνα εάν υφίσταται*
- ✓ *Τοπική εφαρμογή οξείκου οξέος 5% για 10min*
- ✓ *Pap test*
- ✓ *Κολποσκόπηση: οι ειδικοί συμφωνούν ότι οι περισσότερες ασθενείς με σοβαρή δυσπλασία ή ύποπτα κυτταρολογικά αποτελέσματα, θα πρέπει να κάνουν κολποσκόπηση και κατευθυνόμενη βιοψία. Ασθενείς με επιχρίσματα ύποπτα για ΚΤΜ πρέπει επίσης να κολποσκοπούνται για να προσδιορισθεί η καταλληλότερη εξατονικευμένη θεραπεία.*
- ✓ *Βιοψία*
- ✓ *PCR – τυποποίηση του HPV (HPV DNA test) (Syrjanen et al,2000)*

## 7. Πρόληψη – Εμβόλιο

Ένα εμβόλιο που θα δημιουργούσε μια ισχυρή αντισωματική απάντηση του ιού HPV πιθανόν να οδηγούσε στην αποτροπή της εμφάνισης των προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων των σχετιζόμενων με ενεργό λοίμωξη από ένα ογκογόνο στέλεχος του ιού.

Η κυκλοφορία του τετραδύναμου εμβολίου εναντίον των υποτύπων HPV 6,11,16 και 18 που ευθύνονται για το 70% των ΚΤΜ και για το 90% των οξυτενών κονδυλωμάτων, έχει ήδη εγκριθεί από τον Ιούνιο του 2006 στις ΗΠΑ και από τον Σεπτέμβριο του 2006 στην Ευρωπαϊκή Ένωση, για κορίτσια (και αγόρια στην Ευρώπη) και γυναίκες ηλικίας 9-26 ετών. Προτείνεται η ηλικία των 11-12 ετών ως η καταλληλότερη ηλικία εμβολιασμού, λόγω των αμελητέων ποσοστών έκθεσης στον HPV. Το δοσολογικό σχήμα του εμβολίου περιλαμβάνει 3 ενδομυϊκές ενέσεις σε διάστημα 6 μηνών (0,2 και 6 μήνες) (Paavonen et al, 2007)

Το διδύναμο εμβόλιο Cervarix κατά των τύπων 16 και 18, βασίζεται στην απόδειξη της αποτελεσματικότητάς του σε γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών και της ανοσογονικότητάς του (της ικανότητάς του να αναγκάζει το ανοσοποιητικό σύστημα να αποκρίνεται στο εμβόλιο) σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών.

Το δοσολογικό σχήμα περιλαμβάνει 3 δόσεις (0,1 και 6 μήνες). Το Cervarix χορηγείται σύμφωνα με τις επίσημες συστάσεις και μόνο με ιατρική συνταγή. Στις 20 Σεπτεμβρίου 2007 η Ευρωπαϊκή επιτροπή χορήγησε άδεια κυκλοφορίας, η οποία ισχύει σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. (Perdersen et al, 2007)

Δεν έχουν περιγραφεί περιπτώσεις σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης, αναφυλαξίας ή θανάτου από το εμβόλιο. Πάρα ταύτα, το εμβόλιο συνεχίζει να παρακολουθείται για την εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων αντιδράσεων.

Το εμβόλιο έναντι του ιού HPV δεν έχει ισχυρή δράση σε προυπάρχουσα HPV λοίμωξη, σε αλλοιώσεις του τραχήλου και σε γεννητικά κονδυλώματα. Δεν αντενδύκνεται η γαλουχία των πρόσφατων εμβολιασμένων γυναικών.

Ανοσοκατασταλμένα άτομα μπορεί να λάβουν το εμβόλιο, αλλά πιθανόν να έχουν μειωμένη αντισωματική απάντηση και συνεπώς μειωμένη αποτελεσματικότητα.

Το εμβόλιο δεν χορηγείται κατά την κύηση, σε οξεία λοίμωξη και ιστορικό αλλεργίας σε μύκητες ή συστατικά του εμβολίου. (Villa et al, 2006)

Δεν απαιτείται έλεγχος με Pap test και HPV DNA test ή ορολογικός έλεγχος πριν από τον εμβολιασμό. Μετά τον εμβολιασμό συνεχίζεται ο έλεγχος με Pap test, γιατί δεν παρέχεται προστασία από όλους τους υπότυπους του ιού.

Το εμβόλιο μπορεί να συγχορηγηθεί με όλα τα άλλα εμβόλια των κλασικών σχημάτων εμβολιασμού.



Η προστασία που παρέχει το εμβόλιο φαίνεται πως είναι μακράς διάρκειας, αλλά μέχρι αυτή τη στιγμή, τα δεδομένα παρέχουν στοιχεία για προστασία 5 ετών. Το εάν θα χρειαστεί μια αναμνηστική δόση σε 5 ή 10 χρόνια μετά τον αρχικό εμβολιασμό ερευνάται ακόμη.

Το HPV εμβόλιο φαίνεται πως δεν προκαλεί σοβαρές παρενέργειες. Ήπια ενοχλήματα έχουν περιγραφεί στο σημείο του εμβολιασμού, όπως: ήπιος πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα και κνησμός, καθώς και δεκατική πυρετική κίνηση ή πυρετός >38° C. (Hildesheim et al, 2007)

# Ειδικό μέρος

## **Κεφάλαιο 5**

## **1. Σκοπός της Έρευνας**

Η παρούσα ερευνητική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Η έρευνα κατατάσσεται στις ποιοτικές έρευνες των επιστημών υγείας. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της χρήσης των μεθόδων προσυμπτωτικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, στις γυναίκες της Πάτρας.

## **2. Ταυτοποίηση της έρευνας**

Η έρευνα έλαβε μέρος στην περιοχή της Πάτρας, κατά το πρώτο δεύτερο τρίμηνο του 2016. Ο πληθυσμός αναφοράς της έρευνας είναι οι γυναίκες που διέμεναν στην Πάτρα, κατά την περίοδο διεξαγωγής. Συλλέχθηκαν 120 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 112 ήταν ορθά και πλήρως συμπληρωμένα. Το δείγμα ήταν σταθμισμένο ορθά ως προς τις ηλικίες των ερωτώμενων, έτσι ώστε να είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό του γυναικείου πληθυσμού της Πάτρας.

Για την υλοποίηση της έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο μοιράστηκε τυχαία στο εν δυνάμει δείγμα. Η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική και μπορούσαν οποιαδήποτε χρονική στιγμή να αποσυρθούν από τη διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν 31 ερωτήσεις μεταβλητές εκ των οποίων οι 3 ήταν ποσοτικές μεταβλητές ανοιχτού τύπου και οι 28 ποιοτικές κλειστού τύπου. Από τις 28 ποιοτικές μεταβλητές οι 12 ήταν διατάξιμες κατηγορικές μεταβλητές, δηλαδή είχαν αξία διάταξης από το μικρότερο προς το μεγαλύτερο, ενώ οι υπόλοιπες 16 ήταν ονομαστικές μεταβλητές.

Οι ερευνήτριες και συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εξασφάλισαν κατά την έρευνα την ανωνυμία των συμμετεχόντων, ενώ επίσης πέραν της βοήθειας για τυχόν απορίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο, παρείχαν επιπρόσθετη πληροφόρηση στους συμμετέχοντες, μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Όλα τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την ταυτόχρονη παρουσία των ερευνητών.

### **Διαδικασία της Έρευνας**

Η έρευνα ήταν μία δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία. Από τον ορισμό του θέματος έως και την ολοκλήρωσή της απαιτήθηκαν αρκετά ενδιάμεσα βήματα, άλλα αμεσότερα και άλλα πιο χρονοβόρα. Πιο συγκεκριμένα, τα σημαντικότερα διακριτά βήματα της έρευνας είναι τα παρακάτω:

1. Ορισμός του θέματος της έρευνας
2. Βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση σχετικών ερευνών
3. Δόμηση ερωτηματολογίου
4. Έλεγχος ορθότητας - αποτελεσματικότητας του ερωτηματολογίου
5. Συλλογή ερωτηματολογίων

6. Έλεγχος ορθότητας των ερωτηματολογίων
7. Κωδικοποίηση και καταχώρηση των δεδομένων στο στατιστικό πακέτο
8. Στατιστική επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων
9. Εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων

Είναι χρήσιμο να αναλυθούν τα παραπάνω βήματα της διαδικασίας της έρευνας.

### ***Ορισμός του θέματος της έρευνας***

Το θέμα της εργασίας προέκυψε από τις επιστημονικές ανησυχίες των φοιτητριών-ερευνητών που εκπόνησαν την παρούσα έρευνα αλλά του επιβλέπων καθηγητή. Κατόπιν συζήτησης των φοιτητριών και της καθηγήτριας, συναίνεσαν στο ορισμό του θέματος της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

### ***Βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση σχετικών ερευνών***

Αφού ορίστηκε το θέμα, δόθηκε στις φοιτήτριες από τον επιβλέπων καθηγητή σχετικά βιβλία και άρθρα με το θέμα, έτσι ώστε οι φοιτήτριες να προσεγγίσουν θεωρητικά το θέμα αλλά και να αναζητήσουν άλλες παρόμοιες έρευνες έτσι ώστε να μπορέσουν να φτιάξουν ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο.

### ***Δόμηση ερωτηματολογίου***

Κατόπιν της βιβλιογραφικής και αρθρογραφικής ανασκόπησης ξεκίνησε η κατασκευή του ερωτηματολογίου. Ο επιβλέπων καθηγητής παρείχε σημαντικό συμβουλευτικό ρόλο κατά τη δόμηση τους ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις αφορούν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ερωτήσεις σχετικά τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, το θηλασμό, τις κακές συνήθειες, τον τρόπο ενημέρωσης, την αυτοεξέταση μαστού, το εμβόλιο HPV και το τεστ Παπανικολάου. Οι ερωτήσεις επιλέχθηκε να παρατεθούν σε τυχαία σειρά, πλην των βασικών ερωτήσεων που αφορούν τα δημογραφικά, οι οποίες παρατέθηκαν στην αρχή του ερωτηματολογίου. Πριν τις ερωτήσεις παρατέθηκε στις ερωτώμενες ενημερωτικό κείμενο σχετικά με τη σημαντικότητα της έρευνας και με οδηγίες χρήσιμες για τις συμμετέχουσες.

### ***Έλεγχος ορθότητας - αποτελεσματικότητας του ερωτηματολογίου***

Πριν ξεκινήσει η συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν κρίσιμο να ελεγχθεί το ερωτηματολόγιο ως προς το κατά πόσο ήταν κατανοητό και αν είχε πιθανά λάθη. Για

τον έλεγχό του, μοιράστηκε σε 20 άτομα στα οποία ζητήθηκε να καταγράψουν πιθανές δυσκολίες ή λάθη που εντόπισαν κατά τη συμπλήρωσή του. Αφού έγινε και ο έλεγχος του ερωτηματολογίου, αλλά και μικρές διορθώσεις, ορίστηκε και η τελική μορφή του ερωτηματολογίου.

### ***Συλλογή ερωτηματολογίων***

Η πιο χρονοβόρα και απαιτητική διαδικασία της έρευνας ήταν η συλλογή των ερωτηματολογίων ώστε να συμπληρωθούν τα απαραίτητα ερωτηματολόγια. Η δειγματοληψία έγινε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Κατά τη συλλογή ήταν κρίσιμο να γίνεται συνεχής καταγραφή των ηλικιών των συμμετεχόντων γυναικών, έτσι ώστε το τελικό δείγμα να είναι σταθμισμένο ως προς τις ηλικίες. Έτσι το τελικό δείγμα θα ήταν πλήρως αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.

### ***Έλεγχος ορθότητας των ερωτηματολογίων***

Αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια, ελέχθησαν ως προς την ορθότητα συμπλήρωσής τους. Αφαιρέθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία δεν ήταν πλήρως συμπληρωμένα ή οι απαντήσεις που δόθηκαν δεν ήταν λογικές και η μία αναιρούσε κάποια άλλη απάντηση.

### ***Κωδικοποίηση και καταχώρηση των δεδομένων στο στατιστικό πακέτο***

Αφού ελέχθησαν τα ερωτηματολόγια ως προς την πληρότητα και ορθότητά τους, καταλήξαμε σε 112 ορθά ερωτηματολόγια. Το επόμενο βήμα ήταν η καταχώρηση των ερωτηματολογίων στο στατιστικό πακέτο SPSS. Η καταχώριση των δεδομένων έγινε αφού πρώτα κωδικοποιήθηκαν τόσο οι ερωτήσεις όσο και οι απαντήσεις των ερωτήσεων. Η κωδικοποίηση είναι απαραίτητη για την ευκολότερη και πιο αποτελεσματική στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

### ***Στατιστική επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων***

Αφού έγινε η καταχώρηση των δεδομένων στο στατιστικό πακέτο, ξεκίνησε η στατιστική επεξεργασία τους. Η απεικόνιση των δεδομένων έγινε αποτελεσματικότερη με τη χρήση στατιστικών πινάκων συχνοτήτων, τη χρήση διαγραμμάτων αλλά και περιγραφικών μέτρων.

### ***Εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων***

Με τη χρήση κατάλληλων στατιστικών μεθόδων και ελέγχων, ήμασταν σε θέση να εξαγάγουμε ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με το θέμα της έρευνας.

### **Στατιστικά Εργαλεία**

Κατά την διεξαγωγή αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα εργαλεία της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Πιο συγκεκριμένα υπολογίστηκαν κατάλληλα μέτρα θέσης και διασποράς για τις ποσοτικές μεταβλητές, ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με την χρήση κατάλληλων πινάκων συχνοτήτων αλλά και γραφημάτων. Όσον αφορά τα εργαλεία της επαγωγικής στατιστικής, χρησιμοποιήθηκαν 3 μη παραμετρικοί έλεγχοι ώστε να διερευνηθεί η επίδραση δημογραφικών στοιχείων στις απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες σε ερωτήσεις σχετικά με τους προσυμπτωματικούς ελέγχους. Οι έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο μη παραμετρικός έλεγχος των Mann – Whitney , ο μη παραμετρικός έλεγχος των Kruskal και Wallis και τέλος ο έλεγχος  $\chi^2$ . Τα αποτελέσματα των ελέγχων αξιολογήθηκαν σε επίπεδο σφάλματος 0,05, δηλαδή σε βαθμό εμπιστοσύνης 95%.



## ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

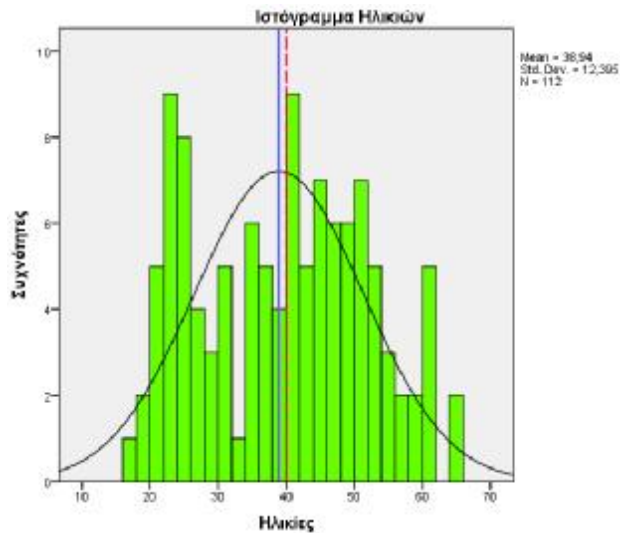
### Q1. Ηλικία

Πίνακας Στατιστικών		
<b>Ηλικία</b>		
Αριθμητικός Μέσος		38,94
Διάμεσος		40,00
Επικρατούσα Τιμή		40
Τυπική Απόκλιση		12,395
Εύρος		48
Ελάχιστο		17
Μέγιστο		65
Τεταρτημόρια	25	27,00
	50	40,00
	75	48,00

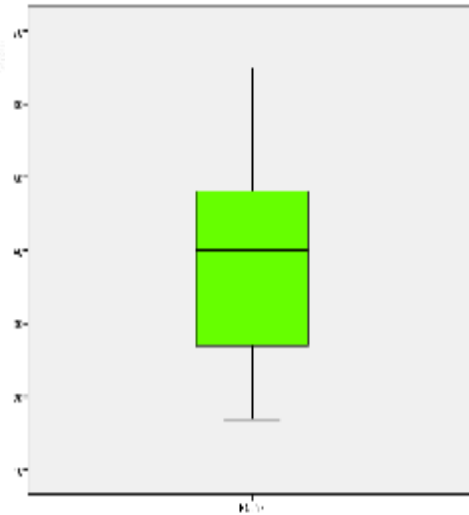
Πίνακας 1 Περιγραφικά Μέτρα Ηλικιών

Στον **Πίνακας 1** παρουσιάζονται τα σημαντικότερα περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής των ηλικιών των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η μέση ηλικία των γυναικών είναι ίση περίπου με τα 39 έτη. Το 50% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν μικρότερες από 40 ενώ το υπόλοιπο 50% ήταν μεγαλύτερες από 40. Η τιμή με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ήταν τα 40 έτη. Η μικρότερη σε ηλικία που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 17 ενώ η μεγαλύτερη 65. Συνεπώς, το εύρος των ηλικιών είναι ίσο με τα 48 έτη. Το 25% των συμμετεχουσών γυναικών ήταν μικρότερες από 27 είτε μεγαλύτερες από 48. Συνεπώς το ενδοτεταρτημοριακό εύρος της μεταβλητής είναι ίσο με 21 έτη.

Στο ιστόγραμμα που ακολουθεί (**Διάγραμμα 1**) απεικονίζεται η κατανομή των ηλικιών των γυναικών του δείγματος. Με τη μπλε έντονη γραμμή απεικονίζεται η θέση του μέσου όρου της μεταβλητής, ενώ με την κόκκινη διακεκομμένη γραμμή αναπαριστάται η θέση της διαμέσου. Η κατανομή των ηλικιών παρουσιάζει δύο κορυφές. Ενώ στο θηκόγραμμα που ακολουθεί (**Διάγραμμα 2**) παρουσιάζονται οι ηλικίες ως προς το εύρος που καλύπτουν. Με την έντονη μαύρη γραμμή αναπαριστάται η θέση της διαμέσου. Καμία παρατήρηση δεν εμφανίζεται ως ακραία τιμή.



