



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟΝ
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ**

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟΝ
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ**

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επιβλέπων Καθηγητής :
κ. Αγιακλόγλου Χρήστος

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2010



**UNIVERSITY
PIRAEUS**

COURSE OF POSTGRADUATE STUDIES

ADMINISTRATION OF HEALTH



**TEI OF
PIRAEUS**

**STUDY OF PARTICIPATION IN SCREENING FOR CERVICAL AND BREAST
CANCER FOR FEMALES IN THE AREA OF LAKONIA COUNTY**

GIANNOULIS GEORGE

**Diplomatic Work for the Degree
“Master in Health Management”**

Piraeus, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ.Αγιακλόγλου, για την πολύτιμη βοήθειά του και την καθοδήγησή του στην συγκέντρωση όλων των στοιχείων για την διαμόρφωση της εργασίας μου αλλά και για την ηθική του υποστήριξη σε δύσκολες στιγμές. Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κ.Οικονομάκη Καντούλα (νοσηλεύτρια) και την κ.Αποστολάκου Παναγιώτα (μαία), παλιές συνεργάτιδες και φίλες μου, που προσφέρθηκαν να με βοηθήσουν στη συλλογή των στοιχείων, διαθέτοντας πολύ από τον προσωπικό τους χρόνο και δρώντας πάντα με επαγγελματισμό και σεβασμό στον άνθρωπο. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύντροφό μου Βασιλική για την υπομονή, τη στήριξη και την πίστη της σε μένα. Τους ευχαριστώ όλους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός της συμμετοχής του γυναικείου πληθυσμού του Ν.Λακωνίας στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του μαστού, ο προσδιορισμός δημογραφικών παραγόντων που πιθανά την επηρεάζουν και ο έλεγχος του κατά πόσον η τακτική ετήσια γυναικολογική εξέταση επηρεάζει το ποσοστό συμμετοχής σ' αυτές τις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου. Διεξήχθει έρευνα στο Δήμο Φάριδος του Ν.Λακωνίας κατά το χρονικό διάστημα 01/4/10 έως 31/5/10. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με κατ' οίκον επισκέψεις και τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Διαπιστώθηκε ότι στο δείγμα μας, παρά το ότι 8 στις 10 γυναίκες έχουν υποβληθεί σε εξέταση κατά Παπανικολάου κάποια στιγμή στη ζωή τους (80.8%), μόνο 5 στις 10 συμμετείχαν τακτικά στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου (48.7%). Για τον μαστογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι 6 στις 10 γυναίκες έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία κάποια στιγμή στη ζωή τους (63.2%), αλλά μόνο 3.5 στις 10 έχουν τακτική συμμετοχή (36.8%).

Δεν διαπιστώθηκε να επηρεάζεται η τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Παρατηρήθηκε όμως ότι γυναίκες άγαμες, χωρίς ιστορικό τοκετού, χαμηλότερης μόρφωσης, άνεργες ή απασχολούμενες στον αγροτικό τομέα έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν υποβληθεί στο τεστ Παπανικολάου. Γυναίκες με ιστορικό τουλάχιστον δύο τοκετών έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να έχουν υποβληθεί σε μαστογραφικό έλεγχο κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από τη συσχέτιση των δύο προσυμπτωματικών ελέγχων διαπιστώθηκε ότι όσες γυναίκες >40 ετών συμμετέχουν τακτικά στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου έχουν αυξημένη πιθανότητα (x 31.5) να υποβάλλονται και σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο. Αυξημένες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε τακτική βάση στους προσυμπτωματικούς ελέγχους για τον καρκίνο του τραχήλου (x 62) και τον καρκίνο του μαστού (x 23.5) διαπιστώθηκε ότι έχουν οι γυναίκες που επισκέπτονται συστηματικά, σε ετήσια βάση, γυναικολόγο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής επιβεβαιώνουν τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών της χώρας μας. Σκιαγραφείται εν μέρει το προφίλ της γυναίκας που θα πρέπει να γίνει στόχος της ενημέρωσης και των παρεμβάσεων (γυναίκες άγαμες, χωρίς ιστορικό τοκετού, χαμηλότερης μόρφωσης, άνεργες ή απασχολούμενες στον αγροτικό τομέα), ενώ σημειώνεται η σημασία της ετήσιας γυναικολογικής επίσκεψης για τη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο, δίνοντας το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα και προβληματισμό.

Λέξεις-κλειδιά: προσυμπτωματικός έλεγχος, συμμετοχή, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, μαστογραφία, τεστ-Παπανικολάου, ετήσια γυναικολογική επίσκεψη

ABSTRACT

The purpose of this study is to estimate the rates of screening activities for cervical and breast cancer of the female population in the area of Lakonia County, to explore the influences of social factors on the use of screening tests and to estimate the influence of the regular annual gynecologic examination on the participation in these screening activities. A survey on screening for cervical and breast cancer was organized and conducted in the Municipality of Faridos in Lakonia County, from 01/4/10 to 31/5/10. Data were obtained through home visits and by completing a questionnaire. A statistical analysis of the data was performed.

It was found that in our study's sample, although 8 out of 10 women have undergone Pap test at some point in their lives (80.8%), only 5 out of 10 participated in regular screening for cervical cancer (48.7%). In case of mammography it was found that 6 out of 10 women have undergone mammography at some point in their lives (63.2%) but only 3.5 out of 10 have regular participation in the mammographic screening (36.8%).

Regular participation in screening activities wasn't found to be influenced by demographic characteristics. It was observed, however, that unmarried women without a history of childbirth, less educated, unemployed or employed in agriculture are less likely to have undergone a Pap test. Women with a history of at least two births are four times more likely to have undergone mammography at some point in their lives. A correlation check between the two screening activities revealed that women > 40 years old, who participate in screening for cervical cancer regularly, have an increased probability (x 31.5) to undergo regular annual mammography. It was also found that women who visit regularly, annually, a gynecologist are more likely to participate regularly in screening for cervical cancer (x 62) and breast cancer (x 23.5).

The results of this study confirm the low rates of participation in screening for cervical and breast cancer of the women of Greece. The profile of the woman who should be the aim of health educational programmes and health promoting interventions is partially outlined (unmarried women without a history of birth, lower education, unemployed or employed in the agricultural sector). It is also worthy of note the importance of annual gynecological visit for the participation of women in the screening for breast and cervical cancer. These results can give rise to further research.

Keywords: screening, participation, breast cancer, cervical cancer, mammography, Pap tests, annual gynecological visit

Πίνακας περιεχομένων

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ	I
ΣΕΛΙΔΑ ΤΙΤΛΟΥ	II
ΑΓΓΛΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ	III
ΣΕΛΙΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ	IV
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	V
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VII
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	VIII
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ- ΠΙΝΑΚΩΝ	XI

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1:

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Επίπεδα Προληπτικής Ιατρικής	1
1.2.1 Πρωτογενής Πρόληψη	4
1.2.2 Δευτερογενής Πρόληψη	6
1.2.3 Τριτογενής Πρόληψη	9
1.3 Η Εξέλιξη της Προληπτικής Ιατρικής	10
1.4 Ιστορία της Προληπτικής Ιατρικής στη Νεότερη Ελλάδα	17
1.5 Ανακεφαλαίωση	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ
2.1 Εισαγωγή	22
2.2 Η Διάσταση του Γυναικολογικού Καρκίνου	22
2.3 Ο Καρκίνος του Μαστού	24
2.4 Ο Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας	28
2.5 Ο Καρκίνος του Ενδομητρίου	33
2.6 Ο Καρκίνος των Ωοθηκών	35
2.7 Ο Καρκίνος του Αιδοίου	37
2.8 Ανακεφαλαίωση	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Εισαγωγή	40
3.2 Το screening στην Ευρώπη	41
3.2.1 Το screening του καρκίνου του τραχήλου στην Ευρώπη	44
3.2.2 Το screening του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη	46
3.3 Το screening στην Ελλάδα.	50
3.3.1 Το screening του καρκίνου του τραχήλου στην Ελλάδα.	50
3.3.1 Το screening του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα.	51
3.4 Ανακεφαλαίωση	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή	55
4.2 Χαρακτηριστικά της έρευνας	56
4.2.1 Στόχοι και υποθέσεις της έρευνας	56
4.2.2 Περιοχή Μελέτης	57
4.2.3 Πληθυσμός Στόχος και Κριτήρια Αποκλεισμού	58
4.2.4 Διαμόρφωση ερωτηματολογίου και τρόπος συλλογής δεδομένων	58
4.2.5 Περιγραφή υλοποίησης.	60
4.2.6 Επεξεργασία των δεδομένων και στατιστική ανάλυση	62
4.3 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων	64
4.3.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων συμμετοχής στο για το Τεστ Παπανικολάου	65

4.3.2 Παρουσιαση δεδομένων για τη Μαστογραφία	81
4.3.3 Γυναικολογικός έλεγχος και προληπτικές εξετάσεις	88
4.3.4 Συσχέτιση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο	93
4.4 Συμπεράσματα-Συζήτηση-Προτάσεις	95
4.5 Ανακεφαλαίωση	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	109

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

α/α	Τίτλος Διαγραμμάτων	Σελίδα
Διάγραμμα 1.1	<i>Σχηματική απεικόνιση της έννοιας των QALY</i>	2
Διάγραμμα 1.2	<i>Απόδοση των επιπέδων προληπτικής παρέμβασης σε σχέση με την εμφάνιση και την πορεία μιας νόσου</i>	4
Διάγραμμα 1.3	<i>Γραφική παράσταση της φυσικής ιστορίας μιας χρόνιας νόσου και των πιθανών θέσεων του "κρίσιμου σημείου"</i>	8
Διάγραμμα 2.1	<i>Ποσοστά θνητότητας από καρκίνο του μαστού στην πολιτεία της Ν.Υόρκης από το 1978 έως το 1994</i>	27
Διάγραμμα 2.2	<i>Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου και ποσοστά επίπτωσης της νόσου ανά ηλικία στο Ηνωμένο Βασίλειο το έτος 2006</i>	29
Διάγραμμα 3.1	<i>Κατανομή των προγραμμάτων screening για τον Καρκίνο του Μαστού που βασίζονται στη μαστογραφία στην Ε.Ε. το 2007</i>	42
Διάγραμμα 3.2	<i>Κατανομή των προγραμμάτων screening για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας που βασίζονται στην κυτταρολογική εξέταση επιχρισμάτων του τραχήλου στην Ε.Ε. το 2007</i>	43
Διάγραμμα 4.1	<i>Σύγκριση ηλικιακής κατανομής δείγματος-πληθυσμού</i>	65
Διάγραμμα 4.2	<i>Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση την ηλικία τους</i>	66
Διάγραμμα 4.3	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση το επάγγελμα τους</i>	66
Διάγραμμα 4.4	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση τη μόρφωσή τους</i>	67
Διάγραμμα 4.5	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα</i>	67

Διάγραμμα 4.6	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση</i>	68
Διάγραμμα 4.7	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση τον αριθμό των τοκετών που δήλωσαν</i>	69
Διάγραμμα 4.8	<i>Συχνότητα ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου ανά ηλικιακή ομάδα</i>	70
Διάγραμμα 4.9	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση την ηλικία τους</i>	81
Διάγραμμα 4.10	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση το επάγγελμά τους</i>	82
Διάγραμμα 4.11	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση τη μόρφωσή τους</i>	82
Διάγραμμα 4.12	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση το εισόδημά τους</i>	83
Διάγραμμα 4.13	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση</i>	83
Διάγραμμα 4.14	<i>Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου, με βάση τον αριθμό των τοκετών που δήλωσαν</i>	84
Διάγραμμα 4.15	<i>Συσχέτιση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο</i>	94

α/α	Τίτλος Πινάκων	Σελίδα
Πίνακας 2.1	<i>Συχνότερες Ανατομικές Θέσεις Εμφάνισης Καρκίνου στις Γυναίκες στις ΗΠΑ</i>	23
Πίνακας 2.2	<i>Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού</i>	25
Πίνακας 2.3	<i>Ελάττωση (%) αθροιστικής επίπτωσης διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για διαφορετικές συχνότητες επανελέγχου</i>	32
Πίνακας 3.1	<i>Προγράμματα screening για τον Καρκίνο του Μαστού στην Ευρώπη</i>	48
Πίνακας 4.1	<i>Η αριθμητική κατανομή των γυναικών των Δ.Διαμερισμάτων του Δ.Φάριδος που καλύπτουν τα ηλικιακά κριτήρια της μελέτης</i>	61
Πίνακας 4.2	<i>Σύγκριση συνολικού πληθυσμού και δείγματος μελέτης</i>	64
Πίνακας 4.3	<i>Τα ποσοστά των γυναικών κάθε ηλικιακής κατηγορίας της μελέτης σε σχέση με τη συχνότητα ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου</i>	70
Πίνακας 4.4	<i>Γνώση του test Παπανικολάου και αριθμός τοκετών</i>	71
Πίνακας 4.5	<i>Γνώση του test Παπανικολάου και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος</i>	72
Πίνακας 4.6	<i>Συσχέτιση μόρφωσης και πραγματοποίησης του test Παπανικολάου</i>	73
Πίνακας 4.7	<i>Συσχέτιση μόρφωσης και πραγματοποίησης του test Παπανικολάου</i>	73
Πίνακας 4.8	<i>Συσχέτιση επαγγέλματος και πραγματοποίησης του test Παπανικολάου έστω και μία φορά</i>	74
Πίνακας 4.9	<i>Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε εξέταση Παπανικολάου ανάλογα με το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την τελευταία εξέταση</i>	74
Πίνακας 4.10	<i>Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση τη δήλωση τους για τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας</i>	75

Πίνακας 4.11	<i>Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά ηλικία</i>	75
Πίνακας 4.12	<i>Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά επάγγελμα</i>	76
Πίνακας 4.13	<i>Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά επίπεδο μόρφωσης</i>	76
Πίνακας 4.14	<i>Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά επίπεδο εισοδήματος</i>	76
Πίνακας 4.15	<i>Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά αριθμό τοκετών</i>	77
Πίνακας 4.16	<i>Αριθμός test Παπανικολάου στα οποία έχουν υποβληθεί οι γυναίκες της έρευνας</i>	77
Πίνακας 4.17	<i>Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου ανά ηλικιακή κατηγορία</i>	78
Πίνακας 4.18	<i>Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου ανά επάγγελμα</i>	78
Πίνακας 4.19	<i>Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης</i>	79
Πίνακας 4.20	<i>Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου σε σχέση με τον αριθμό τοκετών</i>	79
Πίνακας 4.21	<i>Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.</i>	79
Πίνακας 4.22	<i>Αιτίες αποφυγής test Παπανικολάου</i>	80
Πίνακας 4.23	<i>Αιτίες μη τακτικής συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου</i>	80

Πίνακας 4.24	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου ανάλογα με το αν πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε Γυναικολόγο</i>	85
Πίνακας 4.25	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου που έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία κάποια στιγμή στη ζωή τους</i>	85
Πίνακας 4.26	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου που υποβλήθηκαν σε συγκεκριμένο αριθμό μαστογραφιών ανά επίπεδο εισοδήματος</i>	86
Πίνακας 4.27	<i>Συσχέτιση πραγματοποίησης ή όχι μαστογραφίας και αριθμού τοκετών</i>	86
Πίνακας 4.28	<i>Το ποσοστό των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου που συμμετέχουν στο screening για τον καρκίνο του μαστού</i>	87
Πίνακας 4.29	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος ανάλογα με το αν πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε Γυναικολόγο</i>	88
Πίνακας 4.30	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε γυναικολόγο ανά επίπεδο μόρφωσης</i>	89
Πίνακας 4.31	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε γυναικολόγο ανά επίπεδο εισοδήματος</i>	89
Πίνακας 4.32	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος ανά συχνότητα γυναικολογικών ελέγχων ετησίως</i>	90
Πίνακας 4.33	<i>Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος ανά συχνότητα γυναικολογικών ελέγχων ετησίως και αριθμού τοκετών</i>	90
Πίνακας 4.34	<i>Συσχέτιση διεξαγωγής Pap test και ετήσιας επίσκεψης στον γυναικολόγο</i>	91
Πίνακας 4.35	<i>Συσχέτιση τακτικού screening για καρκίνο του τραχήλου και ετήσιας επίσκεψης στον γυναικολόγο</i>	91
Πίνακας 4.36	<i>Συσχέτιση τακτικού screening για καρκίνο του μαστού και ευκαιριακού μαστογραφικού ελέγχου με ετήσια επίσκεψη στον γυναικολόγο</i>	92

Πίνακας 4.37	<i>Συσχέτιση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο</i>	93
Πίνακας 4.38	<i>Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου</i>	97
Πίνακας B1	<i>Συσχέτιση του επαγγέλματος με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου</i>	105
Πίνακας B2	<i>Συσχέτιση της μόρφωσης με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου</i>	106
Πίνακας B3	<i>Συσχέτιση του εισοδήματος με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου</i>	107
Πίνακας B4	<i>Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου</i>	108

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

1.1 Εισαγωγή

Η κατάκτηση και η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας αποτελεί κύρια προτεραιότητα των σύγχρονων κοινωνιών και εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων, όπως η ειρήνη, η εκπαίδευση, οι φυσικοί πόροι, το σταθερό οικοσύστημα, η διατροφή, τα έσοδα, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι κακές συνθήκες υγιεινής, η απουσία κατάλληλων συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, ο υπερπληθυσμός, ο μαρασμός, οι κακές συνθήκες στέγασης αποτελούν κάποιες από τις κυριότερες απειλές της υγείας.

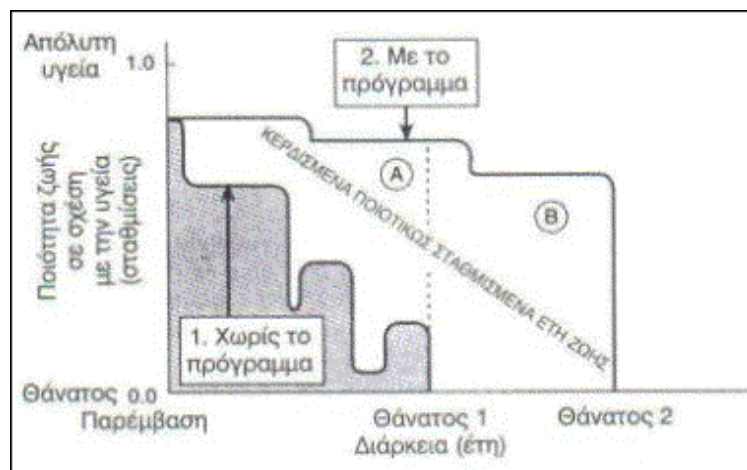
Αντιθέτα, στις αναπτυγμένες χώρες τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας συνδέονται κυρίως με τον τρόπο ζωής (lifestyle), τα ατυχήματα, το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, τη βία, το εργασιακό stress, τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Στην Ευρώπη η αξιόλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας τον προηγούμενο αιώνα με δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών, εξελίξεων στη θεραπευτική ιατρική και εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης.

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσεγγιστεί η έννοια της προληπτικής ιατρικής και των επιπέδων στα οποία διακρίνεται (πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής). Θα γίνει διάκριση ανάμεσα στην προληπτική και στην θεραπευτική ιατρική, και θα πραγματοποιηθεί μια συνοπτική αναφορά στην ιστορική διαδρομή της πρόληψης με ειδική αναφορά στην Ελλάδα.

1.2 Επίπεδα Προληπτικής Ιατρικής

Η Πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειές τους για το άτομο, την κοινωνία και το περιβάλλον. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας που στοχεύουν στην αγωγή υγείας και στην βελτίωση του τρόπου διαβίωσης, καθώς και μέσω προγραμμάτων πρόληψης της ασθένειας που περιλαμβάνουν προσπάθειες αποτροπής εμφάνισης ασθενειών ή έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισής τους (προληπτική ιατρική).

Σκοπός της ιατρικής είναι η μεγιστοποίηση της ποιοτικά σταθμισμένης διάρκειας ζωής του ατόμου. Η ποιότητα ζωής έχει υποκειμενικά στοιχεία, αλλά για μεγάλες ομάδες πληθυσμού επιδέχεται αντικειμενοποίηση και τα σχετικά θέματα αποτελούν τομέα εντατικής ιατροκοινωνικής έρευνας. Στη σημερινή εποχή της βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής (evidence-based medicine) η αντικειμενική μελέτη της χρησιμότητας των προγραμμάτων πρόληψης (όπως άλλωστε και των πιθανών θεραπευτικών παρεμβάσεων) γίνεται σε *ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής* (total quality-adjusted years of life, *QALY*), που είναι τα χρόνια υγείας που κερδίζονται χάρη σε μια παρέμβαση.



Πηγή: Drummond Micheal F., 2002

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1

Σχηματική απεικόνιση της έννοιας των *QALY*

Στο Διάγραμμα 1.1 απεικονίζεται σχηματικά η βελτίωση τόσο στην επιβίωση όσο και στην ποιότητα ζωής για μια νοσηρή κατάσταση μετά την εφαρμογή κάποιας παρέμβασης (π.χ. προληπτικό έλεγχο και πρόωμη αντιμετώπιση), σε σχέση με τη φυσική πορεία της νόσου αν η όποια παρέμβαση δεν εφαρμόζόταν. Η διαφορά ανάμεσα στη φυσική πορεία της νόσου (χωρίς το πρόγραμμα) και στην πορεία της νόσου με την παρέμβαση (με το πρόγραμμα), που διαγραμματικά εκφράζεται από τη διαφορά του εμβαδού των δύο γραφικών παραστάσεων, αντιπροσωπεύει τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής που προσφέρει η παρέμβαση. Το πλεονέκτημα των *QALY*, ως μονάδων μέτρησης των εκροών υγείας, είναι ότι μπορούν να συμπεριλάβουν ταυτόχρονα τα οφέλη από τη μειωμένη νοσηρότητα (ποιοτικά οφέλη) και τη μειωμένη θνησιμότητα (ποσοτικά οφέλη) και να τα ενσωματώσουν σε μian ενιαία μονάδα μέτρησης.

Όσον αφορά τη διάρκεια ζωής, αυτή αποτελεί αντίστροφη έκφραση της θνησιμότητας, που ισούται κατά προσέγγιση με την επίπτωση (ενός ή περισσότερων νοσημάτων) πολλαπλασιασμένη με τη θνητότητα του κάθε νοσήματος. Η μείωση της θνησιμότητας και κατά συνέπεια η αύξηση της μακροβιότητας μπορεί να πραγματοποιηθεί με μείωση της θνητότητας, που αποτελεί κατεξοχήν αντικείμενο της θεραπευτικής ιατρικής

ή με μείωση της επίπτωσης και της συνακόλουθης νοσηρότητας, που είναι αντικείμενο της προληπτικής ιατρικής.

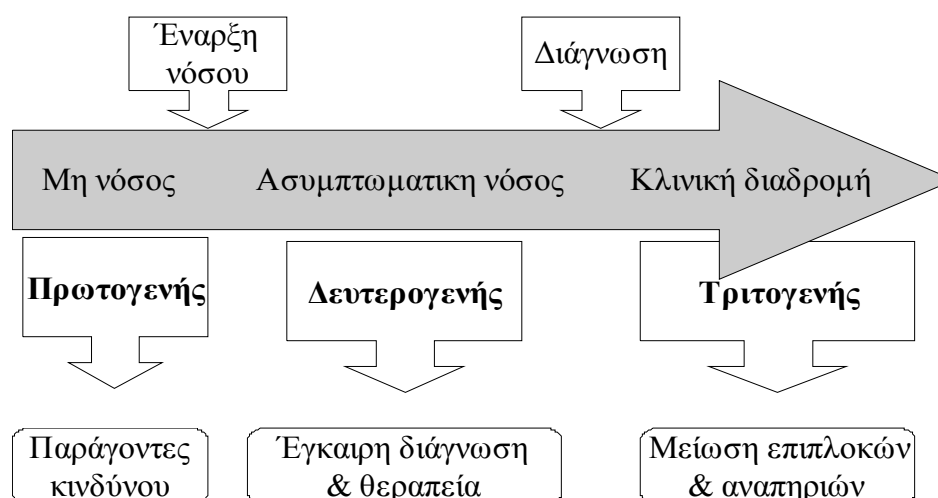
Σχηματικά και αδρά οι υγειονομικές υπηρεσίες μπορούν να διακριθούν σε υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Οι προληπτικές υπηρεσίες μπορούν να χωριστούν σε αυτές που αφορούν το μακροπεριβάλλον (εξυγίανση ύδρευσης και αποχέτευσης, αντιμετώπιση ατμοσφαιρικής ρύπανσης κ.α.) και σε αυτές που επικεντρώνονται στο ίδιο το άτομο (εμβολιασμοί, επιμελημένη διατροφή, προσυμπτωματική εξέταση κατά Παπανικολάου κ.α.), ενώ οι θεραπευτικές διαδικασίες μπορεί να διακριθούν στις ουσιαστικές, που επηρεάζουν δυνητικά την εξέλιξη και πρόγνωση της αντίστοιχης νόσου και στις συμπτωματικές, που συμβάλλουν στην παροδική αναίρεση ή καταστολή επώδυνων ή ενοχλητικών συμπτωμάτων.¹

Η πρόληψη των ασθενειών περιλαμβάνει μια σειρά από συσχετιζόμενα προγράμματα, ενέργειες και πρωτοβουλίες. Κάποια προληπτικά μέτρα αφορούν παγκόσμιες πολιτικές πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη μείωση των κινδύνων για την υγεία με τον περιορισμό της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και της έκθεσης σε τοξικές ουσίες ή στον καθορισμό προτύπων ασφαλείας για τον έλεγχο των τροφίμων και των υδάτων. Άλλες πρωτοβουλίες αφορούν εστιασμένες προσπάθειες των εθνικών υπηρεσιών υγείας και πρόληψης για τον περιορισμό εμφάνισης νέων περιπτώσεων συγκεκριμένων ασθενειών όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος του πνεύμονα κ.α.

Η αποτελεσματικότητα τόσο των παγκόσμιων όσο και των τοπικών προγραμμάτων αποτροπής ασθενειών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το κατά πόσον το κάθε άτομο ξεχωριστά θα αναλάβει προσωπική ευθύνη για την υγεία του, με την αποφυγή κινδύνων όπως η χρήση καπνού, η κατάχρηση ουσιών (π.χ. Αλκοόλ) και η μη εφαρμογή προφυλάξεων κατά τη σεξουαλική πράξη. Άτομα που ακολουθούν υγιεινή διατροφή, ασκούνται και αναπαύονται επαρκώς, φορούν ζώνες ασφαλείας στο αυτοκίνητο και κράνος στα δίτροχα, διαχειρίζονται επιτυχώς το άγχος τους και διατηρούν οπτιμιστική θεώρηση για τη ζωή βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της πρόληψης. Παρομοίως άτομα τα οποία χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιώντας τους ενδεδειγμένους εμβολιασμούς, τις απαιτούμενες κλινικές εξετάσεις και συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο συμμετέχουν ενεργά στην πρόληψη των ασθενειών και της αναπηρίας.

Στην Πρόληψη συμμετέχουν κυβερνήσεις, επαγγελματικοί σύλλογοι, επαγγελματίες της Δημόσιας Υγείας, επαγγελματίες της υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, μαίες και άλλοι συνεργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας) και άτομα που δρουν σε τρία επίπεδα με στόχο τη βελτίωση της υγείας στην κοινωνία. Το επίπεδο πρόληψης καθορίζεται βασικώς από το χρονικό διάστημα που ασκήθηκε κατά τη διαδρομή ενός νοσήματος. Έτσι, η Πρόληψη μπορεί να διακριθεί σε τρία επίπεδα : την Πρωτογενή, τη Δευτερογενή και την Τριτογενή Πρόληψη, όπως ενδεικτικά εμφανίζεται στο Διάγραμμα 1.2 .

¹ Τριχοπούλου Αν., Τριχόπουλος Δημ. et al, 1986.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2

Απόδοση των επιπέδων προληπτικής παρέμβασης σε σχέση με την εμφάνιση και την πορεία μιας νόσου

Ειδικότερα, στο διάγραμμα αυτό γίνεται φανερό ότι η Πρωτογενής πρόληψη εφαρμόζεται πριν την έναρξη της νόσου, αποσκοπώντας στο να αποτρέψει τη νόσηση με την απομάκρυνση ή την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου (π.χ. εμβολιασμός). Η Δευτερογενής πρόληψη λαμβάνει χώρα όταν η φυσική πορεία της νόσου έχει αρχίσει αλλά παραμένει ασυμπτωματική, αποσκοπώντας στο να διαγνώσει τη νόσο σε πρώιμο στάδιο (π.χ. Pap test). Η Τριτογενής Πρόληψη πραγματοποιείται μετά την κλινική εμφάνιση και αναγνώριση της νόσου και αποσκοπεί στο να περιορίσει τις επιπλοκές, την αναπηρία και να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής (π.χ. προληπτική οφθαλμολογική εξέταση στους διαβητικούς για πρόληψη διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας). Τα επίπεδα της πρόληψης θα αναλυθούν εκτενέστερα στη συνέχεια του κεφαλαίου.

1.2.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Στην Πρωτογενή Πρόληψη ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, τα οποία έχουν ως σκοπό την αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διεργασιών, που μπορούν τελικά να

οδηγήσουν στην κλινικά έκδηλη νόσηση και στο θάνατο.² Τα μέτρα αυτά αφορούν την αντιμετώπιση συγκεκριμένων παραγόντων που αποτελούν κίνδυνο για την υγεία του ατόμου ή την εφαρμογή μέτρων ενίσχυσης της υγείας του ατόμου συνολικότερα. Διακρίνουμε λοιπόν δύο κατηγορίες Πρωτογενών Προληπτικών μέτρων.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η εξουδετέρωση των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων και η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς τους παράγοντες. Παραδείγματα τέτοιων δράσεων είναι ο εμβολιασμός, η απολύμανση, η χλωρίωση και η φθορίωση του πόσιμου νερού, ο περιορισμός της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και η εγρήγορση καθώς και η επιφυλακή για αποτροπή των ατυχημάτων (νομοθετημένες προδιαγραφές ασφαλείας για τους χώρους εργασίας, εξοπλισμός αυτοκινήτων με αερόσακους και anti-lock φρένα).

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει γενικά μέτρα προαγωγής της υγείας μέσω της αγωγής υγείας. Η αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση συμπεριφοράς, με αντικείμενο τη μείωση της επιπτώσεως ή τη βελτίωση της προγνώσεως ενός ή περισσοτέρων νοσημάτων.³ Όπως προκύπτει από τον ορισμό αυτόν, η αγωγή υγείας στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφοράς και όχι μόνο στην απόκτηση γνώσεων, έστω και αν οι γνώσεις αποτελούν προϋπόθεση για την εποικοδομήση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Στόχος είναι οι υιοθέτηση βασικών παραμέτρων ενός υγιούς τρόπου ζωής: σωστή διατροφή και υγιεινή, επαρκής άσκηση και ανάπαυση, αποφυγή περιβαλλοντικών κινδύνων (αποφυγή υπερβολικής έκθεσης στο ηλιακό φως, χρήση ωτοασπίδων) ή επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών (αποφυγή καπνίσματος, υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ).

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και εκπαιδευτικές διαδικασίες που αφορούν άλλες διαστάσεις της υγείας, όταν αυτή αντιμετωπίζεται μέσα από το πρίσμα της ευζωίας. Παραδείγματα εκπαιδευτικών προγραμμάτων που προάγουν την ευζωία είναι τα μαθήματα διαχείρισης άγχους, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για γονείς ή προγράμματα προετοιμασίας για την συνταξιοδότηση και την έξοδο από τον ενεργό πληθυσμό.

Στο παρελθόν τα προγράμματα δημόσιας υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες έδιναν έμφαση στην πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων με τη βελτίωση της ασφάλειας και της καθαρότητας των τροφών, του πόσιμου νερού και με προγράμματα εμβολιασμού του πληθυσμού. Σήμερα τα πλέον πιεστικά προβλήματα υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες είναι αυτά που αφορούν χρόνια νοσήματα και νοσήματα φθοράς όπως τα καρδιολογικά νοσήματα, ο διαβήτης, ο καρκίνος κ.α. Η Πρωτογενής Πρόληψη των χρονίων νοσημάτων είναι πολύ πιο απαιτητική και δύσκολη γιατί απαιτεί την αλλαγή συμπεριφορών. Οι

² Τριχόπουλος Δ., Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε., 2000.

³ Τριχοπούλου Αν., Τριχόπουλος Δημ. et al, 1986.

προσπάθειες μεταβολής βαθειά ριζωμένων και συχνά πολιτιστικά διαμορφωμένων μοτίβων συμπεριφοράς, όπως η διαίτα, η χρήση καπνού και αλκοόλ ή η φυσική δραστηριότητα, έχουν γενικά αποδειχθεί λιγότερο επιτυχημένες από παρεμβάσεις όπως τα προγράμματα εμβολιασμού.

1.2.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Στη Δευτερογενή Πρόληψη ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διεργασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων σε κάποιο πρώιμο στάδιο με σχετικά καλύτερη πρόγνωση.⁴ Παραδείγματα τέτοιων μέτρων είναι η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή η εξέταση των νεογνών για φαινυλοκετονουρία και άλλα μεταβολικά νοσήματα. Ένας ακόμα στόχος της Δευτερογενούς Πρόληψης είναι η παρεμπόδιση της εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων. Η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες, όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όχι μόνο προσφέρει τη δυνατότητα Δευτερογενούς Πρόληψης σε αυτούς που έχουν μολυνθεί αλλά λειτουργεί και ως Πρωτογενή Πρόληψη για τα άτομα που θα έρθουν σε επαφή με μολυσμένα άτομα.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει ως αντικείμενο την "έγκαιρη" διάγνωση των νοσημάτων και αποτελεί τη βάση της Δευτερογενούς Πρόληψης. Η υπεροχή της Πρωτογενούς Πρόληψης (αιτιολογικής) απέναντι σε κάθε άλλη υγειονομική στρατηγική είναι αυτονόητη, αλλά υπάρχουν καταστάσεις στις οποίες η εφαρμογή της είναι θεωρητικά αδύνατη ή πρακτικά πολύ δύσκολη (π.χ. άγνωστοι αιτιολογικοί παράγοντες). Στις καταστάσεις αυτές η Δευτερογενής Πρόληψη αποκτά μια φυσική προτεραιότητα, ιδίως όταν η αποτελεσματικότητα των κλασικών θεραπευτικών μέτρων που εφαρμόζονται μετά την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων είναι περιορισμένη. Η γενική αρχή στην οποία στηρίζεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η Δευτερογενής Πρόληψη είναι ότι μια θεραπευτική αγωγή είναι πιθανότερο να είναι αποτελεσματική αν εφαρμοστεί νωρίς, όταν οι βλάβες είναι αναστρέψιμες, παρά αν εφαρμοστεί αργά, όταν οι βλάβες δεν είναι πια αναστρέψιμες και έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές και αναπηρίες.

Θα ήταν καλό να γίνει μια διάκριση ανάμεσα στον οργανωμένο συστηματικό προσυμπτωματικό έλεγχο (check-up και screening) και στον "ανεπίσημο" περιπτωσιακό προσυμπτωματικό έλεγχο που συχνά γίνεται στην καθημερινή ιατρική πράξη, μέσα και έξω από τα νοσοκομεία. Έτσι, οι γενικές εξετάσεις αίματος ή ούρων και η μέτρηση της

⁴Τριχόπουλος Δ., Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε., 2000.

αρτηριακής πίεσης εκτελούνται σε απουσία κλινικών συμπτωμάτων και θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως δραστηριότητες προσυμπτωματικού ελέγχου.

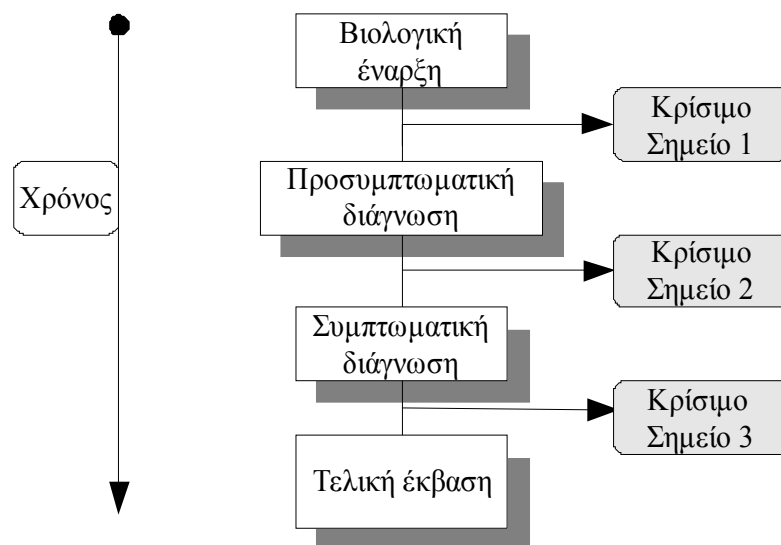
Ο προσυμπτωματικός έλεγχος κατέχει μια ιδιότυπη θέση ανάμεσα στην επιδημιολογία, την προληπτική ιατρική και τη θεραπευτική ιατρική επειδή:

- η φιλοσοφία του ανήκει στην προληπτική ιατρική,
- η μεθοδολογία του έχει επιδημιολογικές ρίζες και
- η αξιοποίηση του προϋποθέτει κάποιο είδος θεραπευτικής παρέμβασης στους ασθενείς που ανακαλύπτονται κατά τον έλεγχο.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομική βάση ή σε ομαδική βάση, οπότε και ονομάζεται διαλογή (screening). Διαλογή είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που μπορούν να γίνουν εύκολα φθηνά και γρήγορα. Οι εξετάσεις διαχωρίζουν αυτούς που είναι πιθανότατα υγιείς από αυτούς που είναι πιθανό να πάσχουν από το νόσημα στο οποίο αναφέρεται η αντίστοιχη εξέταση. Άτομα με θετικά ή ύποπτα ευρήματα πρέπει στη συνέχεια να υποστούν λεπτομερέστερο έλεγχο, και αν χρειαστεί, κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Η διαλογή μπορεί να εφαρμόζεται στο σύνολο του πληθυσμού μιας περιοχής ή σε ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού αυτού (π.χ. όλους τους άνδρες) και στην περίπτωση αυτή ονομάζεται "γενική" ή "μαζική" διαλογή (mass screening). Συνηθέστερα η διαλογή εφαρμόζεται σε μικρότερα τμήματα του πληθυσμού επιλεγμένα με βάση το δεδομένο ότι στα τμήματα αυτά η επίπτωση της αναζητούμενης νόσου είναι σημαντικά μεγαλύτερη και στην περίπτωση αυτή η διαλογή ονομάζεται επιλεκτική (selective screening).

