

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΜΑΘΗΜΑ: ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΖΕΝΗ ΚΟΥΡΕΑ – ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ
ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΑ ΜΕΡΑΚΟΥ

ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ: 2005-2006

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«Αποτελεσματικότητα της Αγωγής Υγείας στην έγκαιρη
διάγνωση του καρκίνου του μαστού -
παραδοσιακή προσέγγιση»**



Αγγελική Παπαγιαννοπούλου – Ιατρός Παθολογοανατόμος

ΑΘΗΝΑ 2006

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην καθηγήτρια κ. Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού και στον καθηγητή κ. Χαρίλαο Κουτή για την ευκαιρία που μου έδωσαν να εκπονήσω αυτή την εργασία. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να αποδώσω στην επιστημονική συνεργάτιδα κ. Κούλα Μεράκου, η οποία αγκάλιασε θετικά την προσπάθειά μου και με βοήθησε με την πολύτιμη καθοδήγηση και προτροπή της να την ολοκληρώσω.

Επίσης ευχαριστώ θερμά το επιστημονικό και ερευνητικό προσωπικό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τον πλούτο των επιστημονικών γνώσεων και τα ερευνητικά ερεθίσματα που μου έδωσαν απλόχερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γυναικών στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας με συγκεκριμένη μεθοδολογία αγωγής υγείας, με απώτερο στόχο την κινητοποίησή τους προκειμένου να προβούν σε έλεγχο των μαστών τους, κάνοντας τις απαραίτητες εξετάσεις (αυτοψηλάφηση, μαστογραφία, ψηλάφηση από ειδικό ιατρό), για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Στη μελέτη αναγκών και στην παρέμβαση συμμετείχαν 300 γυναίκες από τους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας.

Η μέθοδος εκτίμησης αναγκών που χρησιμοποιήθηκε ακολουθεί το γνωστικό μοντέλο και συγκεκριμένα το μοντέλο πεπιοθήσεων για την υγεία (Health Belief Model HBM). Ως μέθοδος αγωγής υγείας χρησιμοποιήθηκε η παραδοσιακή και συγκεκριμένα οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η διάλεξη που πραγματοποιήθηκε σε συλλόγους γυναικών στους παραπάνω νομούς, με τη βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή και η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για την αξιολόγηση του άμεσου αποτελέσματος της παρέμβασης (αλλαγή στις γνώσεις, πεπιοθήσεις και στάσεις), χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, πριν από την έναρξη της διάλεξης καθώς και αμέσως μετά. Η αξιολόγηση του ίδιου αποτελέσματος έγινε και μετά από έξι μήνες, με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου, στο οποίο προστέθηκε μια ενότητα για τη διερεύνηση της αλλαγής συμπεριφοράς.

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι το δείγμα αποτελείται από γυναίκες που ανήκουν κυρίως στις ηλικιακές ομάδες των 25-30 ετών και 45-60 ετών. Αξιολογώντας το άμεσο αποτέλεσμα της παρέμβασης παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στις γνώσεις, πεποιθήσεις και στάσεις των γυναικών απέναντι στον καρκίνο του μαστού και τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσής του. Έξι μήνες αργότερα, η αξιολόγηση του αποτελέσματος έδειξε ότι το 90,40% των γυναικών έκαναν αυτοψηλάφηση και από αυτές το 73,90% έκανε την εξέταση κάθε μήνα. Το 55,10% των συμμετεχόντων έκανε μαστογραφία και ψηλάφηση από ειδικό ιατρό. Από τις γυναίκες που δεν έκαναν εξετάσεις, το 68% είναι κάτω των 35 ετών, σε ηλικία δηλαδή κατά την οποία δεν ενδείκνυται η μαστογραφία, το 13,10% δηλώνει ότι ντρεπόταν, ενώ πολύ μικρά είναι τα ποσοστά εκείνων που απαντούν πως φοβήθηκαν, πίστευαν ότι δεν χρειάζεται ή επικαλέστηκαν οικονομικούς λόγους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....σελ.	10
Γενικό Μέρος.....σελ.	13
1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....σελ.	13
1.2 Ταξινόμηση	σελ. 19
1.3 Παράγοντες αυξημένου κινδύνου.....σελ.	21
1.4 Κλινική εικόνα, διάγνωση, σταδιοποίηση, θεραπεία, πρόγνωση.σελ.	24
Κλινική εικόνα.....σελ.	24
Διάγνωση.....σελ.	25
Η οικονομική διάσταση της μαστογραφίας και των προγραμμάτων διαλογής.....σελ.	31
Σταδιοποίηση.....σελ.	34
Θεραπεία.....σελ.	37
Καρκίνος του μαστού στον άνδρα.....σελ.	42
Πρόγνωση.....σελ.	42
1.5 Ψυχολογικά προβλήματα και καρκίνος του μαστού.....σελ.	44
Ειδικό Μέρος.....σελ.	46
2.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας και της παρέμβασης.....σελ.	46
Σκοπός.....σελ.	46
Επιμέρους στόχοι.....σελ.	47
2.2 Υλικό και μέθοδος.....σελ.	48

Υλικό.....	σελ. 48
Μέθοδος.....	σελ. 49
2.3 Αποτελέσματα.....	σελ. 56
2.4 Συζήτηση.....	σελ. 130
2.5 Συμπεράσματα, προτάσεις.....	σελ. 141
Παράρτημα 1.....	σελ. 143
Βιβλιογραφία.....	σελ. 145
Abstract.....	σελ. 152

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.....σελ.	14
Πίνακας 2.....σελ.	35
Πίνακας 3.....σελ.	37
Πίνακας 4.....σελ.	40
Πίνακας 5.....σελ.	43
Πίνακας 6Α.....σελ.	122
Πίνακας 6Β.....σελ.	124
Πίνακας 7Α.....σελ.	125
Πίνακας 7Β.....σελ.	127
Πίνακας 8Α.....σελ.	128
Πίνακας 8Β.....σελ.	129

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1.....σελ.	15
Γράφημα 2.....σελ.	16
Γράφημα 3.....σελ.	17
Γράφημα 4.....σελ.	18
Γράφημα 5.....σελ.	56
Γράφημα 6.....σελ.	57
Γράφημα 7.....σελ.	58
Γράφημα 8.....σελ.	59
Γράφημα 9.....σελ.	60
Γράφημα 10.....σελ.	61
Γράφημα 11.....σελ.	62
Γράφημα 12.....σελ.	63
Γράφημα 13.....σελ.	64
Γράφημα 14.....σελ.	65
Γράφημα 15.....σελ.	66
Γράφημα 16.....σελ.	67
Γράφημα 17.....σελ.	68
Γράφημα 18.....σελ.	69
Γράφημα 19α.....σελ.	70
Γράφημα 19β.....σελ.	71
Γράφημα 19γ.....σελ.	72
Γράφημα 20α.....σελ.	73

Γράφημα 20β.....σελ.	74
Γράφημα 20γ.....σελ.	75
Γράφημα 21α.....σελ.	76
Γράφημα 21β.....σελ.	77
Γράφημα 21γ.....σελ.	78
Γράφημα 22α.....σελ.	79
Γράφημα 22β.....σελ.	80
Γράφημα 22γ.....σελ.	81
Γράφημα 23α.....σελ.	82
Γράφημα 23β.....σελ.	83
Γράφημα 23γ.....σελ.	84
Γράφημα 24α.....σελ.	85
Γράφημα 24β.....σελ.	86
Γράφημα 24γ.....σελ.	87
Γράφημα 25α.....σελ.	88
Γράφημα 25β.....σελ.	89
Γράφημα 25γ.....σελ.	90
Γράφημα 26α.....σελ.	91
Γράφημα 26β.....σελ.	92
Γράφημα 26γ.....σελ.	93
Γράφημα 27α.....σελ.	94
Γράφημα 27β.....σελ.	95
Γράφημα 27γ.....σελ.	96

Γράφημα 28α.....σελ.	97
Γράφημα 28β.....σελ.	98
Γράφημα 28γ.....σελ.	99
Γράφημα 29α.....σελ.	100
Γράφημα 29β.....σελ.	101
Γράφημα 29γ.....σελ.	102
Γράφημα 30α.....σελ.	103
Γράφημα 30β.....σελ.	104
Γράφημα 30γ.....σελ.	105
Γράφημα 31α.....σελ.	106
Γράφημα 31β.....σελ.	107
Γράφημα 31γ.....σελ.	108
Γράφημα 32α.....σελ.	109
Γράφημα 32β.....σελ.	110
Γράφημα 32γ.....σελ.	111
Γράφημα 33α.....σελ.	112
Γράφημα 33β.....σελ.	113
Γράφημα 33γ.....σελ.	114
Γράφημα 34.....σελ.	115
Γράφημα 35.....σελ.	116
Γράφημα 36.....σελ.	117
Γράφημα 37.....σελ.	118
Γράφημα 38.....σελ.	119

Γράφημα 39.....σελ. 120

Γράφημα 40.....σελ. 121

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 35-54 ετών, την πρώτη αιτία θανάτου από όλους τους καρκίνους της γυναίκας και τη δεύτερη μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αιτία θανάτου σε μεγαλύτερες ηλικίες. Με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, επιτυγχάνεται η αντιμετώπισή του με συντηρητικές χειρουργικές μεθόδους, μειώνοντας δραστικά τις ακρωτηριαστικές συνέπειες και επιπλοκές των επεμβάσεων που απαιτούνται όταν ο καρκίνος ανιχνεύεται σε προχωρημένο στάδιο. Κατορθώνεται με τον τρόπο αυτό η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των γυναικών και η βελτίωση της ποιότητάς της.

Σήμερα υπάρχουν τρεις κλασσικές μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης των όγκων του μαστού: η αυτοψηλάφηση των μαστών, η κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό και η μαστογραφία. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού, παίζουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Η υλοποίηση αυτής της παρέμβασης αγωγής υγείας ακολουθεί το γνωστικό μοντέλο, συγκεκριμένα το μοντέλο πεπιοθήσεων για την υγεία (Health Belief Model HBM) και στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, μέσω μιας διαδικασίας ενημέρωσης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική απόκτηση γνώσεων σχετικών με τη νόσο. Η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας είναι περίπλοκη και περιλαμβάνει ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με το ΗΒΜ η συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς κεντρικών πεποιθήσεων, που επαναπροσδιορίζονται με το πέρασμα των χρόνων. Οι αρχικές κεντρικές πεποιθήσεις του ατόμου αποτελούν την αντίληψή του αναφορικά με την ευαισθησία του στη νόσο, τη σοβαρότητα της νόσου, το κόστος και το όφελος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς. Το σύνθημα για δράση που παρακινεί το άτομο να αποκτήσει την επιθυμητή συμπεριφορά πρόληψης, είναι συχνά εξωτερικό, όπως η ανάγνωση ενός ενημερωτικού φυλλαδίου ή η παρακολούθηση μιας διάλεξης. Όταν η διατήρηση της υγείας αποτελεί κυρίαρχη στάση του ατόμου, το κίνητρο να δράσει είναι πιο ισχυρό και προέρχεται από ένα συνδυασμό του πόσο ευπαθές νομίζει ότι είναι το άτομο απέναντι στο πρόβλημα, της σοβαρότητας του προβλήματος και της αποτελεσματικότητας της συμπεριφοράς πρόληψης.

Οι κοινωνικές επιρροές επηρεάζουν ισχυρά τη συμπεριφορά του ατόμου σε θέματα υγείας. Η αντίληψη που έχει διαμορφώσει ένα άτομο για τους κοινωνικούς κανόνες που επικρατούν αναφορικά με τη νόσο, η παρατήρηση της συμπεριφοράς των άλλων, το τι νομίζει ότι προσδοκούν οι άλλοι από τη συμπεριφορά του, η κοινωνική υποστήριξη που έχει ή οι κοινωνικές πιέσεις που δέχεται, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του απέναντι σε ζητήματα πρόληψης.

Η αυτοαπόδοση αφορά στην αντίληψη του ατόμου ως προς την αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς, την ικανότητά του να εφαρμόσει την καινούρια συμπεριφορά και να αντιμετωπίσει τα εμπόδια που ίσως

παρουσιαστούν κατά την εφαρμογή της. Τα εμπόδια μπορεί να είναι είτε εσωτερικά (έλλειψη γνώσης, έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό του κλπ), είτε εξωτερικά (έλλειψη χρόνου και χρήματος, δυσκολίες ζωής κλπ).

Οι στάσεις, οι κοινωνικές επιρροές και η αυτοαπόδοση αποτελούν το σύστημα πεπαιθίσεων ενός ατόμου, που προσδιορίζει την πρόθεσή του να εφαρμόσει μια συμπεριφορά. Ο ρόλος της αγωγής υγείας έγκειται στην κινητοποίηση των ανθρώπων να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, υποδεικνύοντας τα ατομικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα μιας νέας συμπεριφοράς και στο να τους πείσει ότι η εφαρμογή αυτής της συμπεριφοράς είναι εφικτή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες. Κάθε χρόνο γίνεται διάγνωση περίπου 250.000 νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη και 175.000 περιστατικών στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ ετησίως πεθαίνουν πάνω από 165.000 ασθενείς στην Ευρώπη και 44.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε ολόκληρο τον κόσμο περισσότερες από 700.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού το χρόνο, ενώ εκτιμάται ότι ποσοστό 8% με 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους¹.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων σχετιζόμενων με τον καρκίνο στις γυναίκες, και την υπ' αριθμόν τρία αιτία θανάτου συνολικά στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-54 ετών, στο Δυτικό κόσμο^{1,2}.

Σήμερα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη¹.

Τα στοιχεία που ακολουθούν προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας.

Α. Θνησιμότητα

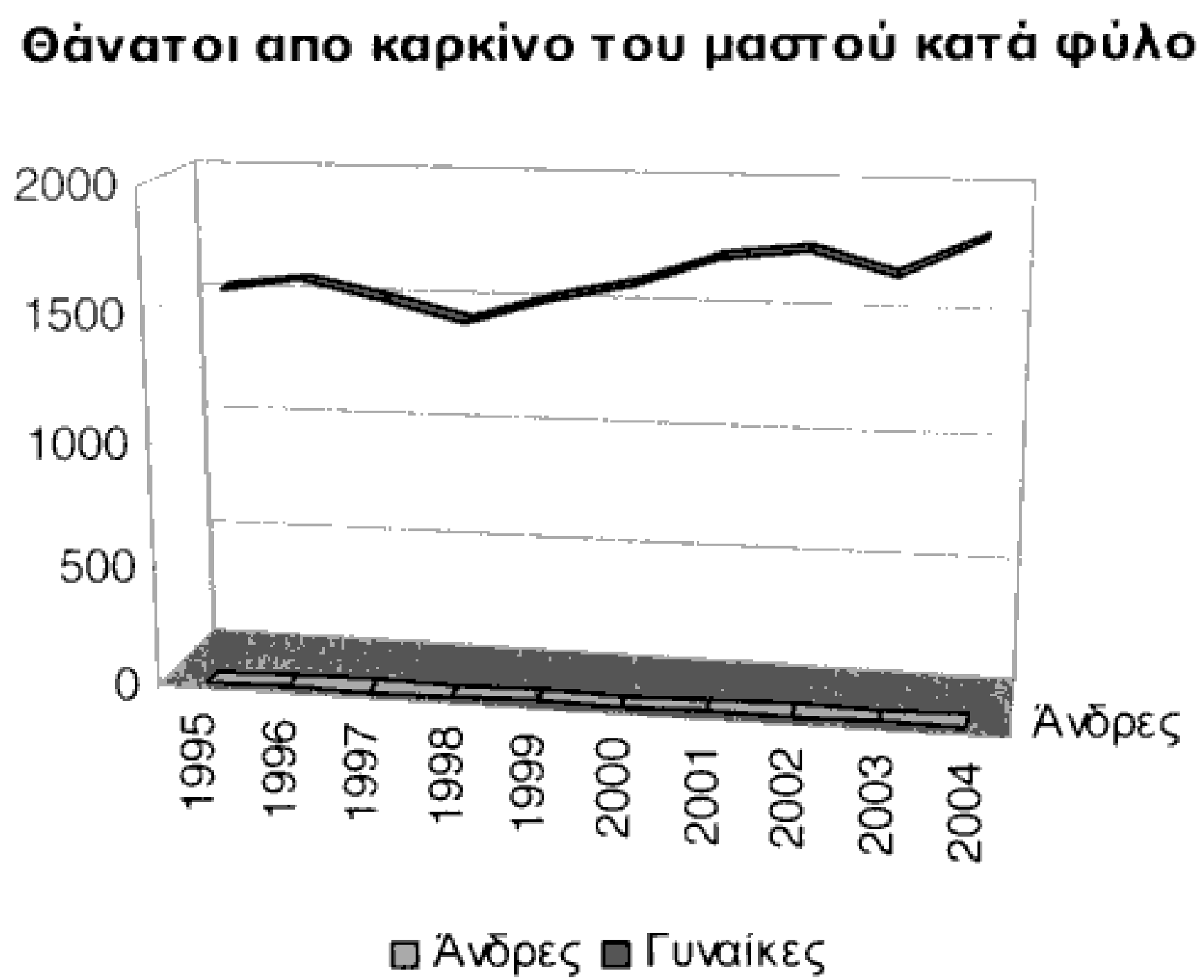
Πίνακας 1. Αριθμός θανάτων από καρκίνο του μαστού κατά φύλο και περιοχή μόνιμης κατοικίας(1995-2004).

ΕΤΟΣ	Αστικές περιοχές		Ημιαστ. περιοχές		Αγροτικές περιοχές		Σύνολο
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
1995	0	990	0	150	0	390	1530
1996	0	1.041	0	185	0	350	1576
1997	0	965	0	184	0	358	1507
1998	0	913	0	190	0	333	1436
1999	0	940	0	213	0	378	1531
2000	0	1.005	0	222	0	371	1598
2001	0	1.127	0	219	0	371	1717
2002	0	1.074	0	267	0	414	1755
2003	0	1.080	0	215	0	371	1666
2004	0	1.149	0	234	0	434	1817

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων παρατηρείται κατά το έτος 2004, ενώ κατά τα υπόλοιπα έτη παρατηρούνται διακυμάνσεις του αριθμού θανάτων.

Γράφημα 1. Αριθμός θανάτων από καρκίνο του μαστού κατά φύλο (1995-2004).



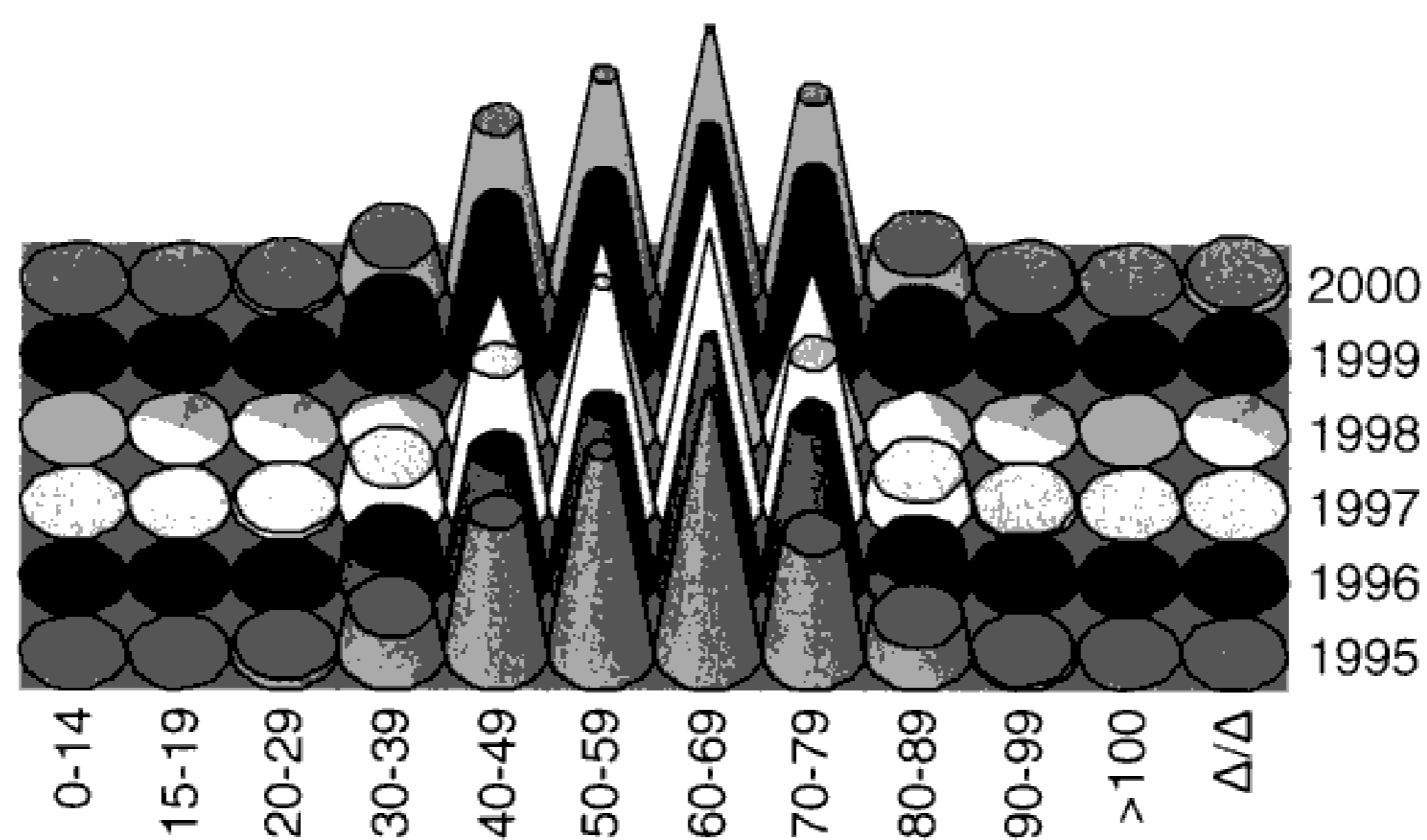
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Δεν παρατηρείται κανένας θάνατος άνδρα από καρκίνο του μαστού, ενώ οι θάνατοι γυναικών μετά από μια πτώση κατά το έτος 2003, εμφανίζουν αύξηση κατά το 2004.