Διάγραμμα 1 Ιστόγραμμα Ηλικιών



Διάγραμμα 2 Θηκόγραμμα Ηλικιών

### Έλεγχοι Κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ηλικία	,093	112	,019	,963	112	,003

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 2 Έλεγχοι Κανονικότητας της μεταβλητής Ηλικίας

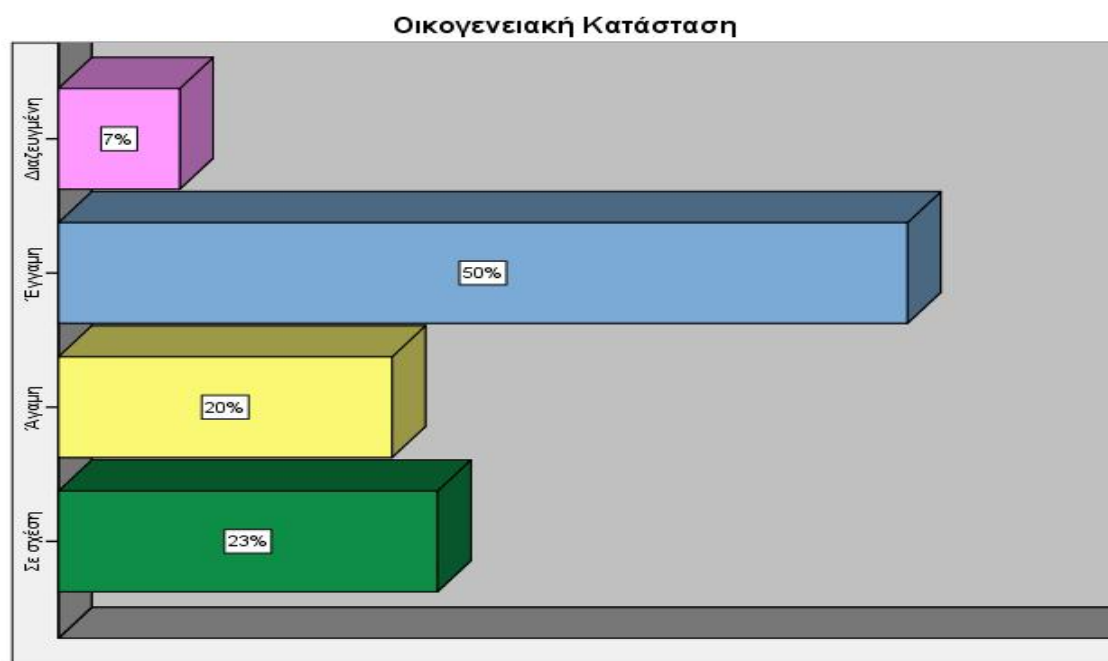
Εκτελέστηκαν κατάλληλοι έλεγχοι έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν η μεταβλητή της ηλικίας ακολουθεί ή όχι την κανονική κατανομή. Στον παραπάνω Πίνακας 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των δύο ελέγχων κανονικότητας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και των δύο ελέγχων κανονικότητας, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε πως η μεταβλητή της ηλικίας ακολουθεί την κανονική κατανομή. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει την πρώτη εκτίμηση από την όψη της κατανομής της μεταβλητής στο ιστόγραμμα (Διάγραμμα 1).

## Q2. Οικογενειακή Κατάσταση

Ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να προσδιορίσουν την οικογενειακή τους κατάσταση τη στιγμή της έρευνας. Οι επιλογές που τους δόθηκαν είναι «Σε σχέση», «Άγαμη», «Έγγαμη», «Διαζευγμένη».

Οικογενειακή Κατάσταση			
	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Σε σχέση	25	22,5	22,5
Άγαμη	22	19,8	42,3
Έγγαμη	56	50,5	92,8
Διαζευγμένη	8	7,2	100,0
Παρατηρήσεις	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 1 Οικογενειακή Κατάσταση



Διάγραμμα 3 Ραβδόγραμμα - Οικογενειακή Κατάσταση

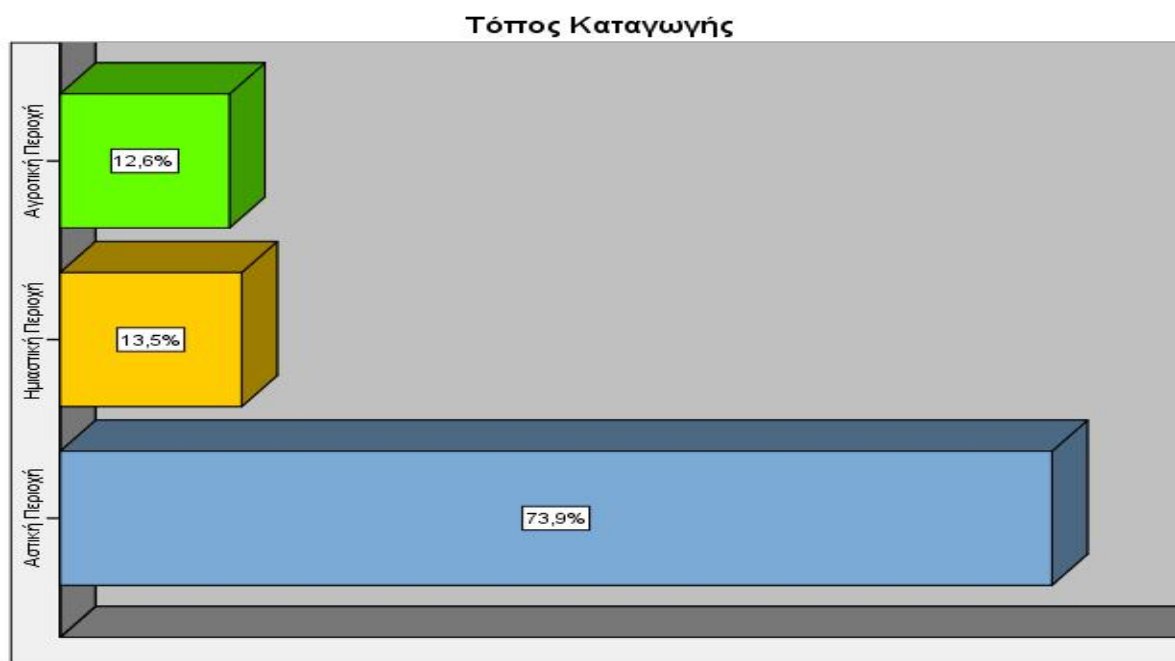
Σύμφωνα με τον Πίνακα Συχνοτήτων 1 και το Διάγραμμα 3 η πλειοψηφία των γυναικών ήταν έγγαμες τη στιγμή της έρευνας. Το 50% των γυναικών ήταν έγγαμες, το 23% δήλωσαν πως ήταν σε σχέση, το 20% ήταν άγαμες, ενώ τέλος το 7% ήταν διαζευγμένες.

### Q3. Τόπος Καταγωγής

Επίσης ζητήθηκε από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα να προσδιορίσουν τον τόπο καταγωγής τους. Οι επιλογές που είχαν ως απαντήσεις ήταν «Αστική Περιοχή», «Ημιαστική Περιοχή» και «Αγροτική Περιοχή».

Τόπος Καταγωγής			
	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Αστική Περιοχή	82	73,9	73,9
Ημιαστική Περιοχή	15	13,5	87,4
Αγροτική Περιοχή	14	12,6	100,0
Παρατηρήσεις	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 2 Τόπος Καταγωγής



Διάγραμμα 4 Ραβδόγραμμα - Τόπος Καταγωγής

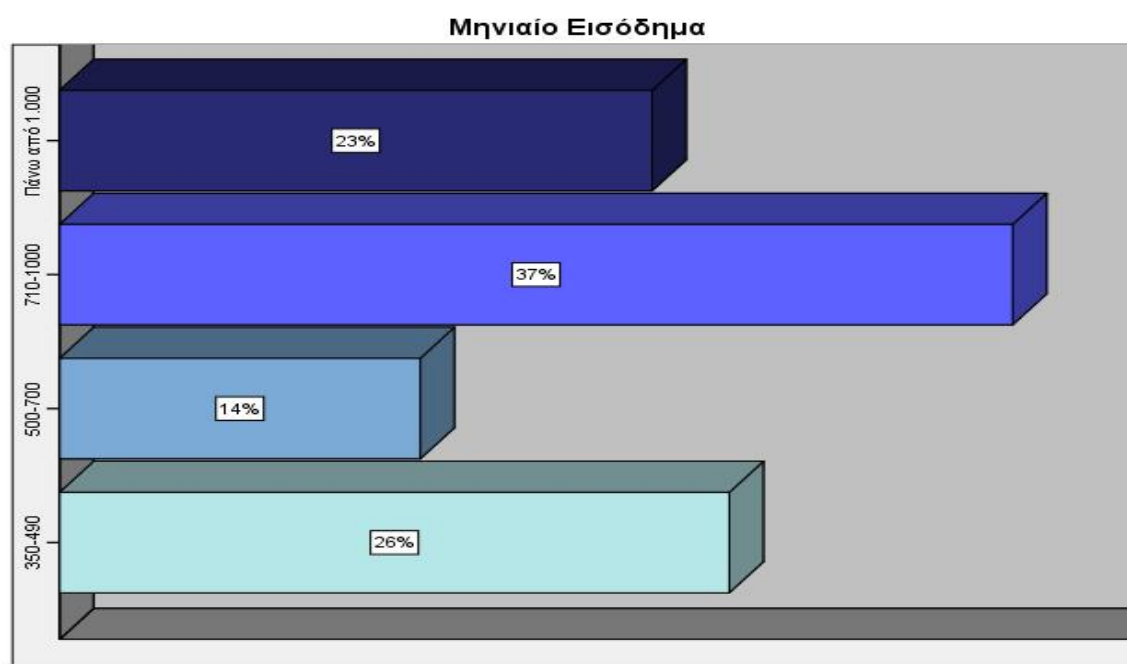
Είναι σαφές πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων γυναικών πως είχαν καταγωγή από κάποια αστική περιοχή. Το 74% των γυναικών δήλωσαν πως κατάγονταν από κάποια αστική περιοχή. Αντίθετα το 13% προέρχονταν από ημιαστική περιοχή, ενώ επίσης το 13% δήλωσαν πως κατάγονταν από αγροτική περιοχή (Διάγραμμα 4 - Πίνακας Συχνοτήτων 2)

#### Q4. Μηνιαίο Εισόδημα

Θεωρήθηκε χρήσιμο να γνωρίζουμε και το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων ως δημογραφικό χαρακτηριστικό τους. Ορίστηκαν συγκεκριμένες κατηγορίες στις οποίες οι γυναίκες μπορούσαν να προσδιορίσουν το μηνιαίο εισόδημά τους. Πιο συγκεκριμένα οι κατηγορίες ήταν: «350 έως 490 ευρώ», «500 έως 700 ευρώ», «710-1.000 ευρώ», «Πάνω από 1.000 ευρώ».

Μηνιαίο Εισόδημα			
	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
350-490	26	26,0	26,0
500-700	14	14,0	40,0
710-1000	37	37,0	77,0
Πάνω από 1.000	23	23,0	100,0
Παρατηρήσεις	100	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	12		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνότητων 3 Μηνιαίο Εισόδημα



Διάγραμμα 5 Ραβδόγραμμα - Μηνιαίο Εισόδημα

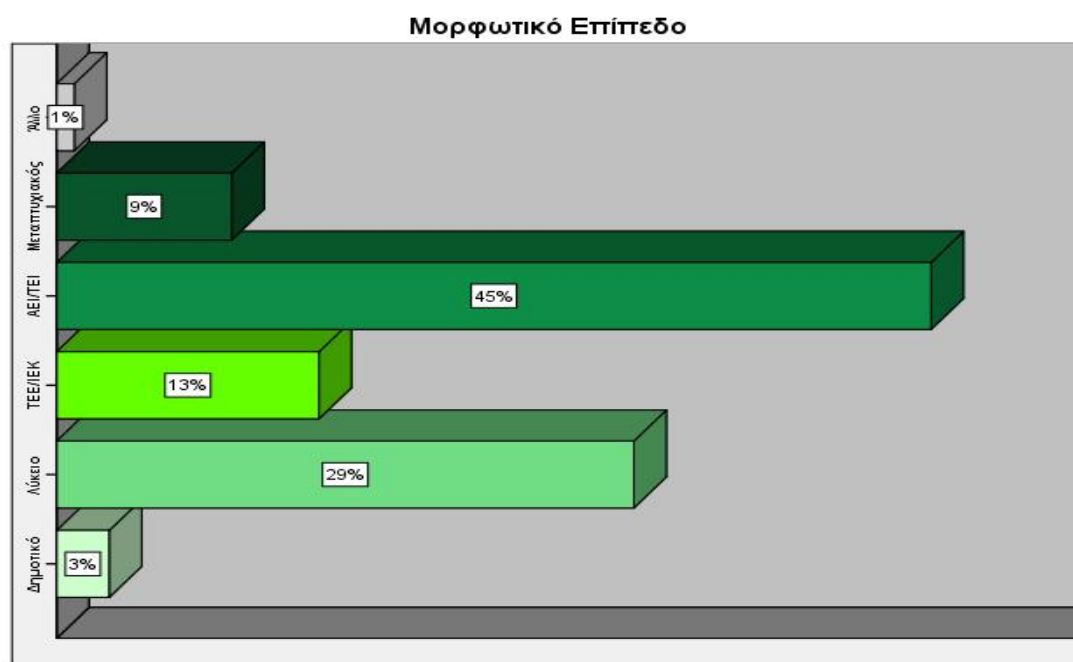
Η κατηγορία μηνιαίου εισοδήματος με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν αυτή από 710 έως 1.000 ευρώ, με ποσοστό εμφάνισης 37%. Το 26% των γυναικών τοποθετήθηκαν στη χαμηλότερη κατηγορία εισοδήματος. Το 23% αντίθετα ανήκαν στην υψηλότερη κατηγορία, ενώ τέλος το 14% του δείγματος είχαν εισόδημα από 500 έως 700 ευρώ (Πίνακας Συχνότητων 3 - Διάγραμμα 5).

### Q5. Μορφωτικό Επίπεδο

Ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να διευκρινίσουν το μορφωτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα δήλωσαν το μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο το οποίο είχαν ολοκληρώσει επιτυχώς. Οι επιλογές που δόθηκαν ως απαντήσεις είναι «Δημοτικό», «Λύκειο», «ΤΕΕ/ΙΕΚ», «ΑΕΙ/ΤΕΙ», «Μεταπτυχιακό», «Διδακτορικό», «Άλλο».

Μορφωτικό Επίπεδο		Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Δημοτικό		3	2,7	2,7
Λύκειο		33	29,5	32,1
ΤΕΕ/ΙΕΚ		15	13,4	45,5
ΑΕΙ/ΤΕΙ		50	44,6	90,2
Μεταπτυχιακός		10	8,9	99,1
Άλλο		1	,9	100,0
Σύνολο		112	100,0	

Πίνακας Συχνοτήτων 4 Μορφωτικό Επίπεδο



Διάγραμμα 6 Ραβδόγραμμα - Μορφωτικό Επίπεδο

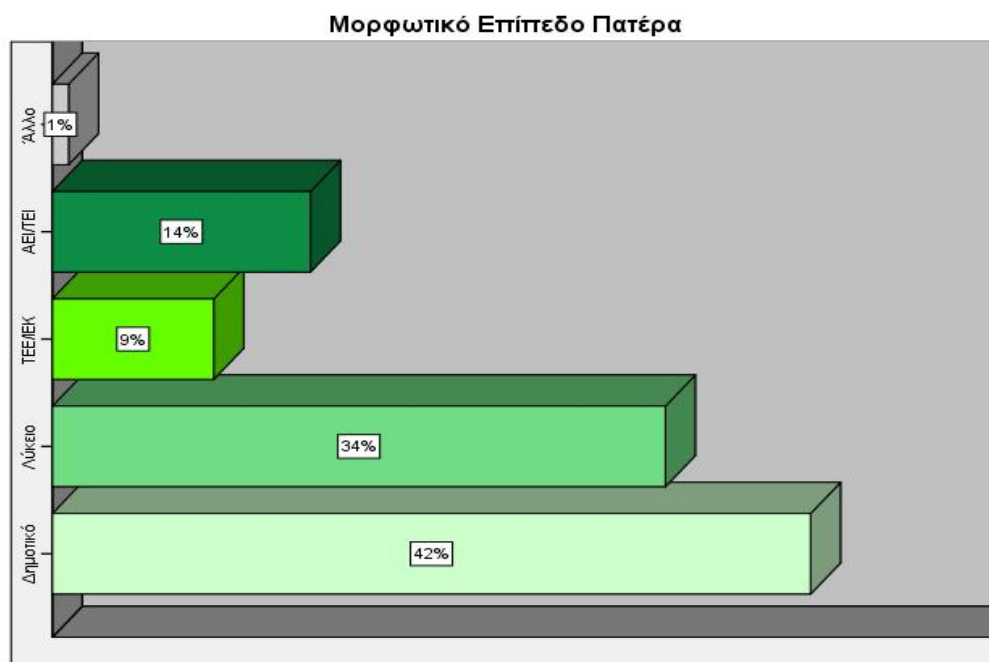
Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών γυναικών ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε ποσοστό εμφάνισης το 45%. Το 29% των γυναικών είχαν ολοκληρώσει μόνο το λύκειο, το 13% είχαν ολοκληρώσει κάποια τεχνική σχολή (ΙΕΚ ή ΤΕΕ). Το 9% του δείγματος ήταν απόφοιτοι μεπτυχιακού. Καμία συμμετέχουσα δεν ήταν κάτοχος διδακτορικού. Τέλος, μόλις το 1% έδωσαν την απάντηση «Άλλο» (Πίνακας Συχνοτήτων 4 - Διάγραμμα 6).

## Q6. Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα

Επίσης, ζητήθηκε να προσδιοριστεί το μορφωτικό επίπεδο των γονέων της κάθε συμμετέχουσας. Προσδιορίστηκε τόσο το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα όσο και της μητέρας. Οι επιλογές που δόθηκαν στις ερωτώμενες στις συγκεκριμένες ερωτήσεις ήταν όμοιες με αυτές της ερώτησης σχετικά με το δικό τους μορφωτικό επίπεδο.

Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα			
	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Δημοτικό	47	42,0	42,0
Λύκειο	38	33,9	75,9
ΤΕΕ/ΙΕΚ	10	8,9	84,8
ΑΕΙ/ΤΕΙ	16	14,3	99,1
Άλλο	1	,9	100,0
Σύνολο	112	100,0	

Πίνακας Συχνοτήτων 5 Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα



Διάγραμμα 7 Ραβδόγραμμα Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα

Η πλειοψηφία των πατεράδων των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν απλώς ολοκληρώσει το δημοτικό, σε ποσοστό 42%. Το 34% των πατεράδων των γυναικών του δείγματος ήταν απόφοιτοι λυκείου. Το 14% των πατεράδων ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ το 9% είχαν αποφοιτήσει από κάποια τεχνική σχολή. Κανένας πατέρας των συμμετεχουσών δεν είχαν μεταπτυχιακό ή

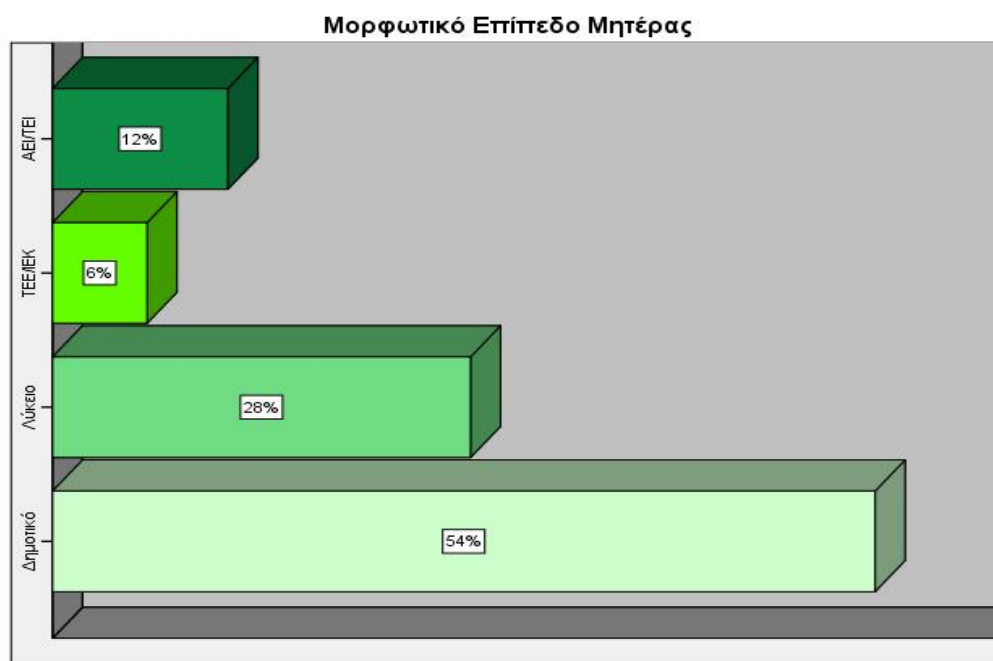
διδασκαλικό. Μόλις το 1%, έδωσαν την επιλογή «Άλλο» (Διάγραμμα 7 - Πίνακας Συχνοτήτων 5).