Η λογική του προσυμπτωματικού ελέγχου στηρίζεται στη "θεωρία του κρίσιμου σημείου". Σύμφωνα με τη θεωρία του κρίσιμου χρονικού σημείου (critical point) τα περισσότερα νοσήματα έχουν ένα ή σπανιότερα περισσότερα τέτοια σημεία στη φυσική τους ιστορία. Ένα χρονικό σημείο θεωρείται "κρίσιμο" αν η θεραπευτική αγωγή είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται πριν παρά όταν εφαρμόζεται μετά από αυτό το σημείο. Νοσήματα με ένα κρίσιμο σημείο φαίνεται ότι είναι αρκετοί καρκίνοι, στους οποίους το σημείο αυτό αντιστοιχεί προς το χρόνο δημιουργίας μεταστάσεων.



Πηγή: Τροποποίηση διαγράμματος από Τριχόπουλος Δ., Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε., 2000.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3

Γραφική παράσταση της φυσικής ιστορίας μιας χρόνιας νόσου και των πιθανών θέσεων του "κρίσιμου σημείου"

Το Διάγραμμα 1.3 απεικονίζει τη φυσική ιστορία μιας χρόνιας νόσου (π.χ. ενός καρκίνου) από την Βιολογική έναρξη της νόσου μέχρι την τελική της έκβαση. Αρκετό χρόνο μετά τη Βιολογική έναρξη της νόσου γίνεται δυνατή η Προσυμπτωματική της διάγνωση, εφόσον εφαρμοστεί η κατάλληλη δοκιμασία διαλογής. Αν δεν προηγηθεί διαλογή ή αν δεν εφαρμοσθεί θεραπεία, τότε εμφανίζονται τα κλασικά συμπτώματα της νόσου που οδηγούν κατά κανόνα στη Συμπτωματική διάγνωση. Η νόσος εξελίσσεται και η Τελική έκβαση ποικίλλει ανάμεσα στην πλήρη ίαση, τη μόνιμη αναπηρία και το θάνατο.

Η διαπίστωση ενός τουλάχιστον κρίσιμου σημείου αποτελεί προϋπόθεση για τη δικαίωση του προσυμπτωματικού ελέγχου. Αν δεν υπάρχει κανένα κρίσιμο σημείο, τότε η θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική σε οποιοδήποτε σημείο της νόσου και δεν υπάρχει κανένας λόγος για την επίσπευση της εφαρμογής της (εκτός αν πρόκειται για την πρόληψη της διασποράς ενός λοιμώδους νοσήματος). Επιπλέον, το κρίσιμο σημείο θα πρέπει να βρίσκεται στο χρονικό τμήμα "Κρίσιμο Σημείο 2", δηλαδή ανάμεσα στον χρόνο του προσυμπτωματικού ελέγχου και στο χρόνο της συμπτωματικής διάγνωσης. Αν το κρίσιμο σημείο βρίσκεται στο τμήμα "Κρίσιμο Σημείο 3", δηλαδή μετά το χρόνο της συμπτωματικής διάγνωσης, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι ουσιαστικά περιττός. Έτσι, το γεγονός ότι η θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης είναι σχεδόν εξίσου

αποτελεσματική αν εφαρμοστεί πριν ή μετά την εμφάνιση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων, συνέβαλε ουσιαστικά στην προοδευτική εγκατάλειψη των προγραμμάτων αντιφυματικής διαλογής.

Εξάλλου, αν το κρίσιμο σημείο βρίσκεται στο τμήμα "Κρίσιμο Σημείο 1", δηλαδή πριν από τον χρόνο της δυνητικής προσυμπτωματικής διάγνωσης, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι ανώφελος, αφού το θεραπεύσιμο στάδιο της αντίστοιχης νόσου έχει ήδη ξεπεραστεί. Έτσι, η προσυμπτωματική διάγνωση του πρωτοπαθή καρκίνου του ήπατος με ανίχνευση της α-φетоπρωτεΐνης του ορού απογοήτευσε κλινικά, γιατί το κρίσιμο σημείο της νόσου φαίνεται ότι βρίσκεται πολύ νωρίτερα.

1.2.3 Τριτογενής Πρόληψη

Η Τριτογενής Πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα τα οποία εφαρμόζονται με σκοπό το να σταματήσουν ή να καθυστερήσουν μια βλάβη, η οποία έχει προκύψει σαν αποτέλεσμα μιας σοβαρής ασθένειας ή τραυματισμού, να αποτρέψουν την αναπηρία ή την υποτροπή μιας πάθησης, και/ή να αποκαταστήσουν έναν ασθενή (να αποκαταστήσουν στο δυνατό βαθμό την λειτουργικότητά του και την αυτάρκεια του, την αυτοεξυπηρέτηση των αναγκών του). Συχνά ο στόχος της Τριτογενούς Πρόληψης είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός πάσχοντος ατόμου. Η Τριτογενής Πρόληψη μπορεί να εφαρμοσθεί σε μια ποικιλία σύνθετων και χρόνιων παθήσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές νόσοι, ο καρκίνος, οι χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος.⁵

Τα περισσότερα από τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας βασίζονται στις εξετάσεις, στη διάγνωση, στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στην αναμενόμενη θεραπεία. Σύμφωνα με τον χάρτη δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο "Integrating Prevention into Health Care"⁶: "Ενώ αυτές οι λειτουργίες (εξετάσεις, διάγνωση, συμπτωματική αγωγή και θεραπεία) είναι οι απαιτούμενες για τα οξέα και παροξυσμικά προβλήματα υγείας, μια αξιοσημείωτη έλλειψη παρατηρείται όταν εφαρμόζεται αυτό το μοντέλο της φροντίδας υγείας στην πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων καταστάσεων." Για τα χρόνια προβλήματα υγείας η Τριτογενής Πρόληψη μπορεί να είναι πολύ πιο αποτελεσματική.

Η Τριτογενής Πρόληψη διενεργείται από τα τους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι οι ιατροί, οι νοσηλευτές και τα συνεργαζόμενα επαγγέλματα υγείας. Κατά την εφαρμογή

⁵ Cavanagh K., ehow, Retrieved 12/12/2009

⁶ WHO Fact sheet N°172, "Integrating Prevention into Health Care", Revised October 2002

Τριτογενούς Πρόληψης οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να κάνουν χρήση προγραμμάτων αποκατάστασης, προγραμμάτων διαχείρισης και αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου και ομάδων υποστήριξης ασθενών. Για ανθρώπους που πάσχουν από σοβαρές αρθροπάθειες η Τριτογενής Πρόληψη περιλαμβάνει ασκήσεις, φυσικοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία με στόχο τον έλεγχο της φλεγμονής και του πόνου. Για καρκινοπαθείς περιλαμβάνει μέτρα που διατηρούν τον ασθενή σε σχετική άνεση και την ασθένεια σε καταστολή για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για άτομα με αναπηρίες περιλαμβάνει έντονες και μακροχρόνιες φυσικοθεραπείες με στόχο την ανάκτηση της χρήσης των άκρων τους ή την ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων αυτόνομης λειτουργίας.

Η Τριτογενής Πρόληψη μπορεί να είναι ιδιαίτερος αποτελεσματική στη μείωση της σοβαρότητας και στην καθυστέρηση της εξέλιξης νόσων και τραυματισμών, περιορίζοντας τις αναπηρίες και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής δοκιμαζόμενων ανθρώπων. Οι προσπάθειες εφαρμογής της έχουν δείξει ότι είναι δυνατό να επιβραδυνθεί η φυσική πορεία ορισμένων εξελισσόμενων παθήσεων και να καθυστερήσει η εμφάνιση επιπλοκών που σχετίζονται με χρόνια νοσήματα.

Ένας αριθμός παραγόντων μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των μέτρων Τριτογενούς Πρόληψης. Για παράδειγμα κάποιοι άνθρωποι βρίσκουν τις υγιεινές συνήθειες λιγότερο ελκυστικές από τις αντίστοιχες ανθυγιεινές, ενώ άλλοι δυσκολεύονται να μεταβάλλουν επίκτητες ή εθιστικές συμπεριφορές τους. Απαιτείται επαρκής γνώση και ικανότητες για να κατανοηθούν ποιές αλλαγές απαιτούνται, να σχεδιαστεί η πορεία της μεταβολής των δεδομένων συμπεριφορών και να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες στην αλλαγή. Απαιτείται η παρουσία ενός δικτύου κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και μέλη της οικογένειας καθώς και η επαρκής αυτοπεποίθηση και αποτελεσματικότητα του ίδιου του πάσχοντος. Η πιθανότητα επιτυχίας της Τριτογενούς Πρόληψης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την υποστήριξη που προσφέρουν οι πάροχοι φροντίδας υγείας.

1.3 Η Εξέλιξη της Προληπτικής Ιατρικής

Ενέργειες για την αποτροπή των νοσημάτων και των συνεπειών τους εφαρμόζονται με ποικίλες μορφές σε διάφορες περιοχές και χώρες του κόσμου από την αυγή του πολιτισμού μέχρι σήμερα. Οι πρακτικοί τρόποι έκφρασης αυτών των ενεργειών εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία που εξαρτάται από την φύση και την οργάνωση των κοινωνικών ομάδων, καθώς και από τη γνώση και τα τεχνικά μέσα που έχουν στη διάθεσή τους. Η κατανόηση της φύσης και των αιτιών της νόσου μπορεί να προσφέρει μια βάση για την αποτροπή της εμφάνισής της και για την αντιμετώπιση των αναγκών

αυτών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο νόσησης. Η εφαρμογή αυτής της γνώσης τις περισσότερες φορές εξαρτάται πολύ λιγότερο από την επείγουσα φύση των προβλημάτων υγείας και περισσότερο από οικονομικούς, πολιτικούς, ιδεολογικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.

Από την αυγή της Ελληνικής Ιατρικής οι προσπάθειες για την διατήρηση της υγείας ήταν πιο σημαντικές από την εμπιστοσύνη στις πιθανότητες της θεραπείας. Η Υγεία ήταν μια κατάσταση κατά την οποία τα διάφορα στοιχεία (χυμοί) και δυνάμεις (ποιότητες) που απαρτίζουν το ανθρώπινο σώμα βρίσκονταν σε ισορροπία. Η Ασθένεια ήταν το αποτέλεσμα της διαταραχής της ισορροπίας. Με βάση το γεγονός ότι η ισορροπία μπορούσε εύκολα να διαταραχθεί από εξωτερικούς παράγοντες, μεγάλη προσοχή δινόταν στις επιδράσεις φυσικών και διατροφικών παραγόντων στο σώμα. Ο ιδανικός τρόπος ζωής, σύμφωνα με τους Έλληνες ιατρούς της εποχής, ήταν αυτή κατά την οποία η πρόσληψη τροφής και η αποβολή ουσιών από το σώμα, η άσκηση και η ξεκούραση ήταν ικανοποιητικά ισορροπημένες. Επί προσθέτως, για κάθε άτομο ξεχωριστά θα έπρεπε να ληφθεί υπ' όψιν η ηλικία, το φύλο, η κράση και οι εποχές. Σύμφωνα με την δική τους αιτιολογική ανάλυση της παθογένειας των νόσων, οι εσωτερικοί παράγοντες ονομάζονταν "φυσικοί" και οι εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες "μη φυσικοί". Σε αυτή την κατηγοριοποίηση, που τελειοποιήθηκε από τον Γαληνό, οι "μη φυσικοί" παράγοντες κατέληξαν να περιλαμβάνουν τον αέρα, την κατανάλωση στερεών και υγρών τροφών, την ανάπαυση και την άσκηση, τον ύπνο και το περπάτημα, τις εκκρίσεις και τις κατακρατήσεις και τις πνευματικές προτιμήσεις- ενασχολήσεις.⁷

Λόγω του ότι η Ελληνορωμαϊκή ιατρική θεωρία ήταν στη βάση της οικολογική, δηλαδή η υγεία και η ασθένεια θεωρούνταν συνέπειες της αλληλεπίδρασης μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος, οι παράγοντες που άνηκαν στην κατηγορία των μη φυσικών θεωρούνταν υψηλής σημασίας στη διατήρηση της υγείας. Θεωρητικά, προγραμματίζοντας τη διατροφή, την άσκηση και τους υπόλοιπους εξωγενείς παράγοντες το σώμα θα μπορούσε να διατηρηθεί σε πλήρη υγεία. Αυτό σήμαινε ότι ο ατομικός τρόπος ζωής θα έπρεπε να οργανωθεί με βάση αυτόν τον στόχο και πολύ λίγοι ήταν αυτοί που θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά κάτι τέτοιο. Αυτό ήταν ένα πρότυπο ζωής για την υψηλή τάξη που είχε την άνεση του χρόνου για να ακολουθήσει τις οδηγίες για το σωστό είδος και την ποσότητα τροφής, ποτού, άσκησης, σεξουαλικής δράσης κ.τ.λ., έτσι ώστε να διατηρείται ισορροπημένο το μείγμα των χυμών και των ποιοτήτων που ήταν απαραίτητο για την υγεία.

Αν και λίγοι μόνο μπορούσαν να εκτελέσουν πλήρως αυτόν τον τύπο της αόριστης πρωτογενούς πρόληψης, παρέμενε η επικρατούσα αντίληψη για αιώνες στους τόπους που οι αντιλήψεις και οι αρχές της Ελληνορωμαϊκής ιατρικής ήταν αποδεκτές. Η ίδια βασική προσέγγιση και άποψη είναι εμφανής σε ένα μεγάλο εύρος ιατρικών κειμένων πάνω στη διατήρηση της υγείας, που εκτείνονται από το "De sanitate tuenda" του Γαληνού (2ος

⁷ Breslow, 2006.

αιώνας μΧ) συνεχίζουν στο "Regimen sanitatis" του Salerno (12ος αιώνας) μέχρι το "Essay of Health and Long Life" του George Cheyne (1724).

Παράλληλα με αυτήν την μέθοδο της πρωτογενούς πρόληψης αναπτύχθηκε και μια δεύτερη ασαφής μορφή αντιμετώπισης των μεταδοτικών ασθενειών, η οποία άρχισε να εδραιώνεται κατά τα πρώιμα Μεσαιωνικά χρόνια με την εμφάνιση στην Ευρώπη της λέπρας σαν έναν σημαντικό πρόβλημα υγείας. Η ανάγκη να περιοριστεί η ασθένεια προκάλεσε την μορφοποίηση μιας κοινωνικής δράσης που εφαρμόζεται ακόμη και σήμερα: η απομόνωση των ατόμων με μεταδοτικές ασθένειες και ο καθαρισμός του περιβάλλοντός τους. Ηγετικό ρόλο ανέλαβε η Εκκλησία που χρησιμοποίησε ως καθοδηγητική αρχή την ιδέα της μετάδοσης που περιλαμβάνεται στην Παλαιά Διαθήκη, όπου το πνευματικό και σωματικό μίasma συνδέονται. Η όλη ιδέα και οι πρακτικές συνέπειές της παρουσιάζονται στο Λευιτικό (Leviticus), που ασχολείται όχι μόνο με την πνευματική μιαιρότητα αλλά και με φυσιολογικές διεργασίες όπως η έμμηνος ρύση, καθώς και με παθολογικές καταστάσεις όπως οι ουρηθρικές εκκρίσεις, μέσω των οποίων ένα άτομο καθίστατο "ακάθαρτο". Ένα τέτοιο άτομο θα έπρεπε να απομονώνεται από την κοινότητα μέχρι να υποβληθεί σε καθαρτικές τελετουργίες. Πολύ πιο αυστηρή ήταν η απομόνωση για τους ατυχείς που νοσούσαν από μια δερματική νόσο που ονομαζόταν "zara'ath". Άμα τη εμφανίσει της νόσου το άτομο απομονωνόταν και αποβαλλόταν από την κοινότητα.

Στη μάχη κατά της λέπρας, η Εκκλησία και οι καθοδηγούμενες από αυτήν κοινότητες, ακολούθησαν αυτές τις αρχές. Ο λεπρός αποβαλλόταν από την κοινότητα ως δημόσια απειλή για να προστατευτούν τα υγιή μέλη. Λόγω του ανίατου της νόσου το άτομο γινόταν απόβλητος εφ' όρου ζωής και θεωρείτο κοινωνικά νεκρός.

Αυτή η προσπάθεια να κατανικηθεί η λέπρα εισήγαγε μια βασική αρχή της προληπτικής ιατρικής, η οποία τελικά έγινε πιο αποτελεσματική μέσα από την ακριβέστερη γνώση και την κυβερνητική εξουσία. Την αρχή της διακοπής της αλυσίδας μετάδοσης με τον διαχωρισμό των προσβεβλημένων ατόμων από τους υπολοίπους, καθιστώντας τους έτσι αναποτελεσματικούς φορείς του αιτιολογικού παράγοντα. Μορφοποιήθηκε και εξελίχθηκε κατά την αντιμετώπιση της μεγάλης πληγής του Μεσαίωνα, την βουβωνική πανώλη, που θεωρείτο μεταδοτική. Η βασική άμυνα ήταν η αποφυγή της μόλυνσης. Βάση νόμου οι νοσούντες έπρεπε να δηλωθούν στις αρχές. Εξετάζονταν και απομονώνονταν στα σπίτια τους ή σε ειδικά νοσοκομεία για όσο διαρκούσε η νόσο. Κάθε σπίτι που έμενε θύμα της πανώλης αποκλειόταν και όσα άτομα είχαν έρθει σε επαφή με τον νοσούντα έμπαιναν σε απομόνωση λαμβάνοντας τροφή με ειδικούς αγγελιοφόρους. Οι νεκροί απομακρύνονταν από το σπίτι μέσω των παραθύρων και η ταφή τους γινόταν έξω από τα όρια της πόλης σε μια προσπάθεια να εμποδιστεί η εξάπλωση. Όταν ένας ασθενής με πανώλη πέθαινε τα δωμάτια του σπιτιού του αερίζονταν και απολυμαίνονταν με καπνό ενώ τα υπάρχοντα του νεκρού καίγονταν.

Επιπρόσθετα, στα παραπάνω μέτρα που λαμβάνονταν ενδοκοινοτικά, ήταν απαραίτητο να εμποδιστεί και η είσοδος της πανώλης στις πόλεις. Η μέθοδος που

χρησιμοποιήθηκε ήταν η απομόνωση και παρατήρηση των ύποπτων ατόμων για μια ορισμένη περίοδο υπό αυστηρές συνθήκες μέχρι να διαπιστωθεί ότι δεν ήταν φορείς της πανώλης. Από αυτή την προσπάθεια γεννήθηκε μια βασική συνεισφορά στην πρωτογενή πρόληψη: η εφαρμογή της καραντίνας. Η πρακτική της καραντίνας που γεννήθηκε στα μέσα του 14ου αιώνα προοδευτικά γενικεύτηκε και μέχρι τον 17ο αιώνα ήταν κοινή πρακτική στην Ευρώπη. Λόγω της άγνοιας και της ανεπαρκούς γνώσης πάνω στην αιτιολογία και την επιδημιολογία των μεταδοτικών ασθενειών, τα συστήματα της καραντίνας παρέμεναν σε χρήση παρά την αμφίβολη αποτελεσματικότητά τους έως τα τέλη του 19ου αιώνα.

Κάποια μέτρα που πάρθηκαν χωρίς καμιά αναφορά σε αιτιολογική ειδικότητα αποδείχθηκαν εμπειρικά σωστά παρά το ότι η αιτία της συγκεκριμένης νόσου δεν ήταν γνωστή. Έτσι, το 1758 ο James Lind εφάρμοσε πρώτος σε ναυτικά νοσοκομεία μέτρα προσωπικής υγιεινής (καθαριότητα) και απολύμανσης των ενδυμάτων (καπνός και ξύδι) σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι "πυρετώδεις νόσοι" της εποχής του (κυρίως ο τύφος). Σύντομα τα μέτρα του εξαπλώθηκαν και έτυχαν αποδοχής με εφαρμογή σε πολιτικά νοσοκομεία καθώς και στις φυλακές από τον John Howard που κατάφερε να εκμηδενίσει τα περιστατικά τύφου στο αγγλικά σωφρονιστικά καταστήματα. Παρά το ότι ο αιτιολογικός παράγοντας ήταν άγνωστος, τα μέτρα αυτά και άλλα που κινούνταν στην ανάλογη γραμμή κατάφεραν να αντιμετωπίσουν την επιδημία του τύφου και από 4281 θανάτους στην Αγγλία το 1869 οι απώλειες μηδενίστηκαν το 1906.

Η θεαματική αυτή μείωση της επίπτωσης του τύφου πραγματοποιήθηκε παρά το ότι η αιτία της νόσου παρέμενε άγνωστη. Είχε παρατηρηθεί από καιρό ότι η συχνότητα και η επικράτηση του τύφου ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των θυμάτων. Ο τύφος σχετιζόταν στενά με τη φτώχεια, την ανεπαρκή στέγαση, τον υπερπληθυσμό στις κατοικίες και τη φτώχη προσωπική υγιεινή με αποτέλεσμα να τον αποκαλούν και όχι άδικα "νόσο των φτωχών". Έπομένως, σε συνδυασμό με την εφαρμογή των μέτρων του Lind έγινε κατανοητό ότι η βασική λύση του προβλήματος του τύφου απαιτούσε υψηλότερο επίπεδο ζωής και βελτιωμένη στέγαση που θα έδινε τη δυνατότητα σε προσωπική υγιεινή. Αυτή ήταν και η γραμμή στην οποία κινήθηκαν οι μεταρρυθμιστές τόσο της υγιεινής όσο και της κοινωνίας κατά το τελευταίο τρίτο του 19ου αιώνα και τα πρώτα χρόνια του 20ου αιώνα. Δρώντας με βάση την προσδοκία ότι μια καθαρή πόλη είναι μια υγιεινή πόλη, ανέλαβαν τον καθαρισμό του περιβάλλοντος, τη βελτίωση της στέγασης και να παρέχουν εν γένει αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης για την πλειοψηφία του πληθυσμού.

Ανασκοπώντας τα γεγονότα, η μείωση του επιπολασμού του τύφου φαίνεται καθαρά ότι οφείλεται στο ότι προληπτικά μέτρα που αρχικά σχεδιάστηκαν για χρήση σε σχετικά μικρή κλίμακα και σε επιλεγμένους πληθυσμούς (ναύτες, φυλακισμένους), εφαρμόστηκαν σε πολύ μεγαλύτερες ομάδες. Στην πράξη σε ολόκληρες κοινωνικές τάξεις. Ότι έκαναν οι Lind και Howard για τα ναυτικά νοσοκομεία και τις φυλακές επεκτάθηκε σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού. Αυτά τα μέτρα εφαρμόστηκαν χωρίς

καμία γνώση του συγκεκριμένου αιτιολογικού παράγοντα ή τον τρόπο μετάδοσης από έναν φορέα αλλά ήταν αποτελεσματικά γιατί επηρέαζαν τον φορέα.

Στα μέσα του 19ου αιώνα άρχισαν να συγκεντρώνονται αποδείξεις ότι η κατανάλωση νερού μολυσμένου από ανθρώπινα λήμματα υπονόμων προκαλούσε τον τυφοειδή πυρετό και την χολέρα και ότι κάποιος παράγοντας, που θα μπορούσε να είναι κάποιος ζων οργανισμός, ήταν άμεσα υπεύθυνος για κάθε μια νόσο ξεχωριστά. Αυτή η άποψη σχηματίστηκε από τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών του John Snow και William Budd και δύσκολα έγιναν δεκτά. Τα δεδομένα έδειχναν την ανάγκη για ικανοποιητικό σύστημα υπονόμων και την παροχή καθαρού νερού. Το 1866 ο John Simon απέδειξε στατιστικά ότι οι δύο παραπάνω αλλαγές μείωναν τον αριθμό θανάτων από τυφοειδή πυρετό και διαρροϊκά σύνδρομα. Η πλήρης ύφεση αυτών των νοσημάτων επιτεύχθηκε μετά την ανακάλυψη της *Salmonella typhi* από τον Carl J. Eferth και του διαγνωστικού τεστ για τη νόσο από τους Gruber, Widal και Grunbaum. Καθώς η γνώση συγκεντρωνόταν και έμπαινε σε εφαρμογή και καθώς οι πόλεις και τα χωριά καθαρίζονταν με μεγαλύτερη ή μικρότερη ταχύτητα, η επίπτωση και ο επιπολασμός, η νοσηρότητα και η θνητότητα από τυφοειδή πυρετό ελαττώνονταν, φτάνοντας στις αρχές του 20ου αιώνα η νόσος να εμφανίζεται πλέον μόνο σποραδικά.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες του 19ου αιώνα έπεσε άπλετο φως στις μεταδοτικές ασθένειες με την ανακάλυψη συγκεκριμένων υπεύθυνων μικροοργανισμών και με την αποκάλυψη του ρόλου του φορέα-ξενιστή (ανθρώπου ή ζώου) στην μετάδοση αυτών των ασθενειών. Συγχρόνως η μικροβιολογία μέσω της ανακάλυψης και της εφαρμογής της ανοσολογίας επηρέασε βαθύτατα τις αντιλήψεις και την εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής και της δημόσιας υγιεινής. Η τεχνητή πρόκληση ανοσίας ήταν γνωστή από τον 18ο αιώνα και είχε χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της ευλογιάς αρχικά με την εισαγωγή του δαμαλισμού και αργότερα από την εφαρμογή του εμβολιασμού από τον Jenner (1796). Η βασική αρχή ότι μια ήπια νόσηση προστάτευε το άτομο από σε επόμενες εκθέσεις του στο λοιμογόνο παράγοντα εφαρμόστηκε εμπειρικά χωρίς να έχουν γίνει κατανοητοί οι υποκείμενοι μηχανισμοί.

Η ανάπτυξη προφυλακτικών εμβολίων από τον Pasteur (χολέρα των πτηνών 1881 και λύσσα 1884-1885) διέγειρε το ενδιαφέρον στο φαινόμενο της ανοσίας και οδήγησε τους ερευνητές στο να αναζητήσουν τους μηχανισμούς που ο εμβολιασμός ενεργοποιούσε. Στο τέλος του 19ου αιώνα είχε γίνει προφανές ότι ένας υψηλός βαθμός αντίστασης στους μικροοργανισμούς που προκαλούσαν συγκεκριμένες μεταδοτικές νόσους μπορούσε να επιτευχθεί με την εισαγωγή στον οργανισμό αυτών των μικροβίων σε αδρανή κατάσταση (ανενεργά ή νεκρά) ή με τον εμβολιασμό με προϊόντα αυτών των οργανισμών και ακολούθησε η ανακάλυψη μιας σειράς εμβολίων (πανώλη, χολέρα, τύφος, φυματίωση, τέτανος κ.α.). Συγχρόνως, η γνώση μας πάνω στο τραύμα και τις μολύνσεις του αυξήθηκε και αναπτύχθηκαν τρόποι για να τις αποφύγουμε με την αντισηψία και την ασηψία, ιδιαίτερα στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Η μετάβαση στον εικοστό αιώνα συνοδεύτηκε και από μια «επιδημιολογική μετάβαση» από τις μεταδοτικές στις χρόνιες νόσους της φθοράς που θεωρείται συνδεδεμένη με τη δημογραφική μετάβαση των αρχών του 20ου αιώνα από τις μεγάλες οικογένειες που εμφάνιζαν μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας στις μικρές οικογένειες με μικρά ποσοστά βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, καθώς και την εντατικοποίηση των κοινωνικών διαδικασιών της βιομηχανοποίησης και της αστικοποίησης. Δε θα πρέπει όμως να γίνει η λανθασμένη υπόθεση ότι τα χρόνια νοσήματα της φθοράς δεν ήταν τόσο σημαντικά σε προγενέστερες περιόδους αλλά σωστότερα θα πρέπει να υποθέσουμε ότι υπήρχε υποδιάγνωση αυτών των νοσημάτων που οφειλόταν τόσο στην περιορισμένη ικανότητα διάγνωσης τους από την ιατρική επιστήμη όσο και στην κάλυψη των εκδηλώσεων τους από εντυπωσιακά και ταχέως εξελισσόμενα λοιμώδη νοσήματα. Ο διαβήτης, οι νεφροπάθειες, ο καρκίνος και τα νοσήματα του καρδιαγγειακού μπορεί να ήταν το ίδιο διαδεδομένα και στο παρελθόν αλλά ατελώς διαγνωσμένα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μεγάλη κατηγορία των θανάτων από «γήρας» των στατιστικών πινάκων θνησιμότητας του 19ου αιώνα θα μπορούσε κάλλιστα να κρύβει εμφράγματα και καρκίνους.

Η ταχύτατη αύξηση του αναμενόμενου χρόνου ζωής που ακολούθησε τις κοινωνικές αλλαγές και τα μέτρα Δημόσιας Υγείας δεν ακολούθηθηκε από μια ανάλογη πρόοδο και στους υπόλοιπους τομείς της ιατρικής επιστήμης κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα, κυρίως λόγω της αποδιοργανωτικής επίδρασης των δύο Παγκοσμίων Πολέμων. Η κατάσταση αυτή μεταβλήθηκε εντυπωσιακά μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο που σηματοδότησε την έναρξη μιας περιόδου που από πολλούς θεωρείται η πλέον σημαντική στην προσπάθεια των βιοιατρικών επιστημών να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας της κοινωνίας.

Η ανάδειξη της κλινικής επιδημιολογίας και η εφαρμογή πολύπλοκων στατιστικών μεθόδων στη μελέτη των μη μεταδοτικών ασθενειών και των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή τους σε πολύ μεγάλα δείγματα του πληθυσμού είναι μια από τις μεγαλύτερες ιατρικές επιτυχίες του 20ου αιώνα. Καταστάσεις όπως τα εμφράγματα, τα εγκεφαλικά, ο καρκίνος και ο διαβήτης που τοποθετούνταν κάτω από την ταμπέλα των νόσων της φθοράς, που υπονοούσε και την πιθανότητα να είναι τα φυσικά αποτελέσματα της γήρανσης του οργανισμού, μελετήθηκαν, αναλύθηκαν και συσχετίστηκαν με παράγοντες κινδύνου. Επιτυχίες όπως η συσχέτιση του καπνίσματος με την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα ή ο καθορισμός παραγόντων κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (όπως κάπνισμα, διατροφή, υψηλή χοληστερόλη, παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης κ.α.) οδήγησαν την πρόληψη στην ιατρική σε ένα παραπέρα επίπεδο. Οι εντυπωσιακές φαρμακευτικές ανακαλύψεις επέτρεψαν την εφαρμογή προληπτικής φαρμακευτικής κάλυψης σε ομάδες πληθυσμού με αυξημένους παράγοντες κινδύνου, όπως η χρήση της ασπιρίνης ή των αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών ουσιών στην πρόληψη των καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επεισοδίων ή η χρήση των στατινών για την βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ ατόμων με δυσλιπιδαιμίες.

Αν και ο 20ος αιώνας ήταν αναμφισβήτητα ο αιώνας της θεραπευτικής ιατρικής με εντυπωσιακές ανακαλύψεις, εφαρμογές και προόδους, η τεχνολογική και ερευνητική έκρηξη αυτού του αιώνα είχε σαν άμεση συνέπεια την εμφάνιση της Δευτερογενούς Πρόληψης. Η ανάπτυξη δυνατοτήτων προσυμπτωματικής διάγνωσης για κοινούς καρκίνους όπως του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του προστάτη, και η εφαρμογή όλο και περισσότερων ιατρικών εργαστηριακών και παρακλινικών ελέγχων με σκοπό την δυνατότητα να διαπιστωθούν κίνδυνοι για την υγεία των ανθρώπων πριν η εξέλιξή τους κάνει αδύνατη την αντιμετώπισή τους χαρακτηρίζει τη φιλοσοφία της σύγχρονης ιατρικής. Από την καθιέρωση του ετήσιου Checkup περίπου στα μέσα του 1920 στις Αγγλοσαξονικές χώρες και μέχρι σήμερα η διατήρηση της υγείας και η έγκαιρη προσυμπτωματική διάγνωση έγιναν βασικοί στόχοι της κλινικής πρακτικής.

Παρόλη όμως την προσπάθεια η συμμετοχή των μη μεταδοτικών ασθενειών στο ποσοστό των θανάτων παγκοσμίως διαρκώς αυξάνεται και κυρίως στις ανεπτυγμένες περιοχές του πλανήτη. Αυτό δεν προκαλεί μόνο αύξηση του ανθρώπινου πόνου και της δυστυχίας αλλά και ένα δυσβάσταχτο βάρος για τις οικονομίες πολλών κρατών τόσο από την άποψη των εξόδων για την υγεία όσο και από την απώλεια πεπειραμένων μελών του εργατικού δυναμικού. Χαρακτηριστική είναι η απόφαση της 53ης World Health Assembly το Μάιο του 2000 που προτρέπει τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας:

- Να αναπτύξουν ένα εθνικό πολιτικό πλαίσιο που θα λαμβάνει υπόψη του πολιτικές Δημόσιας Υγείας για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ευοδωτικού για υγιεινούς τρόπους ζωής καθώς και οικονομικές και φορολογικές πολιτικές που θα αφορούν υγιεινές και ανθυγιεινές υπηρεσίες και προϊόντα.
- Να εφαρμόσουν προγράμματα για την πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδοτικών ασθενειών.
- Να υπολογίζουν και να παρακολουθούν τη θνητότητα και τη νοσηρότητα που οφείλεται σε μη μεταδοτικές νόσους.
- Να προάγουν την αποτελεσματικότητα της Δευτερογενούς και Τριτογενούς Πρόληψης και να υποστηρίζουν την ανάπτυξη οδηγιών για προγράμματα διαλογής, διάγνωσης και θεραπείας των μη μεταδοτικών ασθενειών που θα χαρακτηρίζονται από βέλτιστη σχέση κόστους-αποτελέσματος.

Το σύστημα υγείας διεθνώς και στην Ελλάδα ειδικότερα διέρχεται κρίση. Η βελτίωση των δεικτών υγείας τα τελευταία 20 χρόνια είναι οριακή έως απογοητευτική αν αναλογιστεί κανείς τα τεράστια ποσά που ξοδεύτηκαν. Ο λόγος φαίνεται πως είναι η κατασπατάληση των πόρων σε θεραπευτικούς χειρισμούς και διαγνωστικούς ελέγχους με χρήση της τελευταίας τεχνολογίας, που συνοδεύεται από ταυτόχρονη παραμέληση της πρόληψης. Αντίθετα μόνο ο έλεγχος του καπνίσματος (χωρίς καμιά άλλη παρέμβαση) σε μια ομάδα 4 εκατομ. ατόμων υπολογίστηκε ότι μπορεί να προσφέρει συνολικά

1.300.000 πρόσθετα QALY (ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια ζωής)⁸. Επομένως μόνο η στροφή στην Προληπτική Ιατρική και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φαίνεται ότι μπορεί να αντιμετωπίσει την κρίση και να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό θετικά την υγεία του πληθυσμού τόσο βραχυπρόθεσμα όσο (και περισσότερο) μεσομακροπρόθεσμα.

1.4 Ιστορία της Προληπτικής Ιατρικής στη Νεότερη Ελλάδα

Η ιστορική καταγραφή της εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, ξεκινά στη χώρα μας στις αρχές του 20ου αιώνα με το ελληνικό κράτος να διανύει μια περίοδο πολιτειακής αστάθειας και έλλειψης οικονομικών πόρων. Οι πόλεμοι, η Μικρασιατική Καταστροφή, η οικονομική κρίση οδήγησαν τον πληθυσμό στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Οι κυβερνήσεις περιορίζονταν συνήθως στην καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων με αποσπασματικά μέτρα καραντίνας και απομόνωσης, με την ανάπτυξη λεπροκομείων, (Σπιναλόγκα, Καρλόβασι Σάμου, Παναγιά Φανερωμένη ή Λουβιαρίτισσα στη Ρόδο) υγειονομείων, λοιμοκαθαρτηρίων και την εφαρμογή καραντίνας 40 ημερών στα πλοία και τους πρόσφυγες. Πριν από την περίοδο αυτή μπορεί να αναφερθεί η εφαρμογή του εμβολιασμού στα Επτάνησα το 1779 κατά της ευλογιάς που γενικεύθηκε με το Βασιλικό Διάταγμα του 1835 «Περί εισαγωγής του εμβολιασμού της δαμαλίδος» καθώς και η δημιουργία αποχετευτικών συστημάτων κυρίως κατά τη βασιλεία του Όθωνα.