Β. Νοσηρότητα

Γράφημα 2. Αριθμός εξελθόντων ασθενών από το νοσοκομείο με καρκίνο του μαστού κατά ηλικία (1995-2000).

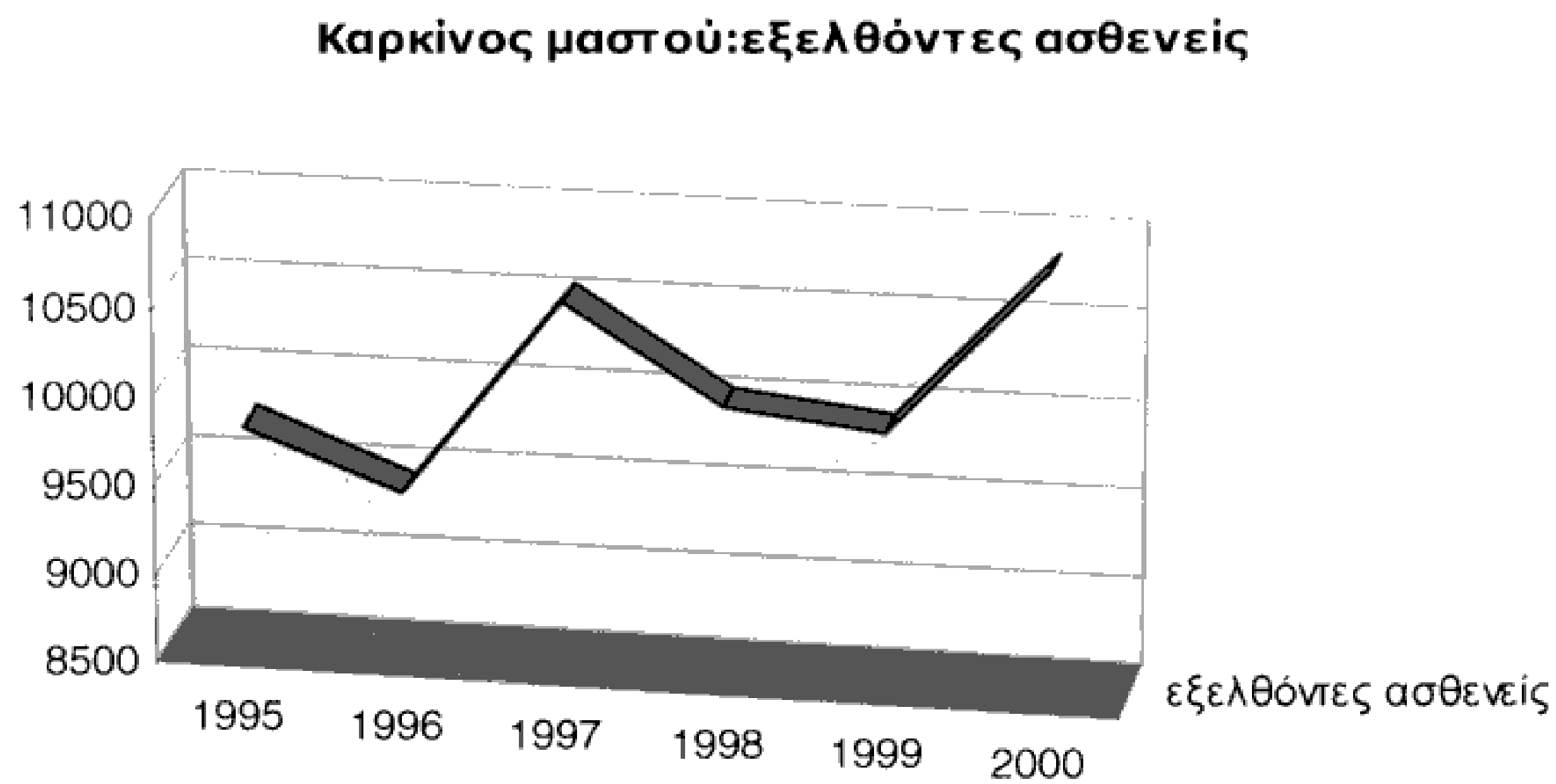
Καρκίνος μαστού: εξελθόντες ασθενείς κατά ηλικία



Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε.

Παρατηρείται αυξημένος αριθμός εξελθόντων ασθενών με καρκίνο του μαστού στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών.

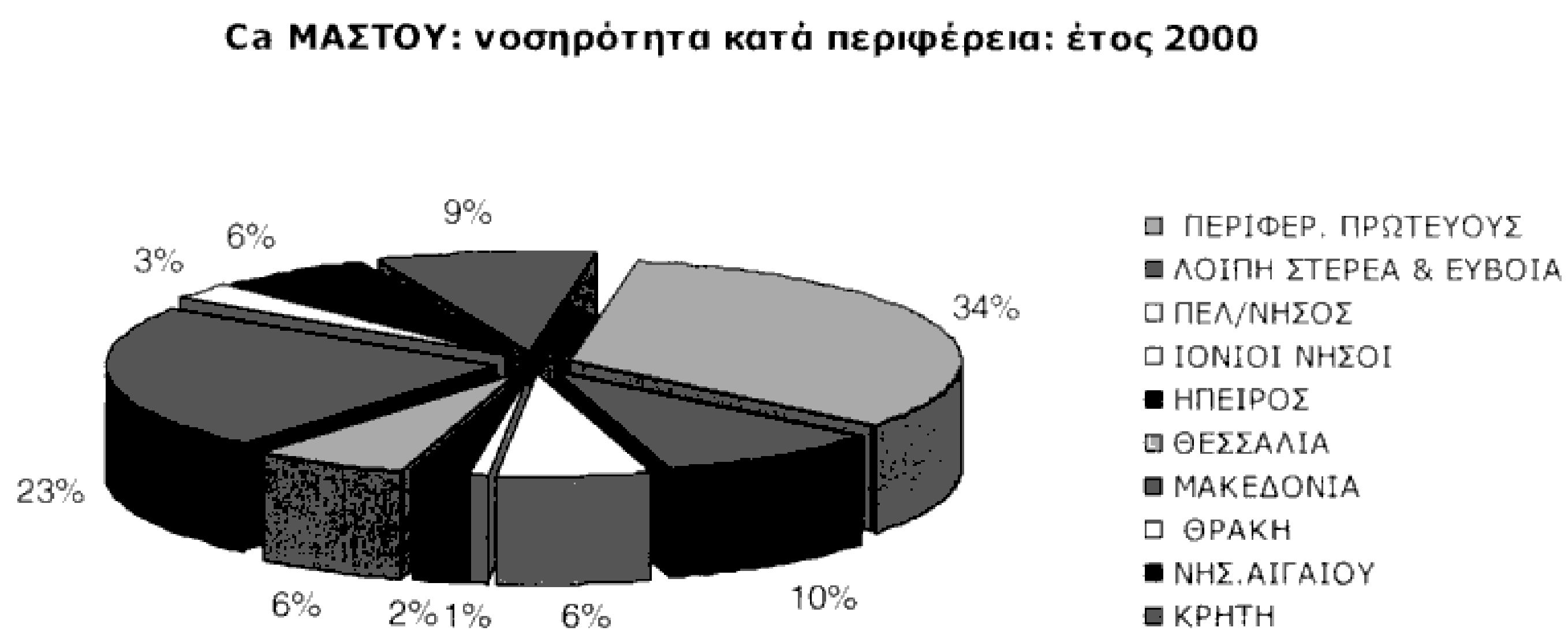
Γράφημα 3. Αριθμός εξελθόντων ασθενών με καρκίνο του μαστού (1995-2000).



Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Μετά από μια μείωση του αριθμού εξελθόντων ασθενών με καρκίνο του μαστού από το 1997 έως το 1999, παρατηρείται αύξηση του αριθμού αυτού κατά το έτος 2000.

Γράφημα 4. Νοσηρότητα καρκίνου του μαστού κατά περιφέρεια για το έτος 2000.



Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Το μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών καρκίνου του μαστού παρατηρείται στην περιοχή της πρωτεύουσας, όπου υπάρχει και η μεγαλύτερη συγκέντρωση διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων.

1.2 Ταξινόμηση

Ο όρος «καρκίνος μαστού» περιλαμβάνει όλους τους κακοήθεις όγκους που αναπτύσσονται στο μαζικό αδένα. Οι όγκοι αυτοί διακρίνονται σε^{2,3,4}:

- Επιθηλιακούς (καρκινώματα)
- Μεσεγχυματικούς (σαρκώματα)
- Μικτούς (από επιθηλιακά και μεσεγχυματικά στοιχεία)

Όλες οι ταξινομήσεις ξεκινούν από το σημείο που η μορφολογία ορισμένων κυττάρων στο μαστό επιτρέπει την αναγνώριση τους ως κακοηθών. Η μορφολογική κακοήθεια των καρκινικών κυττάρων συνοδεύεται και από κακοήθη βιολογική συμπεριφορά που εκφράζεται με διηθητική ανάπτυξη. Δεν είναι γνωστός ο χρόνος που χρειάζονται τα καρκινωμάτωδη κύτταρα μαστού για να εκδηλώσουν την κακοήθειά τους. Ωστόσο ο χρόνος ποικίλει και επιτρέπει το διαχωρισμό τους σε *in situ* και διηθητικά, κάτι που φυσικά έχει πολύ μεγάλη σημασία για την πρόγνωση των ασθενών^{2,3,4}.

Τα καρκινώματα του μαστού διακρίνονται σε: **πορογενή** (90%) και **λοβιακά** (10%). Η διάκριση αυτή βασίζεται περισσότερο στον τρόπο ανάπτυξης των νεοπλασματικών κυττάρων, παρά στην προέλευσή τους. Και οι δύο τύποι καρκινώματος θεωρείται ότι προέρχονται από τους τελικούς πόρους και αδενοκυψέλες των λοβίων^{2,3,4}.

Τα καρκινώματα του μαστού διακρίνονται ακόμη σε: ***in situ*** (στα οποία παρατηρείται ενδαυλική ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων, χωρίς διήθηση της βασικής μεμβράνης και του υποστρώματος) και **διηθητικά** (στα οποία υπάρχει διήθηση του υποστρώματος)^{2,3,4}.

Συνδυάζοντας τις τέσσερις βασικές κατηγορίες καρκινωμάτων του μαστού καταλήγουμε στην παρακάτω ταξινόμηση^{2,3,4}:

A. Πορογενή καρκινώματα:

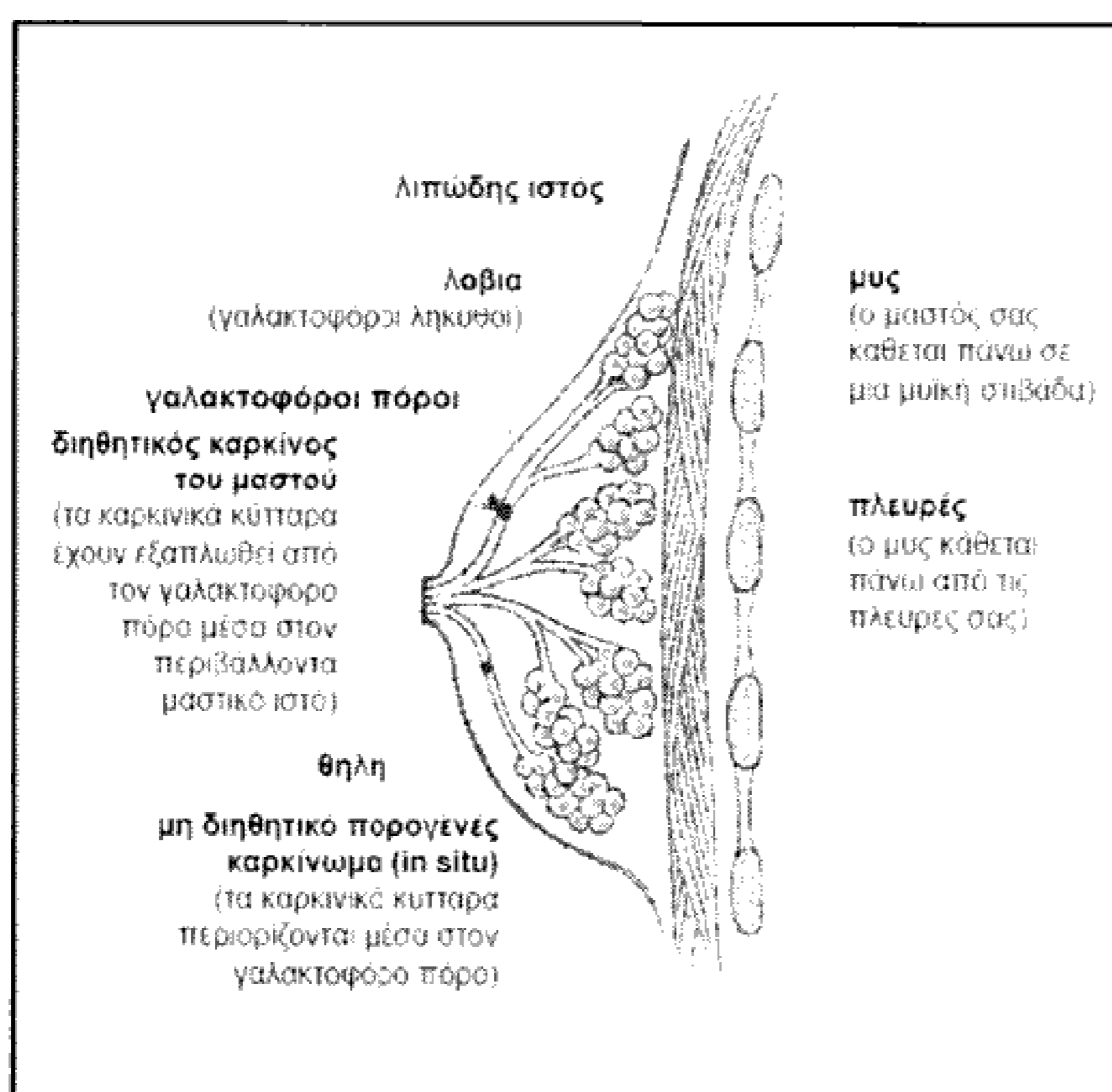
- In situ: κομεδοκαρκίνωμα, θηλώδες καρκίνωμα, νόσος Paget της θηλής, άλλοι τύποι.
- Διηθητικά: διηθητικό πορογενές καρκίνωμα χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (75%), μυελοειδές (5%), βλεννώδες (2-4%), σωληνώδες (2%), νόσος Paget της θηλής, θηλώδες (1-2%), φλεγμονώδες, εκκριτικό (νεανικού τύπου), αποκρινές (1%), άλλοι τύποι.

B. Λοβιακό καρκίνωμα:

- In situ
- Διηθητικό

Στα **σαρκώματα** του μαστού περιλαμβάνονται το σάρκωμα του στρώματος, το λιποσάρκωμα, το λειομυοσάρκωμα και το αγγειοσάρκωμα^{2,3,4}.

Στους **μικτούς όγκους** ανήκει ο φυλλοειδής όγκος^{2,3,4}.



Εικόνα 1. Μαστός γυναίκας με διηθητικό καρκίνο του μαστού

1.3 Παράγοντες αυξημένου κινδύνου

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τις πιθανότητες να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού^{4,5}:

α. Γενετικοί

Αύξηση συχνότητας καρκίνου του μαστού 2 έως 3 φορές σε 1^{ου} βαθμού συγγένεια επί οικογενειακού ιστορικού είναι επιβεβαιωμένη, ενώ ο κίνδυνος αυξάνει εάν υπάρχουν περισσότεροι του ενός συγγενείς 1^{ου} βαθμού με καρκίνο μαστού, ιδίως σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και εάν επίσης ήταν αμφοτερόπλευρος. Σοβαρή υποψία υπάρχει ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίρνουν μερικώς μέρος στον κίνδυνο της καρκινογένεσης^{4,5}.

β. Ενδοκρινολογικές συνθήκες

Το καρκίνωμα του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιο προ της εφηβείας. Πρώιμη εμμηναρχή (<12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (>50 ετών), σχετίζονται με ελαφρά αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκινώματος του μαστού. Αντίθετα, καθυστέρηση της εμμηναρχής ή/και πρώιμη (προκλητή) εμμηνόπαυση, χωρίς θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα, σχετίζονται με ελάττωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκινώματος του μαστού^{4,5}.

Οι πιθανότητες που έχει μια άτοκος γυναίκα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού είναι περισσότερες από τις πιθανότητες που έχει μια πολύτοκος. Το ίδιο ισχύει εάν μια γυναίκα αποκτήσει το πρώτο της παιδί μετά τα τριάντα της χρόνια^{4,5}.

γ. Δίαιτα

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες τονίζουν τη διασύνδεση λήψεως λίπους και καρκίνου του μαστού είναι δύσκολο να απομονώσει κανείς και άλλες συνθήκες διαίτης όπως ο ολικός αριθμός θερμίδων και οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες. Παρατηρήσεις όπως η πτώση συχνότητας του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια υποσιτισμού (πείνα - πόλεμος) και οι επιπτώσεις της δίαιτας στο ορμονικό περιβάλλον είναι καταστάσεις που έχουν ανάγκη περαιτέρω μελέτης και έρευνας^{4,5}.

δ. Προϋπάρχουσες παθήσεις του μαστού

Προϋπάρχουσες καλοήθεις παθήσεις του μαστού αυξάνουν στο διπλάσιο ή και τριπλάσιο τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Εξ' αυτών η άτυπη επιθηλιακή υπερπλασία, φαίνεται ότι είναι η πιο σημαντική, αυξάνοντας στο 4πλάσιο ή ακόμα 10πλάσιο τον κίνδυνο^{4,5}.

ε. Προηγούμενη ακτινοβολία

Υψηλή δόση ακτινοβολίας αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Αυτό παρατηρήθηκε σε άτομα που επιβίωσαν της ατομικής βόμβας της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι, καθώς και σε γυναίκες που παλαιότερα κατά τη διάρκεια θεραπείας για φυματίωση υποβάλλονταν συχνά σε ακτινολογικό έλεγχο των πνευμόνων με μηχανήματα που εξέπεμπαν μεγάλη ποσότητα ακτινοβολίας. Στις περιπτώσεις αυτές, το μεγαλύτερο κίνδυνο διέτρεξαν γυναίκες, που είχαν ακτινοβοληθεί στην εφηβική και νεανική ηλικία. Παρόμοια περιστατικά έχουν περιγραφεί και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική ακτινοβολία του μεσοθωρακίου για λέμφωμα^{4,5,6}.

στ. Αντισυλληπτικά και εξωγενείς ορμόνες

Οι μέχρι τώρα έρευνες δεν έχουν αποδείξει αύξηση του κινδύνου καρκινογένεσης από τα αντισυλληπτικά. Υπάρχουν μερικές αντιρρήσεις που σχετίζονται με την ορμονική κατάσταση του ατόμου και την σύνθεση των αντισυλληπτικών. Η λήψη οιστρογόνων κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού μετά 10-15 χρόνια αγωγής. Η διάρκεια λήψεως 2-5 χρόνων φαίνεται ότι δεν έχει μεγάλη σημασία^{4,5,6}.

ζ. Άλλο πρωτοπαθές νεόπλασμα

Ασθενείς με ιστορικό μηνιγγιώματος, νεοπλασματος σιελογόνων αδένων ή καρκινώματος ενδομητρίου, ωοθηκών, παχέος εντέρου, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνο του μαστού. Στην περίπτωση του καρκινώματος του ενδομητρίου, ωοθηκών και παχέος εντέρου είναι πολύ πιθανόν ο κίνδυνος να οφείλεται σε κοινούς ορμονικούς ή διαιτητικούς παράγοντες. Τέλος, ιστορικό καρκινώματος στον ένα μαστό, αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου για τον άλλο μαστό^{4,5,6}.