### Q7. Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας

Ίδιες με τις επιλογές που τέθηκαν σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, ήταν και οι επιλογές σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των συμμετεχουσών στην έρευνα.

Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Δημοτικό	61	54,5	54,5
Λύκειο	31	27,7	82,1
ΤΕΕ/ΙΕΚ	7	6,3	88,4
ΑΕΙ/ΤΕΙ	13	11,6	100,0
Σύνολο	112	100,0	

Πίνακας Συχνοτήτων 6 Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας



Διάγραμμα 8 Ραβδόγραμμα - Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας

Περισσότερες από τις μισές μητέρες των συμμετεχουσών στην έρευνα, σε ποσοστό 54%, είχαν αποφοιτήσει μόνο από δημοτικό. Το 28% των μητέρων ήταν απόφοιτες λυκείου. Το 12% είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 6% είχαν ολοκληρώσει κάποια τεχνική σχολή. Καμία μητέρα δεν ήταν κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου ή διδακτορικού (Πίνακας Συχνοτήτων 6 - Διάγραμμα 8).

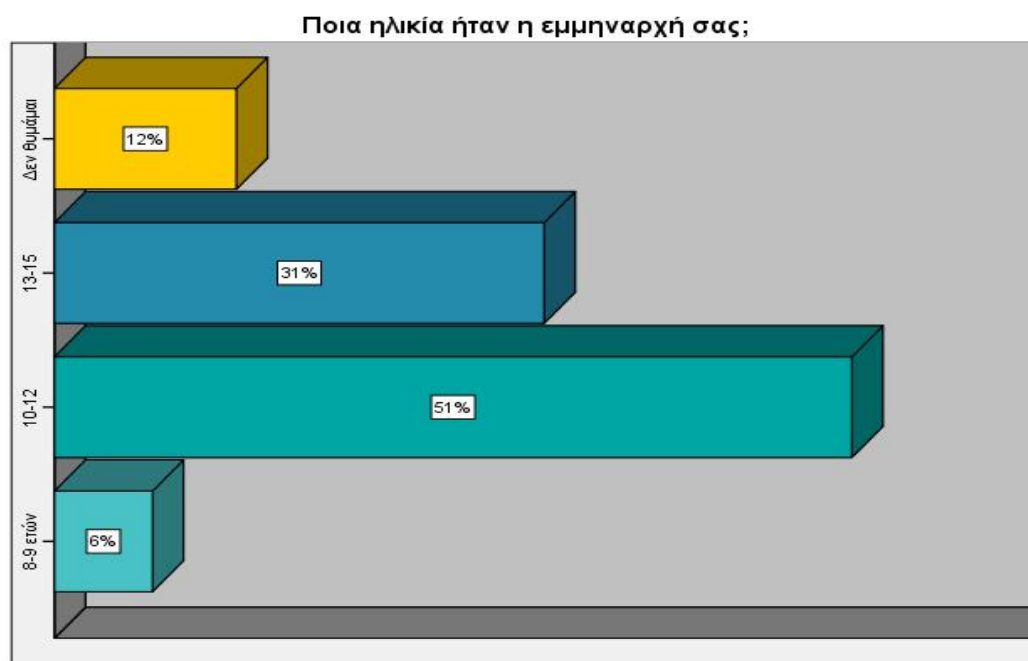


### Q8. Ποια ηλικία ήταν η εμμηναρχή σας;

Οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν σχετικά με την ηλικία που ήταν η εμμηναρχή τους. Η ηλικία δεν συμπληρώθηκε ως αριθμός, αλλά δόθηκαν συγκεκριμένες κατηγορίες από τη νωρίτερη προς την αργότερη ηλικία. Οι επιλογές που δόθηκαν ήταν «από 8 έως 9 ετών», «από 10 έως 12 ετών», «από 13 έως 15 ετών», ενώ δόθηκε στις ερωτώμενες και η επιλογή «Δεν θυμάμαι».

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
8-9 ετών	7	6,3	6,3
10-12	57	50,9	57,1
13-15	35	31,3	88,4
Δεν θυμάμαι	13	11,6	100,0
Σύνολο	112	100,0	

Πίνακας Συχνοτήτων 7 Ηλικία Εμμηναρχής

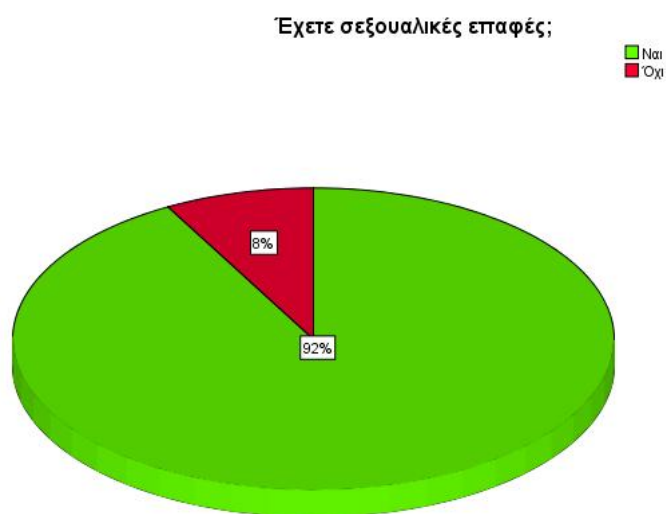


Διάγραμμα 9 Ραβδόγραμμα ηλικιών εμμηναρχής

Περίπου οι μισές ερωτώμενες γυναίκες, σε ποσοστό 51%, δήλωσαν πως η ηλικία εμμηναρχής τους ήταν μεταξύ των ετών από 10 έως 12. Το 31% των γυναικών είχαν εμμηναρχή κατά τα 13 έως 15 τους έτη. Το 6% των γυναικών είχαν σαφώς νωρίτερα εμμηναρχή, από 8 έως 9 ετών, ενώ τέλος το 12% δεν θυμόντουσαν την ηλικία που είχαν εμμηναρχή (Διάγραμμα 9 - Πίνακας Συχνοτήτων 7).

### Q9. Έχετε σεξουαλικές επαφές;

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ρωτήθηκαν αν είχαν σεξουαλική επαφή μέχρι τη στιγμή που διεξήχθη η έρευνα.



Διάγραμμα 10 Έχετε σεξουαλικές επαφές;

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν ήδη σεξουαλικές επαφές, σε ποσοστό 92%. Μόλις το 8% του δείγματος δήλωσαν πως δεν είχαν έως την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας σεξουαλικές επαφές (Διάγραμμα 10).

### Q10. Εάν έχετε σεξουαλικές επαφές, σε ποια ηλικία ήταν η πρώτη σας σεξουαλική επαφή με διείσδυση;

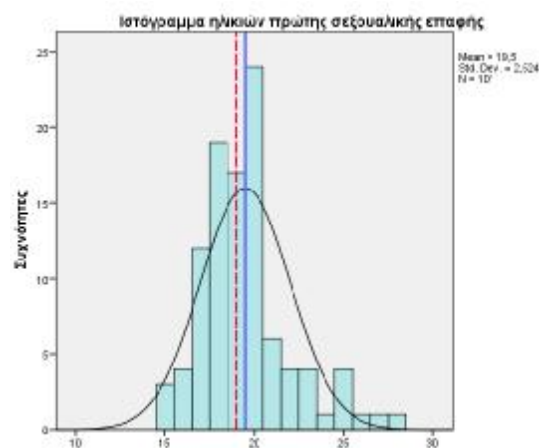
Οι γυναίκες οι οποίες δήλωσαν πως είχαν σεξουαλικές επαφές μέχρι τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας, τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν την ηλικία που είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή με διείσδυση.

Πίνακας Στατιστικών		
Αριθμητικός Μέσος	19,50	
Διάμεσος	19,00	
Επικρατούσα Τιμή	20	
Τυπική Απόκλιση	2,524	
Εύρος	13	
Ελάχιστο	15	
Μέγιστο	28	
Τεταρτημόρια	25	18,00
	50	19,00
	75	20,00

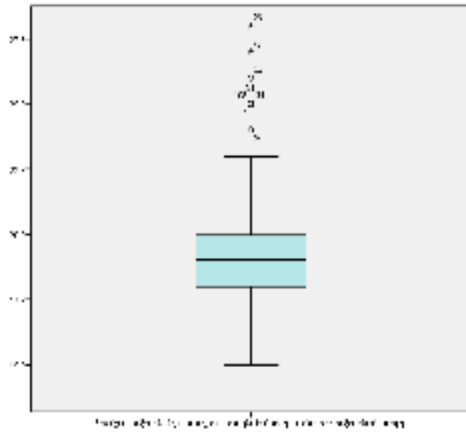
Πίνακας 3 Περιγραφικά Μέτρα ηλικιών πρώτης σεξουαλικής επαφής

Σύμφωνα με το πίνακα περιγραφικών μέτρων (Πίνακας 3) η μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν τα 19,5 έτη. Το 50% των γυναικών είχαν σεξουαλικές επαφές πριν συμπληρώσουν τα 19 έτη, ενώ το υπόλοιπο 50% μετά τα 19 έτη. Η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ήταν τα 20 έτη. Η μικρότερη ηλικία που παρατηρήθηκε ήταν τα 15 έτη ενώ η μεγαλύτερη τα 28 έτη. Το 75% των γυναικών είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία πριν τα 20 έτη τους.

Στο ιστόγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 11) αποτυπώνεται η κατανομή των ηλικιών πρώτης σεξουαλικής επαφής με διείσδυση. Με κόκκινη διακεκομμένη γραμμή απεικονίζεται η θέση της διαμέσου, ενώ με την μπλε έντονη γραμμή η θέση τους αριθμητικού μέσου. Η κατανομή των ηλικιών πρώτης σεξουαλικής κατανομής μπορεί αν χαρακτηριστεί ως λεπτόκυρτη. Στο θηκόγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 12) παρουσιάζονται οι ηλικίες πρώτης σεξουαλικής επαφής των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Με την μαύρη γραμμή ορίζεται η θέση της διαμέσου. Παρατηρούνται αρκετές ακραίες τιμές προς τις μεγαλύτερες ηλικίες, που ενδεχομένως να επηρεάζουν σημαντικά προς τα πάνω τη μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής με διείσδυση.



Διάγραμμα 11 Ιστόγραμμα Ηλικιών πρώτης σεξουαλικής επαφής



Διάγραμμα 12 Ραβδόγραμμα ηλικιών πρώτης σεξουαλικής επαφής

#### Έλεγχοι Κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Εαν έχετε σεξουαλικές επαφές, σε ποια ηλικία ήταν η πρώτη σας σεξουαλική επαφή;	,203	101	,000	,918	101	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 4 Έλεγχοι Κανονικότητας Ηλικιών πρώτης σεξουαλικής επαφής

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δύο ελέγχων κανονικότητας που εκτελέστηκαν, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε πως η μεταβλητή της ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής με διείδυση ακολουθεί την κανονική κατανομή (Πίνακας 4).

#### **Q11. Ποια ήταν η ηλικία σας κατά την γέννηση του 1<sup>ου</sup> παιδιού σας;**

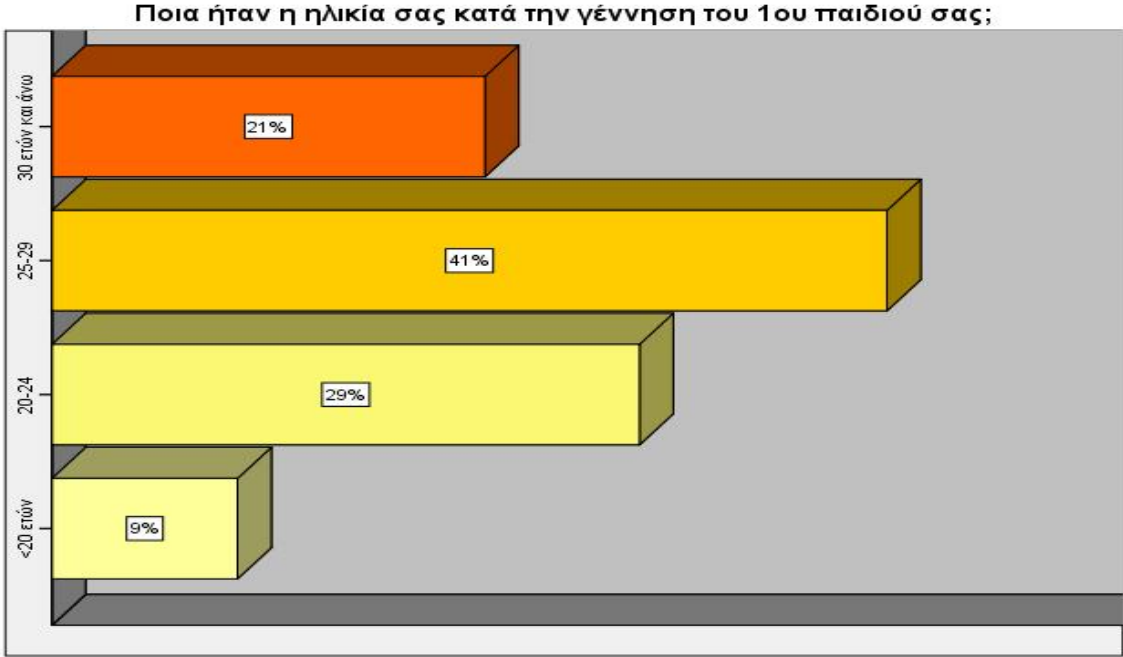
Στις γυναίκες οι οποίες είχαν παιδιά κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, ζητήθηκε να προσδιορίσουν την ηλικία κατά την οποία γέννησαν το πρώτο τους παιδί. Δεν προσδιόρισαν όμως με αριθμητική απάντηση, αλλά με μία ερώτηση κλειστού τύπου με δοσμένες κατηγορίες. Οι επιλογές που παρατέθηκαν ήταν: «Μικρότερες από 20 ετών», «Από 20 έως 24 ετών», «Από 25-29 ετών», «30 ετών και άνω».

#### Ποια ήταν η ηλικία σας κατά την γέννηση του 1ου παιδιού σας;

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
<20 ετών	6	9,1	9,1
20-24	19	28,8	37,9
25-29	27	40,9	78,8
30 ετών και άνω	14	21,2	100,0
Παρατηρήσεις	66	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	46		

Σύνολο	112		
--------	-----	--	--

Πίνακας Συχνοτήτων 8 Ηλικία κατά τη γέννηση του 1ου παιδιού



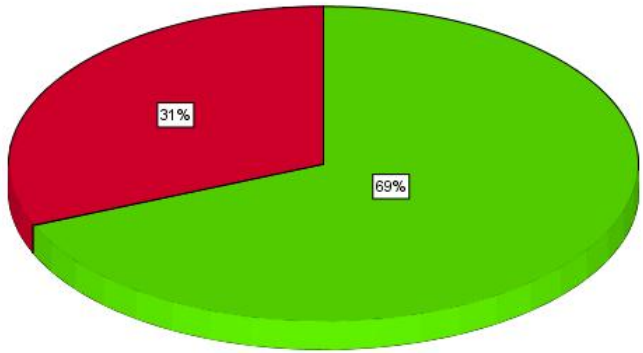
Διάγραμμα 13 Ραβδόγραμμα - Ηλικίες κατά τη γέννηση του 1ου παιδιού

Το 41% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα απέκτησαν το πρώτο τους παιδί όταν ήταν από 25 έως 29 ετών. Το 29% των γυναικών που δήλωσαν πως είχαν παιδί απέκτησαν το πρώτο τους παιδί από τα 20 έως τα 24 έτη τους. Το 21% των γυναικών απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 30 έτη, ενώ μόλις το 9% πριν τα 20 έτη τους (Πίνακας Συχνοτήτων 8 - Διάγραμμα 13).

**Q12. Θηλάσατε το παιδί σας;**

Ρωτήθηκαν οι γυναίκες οι οποίες δήλωσαν πως είχαν παιδί, αν θηλάσαν ή όχι το παιδί τους.

Θηλάσατε το παιδί σας;



Διάγραμμα 14 Θηλασμός

Το 69% των γυναικών του δείγματος που είχαν παιδιά απάντησαν πως είχαν θηλάσει το παιδί τους, ενώ το υπόλοιπο 31% δεν το είχαν θηλάσει (Διάγραμμα 14).

### Q13. Εάν τα θηλάσατε, για πόσο διάστημα τα θηλάσατε;

Ρωτήθηκαν επιπρόσθετα, οι γυναίκες οι οποίες δήλωσαν πως είχαν θηλάσει τα παιδιά τους, να προσδιορίσουν για πόσο διάστημα τα θηλάζαν.

**Εάν θηλάσατε, για πόσο διάστημα θηλάσατε;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Λίγες ημέρες	8	16,7	16,7
1-3 μήνες	26	54,2	70,8
3-6 μήνες	7	14,6	85,4
>6 μήνες	7	14,6	100,0
Παρατηρήσεις	48	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	64		
<b>Σύνολο</b>	<b>112</b>		

Πίνακας Συχνοτήτων 9 Διάστημα Θηλασμού



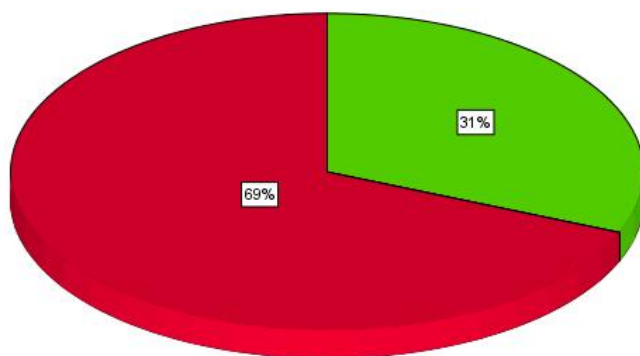
Διάγραμμα 15 Ραβδόγραμμα Διαστημάτων Θηλασμού

Το 54% των γυναικών που δήλωσαν πως είχαν θηλάσει τα παιδιά τους, τα θηλάζαν από έναν έως τρεις μήνες. Το 17% δήλωσαν πως θηλάσαν μόνο για λίγες μέρες, ενώ το 15% θηλάζαν από 3 έως 6 μήνες. Επίσης το 15% δήλωσαν πως θηλάζαν το παιδί τους για περισσότερους από 6 μήνες (Διάγραμμα 15 -Πίνακας Συχνοτήτων 9).

#### **Q14. Καπνίζετε;**

Το πλήθος των γυναικών του δείγματος ρωτήθηκαν αν κάπνιζαν τη στιγμή της έρευνας.

Καπνίζετε;



Διάγραμμα 16 Κάπνισμα

Το 31% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως κάπνιζαν τη στιγμή της έρευνας. Αντίθετα το 69% των γυναικών απάντησαν πως δεν κάπνιζαν (Διάγραμμα 16).

#### **Q15. Εάν ναι, σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;**

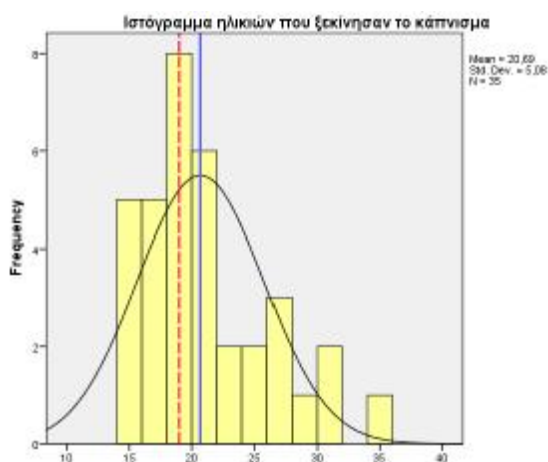
Οι γυναίκες που δήλωσαν πως κάπνιζαν κατά τη στιγμή της έρευνας, ρωτήθηκαν για την ηλικία που ξεκίνησαν να καπνίζουν. Οι απάντηση που δόθηκε ήταν μία αριθμητική τιμή.