Προσπάθεια ουσιαστικότερης κρατικής παρέμβασης με σκοπό τον συντονισμό και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας εκδηλώνεται κατά τη δεύτερη δεκαετία του 20ου αιώνα με την ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως (Ν.748/1917) και τη λήψη μέτρων ασφάλισης της υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 με τον νόμο 2882 ιδρύθηκε το «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης», η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ για κάθε νομό προβλεπόταν η στήλη υγειονομικού συμβουλίου. Οι περιορισμένες όμως οικονομικές δυνατότητες του κράτους δεν επέτρεψαν σημαντικές αλλαγές.

Η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος προκάλεσαν μεγάλες καταστροφές στην χώρα, με τις υπηρεσίες παροχής υγείας να στερούνται οργάνωσης και αποτελεσματικότητας. Χαρακτηριστικό της κατάστασης που επικρατούσε είναι η συμφωνία που υπογράφηκε μεταξύ Ελλάδας και Unicef το 1947. Βασική προσπάθεια τότε ήταν η κάλυψη των βασικών αναγκών ενός δοκιμαζόμενου λαού και κυρίως των παιδιών σε τροφή και ρουχισμό αλλά παράλληλα πραγματοποιήθηκε μια μαζική εκστρατεία ανοσοποίησης για πρώτη φορά στον Ελλαδικό χώρο. Μέχρι το 1951, η ανάκαμψη της χώρας είχε προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό και η βοήθεια της Unicef

⁸ Maciosek MV, 2006.

στράφηκε στη βελτίωση της υγείας των παιδιών και των μητέρων, στην παροχή υπηρεσιών σε ανάπηρα παιδιά και σε προγράμματα παστερίωσης του γάλακτος. Σε μια κολοσσιαία προσπάθεια εξάλειψης της φυματίωσης που σάρωνε, η Unicef με τη βοήθεια του Σκανδιναβικού Ερυθρού Σταυρού, εξέτασε 1.500.000 και εμβολίασε 1.000.000 παιδιά άμεσα και μέχρι το τέλος του προγράμματος εμβολιάστηκαν 2-3 εκατομμύρια παιδιά επιπλέον.

Παράλληλα το 1950 η Unicef ξεκίνησε το Πρόγραμμα Ελέγχου Αφροδισίων Νοσημάτων και συγκέντρωσε τις προσπάθειές της στη διάγνωση, θεραπεία και εντατική παρακολούθηση και θεραπεία με ορούς εγκύων γυναικών και παιδιών σε 17 πολυκλινικές. Σαν ένα πρώτο βήμα για τη βελτίωση της υγείας των παιδιών σε αγροτικές περιοχές, η Unicef εξόπλισε 3 κινητές μονάδες παροχής ιατρικής περίθαλψης σε παιδιά, που λειτουργούσαν σε περιοχές όπου δεν υπήρχε προηγουμένως καμιά ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η επάνδρωση των κινητών μονάδων με 3 ιατρούς έγινε από την Ελληνική Κυβέρνηση. Διατέθηκαν περίπου 360.000 κιλά σαπούνι.⁹

Το 1953 με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/53 «περὶ οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» από την κυβέρνηση Παπάγου επιχειρείται για πρώτη φορά η θέσπιση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Μεταξὺ των άλλων προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία υγειονομικών σταθμών.

Με τις συμβουλές, τις οδηγίες και την ενεργό προσφορά των Ηνωμένων Εθνών εκπονούνται προγράμματα Έργων Δημόσιας Υγείας με στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης κυρίως του πληθυσμού της υπαίθρου και τη διαμόρφωση νέων αντιλήψεων στον αγροτικό πληθυσμό ως προς τις συνθήκες διαβίωσης και στέγασης. Έτσι, κατασκευάζονται δίκτυα ύδρευσης ενώ πραγματοποιείται και ένα εκτεταμένο πρόγραμμα κατασκευής αποχωρητηρίων σε σχολεία, ορφανοτροφεία και ιδιωτικές κατοικίες.

Το 1959 η κυβέρνηση, με τη βοήθεια του Π.Ο.Υ. και της Unicef, εγκαινίασε μια υποδειγματική ζώνη δημόσιας υγείας. Το δίκτυο των αγροτικών ιατρείων που ιδρύθηκαν στη ζώνη αυτή, και το οποίο είχε σαν κέντρο την πόλη της Λάρισας, ενισχύθηκε από μια ομάδα ειδικών (έναν παιδίατρο, έναν ψυχολόγο, έναν μηχανικό υγειονομικών έργων, έναν επαρχιακό επιθεωρητή νοσοκόμων και άλλους εργαζόμενους στη δημόσια υγεία). Παράλληλα ιδρύθηκε η Σχολή Δημόσιας Υγείας στα Φάρσαλα, με σύσταση του Π.Ο.Υ. και των Ηνωμένων Εθνών, η οποία λειτούργησε στην κατεύθυνση της εκπαίδευσης

⁹ Λυμπέρης Ηλίας, 2006.

στελεχών υγείας με στόχο την άμεση συμβολή τους στη βελτίωση των συνθηκών υγείας για τους κατοίκους της θεσσαλικής υπαίθρου.¹⁰

Ακολούθησε η περίοδος της δικτατορίας χωρίς ιδιαίτερες εξελίξεις στον τομέα της φροντίδας υγείας πλην της καθιέρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ο «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής» του υπουργού υγείας της δικτατορίας που προέβλεπε την ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στηριζόμενο στους οικογενειακούς γιατρούς, σχέδιο το οποίο δεν προχώρησε .

Μετά την πτώση της δικτατορίας γίνεται πλέον αντιληπτή η ανάγκη συνολικής αναθεώρησης των υγειονομικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κοινότητας. Το 1980 στο νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» με υπουργό Υγείας τον καθηγητή Σ. Δοξιάδη επανατίθεται το θέμα της αποκέντρωσης, του κοινωνικού ελέγχου και της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 1983 ο Νόμος 1397 επί κυβερνήσεως Π.Α.Σ.Ο.Κ. αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας, αφού για πρώτη φορά ορίζονται τα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με στόχους την ισότητα και την καθολικότητα στην πρόσβαση, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας πρόληψης και φροντίδας.

Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις (Νόμος 2071) με κατάληξη την ψήφιση του Νόμου 2519/1997 και του 2889 το Μάρτιο του 2001, όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες οργανωτικές δομές και θεσμοί για την δημόσια υγεία. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης.

Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα, θεωρώντας κεκτημένη και διασφαλισμένη την αξιοπρεπή διαβίωση (κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, αποκομιδή απορριμμάτων) για το μεγαλύτερο τμήμα του ελληνικού πληθυσμού, η πρόληψη σε επίπεδο περιβάλλοντος στοχεύει με αρκετά ικανοποιητικά, προς το παρόν αποτελέσματα, στον έλεγχο και περιορισμό της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, την επεξεργασία των βιομηχανικών και αστικών αποβλήτων, την χρήση εναλλακτικών μέσων μεταφοράς και γενικότερα την ορθολογική χρήση των φυσικών πόρων. Στο πεδίο περιβάλλον και πρόληψη, η πολιτεία έχοντας αναγνωρίσει την σημασία της εξασφάλισης υγιούς περιβάλλοντος ως σταθερά στην διαδικασία προαγωγής της υγείας προχωρά σταδιακά στις πρακτικές περιβαλλοντολογικής προστασίας και την προσπάθεια περιβαλλοντολογικής εκπαίδευσης του πληθυσμού.

Σήμερα τα λοιμώδη νοσήματα δεν αποτελούν πλέον την κύρια απειλή για την υγεία. έχουν αντικατασταθεί από τα νοσήματα του πολιτισμού (καρδιαγγειακά, καρκίνος, ατυχήματα, αυτοκτονίες, AIDS). Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των

¹⁰ Λυμπέρης Ηλίας, 2006.

αναπτυγμένων χωρών, πέτυχε σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων, μέσω μαζικών εμβολιασμών και συνεχών βελτιώσεων στη διατροφή και στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Παραδείγματα αποτελούν η εκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας, του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης. Παράλληλα, όμως, «παλαιά» λοιμώδη νοσήματα ξαναέρχονται στο προσκήνιο, για παράδειγμα η πολιομυελίτιδα και η φυματίωση με την είσοδο ανεμβολίαστων οικονομικών μεταναστών και προσφύγων και συγχρόνως προβληματίζουν νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, όπως το AIDS και η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια. Λόγω των παραπάνω ιδιαιτεροτήτων τίποτα δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο στην εκτέλεση των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά να διαμορφώνονται δυναμικά ανάλογα με τις περιστάσεις.

Τη θέση των λοιμώξεων σαν βασική αιτία θανάτου αντικατέστησαν οι παθήσεις του κυκλοφορικού, ο καρκίνος και τα ατυχήματα. Αυτή η μετατροπή αντανακλά αφενός τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και αφετέρου την τροποποίηση των ατομικών συνηθειών που προάγουν την υγεία όπως η αποφυγή του καπνίσματος και του αλκοόλ, η καταπολέμηση της παχυσαρκίας, η σωστή διατροφή, η σωματική άσκηση, ο περιορισμός του stress και η διασφάλιση της ψυχικής υγείας και ευεξίας. Επίσης, εκπονούνται προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης και πλήρους αποκατάστασης και επανένταξης μετά από θεραπεία.

1.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκε η έννοια της προληπτικής ιατρικής και η διάκρισή της σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή ανάλογα με τη χρονική θέση της παρέμβασης σε σχέση με τις νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και την κλινική εκδήλωση της νόσου. Επίσης, έγινε μια ιστορική αναδρομή στην ιστορία της πρόληψης ανά τους αιώνες και στην προσπάθεια του ανθρώπου να προφυλαχθεί από τις μεταδοτικές ασθένειες. Ειδικότερη αναφορά έγινε στη σύγχρονη Ελλάδα και στις προσπάθειες να δημιουργηθεί από την επανασύσταση του Ελληνικού κράτους μέχρι τις μέρες μας μια δομημένη πολιτική προληπτικής ιατρικής που δυστυχώς ακόμα παραμένει αντικείμενο διαλόγου και μελλοντικού σχεδιασμού αλλά με καλύτερες προοπτικές μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την επιτυχία ελέγχου των μεταδοτικών νοσημάτων.

Τον τελευταίο αιώνα πραγματοποιήθηκε μια μεγάλη αλλαγή του νοσολογικού προτύπου με την υπερίσχυση των μη μεταδοτικών ασθενειών σαν κυριότερη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας. Αυτό έστρεψε την προσπάθεια του επιστημονικού δυναμικού και των προληπτικών παρεμβάσεων προς αυτή την κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν προγράμματα και μέθοδοι προληπτικού ελέγχου και παρέμβασης για τα ψυχικά νοσήματα, τα νοσήματα του κυκλοφορικού, τα ατυχήματα, τον καρκίνο κ.α.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

2.1 Εισαγωγή

Οι διάφορες μορφές καρκίνου του γυναικείου γεννητικού συστήματος μαζί με τον καρκίνο του μαστού αποτελούν πολύ σημαντικές νοσολογικές οντότητες σε παγκόσμια κλίμακα. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο για τις γυναίκες (1.2 εκατομμύρια θάνατοι/έτος), ενώ ο γυναικολογικός καρκίνος αποτελεί την τέταρτη, συγκεντρώνοντας το 10% των περιπτώσεων καρκίνου που παρατηρούνται σε γυναίκες και με θνησιμότητα που ξεπερνά το 65%. Τα αριθμητικά στοιχεία κάνουν φανερή τόσο την έκταση του προβλήματος όσο και την ανάγκη περιορισμού των νόσων αυτών. Η αδυναμία της σύγχρονης ιατρικής να τις περιορίσει ικανοποιητικά, με τη χρήση θεραπευτικών μέσων, κάνει επιτακτική την εφαρμογή προληπτικών μέτρων, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση ή την παρεμπόδιση της εξέλιξης.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν στοιχεία που αφορούν την επιδημιολογία και τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του ενδομητρίου, των ωοθηκών και του αιδοίου. Αποτελούν σχεδόν το σύνολο των κακοηθειών που σχετίζονται με το γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Σε κάθε μορφή καρκίνου θα αναφερθούν οι δυνατότητες που υπάρχουν για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη καθώς και η αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων και μεθόδων που έχουν εφαρμοσθεί.

2.2 Η Διάσταση του Γυναικολογικού Καρκίνου

Συνηθισμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για να αποτυπώσουν την έκταση και τη διάσταση της απειλής του γυναικολογικού καρκίνου είναι η συχνότητα της νόσου, εκφραζόμενη ως ο αριθμός των νέων περιπτώσεων που διαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια ενός έτους και η θνητότητα. Τα νούμερα είναι εντυπωσιακά. Ο καρκίνος του τραχήλου αριθμεί 487.300 νέες περιπτώσεις το έτος με 269.500 θανάτους, ο καρκίνος του ενδομητρίου 233.300 νέες περιπτώσεις με 61.400 θανάτους και ο καρκίνος των ωοθηκών 230.000 νέες περιπτώσεις με 140.100 θανάτους (R. Sankaranarayanan, 2010). Στις

αναπτυσσόμενες χώρες εντοπίζεται το 80% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου, ενώ το 60% των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου εμφανίζεται στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες σε παγκόσμιο επίπεδο είναι ο καρκίνος του μαστού (21% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου). Η υψηλότερη συχνότητα της νόσου παρουσιάζεται στα κατά το βιομηχανικό πρότυπο ανεπτυγμένα κράτη με την εξαίρεση της Ιαπωνίας, στην οποία η συχνότητα της νόσου, όπως και στην υπόλοιπη Ασία, την Ν. Αμερική και την Β.Αφρική, είναι χαμηλή (Parkin DM, 1999). Για την Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίστηκε ότι το έτος 1990 ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε τη συχνότερη μορφή νεοεμφανιζόμενων κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες (28% όλων των νέων περιπτώσεων) (Black RJ, 1997), με τη θνητότητα προοδευτικά να αυξάνεται σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες όπως την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ουγγαρία, την Πολωνία, την Ιταλία και την Ελλάδα (Vecchia C, 1997).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1

<i>Συχνότερες Ανατομικές Θέσεις Εμφάνισης Καρκίνου στις Γυναίκες στις ΗΠΑ</i>	
Ανατομική Θέση Εντόπισης	Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου ανά 100.000 γυναίκες
Ca Μαστού	119,3
Ca Πνεύμονα	55
Ca Εντέρου	41,1
Ca Μήτρας	23,7
Ca Θυρεοειδούς	16
Non Hodking Λέμφωμα	15,7
Μελάνωμα Δέρματος	15
Ca Ωοθηκών	12,3

Πηγή: Τροποποίηση Διαγράμματος από Centers for Disease Control and Prevention (CDC) National Program of Cancer Registries (NPCR)

Σαν μια αξιόπιστη απεικόνιση της πραγματικότητας για τις ανεπτυγμένες χώρες, μπορούν να παρατεθούν τα στοιχεία που προκύπτουν από το εθνικό σύστημα καταγραφής περιπτώσεων καρκίνου που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ. Το 2006, τελευταία χρονιά για την οποία στοιχεία είναι διαθέσιμα, 76515 νέες διαγνώσεις γυναικολογικού καρκίνου καταγράφηκαν και 27848 γυναίκες κατέληξαν από γυναικολογικό καρκίνο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του CDC (Centers for Disease Control and Prevention) και για τις ΗΠΑ οι 8 συχνότερα εμφανιζόμενοι καρκίνοι στις γυναίκες όπως διαμορφώθηκαν από την ανάλυση των δεδομένων του 2006 φαίνονται στον Πίνακα 2.1, με τον καρκίνο του μαστού να κατέχει την πρώτη θέση ενώ οι καρκίνοι της μήτρας και των ωοθηκών συμπεριλαμβάνονται στην πρώτη δεκάδα.

2.3 Ο Καρκίνος του Μαστού

Ο Καρκίνος του Μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου και τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Το 2000 εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Σύμφωνα με τις στατιστικές των ετών 2002-2004, στο 12,8% των γυναικών που γεννήθηκαν στην περίοδο αυτή θα διαγνωσθεί καρκίνος μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους (National Cancer Institute) ή μία στις 8 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της (BreastScreen WA). Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες (Richie RC, 2003). Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία και σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών (Ferlay J, 2004).

Οι πιο ισχυροί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι το θήλυ φύλο και η ηλικία που δεν μπορούν να τροποποιηθούν. Οι παράγοντες που συσχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες μπορούν να διακριθούν σε εξωγενείς και ενδογενείς και παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.2. Οι εξωγενείς είναι παράγοντες που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ οι ενδογενείς προέρχονται από τον ίδιο τον οργανισμό της ασθενούς. Οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης στον καρκίνο του μαστού είναι η ελαχιστοποίηση της έκθεσης σε εξωγενείς παράγοντες που σαφώς ή πιθανώς αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσου και η τροποποίηση διαφόρων ορμονικών παραμέτρων και παραγόντων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2

Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού	
Εξωγενείς Παράγοντες	
Αύξηση του κινδύνου	Μείωση του κινδύνου
<u>Εδραιωμένοι Παράγοντες</u>	<u>Εδραιωμένοι Παράγοντες</u>
Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία	Πρώιμη αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή
<u>Πιθανοί Παράγοντες</u>	<u>Πιθανοί Παράγοντες</u>
Κάπνισμα	Βιταμίνη Α και ρετινοειδή
Κατανάλωση οινοπνεύματος	Ελαιόλαδο
Αντισυλληπτικά δισκία για πολλά χρόνια	Σόγια
Ορμονική Θεραπεία στην εμμηνόπαυση	Σωματική Άσκηση
Ενδογενείς Παράγοντες	
Αλυσηση Κινδύνου	Μείωση του κινδύνου
<u>Εδραιωμένοι Παράγοντες</u>	<u>Εδραιωμένοι Παράγοντες</u>
Μεγάλη ηλικία	Καθυστερημένη εμμηναρχή
Πρώιμη εμμηναρχή	Πρώιμη εμμηνόπαυση
Καθυστερημένη εμμηνόπαυση	Παχυσαρκία πριν την εμμηνόπαυση
Ατεκνία ή Πρώτος τοκετός >30 ετών	<u>Πιθανοί Παράγοντες</u>
Παχυσαρκία μετά την εμμηνόπαυση	Μητρικός θηλασμός
Οικογενειακό ιστορικό	Εμμηνορρυσία σε μη τακτά χρονικά διαστήματα με μεγάλα χρονικά μεσοδιαστήματα
Μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA 1 και 2	
Τυπική/άτυπη υπερπλασία, σκληρυντική αδένωση , Ca in situ	

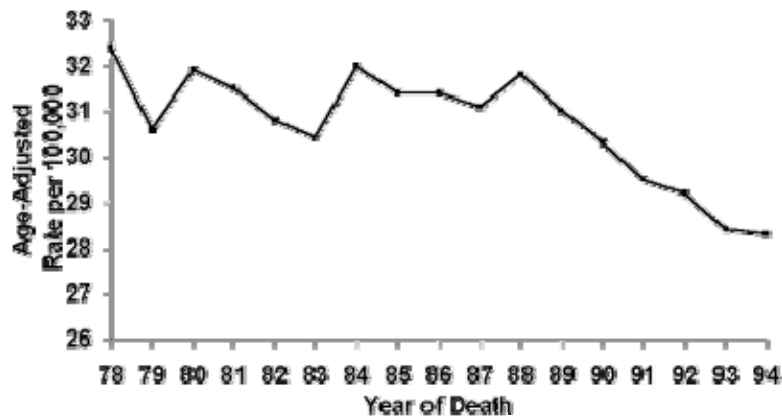
Πηγή: Τροποποίηση διαγράμματος από Στέλιος Κ. Φωτίου, 2009, *Γυναικολογική Ογκολογία*, Κεφ 3^ο

Έτσι είναι φανερό ότι η διακοπή του καπνίσματος, η κατανάλωση οινοπνεύματος με μέτρο, η τακτική σωματική άσκηση, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας – ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση – και η δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά, χρήση ελαιολάδου και προϊόντων σόγιας είναι μέτρα που δρούν θετικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Σε ότι αφορά τις ορμονικές παραμέτρους και τους παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, προτιμότερη είναι η τεκνοποίηση πριν από την ηλικία των 30 ετών, θα πρέπει να ενθαρρύνεται ο μητρικός θηλασμός και να χορηγείται με προσοχή και εξατομικευμένα ορμονική υποκατάσταση στην εμμηνόπαυση.

Η εδραιωμένη μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία, αφού είναι η μοναδική που επιτρέπει την αξιόπιστη ανίχνευση παθολογικών αλλοιώσεων στο μαστό σε αρχόμενο στάδιο. Σε όλο το δυτικό κόσμο είναι γενικά αποδεκτό ότι η μαστογραφία ως μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών σε ετήσια βάση, ενώ για τις ηλικίες 40-50 ετών δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τα μεσοδιαστήματα ανάμεσα σε δύο μαστογραφίες. Οι λόγοι για αυτό είναι κατά βάση πολιτικο-οικονομικοί και όχι επιστημονικοί, δεδομένου ότι η προληπτική μαστογραφία σε ετήσια βάση σε γυναίκες 40-50 ετών αποδεδειγμένα μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού ανεξάρτητα από το όποιο κόστος για το σύστημα υγείας (Suzanne W. Fletcher, 2003).

Χαρακτηριστικό της αποτελεσματικότητας της προληπτικής μαστογραφίας είναι το Διάγραμμα 2.1, που παρουσιάζει τη μεταβολή στα ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο, στην πολιτεία της Ν.Υόρκης πριν και μετά την εφαρμογή του ετήσιου screening με μαστογραφία στο γενικό πληθυσμό το 1988. Στα πρώτα 16 χρόνια εφαρμογής του προγράμματος, η μείωση που παρατηρήθηκε ήταν 11%, ενώ είχε υπολογιστεί ότι αν υπήρχε καθολική συμμετοχή όλων των γυναικών άνω των 50 ετών στο screening, η θνησιμότητα θα μειωνόταν κατά 30% (Department of Health, New York State). Αναφέρεται από τους υπεύθυνους του προγράμματος ότι στις λευκές γυναίκες, που παρουσίαζαν αυξημένη συμμετοχή και συμμορφωσιμότητα στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου, η μεταβολή στα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού ήταν περίπου διπλάσια από ότι στις έγχρωμες γυναίκες, που παρουσίαζαν μειωμένα ποσοστά συμμορφωσιμότητας στον ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο. Ακόμα όμως και η ευκαιριακή συμμετοχή στο screening, αν και λιγότερο αποτελεσματική, έχει επίδραση στη μεταβολή των δεικτών θνησιμότητας, ενισχύοντας τη σημασία της προληπτικής εξέτασης.

Breast Cancer Mortality Rates New York State, 1978-1994



Πηγή: Department of Health, New York State

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1

Ποσοστά θνητότητας από καρκίνο του μαστού στην πολιτεία της Ν.Υόρκης από το 1978 έως το 1994

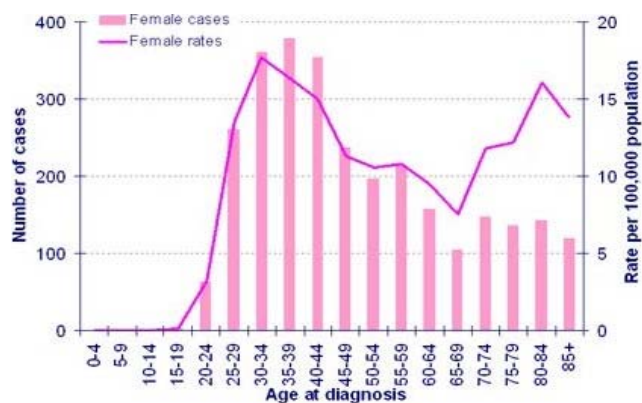
Τα καλύτερα αποτελέσματα της δευτερογενούς πρόληψης επιτυγχάνονται από το συνδυασμό της έγκαιρης διάγνωσης και της δυνατότητας χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου. Το μαστογραφικό screening βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών σαν αποτέλεσμα της πρώιμης εντόπισης και παρέμβασης. Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι συστηματική νόσος από την αρχή. Είναι εξελισσόμενη νόσος και η εξέλιξή της μπορεί να ανασταλεί με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Στο παρελθόν αναζητήθηκαν φάρμακα και αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της νόσου σε προχωρημένα στάδια, όταν η διάγνωση ήταν κλινική. Σήμερα η προσπάθεια εντοπίζεται στην έγκαιρη διάγνωση ώστε να διακοπεί η εξέλιξη της νόσου σε αρχικά, θεραπεύσιμα στάδια. Η έγκαιρη διάγνωση και όχι η καλύτερη συμπληρωματική θεραπεία είναι η αιτία για το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης της θνησιμότητας από τη νόσο (Paci E, 2005). Επιπρόσθετα, η πρώιμη διάγνωση και η θεραπεία έχει καλύτερο αισθητικό και ως εκ τούτου και συναισθηματικό αποτέλεσμα για την πάσχουσα. Η έγκαιρη διάγνωση συχνά επιτρέπει λιγότερο εκτεταμένες χειρουργικές θεραπείες με καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και αποφυγή των μαστεκτομών. Αποφεύγονται σε μεγάλο βαθμό οι τοξικές συμπληρωματικές θεραπείες (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία) χωρίς να επιβαρυνθεί η πρόγνωση, ενώ στο σύνολο το τελικό οικονομικό αποτέλεσμα για τον τομέα υγείας είναι θετικό.

2.4 Ο Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως με το 80% των περιπτώσεων να παρουσιάζονται στα αναπτυσσόμενα κράτη. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο για τις γυναίκες στα κράτη αυτά, όπου καταγράφονται περίπου 190.000 περιπτώσεις κάθε χρόνο (Pisani P, 1999). Η επίπτωση της νόσου εμφανίζεται υψηλότερη στην Κεντρική Αμερική και στην υποσαχάρια Αφρική και ποικίλλει σε παγκόσμιο επίπεδο από 5 (Ισπανία) ως 45 (Κολομβία) περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο σε όλον τον κόσμο περίπου 500.000 γυναίκες προσβάλλονται και 275.000 πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου. Οι περισσότερες από αυτές ζούνε σε χώρες του «τρίτου κόσμου», ωστόσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση διαπιστώνονται την τελευταία δεκαετία πάνω από 25000 περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του τραχήλου ενώ σημειώνονται 12000 θάνατοι ετησίως (Φωτίου, 2009).

Σήμερα η αιτιολογική συσχέτιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (Human Papilloma Virus - HPV) είναι αδιαμφισβήτητη. Το 1976-77 ο καθηγητής Harald zur Hausen από τη Χαϊδελβέργη της Γερμανίας ήταν ο πρώτος που διατύπωσε την υπόθεση ότι η λοίμωξη του γεννητικού συστήματος με τον HPV μπορεί να σχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του γεννητικού συστήματος (Hausen, 1976). Η υπόθεση αυτή έχει αποδειχθεί και γνωρίζουμε ότι το 99,7% των ιστικών δειγμάτων που προέρχονται από καρκίνο του τραχήλου περιέχει DNA του HPV (Jan M M Walboomers, 1999).

Ο ιός των θηλωμάτων κατά κανόνα μεταδίδεται μετά από στενή σεξουαλική επαφή. Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό έως και 70% των ενηλίκων μολύνονται κάποια στιγμή της ζωής τους από τον HPV, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις ο ιός απομακρύνεται από τον οργανισμό. Μόνο σε μια μικρή υποομάδα γυναικών η λοίμωξη θα καταλήξει σε βλάβη χαμηλού, μέσου ή υψηλού βαθμού ή και καρκίνο τραχήλου. Οι γυναίκες μολύνονται κυρίως τα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της ενεργής σεξουαλικής τους ζωής αλλά μπορεί να περάσουν μέχρι και 20 χρόνια από τη λοίμωξη με HPV για να αναπτυχθεί καρκίνος. Ο καρκίνος του τραχήλου ξεκινά σε *in situ* στάδιο στο οποίο είναι δυνατόν να θεραπευτεί αλλά προοδευτικά εξελίσσεται σε διηθητική νόσο, που είναι πάντοτε θανατηφόρος σε χώρες που η απαιτούμενη χειρουργική παρέμβαση και ακτινοθεραπεία δεν είναι προσβάσιμες.



Πηγή: Cancer Research UK, 2006

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2

Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου και ποσοστά επίπτωσης της νόσου ανά ηλικία στο Ηνωμένο Βασίλειο το έτος 2006

Ο καρκίνος του τραχήλου έχει την τάση να εμφανίζεται κυρίως σε μέσης ηλικίας γυναίκες. Οι περισσότερες περιπτώσεις εντοπίζονται σε γυναίκες κάτω των 50 ετών και σπάνια αναπτύσσεται σε γυναίκες πριν το 20ο έτος της ηλικίας τους. Πολλές μεγαλύτερες γυναίκες δε συνειδητοποιούν ότι ο κίνδυνος να εμφανίσουν καρκίνο του τραχήλου είναι υπαρκτός καθώς μεγαλώνουν. Περίπου το 20% των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου είναι πάνω από 65 τη στιγμή της διάγνωσης. Χαρακτηριστικό είναι το γράφημα στο Διάγραμμα 2.2, που παρουσιάζει την κατανομή των νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου που εντοπίστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο το έτος 2006 ανά ηλικία. Παρατηρείται ότι παρουσιάζονται δύο ηλικιακές ομάδες που εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση της νόσου. Οι γυναίκες με ηλικία 30-40 έτη και οι γυναίκες με ηλικία 70-85 έτη.

Σε αντίθεση με πολλούς άλλους τύπους καρκίνου, ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να προληφθεί. Ο σημαντικότερος και αποτελεσματικότερος τρόπος πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η πρόληψη της μόλυνσης από τον HPV, αφού δεν υπάρχουν θεραπείες που να μπορούν να αντιμετωπίσουν μια ήδη εγκατεστημένη λοίμωξη από τον ιό. Η χρήση του προφυλακτικού προστατεύει μόνο μερικά από την HPV μόλυνση, λόγω του ότι ο HPV, ως δερματοτρόπος ιός προσβάλλει και μη καλυπτόμενα από το προφυλακτικό τμήματα του δέρματος της γεννητικής περιοχής και έτσι μπορεί να μεταδοθεί στον σεξουαλικό σύντροφο.

Η ουσιαστική πρωτογενής πρόληψη έγινε ρεαλιστική δυνατότητα τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη ειδικών προφυλακτικών εμβολίων εναντίον των πλέον συχνά απαντώμενων τύπων του HPV και ιδιαίτερα αυτών που κυρίως ευθύνονται για την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου. Έτσι, αναπτύχθηκε αρχικά το τετραδύναμο εμβόλιο

(περιέχει τέσσερις τύπους του ιού), το οποίο κυκλοφορεί από το 2006 στις ΗΠΑ και Αυστραλία και από το 2007 στην Ελλάδα. Έχει εγκριθεί για κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 6-26 ετών. Αργότερα κυκλοφόρησε και ένας διδύναμος τύπος του εμβολίου, από το 2007 σε Αυστραλία και Ευρώπη και από το 2008 διατίθεται και στην Ελλάδα. Η έγκριση των εμβολίων αυτών καθιστά δυνατή την εφαρμογή του προληπτικού εμβολιασμού στην εφηβική ή και προ-εφηβική ηλικία ακόμα και μετά την ενηλικίωση. Μέχρι στιγμής η διάρκεια της προστασίας που παρέχει ο εμβολιασμός έναντι της λοίμωξης από HPV φθάνει περίπου τα 6 έτη (δηλαδή όσο και ο χρόνος από την έναρξη των μελετών των εμβολίων σε ομάδες πληθυσμού). Δεν είναι γνωστό ακόμη αν θα υπάρξει ανάγκη επαναληπτικού «αναμνηστικού» εμβολιασμού και αν ναι, τότε θα πρέπει αυτός να χορηγείται.

Η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων από τον ένδο- και έξω- τράχηλο κατά Παπανικολάου (test PAP) αποτελεί την εδραιωμένη μέθοδο για τη δευτερογενή πρόληψη (screening) του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το τεστ Παπανικολάου επιτρέπει την πρόωμη ανίχνευση και κατά συνέπεια την πρόωμη αντιμετώπιση προ-σταδίων του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας προϋποθέτει την εξέταση κάθε γυναίκας ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Αποτελεί την πιο επιτυχημένη μέθοδο δευτερογενούς πρόληψης οποιασδήποτε μορφής καρκίνου στην ιστορία της ιατρικής. Όπως έχει αποδειχθεί εδώ και 20 χρόνια από πολυκεντρικές μελέτες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και συγκεκριμένα της IARC (International Agency for Research on Cancer), όσες χώρες εφάρμοσαν ένα Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης με Τεστ Παπανικολάου κατάφεραν να μειώσουν θεαματικά την εμφάνιση αλλά και την θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το ποσοστό μείωσης του αριθμού νέων περιστατικών καρκίνου ήταν τόσο μεγαλύτερο, όσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού και με την προϋπόθεση ότι το μεσοδιάστημα ανάμεσα σε δύο διαδοχικά τεστ Παπανικολάου δεν ξεπερνούσε τα τρία χρόνια.

Η Ισλανδία, η Σουηδία, η Αυστραλία, η Μεγάλη Βρετανία και όπου αλλού η κάλυψη του πληθυσμού έφτασε ή ξεπέρασε το 80%, τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά και η μείωση των νέων περιστατικών καρκίνου ετησίως έφτασε το 70% έως και το 85 %. Χαρακτηριστικό και εντυπωσιακό είναι το παράδειγμα των ΗΠΑ. Ο καρκίνος του τραχήλου αποτελούσε μία από τις κύριες αιτίες θανάτου των Αμερικανίδων γυναικών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του National Cancer Institute, μεταξύ των ετών 1955 και 1992 το ποσοστό θανάτων από καρκίνο του τραχήλου μειώθηκε κατά 74%. Η κύρια αιτία αυτής της εντυπωσιακής μείωσης ήταν η αυξημένη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο μέσω του τεστ Παπανικολάου. Ακόμα και σήμερα το ποσοστό θανάτων από τον καρκίνο του τραχήλου συνεχίζει να μειώνεται σταθερά κάθε έτος περίπου κατά 4%.

Οι οδηγίες για τη συχνότητα με την οποία μια γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε έλεγχο με τεστ Παπανικολάου εξαρτάται από την ηλικία της και το ατομικό ιατρικό της

ιστορικό. Έτσι σύμφωνα με το American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) και τις οδηγίες που ανακοίνωσε τον Δεκέμβριο του 2009 για τον περιοδικό προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών για το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ισχύει:

- Γυναίκες νεότερες των 30 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου κάθε 2 χρόνια.
- Γυναίκες με ηλικία 30 έτη και πάνω θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου κάθε 2 χρόνια. Εάν μια γυναίκα αυτής της ηλικιακής ομάδας έχει τρία φυσιολογικά τεστ στη σειρά μπορεί να υποβάλλεται σε έλεγχο κάθε τρία χρόνια εφ' όσον:
 - Δεν έχει ιστορικό ήπιας ή σοβαρής δυσπλασίας.
 - Δεν έχει προσβληθεί από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).
 - Δεν βρίσκεται σε ανοσοκαταστολή (π.χ. σε περιπτώσεις μεταμόσχευσης οργάνου).
 - Δεν έχει εκτεθεί σε διαιθυλοστιλβοιστρόλη κατά την εμβρυϊκή της ζωή (DES: παλιό φάρμακο για την πρόληψη των αποβολών)

Ο έλεγχος κάθε 2 χρόνια είναι μια διαφοροποίηση από τον ετήσιο έλεγχο που πολλές γυναίκες ακολουθούσαν στο παρελθόν, αλλά μελέτες έδειξαν ότι η αλλαγή αυτή στη συχνότητα δεν αλλάζει την αξιοπιστία του τεστ Παπανικολάου. Όσον αφορά τις γυναίκες άνω των 30 ετών που έχουν τρία φυσιολογικά τεστ στη σειρά, ο κίνδυνος να εμφανίσουν σοβαρή δυσπλασία είναι χαμηλός και συνεπώς η επιλογή του screening κάθε 3 χρόνια είναι ασφαλής επιλογή.

Οι παραπάνω οδηγίες σε μεγάλο βαθμό στηρίζονται στη μελέτη του Διεθνούς Ινστιτούτου για την Έρευνα του Καρκίνου (IARC Working Group on Cervical Cancer Screening, 1986), κατά την οποία αξιολογήθηκαν διάφορες στρατηγικές προληπτικού ελέγχου σε διάφορες χώρες. Με την υπόθεση ότι ο προληπτικός έλεγχος θα άρχιζε στην ηλικία των 35 ετών και ότι υπήρχε ένα προηγούμενο αρνητικό τεστ Παπανικολάου υπολογίστηκε η εκατοστιαία ελάττωση της αθροιστικής επίπτωσης του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για τις ηλικίες 35-64 ετών και για διαφορετικές συχνότητες επανελέγχου. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.3 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3

Ελάττωση (%) αθροιστικής επίπτωσης διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για διαφορετικές συχνότητες επανελέγχου

Χρονικό Διάστημα Επανελέγχου	% ελάττωση της αθροιστικής επίπτωσης	Αριθμός απαιτούμενων ελέγχων (test)
1	93,5	30
2	92,5	15
3	90,8	10
5	83,6	6
10	64,1	3

Πηγή: Τροποποιημένο από IARC Working Group on Cervical Cancer Screening, 1986

Είναι προφανές από τον ανωτέρω πίνακα ότι ελάχιστα περισσότερα είναι τα κέρδη από την εφαρμογή ελέγχου κάθε 1 ή 2 χρόνια παρά κάθε 3 χρόνια. Η επιλογή του χρονικού διαστήματος επανελέγχου έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των εξετάσεων που είναι απαραίτητες να γίνουν για να επιτευχθεί η επιθυμητή ελάττωση της αθροιστικής επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο συνολικός αριθμός των εξετάσεων με τη σειρά του καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το κόστος και την διάθεση των πόρων στα πλαίσια ενός προληπτικού προγράμματος.