1.4 Κλινική εικόνα - διάγνωση – σταδιοποίηση – θεραπεία – πρόγνωση

Κλινική εικόνα

Στην συντριπτική πλειοψηφία τους οι γυναίκες με καρκίνο στο μαστό αναφέρουν σαν αρχικό εύρημα ένα ογκίδιο στο μαστό τους. Υπάρχουν όμως και άλλα σημεία όπως^{6,7}:

A. Μαστός

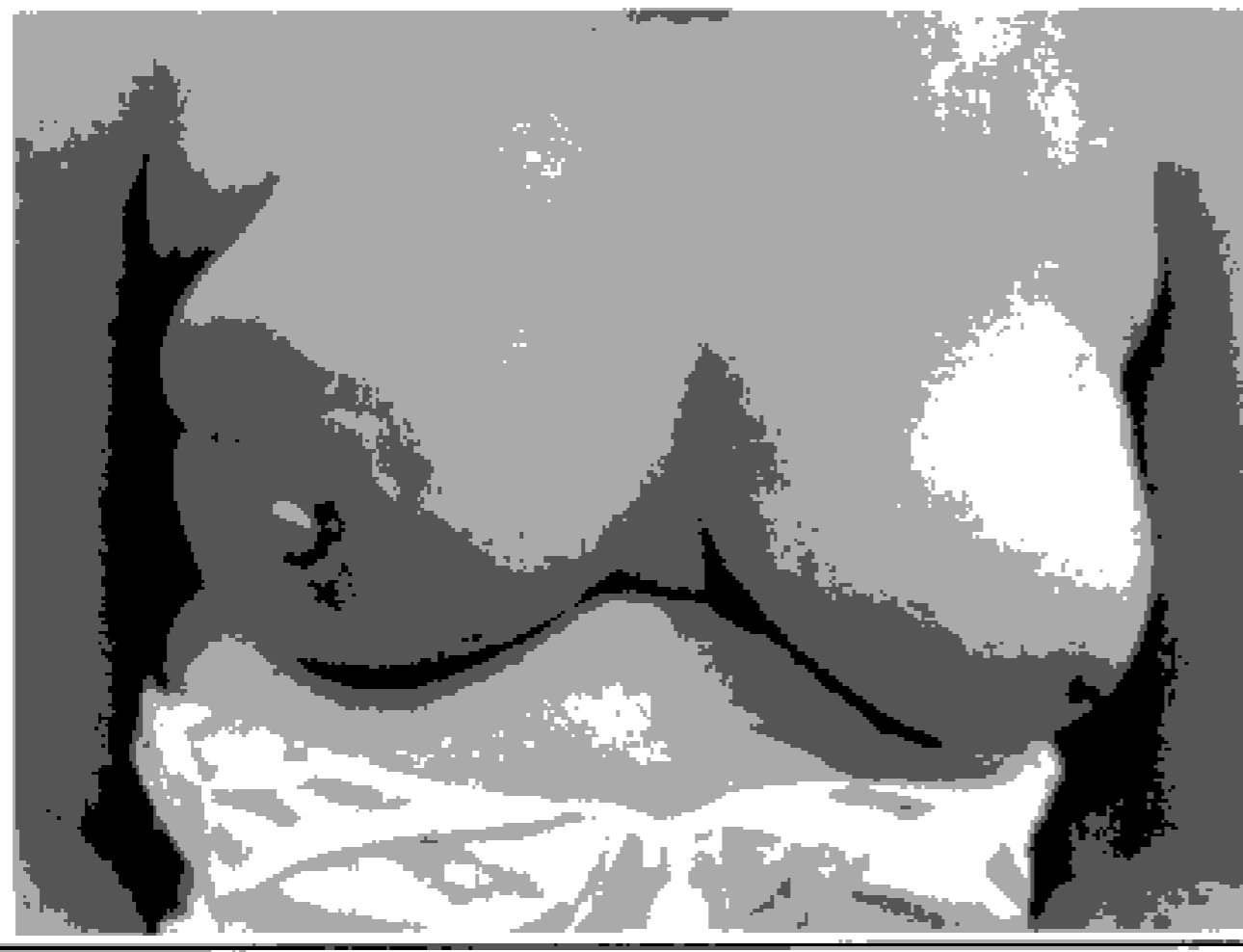
- αλλαγή στο μέγεθος ή στο σχήμα
- αυλακώδης υφή
- σκληρόπυκνος μαζικός αδένας
- όψη φλοιού πορτοκαλιού
- ερυθρότητα και τοπικά αυξημένη θερμοκρασία σε συνδυασμό με πόνο

B. Θηλή

- εισολκή
- εξόγκωση ή σκλήρυνση
- αιματηρές εκκρίσεις
- ερεθισμός της θηλής ή της γύρω περιοχής

Γ. Οίδημα της μασχάλης

Ο πόνος στο μαστό δεν είναι συνήθως σύμπτωμα της ύπαρξης καρκίνου. Αποδεδειγμένα πολλές υγιείς γυναίκες αισθάνονται τέντωμα των μαστών πριν την έμμηνο ρύση και ορισμένα καλοήθη ογκίδια μπορούν να είναι επώδυνα^{6,7}.



Εικόνα 2. Καρκίνος μαστού

Διάγνωση

Σήμερα υπάρχουν τρεις κλασσικές μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης των όγκων του μαστού: η αυτοψηλάφηση των μαστών, η κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό και η μαστογραφία^{6,7,8}.

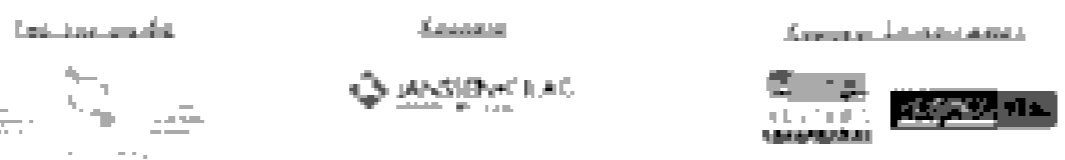
A Αυτοεξέταση :

Το γεγονός ότι οι περισσότεροι καρκίνοι, σε ποσοστό δηλαδή 90%, ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες (ωστόσο συχνά σε προχωρημένο στάδιο) καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει συνείδηση σε όλες τις γυναίκες ότι πρέπει να ψηλαφούν το μαστό τους 1 φορά τουλάχιστον το μήνα^{6,7}.

Με τη συστηματική αυτοεξέταση φυσικότητα που εμπνέει και τη γνώση του φυσιολογικού στήθους σας, εάν σε κάποια εξέταση ενυψώσετε ότι βρήκατε κάτι «ακόμους», ή που δεν υπάρχει στη παρόμοια «ακρότητα» το με τη ίδια περιοχή του σώματός σας, να μην είστε «απρόσεκτοι» να μην πηγαίσετε να κάνετε παρόμοια «ακρότητα» με τη ίδια περιοχή, αλλά να πάτε να δείτε τον γιατρό σας. Μετά την εξέταση παρόμοια εάν είναι ακόμους, να επισκεφτείτε τον γιατρό σας, να μην περιμένετε να περάσει το πρόβλημα. Μην φοβάστε να συμβουλευτείτε το γιατρό σας. Ακόμους οι περισσότερές φορές δεν πρόκειται να είναι καρκίνος.



Λεωφόρος 21 - 115 - Πάρισι 115 31
Τηλ. 210 403144 - Φαξ 210 403121 - Email: eem@eem.org.gr



Αυτοεξέταση Μαστού

Εικόνα 3. Ενημερωτικό φυλλάδιο για την αυτοεξέταση του μαστού του Ομίλου Εθελοντών κατά του καρκίνου

Αυτοεξέταση Στήθους Το Κλειδί για την Καλύτερη Υγεία των Στήθους σας

Η αυτοεξέταση του στήθους απαιτεί μόνο λίγο λεπτό από το χρόνο σας κάθε μήνα. Είναι καλύτερο να κάνετε την εξέταση περίπου από με δύο ημέρες μετά την ημέρα έναρξης της περιόδου, όταν το στήθος είναι μαλακό και λιγότερο ευαίσθητο. Μετά την εμμηνορροϊκή ή σε γυναίκες που είναι υποβλήθει σε ορμονική της μητέρας, η εξέταση μπορεί να γίνεται την ίδια ημέρα κάθε μήνα, π.χ. κάθε 1η του μηνός.

- 1** Χρησιμοποιήστε έναν καθρέφτη. Στεθείτε μπροστά στον καθρέφτη, στην οριζόντια θέση, το χέρι σας να κρέμεται χαλαρά στο πλάι του σώματός σας. Παρατηρήστε το σχήμα και το μέγεθος των μαστών σας και συγκρίνάτε τους μεταξύ τους. Μη ξεχνάτε ότι οι μαστοί συνήθως δεν είναι το ίδιο μέγεθος και δεν βρίσκονται ακριβώς στο ίδιο ύψος. Εσείς θα πρέπει να κοιτάξετε για πιθανές αλλαγές στο σχήμα κατά τη περιφέρεια των μαστών, για εξογκώματα ή βουλωσίματα, αλλαγές στη πιέση του δέρματος ή στην έκταση της θηλής. Προσέξτε αν οι θηλές σας ανασηλώνονται ελεύθερα και προς την ίδια κατεύθυνση και πόσο μαλακές μεταξύ τους. Στη συνέχεια, κοιτάξτε την επιφάνεια σας, παρατηρώντας τη λεία υφή της και το υψόμετρο χρώμα της. Παρατηρήστε τα ίδια πράγματα, τοποθετώντας το χέρι σας σε διαφορετικές θέσεις.
- 2** Για να εφάπτεστε το δεξί σας μαστό βάλτε τα αντίχειρά σας. Σε αυτό το τμήμα της εξέτασης, να θυμάστε ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχουν ορισμένες διογκώσεις. Εσείς αυτά που θέλετε να μάθετε είναι πως αισθάνεστε τους μαστούς σας σε φυσιολογικές συνθήκες, ενώ είστε υγιής. Τοποθετήστε ένα μαξιλάρι ή μια όμοια μέση πετσέτα κάτω από το δεξί σας ώμο και το δεξί σας χέρι προς τα κάτω, με τον αγκώνα σε γωνία 90°.
- 3** Ελέγξτε αλόκληρη την περιοχή των στήθους σας. (Δείτε τη διακεκομμένη γραμμή σχήματος). Η διακεκομμένη γραμμή στην εικόνα περιλαμβάνει όλη τη περιοχή που πρέπει να εξετάσετε. Δώστε ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή με τη σκιάση - εκεί βρίσκεται το μεγαλύτερο τμήμα του μαστικού αδένα.
- 4** Χρησιμοποιήστε το κάτω μαλακό τμήμα των δακτύλων σας -δηλ τις άκρες. Για να εξετάσετε το δεξί σας μαστό, χρησιμοποιήστε το κάτω μαλακό τμήμα των τριών μεσοσύνδκτων του αριστερού σας χεριού.
- 5** Μετακινήστε το κάτω μαλακό τμήμα των δακτύλων σας διαγράφοντας πολύ μικρούς κύκλους. Καθώς εξετάζετε το μαστό σας, διαγράψτε με το κάτω μέρος των δακτύλων σας μικρούς κύκλους - περιπου στο μέγεθος νομισματος. Μην ασκώμετε το δάκτυλο καθώς το μετακινείτε - μπορεί να σας διασείσει κάποιο σημείο. Αν γυρίζετε ότι το δάκτυλό σας εντοκούν την επιφάνεια σας, χρησιμοποιήστε μαλακό για να διευκολύνετε την κίνηση τους.
- 6** Καλύψτε την δεξιά εφέταση, από πάνω και κάτω, σε λωρίδες. Αυτός είναι ένας άλλος τρόπος για να καλύψετε όλη τη περιοχή που πρέπει να εξετάσετε. Εκκινήστε από τη μασκήλη σας και προχωρήστε προς τα κάτω έως την περιοχή κάτω ακριβώς από το μαστό. Μετακινήστε τα δάκτυλά σας σε όλο το μήκος - σε μήκος ενός δακτύλου - και αποκλιματώστε με κατεύθυνση προς τα επάνω. Συνεχίστε την κίνηση αυτή από πάνω προς τα κάτω και αντιστροφή μέρη να καλύψετε όλη τη περιοχή αυτοεξέτασης, από την κλειδα έως το σημείο κάτω από το μαστό σας.
- 7** Εξετάστε όλα τα κλάδια του ιστού του μαστού. Σε όλα τα στάδια της εξέτασης, να μεταβάλλετε την πίεση που ασκείτε με τα δάκτυλά, ούτως ώστε να μπορείτε να αισθανέτε όλα τα επίπεδα του ιστού του μαστού σας. Επισκευάστε την ψηλάφηση, εξετάζοντας πρώτα απαλά, ύστερα με μέτρια πίεση και τέλος με πιο έντονη.
- 8** Εξετάστε την περιοχή της μασκήλης. Ορισμένα τμήματα των μαστών σας εκτείνονται έως τις μασκήλες σας - κομμάτι του μαστού. Επισκευάστε την εξέταση στη περιοχή αυτή, τοποθετώντας το χέρι σας χαλαρά στο πλάι, και θα διαπιστώσετε ότι στη θέση αυτή θα σας δώσει διαφορετική αίσθηση. Επισκευάστε προσέξτε εάν στη μασκήλη σας υπάρχουν ασυνήθιστες σκληρές ή ογκώσιμες - διογκωμένες ή τραχυνές.
- 9** Παρατηρήστε για πιθανά παρήματα από τις θηλές. Με το άγγιξη και τον αντίχειρά σας, πιέστε ελαφρά τη περιοχή κάτω από τη θηλή. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να παρατηρήσουν την εκροή ενός δακτύλου ή γαλακτώδους υγρού από τη θηλή τους, ή οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι φυσιολογική. Αν όμως παρατηρήσετε την εκροή υγρού που πύρετο αίμα, θα πρέπει να επισκευάστε το γιατρό σας.
- 10** Επισκευάστε όλα τα θηλάκια της αυτοεξέτασης στον αριστερό σας μαστό χρησιμοποιώντας το δεξί σας χέρι. ΕΠΙΜΕΛΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ: Χρυσή Μαλακώμας. Α. Καραγιάννη, Χρυσή Μαλακώμας, Στέλλα Αθανάση, Γεωργία Ελευθερίου, Χριστίνα Κ. Στεφάνου, Μαρίνα

B Εξέταση του μαστού από τον ιατρό :

Η προσεκτική κλινική εξέταση και η λεπτομερής λήψη του ιστορικού, αποτελούν βασικά σημεία της διαγνωστικής διαδικασίας. Η κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό είναι καλό να γίνεται μια φορά το χρόνο σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω^{7,9}.

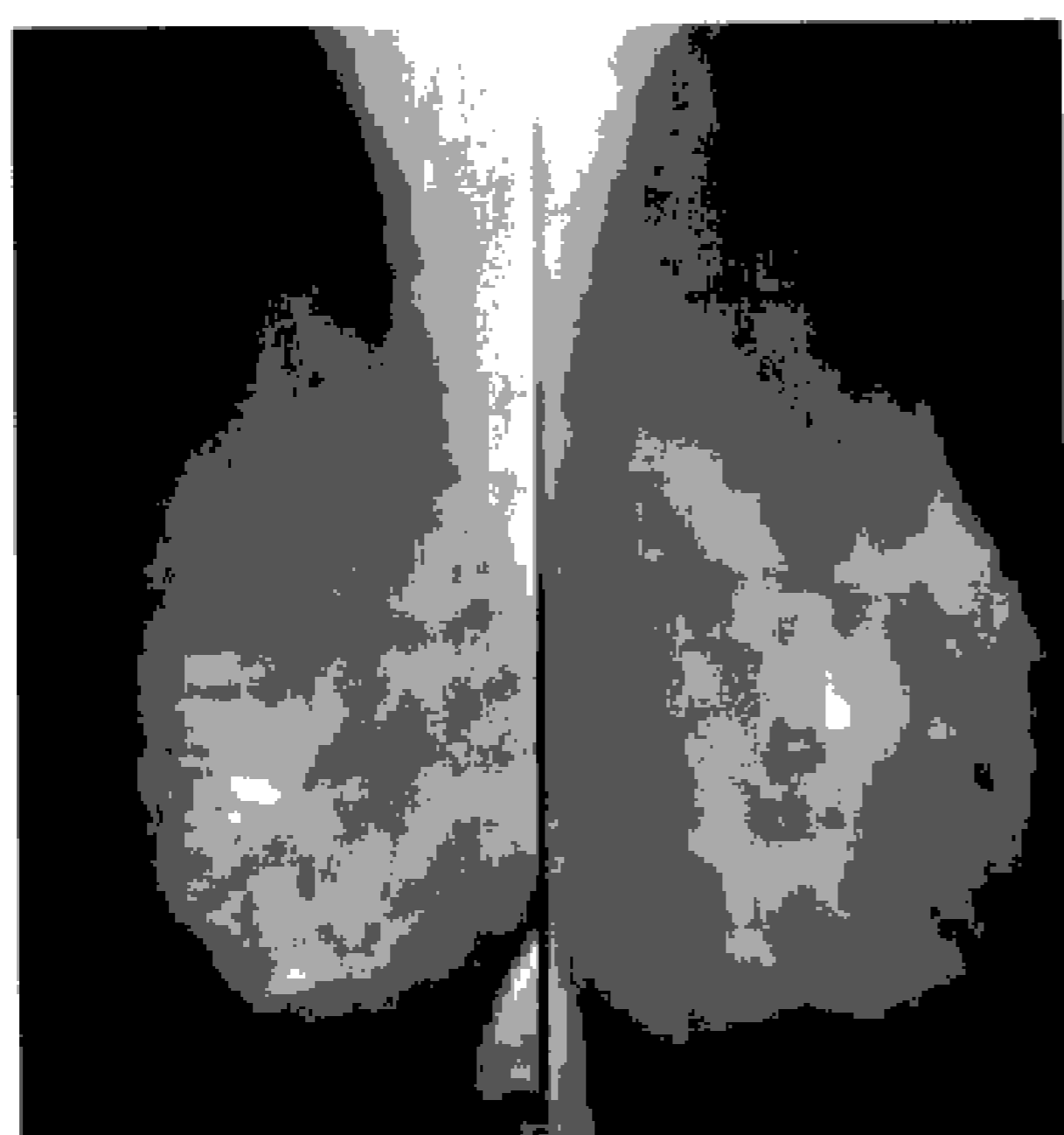
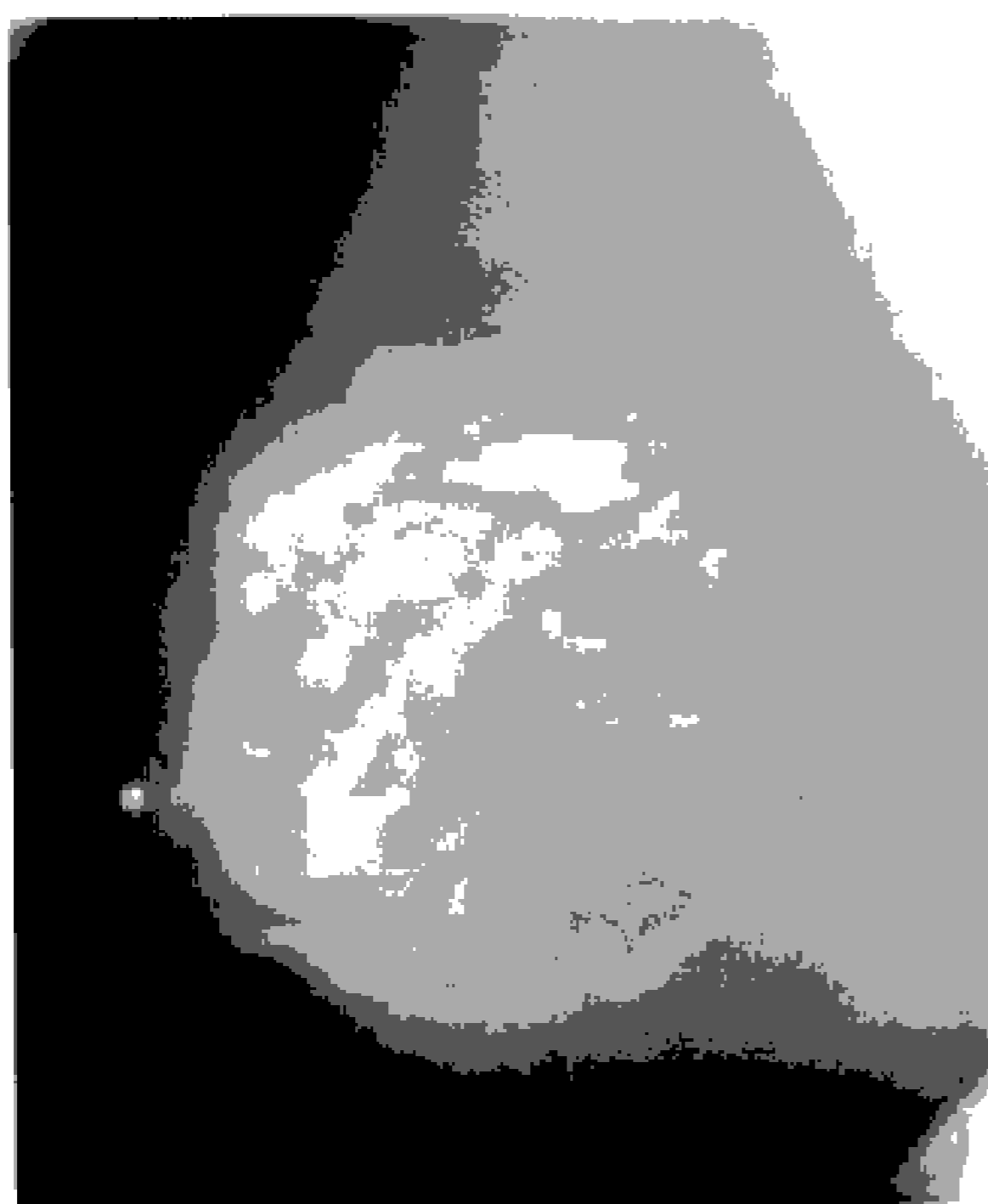
Γ Μαστογραφία:

Η μαστογραφία είναι μια ασφαλής και φτηνή σχετικά μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Η σημασία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου (screening) σε γυναίκες άνω των 40 ετών, είναι μεγάλη. Η έγκαιρη διάγνωση, δηλαδή η ανακάλυψη του καρκινώματος σε στάδιο κατά το οποίο οι πιθανότητες για ίαση με κατάλληλη θεραπεία είναι υψηλές, επιτυγχάνεται με το συστηματικό έλεγχο. Επομένως η προσπάθεια για έγκαιρη διάγνωση στοχεύει στην ανακάλυψη του ονομαζόμενου «ελάχιστου καρκίνου του μαστού» (minimal breast cancer), που περιλαμβάνει τα in situ καρκινώματα και τα μικρά (<1cm) διηθητικά καρκινώματα, που δεν έχουν δώσει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Προσφέρεται έτσι η δυνατότητα στις γυναίκες για μεγαλύτερη επιβίωση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, αφού η θεραπεία του πρώιμου σταδίου είναι λιγότερο ριζική απ' ότι του προχωρημένου^{10,11,12,13}.