Πίνακας Στατιστικών		
Αριθμητικός Μέσος		20,69
Διάμεσος		19,00
Επικρατούσα Τιμή		19
Τυπική απόκλιση		5,080
Εύρος		20
Ελάχιστο		15
Μέγιστο		35
Τεταρτημόρια	25	17,00
	50	19,00
	75	24,00

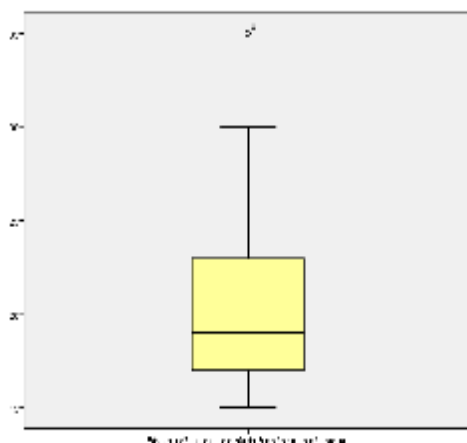
Πίνακας 5 Περιγραφικά Μέτρα Ηλικιών που ξεκίνησαν το κάπνισμα

Σύμφωνα με τα αριθμοδείκτες μέτρων θέσης και μέτρων διασποράς, η μέση ηλικίας που ξεκίνησαν οι γυναίκες να καπνίζουν ήταν περίπου τα 21 έτη. Οι μισές

γυναίκες που κάπνιζαν ξεκίνησαν να καπνίζουν πριν συμπληρώσουν τα 19 έτη τους. Το 25% των γυναικών ξεκίνησαν να καπνίζουν πριν συμπληρώσουν τα 17 έτη, ενώ το 75% των γυναικών είχαν ξεκινήσει το κάπνισμα πριν τα 24 έτη τους. Η νωρίτερη ηλικία που δήλωσε κάποια πως ξεκίνησε να καπνίζει ήταν τα 15 έτη, ενώ η μεγαλύτερη τα 35 έτη. Η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι τα 19 έτη (Πίνακας 5).



Διάγραμμα 17 Ιστόγραμμα ηλικιών που ξεκίνησαν το κάπνισμα



Διάγραμμα 18 Θηκόγραμμα ηλικιών που ξεκίνησαν το κάπνισμα

Στο παραπάνω ιστόγραμμα και θηκόγραμμα παρουσιάζεται η κατανομή των ηλικιών έναρξης του καπνίσματος των γυναικών που δήλωσαν πως κάπνιζαν τη στιγμή της έρευνας. Όσον αφορά το ιστόγραμμα, παρατηρείται μία θετική ασυμμετρία. Με κόκκινη διακεκομμένη γραμμή αναπαριστάται η θέση της διαμέσου, ενώ με μπλε έντονη γραμμή η θέση της μέσης τιμής. Στο θηκόγραμμα η έντονη μαύρη γραμμή ορίζει επίσης τη θέση της διαμέσου. Παρατηρείται μία ακραία τιμή, στα 35 έτη.



### Έλεγχοι Κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Εάν καπνίζετε, σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	,182	35	,005	,891	35	,002

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 6 Έλεγχος κανονικότητας ηλικιών που ξεκίνησαν το κάπνισμα

Επίσης, ελέγχθηκε αν η μεταβλητή των ηλικιών έναρξης καπνίσματος ακολουθεί την κανονική κατανομή. Σε επίπεδο σημαντικότητας 95% ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov αποδέχεται την κανονικότητα, ενώ ο έλεγχος των Shapiro-Wilk όχι.

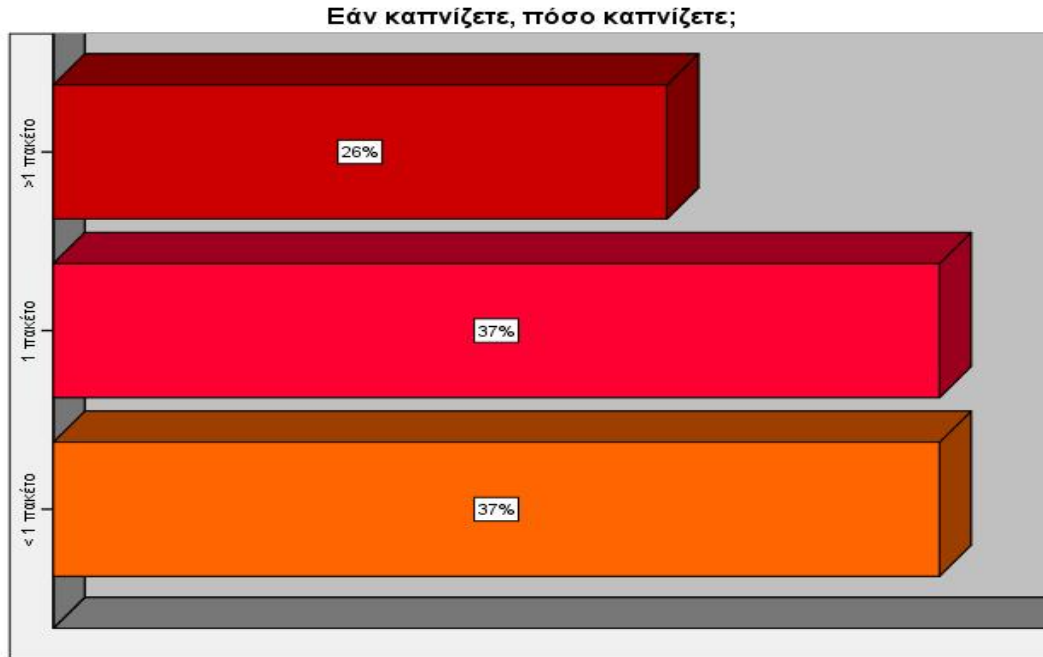
### Q16. Πόσο καπνίζετε;

Επίσης από τις γυναίκες που δήλωσαν πως κάπνιζαν, τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν το πόσο πολύ κάπνιζαν. Οι επιλογές που τους τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο είναι: «Λιγότερο από ένα πακέτο», «Ένα πακέτο», «Περισσότερο από ένα πακέτο».

### Εάν καπνίζετε, πόσο καπνίζετε;

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
< 1 πακέτο	13	37,1	37,1
1 πακέτο	13	37,1	74,3
>1 πακέτο	9	25,7	100,0
Παρατηρήσεις	35	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	77		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 10 Ποσότητα Τσιγάρων



Διάγραμμα 19 Ραβδόγραμμα - Πόσο καπνίζετε;

Περίπου μία στις τέσσερις γυναίκες που δήλωσαν πως κάπνιζαν, έκανε περισσότερο από ένα πακέτο την ημέρα. Το 37% των γυναικών που κάπνιζαν δήλωσαν πως κάπνιζαν ακριβώς ένα πακέτο, ενώ επίσης το 37% των καπνιστριών δήλωσαν πως κάπνιζαν λιγότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα (Πίνακας Συχνοτήτων 10 - Διάγραμμα 19).

**Q17. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά;**

Επίσης οι γυναίκες ρωτήθηκαν αν καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά.



Διάγραμμα 20 Κατανάλωση αλκοόλ

Το 39% των γυναικών δήλωσαν πως καταναλώναν αλκοόλ κατά την περίοδο της έρευνας. Αντίθετα το 61% των γυναικών δήλωσαν πως δεν καταναλώναν αλκοόλ (Διάγραμμα 20).

**Q18. Πόσα οινοπνευματώδη ποτά πίνετε την εβδομάδα;**

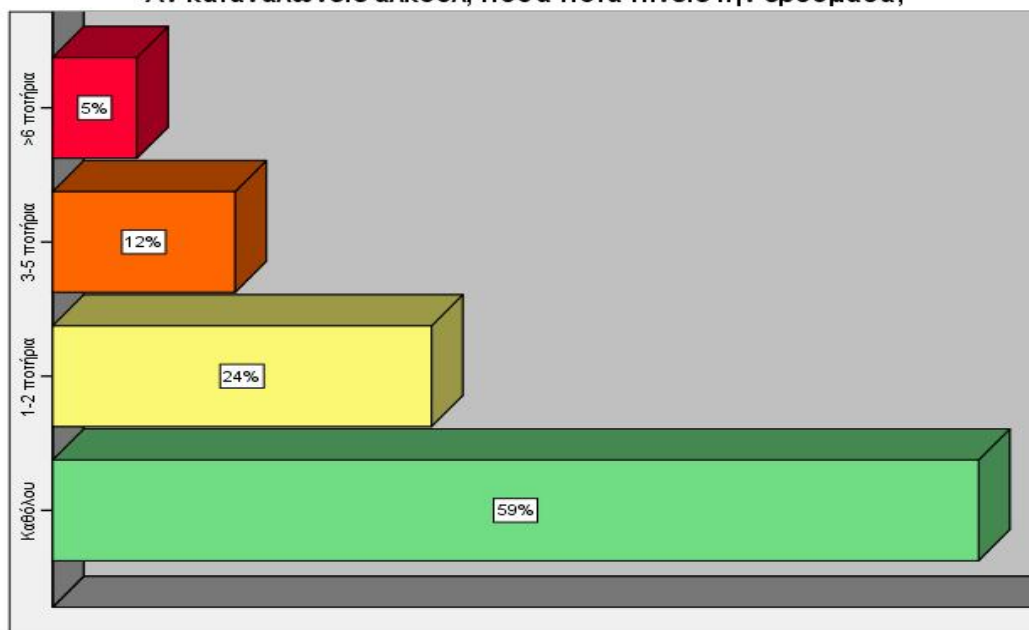
Επίσης, οι γυναίκες που δήλωσαν πως καταναλώναν αλκοόλ δήλωσαν και την ποσότητα των ποτηριών που καταναλώνουν εβδομαδιαίως. Οι επιλογές που τους δόθηκαν στην σχετική ερώτηση ήταν: «Καθόλου», «1 έως 2 ποτήρια», «3 έως 5 ποτήρια» και «περισσότερα από 6 ποτήρια».

**Αν καταναλώνετε αλκοόλ, πόσα ποτά πίνετε την εβδομάδα;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Καθόλου	66	58,9	58,9
1-2 ποτήρια	27	24,1	83,0
3-5 ποτήρια	13	11,6	94,6
>6 ποτήρια	6	5,4	100,0
Σύνολο	112	100,0	

Πίνακας Συχνότητων 11 Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ

**Αν καταναλώνετε αλκοόλ, πόσα ποτά πίνετε την εβδομάδα;**



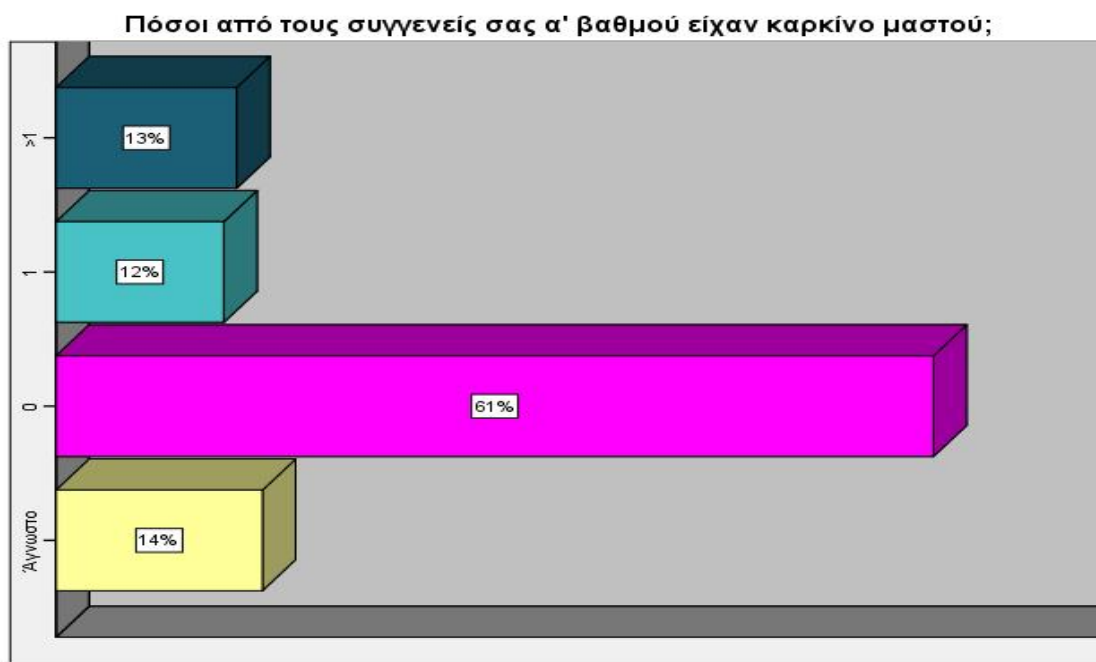
Διάγραμμα 21 Ραβδόγραμμα - Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ

**Q19. Πόσοι από τους συγγενείς σας α' βαθμού είχαν καρκίνο μαστού;**

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, ρωτήθηκαν για το πόσοι από τους συγγενείς τους είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο μαστού. Οι επιλογές που τους δόθηκαν ως απαντήσεις ήταν: «Άγνωστο», «Κανένας», «Μία», «Περισσότεροι από μία».

Πόσοι από τους συγγενείς σας α' βαθμού είχαν καρκίνο μαστού;			
	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Άγνωστο	16	14,4	14,4
0	68	61,3	75,7
1	13	11,7	87,4
>1	14	12,6	100,0
Παρατηρήσεις	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 12 Συγγενείς διαγνωσμένοι με καρκίνο μαστού



Διάγραμμα 22 Ραβδόγραμμα - Συγγενείς διαγνωσμένοι με καρκίνο μαστού

Το 14% του δείγματος δεν γνώριζαν πόσοι συγγενείς τους α' βαθμού είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού. Το 61% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν πως δεν είχαν κανέναν συγγενή διαγνωσμένο με καρκίνο μαστού, ενώ το 12% είχαν μία συγγενή. Το 13% του δείγματος είχαν περισσότερες από μία γνωστές συγγενείς α' βαθμού διαγνωσμένες με καρκίνο μαστού (Διάγραμμα 22 - Πίνακας Συχνοτήτων 12).

## Q20. Ηλικία ασθενών συγγενών με καρκίνο μαστού

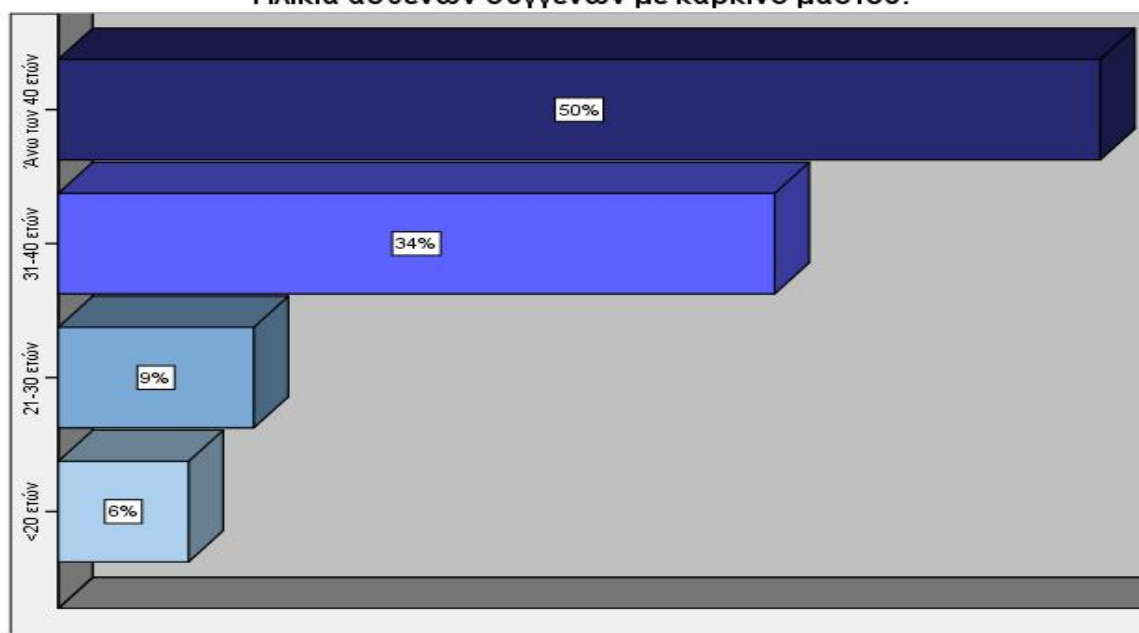
Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που δήλωσαν πως είχαν συγγενή διαγνωσμένη με καρκίνο μαστού, ρωτήθηκαν σχετικά με την ηλικία των συγγενών αυτών. Οι απαντήσεις δεν δόθηκαν ως αριθμητική τιμή αλλά ως κατηγορίες ηλικιών. Οι επιλογές που δόθηκαν είναι: «Μικρότερες από 20 ετών», «Από 21 έως 30 ετών», «Από 31 έως 40 ετών», «Μεγαλύτεροι από 40 ετών».

Ηλικία ασθενών συγγενών με καρκίνο μαστού:

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
<20 ετών	2	6,3	6,3
21-30 ετών	3	9,4	15,6
31-40 ετών	10	31,3	46,9
Άνω των 40 ετών	16	50,0	96,9
34	1	3,1	100,0
Παρατηρήσεις	32	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	80		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνότητων 13 Ηλικίες συγγενών που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο μαστού

Ηλικία ασθενών συγγενών με καρκίνο μαστού:



Διάγραμμα 23 Ραβδόγραμμα - Ηλικίες ασθενών που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο μαστού

Η πλειοψηφία των γυναικών που δήλωσαν πως είχαν συγγενή α' βαθμού με καρκίνο μαστού, δήλωσαν πως η συγγενής τους ήταν μεγαλύτερη από 40 ετών. Το 34% των γυναικών απάντησαν πως η συγγενής τους ήταν από 31 έως 40 ετών. Μόλις το 6% δήλωσαν πως είχαν συγγενείς διαγνωσμένους με καρκίνο μαστού με ηλικία μικρότερη των 20 ετών (Πίνακας Συχνότητων 13 - Διάγραμμα 23).

**Q21. Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε με τη μόνιμη σεξουαλική σχέση;**

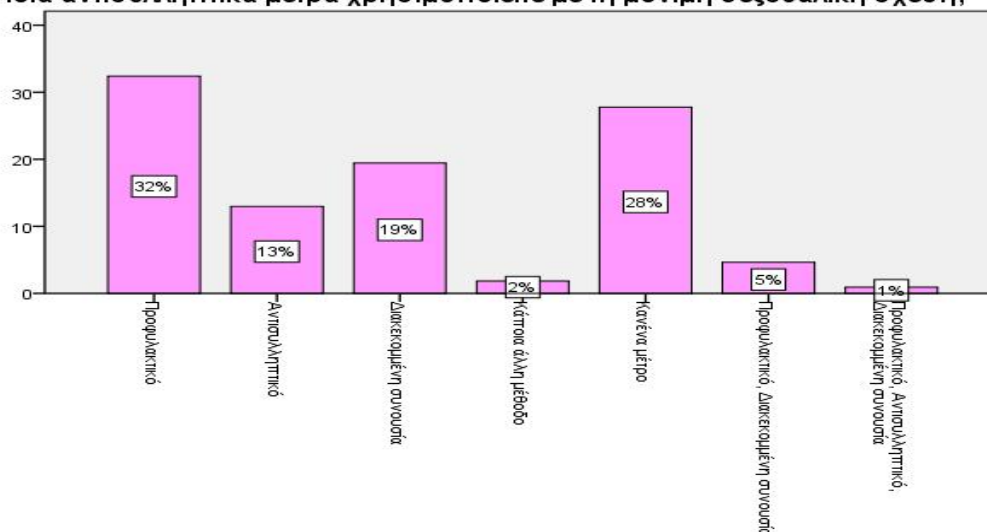
Ρωτήθηκαν οι συμμετέχουσες ως προς τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιούν κατά τη μόνιμη σεξουαλική τους σχέση. Το προφυλακτικό, το αντισυλληπτικό, η διακεκομμένη συνουσία δόθηκαν ως εναλλακτικές μέθοδοι, ενώ επίσης δόθηκε η επιλογή να απαντήσουν κάποια άλλη μέθοδο ή κανένα αντισυλληπτικό μέτρο. Κάποιες συμμετέχουσες έδωσαν περισσότερες από μία μεθόδους ταυτόχρονα.

**Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε με τη μόνιμη σεξουαλική σχέση;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Προφυλακτικό	35	32,4	32,4
Αντισυλληπτικό	14	13,0	45,4
Διακεκομμένη συνουσία	21	19,4	64,8
Κάποια άλλη μέθοδο	2	1,9	66,7
Κανένα μέτρο	30	27,8	94,4
Προφυλακτικό, Διακεκομμένη συνουσία	5	4,6	99,1
Προφυλακτικό, Αντισυλληπτικό, Διακεκομμένη συνουσία	1	,9	100,0
Παρατηρήσεις	108	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	4		
<b>Σύνολο</b>	<b>112</b>		

Πίνακας Συχνότητων 14 Αντισυλληπτικά μέτρα κατά τη μόνιμη σχέση

**Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε με τη μόνιμη σεξουαλική σχέση;**



Διάγραμμα 24 Ραβδόγραμμα - Αντισυλληπτικά μέτρα κατά τη μόνιμη σεξουαλική σχέση

Η πλειοψηφία των γυναικών απάντησαν πως χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό ως αντισυλληπτικό μέσο. Μεγάλο είναι επίσης το ποσοστό (28%) που δήλωσαν πως δεν χρησιμοποιούσαν κανένα μέτρο αντισύλληψης. Το 19% των γυναικών έδωσαν ως απάντηση τη διακεκομμένη συνουσία, ενώ το 13% τη χρήση αντισυλληπτικού. Μόλις το 2% έδωσαν ως απάντηση πως χρησιμοποιούσαν κάποια άλλη μέθοδο. Το 6% των γυναικών έδωσαν ως απάντηση συνδυασμό περισσότερων της μιας μεθόδων (Διάγραμμα 24 - Πίνακας Συχνοτήτων 14).

**Q22. Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση;**

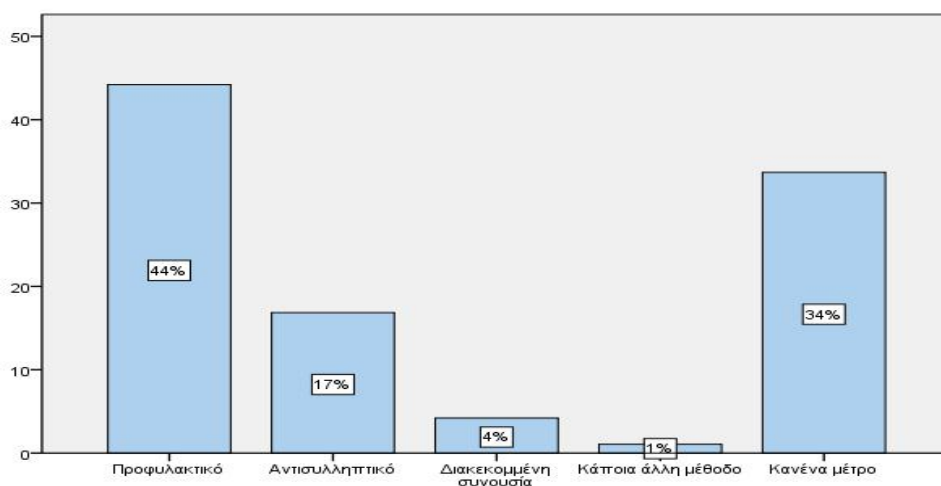
Η ίδια ερώτηση τέθηκε στις συμμετέχουσες γυναίκες για τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιούν κατά την περιστασιακή σεξουαλική τους σχέση. Οι μέθοδοι που παρατέθηκαν στις ερωτώμενες ήταν οι ίδιες με αυτές της προηγούμενης ερώτησης.

**Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Προφυλακτικό	42	44,2	44,2
Αντισυλληπτικό	16	16,8	61,1
Διακεκομμένη συνουσία	4	4,2	65,3
Κάποια άλλη μέθοδο	1	1,1	66,3
Κανένα μέτρο	32	33,7	100,0
Total	95	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	17		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 15 Αντισυλληπτικά μέτρα κατά την περιστασιακή σχέση

Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση;



Διάγραμμα 25 Ραβδόγραμμα - Αντισυλληπτικά μέτρα κατά την περιστασιακή σεξουαλική σχέση

Το 44% των γυναικών δήλωσαν πως κατά τις περιστασιακές τους σεξουαλικές σχέσεις χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό. Το 17% χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικό χάπι, ενώ το 4% διακεκομμένη συνουσία. Το 1% δήλωσαν πως χρησιμοποιούσαν κάποια άλλη μέθοδο, ενώ το 34% δεν έδωσαν κάποια απάντηση (Πίνακας Συχνοτήτων 15 - Διάγραμμα 25).

**Q23. Ποιον τρόπο ενημέρωσης επιλέγετε για την ενημέρωσή σας;**

Σημαντικός είναι επίσης ο τρόπος ενημέρωσης που επιλέγουν οι γυναίκες σχετικά με τα καρκίνο μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η τηλεόραση, επιστημονικά περιοδικά και το διαδίκτυο είναι οι πηγές πληροφόρησης που παρατέθηκαν στις ερωτώμενες. Επίσης δόθηκε η επιλογή άλλο χωρίς όμως να διευκρινίζουν την εναλλακτική απάντηση.

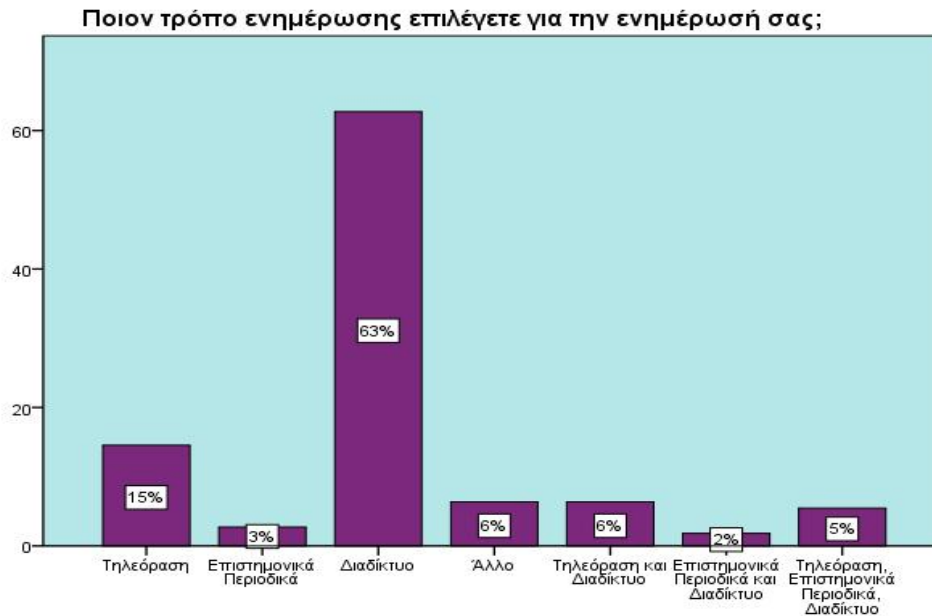
Ποιον τρόπο ενημέρωσης επιλέγετε για την ενημέρωσή σας;

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Τηλεόραση	16	14,5	14,5
Επιστημονικά Περιοδικά	3	2,7	17,3
Διαδίκτυο	69	62,7	80,0
Άλλο	7	6,4	86,4
Τηλεόραση και Διαδίκτυο	7	6,4	92,7
Επιστημονικά Περιοδικά και Διαδίκτυο	2	1,8	94,5



Τηλεόραση, Επιστημονικά Περιοδικά, Διαδίκτυο	6	5,5	100,0
Παρατηρήσεις	110	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	2		
<b>Σύνολο</b>	<b>112</b>		

Πίνακας Συχνοτήτων 16 Τρόποι ενημέρωσης



Διάγραμμα 26 Ραβδόγραμμα - Τρόποι ενημέρωσης

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν πως το διαδίκτυο είναι η κύρια πηγή πληροφόρησής τους, σε ποσοστό 63%. Το 15% απάντησαν πως πληροφορούνταν μέσω της τηλεόρασης, ενώ μόλις το 3% πληροφορούνταν μέσω επιστημονικών περιοδικών. Το 6% ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν κάποια άλλη μέθοδο. Τέλος, το 13% των ερωτηθέντων γυναικών έδωσαν περισσότερες από μία απαντήσεις (Διάγραμμα 26 - Πίνακας Συχνοτήτων 16).

#### ***Q24. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;***

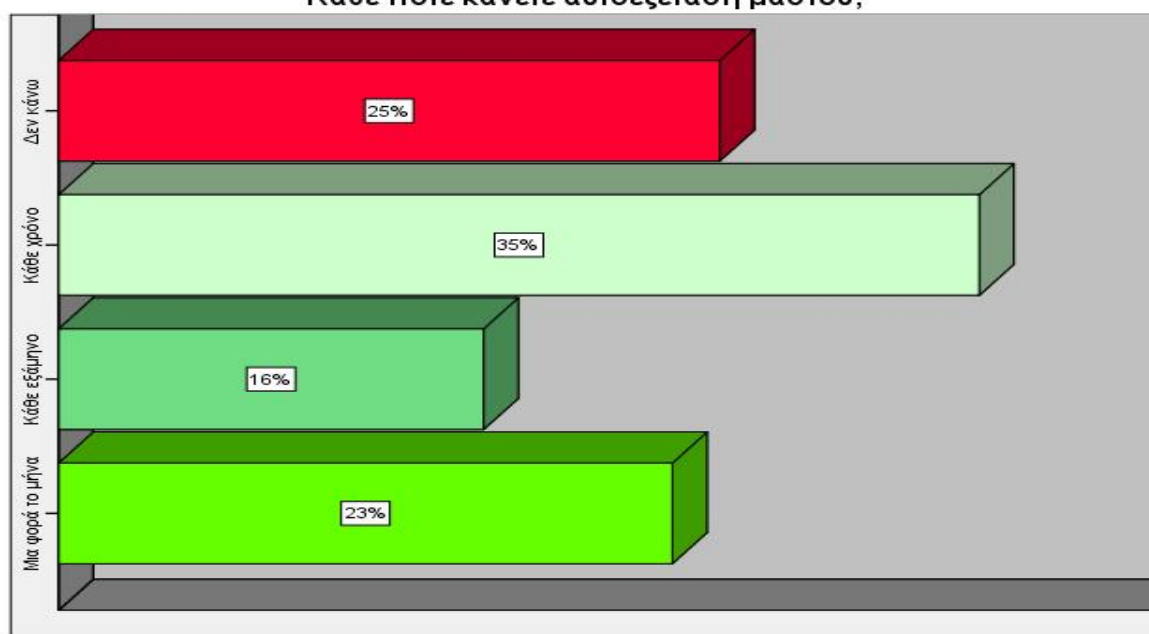
Οι γυναίκες ρωτήθηκαν κάθε πότε έκαναν αυτοεξέταση μαστού. Οι εναλλακτικές απαντήσεις που δόθηκαν ως επιλογές για τις συμμετέχουσες στην έρευνα γυναίκες είναι: «Μια φορά το μήνα», «Κάθε εξάμηνο», «Κάθε χρόνο», «Δεν κάνω».

**Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Μια φορά το μήνα	26	23,4	23,4
Κάθε εξάμηνο	18	16,2	39,6
Κάθε χρόνο	39	35,1	74,8
Δεν κάνω	28	25,2	100,0
Παρατηρήσεις	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνότητων 17 Συχνότητα αυτοεξέτασης μαστού

**Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;**



Διάγραμμα 27 Ραβδόγραμμα - Συχνότητα αυτοεξέτασης μαστού

Η πλειοψηφία των γυναικών, σε ποσοστό 35%, δήλωσαν πως έκαναν αυτοεξέταση μαστού κάθε χρόνο. Μία στις τέσσερις γυναίκες (25%) δήλωσαν πως δεν έκαναν καθόλου αυτοεξέταση μαστού. Το 16% απάντησαν πως έκανα την εξέταση κάθε εξάμηνο, ενώ τέλος το 23% μία φορά το μήνα (Πίνακας Συχνότητων 17 - Διάγραμμα 27).

**Q25. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;**

Ρωτήθηκαν οι γυναίκες για το ποια μέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού. Ανάμεσα στις εναλλακτικές επιλογές που δόθηκαν στις γυναίκες ερωτώμενες ήταν: «Την 8<sup>η</sup> – 9<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου», «Την 12<sup>η</sup> – 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου», «Πριν τη περίοδο», «Δεν γνωρίζω». Ο συνιστώμενος χρόνος

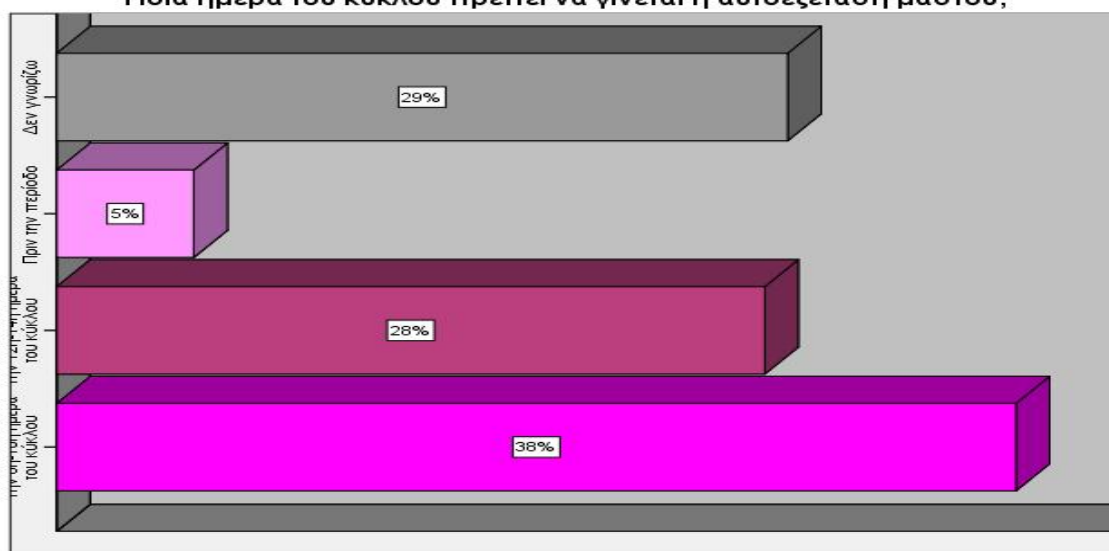
πραγματοποίησης της αυτοεξέτασης είναι αμέσως μετά την περίοδο, και πιο συγκεκριμένα, την 8<sup>η</sup> με 10<sup>η</sup> μέρα του κύκλου.

**Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Την 8η-10η ημέρα του κύκλου	42	37,8	37,8
Την 12η-14η ημέρα του κύκλου	31	27,9	65,8
Πριν την περίοδο	6	5,4	71,2
Δεν γνωρίζω	32	28,8	100,0
Παρατηρήσεις	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
<b>Σύνολο</b>	<b>112</b>		

Πίνακας Συχνοτήτων 18 Ημέρα διεξαγωγής αυτοεξέτασης μαστού

**Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;**



Διάγραμμα 28 Ραβδόγραμμα - Ημέρα διεξαγωγής αυτοεξέτασης μαστού

Η πλειοψηφία των γυναικών απάντησαν πως η αυτοεξέταση μαστού πρέπει να γίνει την 8<sup>η</sup> έως τη 10<sup>η</sup> μέρα του κύκλου, σε ποσοστό 38%. Το 28% του δείγματος απάντησαν πως η αυτοεξέταση μαστού πρέπει να γίνει την 12<sup>η</sup> – 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου. Ένα μεγάλο ποσοστό (29%) δεν γνώριζαν να απαντήσουν, ενώ μόλις το 5% απάντησαν πως η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται πριν την περίοδο (Διάγραμμα 28 - Πίνακας Συχνοτήτων 18).

### Q26. Έχετε κάνει εμβόλιο για το HPV;

Ρωτήθηκαν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα αν είχαν κάνει εμβόλιο για το HPV μέχρι τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας.



Διάγραμμα 29 Εμβολιασμός για HPV

Μόλις το 18% των ερωτώμενων απάντησαν πως είχαν κάνει εμβόλιο για το HPV μέχρι την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας. Αντίθετα, το 82% δήλωσαν πως δεν είχαν κάνει το εμβόλιο (Διάγραμμα 29).

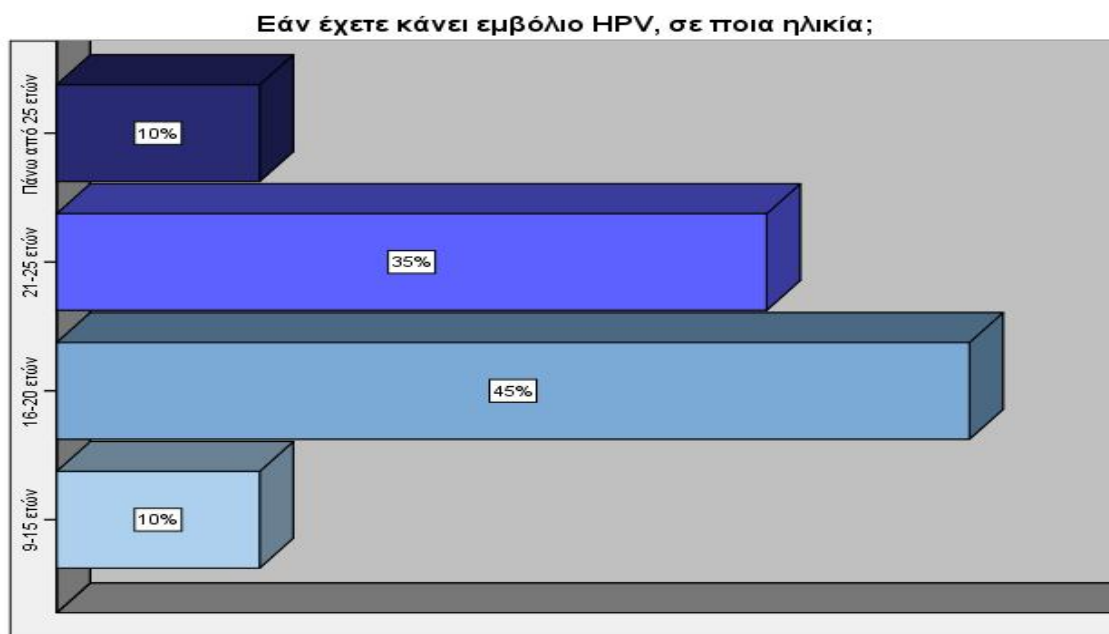
### Q27. Εάν έχετε κάνει εμβόλιο για το HPV, σε ποια ηλικία το κάνατε;

Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι είχαν κάνει εμβόλιο για το HPV ρωτήθηκαν για την ηλικία που έκαναν το εμβόλιο. Οι απαντήσεις των γυναικών ήταν ανάμεσα σε δοσμένες κατηγορίες ηλικιών και όχι μία αριθμητική τιμή.