Δεν είναι απόλυτα σαφές και διευκρινισμένο το πότε είναι ασφαλές για μία γυναίκα να σταματήσει τον περιοδικό έλεγχο με τεστ Παπανικολάου. Μερικοί ειδικοί συνιστούν ότι μια γυναίκα ηλικίας 65-70 ετών με τρία φυσιολογικά τεστ στη σειρά τη προηγούμενη δεκαετία θα μπορούσε να σταματήσει τη συμμετοχή της στο screening, εφ' όσον δεν έχει παράγοντες κινδύνου όπως ιστορικό πολλαπλών ερωτικών συντρόφων, ιστορικό ανώμαλων αποτελεσμάτων σε προηγούμενο Pap test και δεν είναι ενεργή σεξουαλικά. Πάντως η λύση αυτή δεν προτείνεται από την ACOG.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι το εμβόλιο που αναφέρθηκε παραπάνω δεν υποκαθιστά το τεστ Παπανικολάου και η συμμετοχή της γυναίκας που έχει εμβολιαστεί στο screening είναι επιβεβλημένη. Το εμβόλιο προστατεύει σε ποσοστό 90% από τις κονδυλωματώδεις βλάβες και σε ποσοστό 70% από τον καρκίνο του τραχήλου. Υπάρχει δηλαδή ποσοστό 30% των καρκίνων του τραχήλου που οφείλεται σε άλλα στελέχη του ιού HPV που δεν περιέχονται στα υπάρχοντα εμβόλια και φυσικά δεν καλύπτονται από την ανοσία που προσφέρουν.

Τα τελευταία χρόνια στη φαρέτρα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου έχει προστεθεί και το τεστ που διαπιστώνει την παρουσία του ιού HPV στο τραχηλικό επίχρισμα των γυναικών (HPV DNA test). Η παρουσία του HPV υποδηλώνει ότι η ασθενής έχει υποστεί λοίμωξη, αλλά η πλειονότητα αυτών των γυναικών θα αυτοϊαθούν σε διάστημα 18 μηνών. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν παρατεταμένη λοίμωξη από υψηλού κινδύνου τύπους του ιού (π.χ. 16, 18, 31, 45) έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν Τραχηλική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία (Cervical Intraepithelial Neoplasia – CIN 1, 2, 3 : προστάδια του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου) σαν αποτέλεσμα της δράσης του HPV (Cuschieri KS, 2005). Τόσο η ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) όσο και η ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) (Kulasingham SL, 2002) προτείνουν τη χρήση του τεστ σαν ενισχυτικό του τεστ Παπανικολάου σε όλες τις γυναίκες με ηλικία άνω των 30 ετών. Η χρήση του μπορεί να γίνεται μετά από ανώμαλα ευρήματα σε τεστ Παπανικολάου (Cuzick J, 2003), ή ταυτόχρονα (American Congress of Obstetricians and Gynecologists) με σκοπό τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών στον προσυμπτωματικό έλεγχο, καθορίζοντας τη συχνότητα των επαναλήψεων του τεστ Παπανικολάου ή την ανάγκη πιο προχωρημένων διευκρινιστικών εξετάσεων (κολποσκόπηση, βιοψία κ.α.).

Το HPV DNA test προτείνεται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 30 ετών γιατί έχει παρατηρηθεί ότι σε νεότερες γυναίκες υπάρχει μια αυξημένη συχνότητα της λοίμωξης από HPV, η οποία σταδιακά μειώνεται μέσα από τη διαδικασία της αυτοϊασης. Έτσι, ένα θετικό τέστ σε μια νεαρή γυναίκα έχει περισσότερες πιθανότητες να αρνητικοποιηθεί προοδευτικά και για αυτό δε συνιστάται σε τακτικό έλεγχο (American Congress of Obstetricians and Gynecologists)

2.5 Ο Καρκίνος του Ενδομητρίου

Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί την έβδομη σε σειρά συχνότητας κακοήθη νεοπλασία στις γυναίκες παγκοσμίως, ενώ είναι τέταρτη στις ΗΠΑ. Υπολογίζεται ότι περίπου 42000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο σε όλον τον κόσμο από καρκίνο του ενδομητρίου, που αποτελούν το 1,9% των θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες στις γυναίκες. Η συχνότητα του παρουσιάζει γεωγραφικές διαφορές, με τη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επίπτωση με 9,9-23,7 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ετησίως. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες στην εμμηνόπαυση με το 91% των περιπτώσεων να αφορά γυναίκες άνω των 50 ετών.

Εδραιωμένοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου θεωρούνται οι παρακάτω (Φωτίου, 2009):

- Γνωστή υπερπλασία του ενδομητρίου με ατυπία.
- Λήψη αποκλειστικά οιστρογόνων για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Ορμονοθεραπεία με παράλληλη λήψη προγεσταγόνων για λιγότερο από 12 ημέρες το μήνα.
- Το μεταβολικό σύνδρομο.
- Η παχυσαρκία ($BMI > 25 \text{Kg/m}^2$).
- Ο σακχαρώδης διαβήτης.
- Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.
- Μεγάλη χρονικά περίοδος με κολπική αιμόρροια που σχετίζεται με την εμμηνορρυσία (μηνομητρορραγίες, υπερμηνόρροια κ.α.).
- Η ατοκία.
- Το ιστορικό καρκίνου του μαστού.
- Υψηλές συγκεντρώσεις οιστρογόνων στον ορό του αίματος.
- Θεραπεία με ταμοξιφαίνη (χημειοπροφύλαξη μετά από καρκίνο του μαστού).
- Σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου μη σχετιζόμενου με πολυποδίαση.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του ενδομητρίου είναι περιορισμένα και περιλαμβάνουν την προσπάθεια τροποποίησης, όπου αυτό είναι εφικτό, ορισμένων από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου. Κυρίως περιορισμό της παχυσαρκίας και καλή ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη.

Για την δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του ενδομητρίου, η χρήση του διακολπικού υπερηχογραφήματος, η δειγματοληψία του ενδομητρίου για κυτταρολογική εξέταση ή η χρήση καρκινικών δεικτών σε γυναίκες χωρίς παράγοντες κινδύνου δεν έχει αποδώσει. Μόνο στην υποομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου φαίνεται ότι η στενή παρακολούθηση με διακολπικό υπερηχογράφημα και με βιοψία με βάση το πάχος του ενδομητρίου μπορεί να είναι πιθανότατα χρήσιμες.

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι παρά τη μεγάλη επίπτωση του καρκίνου του ενδομητρίου η δυνατότητα πρωτογενούς πρόληψης είναι εξαιρετικά περιορισμένη, ενώ η δευτερογενής πρόληψή του με τη μορφή screening του γενικού πληθυσμού δεν είναι ακόμα εφικτή. Η έγκαιρη διάγνωση βασίζεται στη σωστή εξατομικευμένη παρακολούθηση της κάθε γυναίκας με βάση το προσωπικό της ιατρικό ιστορικό και τους παράγοντες κινδύνου, με τακτικές επισκέψεις σε γυναικολόγο.

2.6 Ο Καρκίνος των Ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών έχει τον μεγαλύτερο δείκτη θανάτου ανά περίπτωση από κάθε άλλη γυναικολογική κακοήθεια. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ανέρχεται σε 10-12/1000 γυναίκες άνω των 40 ετών και η συχνότητα αυτή αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας (FIGO, 2006). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση της συχνότητας της νόσου ετησίως. Η αύξηση της συχνότητας της νόσου καθώς και της θνησιμότητας αποδίδεται κυρίως στη γήρανση του πληθυσμού. Για τις ΗΠΑ, ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η 5η αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, προκαλώντας περίπου 15000 θανάτους το 2008. Η επίπτωση της νόσου είναι υψηλότερη στις ανεπτυγμένες χώρες (David M. Gershenson & Pedro T. Ramirez).

Για την αιτιοπαθογένεια του ωοθηκικού καρκίνου έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες χωρίς να έχει γίνει δυνατή η διευκρίνιση της. Αφορά κυρίως περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Παράγοντες που σχετίζονται επιδημιολογικά με τη νόσο και φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών είναι η ατοκία ή η στειρότητα, η μεγάλη ηλικία τεκνοποίησης, η πρόωγη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση και δίαιτα πλούσια σε λιπαρά (Αντσακλής Αριστείδης, 2008). Ο κίνδυνος είναι αυξημένος σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ωοθηκών, μαστού, ενδομητρίου, παχέος εντέρου, στομάχου, πνεύμονος ή λεμφώματος (Φωτίου, 2009). Το 5-10% των περιπτώσεων του καρκίνου των ωοθηκών σχετίζεται με μεταλλάξεις γονιδίων (BRCA, HNPCC) (Bandera CA., 2005).

Αντίθετα, η πολυτοκία και ο θηλασμός φαίνεται να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών σημαντικά. Το ίδιο ισχύει και για τα από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία όπως έδειξε μια μεγάλη μετανάλυση 45 μελετών επί του θέματος, που έδειξε ότι γυναίκες που λάμβαναν αντισυλληπτικά δισκία για μια δεκαετία παρουσίαζαν μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου ωοθηκών κατά 60% (Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, 2008). Μειωμένο κίνδυνο φαίνεται να παρουσιάζουν και γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή καθώς και μετά από απολίνωση των σαλπίγγων.

Ως προς την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψή του ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί το πιο δυσεπίλητο πρόβλημα σε σχέση με όλες τις άλλες μορφές καρκίνου του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Αν και η συχνότητα του είναι μικρότερη από άλλους καρκίνους (π.χ. ενδομητρίου) έχει υψηλότερη θνησιμότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στην καθυστερημένη διάγνωσή του, λόγω έλλειψης κατάλληλης μεθόδου πρόωμης διάγνωσης και λόγω απουσίας χαρακτηριστικών πρόωμων συμπτωμάτων της νόσου. Ο καρκίνος των ωοθηκών ονομάζεται “silent killer” γιατί τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται παρά μόνο όταν η νόσος είναι προχωρημένη και οι πιθανότητες θεραπείας ή καθυστέρησης της φυσικής της πορείας είναι πλέον φτωχές. Επιπρόσθετα, η αιτιοπαθογένεια της νόσου

είναι εν πολλοίς άγνωστη, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η λήψη αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης. Για την πρωτογενή πρόληψη του ωοθηκικού καρκίνου οι λίγες τροποποιητικές παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν αφορούν την εμθάρρυνση των γυναικών στο να γεννήσουν και να θηλάσουν, την ενημέρωση και διαβεβαίωση ότι τα από του στόματος αντισυλληπτικά μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών, ενώ η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή και εξατομικευμένα.

Η δευτερογενής πρόληψη με τακτικό screening του γενικού πληθυσμού δεν προτείνεται από καμιά επιστημονική εταιρία όπως την U.S. Preventive Services Task Force, την American Cancer Society, το American College of Obstetricians and Gynecologists, το National Comprehensive Cancer Network καθώς και την FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). Οι κλινικές μελέτες δεν έδειξαν βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών που ακολούθησαν κάποιου είδους screening (Clarke-Pearson DL, 2009). Ο στόχος ενός προσυμπτωματικού ελέγχου θα ήταν να ανακαλυφθεί ο καρκίνος των ωοθηκών σε αρχικά στάδια, όταν είναι αντιμετωπίσιμος, βασισμένος στην υπόθεση ότι ο καρκίνος αρχικών σταδίων προοδευτικά εξελίσσεται σε πιο προχωρημένα στάδια. Ακόμα όμως δεν έχει διευκρινιστεί η φυσική πορεία της νόσου και δεν έχει γίνει δυνατό να αποσαφηνιστεί πέραν κάθε αμφιβολίας το αν συμβαίνει αυτό.

Γενικά έχουν προταθεί για την έγκαιρη και πρώιμη διάγνωση του ωοθηκικού καρκίνου τρεις μέθοδοι. Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, η χρήση διαφόρων δεικτών στο περιφερειακό αίμα και ο υπερηχογραφικός έλεγχος. Από διάφορες κλινικές μελέτες δε φαίνεται να είναι αποτελεσματική η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ενώ τα ως τώρα αποτελέσματα δεν επιτρέπουν τη χρήση των δεικτών στην κλινική πράξη. Μεγάλες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος ως ανεξάρτητη μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου έχει περιορισμένη αξία για την ανίχνευση του καρκίνου της ωοθήκης ακόμα και σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Ο συνδυασμός των διαφόρων αυτών μεθόδων αυξάνει την συνολική ευαισθησία του ασυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά το μειονέκτημα είναι η μείωση της ειδικότητας των ευρημάτων (Φωτίου, 2009). Το 2009 πάντως, ο Menon και συνεργάτες, ανακοίνωσαν ότι με τη χρήση συνδυαστικού screening και χρησιμοποιώντας αρχικά έναν δείκτη περιφερειακού αίματος (CA-125) σαν πρώτο επίπεδο ελέγχου και τον υπερηχογραφικό έλεγχο σαν δεύτερο επίπεδο, είχαν θετική προγνωστική αξία 35.1% για τον καρκίνο των ωοθηκών, δίνοντας ελπίδες για ένα πιθανά εφαρμόσιμο και αποτελεσματικό screening (Menon U, 2009). Μένει να αποδειχθεί το κατά πόσον ένα τέτοιο screening θα είναι αποτελεσματικό στη μείωση της θνησιμότητας.

2.7 Ο Καρκίνος του Αιδοίου

Ο καρκίνος του αιδοίου είναι από τις λιγότερο συχνές κακοήθειες του γυναικείου γεννητικού συστήματος, με τη συχνότητά του να ανέρχεται στο 5%, αλλά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση των παρατηρούμενων περιπτώσεων σε νέες γυναίκες²⁹. Διακρίνονται δύο μορφές του καρκίνου αυτού. Τον τύπο που προσβάλλει νέες γυναίκες και σχετίζεται με τον ιό HPV και το κάπνισμα και τον συχνότερο τύπο διηθητικού καρκίνου του αιδοίου που απαντάται σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας, δε σχετίζεται με τον HPV και το κάπνισμα και συχνά συνυπάρχει με σκληρυντικό λειχήνα ή άλλες δυστροφικές αλλοιώσεις του αιδοίου. Η πρόγνωση γενικά στον καρκίνο του αιδοίου είναι καλή με την 5ετή επιβίωση σε αρχικά στάδια να φτάνει στο 98% και συνολικά σε όλα τα στάδια το 70%.

Δεν υπάρχει προτεινόμενο σύστημα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του αιδοίου. Για την πρωτογενή πρόληψή του συστήνεται η διακοπή του καπνίσματος ενώ αναμένεται να είναι αποτελεσματικά τα εμβόλια ενάντια στον HPV. Επιπρόσθετα στο πλαίσιο του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πραγματοποιείται φυσική εξέταση και κλινική εκτίμηση του αιδοίου με αποτέλεσμα συχνά να ανακαλύπτονται προδιηθητικές βλάβες που επιτρέπουν την αντιμετώπιση του σε πρώιμο στάδιο και με πολύ καλά αποτελέσματα.

2.8 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε αναφορά στον καρκίνο του μαστού και στις συχνότερες μορφές καρκίνου των γυναικείων γεννητικών οργάνων, κυρίως μέσα από το πρίσμα της δυνατότητας προληπτικού ελέγχου. Αποτυπώθηκε η σημασία και η βαρύτητα της κάθε νόσου μέσα από επιδημιολογικά κριτήρια και δείκτες. Αναφέρθηκαν οι προδιαθεσικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου σε κάθε περίπτωση, καθώς και οι δυνατότητες που προσφέρονται για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου και τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στον γενικό πληθυσμό η μαστογραφία αποτελεί την πλέον εδραιωμένη και αναντικατάστατη μέθοδο.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως. Τα προληπτικά εμβόλια εναντίον του ιού HPV αναμένεται να αποτελέσουν ένα πρωτοποριακό μέτρο πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου, αν και η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου αποτελεί την εδραιωμένη μέθοδο και ταυτόχρονα την πιο επιτυχημένη μέθοδο δευτερογενούς πρόληψης οποιασδήποτε μορφής καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια το HPV DNA test έρχεται να ενισχύσει και να συνεπικουρήσει το τεστ Παπανικολάου.

Ο καρκίνος του ενδομητρίου αν και αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου του γυναικείου γεννητικού συστήματος στις ανεπτυγμένες χώρες έχει αναλογικά μικρή θνησιμότητα λόγω της εμφάνισης συμπτωμάτων νωρίς από τα αρχικά στάδια της νόσου. Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου και κυρίως της ανεξέλεγκτης δράσης των οιστρογόνων στο ενδομήτριο ενώ εδραιωμένη μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης δεν υπάρχει.

Ο καρκίνος των ωοθηκών χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα λόγω της απουσίας συμπτωμάτων στα αρχικά στάδια της νόσου και καθυστερημένης διάγνωσης. Από άποψη πρόληψης αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό πρόβλημα αφού η ασάφεια στην αιτιολογία του δεν επιτρέπει τη λήψη αποδοτικών προφυλακτικών μέτρων ενώ δεν υπάρχει εδραιωμένη και αποτελεσματική μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης.

Ο καρκίνος του αιδοίου στην πραγματικότητα είναι πολύ σπάνιος για να απαιτούνται μέτρα πρόληψης και πληθυσμιακού ελέγχου. Η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του πραγματοποιείται αναπόφευκτα σε μεγάλο βαθμό μαζί με αυτή του καρκίνου του τραχήλου χωρίς να υπάρχει εξειδικευμένο screening για τη μορφή αυτή καρκίνου.

Η πρόληψη στον γυναικολογικό καρκίνο είναι πλέον μια πραγματικότητα, η οποία οφείλεται στην αναγνώριση του γεγονότος ότι η έναρξη της καρκινικής διεργασίας και η

εξέλιξή της είναι μια διαδικασία πολλαπλών βημάτων, που χαρακτηρίζεται από διακριτά μοριακά γεγονότα. Αυτό προσφέρει δυνατότητες παρέμβασης σε διάφορα στάδια της καρκινογένεσης ή στα πρώιμα καρκινικά στάδια. Παρά τη γνώση αυτή οι περιορισμένες γνώσεις μας στην φυσική ιστορία και πορεία των νοσημάτων ή η απουσία προειδοποιητικών συμπτωμάτων περιορίζουν τις δυνατότητες παρέμβασης, με αποτέλεσμα αξιόπιστοι τρόποι δευτερογενούς πρόληψης να έχουν αναπτυχθεί και να εφαρμόζονται μόνο για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Εισαγωγή

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος με τη μορφή της μαζικής διαλογής (screening) είναι μια σημαντική και αποδοτική μέθοδος περιορισμού και ελέγχου του καρκίνου. Για πολλά είδη καρκίνου η πρόωμη διάγνωση της νόσου επιτρέπει την εφαρμογή της θεραπείας όταν έχει αυξημένες πιθανότητες να είναι επιτυχής και βελτιώνει την επιβίωση. Η θετική επίδραση του screening στην επιβίωση έχει αποδειχθεί αδιαμφισβήτητα για τις περιπτώσεις του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας (Ruchlin HS, 1997). Η συμμετοχή του συνόλου του πληθυσμού στα προγράμματα προσυμπτωματικού screening είναι μέγιστης σημασίας, αφού τα πλεονεκτήματα του screening επιτυγχάνονται μόνο όταν η συμμετοχή είναι ευρεία (Colditz GA, 1997).

Υπάρχουν δύο κυρίως μέθοδοι για την εφαρμογή του προσυμπτωματικού screening σε εθνικό επίπεδο. Η πολιτική του ευκαιριακού screening (το κατ' εξοχήν εφαρμοζόμενο παγκοσμίως), το οποίο βασίζεται κυρίως στην περιστασιακή προτροπή των θεραπόντων ιατρών ή στην αυθόρμητη προσέλευση των ατόμων και η πολιτική του κεντρικά ρυθμιζόμενου screening (κυρίως στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη), στο οποίο ο πληθυσμός περιοδικά προσκαλείται να συμμετάσχει σε προκαθορισμένα προληπτικά τεστ στα πλαίσια ενός εθνικού ή περιοχικού προληπτικού προγράμματος. Τα οργανωμένα προγράμματα screening έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην ελάττωση της θνητότητας, της επίπτωσης της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Χαρακτηρίζονται από ισότητα (προσφέρουν τα ίδια όφελος σε όλες τις γυναίκες), αποτελεσματικότητα (προκαλούν τις μεγαλύτερες μειώσεις στην επίπτωση του καρκίνου) και αποδοτικότητα (έχουν την καλύτερη σχέση κόστους αποτελέσματος). Το ευκαιριακό, μη οργανωμένο screening, επηρεάζει τα ποσοστά του καρκίνου σε σημαντικό ποσοστό, αν και όχι στην ίδια έκταση.

Από τους καρκίνους που σχετίζονται με το γυναικείο γεννητικό σύστημα, όπως έγινε προφανές και στο προηγούμενο κεφάλαιο, αξιόπιστος τρόπος δευτερογενούς πρόληψης έχει αναπτυχθεί μόνο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ αποτελεσματικός προληπτικός έλεγχος εφαρμόζεται και για τον κατ' εξοχήν «γυναικείο καρκίνο», τον καρκίνο του μαστού. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν στοιχεία για την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας που εφαρμόζονται σε διάφορα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία αποτελεί το άμεσο οικονομικό και πολιτικό μακροπεριβάλλον της χώρας μας. Στη

συνέχεια θα παρουσιαστεί η πραγματικότητα στη χώρα μας και η αποτελεσματικότητα του εφαρμοζόμενου μοντέλου screening για αυτά τα νοσήματα.

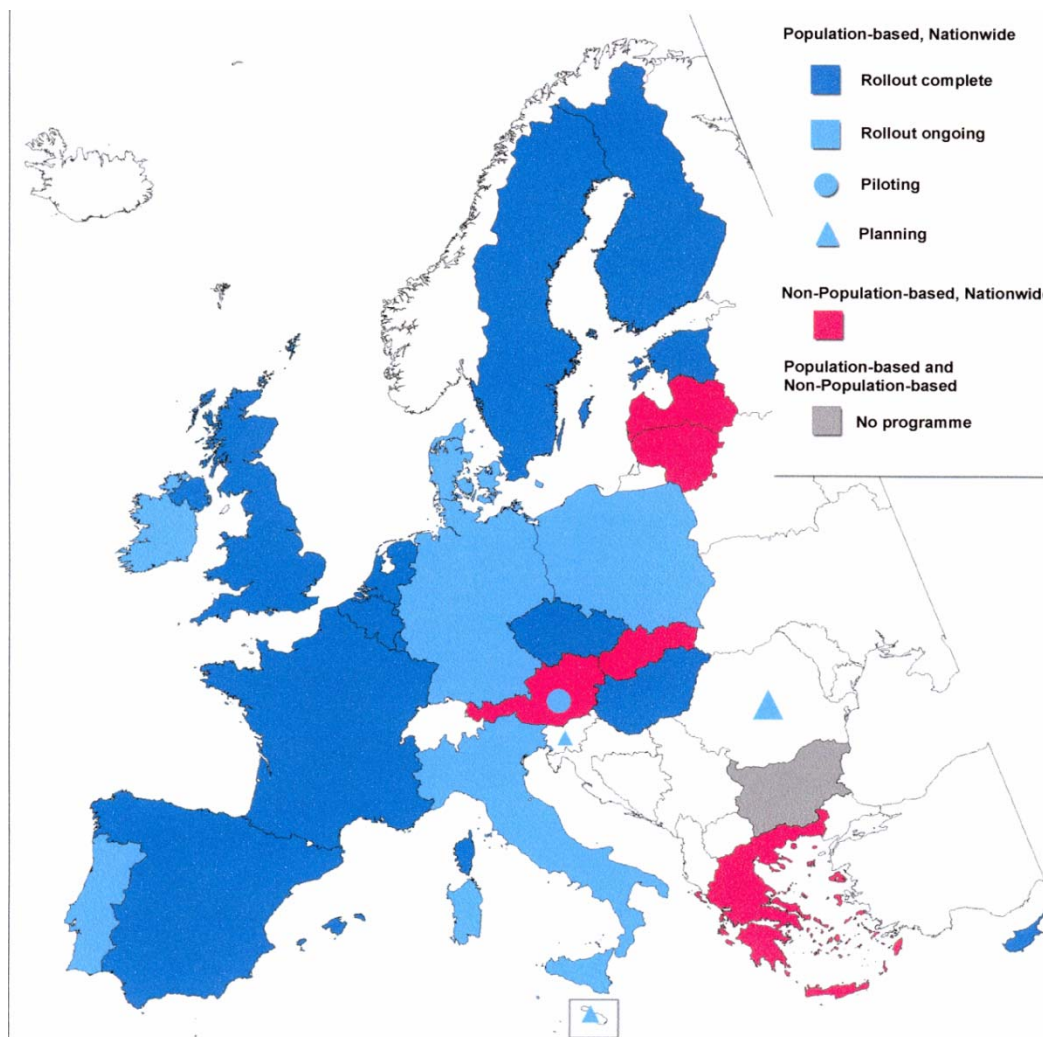
3.2 Το screening στην Ευρώπη

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προτείνει το screening για τον καρκίνο να πραγματοποιείται στα πλαίσια οργανωμένων προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου (Council of the European Union., 2003), με εξασφάλιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών σε όλα τα επίπεδα, λαμβάνοντας υπ' όψη τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες Διασφάλισης Ποιότητας για το Screening του Καρκίνου όπως αυτές έχουν διατυπωθεί για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας (European Communities, 2006). Στα Διαγράμματα 3.1 και 3.2 αποτυπώνεται η εικόνα του προσυμπτωματικού πληθυσμιακού screening στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.). Σε αυτά παρατηρούμε ότι τα προγράμματα screening για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου στην Ε.Ε., το 2007, διακρίνονται με βάση τον τύπο του προγράμματος σε οργανωμένα με συγκεκριμένο πληθυσμό στόχο της διαλογής (population-based), σε ευκαιριακά (non-population-based), ενώ υπάρχουν περιπτώσεις κρατών που δεν εφαρμόζουν κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα διαλογής (no-programme). Το επίπεδο εφαρμογής τους ανά χώρα διαφέρει και μπορεί να είναι εθνικό (nationwide), τοπικό (regional), υπό ολοκλήρωση της εφαρμογής του (rollout complete or ongoing), δοκιμαστικό (piloting) ή υπό σχεδιασμό (planning).

Το Διάγραμμα 3.1 απεικονίζει τη σχετική συμφωνία που έχει επιτευχθεί μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε. επί της προώθησης της μαστογραφικής προσυμπτωματικής διαλογής για τον καρκίνο του μαστού σαν κεντρικό κομμάτι της πολιτικής δημόσιας υγείας. Προγράμματα διαλογής εφαρμόζονταν ή βρίσκονταν σε διαδικασία έναρξης στα 26 από τα 27 κράτη μέλη το 2007, με τα 22 να επιλέγουν οργανωμένα προγράμματα διαλογής (Αυστρία, Βέλγιο, Κύπρος, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία και Ην. Βασίλειο). Από τα πέντε κράτη μέλη που εφαρμόζαν ευκαιριακά προγράμματα διαλογής το 2007 (Αυστρία, Ελλάδα, Λεττονία, Λιθουανία και Σλοβακία), ένα ήταν σε διαδικασία σχεδιασμού για την εφαρμογή οργανωμένου προγράμματος (Αυστρία).

Στο Διάγραμμα 3.2 φαίνεται ότι προγράμματα διαλογής για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εφαρμόζονται σε 25 από τα 27 κράτη μέλη. Σε αντίθεση με την αντίστοιχη εικόνα του screening για τον καρκίνο του μαστού, εδώ εμφανίζεται σημαντική διαφοροποίηση από τις συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης για την εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων διαλογής. Οργανωμένα προγράμματα εφαρμόζονται ή βρίσκονται σε διαδικασία έναρξης σε 15 κράτη μέλη (Δανία, Εσθονία, Φιλανδία, Γαλλία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία,

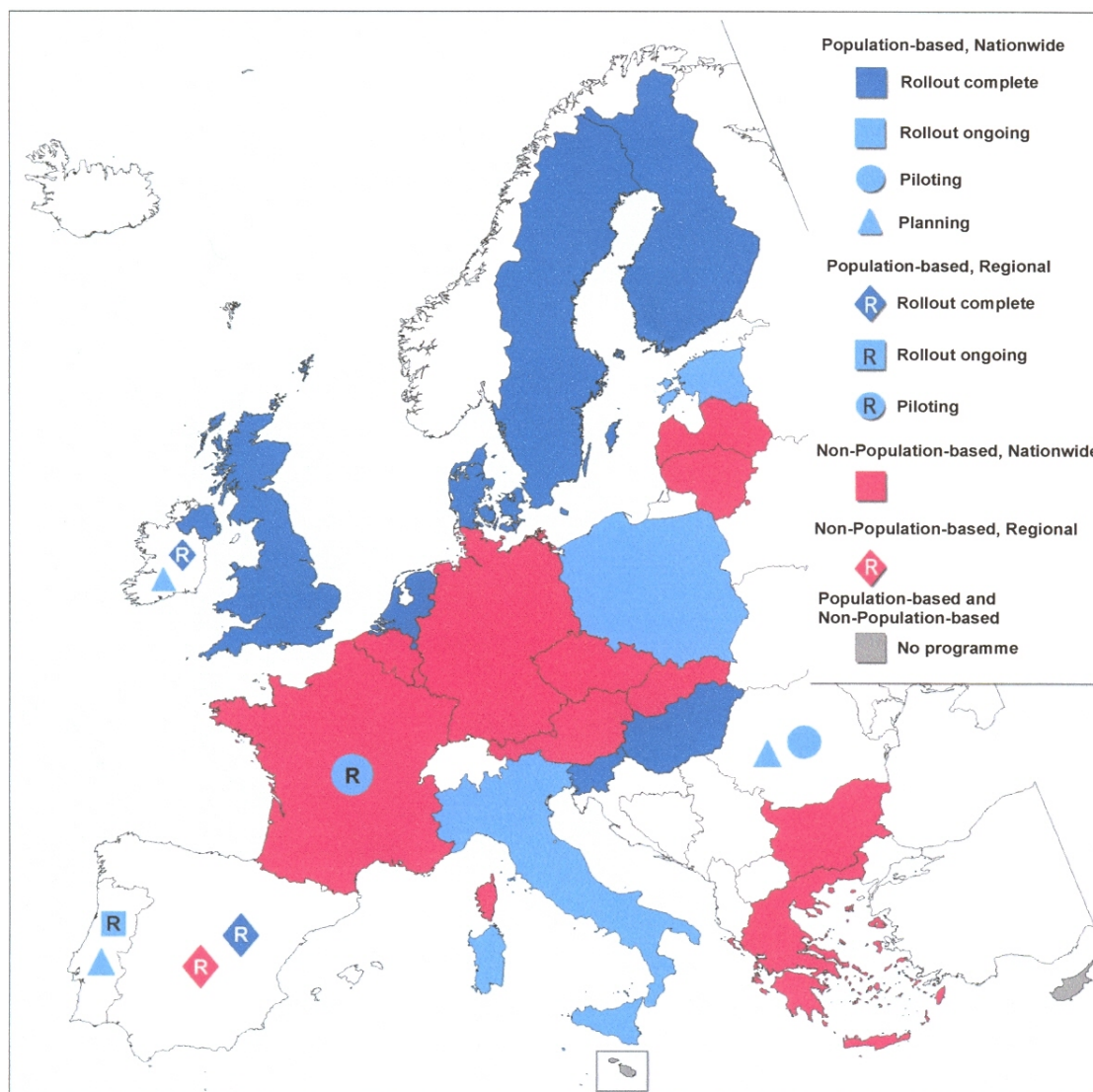
Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία και Ην. Βασίλειο). Ευκαιριακά προγράμματα διαλογής εφαρμόζονται σε 12 κράτη μέλη (Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Τσεχία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Λεττονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Σλοβακία και Ισπανία), ενώ σε δύο από αυτά εφαρμόζονται πιλοτικά τοπικά οργανωμένα προγράμματα διαλογής (Γαλλία και Ιαπωνία).



Πηγή: Commission of the European Communities. 2008

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1

Κατανομή των προγραμμάτων screening για τον Καρκίνο του Μαστού που βασίζονται στη μαστογραφία στην Ε.Ε. το 2007



Πηγή: Commission of the European Communities. 2008

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2

Κατανομή των προγραμμάτων screening για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας που βασίζονται στην κυτταρολογική εξέταση επιχρισμάτων του τραχήλου στην Ε.Ε. το 2007

Ο ετήσιος όγκος εξετάσεων στα πλαίσια screening που πραγματοποιούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι σημαντικός. Παρ' όλα αυτά παραμένουν λιγότερες από το μισό από αυτές που έχουν υπολογιστεί ότι κατ' ελάχιστο θα πραγματοποιούνταν αν το screening για τον καρκίνο ήταν προσιτό σε όλους τους πολίτες (περίπου 125 εκ. εξετάσεις το έτος). Επιπρόσθετα, μόνο το 41% των πραγματοποιούμενων εξετάσεων γίνονται στα πλαίσια οργανωμένων πληθυσμιακών προγραμμάτων screening που ακολουθούν τις οδηγίες διασφάλισης της ποιότητας όπως αυτές έχουν διατυπωθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

3.2.1 Το screening του καρκίνου του τραχήλου στην Ευρώπη

Σύμφωνα με την τελευταία μεγάλη μελέτη, πάνω στην ισχύουσα κατάσταση στα προγράμματα screening για τον καρκίνο του τραχήλου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ανακοινώθηκε πρόσφατα (Ahti Anttila et al, European Journal of Cancer, 2009), η κυτταρολογική εξέταση είναι η κατ' εξοχήν προτεινόμενη και χρησιμοποιούμενη μέθοδος διαλογής. Η εφαρμογή της ξεκινά από ηλικίες μεταξύ των 20 και 30 ετών και σταματά σε ηλικίες 60 με 70 ετών. Στην Αυστρία, στο Λουξεμβούργο, στη Σλοβακία και στην Ισπανία η επίσημη ηλικία έναρξης της συμμετοχής στα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου είναι μικρότερη των 20 ετών.

Τέσσερα από τα κράτη μέλη (Εσθονία, Φιλανδία, Ολλανδία και Ρουμανία) συστήνουν σαν μεσοδιάστημα ελέγχου σε όσες γυναίκες έχουν αρνητικό αποτέλεσμα στην εξέτάσή τους τα 5 έτη, με αποτέλεσμα να προκύπτουν 5-9 προσκλήσεις για συμμετοχή στα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου κατά την διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας, ανάλογα με την ηλικία έναρξης και ολοκλήρωσης της συμμετοχής της στα προγράμματα διαλογής. Σε δεκατέσσερα κράτη συστήνεται σαν βέλτιστο μεσοδιάστημα η τριετία, ή ένας συνδιασμός των ανά τρία και πέντε χρόνια ελέγχων. Σε αυτά τα κράτη ο συνολικός αριθμός των κυτταρολογικών εξετάσεων που θα πρέπει να υποβληθεί μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της αυξάνονται σε 12-17. Σε εννιά κράτη το μεσοδιάστημα είναι μικρότερο των 3 ετών ή αδιευκρίνιστο.

Μεγάλη ποικιλία στον συνολικό αριθμό των screening test, στα οποία θα υποβληθεί μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της, παρατηρείται στα Ευρωπαϊκά κράτη που εφαρμόζουν την πολιτική του ευκαιριακού screening (π.χ. Αυστρία, Βουλγαρία, Κύπρο, Τσεχία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Σλοβακία). Σε αυτά τα κράτη οι συστάσεις επιτρέπουν μεσοδιάστημα ενός έτους μεταξύ αρνητικών test. Στα κράτη με ευκαιριακό screening, ο αριθμός των test στα οποία υποβάλλονται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους δε μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια, με αποτέλεσμα να υποεκτιμάται λόγω της ταυτόχρονης, ατομικής, αυθόρμητης υποβολής των γυναικών σε προληπτικά test στα πλαίσια ιδιωτικού ελέγχου.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Ahti Anttila et al, η κάλυψη με test Παπανικολάου σε όλα τα εφαρμοζόμενα προγράμματα είναι κάτω από το 80% του πληθυσμού-στόχου της διαλογής, με την κάλυψη να κυμαίνεται από 10% έως 79%. Κάλυψη ίση ή μεγαλύτερη του 70% διαπιστώθηκε μόνο σε πέντε ευρωπαϊκές περιοχές (Αλσατία της Γαλλίας, Αγγλία, Φιλανδία, Ολλανδία και Σουηδία). Η σύγκριση των στοιχείων από τις διάφορες χώρες είναι δύσκολη, λόγω των διαφορών στα μεσοδιαστήματα του screening και τον συνυπολογισμό των test που πραγματοποιούνται στα πλαίσια ευκαιριακού ελέγχου.

Η πιο σημαντική ανεπάρκεια που σημειώνεται είναι η συνεχιζόμενη έλλειψη διάθεσης οργανωμένων εθνικών προγραμμάτων διαλογής σε γυναίκες που μπορούν να επωφεληθούν από την συμμετοχή τους σε αυτά. Επιπρόσθετα ελλείψεις σημειώνονται στα συστήματα καταγραφής, ελέγχου και αξιολόγησης που απαιτούνται για την διασφάλιση της ποιότητας. Σε κάποια από τα κράτη συστήνεται υπερβολικός αριθμός ελέγχων κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας, που οφείλεται τόσο στα μικρά μεσοδιαστήματα μεταξύ των ελέγχων, όσο και στη έναρξη των ελέγχων σε πολύ νεαρή ηλικία (π.χ. Λουξεμβούργο στα 15 έτη).