Ο ένας χρόνος μεταξύ δύο μαστογραφιών έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο, όπως προτείνει και η American Cancer Society και το National Cancer Institute, εκτός αν αποφασίσει διαφορετικά ο θεράπων ιατρός^{14,15,16}.



Εικόνα 4. Μαστογραφία



Εικόνα 5. Εικόνες μαστογραφίας

Ο έλεγχος με μαστογραφία για γυναίκες άνω των 65 ετών πρέπει να βασιστεί στην κατάσταση της υγείας τους και ειδικά στο εάν πάσχουν ή όχι από άλλες σοβαρές ασθένειες. Η προχωρημένη ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί λόγο για διακοπή της τακτικής μαστογραφίας. Όσο η γυναίκα βρίσκεται σε καλή κατάσταση υγείας καθώς και σε θέση να δεχθεί θεραπεία σε ενδεχόμενο καρκίνου του μαστού, πρέπει να συνεχίσει να ελέγχεται σε κανονική ετήσια βάση^{17,18}.

Οι γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου πρέπει να συμβουλευθούν τον ιατρό τους για το ενδεχόμενο πιο ειδικού και συχνού ελέγχου τους. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι γυναίκες που έχουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία στο οικογενειακό τους ιστορικό^{5,19}:

- Δύο ή περισσότερους συγγενείς με ιστορικό καρκίνου μαστού η ωοθηκών
- Συγγενή με ιστορικό καρκίνου μαστού πριν την ηλικία των 50 ετών
- Συγγενείς με ιστορικό δύο καρκίνων (μαστού και ωοθηκών ή δύο ανεξάρτητων στο μαστό)
- Άρρενες συγγενείς με ιστορικό καρκίνου μαστού

Για τις γυναίκες αυτές έχουν προταθεί^{5,19}:

- Έναρξη μαστογραφίας στην ηλικία των 30 ετών ή σε σπάνιες περιπτώσεις και νωρίτερα
- Μικρότερο μεσοδιάστημα μεταξύ των μαστογραφιών (π.χ. κάθε 6 μήνες)

- Επιπρόσθετος τακτικός έλεγχος με μαγνητική μαστογραφία ή/και υπερηχογράφημα

Υπάρχουν περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τη χρησιμότητα της έναρξης της μαστογραφίας σε μικρότερη ηλικία ή την πιο συχνή πραγματοποίησή της⁹.

Στη διερεύνηση μιας εντοπισμένης αλλοίωσης του μαστού, που ανακαλύπτεται με τις προαναφερθείσες μεθόδους, εξέχουσα θέση έχει η βιοψία δι' αναρροφήσεως με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration Biopsy - FNA). Τα αποτελέσματα της FNA βιοψίας είναι αξιόπιστα, μόνο όταν αξιολογούνται σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, τα ψηλαφητικά και μαστογραφικά ευρήματα^{4,7}.

Η οικονομική διάσταση της μαστογραφίας και των προγραμμάτων διαλογής

Τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει η εκτίμηση της μαστογραφίας ως διαγνωστικό εργαλείο και περιλαμβάνει όχι μόνο τα τεχνικά χαρακτηριστικά με την εμπλουτισμένη πλέον διαγνωστική ακρίβεια, αλλά και τις συνέπειες για τις ασθενείς και την κοινωνία και εστιάζει σε κλινικά, οικονομικά και ηθικά ζητήματα. Η σφαιρική αυτή θεώρηση μετατόπισε το κέντρο βάρους, από το είδος της τεχνολογίας στην καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητά της, καθώς και στην εκτίμησή της κάτω από ρεαλιστικές καταστάσεις χρήσης^{20,21}.

Η διαγνωστική ακρίβεια της μαστογραφίας, που εκφράζεται μέσω της ευαισθησίας και της ειδικότητας, έχει συχνά αμφισβητηθεί. Οι σημαντικές διαφορές τόσο στα ευαισθησιομετρικά χαρακτηριστικά των φιλμ όσο και στη δόση που απαιτείται για την επίτευξη της επιθυμητής αμαύρωσης του φιλμ, οδηγούν σε διαφορές και στη διαγνωστική απόδοση, η αξιολόγηση της οποίας είναι εν μέρει υποκειμενική και επηρεάζεται ισχυρά από τις ιδιαίτερες προτιμήσεις των ακτινοδιαγνώστων^{22,23}.

Αντίθετες απόψεις υπάρχουν και σε σχέση με το βαθμό διαγνωστικής βεβαιότητας, ο οποίος δεν φτάνει ποτέ το 100%. Σύμφωνα με τις απόψεις αυτές, το όφελος δεν είναι ουσιαστικό, ενώ το οικονομικό κόστος είναι μεγάλο, με επιπλέον δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών, εξαιτίας περαιτέρω θεραπευτικών χειρισμών, που ενδέχεται να πραγματοποιηθούν λόγω ψευδών ή δυσερμήνευτων μαστογραφικών ευρημάτων^{24,25}.

Απόλυτη βεβαιότητα στη διάγνωση, όσες διαγνωστικές εξετάσεις και να ακολουθήσουν, δεν είναι εφικτή. Ρεαλιστικότερος, επομένως, στόχος είναι να ελαττωθεί το επίπεδο της διαγνωστικής αβεβαιότητας σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορούν να ληφθούν οι καταλληλότερες θεραπευτικές αποφάσεις^{23,26}.

Η μέχρι σήμερα εκτίμηση της τεχνολογίας εστιαζόταν στη διαγνωστική ακρίβεια. Στο μέλλον, η εστία θα μετατοπιστεί στη διαγνωστική βεβαιότητα και στο πώς την επηρεάζουν τα αποτελέσματα μιας μεθόδου²⁵.

Διαφωνίες υπάρχουν και αναφορικά με το κόστος που αναμένεται και το όφελος που προσδοκάται. Στο αναμενόμενο κόστος περιλαμβάνονται το οικονομικό κόστος, η επιβάρυνση από την ακτινοβολία, ο πόνος, οι κίνδυνοι για τη ζωή από την εξέταση, το ψυχολογικό κόστος κ.λ.π. Στο προσδοκώμενο όφελος περιλαμβάνονται η παράταση του χρόνου επιβίωσης, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η αποφυγή περαιτέρω εξετάσεων, η ελάττωση της θνησιμότητας, το κόστος από σωστή διάγνωση κ.λ.π. Οι αντίθετες απόψεις σχετικά με τη χρησιμότητα της μαστογραφίας σε προγράμματα διαλογής εστιάζουν ιδιαίτερα στο γεγονός ότι, ένας μεγάλος αριθμός γυναικών πρέπει να εξετάζεται για πολλά χρόνια προκειμένου να αποτραπούν ελάχιστοι μόνο θάνατοι από καρκίνο του μαστού^{21,26,27,28}.

Η εκτίμηση του κόστους αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην οικονομικά δύσκολη σημερινή εποχή, όταν οι διατιθέμενοι πόροι από την Πολιτεία είναι περιορισμένοι, ενώ ο ρυθμός αύξησης και χρήσης της υψηλής τεχνολογίας παρουσιάζει ανοδική πορεία^{29,30,31}.

Τέλος, υπάρχουν στη βιβλιογραφία αντίθετες απόψεις και αναφορικά με την επικινδυνότητα της ακτινοβολίας, παρότι οι σύγχρονοι μαστογράφοι εκπέμπουν πολύ μικρές ποσότητες²⁷.

Σταδιοποίηση

Μεγάλη σημασία έχει η σταδιοποίηση. Ο καρκίνος μπορεί να έχει τοπική διήθηση μεγάλη (στον ίδιο το μαστό), περιοχική διήθηση (στους περιοχικούς λεμφαδένες συνήθως της μασχάλης) καθώς και απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Όσον αφορά στην τοπική διήθηση έχει σημασία εάν ο όγκος διηθεί το δέρμα και/ή το θωρακικό τοίχωμα και τις πλευρές ή το στήρνο. Για τους μασχαιαίους λεμφαδένες έχει σημασία το επίπεδο μέχρι το οποίο υπάρχουν μεταστάσεις και πρέπει να γίνει λεμφαδενικός χειρουργικός καθαρισμός^{3,7}.

Επίπεδο I: λεμφαδένες που βρίσκονται στον ίδιο το μασχαιαίο βόθρο.

Επίπεδο II: λεμφαδένες που βρίσκονται ψηλά στο μασχαιαίο βόθρο και κατά μήκος του ελάσσονος θωρακικού μυός.

Επίπεδο III: οι λεμφαδένες που βρίσκονται στην περιοχή της κλείδας

A. Σταδιοποίηση κατά T (Tumor – πρωτοπαθής όγκος) N (Nodes – λεμφαδενικές μεταστάσεις) M (Metastasis – μεταστάσεις σε άλλα όργανα)^{4,7}

Πίνακας 2

Πρωτοπαθής εστία (T)	
Tx	Έλλειψη στοιχείων ικανών για να προσδιοριστεί ο καρκίνος
Tis	Καρκίνος μη διηθητικός (καρκίνωμα in situ) ή καρκίνωμα εντός του πόρου μη διηθητικό ή νόσος Paget χωρίς εμφανή όγκο
T0	Χωρίς ένδειξη της καρκινικής εστίας
T1	Όγκος με μέγιστη διάμετρο ≤ 2 εκ.
T2	Όγκος με μέγιστη διάμετρο >2 εκ αλλά και ≤ 5 εκ.
T3	Όγκος με διάσταση > 5 εκ.
<p>Όγκοι που προκαλούν εισολκή της θηλής και του δέρματος, δε διαφοροποιούν τη σταδιοποίηση του T. Αντιθέτως όγκοι που διηθούν την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός διαφοροποιούν τη σταδιοποίηση του T η οποία διαχωρίζεται στο αντίστοιχο στάδιο με α ή β εάν δε συμβαίνει ή συμβαίνει αντίστοιχα η διήθηση της περιτονίας του μυός (π.χ. T2β: στάδιο με όγκο διαμέτρου >2 εκ αλλά ≤ 5 εκ και με διήθηση της περιτονίας του μείζονος θωρακικού).</p>	
T4	Όγκοι οποιασδήποτε διαμέτρου που διηθούν το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλεύριους μυς μα δεν περιλαμβάνονται οι θωρακικοί μυς)
T4α	Διήθηση και ακινητοποίηση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα
T4β	Οίδημα ή εξελκώσεις του δέρματος ή δορυφορικά υποδερματικά οζίδια στα όρια του μαστού

T4γ	Ταυτόχρονη εμφάνιση των χαρακτηριστικών T4α και T4β
Λεμφαδενικές μεταστάσεις	
Nχ	Ακαθόριστα στοιχεία για λεμφαδενικές μεταστάσεις
N0	Χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
N1α	Ψηλαφητοί λεμφαδένες μασχαλιαίοι στην ομόπλευρη μασχάλη που δε θεωρούνται μεταστατικοί
N1β	Ψηλαφητοί λεμφαδένες μασχαλιαίοι στην ομόπλευρη μασχάλη που θεωρούνται μεταστατικοί
N2	Λεμφαδένες μασχάλης ομόπλευροι και αμετακίνητοι λόγω διήθησης μεταξύ τους ή με άλλες δομές
N3	Ομόπλευροι λεμφαδένες υπερκλείδιοι, ή οίδημα του άκρου ή μεταστατικοί λεμφαδένες στην περιοχή της ομόπλευρης έσω μαστικής αρτηρίας
Μεταστάσεις σε άλλα όργανα	
M0	Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (σε άλλα όργανα)
Mχ	Ακαθόριστο αν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Β. Κλινική σταδιοποίηση^{4,7}

Πίνακας 3

ΣΤΑΔΙΟ	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIIB	T4	οποιοδήποτε N	M0
	οποιοδήποτε T	N3	M0
IV	οποιοδήποτε T	οποιοδήποτε N	M1

Παρότι το μέγεθος του όγκου και οι λεμφαδενικές μεταστάσεις παραμένουν οι κυριότεροι προγνωστικοί παράγοντες, υπάρχουν κι άλλα ιστολογικά και βιολογικά χαρακτηριστικά που μπορεί να έχουν προγνωστική αξία. Αναφέρονται ο βαθμός κακοηθείας, η παρουσία εστιών νέκρωσης του όγκου, η διήθηση των αγγείων, τα επίπεδα των υποδοχέων, η Cath-D, η έκφραση των ογκογονιδίων Cerb-2, c-myc, p53, η διήθηση λεμφαγγείων, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας σε καρκίνους χωρίς διήθηση λεμφαδένων^{4,6,7}.

Θεραπεία

A. Χειρουργική

Η θεραπεία είναι κυρίως **χειρουργική**. Η σταδιοποίηση της νόσου αν είναι δυνατόν προεγχειρητικά έχει μεγάλη σημασία για τον σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπείας^{32,33,34}.

i. Χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού^{32,33,34}

Η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού είναι κατάλληλη σε περιπτώσεις πρώιμου καρκίνου του μαστού, κατά τις οποίες οι συντηρητικές επεμβάσεις οδηγούν σε ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα με μείωση της αναπηρίας και των αναγκών επανορθωτικής επέμβασης (αποκατάστασης).

Η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού συνήθως περιλαμβάνει:

- αφαίρεση του καρκίνου και μικρής περιοχής υγιούς ιστού γύρω του
- αφαίρεση ενός ή περισσότερων λεμφαδένων από τη μασχάλη
- μετά τη χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία στο μαστό στον οποίο βρέθηκε ο καρκίνος.

ii. Μαστεκτομή^{6,7}

Η μαστεκτομή θεωρείται μια επιλογή αν:

- ο καρκίνος είναι μεγάλος σε σύγκριση με το μέγεθος του μαστού ή ο καρκίνος είναι σε περισσότερες από μία περιοχές του μαστού

- προηγούμενη χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού και πιθανότητα μη αφαίρεσης όλου του όγκου

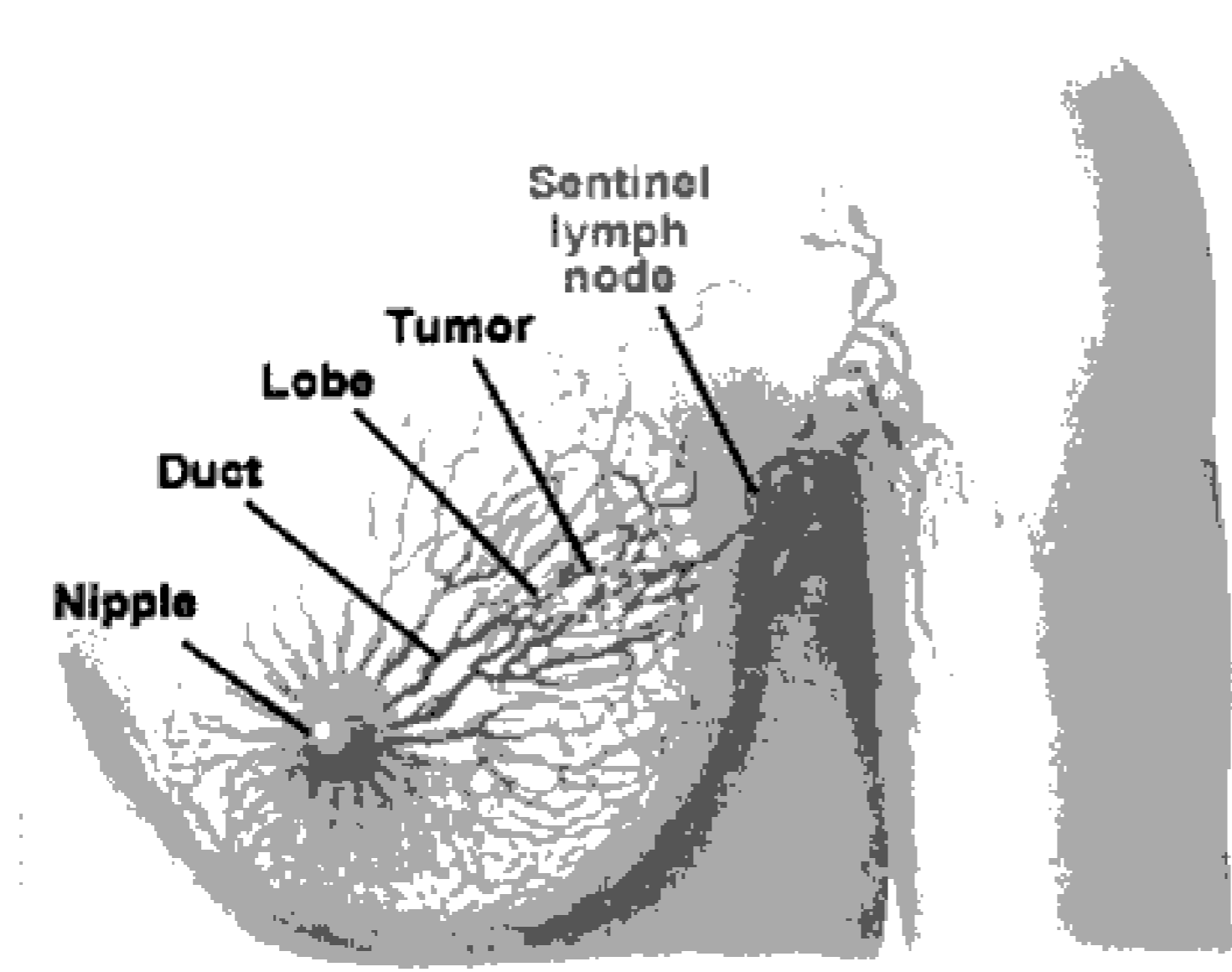
- υποτροπή

- προτίμηση της ασθενούς

Η μαστεκτομή συνήθως περιλαμβάνει:

- αφαίρεση ολόκληρου του μαστού (συνήθως συμπεριλαμβανομένης της θηλής)

- αφαίρεση ενός ή περισσότερων λεμφαδένων από τη μασχάλη.



Εικόνα 6. Θεραπεία καρκίνου του μαστού

Πίνακας 4. Θεραπευτικές επιλογές στον πρωτοπαθή χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού (στάδια 1 και 2 κατά TNM).

Αντικειμενικός σκοπός	Δυνατότητες
Τοπικός έλεγχος	Ουκτεκτομή ή τεταρτεκτομή
	Ουκτεκτομή ή τεταρτεκτομή με ακτινοβολία
	Μαστεκτομή
Περιοχικός έλεγχος	Μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός
	Περιοχική ακτινοθεραπεία
Έλεγχος μεταστατικής νόσου	Συμπληρωματική χημειοθεραπεία
Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα	Πλαστική αποκατάσταση

Ελάχιστες μαστεκτομές (1-2%) γίνονται σήμερα. Οι μερικές μαστεκτομές και ουκτεκτομές με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης γίνονται σε ποσοστό 98%⁷.

Συμπληρωματικές θεραπείες όπως Ορμονοθεραπεία, Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία, θα γίνουν μετά από απόφαση της ογκολογικής ομάδας που πρέπει να υπάρχει σε νοσοκομείο που κάνει τέτοιες επεμβάσεις ανάλογα με τα ιστολογικά δεδομένα και τις άλλες παραμέτρους σε κάθε περίπτωση^{6,7,32}.

B. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες Χ (ελεγχόμενες δόσεις ακτινοβολίας) για να καταστρέφει καρκινικά κύτταρα τα οποία μπορεί να απομείνουν στο μαστό ή στο στήθος μετά τη χειρουργική επέμβαση³⁵.

- Μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση του μαστού συνήθως συνιστάται ακτινοθεραπεία στο μαστό

- Μετά από μαστεκτομή μερικές φορές συνιστάται ακτινοθεραπεία στο στήθος
- Μετά από είτε τον ένα είτε τον άλλο τύπο χειρουργικής επέμβασης του μαστού μερικές φορές συνιστάται ακτινοθεραπεία στους λεμφαδένες στη μασχάλη ή/και στο κάτω μέρος του αυχένα.

Γ. Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιείται επιπρόσθετα προς τη χειρουργική επέμβαση και την ακτινοθεραπεία. Μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης νέου καρκίνου του μαστού είτε στον ένα είτε στον άλλο μαστό. Συνιστάται σε ασθενείς που έχουν υποδοχείς ορμονών στα καρκινικά τους κύτταρα. Οι ορμονοθεραπείες περιλαμβάνουν³⁶:

1. αντιοιστρογόνα
2. ωοθηκικές θεραπευτικές αγωγές
3. αναστολείς αρωματάσης

Δ. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη λήψη φαρμάκων που καταστρέφουν οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα στο μαστό ή σε άλλα μέρη του σώματος. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιείται επιπρόσθετα προς τη χειρουργική επέμβαση του μαστού (με ή χωρίς ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπείες)³⁶.

Η απόφαση σχετικά με το κατά πόσον πρέπει να γίνει χημειοθεραπεία και ποιου τύπου, θα εξαρτηθεί από τον τύπο του καρκίνου του μαστού, τις θεραπευτικές αγωγές που έχουν χορηγηθεί, τη γενική υγεία και την προτίμηση των ασθενών^{6,7,36}.

Καρκίνος Μαστού στον Άνδρα

Είναι σχετικά σπάνια νόσος και αντιπροσωπεύει περίπου το 1% όλων των καρκίνων του μαστού και πολλές φορές έχει οικογενή χαρακτήρα. Στην αιτιολογία του ενοχοποιούνται διαταραχές του μεταβολισμού των οιστρογόνων και άλλοι παράγοντες. Η κλινική εικόνα, οι ιστολογικοί τύποι και η τάση αναπτύξεως μεταστάσεων και η επιβίωση είναι ανάλογα με αυτά του γυναικείου καρκίνου⁴.

Ανάλογη είναι επίσης η θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι ορμονικοί υποδοχείς παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία. Η χρήση οιστρογόνων αποτελεί ουσιώδη ενδοκρινικό χειρισμό στην αναχαίτιση της νόσου^{6,7}.

Πρόγνωση

Τα κύρια στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η σταδιοποίηση και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του καρκίνου. Όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90%. Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60% στα 5 έτη αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα 10 χρόνια από τη διάγνωση. Αναφορικά με τους ορμονοϋποδοχείς, έχει φανεί ότι σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς θα "απαντήσουν" στην αντιοιστρογονική θεραπεία, ενώ λιγότερο από το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς θα έχουν κάποια κλινική "απάντηση" βελτίωσης μετά από την αντιοιστρογονική θεραπεία^{6,7,14,20,24}.

Πίνακας 5: βιωσιμότητα και καρκίνος του μαστού

ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ		
TNM ΣΤΑΔΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ 10 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
0	95	90
I	85	70
IIA	70	50
IIB	60	40
IIIA	55	30
IIIB	30	20
IV	5-15	2
ΟΛΑ	65	30

1.5 Ψυχολογικά προβλήματα και καρκίνος του μαστού

Η ψυχολογική προσαρμογή γενικά των αρρώστων που έχουν καρκίνο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ειδικότερα στη γυναίκα με καρκίνο του μαστού, η προσαρμογή της εξαρτάται από:

- Ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζονται από την ασθενή και το περιβάλλον της (ψυχολογικό υπόστρωμα της γυναίκας πριν αρρωστήσει, η κοινωνικότητά της, το επίπεδο μόρφωσης και οι σχέσεις της με την οικογένεια)⁶.
- Την ίδια τη νόσο κατά την πορεία της οποίας υπάρχουν ορισμένοι σταθμοί που αναζωπυρώνουν το άγχος της γυναίκας σχετικά με την τελική έκβασή της και δημιουργούν έντονα ψυχολογικά προβλήματα. Έτσι κατά την περίοδο της διάγνωσης του καρκίνου, της μαστεκτομής (ιδίως της ολικής), αργότερα της αποκατάστασης και ενδεχόμενα της συμπληρωματικής θεραπείας και τελικά την περίοδο ενδεχομένης γενικεύσεως της νόσου υπάρχει έντονο stress που χαρακτηρίζεται κυρίως από φόβο και αγωνία. Η αφαίρεση του μαστού θεωρείται από κάθε γυναίκα φοβερή αναπηρία και αυτό οδηγεί πολλές φορές στην μη έγκαιρη προσέλευση στον ιατρό αν και ψηλαφήθηκε κάποιο ογκίδιο⁶.

Πολλές γυναίκες εξισώνουν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με την απώλεια του μαστού τους. Επειδή σήμερα τα θεραπευτικά δεδομένα έχουν αλλάξει, με αποτέλεσμα να γίνονται όλο και λιγότερες μαστεκτομές, απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς. Ανάλογη ενημέρωση χρειάζεται και ο σύζυγος η βοήθεια του οποίου είναι σημαντική στην καλή ψυχολογική

πορεία της γυναίκας. Η καλά ενημερωμένη ασθενής είναι η καλύτερη ασθενής^{6,7}.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας και της παρέμβασης

Σκοπός

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 35-54 ετών, την πρώτη αιτία θανάτου από όλους τους καρκίνους της γυναίκας και τη δεύτερη μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αιτία θανάτου σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού, επιτρέπει τη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο και την ανίχνευση πρόδρομων βλαβών, οι οποίες εφόσον εξαλειφθούν, αποτρέπουν την εξέλιξη της νόσου. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των γυναικών και η βελτίωση της ποιότητάς της. Η χειρουργική του πρώιμου καρκίνου του μαστού εφαρμόζει συντηρητικές επεμβάσεις, μειώνοντας δραστικά τις ακρωτηριαστικές συνέπειες και επιπλοκές των επεμβάσεων που απαιτούνται όταν ο καρκίνος ανιχνεύεται σε προχωρημένο στάδιο^{1,33}.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γυναικών στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας με την παραδοσιακή μεθοδολογία αγωγής υγείας, με απώτερο στόχο την κινητοποίησή τους προκειμένου να προβούν σε έλεγχο των μαστών τους, κάνοντας τις απαραίτητες εξετάσεις.

Η χρησιμότητα της έρευνας αυτής έγκειται στο γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε σε περιοχές στις οποίες δεν γίνονται συχνά ενημερωτικές παρεμβάσεις. Επίσης, στους νομούς αυτούς δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την

υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και στάσεων, αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Επιμέρους στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι αυτής της παρέμβασης συνοψίζονται παρακάτω:

- Παροχή γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ γνώσεων για μια νόσο και υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης της νόσου³⁷.
- Αλλαγή πεπιοθήσεων και στάσεων αναφορικά με τη νόσο. Η προαγωγή υγείας χρησιμοποιεί την ενημέρωση, προκειμένου να αλλάξει υπάρχουσες στάσεις και πεπιοθήσεις^{37,38}.
- Αλλαγή συμπεριφοράς όσον αφορά στην υποβολή των γυναικών στις απαραίτητες εξετάσεις. Ο ρόλος της ενημέρωσης είναι πολύ σημαντικός στο να προάγει μελλοντικές υγιείς συμπεριφορές³⁹.
- Αξιολόγηση της παραδοσιακής προσέγγισης αγωγής υγείας που χρησιμοποιήθηκε.
- Διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων προς τους φορείς που ασχολούνται με το σχεδιασμό προληπτικών πολιτικών παροχής υγείας, μέσω της ανάδειξης και επισήμανσης προβλημάτων που πιθανώς αποτελούν εμπόδια στην πραγματοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων.

2.2 Υλικό και μέθοδος

Υλικό

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε ο γυναικείος πληθυσμός των νομών Αρκαδίας και Λακωνίας. Το υλικό αποτέλεσαν 300 γυναίκες (150 σε κάθε νομό). Η επαφή με τις γυναίκες αυτές έγινε κυρίως μέσω των τοπικών συλλόγων γυναικών.

Η παρέμβαση στο νομό Αρκαδίας υλοποιήθηκε από την ερευνήτρια στην Τρίπολη, στην έδρα του τοπικού συλλόγου γυναικών, κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας και στην αίθουσα εκδηλώσεων της Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου. Στο νομό Λακωνίας η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από άλλη ερευνήτρια. Έλαβε χώρα στη Σπάρτη, στην έδρα του τοπικού συλλόγου γυναικών, κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας και στη Σκάλα Λακωνίας, στην έδρα του τοπικού γυναικείου συλλόγου. Το εποπτικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ίδιο και στους δύο νομούς. Διερευνήθηκαν οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις και η συμπεριφορά υγείας των συγκεκριμένων γυναικών σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Μέθοδος

Τα στάδια που ακολουθήθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι τα εξής:

- Διαμόρφωση του σχεδίου έρευνας (επιλογή του πληθυσμού αναφοράς, επιλογή μεθόδου αγωγής υγείας, επιλογή των κατάλληλων τεχνικών, μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και σχεδιασμός του τρόπου συγκέντρωσης των στοιχείων).
- Εφαρμογή του παραπάνω σχεδίου έρευνας και συγκέντρωση των στοιχείων.
- Ανάλυση των δεδομένων με στατιστικές μεθόδους.
- Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης και εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ακολουθεί το γνωστικό μοντέλο και συγκεκριμένα το μοντέλο πεπιοθήσεων για την υγεία (Health Belief Model HBM). Στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα μιας διαδικασίας ορθολογιστικής πληροφόρησης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική απόκτηση γνώσεων, αναφορικά με τη νόσο^{39,40}.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

1. Διάλεξη με τη βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή (power point).
2. Διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
3. Ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου (παράρτημα 1).

Η διάλεξη προσαρμόστηκε στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της ομάδας στόχου και το ακροατήριο είχε την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις και να συζητήσει σε βάθος το θέμα. Το πρόγραμμα παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή, που χρησιμοποιήθηκε, ενίσχυσε οπτικά το προφορικό μέρος της διάλεξης. Η παρέμβαση περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης καρκίνου του μαστού. Αναφερόταν στους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, ενημερώνοντας για το κάθε πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφία, ψηλάφηση από ειδικό ιατρό και αυτοψηλάφηση, αναλύοντας τον ορθό τρόπο αυτοψηλάφησης των μαστών.

Για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου συνεργάστηκε ομάδα επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων (κοινωνιολόγος, ιατρός, νοσηλεύτρια, στατιστικός). Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία και επιλέχθηκε ειδικό σταθμισμένο ερωτηματολόγιο από άρθρο ξενόγλωσσου επιστημονικού περιοδικού⁴¹.

Για τη μετάφραση στα ελληνικά ακολουθήθηκε η διαδικασία που προτείνει η Επιτροπή SAC (Trust's Scientific Advisory Committee). Σύμφωνα με τις οδηγίες της SAC, έγιναν δύο ανεξάρτητες μεταφράσεις, αρχικά από το πρωτότυπο (αγγλικό) κείμενο στα ελληνικά (forward translation) και ακολούθως αντίστροφα (backward translation). Ακολούθησε η αξιολόγηση του αποτελέσματος από την προαναφερθείσα διεπιστημονική ομάδα. Η εκδοχή του ερωτηματολογίου που προέκυψε, δοκιμάστηκε πιλοτικά σε ένα μικρό αριθμό ατόμων (5), σε μια προσπάθεια να διευκρινιστεί αν τα ερωτήματα γίνονται καλώς αντιληπτά από τις ερωτώμενες και αν οι ερωτήσεις γίνονται αντιληπτές στα ελληνικά με τον ίδιο τρόπο που γίνονται και στα αγγλικά. Τα

συμπεράσματα που προέκυψαν από την πιλοτική αυτή μελέτη, καθόρισαν και την τελική μορφή της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου^{42,43}.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά κλειστών ερωτήσεων, που αναπτύσσονται σε δύο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναφέρονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και στη δεύτερη ερευνώνται οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης του.

Στα δημογραφικά στοιχεία συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, το αν έχουν θηλάσει, την υπηκοότητα, το επάγγελμα, το ασφαλιστικό ταμείο, την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, τις γραμματικές γνώσεις, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, τον τόπο κατοικίας, τον αριθμό ατόμων που ζουν μαζί με τις ερωτώμενες και την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας.

Στη δεύτερη ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν στη γνώση των ερωτηθέντων για τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης καρκίνου του μαστού και στις πεποιθήσεις τους αναφορικά με:

- Το πόσο ευπαθείς νομίζουν ότι είναι απέναντι στη νόσο (έχω πολλές πιθανότητες να πάθω καρκίνο του μαστού).
- Το κόστος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς (το να εξετάζω τους μαστούς μου θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού).

- Το όφελος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς (όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται).
- Τα εμπόδια για την πραγματοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων (νομίζω ότι δεν είμαι σε θέση να ψηλαφίσω μόνη μου ένα ογκίδιο ή θα πονέσω κάνοντας μαστογραφία).

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τις ίδιες τις γυναίκες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (μέθοδος αυτοσυμπληρώμενου ερωτηματολογίου) και συλλέχθηκαν αμέσως μετά τη συμπλήρωσή τους. Δόθηκαν διευκρινήσεις σχετικά με τη σκοπιμότητα της έρευνας, τονίστηκε η σημαντικότητα συμμετοχής τους, υπογραμμίστηκε η ανάγκη ειλικρινών απαντήσεων, ζητήθηκε η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων και επισημάνθηκε η ανωνυμία του ερωτηματολογίου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις:

- Η πρώτη φάση υλοποιήθηκε στα μέσα Ιανουαρίου 2006. Έγινε εκτίμηση αναγκών, διερευνώντας τις γνώσεις και πεποιθήσεις των γυναικών σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, μας καθοδήγησαν στη διαμόρφωση του περιεχομένου του προγράμματος. Αμέσως μετά πραγματοποιήθηκαν διαλέξεις σε συλλόγους γυναικών στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας, με τη βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή (power point) και διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συνολικά

ενημερώθηκαν 300 γυναίκες και στους δύο νομούς. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών παρακολούθησε με ενδιαφέρον την παρέμβαση. Έγιναν πολλές ερωτήσεις σχετικά με την κλινική εικόνα της νόσου και τις κατηγορίες των γυναικών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αρκετές γυναίκες παρουσίασαν ως εμπόδιο για την πραγματοποίηση της μαστογραφίας την αίσθηση του πόνου και την επικινδυνότητα της ακτινοβολίας. Τέλος, από μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες εκφράστηκε η προτίμηση να εξετάζονται από γυναίκα ιατρό.

- Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης έγινε αξιολόγηση του άμεσου αποτελέσματος της παρέμβασης (αλλαγή στις γνώσεις, πεποιθήσεις και στάσεις), με τη βοήθεια του ίδιου ερωτηματολογίου, που είχε χρησιμοποιηθεί και πριν από την παρέμβαση. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε μετά το τέλος της διάλεξης. Γενικά υπήρξε προθυμία και ανταποκρισιμότητα της πλειοψηφίας των γυναικών κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακούστηκαν ελάχιστα μόνο παράπονα για τον αριθμό των ερωτήσεων.
- Η τρίτη φάση υλοποιήθηκε περίπου έξι μήνες αργότερα, στο τέλος Ιουνίου 2006. Τότε έγινε η αξιολόγηση του μετέπειτα αποτελέσματος με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε τις ίδιες ενότητες με το προηγούμενο και επιπλέον μια ενότητα που διερεύνησε την αλλαγή συμπεριφοράς, ως προς την υποβολή στις απαραίτητες εξετάσεις. Στη φάση αυτή υπήρξε δυσκολία συγκέντρωσης όλων των γυναικών που είχαν συμμετάσχει στις δύο προηγούμενες φάσεις.

Τελικά καταφέραμε να συγκεντρώσουμε 270 από τις 300 γυναίκες που ενημερώθηκαν αρχικά (138 από την Αρκαδία και 132 από τη Λακωνία).

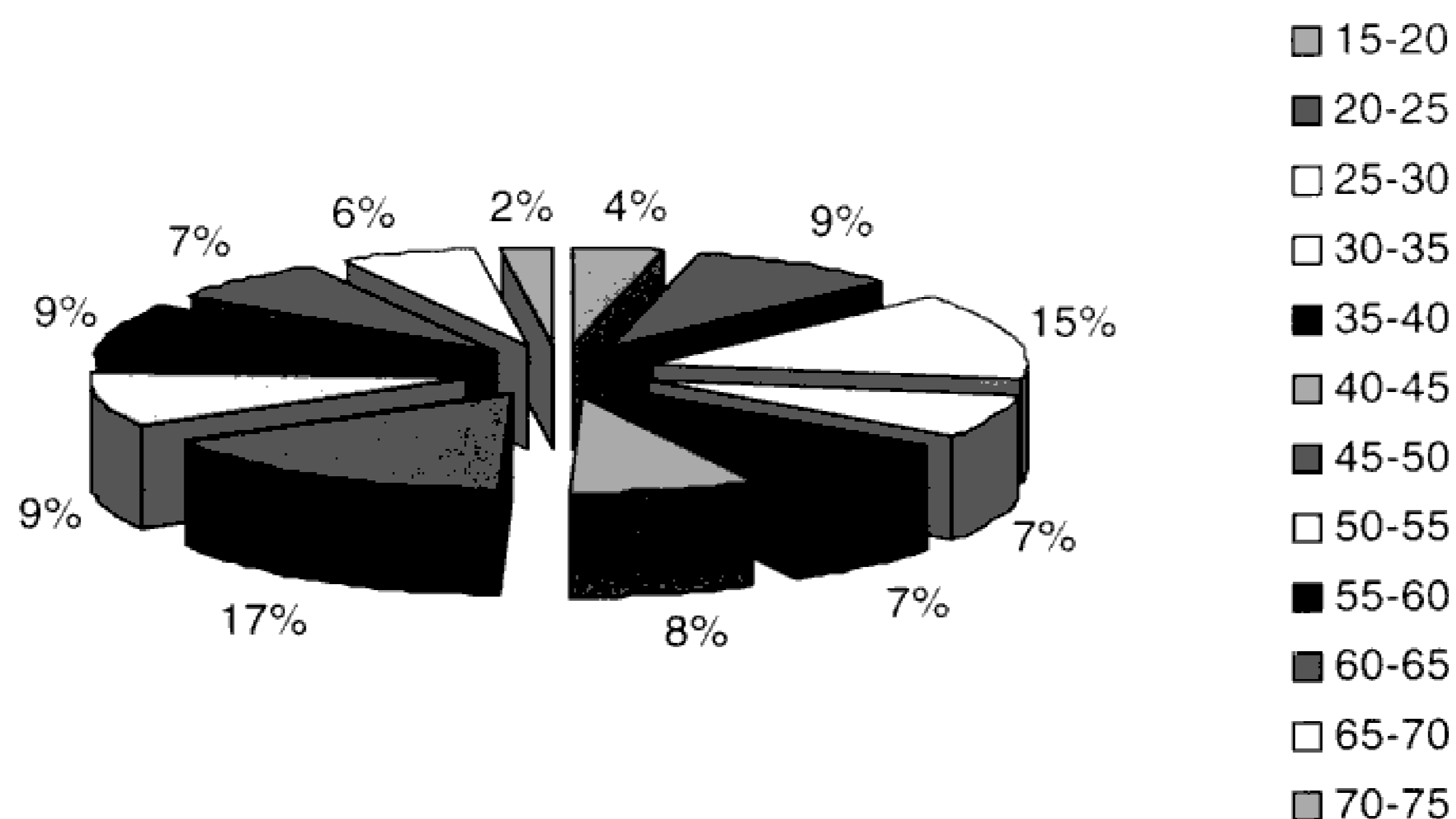
Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 10.0.1) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL). Αρχικά έγιναν απλοί έλεγχοι συσχετίσεων για να διερευνηθεί εάν κάποιο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζεται με τις απαντήσεις που δόθηκαν και στις τρεις φάσεις της έρευνας. Οι μεταβλητές που σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά εισήχθησαν σε ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (απαντήσεις που δόθηκαν κατά τις δύο πρώτες φάσεις της έρευνας) ή πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας), για να εξουδετερωθεί η συγχυτική επίδραση που μπορεί να ασκεί κάθε μία μεταβλητή στη σχέση της άλλης με το αποτέλεσμα και να φανεί ποιες μεταβλητές σχετίζονται πραγματικά.