Εάν έχετε κάνει εμβόλιο HPV, σε ποια ηλικία;

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
9-15 ετών	2	10,0	10,0
16-20 ετών	9	45,0	55,0
21-25 ετών	7	35,0	90,0
Πάνω από 25 ετών	2	10,0	100,0
Παρατηρήσεις	20	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	92		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 19 Ηλικία εμβολιασμού για HPV



**Διάγραμμα 30 Ραβδόγραμμα - Ηλικία εμβολιασμού για HPV**

Η πλειοψηφία των γυναικών που δήλωσαν πως είχαν εμβολιαστεί για τα ο HPV, απάντησαν πως είχαν κάνει το εμβόλιο από 16 έως 20 ετών, σε ποσοστό 45%. Το 35% των γυναικών είχαν κάνει το εμβόλιο από 21 έως 25 ετών. Μία στις 10 γυναίκες είχε κάνει το εμβόλιο μετά τα 25 έτη, ενώ επίσης μία στις δέκα είχε κάνει το εμβόλιο πριν τα 16 χρόνια (**Διάγραμμα 30 - Πίνακας Συχνοτήτων 19**).

**Q28. Πότε ξεκινήσατε το τεστ ΠΑΠ;**

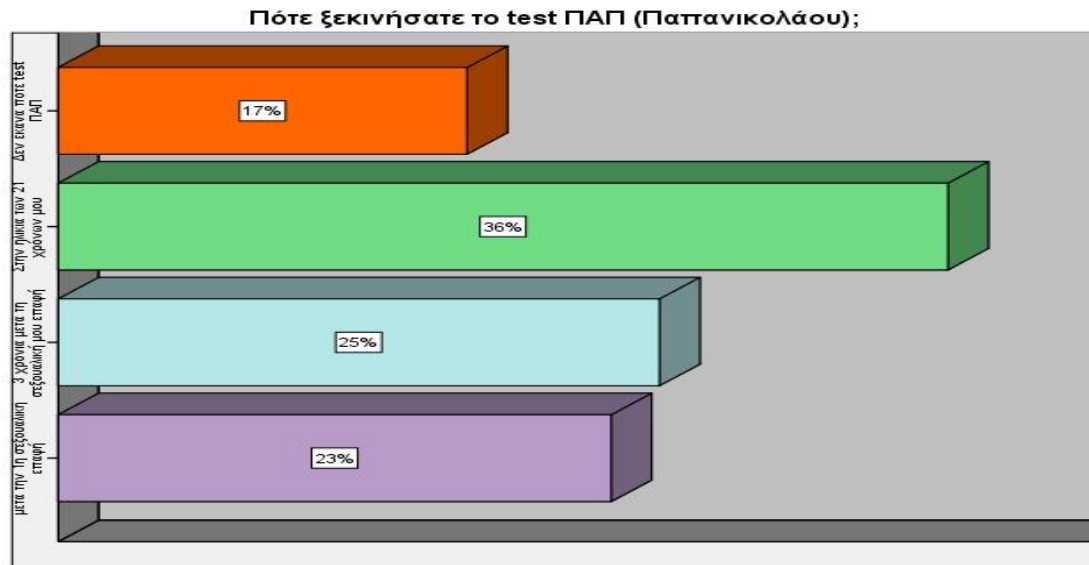
Ρωτήθηκαν οι συμμετέχουσες σχετικά με το πότε έκαναν το τεστ Παπ. Οι επιλογές που παρατέθηκαν στις ερωτώμενες ήταν: «Σε διάστημα 8-12 μήνες μετά την 1<sup>η</sup> σεξουαλική επαφή», «3 χρόνια μετά την 1<sup>η</sup> σεξουαλική επαφή», «Σε ηλικία των 21 ετών», «Δεν έκανα ποτέ τεστ Παπ».

**Πότε ξεκινήσατε το test ΠΑΠ (Παπανικολάου);**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Σε διάστημα 8-12 μήνες μετά την 1η σεξουαλική επαφή	23	22,5	22,5
3 χρόνια μετά τη σεξουαλική μου επαφή	25	24,5	47,1
Στην ηλικία των 21 χρόνων μου	37	36,3	83,3
Δεν έκανα ποτέ test ΠΑΠ	17	16,7	100,0
Παρατηρήσεις	102	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	10		

Σύνολο	112		
--------	-----	--	--

Πίνακας Συχνοτήτων 20 Τεστ ΠΑΠ



Διάγραμμα 31 Ραβδόγραμμα - Τεστ ΠΑΠ

Η πλειοψηφία των γυναικών, σε ποσοστό 36%, δήλωσαν πως ξεκίνησαν να κάνουν τεστ ΠΑΠ στα 21 έτη τους. Το 23% των γυναικών έκαναν τεστ ΠΑΠ σε διάστημα 8-12 μήνες μετά την 1<sup>η</sup> σεξουαλική επαφή, όπως συνίσταται συνήθως και από τους γιατρούς. Μία στις τέσσερις γυναίκες (25%) απάντησαν πως ξεκίνησαν το τεστ ΠΑΠ 3 χρόνια μετά τη σεξουαλική τους επαφή. Το 17% των γυναικών δεν είχαν κάνει ποτέ το τεστ ΠΑΠ (Πίνακας Συχνοτήτων 20 - Διάγραμμα 31).

**Q29. Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση του Pap test;**

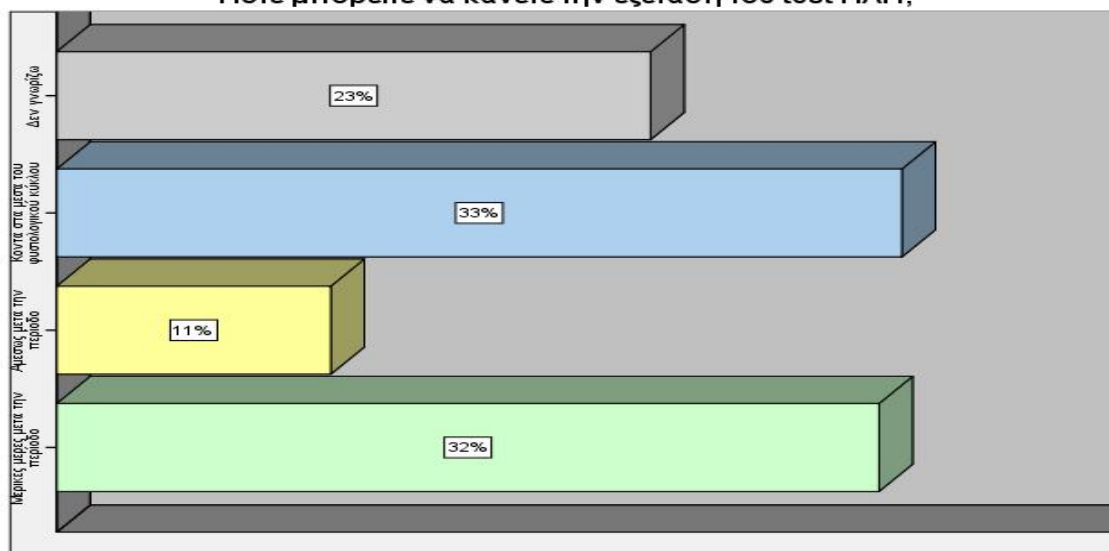
Όμοια με την ερώτηση σχετικά με την αυτοεξέταση του μαστού, ρωτήθηκαν οι γυναίκες ως προς το πότε μπορούν να κάνουν την εξέταση του Παπανικολάου (test Pap). Οι επιλογές που δόθηκαν ως απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο είναι: «Μερικές μέρες μετά την περίοδο», «Αμέσως μετά την περίοδο», «Κοντά στα μέσα του φυσιολογικού κύκλου», «Δεν γνωρίζω». Η συνιστώμενη από τους γιατρούς περίοδος για να κάνει μια γυναίκα την εξέταση είναι κοντά στα μέσα του φυσιολογικού κύκλου, δηλαδή κοντά στην ωοθηλακορηξία.

**Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση του test ΠαΠ;**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Μερικές μέρες μετά την περίοδο	36	32,4	32,4
Αμέσως μετά την περίοδο	12	10,8	43,2
Κοντά στα μέσα του φυσιολογικού κύκλου	37	33,3	76,6
Δεν γνωρίζω	26	23,4	100,0
Παρατηρήσεις	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
<b>Σύνολο</b>	<b>112</b>		

Πίνακας Συχνοτήτων 21 Εξέταση test Pap

**Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση του test ΠαΠ;**



Διάγραμμα 32 Ραβδόγραμμα - Εξέταση test Pap

Μία στις τρεις γυναίκες δήλωσαν πως μπορούν να κάνουν την εξέταση test Pap κοντά στα μέσα του φυσιολογικού τους κύκλου. Πολύ κοντά ως ποσοστό, το 32% των γυναικών δήλωσαν πως μπορούσαν να κάνουν το τεστ Pap μερικές μέρες μετά την περιόδό τους. Το 11% απάντησαν πως το τεστ γίνεται αμέσως μετά την περίοδο, ενώ τέλος το 23% των γυναικών απάντησαν πως δεν γνώριζαν (Διάγραμμα 32 - Πίνακας Συχνοτήτων 21).

### Q30. Κάθε πότε κάνετε το Pap τεστ;

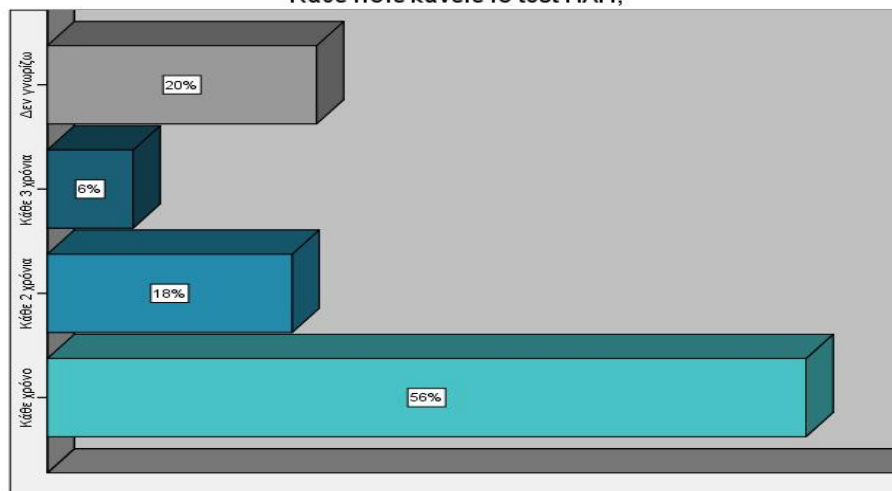
Επίσης οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν για το κάθε πότε κάνουν το Pap τεστ. Οι επιλογές που δόθηκαν ως απαντήσεις στις ερωτώμενες είναι οι: «Κάθε χρόνο», «Κάθε 2 χρόνια», «Κάθε 3 χρόνια», «Δεν γνωρίζω».

Κάθε πότε κάνετε το test ΠΑΠ;

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Κάθε χρόνο	62	55,9	55,9
Κάθε 2 χρόνια	20	18,0	73,9
Κάθε 3 χρόνια	7	6,3	80,2
Δεν γνωρίζω	22	19,8	100,0
Total	111	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	1		
Σύνολο	112		

Πίνακας Συχνοτήτων 22 Συχνότητα τεστ Pap

Κάθε πότε κάνετε το test ΠΑΠ;



Διάγραμμα 33 Ραβδόγραμμα - Συχνότητα τεστ Pap

Περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες, σε ποσοστό 56%, δήλωσαν πως έκαναν το τεστ Pap κάθε χρόνο. Μία στις πέντε γυναίκες (20%) δεν γνώριζαν κάθε πότε έκαναν το τεστ Pap. Το 18% των γυναικών έκαναν το τεστ Pap κάθε δύο χρόνια ενώ μόλις το 6% δήλωσαν πως έκαναν το τεστ κάθε 3 χρόνια (Πίνακας Συχνοτήτων 22 - Διάγραμμα 33).

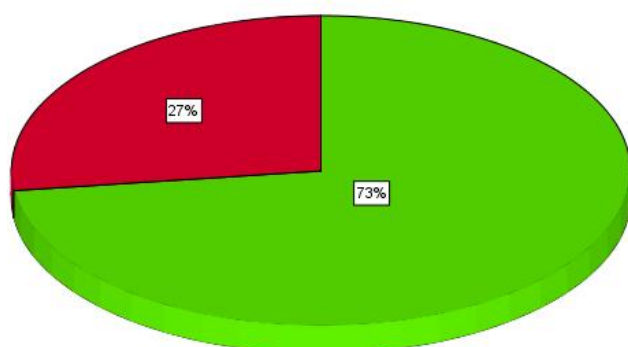


**Q31. Πιστεύετε ότι ο νοσηλευτής έχει τις γνώσεις για την ενημέρωση του καρκίνου μαστού στις γυναίκες;**

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου αφορά την άποψη των συμμετεχουσών γυναικών σχετικά με το αν πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές έχουν τις γνώσεις ώστε να ενημερώνουν τις γυναίκες για θέματα σχετικά με το καρκίνο μαστού.

Πιστεύετε ότι ο νοσηλευτής έχει τις γνώσεις για την ενημέρωση του καρκίνου μαστού στις γυναίκες;

■ Ναι  
■ Όχι



**Διάγραμμα 34** Γνώσεις νοσηλευτή για ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο μαστού

Το 73% των γυναικών θεωρούν πως οι νοσηλευτές είναι κατάλληλοι ώστε να ενημερώσουν τις γυναίκες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Αντίθετα το 27% των γυναικών τέθηκαν αντίθετοι σε αυτό (**Διάγραμμα 34**).

### 3. Πολυπαραγοντική ανάλυση

Στο κομμάτι της πολυπαραγοντικής ανάλυσης μελετάται η επίδραση κάποιων δημογραφικών και άλλων παραγόντων, στις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχουσες στην έρευνα, σχετικά με τη χρήση μεθόδων προσυμπτωτικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η ηλικία των γυναικών του δείγματος, η οικογενειακή τους κατάσταση, ο τόπος καταγωγής τους, το μηνιαίο εισόδημα αλλά και μορφωτικό επίπεδο είναι οι βασικοί δημογραφικοί παράγοντες που ελέγχθηκε αν επηρεάζουν ή όχι τις υπόλοιπες ερωτήσεις των συμμετεχουσών.

#### Ø Ο παράγοντας ηλικία

##### 1. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

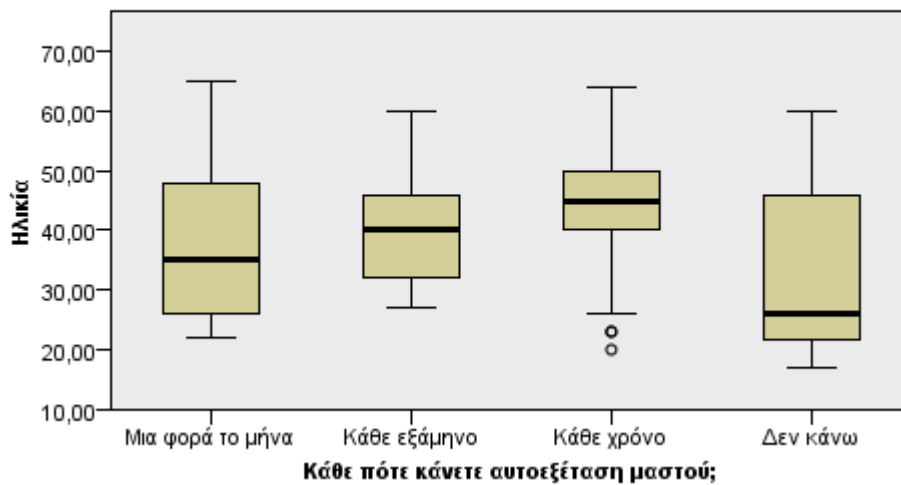
Ελέγχθηκε αν ο παράγοντας ηλικία είναι στατιστικά κρίσιμος, ως προς το κάθε πότε κάνουν οι γυναίκες αυτοεξέταση μαστού. Η επίδραση αυτού του παράγοντα διερευνήθηκε με τον μη παραμετρικό έλεγχο του μη παραμετρικού ελέγχου των Kruskal – Wallis.

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ηλικία are the same across categories of Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;.	Independent-Samples Median Test	,009	Reject the null hypothesis.

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου, παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των ηλικιών ως προς τις απαντήσεις που δόθηκαν, σχετικά με το κάθε πότε κάνουν οι γυναίκες αυτοεξέταση μαστού ( $p\text{-value} = 0,009$ ). Σύμφωνα με το παρακάτω γράφημα, παρουσιάζονται οι ηλικίες των γυναικών ως προς την κάθε απάντηση που επέλεξαν. Είναι φανερό πως οι γυναίκες που απάντησαν πως δεν κάνουν αυτοεξέταση είναι σαφώς οι νεότερες συμμετέχουσες στην έρευνα. Οι μεγαλύτερες γυναίκες του δείγματος, στην πλειοψηφία τους απάντησαν πως πραγματοποιούν αυτοεξέταση μαστού κάθε χρόνο .

### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



### 2. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

Επίσης, ελέγχθηκε αν η ηλικία ως παράγοντας διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχουσών γυναικών στην έρευνα, σχετικά με το ποια ημέρα του κύκλου είναι ορθότερο να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ηλικία are the same across categories of Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;.	Independent-Samples Median Test	,475	Retain the null hypothesis.

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις των γυναικών στην ερώτηση, ως προς τον παράγοντα ηλικία (p-value = 0,475).

### 3. Έχετε κάνει εμβόλιο HPV;

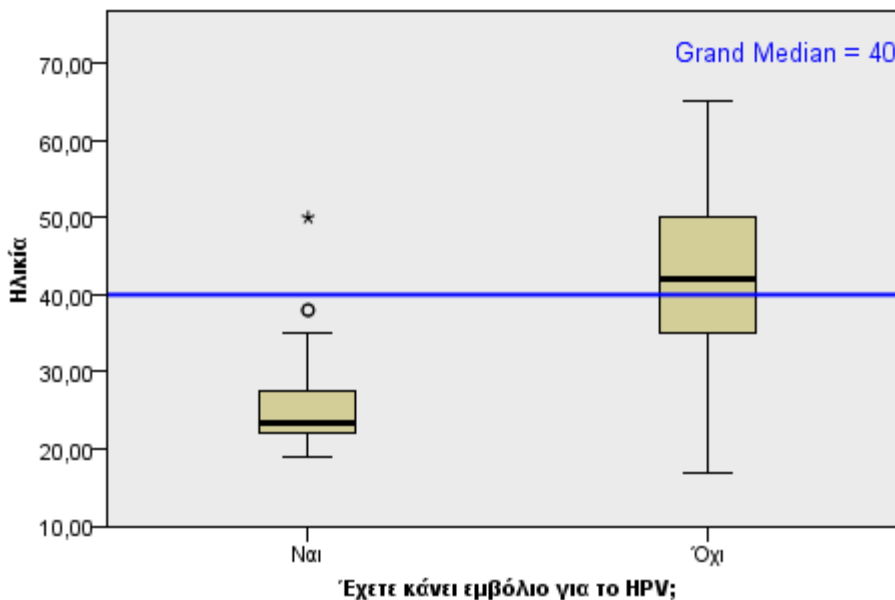
Ελέγχθηκε, με τον έλεγχο των Mann-Whitney αν ο παράγοντας ηλικία καθόρισε στατιστικά σημαντικά το αν οι γυναίκες είχαν κάνει ή όχι το εμβόλιο για το HPV.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ηλικία are the same across categories of Έχετε κάνει εμβόλιο για το HPV;.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου μας δείχνει πως ο παράγοντας ηλικία είναι καθοριστικός ως προς το αν κάποια είχε κάνει το εμβόλιο για το HPV. Σύμφωνα με το γράφημα που ακολουθεί, οι μικρότερες σε ηλικία γυναίκες, είχαν κάνει σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό το εμβόλιο.