Τα παραπάνω δεν βρίσκονται σε συμφωνία με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες διασφάλισης της ποιότητας στο screening του καρκίνου του τραχήλου. Σύμφωνα με αυτές η ηλικία έναρξης του ελέγχου προτείνεται να είναι στα 20-30 έτη και να συνεχίζεται μέχρι τα 60-65 έτη με μεσοδιαστήματα ελέγχου 3 ή 5 ετών. Η υιοθέτηση των παραπάνω οδηγιών θα μπορούσε να επιφέρει σημαντική μείωση του όγκου των μη αναγκαίων εξετάσεων screening, μειώνοντας τις απαιτήσεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους και βελτιώνοντας τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της διαδικασίας διαλογής.

Αν εξετάσουμε αποκλειστικά τα κράτη με ευκαιριακό screening, η ετήσια κάλυψη του πληθυσμού με test Παπανικολάου που καταγράφεται κυμαίνεται από 30% έως 50%, υποδηλώνοντας μια κατάχρηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το ποσοστό των δικαιούχων γυναικών που δε συμμετέχουν στη διαδικασία διαλογής δηλώνεται στο 24% στην Αυστρία (γυναίκες 20-69 ετών που δεν έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου ποτέ στη ζωή τους), στο 18-30% στη Μάλτα (γυναίκες 25-44 ετών και 45-64 ετών που δεν έχουν ποτέ υποβληθεί σε test Παπανικολάου) και στο 33% στο Βέλγιο (γυναίκες του πληθυσμού στόχου που δεν έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου τα τελευταία 5 έτη). Ειδικότερα για το Βέλγιο, οι ισχύουσες δομές επαρκούν για να καλύψουν τον πληθυσμό-στόχο των προγραμμάτων διαλογής σε ποσοστό μεγαλύτερο του 100%, αν τα μεσοδιαστήματα της screening εξέτασης οριστούν στα 3 έτη.

Τα δεδομένα των μελετών συγκλείουν στην ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των κρατών σε συνδυασμό με συντονισμό και σχεδιασμό των υποδομών, της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των γυναικών, των επαγγελματιών υγείας και των αρχών, ώστε να ξεπεραστούν τα όποια εμπόδια στην επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων screening για τον καρκίνο του τραχήλου. Με δεδομένο το πεπερασμένο των πόρων που μπορούν να κατευθυνθούν στο screening, τα οργανωμένα προγράμματα ελέγχου θα μπορούσαν αρχικά να εφαρμοσθούν σε μικρότερο αριθμό ηλικιακών ομάδων, θέτοντας σαν

πρωτεύοντα στόχο την επίτευξη υψηλού ποσοστού κάλυψης σε αυτές τις ομάδες.¹¹ Η παρουσία μεγάλων ανισοτήτων μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. στην οργάνωση και στην εφαρμογή προγραμμάτων screening, δηλώνει ότι οι αρχές και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να λάβουν αποφάσεις για αποτελεσματικότερα μέτρα και ισχυρότερα κίνητρα για να βελτιώσουν τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού.

3.2.2 Το screening του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, ήδη από το 1986, ξεκίνησε μια πιο συστηματική προσπάθεια καταπολέμησης του καρκίνου, που το 1988 οδήγησε στη διαμόρφωση του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου». Το πρόγραμμα αυτό στόχευε στην ανταλλαγή εμπειρίας και τεχνογνωσίας μεταξύ των κρατών, με στόχο την προοδευτική μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο, κυρίως μέσα από τη βελτίωση της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Ο στόχος που είχε τεθεί τότε, αναφερόταν σε μείωση της συνολικής θνησιμότητας από καρκίνο της τάξης περίπου του 15% μέχρι το έτος 2000 και ο καρκίνος του μαστού θεωρήθηκε ανάμεσα στις βασικές προτεραιότητες για τον γυναικείο πληθυσμό.

Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην αποδοτική χρήση του μαστογραφικού ελέγχου ως μέσου πρόληψης, που ενισχύθηκε στη συνέχεια με πιο πρόσφατα νομοθετήματα, που κατοχύρωσαν ή προσάρμοσαν τις προδιαγραφές λειτουργίας των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Ιδρύθηκε μάλιστα το 1989, σαν φορέας επικοινωνίας και υποστήριξης των αντίστοιχων εθνικών προγραμμάτων το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τον καρκίνο του μαστού» (EBCN-European Breast Cancer Network). Σαν πληθυσμιακή ομάδα στόχος ορίστηκε για όλα τα αντίστοιχα προγράμματα ο γυναικείος πληθυσμός της ηλικιακής ομάδας 50-69 ετών και σαν διάστημα επανελέγχου με μαστογραφικό έλεγχο, τα 2 έτη.

Τα τελευταία χρόνια ανανεώθηκε η συμφωνία μεταξύ των Κρατών-Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια του Συμβουλίου της Ε.Ε. για την προώθηση προγραμμάτων screening για τον καρκίνο του μαστού με τη χρήση της μαστογραφίας, ως πολιτική Δημόσιας Υγείας βασικής σημασίας. Οργανωμένα προγράμματα προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού εφαρμόζονται σε 22 Κράτη-Μέλη, ενώ σε 5 Κράτη-Μέλη εφαρμόζονται ευκαιριακά προγράμματα screening για τον καρκίνο του μαστού που βασίζονται στον μαστογραφικό έλεγχο (Αυστρία, Ελλάδα, Λετονία, Λιθουανία και Σλοβακία) και σε ένα δεν εφαρμόζεται κανένα πρόγραμμα (Βουλγαρία). Ο αριθμός των γυναικών της Ε.Ε. που επηρεάζονται από τις πολιτικές screening για τον καρκίνο του μαστού που εφαρμόζονται είναι μεγάλος, αφού περίπου 59 εκατ. γυναίκες ανήκουν στον

¹¹ (European Communities, 2008)

πληθυσμό στόχο των προγραμμάτων, όπως αυτός ορίζεται από τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες (50-69 ετών).

Στον Πίνακα 3.2 παρουσιάζονται τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού που εφαρμόζονται στην Ευρώπη, το εύρος των ηλικιών στις οποίες απευθύνεται το πρόγραμμα και το εκτιμηθέν μέγεθος του πληθυσμού στόχου για κάθε χώρα, καθώς και τα μεσοδιαστήματα του ελέγχου όπως αυτά εφαρμόζονται στα διάφορα κράτη. Αυτό που μπορεί να διαπιστώσει κάποιος από τα στοιχεία είναι ότι παρά την εκτεταμένη συμφωνία μεταξύ των κρατών για την προτεραιότητα της λειτουργίας προγραμμάτων screening, ο τρόπος με τον οποίον τελικά εφαρμόζονται διαφέρει από χώρα σε χώρα της Ε.Ε (L. von Karsa, 2008).

Η μεγαλύτερη ομοιομορφία εντοπίζεται στο μεσοδιάστημα του επανελέγχου, που ξεπερνάει τη συνιστώμενη περίοδο των δύο ετών σε δύο μόνο κράτη (3 χρόνια σε Μάλτα και Ηνωμένο Βασίλειο). Δώδεκα από τα Κράτη-Μέλη υιοθέτησαν τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες στο ηλικιακό εύρος που προσδιορίζει τον πληθυσμό στόχο του προγράμματος (50-69), ενώ επτά Κράτη-Μέλη δεν καλύπτουν όλο το προαναφερόμενο ηλικιακό φάσμα με έλεγχο, είτε η έλλειψη αυτή αφορά το σύνολο της επικράτειάς τους (Εσθονία, Ουγγαρία, Ιρλανδία και Μάλτα), είτε μερικές μόνο περιοχές τους (Φιλανδία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο). Γυναίκες με ηλικία μικρότερη των 50 ετών και μεγαλύτερη των 69 ετών συμπεριλαμβάνονται στον πληθυσμό στόχο σε οκτώ Κράτη-Μέλη. Το στενότερο ηλικιακό εύρος για τον προσδιορισμό του πληθυσμού στόχου του προγράμματος εφαρμόζεται στην Εσθονία, σε κάποιες περιοχές της Φιλανδίας και στην αρχική φάση της δοκιμαστικής, πιλοτικής εφαρμογής του οργανωμένου screening στη Μάλτα. Το μεγαλύτερο χρησιμοποιούμενο εύρος είναι 40-74 ετών που εφαρμόζεται σε ορισμένες περιοχές της Σουηδίας.

Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες διασφάλισης της ποιότητας στο screening και στη διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού, το προτεινόμενο ως ικανοποιητικό ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού στόχου των προγραμμάτων είναι πάνω από 70%. Στις χώρες της Β. Ευρώπης ο στόχος αυτός φαίνεται να επιτυγχάνεται με τη Φιλανδία να εμφανίζει ποσοστό συμμετοχής 89%, η Σουηδία 69-93% ανάλογα την περιφέρεια, η Δανία 63-84%, η Νορβηγία 76.2%, το Ην. Βασίλειο 71-77% και η Ολλανδία 75%. Στον Ευρωπαϊκό Νότο τα αποτελέσματα είναι λιγότερο ικανοποιητικά με τη Γαλλία να εμφανίζει ποσοστό συμμετοχής 52.5% και την Ιταλία 55.6% σε εθνικό επίπεδο με μεγάλες όμως διαφορές ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή (Βόρεια Ιταλία 60.2%, Κεντρική 51,8% και Νότια 39,1%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Προγράμματα screening για τον Καρκίνο του Μαστού στην Ευρώπη

ΧΩΡΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ		ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ
	Τύπος	Status	Επιλεγμένο Ηλικιακό Φάσμα (σε έτη)	Έτη
Αυστρία	Οργανωμένο	Πilotικό σε εθνικό επίπεδο	40-69	1-2
Αυστρία	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	40+	2
Βέλγιο	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Βουλγαρία	Έλλειψη προγράμματος	Πλήρης έλλειψη προγράμματος		2
Κύπρος	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Τσεχία	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	45-69	2
Δανία	Οργανωμένο	Υπο ολοκλήρωση της εθνικής ανάπτυξης	50-69	2
Εσθονία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Φιλανδία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-(59)69	2
Γαλλία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-74	2
Γερμανία	Οργανωμένο	Υπο ολοκλήρωση της εθνικής ανάπτυξης	50-69	2
Ελλάδα	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	40+	(1)2
Ουγγαρία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	45-65	2
Ιρλανδία	Οργανωμένο	Υπο ολοκλήρωση της εθνικής ανάπτυξης	50-64	2
Ιταλία	Οργανωμένο	Υπο ολοκλήρωση της εθνικής ανάπτυξης	50-69	2
Λετονία	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	50-69	2

Πίνακας 3.1 (συνέχεια)				
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ		ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ
ΧΩΡΑ	Τύπος	Status	Ηλικιακό Φάσμα (σε έτη)	Έτη
Λιθουανία	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Λουξεμβούργο	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Μάλτα	Οργανωμένο	Σχεδιασμός για εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο	50-(59)69 ¹	3
Ολλανδία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-75	2
Πολωνία	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Πορτογαλία	Οργανωμένο	Υπο ολοκλήρωση της εθνικής ανάπτυξης	45-69	2
Ρουμανία	Οργανωμένο	Σχεδιασμός για εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Σλοβακία	Ευκαιριακό	Σε εθνικό επίπεδο	40+	2
Σλοβενία	Οργανωμένο	Σχεδιασμός για εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο	50-69	2
Ισπανία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	(45)50-64(70) ²	2
Σουηδία	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	40(50)-(69)74 ³	2
Ην. Βασίλειο	Οργανωμένο	Ολοκληρωμένη ανάπτυξη σε εθνικό επίπεδο	50-(64)70 ⁴	3

Πηγή: Τροποποιημένο από L. Von Karsa et al, Cancer screening in the European Union, European Communities, 2008

Επεξηγήσεις:

- (1) Μάλτα: Από το 2008 εφαρμόζεται πρόγραμμα screening με επανάκληση για έλεγχο κάθε 3 χρόνια για τις γυναίκες 50-59 ετών το οποίο σταδιακά επεκτείνεται και στην ηλικιακή ομάδα 60-69.
- (2) Ισπανία: Ηλικία έναρξης προσυμπτωματικού ελέγχου τα 45 έτη σε 6 περιφέρειες και τα 50 έτη σε 12 περιφέρειες. Ηλικία ολοκλήρωσης συμμετοχής στο πρόγραμμα τα 64 έτη σε 7, τα 65 έτη σε 4, τα 67 έτη σε 1, τα 69 έτη σε 5 και τα 70 έτη σε 1 περιφέρεια.
- (3) Σουηδία: Το 70% των περιφερειών ξεκινούν τον έλεγχο στην ηλικία των 40 ετών και 50% των περιφερειών συμπεριλαμβάνουν στον πληθυσμό στόχο την ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών.
- (4) Ην. Βασίλειο: Ο πληθυσμός στόχος είναι η ηλικιακή ομάδα 50-70 ετών με εξαίρεση τη Β. Ιρλανδία που είναι 50-64 ετών. Μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες μπορούν να ζητήσουν έλεγχο κάθε 3 έτη.

3.3 Το screening στην Ελλάδα

Στη χώρα μας δεν εφαρμόζεται κάποιο εθνικό πρόγραμμα screening για τον καρκίνο, δεν υπάρχει κάποια διαμορφωμένη πολιτική δημόσιας υγείας με στόχο τον περιορισμό του καρκίνου και δεν λειτουργεί κάποιο σύστημα καταγραφής των περιπτώσεων καρκίνου. Η προοδευτική αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών του πληθυσμού με την απομάκρυνσή του από την προφυλακτική Μεσογειακή Διατροφή, η αδυναμία περιορισμού της χρήσης καπνού, η έλλειψη οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και οι ανισότητες στις παροχές του συστήματος υγείας (Mossialos E, 2005), πιθανά να εξηγούν το γιατί η Ελλάδα είναι ένα από τα δύο Ευρωπαϊκά κράτη (μαζί με την Πορτογαλία) με το φτωχότερο αποτέλεσμα στην πρόληψη του καρκίνου τα τελευταία 25 έτη (Boyle P, 2003).

3.3.1 Το screening του καρκίνου του τραχήλου στην Ελλάδα

Η πολιτική που ακολουθείται στην Ελλάδα στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου είναι αυτή του ευκαιριακού screening, χωρίς να υπάρχει σύστημα πρόσκλησης και επανάκλησης ή στενότερης παρακολούθησης γυναικών με αυξημένους παράγοντες κινδύνου. Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος “Europe Against Cancer” και σε μια προσπάθεια προοδευτικής εφαρμογής των Ευρωπαϊκών Οδηγιών διασφάλισης της ποιότητας στο screening του Καρκίνου του Τραχήλου εφαρμόζονται δύο πιλοτικά προγράμματα οργανωμένου screening (Χαλκιδική και Ηλεία) που όμως αφορούν μικρό μέρος του πληθυσμού.

Η δυνατότητα ευκαιριακού προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου προσφέρεται σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, σε πολλά από τα κέντρα υγείας και στα πλαίσια της ιδιωτικής πρωτοβουλίας σε όλα τα γυναικολογικά ιατρεία και τα περισσότερα μεγάλα διαγνωστικά κέντρα. Οι κρατικές δομές προσφέρουν στις γυναίκες δωρεάν το test Παπανικολάου αν και υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στον καθορισμό των ραντεβού και μεγάλη αναμονή την ημέρα της εξέτασης για την πραγματοποίησή της. Αν πραγματοποιηθεί η εξέταση σε ιδιωτικές δομές το κόστος επιστρέφεται πλήρως ή μερικώς από τα ασφαλιστικά ταμεία στη γυναίκα αλλά μέσω διαδικασιών που είναι χρονοβόρες και γραφειοκρατικές.

Επίσημες οδηγίες που να αφορούν τις ομάδες του πληθυσμού που πρέπει να συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο (το εύρος των ηλικιών, ηλικία έναρξης και ηλικία αποδέσμευσης) και τα χρονικά μεσοδιαστήματα μεταξύ των ελέγχων δεν υπάρχουν. Ούτε τα κεντρικά κρατικά όργανα, ούτε οι επιστημονικές εταιρίες που σχετίζονται με τη νόσο (Ογκολογική, Γυναικολογική, Γυναικολογικού Καρκίνου κ.α.)

έχουν ανακοινώσει οδηγίες βέλτιστης πρακτικής για το screening. Το αποτέλεσμα είναι στη κλινική πράξη ο έλεγχος με test Παπανικολάου να πραγματοποιείται κάθε έτος από όλες τις γυναίκες, από την ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών μέχρι και την ηλικία των 65-70 ετών. Η αποδέσμευση από το screening προϋποθέτει τρία φυσιολογικά test Παπανικολάου στη σειρά τα τρία τελευταία χρόνια πριν από την αποδέσμευση.

Αξιόπιστα στοιχεία για την κάλυψη του πληθυσμού της χώρας μέσω της ευκαιριακής πολιτικής προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου δεν υπήρχαν μέχρι την ανακοίνωση τον Ιούνιο του 2009 των αποτελεσμάτων έρευνας Hellas Health I (Dimitrakaki C, 2009), μια εθνικής εμβέλειας έρευνα που περιέλαβε 1005 άτομα από τις 13 γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε γυναίκες ηλικίας 21-69 ετών το ποσοστό υποβολής σε test Παπανικολάου μέσα στα 3 τελευταία έτη ήταν 59.4%, που μπορεί να χαρακτηριστεί μη ικανοποιητικό. Γυναίκες 30-49 ετών ήταν πιο πιθανό να έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου (73.5%) από ότι γυναίκες 21-29 ετών (50%). Στις ηλικίες 50-69 ετών μόνο ένα ποσοστό 48.5% είχε υποβληθεί σε screening έλεγχο εντός των τελευταίων τριών ετών. Υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής διαπιστώθηκε σε γυναίκες μέσης ή ανώτερης μόρφωσης, στις έγγαμες καθώς και σε όσες άνηκαν σε υψηλότερες κοινωνικές τάξεις, ενώ ο τόπος κατοικίας δε συσχετίστηκε με τη συμμετοχή ή όχι στον έλεγχο.

Πιο απογοητευτικά είναι τα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν το 2010 από μια νέα έρευνα που κάλυψε το σύνολο της Ελληνικής επικράτειας και περιέλαβε δεδομένα από 3637 γυναίκες (Karamproiki V, 2010) από τις οποίες λήφθηκαν συνεντεύξεις την πενταετία 2000-2005. Σύμφωνα με αυτή το ποσοστό των γυναικών που είχε υποβληθεί σε test Παπανικολάου τα τελευταία 3 χρόνια δεν ξεπερνάει το 38%. Η σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ των δύο ερευνών μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι στη δεύτερη έρευνα μεγάλο ποσοστό του δείγματος αφορούσε γυναίκες μεγάλης ηλικίας, με τις γυναίκες >70 ετών να αντιπροσωπεύουν το 18,4% του συνολικού δείγματος και τις γυναίκες >60 ετών το 44%. Δυστυχώς ποσοστά συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού της έρευνας δεν παρέχονται. Οι ίδιοι πάντως οι συγγραφείς αναγνωρίζουν αδυναμίες στην έρευνα τους και δε συστήνουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων τους στον Ελληνικό πληθυσμό.

3.3.2 Το screening του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα

Σε αναλογία με τον καρκίνο του τραχήλου και στον καρκίνο του μαστού ακολουθείται η πολιτική του ευκαιριακού screening, με τη συμμετοχή στις διαδικασίες του προσυμπτωματικού ελέγχου να στηρίζεται στην αυτοενεργοποίηση της κάθε γυναίκας ή την δράση των ιατρών κατά μόνας. Ειδικότερα, κάθε γυναίκα που χρειάζεται μαστογραφία θα πρέπει είτε να πάρει το σχετικό παραπεμπτικό από τον προσωπικό της

γυναικολόγο, είτε να υποβληθεί σε μια αρχική κλινική εξέταση μαστού στα εξωτερικά ιατρεία κάποιου νοσοκομείου, από όπου θα παραπεμφθεί για την εξέταση. Τα έξοδα καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Σε μια προσπάθεια να καλυφθεί ο πληθυσμός της υπαίθρου αλλά και να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στο screening, αναπτύχθηκαν τα περασμένα χρόνια προγράμματα με κινητές μονάδες μαστογραφιών, που πρόσφεραν την εξέταση δωρεάν σε περιοχές με μεγάλη απόσταση από τις κεντρικές υγειονομικές δομές.

Επίσημες οδηγίες από κρατικό φορέα που να αφορούν τις ομάδες του πληθυσμού που πρέπει να συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο και τα χρονικά μεσοδιαστήματα μεταξύ των ελέγχων δεν υπάρχουν. Η Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας (Σολδάτου, 2006) προτείνει ότι γυναίκες ηλικίας από 40 ετών και άνω πρέπει να πραγματοποιούν ετήσιο έλεγχο με μαστογραφία και να τον συνεχίζουν εφόσον βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας. Οι γυναίκες ηλικίας από 20-39 ετών πρέπει να προσέρχονται σε ειδικευμένο ιατρό για κλινική εξέταση των μαστών κατά προτίμηση κάθε 3 χρόνια στα πλαίσια του περιοδικού τους ελέγχου υγείας. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η εξέταση αυτή πρέπει να πραγματοποιείται κάθε χρόνο. Το αποτέλεσμα είναι στη κλινική πράξη ο μαστογραφικός έλεγχος να συστήνεται να πραγματοποιείται κάθε έτος από όλες τις γυναίκες, από την ηλικία των 40 ετών και κάθε έτος δια βίου, ενώ θα πρέπει να συνδυάζεται με κλινική εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό.

Τα ποσοστά συμμετοχής στον μαστογραφικό έλεγχο δεν είχαν ποτέ επίσημα εκτιμηθεί σε δημοσιευμένα δεδομένα πριν από την Hellas Health I (Dimitrakaki C, 2009). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών το ποσοστό υποβολής σε μαστογραφία μέσα στα 3 τελευταία έτη ήταν 53.8%, που μπορεί να χαρακτηριστεί μη ικανοποιητικό. Η ηλικία ήταν ο μόνος σημαντικός παράγοντας που συσχετίστηκε με την υποβολή ή όχι σε μαστογραφία. Γυναίκες 50-54 ετών και 55-59 ετών είχαν υψηλότερη πιθανότητα να υποβληθούν σε μαστογραφία από ότι γυναίκες 60-69 ετών (ποσοστά 72.1, 54.9 και 42.7% αντίστοιχα). Συγκεκριμένα γυναίκες με ηλικία 50-54 έτη είχαν περίπου 4 φορές υψηλότερη πιθανότητα να υποβληθούν σε μαστογραφικό έλεγχο από γυναίκες 60-69 ετών. Ο τόπος κατοικίας, η κοινωνική τάξη και το επίπεδο μόρφωσης δε συσχετίστηκαν με τη συμμετοχή στον έλεγχο.

Η έρευνα των Karamproiki et al, που δημοσιεύτηκε το 2010, δίνει πολύ χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού για τις Ελληνίδες που συμμετείχαν στην έρευνα. Μόνο 23% δηλώνει ότι έχει υποβληθεί σε μαστογραφία και μόλις 28% σε κλινική εξέταση μαστού τα τελευταία 2 χρόνια. Ανεξάρτητα από τις αδυναμίες των ερευνών και από τη δυνατότητα ή όχι γενίκευσης στον πληθυσμό τα στοιχεία αυτά προβληματίζουν.

Τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά και σε καμιά περίπτωση δε πλησιάζεται ο στόχος που έχει τεθεί από την Ε.Ε. και εκφράζεται στις Ευρωπαϊκές Οδηγίες διασφάλισης της ποιότητας στο screening και στη διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού για κάλυψη του πληθυσμού στόχου κάθε χώρας σε ποσοστό πάνω από 70% (European

Communities, 2006). Ισχυρή είναι η αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και ιδιαίτερα της Βόρειας Ευρώπης στις οποίες η συμμετοχή του πληθυσμού στα προγράμματα μαστογραφικού ελέγχου πλησιάζει το 80%. Χαρακτηριστικό το παράδειγμα της Φιλανδίας, που με την εφαρμογή οργανωμένου προγράμματος μαστογραφικού ελέγχου κατάφερε σε ορισμένες περιοχές της, μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού μέχρι και 28%.

3.4 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν οι κατευθυντήριες γραμμές για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού που προσπαθεί να προωθήσει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Στόχος της η ευρύτερη εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων screening με κεντρικό έλεγχο, συστήματα κλήσης και επανάκλησης των γυναικών που ανήκουν στον πληθυσμό στόχο των παρεμβάσεων και μεγιστοποίηση του ποσοστού συμμετοχής, σε ένα πλαίσιο αποδεκτής σχέσης κόστους αποτελέσματος. Ταυτόχρονα έγινε μια αδρή περιγραφή της πραγματικότητας στα διάφορα Κράτη-Μέλη της Ε.Ε και αναδείχθηκαν διαφορές στον τύπο, τον τρόπο εφαρμογής και στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Η διαπίστωση που προκύπτει από τα στοιχεία είναι ότι παρά την εκτεταμένη συμφωνία μεταξύ των κρατών για την προτεραιότητα της λειτουργίας προγραμμάτων screening, ο τρόπος με τον οποίον τελικά εφαρμόζονται διαφέρει από χώρα σε χώρα της Ε.Ε. Η παρουσία μεγάλων ανισοτήτων μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. στην οργάνωση και στην εφαρμογή προγραμμάτων screening, υποδηλώνει ότι οι αρχές και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να λάβουν αποφάσεις για αποτελεσματικότερα μέτρα και ισχυρότερα κίνητρα για να βελτιώσουν τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού.

Η πραγματικότητα στην Ελλάδα είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεχυμένη χωρίς κεντρικές εθνικές οδηγίες για τις ηλικιακές ομάδες που αφορούν οι έλεγχοι στα πλαίσια του screening ούτε για τα χρονικά διαστήματα επανελέγχου. Το εφαρμοζόμενο ευκαιριακό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου δεν έχει τη δυνατότητα συλλογής στοιχείων για τα ποσοστά συμμετοχής των γυναικών, ενώ η συμμετοχή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον έλεγχο κάνει τη συλλογή αξιόπιστων στοιχείων ακόμα δυσκολότερη. Απαραίτητη φαίνεται η λειτουργία κάποιας κεντρικής αρχής που να συντονίζει και να συλλέγει τα δεδομένα με στόχο την χαρτογράφηση της πραγματικότητας στη χώρα μας για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Τα δεδομένα που προκύπτουν από έρευνες των τελευταίων ετών είναι απογοητευτικά και μακριά από τους στόχους της ευρωπαϊκής πολιτικής για τον περιορισμό του καρκίνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Η σημασία και η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, σαν εργαλείο πρόληψης του καρκίνου, όπως παρουσιάστηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, είναι πλέον αναγνωρισμένη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ενσωμάτωσή του στις πολιτικές δημόσιας υγείας που εφαρμόζονται τόσο σε επίπεδο κρατών όσο και στα πλαίσια ευρύτερων πολιτικών και οικονομικών οντοτήτων όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο προληπτικός έλεγχος υγιών και ασυμπτωματικών ατόμων, επιτρέπει την ανίχνευση της νόσου σε πρώιμο στάδιο, στο οποίο η θεραπευτική της αντιμετώπιση είναι αποτελεσματικότερη και ευχερέστερη. Με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η πρόγνωση της νόσου και η ποιότητα ζωής του ασθενούς ενώ αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης και το οικονομικό όφελος από την αποφυγή πολυδάπανων εξετάσεων και θεραπειών μιας προχωρημένης μορφής της νόσου.

Στις περιπτώσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού η εφαρμογή προγραμμάτων screening του πληθυσμού στα ανεπτυγμένα κράτη έχει οργανωθεί ή προοδευτικά οργανώνεται με βάση τρεις άξονες. Ο πρώτος άξονας είναι η εφαρμογή ενός οργανωμένου μοντέλου προσυμπτωματικού ελέγχου, ο δεύτερος είναι η κάλυψη του ευρύτερου δυνατού τμήματος του πληθυσμού που εμπίπτει στα κριτήρια του προσυμπτωματικού ελέγχου και ο τρίτος η συμπόρευση με κεντρικές κατευθυντήριες γραμμές, που στόχο έχουν την καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα του ελέγχου, σε συνδυασμό με την βέλτιστη χρήση των πόρων που διατίθενται για τη λειτουργία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου.

Στη χώρα μας οι τρεις αυτοί άξονες δε βρίσκουν εφαρμογή. Αντίθετα στην Ελλάδα συνεχίζεται να εφαρμόζεται το μοντέλο του ευκαιριακού screening, δεν υπάρχει σαφής στόχος πληθυσμιακής κάλυψης, και διατίθενται περιορισμένα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της κάλυψης, ενώ δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές. Σε ένα τέτοιο σχετικά θολό τοπίο η προσωπική εγρήγορση και η προσβασιμότητα των σημείων ελέγχου θα μπορούσαν θεωρητικά να αποτελούν σημαντικό κομμάτι της επιτυχίας του προσυμπτωματικού ελέγχου. Ξεκινώντας από αυτή την αρχική υπόθεση θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι αναμένεται να υπάρχει διαφορά στο ποσοστό συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών που κατοικούν στην

περιφέρεια, σε σχέση με γυναίκες κεντρικότερων πιο πυκνοκατοικημένων περιοχών, με τις δεύτερες λόγω της ευχερέστερης πρόσβασης στις δημόσιες ή ιδιωτικές δομές ελέγχου, να έχουν το προβάδισμα. Με βάση τα παραπάνω κρίνεται ενδιαφέρουσα η προσπάθεια αξιολόγησης της συμμετοχής των γυναικών ενός περιφερειακού Νομού στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και στον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες ανάλογες μελέτες, καθώς και με μελέτες που αναφέρονται σε όλη την επικράτεια

4.2 Χαρακτηριστικά της έρευνας

Στην ενότητα που ακολουθεί διατυπώνονται οι στόχοι της έρευνας και οι υποθέσεις που προσπαθούμε να διαλευκάνουμε. Γίνεται μια παρουσίαση της περιοχής που αποτελεί τον φυσικό χώρο της έρευνας και των κριτηρίων επιλογής και αποκλεισμού που διαμόρφωσαν τον πληθυσμό στόχο της μελέτης. Παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και ο τρόπος συλλογής των δεδομένων, ενώ περιγράφεται αδρά η υλοποίηση της συλλογής των δεδομένων και η στατιστική τους επεξεργασία.

4.2.1 Στόχοι και υποθέσεις της έρευνας

Στόχοι αυτής της περιγραφικής μελέτης είναι, αφ' ενός ο προσδιορισμός του ποσοστού των γυναικών που υποβάλλονται σε εξέταση κατά Παπανικολάου και σε μαστογραφία τακτικά στη περιοχή του Νομού Λακωνίας και αφετέρου η σύνδεση του ποσοστού συμμετοχής τους στο screening με ορισμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της έρευνας. Ειδικότερα οι στόχοι της μελέτης είναι οι εξής:

- Ο προσδιορισμός του ποσοστού των γυναικών που κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου σε τακτική βάση.
- Ο προσδιορισμός του ποσοστού των γυναικών που κάνει μαστογραφικό έλεγχο σε τακτική βάση.
- Η σύνδεση των αποτελεσμάτων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό εξέταση πληθυσμού.
- Ο έλεγχος του κατά πόσον η τακτική ετήσια γυναικολογική εξέταση επηρεάζει το ποσοστό συμμετοχής στις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου.

Χρησιμοποιώντας μια διαφορετική διατύπωση θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παρούσα έρευνα προσπαθεί να διερευνήσει τις παρακάτω υποθέσεις:

- Το αν και σε ποια έκταση οι γυναίκες που διαμένουν στον Νομό Λακωνίας συμμετέχουν στις προληπτικές εξετάσεις που αφορούν τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Το κατά πόσο η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, το οικογενειακό εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των τοκετών.
- Το αν και σε ποιο βαθμό οι συστηματικές επισκέψεις σε γυναικολόγο επηρεάζουν το βαθμό συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο.

Γίνεται ουσιαστικά μια προσπάθεια καταγραφής της χρήσης των συγκεκριμένων προληπτικών εξετάσεων από τα άτομα που συμμετέχουν στη μελέτη και μια προσπάθεια επεξήγησης των διαφορών που πιθανά θα παρατηρηθούν στη χρήση. Σαν μέσα για την επεξήγηση και κατανόηση των διαφορών χρησιμοποιούνται τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι τα δημογραφικά, το ιστορικό των τοκετών και η συχνότητα των γυναικολογικών επισκέψεων.

4.2.2 Περιοχή Μελέτης

Ο Νομός Λακωνίας είναι ο νοτιότερος νομός της Πελοποννήσου. Έχει έκταση 3636 km², περιλαμβάνει 20 Δήμους και 2 Κοινότητες και ο πληθυσμός ανέρχεται στους 100000 κατοίκους. Ο πληθυσμός των γυναικών ηλικίας 20-69 ετών που κατοικούν στο Νομό Λακωνίας ανέρχεται σε περίπου 28000, σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001 όπως αυτά παρέχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. Βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος και διαθέτει δύο κύριους ορεινούς όγκους, την οροσειρά του Ταυγέτου και την οροσειρά του Πάρωνα. Στη Λακωνία ανήκει και το μοναδικό κατοικημένο νησί της Πελοποννήσου, η Ελαφώνησος.

Οι περισσότεροι κάτοικοι του νομού ασχολούνται με την αγροτική καλλιέργεια και την παραγωγή αγροτικών προϊόντων, με πιο συνηθισμένα το πορτοκάλι, την ελιά και το λάδι είτε ως κύρια πηγή εισόδηματος είτε ως δευτερεύουσα. Αρκετοί κάτοικοι ασχολούνται με την κτηνοτροφία, ενώ ανεπτυγμένος είναι και ο κλάδος του καλοκαιρινού τουρισμού. Η τελική επιλογή του Νομού στηρίχθηκε στην αγροτική μη αστική φύση του μεγαλύτερου μέρους του νομού και στην προσωπική σύνδεσή μου με την περιοχή.

4.2.3 Πληθυσμός Στόχος και Κριτήρια Αποκλεισμού

Η επιλογή του κατάλληλου πληθυσμού-στόχου στηρίχθηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν αναπτυχθεί σε άλλα σημεία της εργασίας (οδηγίες Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγίες American Congress of Obstetricians and Gynecologists), στο ηλικιακό φάσμα στο οποίο εφαρμόζεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος στα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη καθώς και στην κλινική πρακτική που ακολουθείται στη χώρα μας τα τελευταία έτη. Για το τεστ Παπανικολάου πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν γυναίκες, μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής μελέτης, με ηλικία 20 – 69 ετών. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Η μη έναρξη σεξουαλικών επαφών (Virgo).
- Ατομικό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Ατομικό ιστορικό ολικής υστερεκτομής.

Για τη μαστογραφία πληθυσμό-στόχο αποτέλεσαν γυναίκες, μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής μελέτης. ηλικίας 40 – 69 ετών. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού.
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού
- Ιστορικό μαστεκτομής ή επεμβάσεων βιοψίας.
- Καλοήθεις παθήσεις του μαστού π.χ. ινοαδένωμα.

Με τα κριτήρια αποκλεισμού αφαιρούνται από το δείγμα οι γυναίκες εκείνες που έχουν λόγο να μην υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου, όπως οι Virgo, στις οποίες δε μπορεί να γίνει τεστ Παπανικολάου και οι γυναίκες στις οποίες έχει αφαιρεθεί ο τράχηλος στα πλαίσια υστερεκτομής. Συγχρόνως αποκλείονται οι γυναίκες εκείνες που λόγω ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού υποβάλλονται τακτικά και σε άλλη συχνότητα από τον γενικό πληθυσμό στις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου. Για παράδειγμα οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου που στα πλαίσια του follow up των νοσημάτων τους υποβάλλονται στις εξετάσεις αυτές για την έγκαιρη διάγνωση πιθανής υποτροπής.

4.2.4 Διαμόρφωση ερωτηματολογίου και τρόπος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η κατάρτιση του ερωτηματολογίου οργανώθηκε σε δύο φάσεις. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με αναζήτηση ανάλογων μελετών και προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου όπως των

Dimitrakaki C et al του 2009 ή των Karampoiki V et al, του 2010. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της αναζήτησης ήταν η διαμόρφωση της αρχικής μορφής του ερωτηματολογίου.

Η δεύτερη φάση περιελάμβανε τόσο τη συμπλήρωση της αρχικής μορφής του ερωτηματολογίου από δέκα γυναίκες με χαρακτηριστικά ίδια με τις γυναίκες που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη όσο και τη συνέντευξη τους από τον ερευνητή (pilot study). Προηγήθηκε ενημέρωση των συμμετεχόντων για το σκοπό της μελέτης και το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Στόχος της συνέντευξης ήταν να διαπιστωθεί ο βαθμός της κατανόησης των ερωτήσεων, η καλή νοηματική μετάβαση από ερώτηση σε ερώτηση, η αποδοχή των ερωτήσεων και να υπολογιστεί ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωσή του. Όπου ζητήθηκαν διευκρινήσεις ή διστακτικότητα απάντησης σημειώθηκαν από τον ερευνητή. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής ήταν να επιβεβαιωθεί η νοηματική συνέχεια στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, να αφαιρεθούν οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου και δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου. Τα αρχικά αυτά ερωτηματολόγια δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη.