Η απλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της σχέσης μίας μεταβλητής με ένα διχότομο αποτέλεσμα. Η δοκιμασία Mann-Witney χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί εάν μία ποσοτική μεταβλητή που δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή διαφέρει ανάμεσα σε δύο κατηγορίες, ενώ η δοκιμασία Kruskal Wallis για το εάν διαφέρει σε 3 ή περισσότερες κατηγορίες. Η δοκιμασία συσχέτισης του Spearman χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί εάν δύο ποσοτικές, μη κανονικές, μεταβλητές σχετίζονταν. Στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι συσχετίσεις για τις οποίες οι τιμές του παρατηρούμενου επιπέδου σημαντικότητας (P) ήταν μικρότερες ή ίσες με 0,05, ενώ ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή γραφημάτων και πινάκων και ακολουθεί ερμηνεία των ευρημάτων της έρευνας.

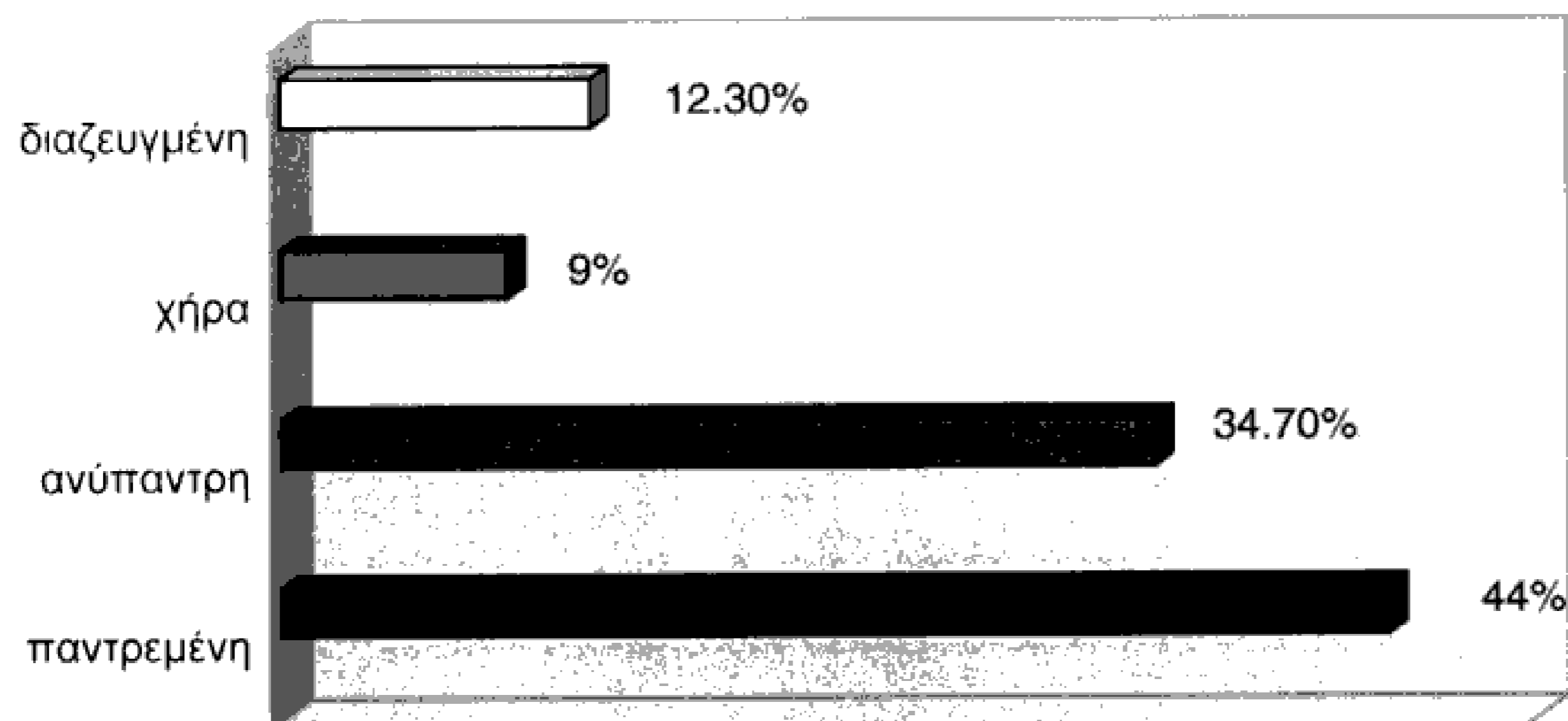
2.3 Αποτελέσματα

Γράφημα 5: Ηλικιακή κατανομή των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.



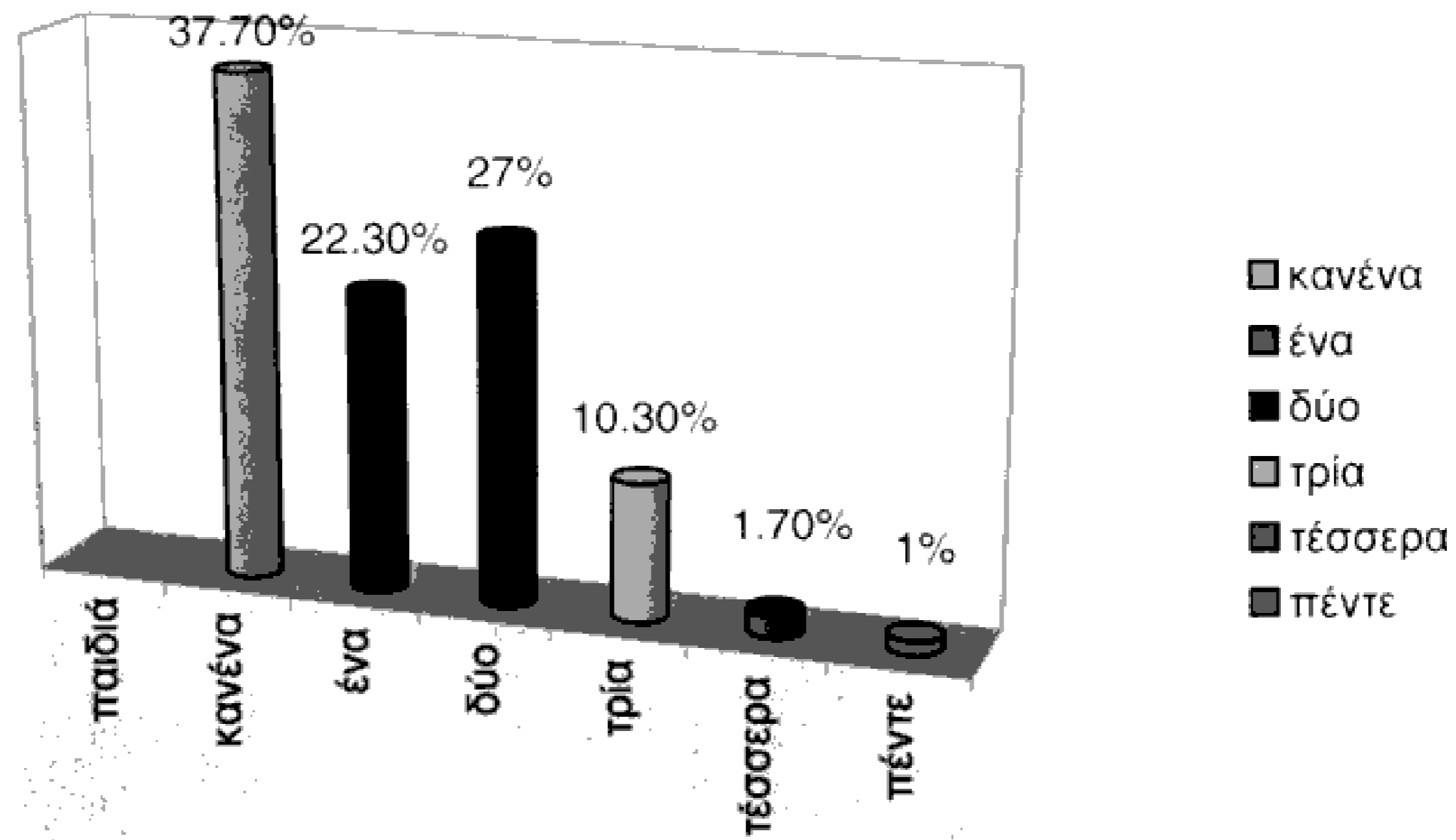
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες από 25-30 ετών (ποσοστό 15%) και από 45-50 ετών (ποσοστό 17%). Το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα από 70-75 ετών (2%).

Γράφημα 6: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων γυναικών



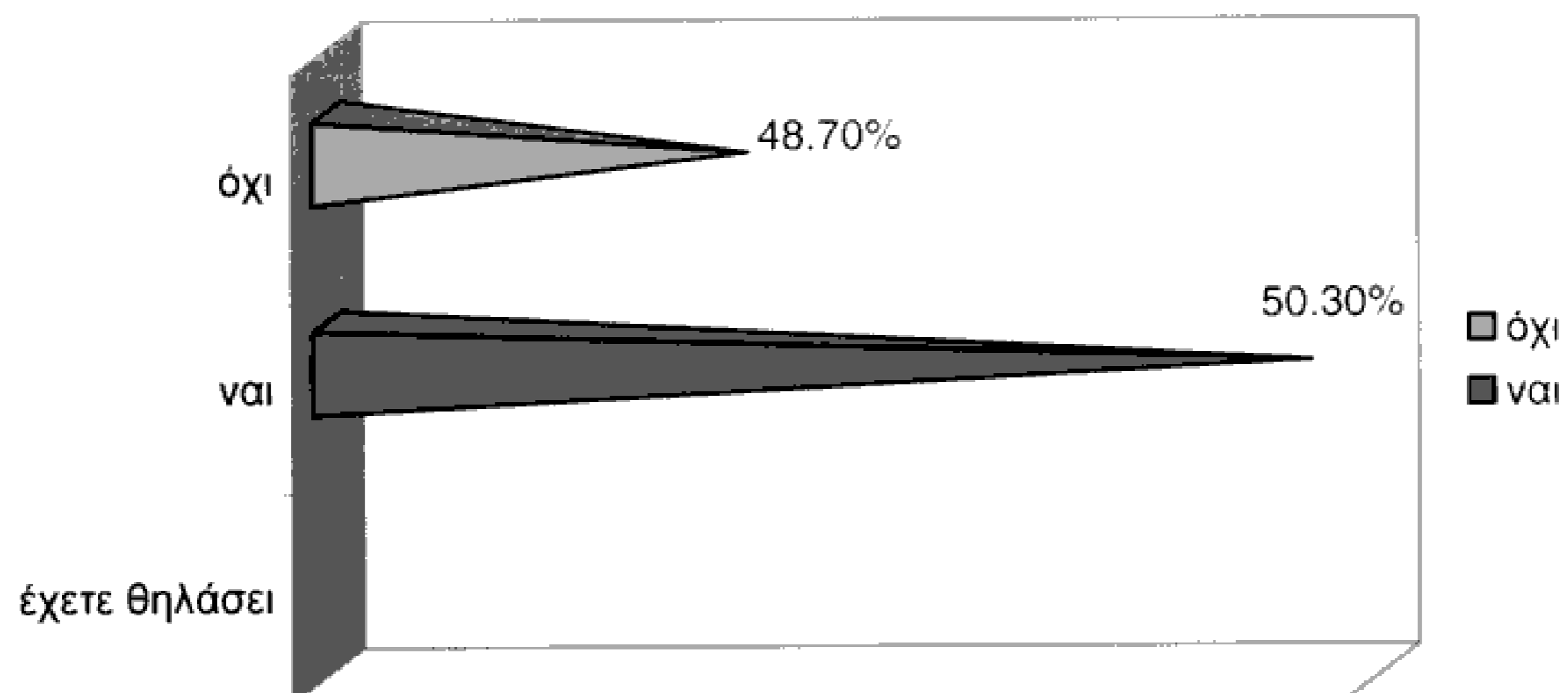
Οι περισσότερες από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν παντρεμένες (ποσοστό 44%), ενώ οι ανύπαντρες αντιστοιχούν σε ποσοστό 34,70%. Η εκατοστιαία αναλογία των διαζευγμένων είναι 12,30%, ενώ το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στις χήρες (9%).

Γράφημα 7: Αριθμός παιδιών συμμετεχόντων γυναικών



Οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν παιδιά (37,70%), ενώ ένα παιδί έχει το 22,30% και δύο παιδιά το 27%. Το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στις γυναίκες που έχουν πέντε παιδιά (1%).

Γράφημα 8: Εκατοστιαία αναλογία γυναικών με παιδιά, που έχουν θηλάσει.



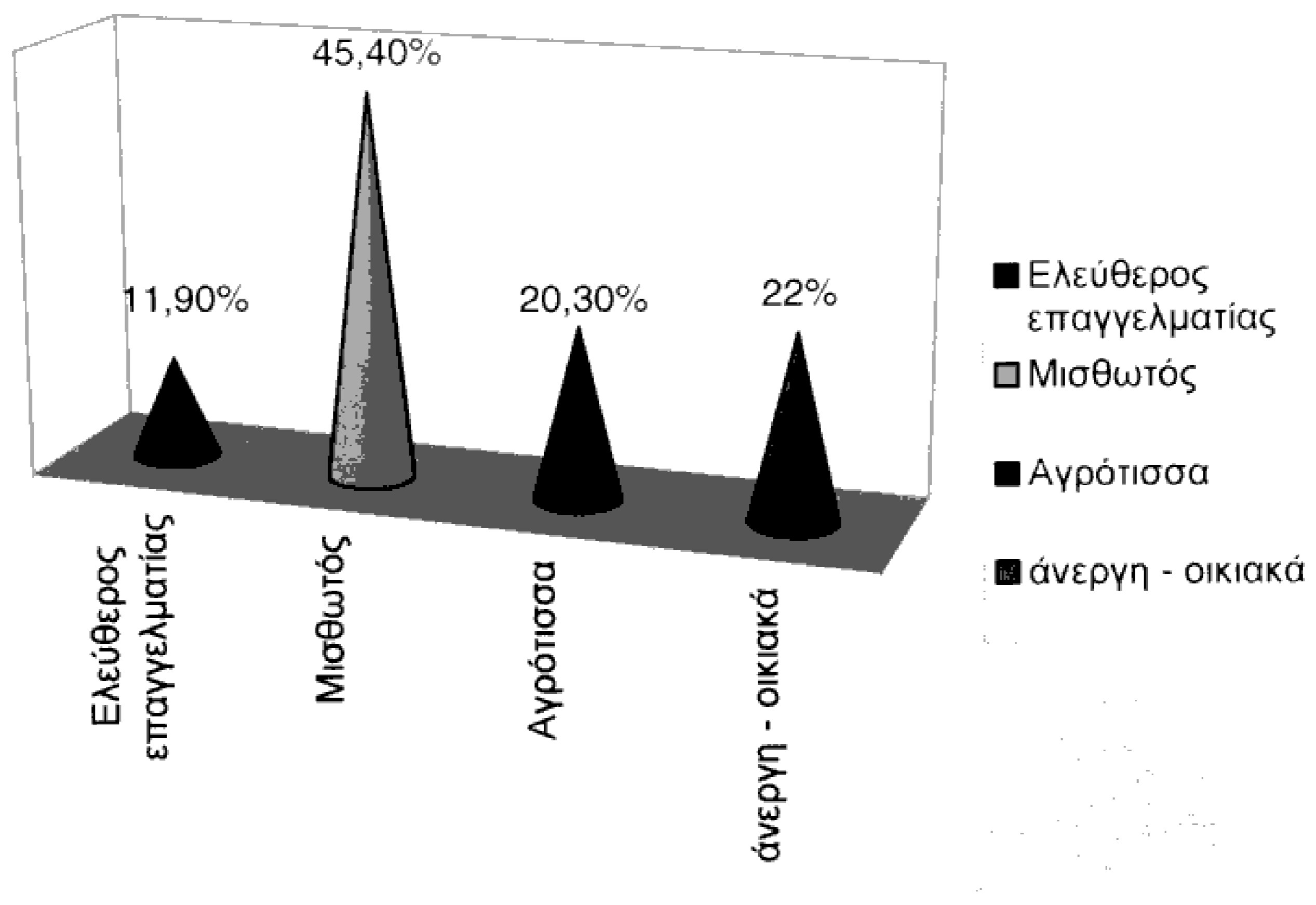
Οι περισσότερες γυναίκες με παιδιά έχουν θηλάσει (50,30%), ενώ το 48,70% δεν έχει θηλάσει. Το υπόλοιπο 1% δεν απάντησε στην ερώτηση.

Γράφημα 9: Εκατοστιαία αναλογία της υπηκοότητας των γυναικών.



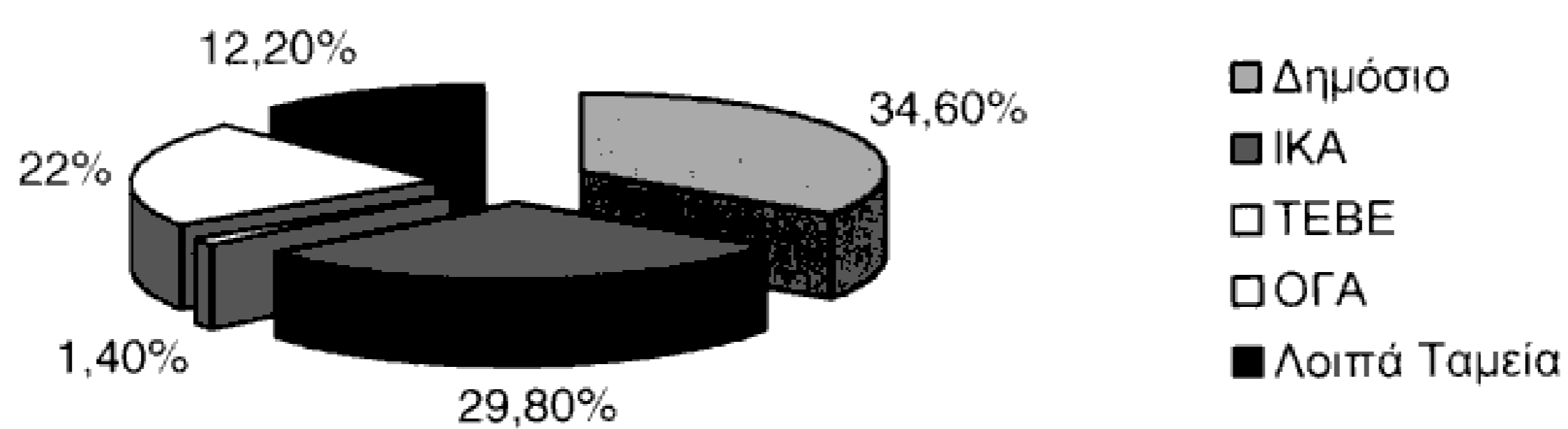
Οι περισσότερες γυναίκες έχουν ελληνική υπηκοότητα (90%), ενώ μόνο το 7,70% έχει ξένη υπηκοότητα. Το υπόλοιπο 2,30% δεν απάντησε στην ερώτηση.

Γράφημα 10: Εκατοστιαία αναλογία του επαγγέλματος των ερωτηθέντων γυναικών.



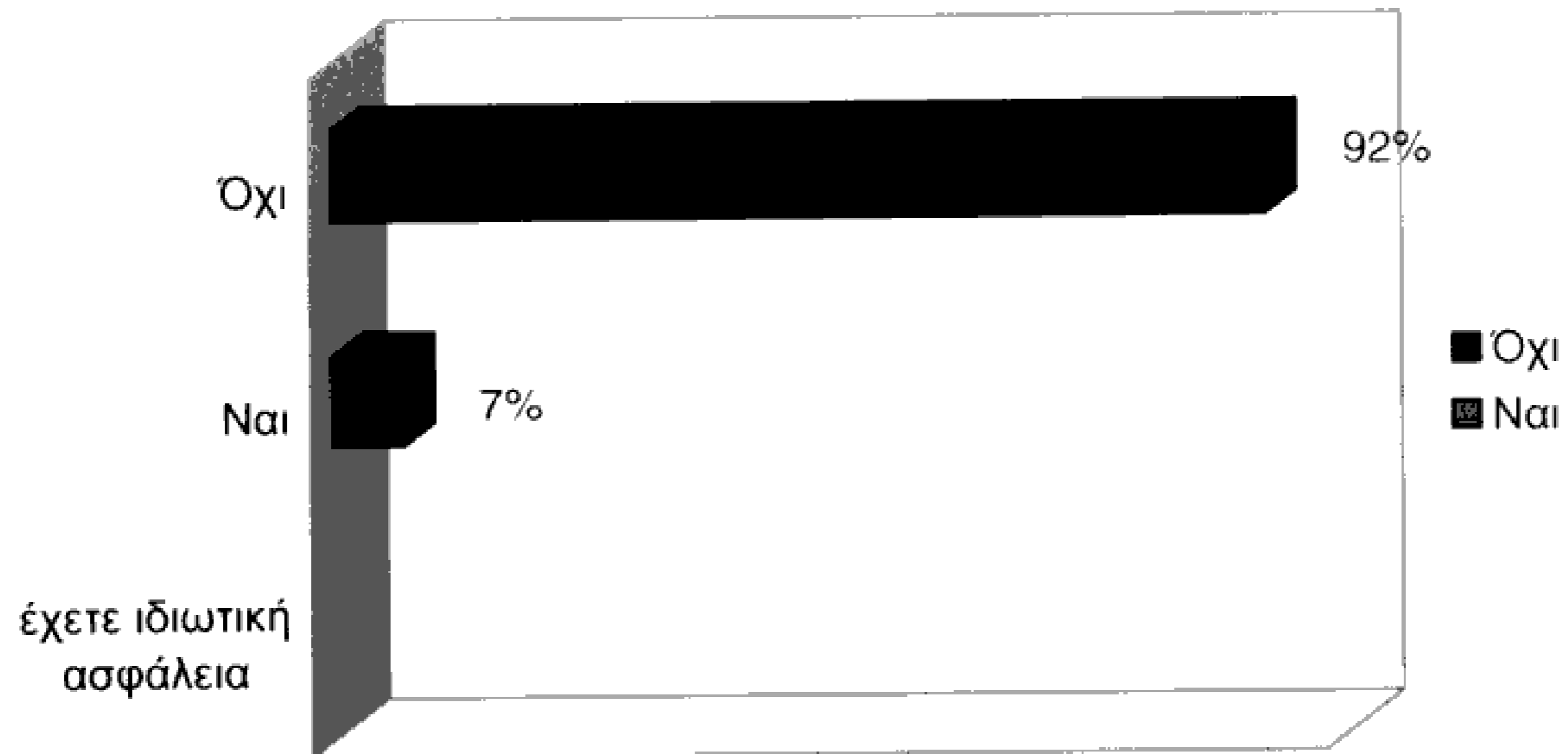
Οι περισσότερες γυναίκες είναι μισθωτές (45,40%). Οι γυναίκες που δεν εργάζονται ή ασχολούνται με τα οικιακά αντιστοιχούν στο 22%, οι αγρότισσες στο 20,30% και εκείνες που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στο 11,90%.