### Independent-Samples Median Test



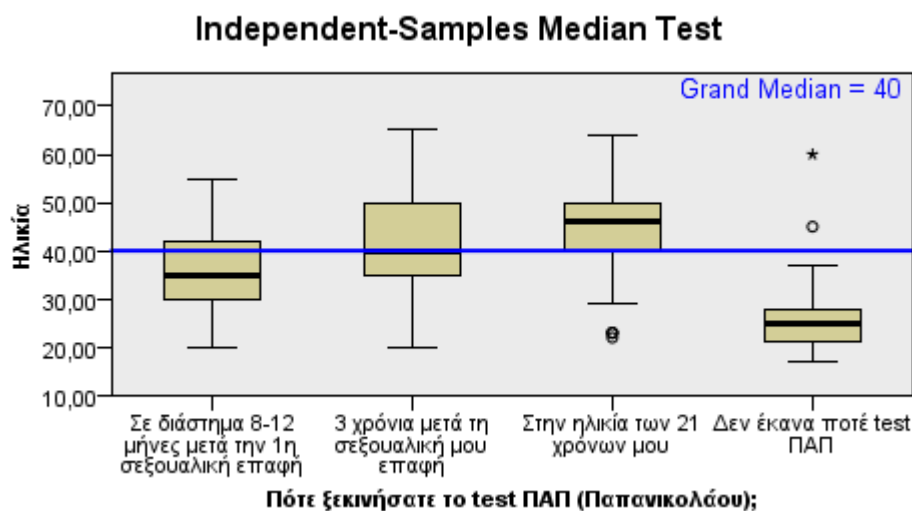
#### 4. Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap;

Επίσης ελέγχθηκε αν ο παράγοντας ηλικία διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε αυτές ξεκίνησαν να κάνουν το τεστ Pap.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ηλικία are the same across categories of Πότε ξεκινήσατε το test ΠΑΠ (Παπανικολάου);.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου διαπιστώνεται πως ο παράγοντας ηλικία επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις που δόθηκαν. Οι μικρότερες σε ηλικία ερωτώμενες δεν έκαναν ποτέ τεστ Pap, εντονότερα από τις υπόλοιπες γυναίκες. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, έδωσαν κυρίως την απάντηση «Στην ηλικία των 21 χρόνων μου».



5. Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση του Pap τεστ;

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ηλικία are the same across categories of Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση του test ΠΑΠ;.	Independent-Samples Median Test	,677	Retain the null hypothesis.

Επίσης ελέγχθηκαν οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε μπορεί κάποια να κάνει την εξέταση του τεστ Pap, σε σχέση με την ηλικία των γυναικών. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου διαπιστώνεται πως ο παράγοντας ηλικία δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των γυναικών. Άρα οι συμμετέχουσες απάντησαν με παρόμοιο τρόπο ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

6. Κάθε πότε κάνετε το τεστ Pap;

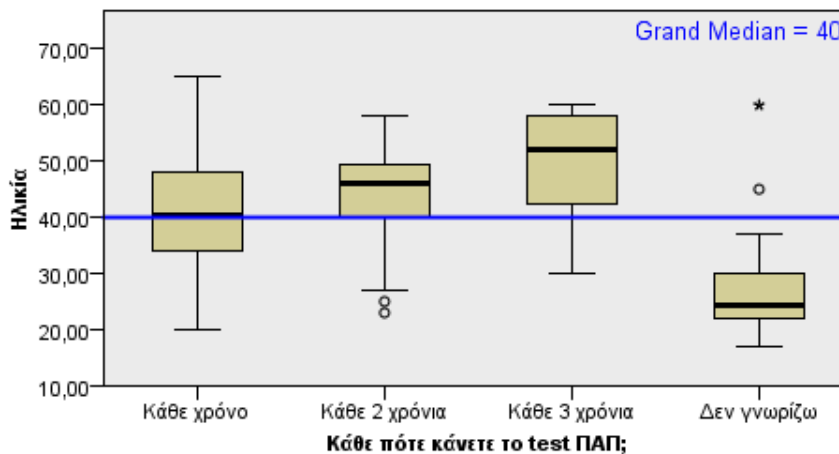
Η ηλικία φαίνεται να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες στην έρευνα, σχετικά με το κάθε πότε κάνουν την εξέταση τεστ Pap.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ηλικία are the same across categories of Κάθε πότε κάνετε το test ΠΑΠ;	Independent-Samples Median Test	,001	Reject the null hypothesis.

Η πλειοψηφία των γυναικών που είναι περίπου από 35 έως 45 ετών δήλωσαν πως έκαναν την εξέταση κάθε χρόνο. Όσο μεγαλύτερες είναι η γυναίκες τόσο σπανιότερα κάνουν την εξέταση. Παρόλα αυτά, οι μικρότερες σε ηλικία γυναίκες, αυτές δηλαδή που είναι μικρότερες από 35 ετών, απάντησαν πως δεν έκαναν γενικότερα την εξέταση.

### Independent-Samples Median Test



### ∅ Ο παράγοντας **τόπος καταγωγής**

Οι ίδιες ερωτήσεις που αφορούν την αυτοεξέταση μαστού, το εμβόλιο του HPV και την εξέταση τεστ Pap, ελέγχθηκαν αν διαφοροποιούνται ως προς τον τόπο καταγωγής των γυναικών. Διερευνάται δηλαδή αν απάντησαν διαφορετικά στις ερωτήσεις οι γυναίκες που διέμεναν σε κάποια αστική περιοχή, με αυτές που διέμεναν σε κάποια αγροτική ή ημιαστική περιοχή.

1. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού ~ Τόπος Καταγωγής			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	3,203	6	,783
Likelihood Ratio	3,867	6	,695
Linear-by-Linear Association	,138	1	,710
N of Valid Cases	110		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται ο τόπος καταγωγής να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε αυτές έκαναν την αυτοεξέταση μαστού.

2. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

Ποια ημέρα γίνεται η αυτοεξέταση ~ Τόπος Καταγωγής			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	8,789	6	,186
Likelihood Ratio	9,544	6	,145
Linear-by-Linear Association	1,699	1	,192
N of Valid Cases	110		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται ο τόπος καταγωγής να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το ποια μέρα του κύκλου είναι η καταλληλότερη να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

3. Έχετε κάνει εμβόλιο για το HPV;

Έχετε κάνει εμβόλιο για το HPV ~ Τόπος Καταγωγής			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	3,506	2	,173
Likelihood Ratio	3,432	2	,180
Linear-by-Linear Association	,082	1	,774
N of Valid Cases	110		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται ο τόπος καταγωγής να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το αν είχαν κάνει ή όχι το εμβόλιο για το HPV.

4. Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap;

Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap ~ Τόπος Καταγωγής			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	10,822	6	,094
Likelihood Ratio	9,707	6	,138
Linear-by-Linear Association	,065	1	,798
N of Valid Cases	101		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται ο τόπος καταγωγής να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε ξεκίνησαν να κάνουν την εξέταση τεστ Pap.

5. Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση τεστ Pap;

Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση τεστ Pap ~ Τόπος Καταγωγής			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	7,380	6	,287
Likelihood Ratio	8,681	6	,192
Linear-by-Linear Association	1,116	1	,291
N of Valid Cases	110		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται ο τόπος καταγωγής να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε μπορεί μια γυναίκα να κάνει την εξέταση τεστ Pap.



6. Κάθε πότε κάνετε το τεστ Pap;

Κάθε πότε κάνετε το τεστ Pap ~ Τόπος Καταγωγής			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	6,179	6	,403
Likelihood Ratio	5,584	6	,471
Linear-by-Linear Association	,688	1	,407
N of Valid Cases	110		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται ο τόπος καταγωγής να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε συνίσταται από τους γιατρούς να κάνουν οι γυναίκες το τεστ Pap.

Ø Ο παράγοντας **μηνιαίο εισόδημα**

Οι ίδιες έξι ερωτήσεις ελέγχθηκε αν διαφοροποιήθηκαν και ως προς τον παράγοντα μηνιαίο εισόδημα.

1. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού ~ Μηνιαίο Εισόδημα			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	13,276	9	,151
Likelihood Ratio	13,795	9	,130
Linear-by-Linear Association	,720	1	,396
N of Valid Cases	99		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μηνιαίο εισόδημα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε έκαναν οι γυναίκες αυτοεξέταση μαστού.

2. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

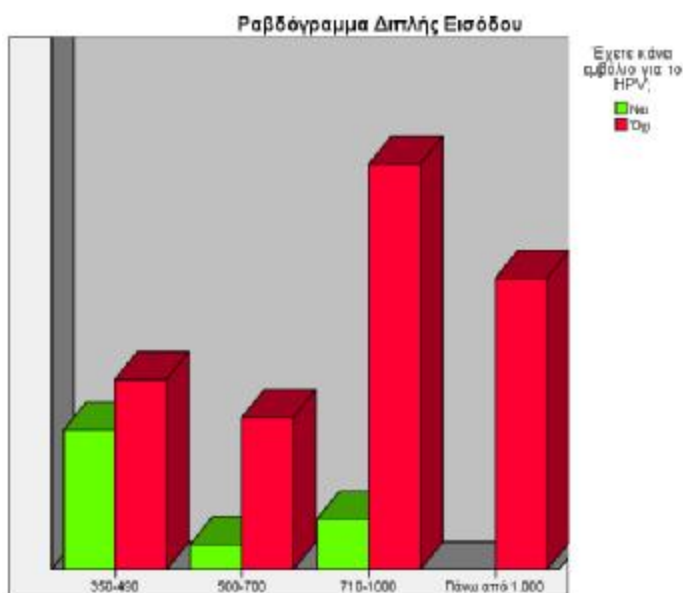
Προτεινόμενη ημέρα αυτοεξέτασης ~ Μηνιαίο Εισόδημα			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	8,637	9	,471
Likelihood Ratio	9,583	9	,385
Linear-by-Linear Association	,335	1	,563
N of Valid Cases	99		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μηνιαίο εισόδημα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

3. Έχετε κάνει το εμβόλιο για το HPV;

Έχετε κάνει το εμβόλιο HPV ~ Μηνιαίο Εισόδημα			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτέλεσμα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	17,330	3	,001
Likelihood Ratio	18,778	3	,000
Linear-by-Linear Association	15,709	1	,000
N of Valid Cases	99		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  φαίνεται πως το μηνιαίο εισόδημα επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το αν έχουν κάνει ή όχι το εμβόλιο για το HPV. Οι γυναίκες με χαμηλότερα εισοδήματα εμφανίζονται να έχουν κάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό το εμβόλιο σε σχέση με τις γυναίκες με μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα.



4. Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap;

Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap ~ Μηνιαίο Εισόδημα			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	11,998	9	,213
Likelihood Ratio	12,009	9	,213
Linear-by-Linear Association	1,909	1	,167
N of Valid Cases	90		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μηνιαίο εισόδημα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε ξεκίνησαν αυτές να κάνουν το τεστ Pap.

5. Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση του Pap τεστ;

Πότε μπορείτε να κάνετε τεστ Pap ~ Μηνιαίο Εισόδημα			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	9,922	9	,357
Likelihood Ratio	9,899	9	,359
Linear-by-Linear Association	,028	1	,867
N of Valid Cases	99		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μηνιαίο εισόδημα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε μπορούν οι γυναίκες να κάνουν την εξέταση τεστ Pap.

6. Κάθε πότε κάνετε το Pap τεστ;

Κάθε πότε κάνετε το τεστ Pap ~ Μηνιαίο Εισόδημα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	22,231	9	,008
Likelihood Ratio	21,899	9	,009
Linear-by-Linear Association	6,352	1	,012
N of Valid Cases	99		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μηνιαίο εισόδημα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε έκαναν οι γυναίκες το τεστ Pap.

Ø Ο παράγοντας μορφωτικό επίπεδο

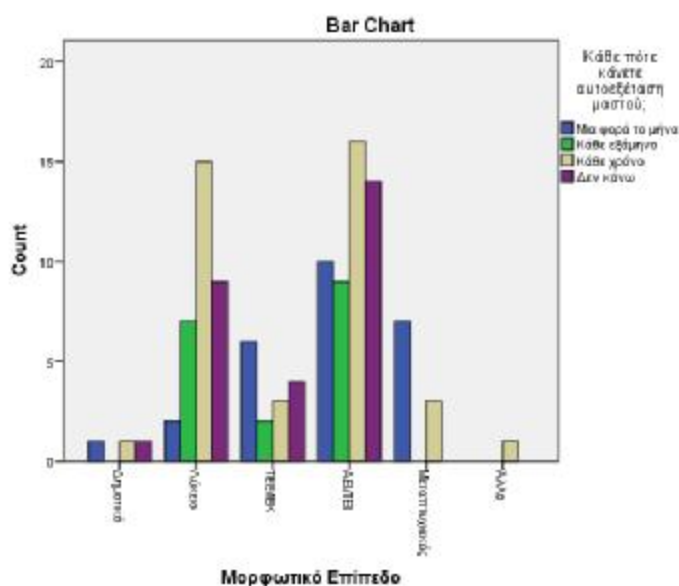
Επιπρόσθετα ελέγχθηκε η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γυναικών στις απαντήσεις που έδωσαν. Ελέγχθηκε αν οι περισσότερο μορφωμένες γυναίκες είχαν πιο ορθή συμπεριφορά ως προς τους προσυμπτωματικούς ελέγχους σχετικά με τους καρκίνους μαστού και τραχήλου της μήτρας.

1. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού ~ Μορφωτικό Επίπεδο			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	25,291	15	,046
Likelihood Ratio	28,442	15	,019
Linear-by-Linear Association	4,014	1	,045
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$ , φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα μορφωτικό επίπεδο, στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε οι γυναίκες δήλωσαν πως έκαναν αυτοεξέταση

μαστού. Όσον αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, τόσο αυξάνει το ποσοστό των γυναικών που κάνουν τον έλεγχο μια φορά το μήνα, όσο δηλαδή συνιστάται και από τους γιατρούς.



2. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση ~ Μορφωτικό Επίπεδο			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	12,766	15	,620
Likelihood Ratio	13,273	15	,581
Linear-by-Linear Association	2,593	1	,107
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το ποια ημέρα του κύκλου είναι καταλληλότερη ώστε να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

3. Έχετε κάνει το εμβόλιο HPV;

Έχετε κάνει το εμβόλιο HPV ~ Μορφωτικό Επίπεδο			
	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	9,903	5	,078
Likelihood Ratio	12,247	5	,032
Linear-by-Linear Association	4,686	1	,030
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το αν είχαν κάνει ή όχι το εμβόλιο για το HPV.

4. Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap;

Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap ~ Μορφωτικό Επίπεδο			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	11,451	12	,491
Likelihood Ratio	10,891	12	,538
Linear-by-Linear Association	1,602	1	,206
N of Valid Cases	102		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε ξεκίνησαν να κάνουν το τεστ Pap.

5. Πότε μπορείτε να κάνετε το Pap τεστ;

Πότε μπορείτε να κάνετε το Pap τεστ; ~ Μορφωτικό Επίπεδο			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	16,781	15	,332
Likelihood Ratio	18,517	15	,236
Linear-by-Linear Association	,040	1	,842
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε μπορούν να κάνουν το τεστ Pap.

6. Κάθε πότε κάνετε το τεστ Pap;

Κάθε πότε κάνετε το τεστ Pap ~ Μορφωτικό Επίπεδο			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,130	15	,918
Likelihood Ratio	9,500	15	,850
Linear-by-Linear Association	1,235	1	,266
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε δήλωσαν πως έκαναν το τεστ Pap.

Ø Ο παράγοντας **μορφωτικό επίπεδο πατέρα**

Ενδεχομένως οι απαντήσεις των συμμετεχουσών γυναικών να επηρεάστηκαν σε σημαντικό βαθμό από το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους. Για αυτό αρχικά διερευνήθηκε η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των πατεράδων των γυναικών στις έξι ερωτήσεις.

1. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού ~ Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	9,668	12	,645
Likelihood Ratio	9,686	12	,643
Linear-by-Linear Association	,011	1	,917
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε δήλωσαν πως έκαναν την αυτοεξέταση μαστού.

2. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

Ημέρα κύκλου που πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση ~ Μορφωτικό επίπεδο πατέρα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	8,452	12	,749
Likelihood Ratio	9,717	12	,641
Linear-by-Linear Association	,674	1	,412
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το ποια ημέρα είναι η καταλληλότερη ώστε να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

3. Έχετε κάνει εμβόλιο για το HPV;

Έχετε κάνει το εμβόλιο HPV ~ Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	11,640	4	,080
Likelihood Ratio	11,341	4	,083
Linear-by-Linear Association	8,038	1	,095
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το αν είχαν κάνει ή όχι το εμβόλιο για το HPV.

4. Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap;

Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap ~ Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	16,879	12	,154
Likelihood Ratio	19,406	12	,079
Linear-by-Linear Association	3,797	1	,051
N of Valid Cases	102		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε ξεκίνησαν να κάνουν το τεστ Pap



5. Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση τεστ Pap;

Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση τεστ Pap ~ Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	8,433	12	,750
Likelihood Ratio	8,302	12	,761
Linear-by-Linear Association	3,246	1	,072
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε είναι η καταλληλότερη περίοδος ώστε να γίνει η εξέταση τεστ Pap.

6. Κάθε πότε κάνετε το Pap τεστ;

Κάθε πότε κάνετε το Pap τεστ; ~ Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	7,963	12	,788
Likelihood Ratio	11,422	12	,493
Linear-by-Linear Association	,021	1	,884
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε δήλωσαν πως έκαναν το τεστ Pap.

### Ø Ο παράγοντας μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι κρίσιμο να διερευνηθεί η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενες. Ελέγχθηκε παραπάνω η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα των γυναικών, ενώ εδώ θα ελεγχθεί το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

1. Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού ~ Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	6,119	9	,728
Likelihood Ratio	6,113	9	,729
Linear-by-Linear Association	,116	1	,733
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε δήλωσαν πως έκαναν την αυτοεξέταση μαστού.

2. Ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

Ημέρα αυτοεξέτασης μαστού ~ Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	5,246	9	,812
Likelihood Ratio	5,501	9	,789
Linear-by-Linear Association	,010	1	,920
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το ποια ημέρα του κύκλου πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

3. Έχετε κάνει το εμβόλιο για το HPV;

Έχετε κάνει το εμβόλιο για το HPV ~ Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	17,465 <sup>a</sup>	3	,001
Likelihood Ratio	17,794	3	,000
Linear-by-Linear Association	13,957	1	,000
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το αν είχαν κάνει ή όχι οι γυναίκες το εμβόλιο για το HPV

4. Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap;

Πότε ξεκινήσατε το τεστ Pap ~ Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	13,804 <sup>a</sup>	9	,129
Likelihood Ratio	14,270	9	,113
Linear-by-Linear Association	2,121	1	,145
N of Valid Cases	102		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε ξεκίνησαν οι γυναίκες να κάνουν το τεστ Pap.

5. Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση τεστ Pap;

Πότε μπορείτε να κάνετε την εξέταση τεστ Pap ~ Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	6,311	9	,708
Likelihood Ratio	6,576	9	,681
Linear-by-Linear Association	2,828	1	,093
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το πότε έπρεπε να κάνουν την εξέταση τεστ Pap.

6. Κάθε πότε κάνετε το Pap τεστ;

Κάθε πότε κάνετε το Pap τεστ; ~ Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας			
	Τιμές Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	Αποτελέσματα Ελέγχου
Pearson Chi-Square	11,196	9	,262
Likelihood Ratio	11,405	9	,249
Linear-by-Linear Association	,062	1	,804
N of Valid Cases	111		

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου  $\chi^2$  δεν φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το κάθε πότε δήλωσαν πως έκαναν το Pap τεστ.