Το ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε και χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Χωρίζεται σε πέντε τμήματα ή νοηματικές ενότητες. Στο πρώτο καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτούμενων μέσω πέντε (5) ερωτήσεων κλειστού τύπου, στο δεύτερο καταγράφεται ο αριθμός των τοκετών με μία (1) ερώτηση κλειστού τύπου, στο τρίτο αποτυπώνεται η συχνότητα της επαφής των ερωτούμενων με γυναικολόγο με μία (1) ερώτηση κλειστού τύπου, στο τρίτο τμήμα διερευνάται η συμμετοχή στο τεστ Παπανικολάου με πέντε (5) ερωτήσεις κλειστού τύπου και στο τέταρτο τμήμα διερευνάται η συμμετοχή στο μαστογραφικό έλεγχο με τέσσερις (4) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο της μελέτης παρατίθεται στο Παράρτημα Α.

Η συλλογή των δεδομένων και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε με επισκέψεις κατ' οίκον. Η διαδικασία αυτή είναι χρονοβόρα και αυξημένου κόστους αλλά επιτρέπει την προσωπική επαφή και την παροχή επεξηγηματικών πληροφοριών ενώ ελαχιστοποιείται ο χρονικός περιορισμός. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή και από δύο εθελόντριες-συνεργάτιδες, μόνιμες κατοίκους της περιοχής που εργάζονται στο χώρο της υγείας (μαία και νοσηλεύτρια). Η βοήθεια από γυναίκες, επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στην περιοχή θεωρήθηκε παράγοντας που θα επιδρούσε θετικά στην απαντητικότητα στο ερωτηματολόγιο.

Εναλλακτικά είχε εξετασθεί η πιθανότητα συλλογής των απαντήσεων μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, αλλά αποθαρρυντικά στοιχεία απετέλεσαν το κόστος, το γεγονός ότι η τηλεφωνική επικοινωνία μπορεί ενίοτε να είναι ενοχλητική και η περιορισμένη, κατά κανόνα, χρονική της διάρκεια. Επιπρόσθετοι παράγοντες που συνετέλεσαν στην απόρριψη της μεθόδου ήταν η απουσία προσωπικής επαφής που κρίθηκε σημαντική για τη φύση του υπό διερεύνηση αντικειμένου, ο εξ' ορισμού αποκλεισμός ορισμένων ατόμων λόγω έλλειψης τηλεφωνικής σύνδεσης και η θεωρητικά δυσχερέστερη επικοινωνία με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

4.2.5 Περιγραφή υλοποίησης

Από τους Δήμους και τις Κοινότητες του Ν. Λακωνίας συμπεριελήφθησαν όλοι οι Δήμοι. Στους περισσότερους από αυτούς και στο κεντρικό τουλάχιστον διαμέρισμά τους, οι δημότες έχουν τη δυνατότητα να υποβληθούν στις υπό μελέτη προσυμπωματικές εξετάσεις είτε από δημόσιες είτε από ιδιωτικές, συνεργαζόμενες με τα ασφαλιστικά ταμεία, δομές. Ταυτόχρονα από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι δύο κοινότητες του νομού λόγω της ιδιαιτερότητας στις δυσκολίες πρόσβασης που παρουσιάζουν (νησί-Κοινότητα Ελαφονήσου, απομονωμένη ορεινή περιοχή-Κοινότητα Καρυών).

Από τους είκοσι δήμους του νομού και με τυχαίο τρόπο επιλέχθηκε να διεξαχθεί η έρευνα στο Δήμο Φάριδος. Ο Δήμος Φάριδος έχει 4787 μόνιμους κατοίκους, από τους οποίους οι 2665 είναι γυναίκες. Αποτελείται από 12 Δημοτικά Διαμερίσματα τα οποία παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1, σε συνδυασμό με τον αριθμό των γυναικών μόνιμων κατοίκων των περιοχών αυτών, που πληρούν τα ηλικιακά κριτήρια για την συμμετοχή στη μελέτη. Αποφασίστηκε να μοιραστούν κατ' οίκον ερωτηματολόγια σε όλα τα Δημοτικά Διαμερίσματα. Λόγω περιορισμών κόστους της έρευνας αποφασίστηκε να πραγματοποιηθούν 280 επισκέψεις κατ' οίκον για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το ποσοστό των κατ' οίκον επισκέψεων σε κάθε Δ.Διαμέρισμα ήταν αντίστοιχο του ποσοστού των γυναικών 20-69 ετών που κατοικούν στο συγκεκριμένο Δ.Διαμέρισμα σε σχέση με το σύνολο του Δήμου. Στα Δημοτικά Διαμερίσματα που το μέγεθος του πληθυσμού το επέτρεπε (> 100 γυναίκες 20-69 ετών) η επιλογή των οικημάτων στα οποία έγινε επίσκεψη έγινε μετά από τυχαία επιλογή της κάθε οδού και επίσκεψη των οικημάτων με μονό αριθμό οδού. Στα Δ.Διαμερίσματα που το μέγεθος του πληθυσμού ήταν μικρό (< 90 γυναίκες 20-69 ετών) και λόγω των πολλών κλειστών και ακατοίκητων οικημάτων για πρακτικούς λόγους δεν έγινε κάποια μορφή τυχαιοποίησης.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκεσε δύο μήνες. Κατά τη συλλογή των στοιχείων έγινε προσπάθεια να τηρηθούν όλες οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, με σεβασμό στην ιδιωτικότητα, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα. Ιδιωτικότητα είναι το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να σκέπτεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς το φόβο ότι οι σκέψεις του και η καταγραφή τους, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε δεύτερο χρόνο, για να τον φέρουν σε δύσκολη θέση. Πρίν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και τη συλλογή των στοιχείων εξασφαλιζόταν η ανωνυμία των συμμετεχόντων με τη μη καταγραφή του ονόματός τους, ενώ το ερωτηματολόγιο είναι έτσι δομημένο ώστε να μην περιέχονται προσωπικά αναγνωρίσιμες πληροφορίες. Τέλος, δίνονταν οι απαραίτητες εγγυήσεις για το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και τον περιορισμό της πρόσβασης στα δεδομένα της έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

Η αριθμητική κατανομή των γυναικών των Δ.Διαμερισμάτων του Δ.Φάριδος που καλύπτουν τα ηλικιακά κριτήρια της μελέτης

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 20-69 ΕΤΩΝ	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 20-69 ΕΤΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ
ΞΗΡΟΚΑΜΠΙΟΥ	361 <u>άτομα</u>	28.54%
ΑΝΩΓΕΙΩΝ	149 <u>άτομα</u>	11.78%
ΑΡΝΗΣ	59 <u>άτομα</u>	4.67%
ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ	46 <u>άτομα</u>	3.64%
ΓΟΡΑΝΩΝ	112 <u>άτομα</u>	8.85%
ΔΑΦΝΗΣ	89 <u>άτομα</u>	7.03%
ΛΕΥΚΟΧΩΜΑΤΟΣ	81 <u>άτομα</u>	6.4%
ΠΑΛΛΑΙΟΠΑΝΑΓΙΑΣ	185 <u>άτομα</u>	14.62%
ΠΟΛΟΒΙΤΣΗΣ	25 <u>άτομα</u>	1.98%
ΠΟΤΑΜΙΑΣ	81 <u>άτομα</u>	6.4%
ΣΠΑΡΤΙΑΣ	23 <u>άτομα</u>	1.82%
ΤΡΑΠΕΖΑΝΤΗΣ	54 <u>άτομα</u>	4.27%
ΣΥΝΟΛΟ	1265 <u>άτομα</u>	100%

Πηγή: Διαμόρφωση πίνακα από τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (απογραφή 2001).

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από τις ίδιες τις συμμετέχουσες παρουσία του συνεντευκτή. Ο ρόλος του τελευταίου περιοριζόταν στην παροχή διευκρινίσεων όπου ήταν ανάγκη. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο συνεντευκτής βοηθούσε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με την βοήθεια του να φτάνει ως την ανάγνωση των ερωτήσεων, των πιθανών απαντήσεων και την καταγραφή της επιλογής της συμμετέχουσας. Για την καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων και μόνο στις γυναίκες που δήλωσαν ηλικία 20-29 ετών και 40-49 ετών γινόταν διευκρινιστική ερώτηση για το ακριβές της ηλικίας τους.

4.2.6 Επεξεργασία των δεδομένων και στατιστική ανάλυση

Με τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων, η καταχώρισή τους σε λογιστικά φύλλα επεξεργασίας και η στατιστική τους επεξεργασία. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SAS v 9.0 σε συνδυασμό με το Microsoft Excel. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στον Data Editor του προγράμματος. Η συμπλήρωση του φύλλου δεδομένων πραγματοποιήθηκε λαμβάνοντας σαν στατιστική μονάδα τη γυναίκα (γραμμές), ενώ οι μεταβλητές αποτέλεσαν τις στήλες.

Τα δημογραφικά στοιχεία τα οποία στην πλειοψηφία τους ήταν κατηγορικά, παρουσιάστηκαν με τη χρήση κυκλικών διαγραμμάτων (pie-charts) και των αντίστοιχων πινάκων απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων. Για την ηλικία επιπλέον βρέθηκε η μέση τιμή με την προσεγγιστική μέθοδο εύρεσης αριθμητικού μέσου για ομαδοποιημένα δεδομένα. Οι παράμετροι που αφορούν τη μαστογραφία αναλύθηκαν ξεχωριστά και συσχετίστηκαν με την ηλικιακή ομάδα, το επάγγελμα, το εισόδημα, τη μόρφωση, την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των τοκετών. Η ίδια ανάλυση έγινε και για τις παραμέτρους που αφορούν το PAP τεστ αλλά και τον γυναικολογικό έλεγχο.

Για τους παραπάνω γενικούς ελέγχους χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συνάφειας (contingency tables) και ο έλεγχος Pearson, ενώ για όσες από τις παραπάνω μεταβλητές (ηλικιακή ομάδα, εισόδημα κλπ) υπήρχε κάποια διάταξη, χρησιμοποιήθηκε και το Cochran's test για την διερεύνηση της τάσης. Έτσι για παράδειγμα διερευνήθηκε αν υπάρχει τάση στην αναλογία των γυναικών που κάνουν μαστογραφία ή PAP τεστ σε σχέση με την ηλικία. Στις περιπτώσεις που δεν έγινε μαστογραφία ή PAP τεστ αναλύθηκαν οι λόγοι για τους οποίους δεν ήταν δυνατή η διεξαγωγή αυτών των ελέγχων. Ακόμα αναλύθηκε ο αριθμός των μαστογραφιών, γυναικολογικών ελέγχων και PAP τεστ, αλλά και η τελευταία φορά (χρονικό διάστημα από τον τελευταίο έλεγχο) διεξαγωγής, σε σχέση με όλες τις παραπάνω μεταβλητές. Η τακτικότητα screening για τον καρκίνο του μαστού και του screening για τον καρκίνο του τραχήλου, συσχετίστηκαν επίσης με τις παραπάνω μεταβλητές αλλά και μεταξύ τους ώστε να διερευνηθεί το αν και κατά πόσο υπάρχει σχέση των δύο ελέγχων (με χρήση ελέγχου McNemar για την ανίχνευση κατεύθυνσης σε περίπτωση ασυμφωνίας αλλά και του συντελεστή συμφωνίας Kappa). Οι ίδιοι έλεγχοι (εκτός της συσχέτισης με την ηλικιακή ομάδα), έγιναν ειδικότερα και για την κατηγορία των γυναικών άνω των 40 ετών.

Νέες μεταβλητές δημιουργήθηκαν από τις ήδη υπάρχουσες, για την εξειδίκευση των ελέγχων. Συγκεκριμένα δημιουργήθηκαν ψευδομεταβλητές για τη μόρφωση (άνωτερη/κάτωτερη), για τους τοκετούς (ναί/όχι) κλπ. Οι παραπάνω βασικές μεταβλητές ενδιαφέροντος, συσχετίστηκαν με αυτές τις νέες δίτιμες μεταβλητές με τη χρήση ελέγχου Fisher και τη χρήση Odds Ratio (O.R.) (λόγος σχετικών κινδύνων) και των σχετικών 95% ορίων εμπιστοσύνης για το O.R., για να γίνει δυνατή η ποσοτικοποίηση της σύγκρισης

των πιθανοτήτων διεξαγωγής καθενός εκ των ελέγχων με την παρουσία-απουσία κάθε παράγοντα. Τέτοιοι παράγοντες ήταν η τακτική επίσκεψη στο γυναικολόγο, η ανώτερη μόρφωση, η ύπαρξη έστω και ενός τοκετού κλπ.. Όσον αφορά την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς την ηλικιακή κατανομή των γυναικών του δείγματος σε σχέση με την αντίστοιχη κατανομή του πληθυσμού, χρησιμοποιήθηκε έλεγχος Chi-square και συγκεκριμένα Pearson's τεστ για να διαπιστωθεί αν και κατά πόσον υπάρχει αντιστοιχία των δύο κατανομών. Σε όλες τις παραπάνω μεθόδους ορίζεται το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p-value) στο 5%. Για την απεικόνιση των παραπάνω συσχετίσεων δημιουργήθηκαν ραβδογράμματα μέσω των οποίων γίνεται περισσότερο αντιληπτή με διαγραμματικό τρόπο η πραγματική διαφορά που αναλύεται με όρους στατιστικών διαδικασιών και ελέγχων.

4.3 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

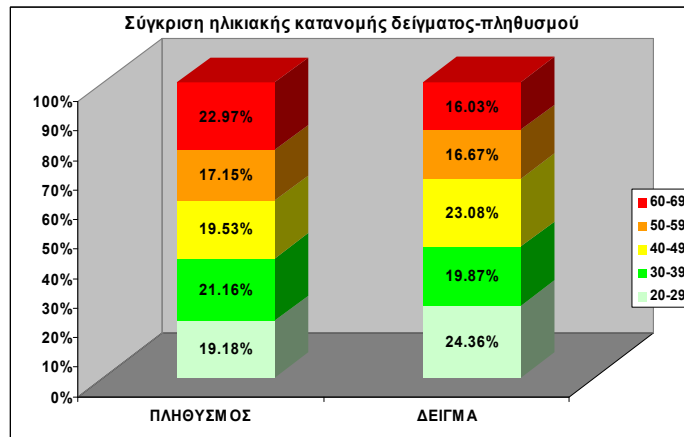
Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται αρχικά τα αποτελέσματα που αφορούν τη συμμετοχή των γυναικών της μελέτης στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με το τεστ Παπανικολάου. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη συμμετοχή τους στον μαστογραφικό έλεγχο. Στην ανάλυση του μαστογραφικού ελέγχου περιλαμβάνονται όσες γυναίκες από το δείγμα έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών. Τα 40 έτη είναι το ηλικιακό όριο έναρξης του μαστογραφικού ελέγχου στις γυναίκες. Ακολουθούν τα αποτελέσματα της συσχέτισης του γυναικολογικού ελέγχου με την πραγματοποίηση ή μη των εξετάσεων του προσυμπτωματικού ελέγχου καθώς και τα αποτελέσματα της συσχέτισης της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο.

Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά 156 γυναίκες ηλικίας 20-69 ετών που δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο από τις 280 που προσεγγίστηκαν. Η απαντητικότητα ανήλθε στο 55.7%, ενώ 32.2% των γυναικών ανήρθησαν να συμμετάσχουν και 12.1% αποκλείστηκαν από τη μελέτη καθώς πληρούσαν κάποιο από τα κριτήρια αποκλεισμού. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 43.01 ετών με τυπική απόκλιση τα 13.98 έτη. Στον έλεγχο που έγινε ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό μελέτης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία ανά δεκαετίες, σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό ηλικίας 21-69 του Νομού Λακωνίας. Τα αποτελέσματα του ελέγχου παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.2 και με εποπτικό τρόπο στο Διάγραμμα 4.1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

Σύγκριση συνολικού πληθυσμού και δείγματος μελέτης

Ηλικιακή ομάδα	Πληθυσμός	Δείγμα
20-29	5423 (19.18%)	38 (24.36%)
30-39	5985 (21.17%)	31 (19.87%)
40-49	5523 (19.53%)	36 (23.08%)
50-59	4850 (17.15%)	26 (16.67%)
60-69	6494 (22.97%)	25 (16.03%)
Σύνολο	28275 (100%)	156 (100%)
<i>Chi-square statistic= 6.5681 , df=4, p-value=0.161</i>		



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1

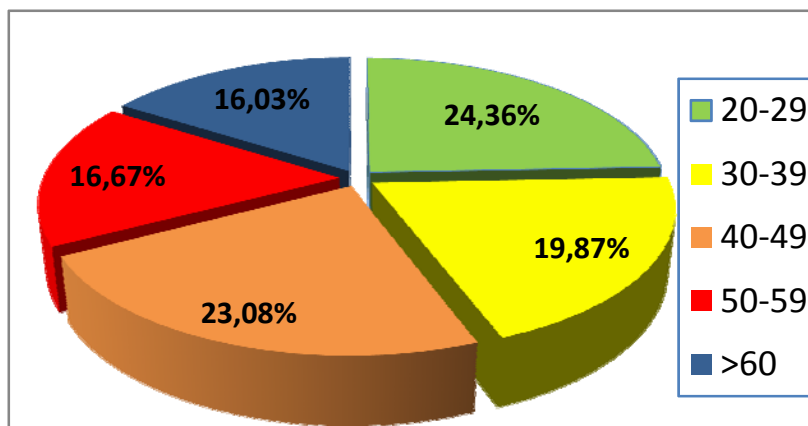
Σύγκριση ηλικιακής κατανομής δείγματος-πληθυσμού

4.3.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων συμμετοχής στο για το Τεστ Παπανικολάου

Παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τον αριθμό των τοκετών που δηλώνουν καθώς και τη συχνότητα των γυναικολογικών επισκέψεων ανά έτος. Στη συνέχεια γίνεται συσχέτιση της γνώσης των γυναικών του δείγματος για το τεστ Παπανικολάου και της χρήσης της εξέτασης κατά Παπανικολάου από αυτές σε σχέση με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τον αριθμό των τοκετών και τη συχνότητα των ετήσιων γυναικολογικών επισκέψεων. Τα αποτελέσματα αποδίδονται σε πίνακες και σε διαγράμματα.

Δημογραφικά στοιχεία

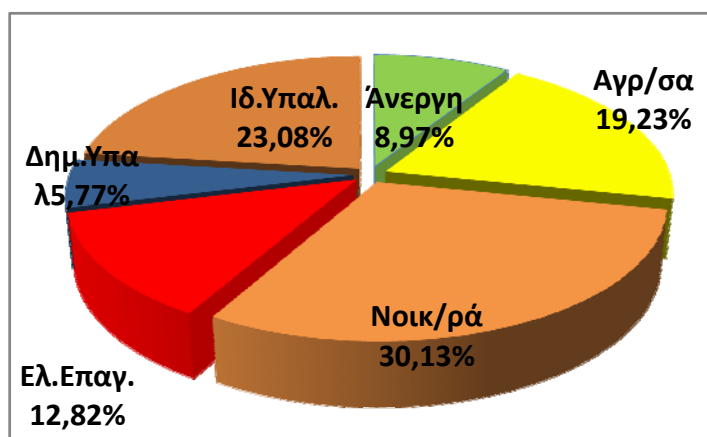
Στο Διάγραμμα 4.2 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση το χαρακτηριστικό της ηλικίας τους. Το 24.36% των γυναικών ήταν 20-29 ετών, το 19.87% ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία των 30-39 ετών, το 23.08% ήταν 40-49 ετών, το 16.67% ήταν 50-59 ετών και το 16.03% είχε ηλικία 60-69 ετών.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2

Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση την ηλικία τους

Όσον αφορά την κατανομή των γυναικών με βάση το επάγγελμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, 30.13%, δήλωσαν νοικοκυρές. Ακολουθούν με ποσοστό 23.08% οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι αγρότισσες με ποσοστό 19.23% και οι ελεύθεροι επαγγελματίες με ποσοστό 12.82%. Το 8.97% των γυναικών δήλωσαν άνεργες και μόλις το 5.77% δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι. Η σύνθεση του δείγματος με βάση το επάγγελμα αποδίδεται στο Διάγραμμα 4.3.

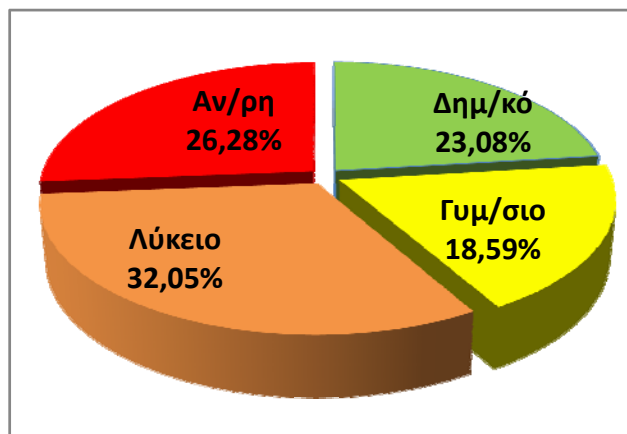


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.3

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση το επάγγελμα τους

Από τις γυναίκες του δείγματος το 32.05% δηλώνουν απόφοιτες λυκείου, το 26.28% δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποια ανώτερη σχολή (ΑΕΙ-ΤΕΙ), ενώ το 23.08% έχουν φοιτήσει στο Δημοτικό (κάποιες τάξεις ή ολοκλήρωση φοίτησης). Το μικρότερο

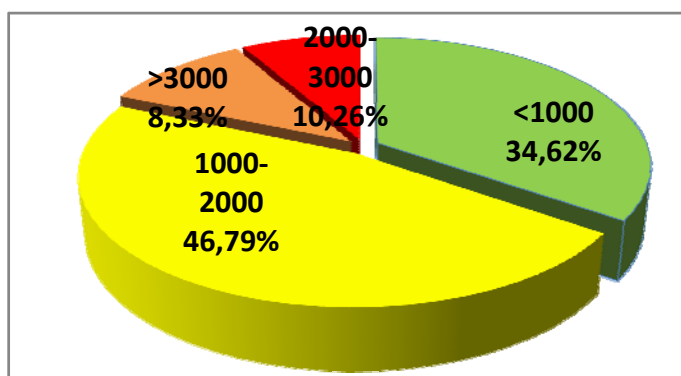
ποσοστό 18.59% έχει παρακολουθήσει μέχρι και το γυμνάσιο. Η κατανομή των γυναικών με βάση το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται στο Διάγραμμα 4.4.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.4

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση τη μόρφωσή τους

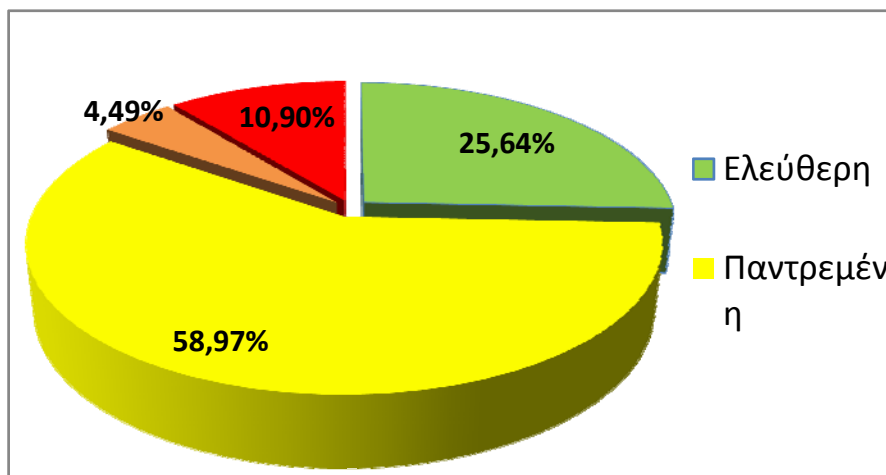
Η κατανομή των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη με βάση το επίπεδο του οικογενειακού εισοδήματος παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.5. Το 46.79% των γυναικών του δείγματος δήλωσαν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα € 1000-2000, ενώ το 34.62% δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα < €1000 το μήνα. Σε εισοδηματικά επίπεδα € 2000-3000 άνηκαν το 10.26% των γυναικών του δείγματος και σε επίπεδα > € 3000 το 8.33%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.5

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το 58.97% των γυναικών του δείγματος δήλωσαν παντρεμένες, το 25.64% ελεύθερες, το 10.9% χήρες και μόλις το 4.49% διαζευγμένες. Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.6.



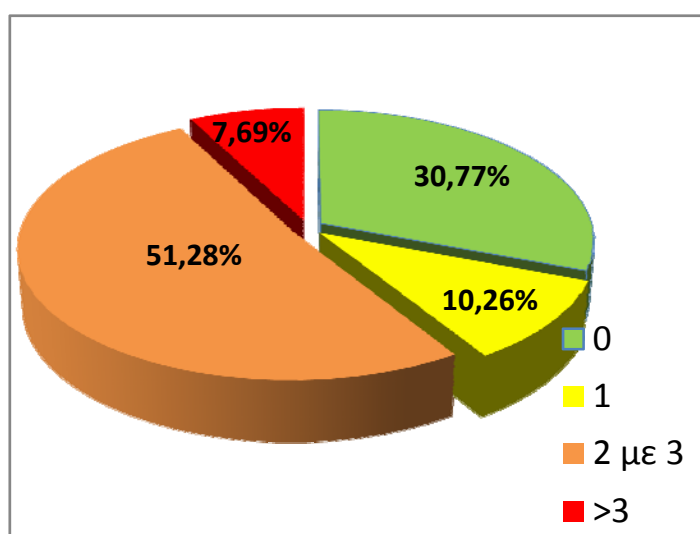
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.6

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση

Η δημογραφική ανάλυση των γυναικών του δείγματος της μελέτης παρέχει μια καλύτερη εικόνα των χαρακτηριστικών τους. Ποσοτικοποιεί τα χαρακτηριστικά αυτά και περιγράφει το δείγμα. Αποκτάται έτσι μια καλύτερη αντίληψη του πληθυσμού-στόχου στον οποίο αναφερόμαστε στη μελέτη αυτή.

Τοκετοί - Συχνότητα Γυναικολογικής εξέτασης.

Από τις απαντήσεις των γυναικών του δείγματος προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (51.28%) ανήκει στην κατηγορία των 2-3 τοκετών, με την κατηγορία των γυναικών χωρίς ιστορικό τοκετού να ακολουθεί με ποσοστό 30.77%. Ένα τοκετό δηλώνει το 10.26% των γυναικών, ενώ πάνω από τρεις τοκετούς δηλώνει το 7.69%. Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται στο Διάγραμμα 4.7.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.7

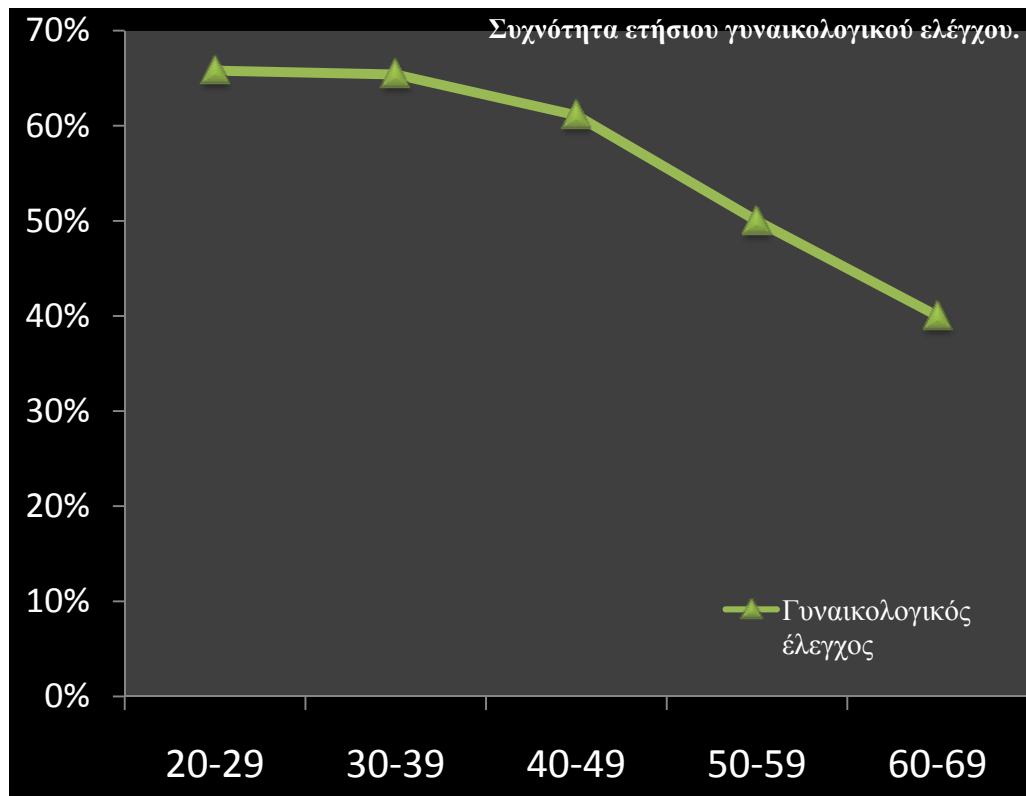
Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση τον αριθμό των τοκετών που δήλωσαν

Στον Πίνακα 4.2 αποτυπώνεται η συχνότητα ανά έτος με την οποία επισκέπτονται γυναικολόγο οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη σε σχέση με την ηλικία τους. Σε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί πιθανή συσχέτιση της ηλικίας με τη συχνότητα υποβολής σε γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σύνδεση της ηλικίας της γυναίκας και της συχνότητας με την οποία επισκέπτεται γυναικολόγο ($p=0.106$). Από τον Πίνακα 4.3 ότι προκύπτει συνολικά στο δείγμα, το 42.3% των γυναικών ανεξαρτήτως ηλικίας, δεν επισκέπτονται γυναικολόγο. Παρατηρείται επίσης ότι τα ποσοστά των γυναικών που επισκέπτονται γυναικολόγο ετησίως μειώνονται σημαντικά για ηλικίες μεγαλύτερες των 50 ετών. Η τάση αυτή δίνεται εποπτικά στο Διάγραμμα 4.8.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3

Τα ποσοστά των γυναικών κάθε ηλικιακής κατηγορίας της μελέτης σε σχέση με τη συχνότητα ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου

		Age class					Σύνολο	Pearson's p-value
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69		
Γυναικ/κοί έλεγχοι ανά έτος	0	34.2%	35.5%	38.9%	50.0%	60.0%	42.3%	0.106
	1	52.6%	61.3%	50.0%	46.2%	20.0%	47.4%	
	2-3	7.9%	3.2%	8.3%	3.8%	20.0%	8.3%	
	>3	5.3%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	1.9%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.8

Συχνότητα ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου ανά ηλικιακή ομάδα

Γνώση για το Τεστ Παπανικολάου.

Στο δείγμα των γυναικών που μελετήθηκε το τεστ Παπανικολάου φαίνεται να είναι μια γνωστή και εδραιωμένη εξέταση αφού το 94.9% είναι ενήμερες για την εξέταση και μόνο το 5.1% δηλώνουν άγνοια. Στον Πίνακα 4.4 γίνεται προσπάθεια να διαπιστωθεί η πιθανή ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στη γνώση της εξέτασης και στον αριθμό των τοκετών. Φαίνεται ότι γυναίκες με μεγαλύτερο αριθμό τοκετών έχουν χειρότερη ενημέρωση για την εξέταση Παπανικολάου.

Στον Πίνακα 4.5 επιχειρείται η συσχέτιση της γνώσης της εξέτασης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το ποσοστό των γυναικών που έχουν ενημέρωση σχετικά με το Pap τεστ είναι αρκετά υψηλό σε όλες τις περιπτώσεις. Οι διαφορές που παρατηρούνται, παρόλο που είναι στατιστικά σημαντικές, έχουν περιορισμένο ενδιαφέρον. Τα ενδιαφέροντα στοιχεία είναι η χειρότερη ενημέρωση γυναικών άνω των 60 ετών, γυναικών που ασχολούνται με τη γεωργία, έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χαμηλότερο εισόδημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4

Γνώση του test Παπανικολάου και αριθμός τοκετών

		Ενημέρωση για Pap test		
		Όχι	Ναι	Σύνολο
Αριθμός τοκετών	Κανένα	2.1%	97.9%	100%
	1	0.0%	100.0%	100%
	2-3	5.0%	95.0%	100%
	>3	25.0%	75.0%	100%
	Σύνολο	5.1%	94.9%	100%
	Pearson's p		0.009*	
	Cochran's p		0.026*	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5

Γνώση του test Παπανικολάου και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		Ενημέρωση για Pap test		
		Όχι	Ναι	Σύνολο
Ηλικία	20-29	0.0%	100.0%	100%
	30-39	3.2%	96.8%	100%
	40-49	0.0%	100.0%	100%
	50-59	0.0%	100.0%	100%
	60-69	28.0%	72.0%	100%
	Σύνολο	5.1%	94.9%	100%
	Pearson's p Cochran's p		<.0001* .	
Επάγγελμα	Αγρότισσα	16.7%	83.3%	100%
	Νοικοκυρα	6.4%	93.6%	100%
	Άνεργη	0.0%	100.0%	100%
	Δημ.Υπαλλ.	0.0%	100.0%	100%
	Ελ.Επαγγ.	0.0%	100.0%	100%
	Ιδ.Υπαλλ.	0.0%	100.0%	100%
	Σύνολο	5.1%	94.9%	100%
Pearson's p Cochran's p		0.027* 0.035*		
Μόρφωση	Δημοτικό	19.4%	80.6%	100%
	Γυμνάσιο	3.4%	96.6%	100%
	Λύκειο	0.0%	100.0%	100%
	Ανώτερη	0.0%	100.0%	100%
	Σύνολο	5.1%	94.9%	100%
	Pearson's p Cochran's p		<0.001* <0.001*	
Εισόδημα	<1000	13.0%	87.0%	100%
	1000-2000	1.4%	98.6%	100%
	2000-3000	0.0%	100.0%	100%
	>3000	0.0%	100.0%	100%
	Σύνολο	5.1%	94.9%	100%
Pearson's p Cochran's p		0.015* 0.009*		
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερη	0%	100%	100%
	Παντρεμένη	5.4%	94.6%	100%
	Χωρισμένη/Χήρα	12.5%	87.5%	100%
	Σύνολο	5.1%	94.9%	100%
Pearson's p Cochran's p		0.088 0.028*		

Συμμετοχή στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις γυναίκες της μελέτης, έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους το 80.8%. Το υπόλοιπο 19.2% δεν έχει υποβληθεί ποτέ στην εξέταση. Στη συνέχεια έγινε έλεγχος για τη συσχέτιση της υποβολής σε test Παπανικολάου με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Προέκυψε ότι η μόρφωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει test Παπανικολάου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους ($p = 0.039$), με το ανώτερο επίπεδο μόρφωσης να συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα να έχει πραγματοποιηθεί η εξέταση ($p = 0.013$). Για γυναίκες με ανώτερη μόρφωση η πιθανότητα να έχουν κάνει PAP τεστ τριπλασιάζεται (x3) σε σχέση με τις γυναίκες κατώτερης μόρφωσης. Επίσης το επάγγελμα επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($p = 0.001$) το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει test Παπανικολάου έστω και μία φορά στη ζωή τους, με τις αγρότισσες και τις άνεργες γυναίκες να έχουν σημαντικά μειωμένο ποσοστό Pap test σε σχέση με τα υπόλοιπα επαγγέλματα. Τα αποτελέσματα αυτά αποτυπώνονται στους Πίνακες 4.6, 4.7 και 4.8.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6

Συσχέτιση μόρφωσης και πραγματοποίησης του test Παπανικολάου

		Μόρφωση					Pearson's	Cochran's
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη	Σύνολο	p-value	p-value
PAP τεστ	Όχι	33.3%	24.1%	10.0%	14.6%	19.2%	0.039*	0.013*
	Ναι	66.7%	75.9%	90.0%	85.4%	80.8%		
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%		

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7

Συσχέτιση μόρφωσης και πραγματοποίησης του test Παπανικολάου

		Μόρφωση			Fisher's	O.R.	95% CL
		Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Λύκειο/ Ανώτερη	Σύνολο	p-value	point est	for O.R.
PAP τεστ	Όχι	29.23%	12.09%	19.23%	0.013*	3.00	(1.32-6.86)
	Ναι	70.77%	87.91%	80.77%			
	Σύνολο	100%	100%	100%			

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8

Συσχέτιση επαγγέλματος και πραγματοποίησης του test Παπανικολάου έστω και μία φορά

		Επάγγελμα						Pearson's	
		Άνεργη	Αγρ/σα	Νοικ/ρά	Ελ.Επ.	Δημ.Υπ.	Ιδ.Υπ.	Σύνολο	p-value
PAP τεστ	No	35.7%	43.3%	12.8%	15.0%	0.0%	8.3%	19.2%	0.001*
	Yes	64.3%	56.7%	87.2%	85.0%	100.0%	91.7%	80.8%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

Όσον αφορά το διάστημα που έχει περάσει από τότε που το δείγμα της μελέτης έχει κάνει την τελευταία εξέταση κατά Παπανικολάου βλέπουμε ότι το 88.1% των γυναικών που έχουν κάνει την εξέταση, την έχουν κάνει τα τελευταία τρία χρόνια, με το 43.7% να έχουν κάνει την εξέταση το τελευταίο έτος, ενώ το 11.9% δηλώνουν ότι έχουν να κάνουν την εξέταση πάνω από τρία χρόνια. Τα παραπάνω καταγράφονται στον Πίνακα 4.9.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9

Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε εξέταση Παπανικολάου ανάλογα με το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την τελευταία εξέταση