Γράφημα 11: Εκατοστιαία αναλογία ασφαλιστικού ταμείου των ερωτηθέντων γυναικών.



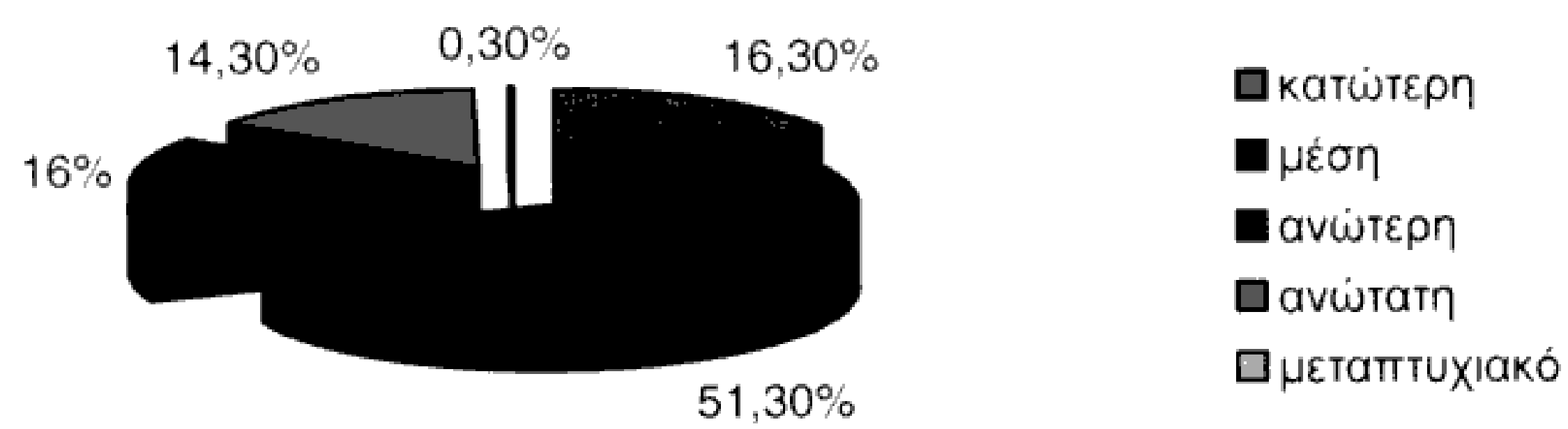
Οι περισσότερες γυναίκες υπάγονται στον ασφαλιστικό φορέα του Δημοσίου (34,60%), το 29,80% υπάγεται στο ΙΚΑ και το 22% στον ΟΓΑ. Το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στο ΤΕΒΕ (1.40%).

Γράφημα 12: Εκατοστιαία αναλογία των γυναικών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση.



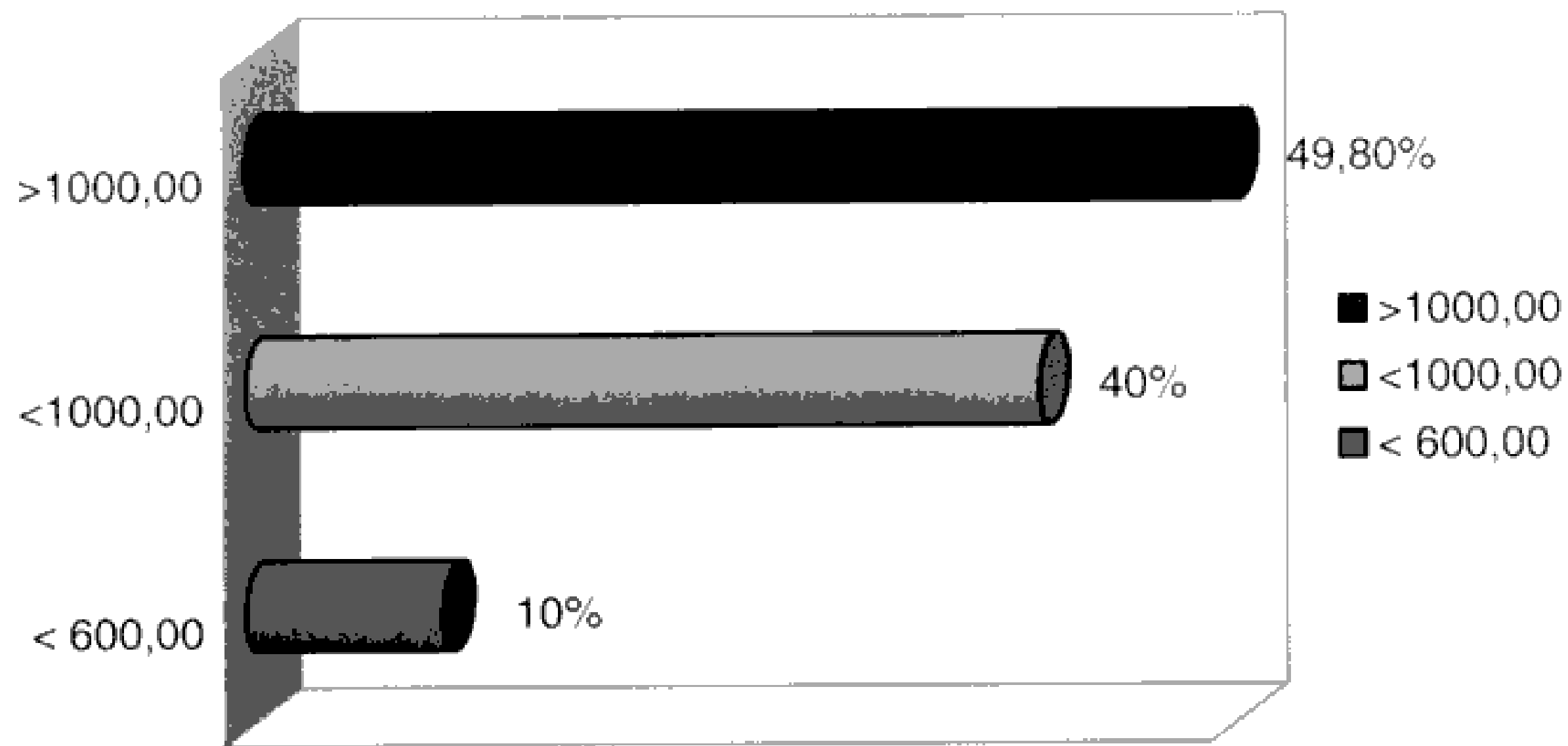
Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (92%) δεν έχει ιδιωτική ασφάλιση.

Γράφημα 13: Εκατοστιαία αναλογία επιπέδου σπουδών των ερωτηθέντων γυναικών.



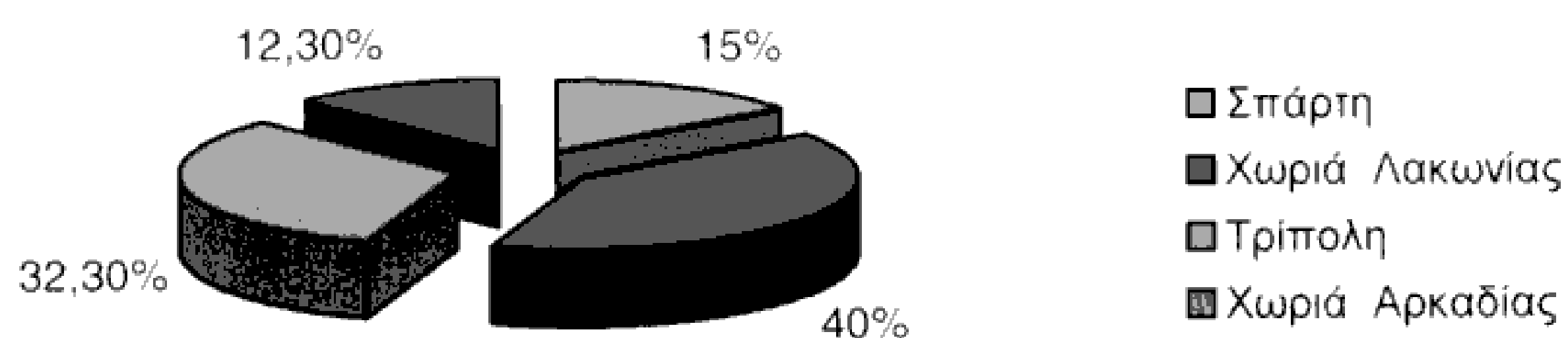
Οι περισσότερες γυναίκες έχουν μέση εκπαίδευση (51,30%), ενώ μόνο το 0,30% κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο εκπαίδευσης. Το 14,30% έχει ανώτατη εκπαίδευση, το 16% έχει ανώτερη εκπαίδευση και το 16,30% κατώτερη εκπαίδευση.

Γράφημα 14: Εκατοστιαία αναλογία μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος.



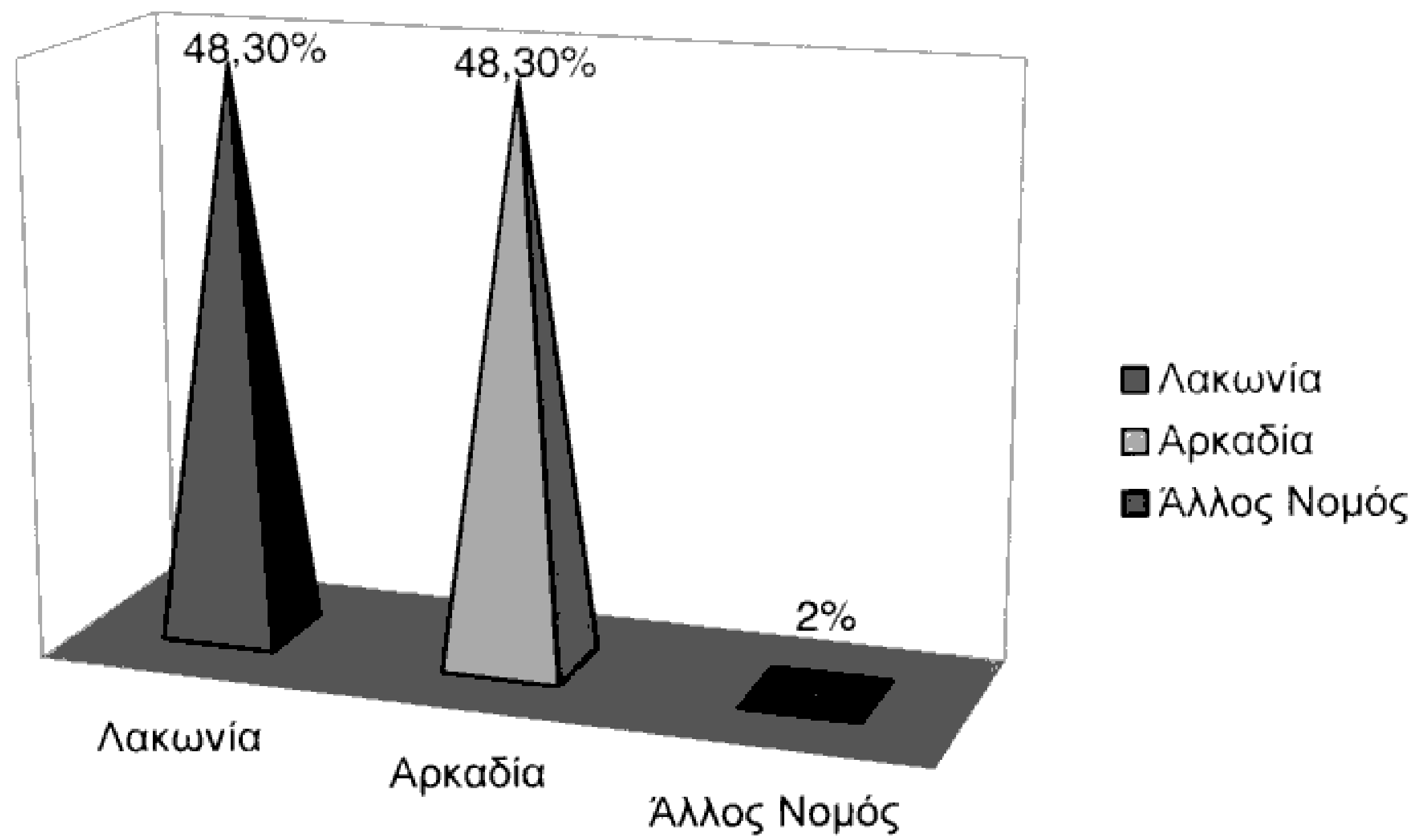
Οι περισσότερες γυναίκες έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από 1000 ευρώ (49,80%). Το 40% έχει μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 600 και 1000 ευρώ, ενώ το 10% έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 600 ευρώ.

Γράφημα 15: Εκατοστιαία αναλογία της μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων γυναικών.



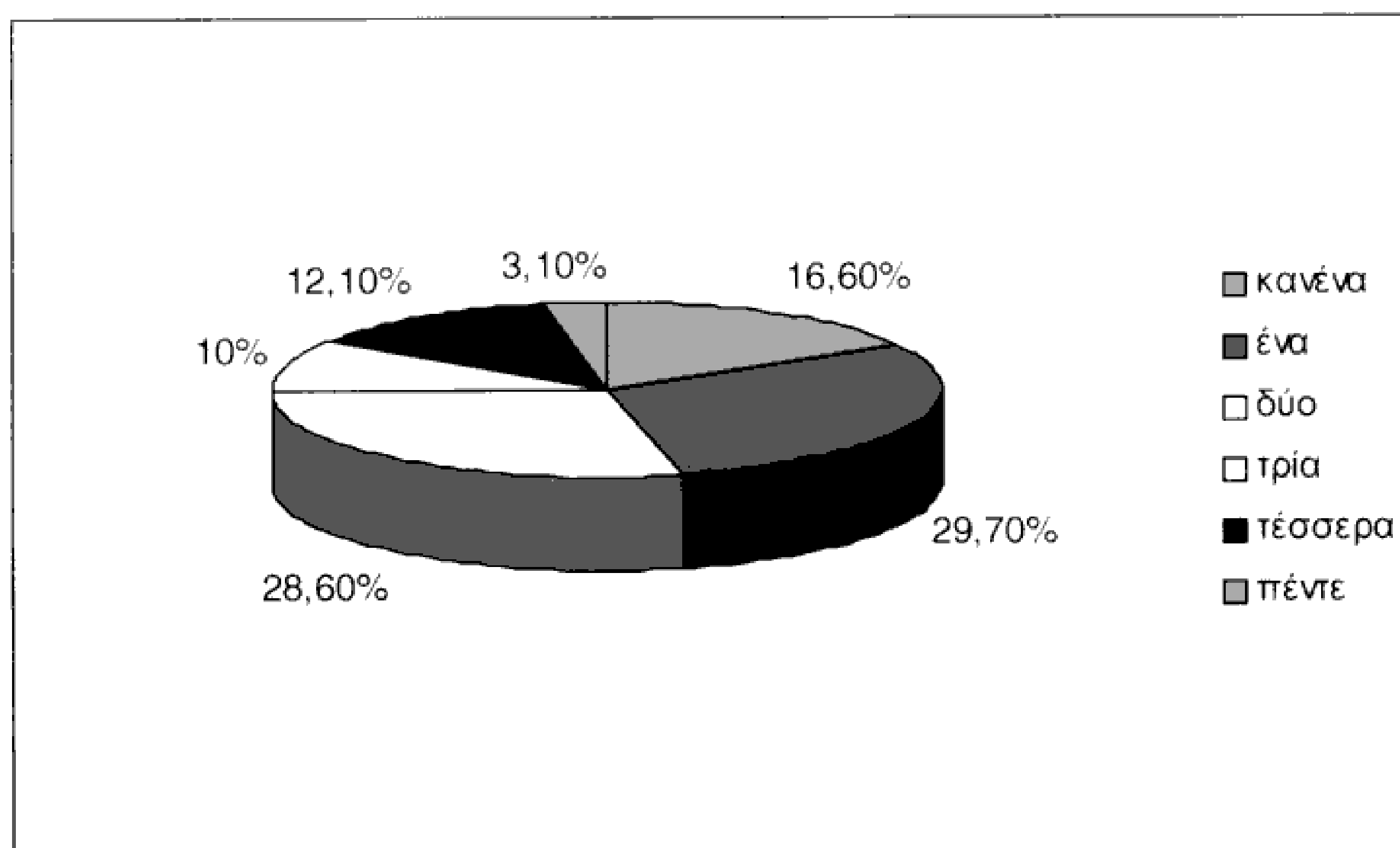
Το 40% των γυναικών κατοικεί σε χωριά του νομού Λακωνίας, ενώ το 15% στη Σπάρτη. Το 32,30% κατοικεί στην Τρίπολη και το 12,30% σε χωριά του νομού Αρκαδίας. Το υπόλοιπο 0,4% είναι κάτοικοι άλλων νομών.

Γράφημα 16: Εκατοστιαία αναλογία του νομού μόνιμης κατοικίας των συμμετεχόντων γυναικών.



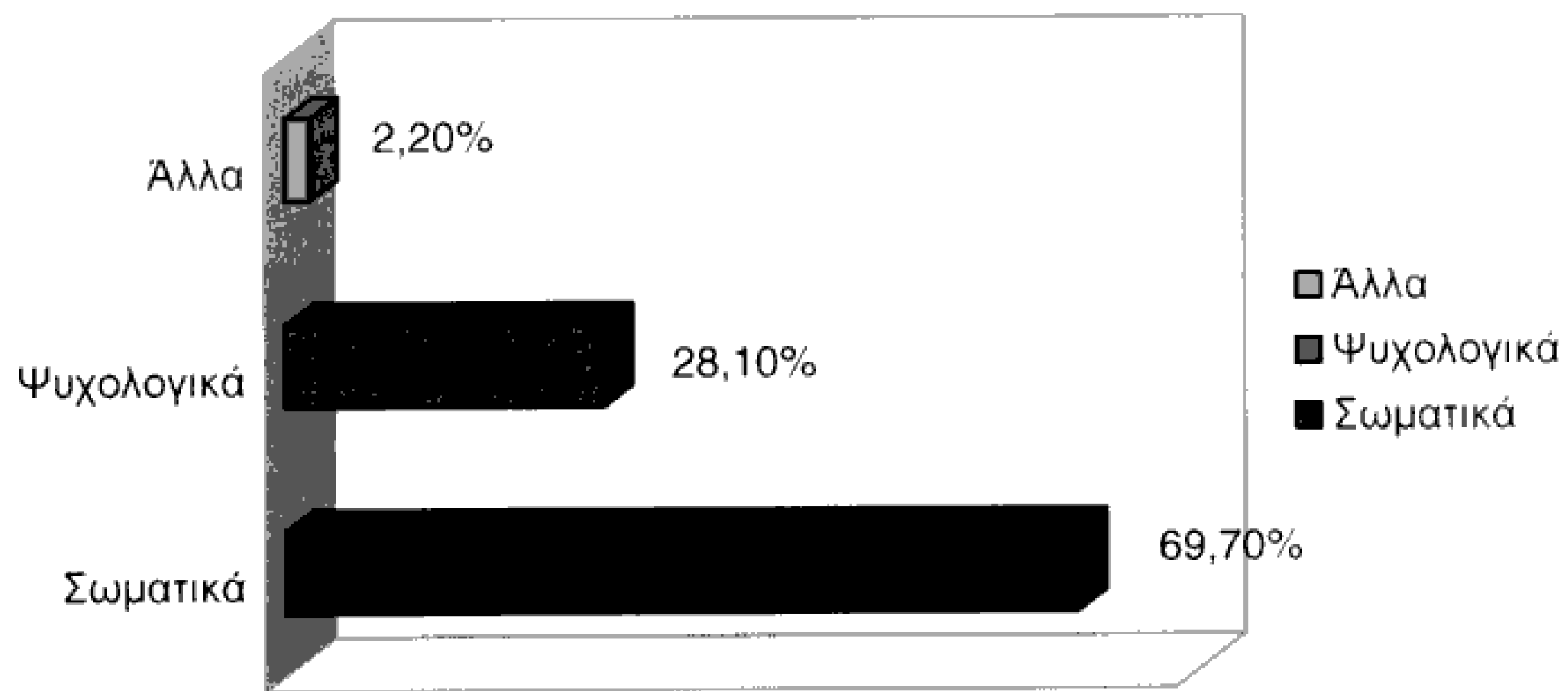
Στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας κατοικεί το 48,30% αντίστοιχα, ενώ σε άλλο νομό το 2%.