## **Κεφάλαιο 6**

## 1. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της χρήσης μεθόδων προσυμπτωματικών ελέγχων του τραχήλου της μήτρας και του μαστού των γυναικών στις γυναίκες της Πάτρας. Για τις ανάγκες της έρευνας συλλέχθηκαν 112 ερωτηματολόγια, σταθμισμένα ως προς τον παράγοντα ηλικία.

Στην έρευνα συμμετείχαν γυναίκες από 17 έως 65 ετών. Το 50% ήταν μεγαλύτερες από 40 έτη, ενώ το υπόλοιπο 50% μικρότερες. Περισσότερες από τις μισές γυναίκες ήταν έγγαμες τη στιγμή της έρευνας, ενώ το 74% κατάγονταν από κάποια αστική περιοχή. Το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών κρίνεται από μεσαίο προς υψηλό, καθώς περίπου 4 στις 10 ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μέτριο προς υψηλό θεωρείται επίσης για την περίοδο το μηνιαίο εισόδημα των γυναικών καθώς το 60% των γυναικών δήλωσαν μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από 700 ευρώ. Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ιδιαίτερα υψηλό καθώς η πλειοψηφία των πατεράδων και των μητέρων των συμμετεχουσών είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο.

Περισσότερες από τις μισές γυναίκες είχαν εμμηναρχή από 10 έως 12 ετών. Το 92% του δείγματος είχαν σεξουαλική επαφή μέχρι τη στιγμή της έρευνας. Το 50% των γυναικών είχαν πρώτη σεξουαλική εμπειρία πριν συμπληρώσουν τα 19 έτη τους. Το 75% των γυναικών είχαν σεξουαλική εμπειρία πριν τα 20 έτη τους. Η μικρότερη καταγεγραμμένη ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν τα 15 έτη, ενώ η μεγαλύτερη τα 28 έτη. Η πλειοψηφία των γυναικών χρησιμοποιεί το προφυλακτικό κατά τη μόνιμη σχέση. Παρόμοια είναι η εικόνα του αντισυλληπτικού μέσου και στην ερώτηση σχετικά με τις περιστασιακές τους σχέσεις.

Το 69% των γυναικών που είχαν παιδί, δήλωσαν πως το είχαν θηλάσει. Στην πλειοψηφία τους απάντησαν πως το είχαν θηλάσει από έναν έως τρεις μήνες.

Όσον αφορά τις κακές συνήθειες των γυναικών, το 31% δήλωσαν πως κάπνιζαν τουλάχιστον ένα πακέτο τη στιγμή της έρευνας, ενώ το 50% των γυναικών που κάπνιζαν, είχαν ξεκινήσει να καπνίζουν πριν τα 19 έτη τους. Επίσης το 39% των γυναικών δήλωσαν πως καταναλάωναν αλκοόλ σε λογικά όμως πλαίσια, δηλαδή 1-2 ποτήρια εβδομαδιαίως.

Το πιο δημοφιλές μέσο ενημέρωσης σχετικά με το θέμα, είναι το διαδίκτυο, έπειτα η τηλεόραση και τέλος τα επιστημονικά περιοδικά.

Το 25% των γυναικών είχαν τουλάχιστον μία συγγενή διαγνωσμένη με καρκίνο μαστού, μέχρι τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Η πλειοψηφία αυτών των συγγενών ήταν γυναίκες άνω των 40 ετών.

Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν πως έκαναν αυτοεξέταση μαστού κάθε χρόνο, σημαντικό όμως είναι πως μία στις τέσσερις γυναίκες δεν έκαναν καθόλου αυτοεξέταση μαστού. Η πλειοψηφία των γυναικών κάνει αυτοεξέταση μαστού κάθε χρόνο, ενώ μίας στις τέσσερις γυναίκες (25%) δήλωσε πως δεν είχε κάνει την αυτοεξέταση ποτέ. Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν πως έκαναν την αυτοεξέταση την 8<sup>η</sup> με 10<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου. Μεγάλο είναι και το ποσοστό των γυναικών που δεν γνώριζαν πότε πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση (29%).

Το 18% των γυναικών είχαν κάνει εμβόλιο για το HPV μέχρι τη στιγμή της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών είχαν κάνει το εμβόλιο από 16 έως 20 ετών, ενώ μία στις δέκα ερωτώμενες (10%) δήλωσε πως είχε κάνει το εμβόλιο μετά τα 25 έτη.

Όσον αφορά την εξέταση τεστ Pap, η πλειοψηφία των γυναικών ξεκίνησαν να την κάνουν στα 21 έτη τους. Το 17% των γυναικών δήλωσαν πως δεν έκαναν ποτέ το τεστ Pap, μέχρι τη στιγμή της έρευνας. Μόλις το 23% των γυναικών έκανα το τεστ σε διάστημα 8-12 μήνες μετά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή, όπως και συνίσταται. Επίσης, μόνο μία στις τρεις συμμετέχουσες (33%) γνώριζε πως το τεστ είναι προτιμότερο να γίνει κοντά στα μέσα του φυσιολογικού κύκλου. Το 23% των γυναικών δεν γνώριζαν πότε είναι προτιμότερο να γίνει, ενώ το 32% των γυναικών απάντησαν λανθασμένα πως το τεστ πρέπει να γίνει μερικές μέρες μετά την περίοδο. Σχετικά με τη συχνότητα που οι γυναίκες έκανα το τεστ Pap, η πλειοψηφία αυτών δήλωσαν πως έκαναν το τεστ κάθε χρόνο, το 18% κάθε δύο χρόνια και το 6% κάθε τρία. Μία στις πέντε γυναίκες του δείγματος (20%) δεν έκαναν καθόλου το τεστ.

Αξίζει να αναφερθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία, σε ποσοστό 73%, πίστευαν πως οι νοσηλευτές έχουν τις γνώσεις για κατάλληλη ενημέρωση, σχετικά με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες.

Ως προς την πολυπαραγοντική ανάλυση, ελέγχτηκε αν δημογραφικοί παράγοντες επηρέασαν ή όχι σημαντικά τις απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις σχετικά με τους προσυμπτωματικούς ελέγχους. Οι παράγοντες που ελέγχθηκαν είναι η ηλικία, ο τόπος διαμονής, το μηνιαίο εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων των συμμετεχουσών.

Ο παράγοντας φύλο, ήταν ο παράγοντας με την εντονότερη στατιστική επίδραση, στις απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες. Οι μικρότερες σε ηλικία γυναίκες, δεν κάνουν προσυμπτωματικούς ελέγχους σε τόσο μεγάλο βαθμό σε σχέση με τις μεγαλύτερες. Ο τόπος διαμονής και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, τόσο του πατέρα όσο και της μητέρας, δεν εμφανίστηκαν ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες, δηλαδή ανεξαρτήτου τόπου διαμονής και μορφωτικού επιπέδου των γονέων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά οι απαντήσεις των γυναικών. Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες με μικρότερο μηνιαίο εισόδημα, έκαναν σε μεγαλύτερο βαθμό το εμβόλιο του HPV, σε σχέση με τις γυναίκες με μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε από τους ελέγχους να επιδρά στη συχνότητα αυτοεξέτασης μαστού. Όσο μεγαλύτερο το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, τόσο πιο συχνά πραγματοποιούσαν αυτοεξέταση μαστού.

## **2. Περιορισμοί της έρευνας**

Ο περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός του δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι το δείγμα αν και ήταν μικρό, ήταν διαστρωματοποιημένο ως προς τις ηλικίες



### **3. Προτάσεις**

- Ενίσχυση δράσεων για την ενημέρωση των γυναικών και ειδικότερα σε ηλικίες μικρότερες των 25ετών καθώς παρατηρήθηκε σημαντικό ποσοστό άγνοιας σε αυτές τις ηλικίες
- Ο προσυμπτωματικός έλεγχος να γίνεται δωρεάν για όλους τους πολίτες
- Οι εξετάσεις του προσυμπτωματικού ελέγχου να είναι υποχρωτικές κι όχι προαιρετικές

## Βιβλιογραφία

- Δημητρόπουλος Ν, Κεραμόπουλος Αντώνιος, Η μαστογραφία στην κλινική πράξη, Εκδόσεις Παρισσιανού Μ, Αθήνα, 2000, 204
- Δημόπουλος Μάριος, Προλάβετε τον καρκίνο του προστάτη και του μαστού, εκδόσεις Κάδμος, (1), 2014, 296
- Κονιάρη Ευδοξία, Ο καρκίνος του μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα, (1), 200276
- Λαβδανίτη Μ, Ακτινοθεραπεία στον καρκίνο μαστού Νοσηλευτική φροντίδα, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2015
- Μαρκόπουλος Χρήστος, Καλοήθειες Παθήσεις και καρκίνος του Ματού, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2008, 192
- Μουντοκαλάκης Θεόδωρος, Διαφορική Διάγνωση, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2013, 1042
- Μπαρμπουνάκη- Κωνσταντάκου Ευαγγελία, Χημειοθεραπεία, εκδόσεις, Βήτα, Αθήνα 2004, 136
- Παπανικολάου Ν, Γυναικολογική Μαστολογία, εκδόσεις Γρ Παρισσιανός (1), Αθήνα, 1995, 980-1070
- Σακοράφας Γεώργιος, Σαφιολέας Μιχαήλ, Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009, 154
- Σταθόπουλος Γεώργιος, Επενδύοντας το σώμα, εκδόσεις Νήσος, 2013
- Aarts MJ, Voogd AC, Duijm LE, Coebergh JW, Louwman WJ, Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands- associations with stage at diagnosis and survival, *Breast Cancer Res Treat*, 2011, 517
- Aiello EJ, Buist DS, White E, Seger D, Taplin SH, Rate of Breast Cancer diagnosis among postmenopausal women with self-reported breast symptoms, *J, Am Board Fam Pract*, 2004 408-415
- Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E, (2004) Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *British Journal of Cancer*, 9: 935 – 941
- Arbyn M, Fabri V, Temmeneman M, Simoens C, Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data, *Plos One*, Belgium, 2014
- Arbyn M, Hebert A, Schenck U, Nieminem P, Jordan J, Mcgoogan E, European guidelines for quality insurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid -based cytology. *Cytopathology*, 2007, 133-139
- Barlow We, Lehman CD, Zheng Y, Performance of diagnostic mammography for women with signs or symptoms of breast cancer, *J Natl Cancer Inst*, 2002, 1151-1159

- Barton MB, Elmore JG, Fletcher SW, Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation and outcome. *Ann Intern Med*,1999, 651-657
- Beaver E, Kim J, Schaphira M, Tosteson A, Zauber A, Geiber A, Kamineli A, Weaver D, Tiro J, Unifying Screening Processes Within the PROSPR Consortium: A Conceptual Model for Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening, 2014
- Berkman LF, Glass T, Brissette, I, Seeman TE, From social integration to health: Durkheim in the new millennium, *Soc Sci Med*, 2000, 843-857
- Berrigan D, Dodd K, Troiano RP, Patterns of health behavior in U.S. adults *Prev Med*,2003, 615-623
- Botteri E, Iodice S, Begnardi V, Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis, *JAMA*, 2008, 2765-2678
- Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J et al. 2003. European Code against Cancer and Scientific Justification: Third version. *Ann Oncol*, 14(7): 973- 1005.
- Brown Zora, Leffall LaSalle, Platt Elizabeth, 100 ερωτήσεις και απαντήσεις για τον καρκίνο του μαστού, μετάφραση Φτίκα Ελένη, εκδόσεις Παλλιάρης Παιδεία, Θεσσαλονίκη, 2008, 55-104
- Buckman Robert, Whittaker Jereza, Καρκίνος Μαστού: Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε, Εκδόσεις Χρυσή Πένηνα, Αθήνα, 2000, 80
- Chamberlain M.J., (1984). Which prescriptive screening programmes are worthwhile? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38:270–277
- Cho HJ, Khang YH, Jun HJ, Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age, *Soc Sci Med*, 2008, 609-619
- Cochrane AL, Holland WW (1971). Validation of screening procedures. *British Medical Bulletin*, 27(1):3–8
- Coupé VM, de Melker HE, Snijders PJ, Meijer CJ, Berkhof J. (2009). How to screen for cervical cancer after HPV16/18 vaccination in The Netherlands. *Vaccine*, 13;27(37):5111-9.
- Cyrus Chargari, Youla Kivora, Fatima Laki, Alexia Savignoni, Thierry Dorval, Remi Dendale, Marc Bollet, Allain Fourquet, Francois Campana, The impact of the loco-regional treatment in elderly breast cancer patients: Hypofractionated exclusive radiotherapy, simple institution long-term result, 2010,1070-1091
- Data sources for identifying low-income, uninsured populations: Application to public health- National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, Dalzell Florence Tangka, Powers David, Walter Holmes, Kristy Joseph, Janet Royalty, *Cancer Causes Control*,2015
- Duffy WS, Tabar L, Olsen HA, Vitak B, Allgood CP, Chen HT, Yen A, Smith AR (2010). Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomized trial and from the Breast Screening Programme in England *J Med Screen* 2010;17:25–30
- Dushkin H, Christofanilli M, Inflammatory breast cancer, *J Natl Compr Cancer Netw*, 2011, 233-240

- Eberl MM, Philips RL Lamberts H, Okkes I, Mahoney MC, Characterizing breast symptoms in family practice, *Ann Fam Med*, 2008, 528-533
- Eheman CR, Leadbetter S, Benard VB, National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program data validation project, *Cancer*, 2014, 2597-2603
- Ellis Harold, Γενική Χειρουργική, εκδόσεις Παρισσιανού ΑΕ, 2009
- Forss A, Tishelman C, Widmark C, Lundgren E-L, Sachs L, Tornberg S, A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden, *Psychooncology*, 2001, 76-87
- Foulkes RE, Heard G, Boyce T, Skyrme R, Holland PA, Gateley CA, Duct excision is still necessary to rule out breast cancer in patients presenting with spontaneous bloodstained nipple discharge, *Int J Breast Cancer*, 2011, 495-500
- Fowler BA, The influence of social support relationships on mammography screening in African- American women, *J Natl Black Nurses Assoc*, 2007, 21-29
- Galvin R, Joyce D, Downey E, Boland F, Fahey T, Hill AK, Development and validation of a clinical prediction rule to identify suspected breast cancer: a prospective cohort study, *BMC Cancer*, 2014, 743
- Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta- analysis, *J Natl Cancer*, 2013, 515-525
- Geller BM, Barlow WE, Ballard- Bardash R, Use of the American College of Radiology BI-RADS to report on the mammographic evaluation of women with signs and symptoms of breast disease, *Radiology*, 2002, 536-542
- Goldhaber-Fiebert DJ, Stout KN, Salomon AJ, Kuntz MK, Goldie JS, (2008). Cost Effectiveness of Cervical Cancer Screening With Human Papillomavirus DNA Testing and HPV, 16, 18 Vaccination. *J Natl Cancer Inst*, 100: 308 – 320
- Greagon Edward, Καρκίνος του μαστού: Βοήθεια για την ψυχή και το σώμα, μετάφραση μαρουξής Γεώργιος, εκδόσεις Αλκύνων, 2006, 156
- Guiton Arthur, Φυσιολογία του ανθρώπου, μετάφραση Ευαγγέλου Α, Εκδόσεις Λίτσας, 2009, 1058
- Haufroid V, Lisson D, Urinary cotinine as a tobacco – smoke exposure index: a minireview, *Arch Occup Environ Health*, 1998, 162-168
- Hayes Daniel, Άτλας Καρκινώματος του μαστού, Αθήνα, 1999, 176
- Hebert A, Bergegon C, Wiener H, Schenck U, Klinkhamer P, Bulten J, , European guidelines for quality insurance in cervical cancer screening: recommendations for cervical cytology terminology, *Cytopathology*, 2007, 213-219
- Holland W., Stewart S. and Masseria C, (2006) Policy Brief: Screening in Europe, World Health Organization, 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Imamura T and Yasunaga H (2008). Economic evaluation of prostate cancer screening with prostate specific antigen *International Journal of Urology* .15:285– 288
- Jordan J, Martin – Hirsch P, Arbyn M, Schenck U, Baldauf JJ, Anttila A, Management of abnormal cervical cytology, *Luxembourg*, (6), 2008, 191-232

- Jung SM, Jo HS, Intrinsic motivation factor based on the self – determinant theory for regular breast cancer screening Asian Pac J Cancer,2014, 10101-10106
- Kim JJ, Wright CT, Goldie JS, (2005).Cost effectiveness of Human Papillomavirus DNA Testing in the United Kingdom, The Netherlands, France, and Italy. Journal of the National Cancer Institute, 97(12):888-895
- Kosir MA, Chism L, Bland K, Choi L, Gorski D, Simon MS, Common breast symptoms: when to refer to a breast surgeon, Adv NPs Pas,2013, 12-15
- Lambley Peter, Η ψυχολογία του καρκίνου πρόληψη και επιβίωση: Τι μπορείς να κάνεις για να βοηθήσεις τον εαυτό σου, μετάφραση Ρένα Καρακατσάνη, εκδόσεις Μακρή, (1), Αθήνα, 2005, 109
- Love R.R. and Camilli E.A., (1981).The Value of Screening. Cancer, 48:489-494
- Lynge E, Tornberg S, Karsa L, Segnan N, Delden JJ, Determinants of successful implementation of population – based cancer screening programmes, Eur J Cancer, 2012, 743-748
- Miller JW, Hanson V, Johnson GD, Royalty JE, Richardson LC, From cancer screening to treatment : service delivery and referral in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, Cancer, 2014,2549-2556
- Nowakowski A, Cybulski M, Sliwczynski A, Arkadiusz Chil, Zbigniew Teter, Przemyslaw Seroczynski, Arbyn Marc, The implementation of an organised cervical screening programme in Poland: An analysis of the adherence to European guidelines, BMC Cancer, 2015
- O' Reilly Barry, Bottomley Cecilia, Rymer Janice,Μαιευτική και γυναικολογία, εκδόσεις Παρισσιανού ΑΕ, (1),2011,540
- Perry N, European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, office for official publications of the European Communities,Luxembourg, 2006,1050-1027
- Pierga J, Girre V, Laurene V, Asselain B, Dieras V, Jouve M, Beuzedoc P, Foyrquet A, Characteristic and outcome off 1755 operable breast cancers in women over 70 years of age, 2004,650-780
- Ringash J, Screening mammography among women aged 40-49years at average risk of breast cancer, 2001, 750-759
- Ryerson AB, Benard VB, Major AC, The National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program 1991-2001 National Report, Department of Health and Human Services, Atland, 2005, 534
- Salzman B, Fleegle S, Tully AA, Common breast problems, Am Fam Physician,2012, 343-349
- Sara Alkner, Par-Ola Bandahl, Marten Ferno, BO Nordensjold, Lisa Ryden, Tamoxifen reduces the risk of contralateral breast cancer in pneumonopausal women: Results from a controlled randomized trial, 2009, 2496-2502

- Schumann A, Hapke U, Rumpf HJ, the association between degree of nicotine dependence and other health behaviours: Findings from a German general population study, *Eur J Public Health*, 2001, 450-452
- Shapiro JA, Seeff LC, Nadel MR, Colorectal cancer- screening tests and associated health behaviors, *Am J Prev Med*, 2001, 132-137
- Singh D, Malila N, Pokhrei A, Anttila A, Association of symptoms and breast cancer in population –based mammography screening in Finland , *Int J Cancer*, 2015, 630-637
- Susser M., (1975). Prevention and Helath Maintenance revisited. *Bulletin of the New York Academy Medicine*,51(1): 5-8
- Williams RS, Brook D, Monypenny IJ, Gower-Thomas K, the relevance of reported symptoms in a breast screening programme, *Clin Radiol*, 2002, 725-729
- Yancy B, Royalty JE, Marroulis S, Mattingly C, Benard VB, DeGross A, Using data to effectively manage a national screening program, *Cancer*,2014, 2575-2583
- Yeager DS, Krosnick JA, The validity of self reported nicotine product use in the 2001-2008 national health and nutrition examination survey, *Med Care*, 2010, 1128-1132