Ποσοστό των Γυναικών		
Τελευταίο PAP test	Εντός του έτους	43.7%
	1-3 χρόνια	44.4%
	>3 χρόνια	11.9%
	Σύνολο	100%

Παρά το ότι 8 στις 10 γυναίκες που ερωτήθηκαν έχουν κάνει τεστ Παπανικολάου κάποια στιγμή στη ζωή τους, στην ερώτηση που αφορά την τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο θετική απάντηση δίνει μόνο το 48.7%, ενώ το υπόλοιπο 51.3% δεν έχει τακτικό έλεγχο ή δεν έχει υποβληθεί σε έλεγχο. Ως τακτική συμμετοχή στο screening του τραχήλου ορίστηκε η πραγματοποίηση του ελέγχου κάθε έτος για τα τελευταία πεντε χρόνια και σε γυναίκες μέχρι 24 ετών η πραγματοποίηση του ελέγχου

κάθε χρόνο τα τελευταία 3-4 έτη. Τα αποτελέσματα που αφορούν την τακτική συμμετοχή στο screening του τραχήλου καταγράφονται στον Πίνακα 4.10 και τα αποτελέσματα της συσχέτισης της τακτικότητας στον έλεγχο με την ηλικία στον Πίνακα 4.11, με το επάγγελμα στον Πίνακα 4.12, με το επίπεδο της μόρφωσης στον Πίνακα 4.13, με το εισόδημα στον Πίνακα 4.14 και με τον αριθμό των τοκετών στον Πίνακα 4.15.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10

Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος με βάση τη δήλωση τους για τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

		Ποσοστό των Γυναικών
Συμμετοχή στο Screening του τραχήλου της μήτρας	Ναι	48.7%
	Όχι	51.3%
	Σύνολο	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.11

Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά ηλικία

		Ηλικιακή Κατηγορία						Pearson's	Cochran's
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Σύνολο	p-value	p-value
Screening τραχήλου	Όχι	36.8%	54.8%	55.6%	50.0%	64.0%	51.3%	0.265	0.068
	Ναι	63.2%	45.2%	44.4%	50.0%	36.0%	48.7%		
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.12

Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά επάγγελμα

		Επάγγελμα						Pearson's p-value	
		Αγρό- Ανεργη	τισσα	Νοικο- κυρά	Ελ. Επαγγ.	Δημ. Υπαλ.	Ιδ. Υπάλ.		Σύνολο
Screening τραχήλου	Όχι	57.1%	66.7%	53.2%	55.0%	44.4%	33.3%	51.3%	0.155
	Ναι	42.9%	33.3%	46.8%	45.0%	55.6%	66.7%	48.7%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.13

Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά επίπεδο μόρφωσης

		Μόρφωση					Pearson's p-value	Cochran's p-value
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη	Σύνολο		
Screening τραχήλου	Όχι	66.7%	48.3%	50.0%	41.5%	51.3%	0.163	0.039*
	Ναι	33.3%	51.7%	50.0%	58.5%	48.7%		
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%		

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14

Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά επίπεδο εισοδήματος

		Εισόδημα				Σύνολο	Pearson's p-value	Cochran's p-value
		<1000	1000-2000	2000-3000	>3000			
Screening τραχήλου	Όχι	61.1%	49.3%	50.0%	23.1%	51.3%	0.096	0.020*
	Ναι	38.9%	50.7%	50.0%	76.9%			
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%			

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.15

Ποσοστά συμμετοχής των γυναικών του δείγματος στο Screening για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά αριθμό τοκετών

		Αριθμός τοκετών						
		Κανένα	1	2-3	>3	Σύνολο	Pearson's p-value	Cochran's p-value
Screening	Όχι	50.0%	50.0%	53.8%	41.7%	51.3%	0.878	0.964
	Ναι	50.0%	50.0%	46.3%	58.3%	48.7%		
τραχήλου	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%		

Από τη μελέτη της συχνότητας με την οποία υποβάλλονται σε test Παπανικολάου οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτει ότι 19,2% δεν έχει κάνει ποτέ test Παπανικολάου, 17.9% έχει κάνει μία μόνο φορά και 22.4% έχει κάνει 2-3 φορές. Μόνο το 40.4% υποβάλλεται στο test τακτικά κάθε έτος τα τελευταία πέντε έτη. Τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 4.16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.16

Αριθμός test Παπανικολάου στα οποία έχουν υποβληθεί οι γυναίκες της έρευνας

		Σύνολο
Αριθμός PAP τεστ	0	19.2%
	1	17.9%
	2-3	22.4%
	Τακτικά	40.4%
	Σύνολο	100%

Από τη συσχέτιση του αριθμού των test Παπανικολάου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος προκύπτει ότι η ηλικία επηρεάζει τον αριθμό των PAP τεστ στα οποία υποβάλλεται μια γυναίκα. Η σχέση αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.011$). Οι κατανομές του αριθμού των PAP τεστ ανά ηλικιακή ομάδα, δείχνουν μεγαλύτερο αριθμό PAP τεστ στις μεγαλύτερες ηλικίες, μέχρι την ηλικία των 60, ενώ από τα 60 και πάνω η συχνότητα των PAP τεστ μειώνεται όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.17. Τα αποτελέσματα αυτά πιθανά να αντικατοπτρίζει την προοδευτική στο χρόνο αποδοχή της αναγκαιότητας του test, ενώ η υστέρηση της ηλικιακής ομάδας των γυναικών 60-69 πιθανά να αντικατοπτρίζει μια γενιά με λιγότερη πληροφόρηση και δυσχερέστερη πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.17

Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου ανά ηλικιακή κατηγορία

		Ηλικιακή Κατηγορία					Σύνολο	Pearson's p-value
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69		
Αριθμός PAP τεστ	0	21.1%	12.9%	19.4%	7.7%	36.0%	19.2%	0.011*
	1	39.5%	9.7%	11.1%	15.4%	8.0%	17.9%	
	2-3	13.2%	32.3%	22.2%	26.9%	20.0%	22.4%	
	Τακτικά	26.3%	45.2%	47.2%	50.0%	36.0%	40.4%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Το επάγγελμα επηρεάζει τον αριθμό των PAP τεστ στα οποία υποβάλλεται μια γυναίκα. Η σχέση αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.040$). Οι άνεργες γυναίκες, οι αγρότισσες και οι νοικοκυρές έχουν μειωμένη συχνότητα PAP τεστ, ενώ ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα εμφανίζουν όσες γυναίκες δηλώνουν Ελ. Επαγγελματίες και Ιδ. Υπάλληλοι. Τα δεδομένα εμφανίζονται στον Πίνακα 4.18.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.18

Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου ανά επάγγελμα

		Επάγγελμα						Σύνολο	Pearson's p-value
		Άνεργη	Αγρότισσα	Νοικοκυρά	Ελ.Επαγγ.	Δημ.Υπαλ.	Ιδ.Υπάλ.		
Αριθμός PAP τεστ	0	35.7%	43.3%	12.8%	15.0%	0.0%	8.3%	19.2%	0.040*
	1	28.6%	6.7%	19.1%	15.0%	33.3%	19.4%	17.9%	
	2-3	14.3%	16.7%	19.1%	30.0%	33.3%	27.8%	22.4%	
	Τακτικά	21.4%	33.3%	48.9%	40.0%	33.3%	44.4%	40.4%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Ο αριθμός των PAP τεστ φαίνεται να αυξάνεται όσο ανώτερο είναι το επίπεδο μόρφωσης ($p=0.039$), όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.19 και είναι ιδιαίτερα αυξημένος στις γυναίκες που είχαν έστω και έναν τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς τοκετό ($p = 0.005$). Η τάση αύξησης της συχνότητας-τακτικότητας των ελέγχων, με τον αριθμό των τοκετών είναι αξιοσημείωτη και αποτυπώνεται στον Πίνακα 4.20. Σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός PAP τεστ ($p=0.024$) παρατηρείται σε παντρεμένες και χωρισμένες ή χήρες γυναίκες όπως σημειώνεται στον Πίνακα 4.21.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.19

Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης

		Μόρφωση					
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη	Σύνολο	Pearson's p-value
Αριθμός ΡΑΡ τεστ	0	33.3%	24.1%	10.0%	14.6%	19.2%	0.039*
	1	13.9%	3.4%	28.0%	19.5%	17.9%	
	2-3	19.4%	24.1%	16.0%	31.7%	22.4%	
	Τακτικά	33.3%	48.3%	46.0%	34.1%	40.4%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.20

Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου σε σχέση με τον αριθμό τοκετών

		Αριθμός τοκετών					
		Κανένα	1	2-3	>3	Σύνολο	Pearson's p-value
Αριθμός ΡΑΡ τεστ	0	27.1%	0.0%	17.5%	25.0%	19.2%	0.005*
	1	33.3%	18.8%	11.3%	0.0%	17.9%	
	2-3	18.8%	31.3%	23.8%	16.7%	22.4%	
	Τακτικά	20.8%	50.0%	47.5%	58.3%	40.4%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.21

Ποσοστά των γυναικών του δείγματος που έχουν υποβληθεί σε συγκεκριμένο αριθμό test Παπανικολάου σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

		Οικογενειακή κατάσταση				
		Ελεύθερη	Παντρεμένη	Χωρισμένη/Χήρα	Σύνολο	Pearson's p-value
Αριθμός ΡΑΡ τεστ	0	25.0%	17.4%	16.7%	19.2%	0.024*
	1	35.0%	12.0%	12.5%	17.9%	
	2-3	17.5%	23.9%	25.0%	22.4%	
	Τακτικά	22.5%	46.7%	45.8%	40.4%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	

Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι δεν έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου ζητήθηκε να διευκρινίσουν την αιτία της πλήρους αποχής τους από τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Το 46.7% δήλωσε ότι ήταν αποτέλεσμα αμέλειας, το 23.3% επαναπαύθηκε από την απουσία συμπτωμάτων και το 20% απέφυγε την εξέταση γιατί τη θεωρούσε άβολη. Μόνο το 10% δήλωσε άγνοια της αναγκαιότητας της εξέτασης. Τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 4.22.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.22

Αιτίες αποφυγής test Παπανικολάου

		Total
Αιτία αποφυγής PAP test	Άγνοια	10.0%
	Αμέλεια	46.7%
	Άβολη	20.0%
	Όχι Συμπτώματα	23.3%
	Total	100%

Ζητήθηκε από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν τακτικά στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου παρά το ότι έχουν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου, να διευκρινίσουν τα αίτια της πλημμελούς συμμετοχής τους. Ως κύρια δικαιολογία προτάθηκε η αμέλεια από το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (77.5%). Στον Πίνακα 4.23 καταγράφονται οι απαντήσεις που δόθηκαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.23

Αιτίες μη τακτικής συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου

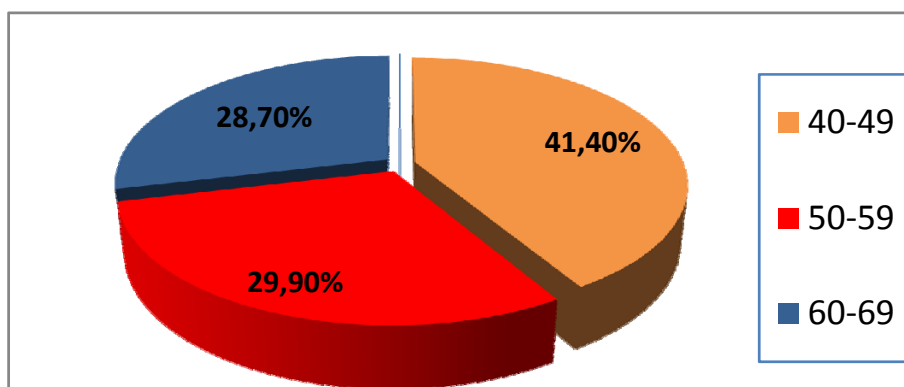
		Total
Αιτία αποφυγής screening για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	Άγνοια	6.25%
	Αμέλεια	77.5%
	Άβολη	10%
	Όχι Συμπτώματα	6.25%
	Total	100%

4.3.2 Παρουσιαση δεδομένων για τη Μαστογραφία

Στη μελέτη του μαστογραφικού ελέγχου περιλαμβάνονται οι γυναίκες του δείγματος που έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα δεδομένα των γυναικών αυτών που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συχνότητα των γυναικολογικών επισκέψεων ανά έτος. Τα αποτελέσματα αποδίδονται σε διαγράμματα και πίνακες.

Δημογραφικά Στοιχεία.

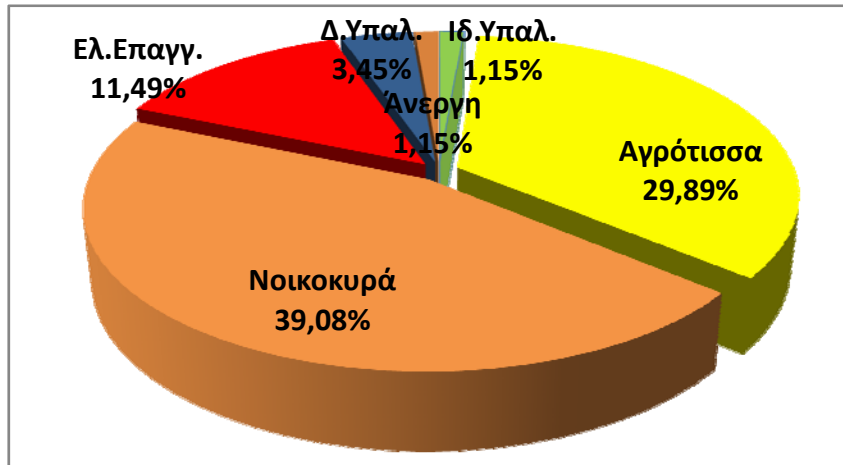
Στη μελέτη συμμετείχαν 156 γυναίκες ηλικίας 20-69 ετών από τις οποίες οι 87 είχαν ηλικία >40 ετών και ικανοποιούσαν το ηλικιακό κριτήριο για την ένταξη στην υποομάδα του μαστογραφικού ελέγχου, χωρίς να πληρούν κάποιο από τα κριτήρια αποκλεισμού. Στο Διάγραμμα 4.9 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών με βάση το χαρακτηριστικό της ηλικίας τους.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.9

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση την ηλικία τους

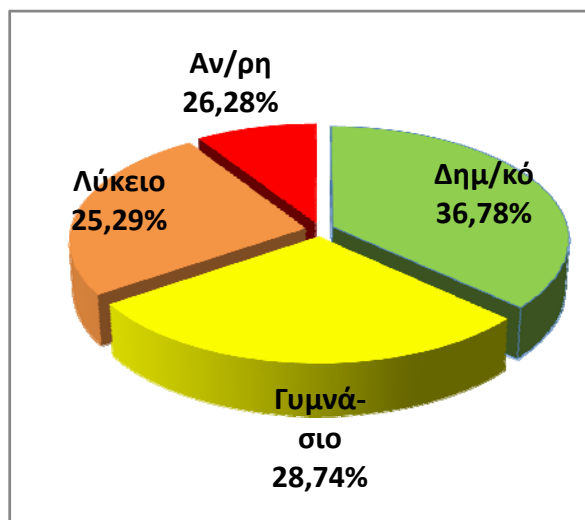
Από τις 87 γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό (39.8%) δήλωσαν νοικοκυρές, με δεύτερες σε ποσοστό τις αγρότισσες (29.89%). Ακολουθούν με μικρότερο ποσοστό οι Ελευθ. Επαγγελματίες με 11.49% ενώ πολύ μικρά ποσοστά αντιστοιχούν σε Δημ.Υπαλλήλους, Ιδ. Υπαλλήλους και άνεργες. Στο Διάγραμμα 4.10 αποτυπώνεται η κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση το επάγγελμά τους.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.10

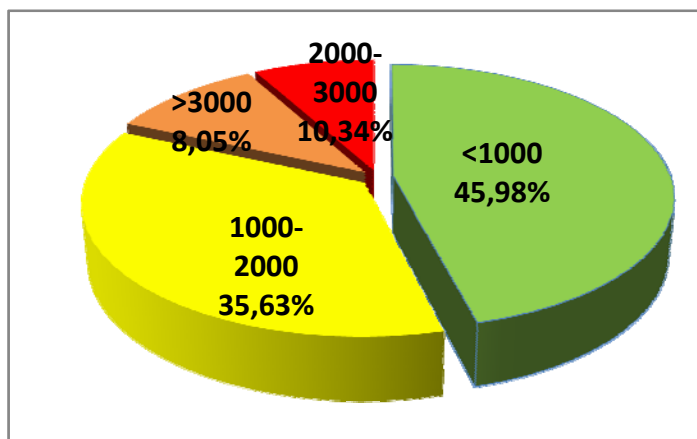
Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση το επάγγελμά τους

Οι γυναίκες που αποτελούν το δείγμα του μαστογραφικού ελέγχου έχουν Ανώτερη μόρφωση σε ποσοστό μόλις 9.2%, με τις περισσότερες να έχουν μόρφωση Δημοτικού (36.78%). Ακολουθούν αυτές που έχουν παρακολουθήσει μέχρι το Γυμνάσιο (28.74%) και όσες έχουν μέχρι Λυκειακή εκπαίδευση (25.29%). Τα παραπάνω καταγράφονται στο Διάγραμμα 4.11. Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος (45.98%) αποτελείται από γυναίκες με οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των €1000, ενώ οι παντρεμένες γυναίκες έχουν την συντριπτική υπεροχή με ποσοστό 71.26%. Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση το οικογενειακό εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση αποτυπώνεται στα Διαγράμματα 4.12 και 4.13.



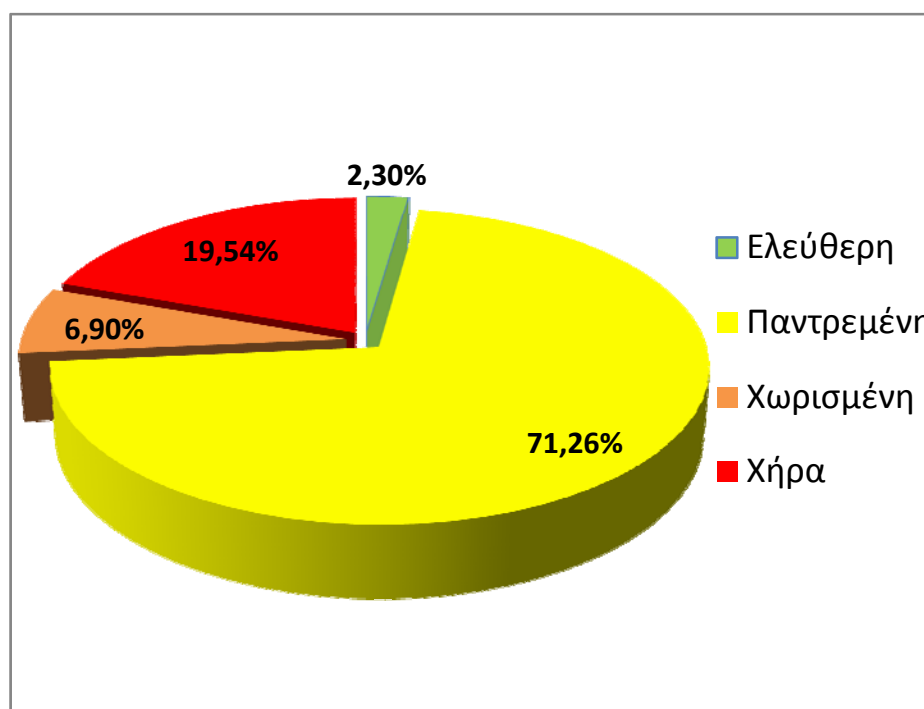
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.11

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση τη μόρφωσή τους



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.12

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση το εισόδημά τους

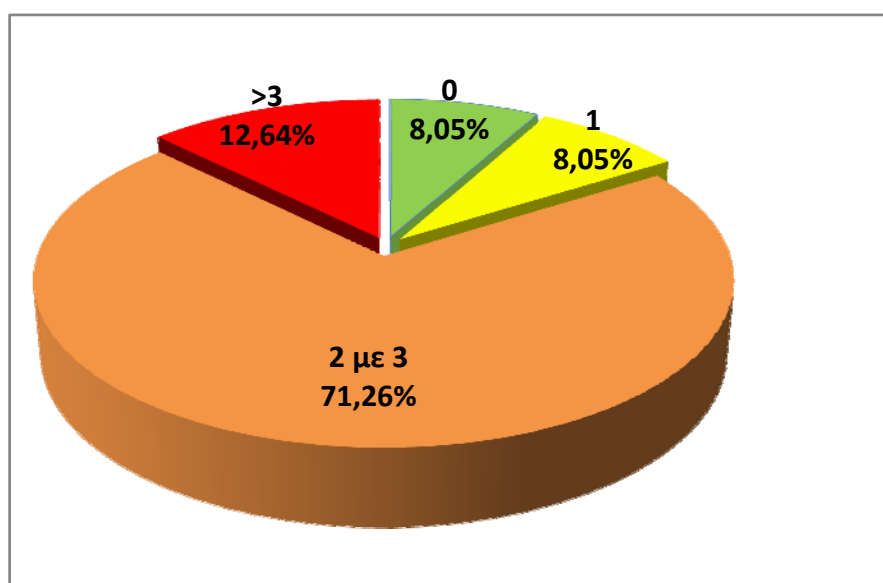


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.13

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση

Η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών του δείγματος με ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών, δίνει μια καλύτερη περιγραφή της υποομάδας που αφορά τον μαστογραφικό έλεγχο. Θα προσδιορίσουμε στην υποομάδα αυτή τη χρήση της συγκεκριμένης προληπτικής εξέτασης. Θα προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε πιθανές συσχετίσεις της χρήσης του μαστογραφικού ελέγχου και χαρακτηριστικών του δείγματος.

Τοκετοί και Συχνότητα Γυναικολογικής εξέτασης



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.14

Η ποσοστιαία κατανομή των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου, με βάση τον αριθμό των τοκετών που δήλωσαν

Από τις απαντήσεις των γυναικών του δείγματος της μαστογραφίας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (71.26%) ανήκει στην κατηγορία των 2-3 τοκετών, με την κατηγορία των γυναικών με >3 τοκετών να ακολουθεί με ποσοστό 12.64% . Ένα τοκετό δηλώνει το 8.05% των γυναικών, ενώ χωρίς ιστορικό τοκετού είναι το 8.05%. Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται στο Διάγραμμα 4.14. Στον Πίνακα 4.23 αποτυπώνεται το ποσοστό των γυναικών του δείγματος της μαστογραφίας, οι οποίες ανά έτος επισκέπτονται γυναικολόγο τουλάχιστον μία φορά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σχεδόν οι μισές από τις γυναίκες του δείγματος με ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών δεν επισκέπτονται τακτικά και σε ετήσια βάση γυναικολόγο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.24

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου ανάλογα με το αν πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε Γυναικολόγο

		Σύνολο
Ετήσια Γυναικολογική Επίσκεψη	Όχι	48.3%
	Ναι	51.7%
	Σύνολο	100%

Συμμετοχή στο Screening για τον καρκίνο του μαστού.

Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις γυναίκες με ηλικία >40 ετών που ερωτήθηκαν, αν έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους μόλις το 63.2% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το υπόλοιπο 36.8% απάντησε αρνητικά όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.25. Στη συνέχεια έγινε έλεγχος για τη συσχέτιση της υποβολής σε μαστογραφία με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος από τον οποίο δεν προέκυψε ότι κάποιο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει μαστογραφία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι πίνακες που αφορούν τις συσχετίσεις αυτές παρατίθενται στο Παράρτημα Β. Το μόνο αποτέλεσμα που θα μπορούσε να αναφερθεί είναι ότι γυναίκες άνω των 40 ετών με εισόδημα < € 1000 και > € 3000, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αναλογία τακτικού μαστογραφικού ελέγχου και μικρότερο ποσοστό πλήρους αποχής από τον έλεγχο, σε σχέση με τις υπόλοιπες εισοδηματικές κατηγορίες ($p = 0.023$) όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.26.

Πίνακας 4.25

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου που έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία κάποια στιγμή στη ζωή τους

		Σύνολο
Μαστογραφία	Όχι	36.8%
	Ναι	63.2%
	Σύνολο	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.26

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου που υποβλήθηκαν σε συγκεκριμένο αριθμό μαστογραφιών ανά επίπεδο εισοδήματος

		Εισόδημα					Pearson's p-value
		<1000	1000-2000	2000-3000	>3000	Σύνολο	
Αριθμός Μαστογραφιών	0	35.0%	41.9%	44.4%	14.3%	36.8%	0.023*
	1	22.5%	12.9%	33.3%	0.0%	18.4%	
	2-3	15.0%	35.5%	11.1%	14.3%	21.8%	
	5(1/έτος)	27.5%	9.7%	11.1%	71.4%	23.0%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	

Από τη συσχέτιση της υποβολής σε μαστογραφία με τον αριθμό των τοκετών που έχουν στο ιστορικό τους οι γυναίκες του δείγματος, προκύπτει ότι για τις γυναίκες άνω των 40 ετών, η πιθανότητα να έχουν κάνει μαστογραφία τετραπλασιάζεται (x4) σε περίπτωση 2 ή παραπάνω τοκετών, σε σύγκριση με τις περιπτώσεις κανενός ή ενός τοκετού ($p = 0.032$). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 4.27.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.27

Συσχέτιση πραγματοποίησης ή όχι μαστογραφίας και αριθμού τοκετών

		Αριθμός Τοκετών			Fisher's p-value	O.R. point est	95% CL for O.R.
		0 – 1	2 και άνω	Σύνολο			
Μαστογραφία	Όχι	64.3%	31.5%	36.8%	0.032*	3.91	(1.18-12.99)
	Ναι	35.7%	68.5%	63.2%			
	Σύνολο	100%	100%	100%			

Παρά το ότι περίπου 6 στις 10 γυναίκες που ερωτήθηκαν έχουν κάνει μαστογραφία κάποια στιγμή στη ζωή τους, στην ερώτηση που αφορά την τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο θετική απάντηση δίνει μόνο το 36.8%, ενώ το υπόλοιπο 63.2% δεν έχει τακτικό έλεγχο ή δεν έχει υποβληθεί σε έλεγχο. Ως τακτική συμμετοχή στο

screening για τον καρκίνο του μαστού ορίστηκε η πραγματοποίηση του ελέγχου κάθε έτος για τα τελευταία πεντε χρόνια και σε γυναίκες μέχρι 44 ετών η πραγματοποίηση του ελέγχου κάθε χρόνο τα τελευταία 3-4 έτη. Στον Πίνακα 4.28 καταγράφονται τα αποτελέσματα που αφορούν την τακτική συμμετοχή στο Screening για τον καρκίνο του μαστού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.28

Το ποσοστό των γυναικών του δείγματος του μαστογραφικού ελέγχου που συμμετέχουν στο screening για τον καρκίνο του μαστού

		Σύνολο
Συμμετοχή στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού	Όχι	63.2%
	Ναι	36.8%
	Σύνολο	100%

4.3.3 Γυναικολογικός έλεγχος και προληπτικές εξετάσεις

Στο ερωτηματολόγιο της μελέτης περιλαμβανόταν ερώτηση που διερευνούσε την συχνότητα επισκέψεων σε γυναικολόγο. Από τις γυναίκες του δείγματος επισκέπτονται τον γυναικολόγο κάθε χρόνο, ανεξαρτήτως συχνότητας, το 57.7% ενώ το υπόλοιπο 42.3% δεν έχει τακτική ετήσια επίσκεψη σε γυναικολόγο. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 4.29.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.29

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος ανάλογά με το αν πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε Γυναικολόγο

		Σύνολο
Ετήσιος Γυναικολογικός έλεγχος	Όχι	42.3%
	Ναι	57.7%
	Σύνολο	100%

Στη συνέχεια συσχετίστηκε η πραγματοποίηση ή όχι ετήσιου ελέγχου από Γυναικολόγο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Από αυτές τις συσχετίσεις προέκυψε ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που κάνουν γυναικολογικό έλεγχο (Pearson's $p = 0.024$), με το ανώτερο επίπεδο μόρφωσης να συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα γυναικολογικού ελέγχου (Cochran's $p = 0.003$) και τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 4.30. Επιπρόσθετα, το εισοδηματικό επίπεδο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που επισκέπτονται τακτικά σε ετήσια βάση γυναικολόγο (Pearson's $p = 0.034$), με το υψηλότερο εισόδημα να συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου (Cochran's $p = 0.006$), όπως αποτυπώνεται και στον Πίνακα 4.31.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.30

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε γυναικολόγο ανά επίπεδο μόρφωσης

		Επίπεδο Μόρφωσης					Pearson's	Cochran's
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη	Σύνολο	p-value	p-value
Γυναικολογικός έλεγχος	Όχι	61.1%	44.8%	40.0%	26.8%	42.3%	0.024*	0.003*
	Ναι	38.9%	55.2%	60.0%	73.2%	57.7%		
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%		

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.31

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που πραγματοποιούν ή όχι ετήσια επίσκεψη σε γυναικολόγο ανά επίπεδο εισοδήματος

		Εισόδημα					Pearson's	Cochran's
		<1000	1000-2000	2000-3000	>3000	Σύνολο	p-value	p-value
Γυναικολογικός έλεγχος	Όχι	57.4%	37.0%	31.3%	23.1%	42.3%	0.034*	0.006*
	Ναι	42.6%	63.0%	68.8%	76.9%	57.7%		
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%		

Οι γυναίκες του δείγματος ερωτήθηκαν για τη συχνότητα με την οποία επισκέπτονται γυναικολόγο ετησίως. Τα συνολικά αποτελέσματα για τη συχνότητα γυναικολογικών επισκέψεων στις γυναίκες του δείγματος αποτυπώνονται στον Πίνακα 4.32. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι το 47.4% των γυναικών επισκέπτονται τουλάχιστον μία φορά τον γυναικολόγο ετησίως, το 42.3% των γυναικών δεν επισκέπτονται γυναικολόγο τακτικά, ενώ το 10.1% επισκέπτεται γυναικολόγο περισσότερες από μία φορές ετησίως. Η συσχέτιση της συχνότητας των ετήσιων γυναικολογικών ελέγχων με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος δεν έδωσε αξιοσημείωτα αποτελέσματα, ενώ η συσχέτιση με τον αριθμό των τοκετών έδειξε μια τάση αύξησης της συχνότητας-τακτικότητας των ελέγχων, με τον αριθμό των τοκετών που αποτυπώνεται στον Πίνακα 4.33.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.32

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος ανά συχνότητα γυναικολογικών ελέγχων ετησίως

		Σύνολο
Αριθμός Γυναικολογικών ελέγχων ανά έτος	0	42.3%
	1	47.4%
	2-3	8.3%
	>3	1.9%
	Σύνολο	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.33

Τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος ανά συχνότητα γυναικολογικών ελέγχων ετησίως και αριθμού τοκετών

		Αριθμός τοκετών				Σύνολο
		Κανένα	1	2-3	>3	
Αριθμός Γυναικολογικών ελέγχων ανά έτος	0	45.8%	31.3%	42.5%	41.7%	42.3%
	1	41.7%	68.8%	46.3%	50.0%	47.4%
	2-3	8.3%	0.0%	10.0%	8.3%	8.3%
	>3	4.2%	0.0%	1.3%	0.0%	1.9%
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το αποτέλεσμα της συσχέτισης των ετήσιων επισκέψεων σε γυναικολόγο τόσο με την τακτική συμμετοχή στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου όσο και με τη διενέργεια του τεστ Παπανικολάου έστω και μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναλογία γυναικών που κάνουν τακτικό screening τραχήλου, σε σχέση με τον αριθμό ετήσιων επισκέψεων στον γυναικολόγο. Καμία επίσκεψη σημαίνει πρακτικά και ελάχιστες πιθανότητες διεξαγωγής screening τραχήλου. Από τις γυναίκες του δείγματος που δεν επισκέπτονται γυναικολόγο μόνο το 6.06% συμμετέχει τακτικά στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου. Η επίσκεψη στο γυναικολόγο (έστω και 1 φορά το χρόνο) αυξάνει το ενδεχόμενο διεξαγωγής PAP τεστ κατά 14 φορές, σε σχέση με όσες γυναίκες δεν επισκέπτονται γυναικολόγο όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.34 και ταυτόχρονα αυξάνει το ενδεχόμενο διεξαγωγής τακτικού screening τραχήλου κατά 62 φορές, σε σχέση με όσες γυναίκες δεν επισκέπτονται γυναικολόγο όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.35.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.34

Συσχέτιση διεξαγωγής Pap test και ετήσιας επίσκεψης στον γυναικολόγο

		Επίσκεψη σε γυναικολόγο (έστω 1 φορά το χρόνο)					
		Όχι	Ναι	Σύνολο	Fisher's p-value	O.R. point est	95% CL for O.R.
PAP test	Όχι	39,39%	4.44%	19.23%	<0.001*	13.98	(4.87-42.72)
	Ναι	60.61%	95.56%	80.77%			
	Σύνολο	100%	100%	100%			

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.35

Συσχέτιση τακτικού screening για καρκίνο του τραχήλου και ετήσιας επίσκεψης στον γυναικολόγο

		Επίσκεψη σε γυναικολόγο (έστω 1 φορά το χρόνο)					
		Όχι	Ναι	Σύνολο	Fisher's p-value	O.R. point est	95% CL for O.R.
Τακτικό screening τραχήλου	Όχι	93.94%	20.00%	51.28%	<0.001*	62.00	(19.92-192.97)
	Ναι	6.06%	80.00%	48.72%			
	Σύνολο	100%	100%	100%			

Από τη συσχέτιση της ετήσιας επίσκεψης σε γυναικολόγο τόσο με την τακτική συμμετοχή στο screening για τον καρκίνο του μαστού όσο και με τη διενέργεια μαστογραφικού ελέγχου έστω και μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας προκύπτουν ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Γυναίκες άνω των 40 ετών που έχουν κάνει έστω και 1 επίσκεψη σε γυναικολόγο έχουν 6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν μαστογραφία, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν επισκέπτονται γυναικολόγο και 23.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν τακτικό screening μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν επισκέπτονται γυναικολόγο. Τα αποτελέσματα αυτά καταγράφονται στον Πίνακα 4.36.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.36

*Συσχέτιση τακτικού screening για καρκίνο του μαστού και ευκαιριακού
μαστογραφικού ελέγχου με ετήσια επίσκεψη στον γυναικολόγο*

		Γυναικολογικές επισκέψεις					
		Όχι	Ναι	Σύνολο	Fisher's p-value	O.R. point est	95% CL for O.R.
Μαστογραφία	Όχι	57.1%	17.8%	36.8%	<0.001*	6.17	(2.32-16.40)
	Ναι	42.9%	82.2%	63.2%			
	Σύνολο	100%	100%	100%			
<hr/>							
Τακτικότητα screening μαστού	Όχι	92.9%	35.6%	63.2%	<0.001*	23.56	(6.27- 88.51)
	Ναι	7.1%	64.4%	36.8%			
	Σύνολο	100%	100%	100%			

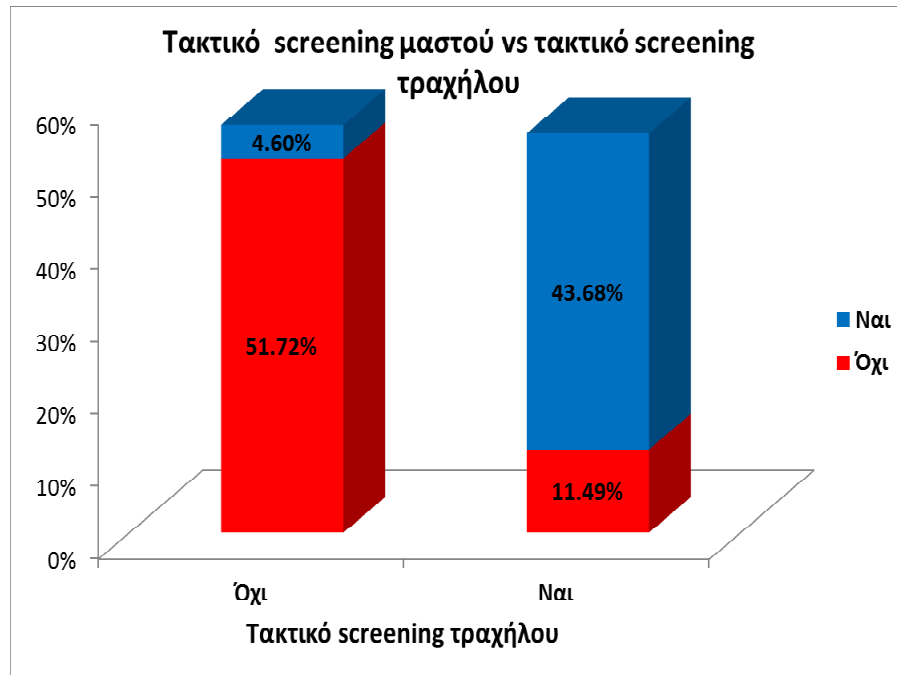
4.3.4 Συσχέτιση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο

Εξετάζοντας το πώς επηρεάζει η συμμετοχή στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου την τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες άνω των 40 ετών που κάνουν τακτικό screening τραχήλου, έχουν 31.5 φορές υψηλότερη πιθανότητα να κάνουν και τακτικό μαστογραφικό έλεγχο, σε σχέση με τις γυναίκες άνω των 40 ετών που δεν κάνουν τακτικό screening τραχήλου. Τα αποτελέσματα αποδίδονται στον Πίνακα 4.37 και στο Διάγραμμα 4.15.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.37

Συσχέτιση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο

		Τακτικότητα screening Τραχήλου		
		Όχι	Ναι	Σύνολο
Τακτικότητα screening Μαστού	Όχι	91.84%	26.32%	63.22%
	Ναι	8.16%	73.68%	36.78%
Σύνολο		100%	100%	100%
<i>Fisher's p-value<0.001* , Odds Ratio 31.50 (9.01-100.15)</i>				



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.15

Συσχέτιση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου και της τακτικής συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο

4.4 Συμπεράσματα-Συζήτηση-Προτάσεις

Από την έρευνα διαπιστώθηκε η εδραίωση της εξέτασης Παπανικολάου στη συνείδηση των γυναικών σαν μια βασική γυναικολογική εξέταση, αφού το 94.9% είναι ενήμερες για την εξέταση και το 80.8% έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μόλις το 19.2% δεν έχει κάνει ποτέ την εξέταση. Σε ανάλογες μελέτες που έχουν γίνει στον Ελλαδικό χώρο έχουν διαπιστωθεί ανάλογα ποσοστά. Σε έρευνα που αφορούσε αγροτικό-μη αστικό πληθυσμό του Ν.Ημαθίας διαπιστώθηκε ότι το 72.6% των γυναικών είχε κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ το 27.4% δήλωσε ότι δεν την έχει κάνει ποτέ (Τσαρτσαρή Ευφροσυνή, 2006) και σε μελέτη που αφορούσε γυναίκες 26-45 ετών το 62% είχε εξεταστεί έστω και μία φορά, ενώ το 38% δεν είχε εξετασθεί ποτέ (Αντωνίου Ε, 2003). Σε μια έρευνα που δημοσιεύτηκε πρόσφατα και αφορούσε 3637 γυναίκες όλης της Ελληνικής επικράτειας το ποσοστό που είχε υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου έστω και μια φορά υπολογίστηκε στο 72.5% (Karampoiki V, 2010).

Παρά τα θετικά όμως αυτά ευρήματα η συμμετοχή στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου, που αφορά την τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο, πραγματοποιείται όπως διαπιστώθηκε από τη μελέτη μόνο από το 48.7% των γυναικών του δείγματος (περίπου 5 στις 10 γυναίκες). Το ποσοστό είναι απογοητευτικό αν αναλογιστούμε το ποσοστό τακτικού ελέγχου που επιτυγχάνουν άλλες Ευρωπαϊκές χώρες με οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Σουηδία 95%) καθώς και το ποσοστό συμμετοχής που συνιστάται από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για το πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που είναι το 85% (Idestrom M, 2002). Το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελληνική επικράτεια όπως προκύπτει από ανάλογη έρευνα (Karampoiki V, 2010), υπολογίζεται σε 39.6%. Σε σύγκριση με το ποσοστό αυτό, η συμμετοχή των γυναικών του Ν.Λακωνίας στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου φαίνεται να είναι σε υψηλότερο ποσοστό από το αντίστοιχο της επικράτειας, αλλά ακόμα μακριά από το να είναι ικανοποιητικό.

Σε άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα χρησιμοποιείται σαν ενδεικτικό της συμμετοχής στο screening του τραχήλου το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι υποβλήθηκε στην εξέταση την τελευταία τριετία από τη στιγμή της έρευνας, όπως π.χ. από τη Δημητρακάκη et al, 2009. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται ποσοστό τακτικής συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου 59.4%. Η επιλογή της τριετίας γίνεται σε μια προσπάθεια να συγκριθεί η χρήση της εξέτασης με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που χρησιμοποιούν το τριετές μεσοδιάστημα ελέγχου και σε συμφωνία με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες. Η προσέγγιση αυτή είναι προβληματική, τόσο γιατί στον προσυμπτωματικό έλεγχο σημαντική είναι η τακτική επανάληψη του ελέγχου, όσο και γιατί στην Ελλάδα η επικρατούσα κλινική πρακτική

είναι η κατά έτος επανάληψη της εξέτασης. Ακόμα όμως και αν γίνει αποδεκτή η υπόθεση του ανά τριετία ελέγχου θα πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι οι γυναίκες αυτές υποβάλλονται τακτικά στον έλεγχο ανά τριετία και ότι ο έλεγχος τους στα τρία έτη που προηγούνται της έρευνας δεν είναι τυχαίος και χωρίς συνέχεια. Η πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου σίγουρα έχει σημασία ιδιαίτερα αν αναλογιστεί κανείς ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με καρκίνο του τραχήλου δεν έχουν υποβληθεί ποτέ στην εξέταση, αλλά το σημαντικό στον προσυμπτωματικό έλεγχο είναι η τακτική επανάληψη σε βάθος χρόνου.

Στο δείγμα αυτής της έρευνας δήλωσαν ότι έχουν υποβληθεί σε εξέταση κατά Παπανικολάου εντός των τελευταίων τριών ετών το 71.15% των γυναικών. Η επαναληψιμότητα όμως της εξέτασης είναι μικρή, αφού από τις γυναίκες αυτές δήλωσαν ότι έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση 1-3 φορές στη διάρκεια της ζωής τους το 43.2%. Το αυξημένο ποσοστό γυναικών της μελέτης που δήλωσε ότι υποβλήθηκε στην εξέταση την τελευταία τριετία θα μπορούσε να αποδοθεί στην αυξημένη δημοσιότητα και προβολή που έχει δοθεί σε θέματα πρόληψης τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα με την είσοδο των εμβολίων για τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου στην καθημερινή πρακτική. Αυτό φαίνεται να έχει επηρεάσει θετικά τη στάση και τη συμπεριφορά του γυναικείου πληθυσμού ως προς την εξέταση κατά Παπανικολάου.

Από την έρευνα συμπεραίνεται ότι η μόρφωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει test Παπανικολάου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Pearson's $p = 0.039$). Ανώτερο επίπεδο μόρφωσης συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα να έχει πραγματοποιηθεί η εξέταση (Cochran's $p = 0.013$). Το επάγγελμα επηρεάζει στατιστικά σημαντικά (Pearson's $p = 0.001$) το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει test Παπανικολάου έστω και μία φορά στη ζωή τους, καθώς και τον αριθμό των PAP τεστ στα οποία υποβάλλεται μια γυναίκα. Οι αγρότισσες και οι άνεργες γυναίκες έχουν σημαντικά μειωμένο ποσοστό PAP τεστ σε σχέση με τα υπόλοιπα επαγγέλματα ενώ οι άνεργες γυναίκες, οι αγρότισσες και οι νοικοκυρές έχουν μειωμένη συχνότητα PAP τεστ, σε αντίθεση με όσες γυναίκες δηλώνουν Ελ. Επαγγελματίες και Ιδ. Υπάλληλοι που εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά ανάλογων εργασιών (Dimitrakaki C, 2009) (Τσαρτσαρή Ευφροσυνή, 2006).

Ο αριθμός των PAP τεστ είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε παντρεμένες, χωρισμένες ή χήρες γυναίκες (Pearson's $p=0.024$) Ο μειωμένη χρήση της εξέτασης κατά Παπανικολάου από τις ελεύθερες γυναίκες σημειώνεται στις περισσότερες μελέτες και έχει σχετιστεί με λιγότερες επισκέψεις σε γυναικολόγους για αναπαραγωγικούς λόγους. Λόγω του μειωμένου αριθμού των επισκέψεων έχουν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν ευκαιριακά οδηγίες και συμβουλές προληπτικού ελέγχου (Cabeza E, 2007). Υψημένο αριθμό PAP τεστ παρουσιάζουν οι γυναίκες που είχαν έστω και έναν τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς τοκετό (Pearson's $p = 0.005$). Αξιοσημείωτη είναι επίσης η τάση αύξησης της συχνότητας-τακτικότητας των ελέγχων, με τον αριθμό των τοκετών. Οι

παράγοντες που φαίνεται από τη μελέτη να επηρεάζουν την πιθανότητα να υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου μια γυναίκα καταγράφονται στον Πίνακα 4.38.

Πίνακας 4.38

Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου

<u>Θετικά</u>	<u>Αρνητικά</u>
Ανώτερο μορφωτικό επίπεδο	Ανεργία
Ιστορικό τοκετού	Αγροτικό Επάγγελμα
	Αγαμία

Το ποσοστό των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία διαπιστώθηκε από την έρευνα να φτάνει το 63.2%, με το 36.2% να μην έχει υποβληθεί ποτέ σε μαστογραφία και το 36.8% να υποβάλλεται σε τακτικό προσυμπτωματικό έλεγχο (περίπου 3.5 γυναίκες στις 10). Τα αντίστοιχα ποσοστά στην επικράτεια στην τελευταία έρευνα που δημοσιεύτηκε (Καραμρούκι V, 2010) είναι 45.3% για την διενέργεια μαστογραφίας για οποιοδήποτε λόγο, 54.7% για την πλήρη αποχή από τον έλεγχο και μόλις 22.8% για τον τακτικό μαστογραφικό έλεγχο. Η σύγκριση των ποσοστών δείχνει ικανοποιητικότερη συμμετοχή του υπό μελέτη πληθυσμού στην διαδικασία του μαστογραφικού ελέγχου, με τα ποσοστά όμως να συνεχίζουν να απέχουν πολύ από το συνιστώμενο στόχο των Ευρωπαϊκών Οδηγιών, που είναι η τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο τουλάχιστον του 70% του πληθυσμού στόχου.

Από την έρευνα δεν προκύπτει κάποιο δημογραφικό χαρακτηριστικό του πληθυσμού που να συνδέεται με αυξημένη συμμετοχή στον μαστογραφικό έλεγχο, πέραν της παρατηρούμενης αυξημένης συχνότητας μαστογραφιών στις ακραίες εισοδηματικές ομάδες (< € 1000 και > € 3000). Το μόνο στοιχείο που συνδέεται με αυξημένη υποβολή σε μαστογραφική εξέταση είναι το μαιευτικό ιστορικό της γυναίκας. Έτσι, προκύπτει ότι για τις γυναίκες άνω των 40 ετών, η πιθανότητα να έχουν κάνει μαστογραφία τετραπλασιάζεται (x4) σε περίπτωση 2 ή παραπάνω τοκετών, σε σύγκριση με τις περιπτώσεις κανενός ή ενός τοκετού (Fisher's $p = 0.032$). Πιθανά το αποτέλεσμα αυτό να μπορεί να εξηγηθεί από τις αυξημένες ευκαιρίες και πιθανότητες να λάβει οδηγίες και συμβουλές προληπτικού χαρακτήρα, στα πλαίσια του αυξημένου αριθμού επισκέψεων σε γυναικολόγο για αναπαραγωγικούς λόγους.

Από τα δεδομένα της έρευνας έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί το κατά πόσον η τακτική συμμετοχή στον έναν προληπτικό έλεγχο επηρεάζει τη συμμετοχή και στον

άλλο. Παρατηρήθηκε ότι γυναίκες άνω των 40 ετών που κάνουν τακτικό screening τραχήλου, έχουν 31.5 φορές υψηλότερη πιθανότητα να κάνουν και τακτικό μαστογραφικό έλεγχο, σε σχέση με τις γυναίκες άνω των 40 ετών που δεν κάνουν τακτικό screening τραχήλου. Με βάση την παρατήρηση αυτή μπορεί να σταθεί ο ισχυρισμός ότι προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση της συμμετοχής στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου, έχουν σαν δευτερεύον αποτέλεσμα την αύξηση της συμμετοχής και στον τακτικό μαστογραφικό έλεγχο, ή ίσως μια αύξηση της ευαισθησίας και της εγρήγορσης της γυναίκας και για άλλες προληπτικές εξετάσεις.

Ένας από τους αρχικούς στόχους αυτής της έρευνας ήταν ο έλεγχος του κατά πόσον η τακτική ετήσια γυναικολογική εξέταση επηρεάζει το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου. Αρχικά ελέγχθηκε το ποσοστό των γυναικών που επισκέπτονται τον γυναικολόγο τουλάχιστον μια φορά ετησίως και διαπιστώθηκε ότι 6 στις 10 γυναίκες περίπου (ποσοστό 57.7%) επισκέπτονται τον γυναικολόγο κάθε έτος. Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος έδειξαν ότι γυναίκες υψηλότερης μόρφωσης ($p = 0.003$) και εισοδηματικού επιπέδου ($p = 0.007$) έχουν αυξημένη πιθανότητα να επισκέπτονται τακτικά και σε ετήσια βάση γυναικολόγο.

Η συσχέτιση της συμμετοχής στο screening του τραχήλου και της ετήσιας επίσκεψης σε γυναικολόγο μας δίνει ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Φαίνεται ότι η επίσκεψη στο γυναικολόγο (έστω 1 φορά το χρόνο) αυξάνει το ενδεχόμενο διεξαγωγής τακτικού screening για τον καρκίνο του τραχήλου κατά 62 φορές, σε σχέση με όσες γυναίκες δεν επισκέπτονται γυναικολόγο. Πρακτικά, απουσία τακτικού γυναικολογικού ελέγχου σημαίνει και ελάχιστες πιθανότητες διεξαγωγής screening τραχήλου. Από τις γυναίκες του δείγματος της μελέτης που δεν επισκέπτονται γυναικολόγο τακτικά, μόνο το 6.06% (6 στις 100 γυναίκες) συμμετέχει τακτικά στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου. Κατά αναλογία πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σχέσης της ετήσιας γυναικολογικής επίσκεψης με την τακτική συμμετοχή στον μαστογραφικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που επισκέπτονται τον γυναικολόγο τουλάχιστον μία φορά ετησίως έχουν αυξημένη πιθανότητα τακτικής συμμετοχής στον μαστογραφικό έλεγχο κατά 23.5 φορές, σε σχέση με αυτές που δεν επισκέπτονται γυναικολόγο.

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στην παραπάνω παράγραφο δείχνουν μια ισχυρή σύνδεση της ετήσιας γυναικολογικής εξέτασης και της επιτυχημένης συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο για γυναικολογικά νοσήματα. Αν αυτή η παρατήρηση επιβεβαιωθεί και με άλλες έρευνες τοπικές ή στην επικράτεια, θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού το κατά πόσον η ενίσχυση της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο θα ήταν πιο αποτελεσματική μέσω της προαγωγής της «ετήσιας γυναικολογικής επίσκεψης». Φαίνεται ότι στο σύστημα του ευκαιριακού προσυμπτωματικού ελέγχου η παροχή συμβουλών και η υπενθύμιση της αναγκαιότητας του ελέγχου θα μπορούσε να μετατεθεί επιτυχώς στον γυναικολόγο, αφού ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν εφαρμόζεται στη χώρα μας. Απαιτούνται φυσικά μελέτες του

κόστους για το σύστημα, αφού με τη σημερινή του μορφή προαπαιτεί την επίσκεψη στον γυναικολόγο μόνο για να επιτραπεί ο μαστογραφικός έλεγχος.

Παρά τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, συμπεραίνεται, σε συμφωνία και με άλλες μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, ότι η τακτική συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου και του μαστού είναι περιορισμένη. Η σύγκριση με τα ποσοστά άλλων χωρών είναι απογοητευτική. Το εύρημα της συχνότερης συμμετοχής των γυναικών υψηλότερης μόρφωσης στον προληπτικό έλεγχο και της μειωμένης χρήσης που παρουσιάζουν οι άνεργες και οι εργαζόμενες σε αγροτικές εργασίες υποδυναμίζει την ανάγκη στοχευμένης ενημέρωσης και παρέμβασης σε κοινωνικές ομάδες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ο καρκίνος του μαστού μπορούν να προληφθούν ή να διαγνωσθούν εγκαίρως με τη σωστή εφαρμογή του προληπτικού ελέγχου. Η σωστή ενημέρωση και καθοδήγηση των γυναικών, με έμφαση στα θέματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου είναι μια αναγκαιότητα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενίσχυσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας τόσο στις μη αστικές περιοχές όσο και στον αστικό ιστό και με την ενεργοποίηση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας κάθε περιοχής. Απαιτούνται εκστρατείες ενημέρωσης σε σχολεία, συλλόγους και κοινότητες, με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού για τον καρκίνο του τραχήλου και του μαστού καθώς και για το τεστ Παπανικολάου και τη μαστογραφία.

Σίγουρα ο ευκαιριακός χαρακτήρας του προληπτικού ελέγχου που έχει υιοθετηθεί στη χώρα μας παίζει ρόλο στο ποσοστό συμμετοχής στον προληπτικό έλεγχο. Στα πλαίσια όμως του υπάρχοντος και εφαρμοζόμενου συστήματος, και χωρίς να υπεισερχόμαστε στη συζήτηση για το κατά πόσον ένα οργανωμένο σύστημα προληπτικού ελέγχου θα είχε καλύτερα αποτελέσματα, φαίνεται ότι η ετήσια επίσκεψη στον γυναικολόγο θα μπορούσε να βελτιώσει θεαματικά τα ποσοστά συμμετοχής. Θα μπορούσε να λειτουργεί άτυπα σαν τους υπενθυμιστικούς μηχανισμούς των οργανωμένων συστημάτων. Πιθανά η προσπάθεια καθιέρωσης στη συνείδηση των γυναικών της αναγκαιότητας του «ετήσιου γυναικολογικού check up» να έχει θεαματικά αποτελέσματα στη συμμετοχή τους στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Με βάση τη μελέτη αυτή προκύπτουν σαν προτάσεις για περαιτέρω έρευνα τα ακόλουθα:

- Η προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα σύστημα συλλογής στοιχείων ανά δήμο με δείγματα πληθυσμού που σε αριθμό είναι σχετικά μικρά και με κόστος περιορισμένο. Αν υπάρχει μια κεντρική καθοδήγηση και χρηματοδότηση θα μπορούσε να σχηματιστεί μια σχετικά ρεαλιστική εικόνα για την κατάσταση στον προσυμπτωματικό έλεγχο για όλη την επικράτεια. Με τη χρήση του δικτύου των Αγροτικών Ιατρείων και των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε αυτά και στα Κέντρα Υγείας θα μπορούσε περιοδικά να

πραγματοποιείται συλλογή στοιχείων και ανάλυση. Έτσι θα μπορούσαν και οι ενέργειες και οι πόροι του συστήματος να διατείνονται με μεγαλύτερη αποδοτικότητα και να ελέγχεται σε βάθος χρόνου η αποτελεσματικότητα των όποιων παρεμβάσεων.

- Η αναζήτηση των καλύτερων και πιο αποτελεσματικών τρόπων για την ενημέρωση των γυναικών πάνω στο θέμα. Η αναζήτηση των βέλτιστων μεθόδων προσέγγισης γυναικών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (χαμηλής μορφωσης, άνεργες, απασχολούμενες σε αγροτικές εργασίες).
- Η προσπάθεια να επιβεβαιωθεί η επίδραση του ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου στη συμμετοχή των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο. Η μελέτη του κατά πόσον είναι αποδοτικό από άποψη κόστους-αποτελέσματος να στηριχθεί ο θεσμός του ετήσιου γυναικολογικού check-up σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Στη μελέτη αυτή φάνηκε ότι οι γυναίκες του Ν. Λακωνίας συμμετέχουν στις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου και του μαστού σε ποσοστά πιο ικανοποιητικά από τα ποσοστά συμμετοχής που έχουν διαπιστωθεί σε προηγούμενες έρευνες που αφορούσαν άλλες περιοχές της χώρας ή το σύνολο της επικράτειας. Η συμμετοχή αυτή πάντως απέχει πολύ από το να θεωρηθεί ικανοποιητική. Σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι η θετική επίδραση του ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου στη συμμορφωσιμότητα των γυναικών στον τακτικό προσυμπτωματικό έλεγχο. Το εύρημα αυτό μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας και πιθανά πρακτικής εφαρμογής.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε αφορά σε μια προσπάθεια εκτίμησης της συμμετοχής των γυναικών του Ν. Λακωνίας στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου και του μαστού, τον προσδιορισμό δημογραφικών παραγόντων που πιθανά την επηρεάζουν και να διερευνηθεί η συσχέτιση της συστηματικής ετήσιας επίσκεψης σε γυναικολόγο με την τακτικότητα στη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Φάριδος με κατ' οίκον επισκέψεις και συμπλήρωση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Συμμετείχαν 156 γυναίκες ηλικίας 20-69 ετών. Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν προκύπτει ότι στο δείγμα μας παρά το ότι 8 στις 10 γυναίκες έχουν υποβληθεί σε εξέταση κατά Παπανικολάου κάποια στιγμή στη ζωή τους (80.8%), μόνο 5 στις 10 συμμετείχαν τακτικά στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου (48.7%). Κατά αναλογία για τον μαστογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι 6 στις 10 γυναίκες έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία κάποια στιγμή στη ζωή τους (63.2%), αλλά μόνο 3.5 στις 10 έχουν τακτική συμμετοχή (36.8%).

Δεν διαπιστώθηκε να επηρεάζεται η τακτική συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στο δείγμα της έρευνας. Παρατηρήθηκε όμως ότι γυναίκες άγαμες, χωρίς ιστορικό τοκετού, χαμηλότερης μόρφωσης, άνεργες ή απασχολούμενες στον αγροτικό τομέα έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν υποβληθεί στο τεστ Παπανικολάου, ενώ γυναίκες με ιστορικό τουλάχιστον δύο τοκετών έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να έχουν υποβληθεί σε μαστογραφικό έλεγχο κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από τη συσχέτιση των δύο προσυμπτωματικών ελέγχων διαπιστώθηκε ότι όσες γυναίκες >40 ετών συμμετέχουν τακτικά στο screening για τον καρκίνο του τραχήλου έχουν αυξημένη πιθανότητα (x 31.5) να υποβάλλονται και σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο. Αυξημένες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε τακτική βάση στους προσυμπτωματικούς ελέγχους για τον καρκίνο του τραχήλου (x 62) και τον καρκίνο του μαστού (x 23.5) διαπιστώθηκε ότι έχουν οι γυναίκες που επισκέπτονται συστηματικά, σε ετήσια βάση, γυναικολόγο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής επιβεβαιώνουν τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών της χώρας μας. Σκιαγραφείται εν μέρει το προφίλ της γυναίκας που θα πρέπει να γίνει στόχος της ενημέρωσης και των παρεμβάσεων, ενώ σημειώνεται η σημασία της ετήσιας γυναικολογικής επίσκεψης για τη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο, δίνοντας το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα και προβληματισμό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο έρευνας

Ηλικία:

- <20 20-29 30-39 40-49 50-59 >60

Επάγγελμα:

- άνεργη αγρότισσα νοικοκυρά ελ. επαγγελματίας
 δημόσιος υπάλληλος ιδιωτικός υπάλληλος

Μόρφωση:

- Δημοτικού Γυμνασίου Λυκείου Ανώτερη

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (σε ευρώ):

- < 1000 1000-2000 2000-3000 >3000

Οικογενειακή κατάσταση:

- ελεύθερη παντρεμένη χωρισμένη χήρα

Αριθμός τοκετών:

Πόσες φορές το χρόνο πηγαίνετε σε γυναικόλογο:

- καμία 1 φορά 2-3 φορές > 3 φορές

Ξέρετε τι είναι το τεστ Παπανικολάου:

- ναι όχι

Έχετε κάνει τεστ Παπανικολάου:

- ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

- δεν γνώριζα την αναγκαιότητα από αμέλεια άβολη διαδικασία
 δεν είχα κανένα σύμπτωμα φοβάμαι το αποτέλεσμα δεν έχω
εύκολη πρόσβαση λανθασμένη ενημέρωση

Αν ναι:

- μια φορά 2-3 φορές τακτικά (κάθε χρόνο για πάνω από 5 χρόνια)

(αν στην ερώτηση δεν απαντήσατε τακτικά σημειώστε στην προηγούμενη ερώτηση το λόγο της μη τακτικότητας)

Η τελευταία φορά ήταν:

- μέσα στο χρόνο 1-3 χρόνια πριν περισσότερο από 3 χρόνια πριν

Έχετε κάνει μαστογραφία:

- ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

- δεν ενημερώθηκα από αμέλεια άβολη διαδικασία δεν είχα
κανένα σύμπτωμα φοβάμαι το αποτέλεσμα φοβάμαι τον πόνο δεν
έχω εύκολη πρόσβαση λανθασμένη ενημέρωση

Αν ναι:

- μια φορά 2-3 φορές τακτικά (κάθε χρόνο για πάνω από 5 χρόνια)

(αν στην ερώτηση δεν απαντήσατε τακτικά σημειώστε στην προηγούμενη ερώτηση το λόγο της μη τακτικότητας)

Η τελευταία φορά ήταν:

- μέσα στο χρόνο 1-3 χρόνια πριν περισσότερο από 3 χρόνια πριν

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Συσχέτιση δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (επάγγελμα, μόρφωση, εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση) με υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου.

ΠΙΝΑΚΑΣ Β1

Συσχέτιση του επαγγέλματος με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου

		Επάγγελμα							Pearson's p-value
		Αγρό- Ανεργη	Νουκο- τισσα	Ελ. κυρά	Δημ. Επαγ.	Ιδ. Υπ.	Υπ.	Σύνολο	
Μαστογραφία	Όχι	100.0%	34.6%	35.3%	40.0%	66.7%	30.8%	36.8%	0.669
	Ναι	0.0%	65.4%	64.7%	60.0%	33.3%	69.2%	63.2%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Αριθμός Μαστογραφιών	0	100.0%	34.6%	35.3%	40.0%	66.7%	30.8%	36.8%	0.840
	1	0.0%	26.9%	20.6%	10.0%	0.0%	7.7%	18.4%	
	2	0.0%	11.5%	26.5%	30.0%	0.0%	30.8%	21.8%	
	5(1/ετος)	0.0%	26.9%	17.6%	20.0%	33.3%	30.8%	23.0%	
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Screening μαστού	Όχι	100.0%	65.4%	70.6%	50.0%	66.7%	46.2%	63.2%	0.575
	Ναι	0.0%	34.6%	29.4%	50.0%	33.3%	53.8%	36.8%	
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

ΠΙΝΑΚΑΣ Β2

Συσχέτιση της μόρφωσης με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου

		Μόρφωση					
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτερη	Σύνολο	Pearson's p-value
Μαστο- γραφία	Όχι	37.5%	36.0%	40.9%	25.0%	36.8%	0.884
	Ναι	62.5%	64.0%	59.1%	75.0%	63.2%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	
Αριθμός Μαστογραφιών	0	37.5%	36.0%	40.9%	25.0%	36.8%	0.678
	1	25.0%	8.0%	18.2%	25.0%	18.4%	
	2	18.8%	20.0%	22.7%	37.5%	21.8%	
	5(1/ετος)	18.8%	36.0%	18.2%	12.5%	23.0%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	
Screening μαστού	Όχι	68.8%	56.0%	68.2%	50.0%	63.2%	0.612
	Ναι	31.3%	44.0%	31.8%	50.0%	36.8%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	

ΠΙΝΑΚΑΣ Β3

Συσχέτιση του εισοδήματος με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου

		Εισόδημα				Σύνολο	Pearson's p-value
		<1000	1000-2000	2000-3000	>3000		
Μαστο- γραφία	Όχι	35.0%	41.9%	44.4%	14.3%	36.8%	0.540
	Ναι	65.0%	58.1%	55.6%	85.7%	63.2%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	
Αριθμός Μαστογραφιών	0	35.0%	41.9%	44.4%	14.3%	36.8%	0.023*
	1	22.5%	12.9%	33.3%	0.0%	18.4%	
	2	15.0%	35.5%	11.1%	14.3%	21.8%	
	5(1/ετος)	27.5%	9.7%	11.1%	71.4%	23.0%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	
Screening μαστού	Όχι	65.0%	64.5%	77.8%	28.6%	63.2%	0.211
	Ναι	35.0%	35.5%	22.2%	71.4%	36.8%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	100%	

ΠΙΝΑΚΑΣ Β4

Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την υποβολή οποτεδήποτε σε μαστογραφία, τη συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου και την τακτικότητα μαστογραφικού ελέγχου

		Οικογενειακή κατάσταση				Pearson's p-value
		Ελεύθερη	Παντρεμένη	Χωρισμένη/ Χήρα	Σύνολο	
Μαστο- γραφία	Όχι	50.0%	37.1%	16.7%	41.2%	0.720
	Ναι	50.0%	62.9%	83.3%	58.8%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	
Αριθμός Μαστογραφιών	0	50.0%	21.0%	0.0%	23.5%	0.354
	1	0.0%	11.3%	33.3%	5.9%	
	2	0.0%	22.6%	33.3%	23.5%	
	5(1/ετος)	50.0%	45.2%	33.3%	47.1%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	
Screen μαστού	Όχι	50.0%	64.5%	66.7%	58.8%	0.947
	Ναι	50.0%	35.5%	33.3%	41.2%	
	Σύνολο	100%	100%	100%	100%	

Βιβλιογραφία

- American Cancer Society . (2010, May 11). *Medical costs of cancer have nearly doubled over the past two decades*. Ανάκτηση June 11, 2010, από ScienceDaily.: <http://www.sciencedaily.com /releases/2010/05/100510075035.htm>
- *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*. (n.d.). Ανάκτηση Μάιος 7, 2010, από www.acog.org.
- Bandera CA. (2005, Jun). Advances in the understanding of risk factors for ovarian cancer. *J Reprod Med.* , σσ. 50(6):399-406.
- Black RJ, B. F. (1997). Cancer incidence and mortality in the European Union:Cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* , σσ. 33(7):1075-1107.
- Boyle P, d. O. (2003). Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? *Ann Oncol* , σσ. 14:1312-1325.
- *BreastScreen WA*. (n.d.). Ανάκτηση Απρίλιος 30, 2010, από <http://www.breastscreen.health.wa.gov.au/home/>.
- Breslow, E. L. (2006). *eNotes.com*. Ανάκτηση Μάιος 22, 2010, από "History of Public Health." Encyclopedia of Public Health. Ed. Lester Breslow. Gale Cengage, 2002.: <<http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/history-public-health>>
- Cabeza E, E. M.-C. (2007). Social disparities in breast and cervical cancer preventive practices. *Eur J Cancer Prev* , σσ. 16:372-379.
- *Cancer Research UK*. (n.d.). Ανάκτηση Μάιος 3, 2010, από <http://info.cancerresearchuk.org>.
- Cavanagh, K. (n.d.). *ehow*. Retrieved Δεκέμβριος 12, 2009, from www.ehow.com: http://www.ehow.com/about_5081710_tertiary-prevention.html
- *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. (n.d.). Ανάκτηση Απρίλιος 29, 2010, από <http://www.cdc.gov/>.
- Clarke-Pearson DL. (2009, July). Clinical practice. Screening for ovarian cancer. *N. Engl. J. Med.* , σσ. 361 (2): 170–7.
- Colditz GA, H. D. (1997). Cancer incidence and mortality: the priority of screening frequency and population coverage. *Milbank Quarterly* , σσ. 75:147-173.

- Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, B. V. (2008, January). Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet* , σσ. 371 (9609): 303–14.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. (2008). *ec.europa.eu*. Ανάκτηση June 18, 2010, από http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf
- Council of the European Union. (2003). Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). *Off J Eur Union* , σσ. L327:34–8.
- Cuschieri KS, C. H. (2005). Persistent high risk HPV infection associated with development of cervical neoplasia in a prospective population study. *J. Clin. Pathol.* , σσ. 58 (9): 946–50.
- Cuzick J, S. A. (2003). Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *Lancet* , σσ. 362 (9399): 1871–6.
- David M. Gershenson, M., & Pedro T. Ramirez, M. (n.d.). *Ovarian Cancer*. Ανάκτηση Μάιος 11, 2010, από The Merck Manuals online medical library.
- *Department of Health, New York State*. (n.d.). Ανάκτηση Μάιος 2, 2010, από www.health.state.ny.us.
- Dimitrakaki C, B. D. (2009, June). Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *Europ J Cancer Prev* , σσ. 18:248-257.
- Drummond Micheal F., O. B. (2002). *Drummond Micheal F., O'Brien Bernie J., Stoddart Greg L., κ.ά.* Αθήνα: Κριτική.
- Economist Intelligence Unit. (n.d.). *eiu.com*. Ανάκτηση June 11, 2010, από New cancer cases will grow 30% by 2020; current year estimates suggest global economic impact exceeds US\$300bn: http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=LAF&page=noads&rf=0
- European Communities. (2006). *EU guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis– 4th edition*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Communities. (2008). *EU guidelines for quality assurance in cervical screening – 2nd edition*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- Ferlay J, B. F. (2004). *Globocan 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence. Worldwide IARC cancer base no 5, version 2.0.* Lyon: IARC Press.
- FIGO. (2006, Nov). 26th Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. *Int J Gynaecol Obstet* , σσ. 95 Suppl 1:S1-257.
- Giorgi D, G. L. (2007, Mar-Jun). Mammography screening in Italy: 2004 survey and 2005 preliminary data. *Epidemiol Prev.* , σσ. 31(2-3 Suppl 2):7-20.
- Hausen, H. z. (1976). Condylomata acuminata and human genital cancer. *Cancer Res.* , σσ. 36,530.
- IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. (1986). Screening for squamous cervical cancer- The duration of low risk following negative results in cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med Journ* , σσ. 659-664.
- Idestrom M, M. I.-E. (2002, Oct). Knowledge and attitudes about the Pap-smear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* , σσ. 81(10):962-7.
- *International Agency for Research on Cancer.* (n.d.). Ανάκτηση Μάιος 5, 2010, από <http://screening.iarc.fr>.
- Jan M M Walboomers, M. V. (1999, September). Human Papillomavirus is a Necessary Cause of Invasive Cervical Cancer Worldwide. *Journal of Pathology* , σσ. 189:12-19.
- Karampoiki V, A. P. (2010). Evaluating the strength of potential misplaced priorities in opportunistic cancer screening practice in Greece. *Journal of BUON* , σσ. 15:164-173.
- Kulasingam SL, H. J. (2002). Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. *JAMA* , σσ. 288 (14): 1749–57.
- L. von Karsa, A. A.-B. (2008). *Cancer Screening in the European Union.* Luxembourg: European Commission.
- Maciosek MV, C. A. (2006). Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* , σσ. 31:52-61.
- Menon U, G.-M. A. (2009, April). Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol.* , σσ. 10 (4): 327–40.

- Mossialos E, A. S. (2005). Analysing the Greek health system; a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* , σσ. 14 (Suppl 1):151-168.
- *National Cancer Institute*. (n.d.). Ανάκτηση Απρίλιος 30, 2010, από <http://seer.cancer.gov/statfacts>.
- National Institutes of Health. (1996). *Cervical Cancer, NIH Consensus Statement*. National Institutes of Health.
- Paci E, P. A. (2005, Nov). Early diagnosis, not differential treatment, explains better survival in service screening. *Eur J Cancer*. , σσ. 41(17):2728-34.
- Parkin DM, P. P. (1999). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. , σσ. 49:33-64.
- Pisani P, P. D. (1999). Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J Cancer* , σσ. 83: 18-29.
- R. Sankaranarayanan, J. (2010). Worldwide Burden of Gynecological Cancer. Στο *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (σσ. 803-823). Springer New York.
- Richie RC, S. J. (2003). Breast cancer: A review of the literature. *J Insur Med* , σσ. 35:85–101.
- Ruchlin HS. (1997). Prevalence and correlates of breast and cervical cancer screening among older women. *Obstet Gynecol* , pp. 90:16-21.
- Sarkeala T, H. S. (2008). Breast cancer mortality with varying invitational policies in organized mammography. *Br J Cancer* , σσ. 98:641-645.
- Seradour B. (2010, Feb). Breast cancer screening in France: an overview in 2009. *Rev. Prat* , σσ. 20;60(2):191-199.
- Suzanne W. Fletcher, J. G. (2003). Mammographic Screening for Breast Cancer. *N Engl J Med* , σσ. 348:1672-80.
- Vecchia C, N. E. (1997). Age cohort-of-birth and period of death trends in breast cancer mortality in Europe. *J Natl Cancer Inst* , σσ. 89(10):732-734.
- WHO Fact sheet N°172. (Revised October 2002). *Integrating prevention into health care*.
- World Health Organization. (n.d.). *WHO/World Health Organization*. Ανάκτηση Μάιος 22, 2010, από www.who.int: <http://www.who.int/en/>
- Wright TC, C. J. (2002). 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* , σσ. 287 (16): 2120–9.

- Αντσακλής Αριστείδης. (2008). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Αντωνίου Ε, Σ. Α. (2003). Στάση, συμπεριφορά και ενημέρωση των γυναικών για την εξέταση κατά Παπανικολάου στον Ελλαδικό χώρο. *Εφηβ Γυν Αναπ Εμμην* , σσ. 15(4):286-293.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.). (n.d.). *Ελληνική Στατιστική Αρχή*. Ανάκτηση 2 12, 2010, από www.statistics.gr: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>
- Λυμπέρης Ηλίας. (2006, Οκτώμβριος). 22 χρόνια προσφοράς της Unicef προς την Ελλάδα. *ΚΟΣΜΟΣ* , σσ. 4-19.
- Σολδάτου, Θ. (2006). *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ*. Ανάκτηση June 27, 2010, από www.mastologia.gr: <http://www.mastologia.gr/prosymptomatikos-elencos-tou-mastou-kateythintiries-odigies.html>
- Τριχόπουλος Δ., Κ. Β. (2000). *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.
- Τριχοπούλου Αν., Τ. Δ. (1986). *Προληπτική Ιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος.
- Τσαρτσαρή Ευφροσυνή. (2006, Μάρτιος). Μελέτη για τη γνώση και τη χρήση της εξέτασης κατά Παπανικολάου σε έναν αγροτικό πληθυσμό του Ν.Ημαθίας. *Μεταπτυχιακή Εργασία* . Ηράκλειο, Κρήτης, Ελλάδα.
- Φωτίου, Σ. Κ. (2009). *Γυναικολογική Ογκολογία*. Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.