Γράφημα 17: Εκατοστιαία αναλογία αριθμού ατόμων που ζουν μαζί με τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα.



Οι περισσότερες γυναίκες (29,70%) ζουν μαζί με ένα μόνο άτομο, το 28,60% ζει με δύο άτομα και το 16,60% με κανένα. Το 3,10% ζει με πέντε άτομα.

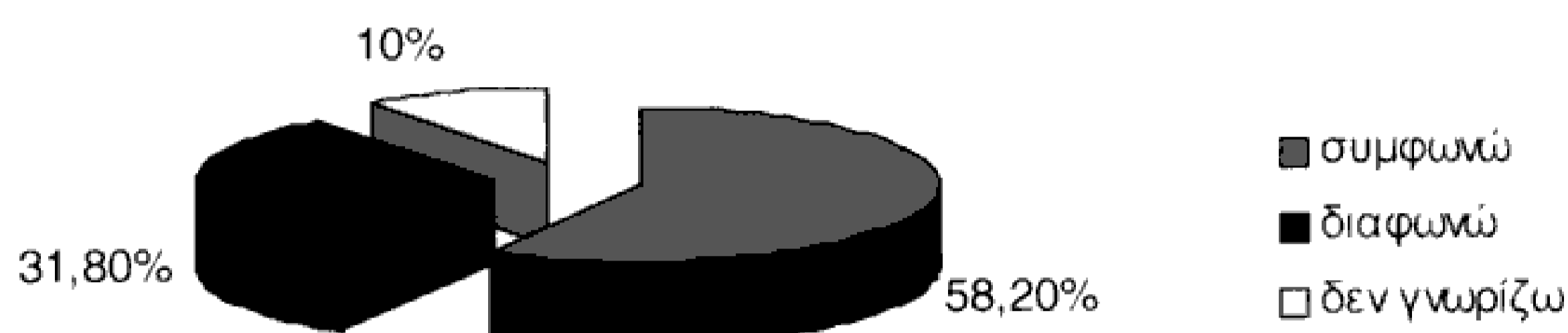
Γράφημα 18: Εκατοστιαία αναλογία ύπαρξης άλλων προβλημάτων υγείας.



Οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν σωματικά προβλήματα υγείας (69,70%), ενώ το 28,10% αναφέρει ψυχολογικά προβλήματα υγείας.

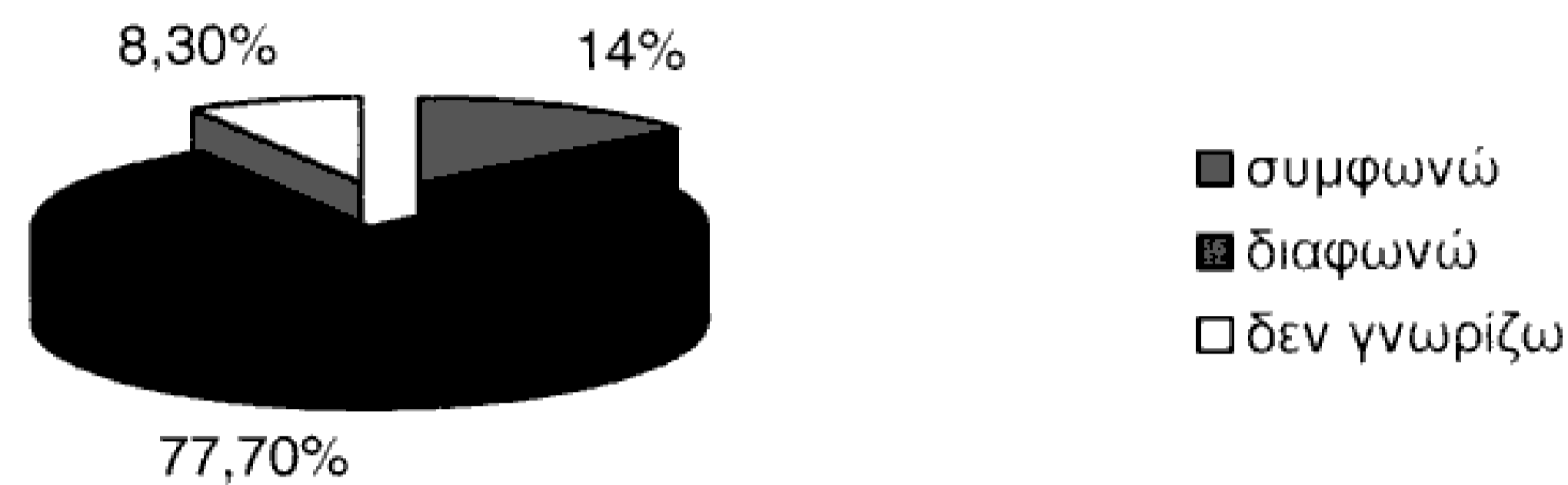
Γραφήματα 19α, 19β, 19γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι είναι καλά στην υγεία τους, γι' αυτό δε σκέπτονται καθόλου ότι ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού.

Γράφημα 19α: Πριν από την παρέμβαση



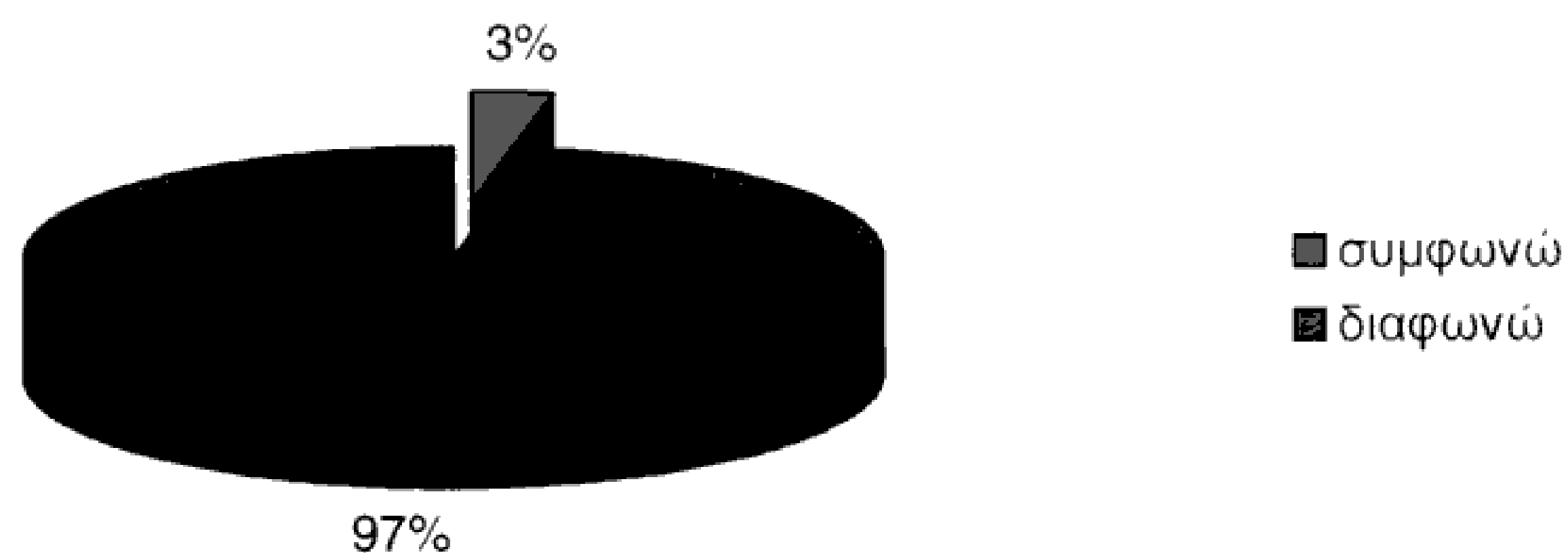
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας, δηλαδή πριν από την παρέμβαση. Οι περισσότερες γυναίκες δεν σκέπτονται ότι ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού, αφού είναι καλά στην υγεία τους (58,20%). Το 31,80% διαφωνεί, ενώ το 10% δε γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα19β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν στη δεύτερη φάση της έρευνας, δηλαδή αμέσως μετά την παρέμβαση. Οι περισσότερες γυναίκες σκέπτονται πως ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού, παρότι είναι καλά στην υγεία τους (77,70%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

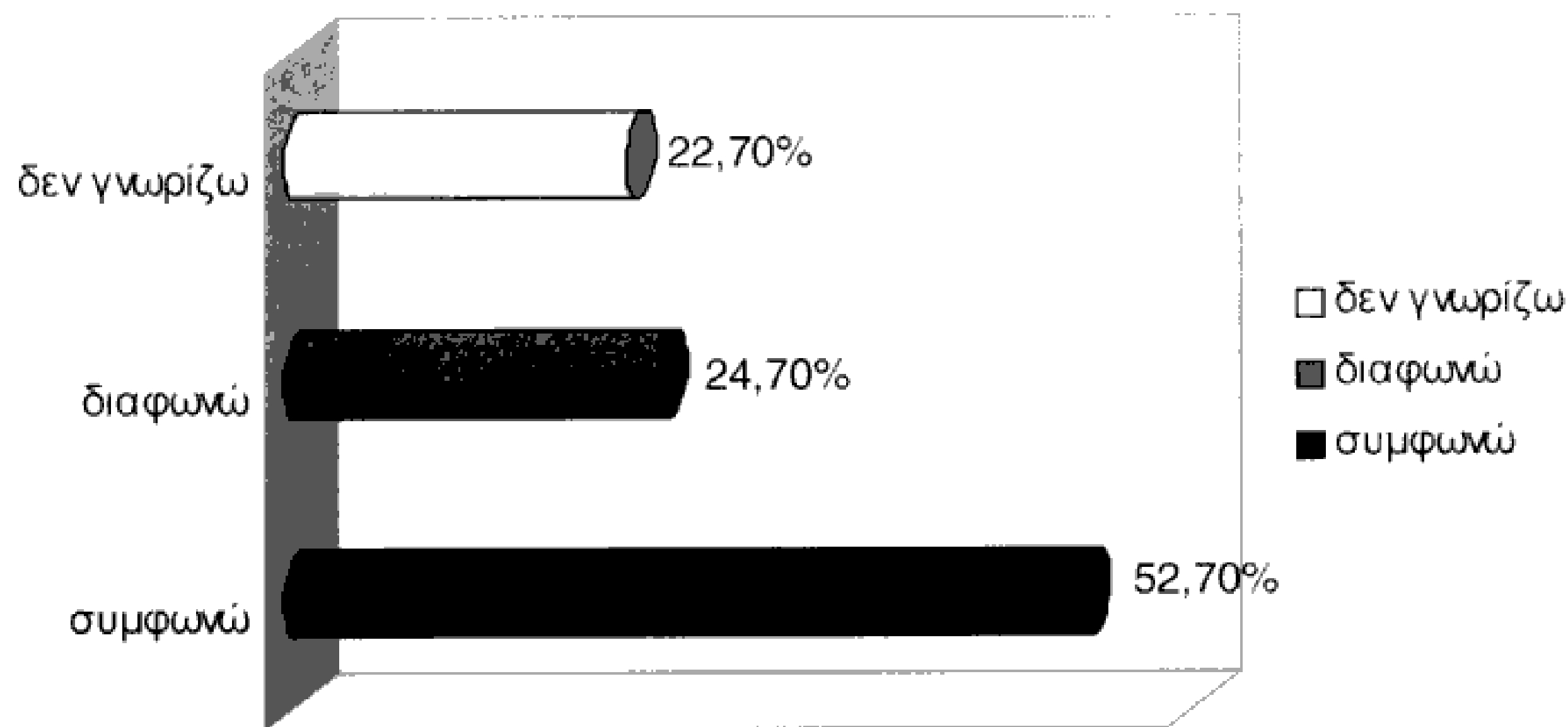
Γράφημα 19γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τελευταία φάση της έρευνας, δηλαδή έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (97%) σκέπτεται πως ίσως κάποτε παρουσιάσει καρκίνο του μαστού. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

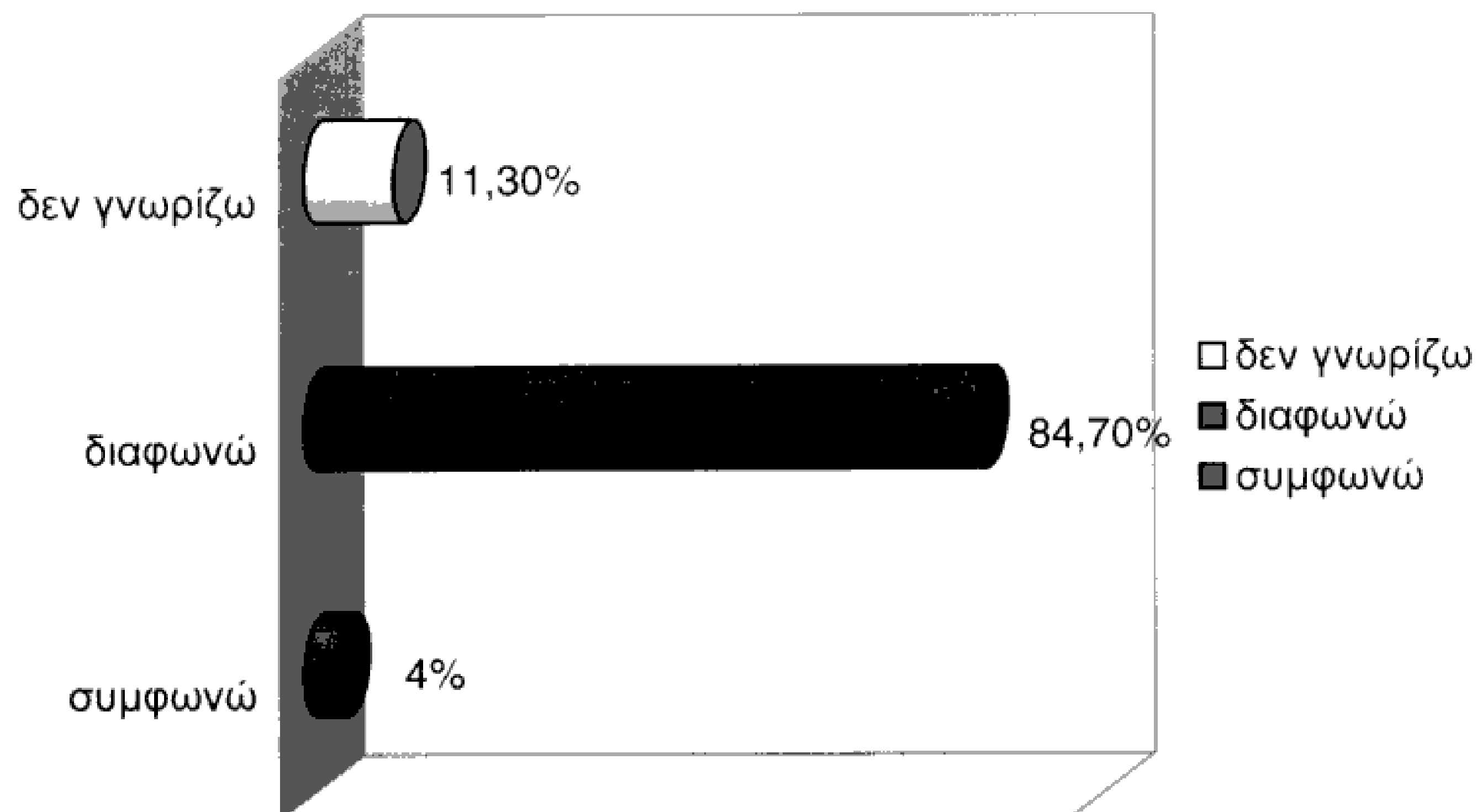
Γραφήματα 20α, 20β, 20γ: Εκατοστιαία αναλογία της άποψης των γυναικών ότι όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του μαστού, νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές.

Γράφημα 20α: Πριν από την παρέμβαση



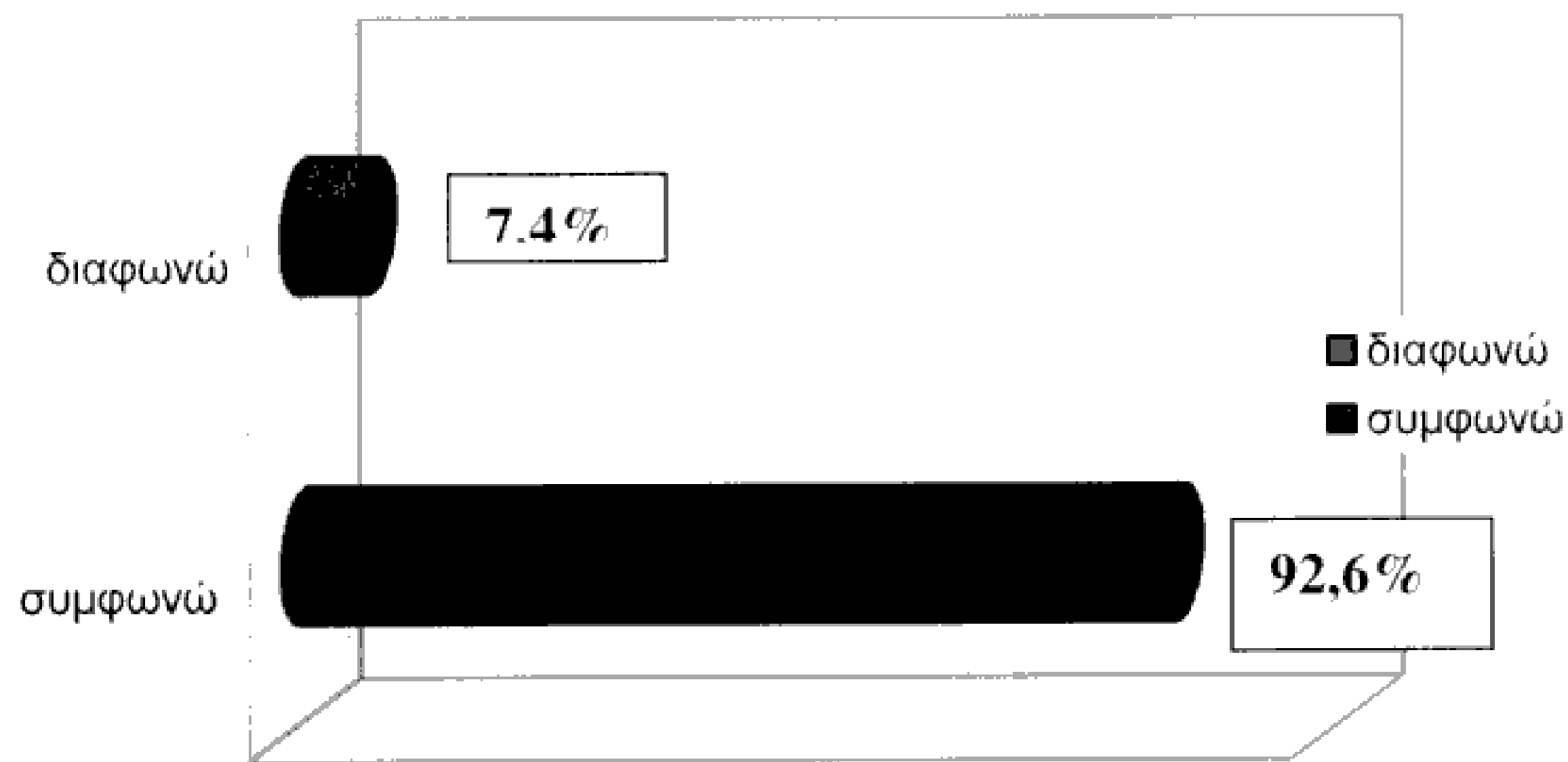
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες όταν μαθαίνουν ότι κάποια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του μαστού, πιστεύουν πως ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές (52,70%). Το 24,70% διαφωνεί και το 22,70% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 20β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (84,70%), όταν μαθαίνουν ότι μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του μαστού, δεν νομίζουν πως ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

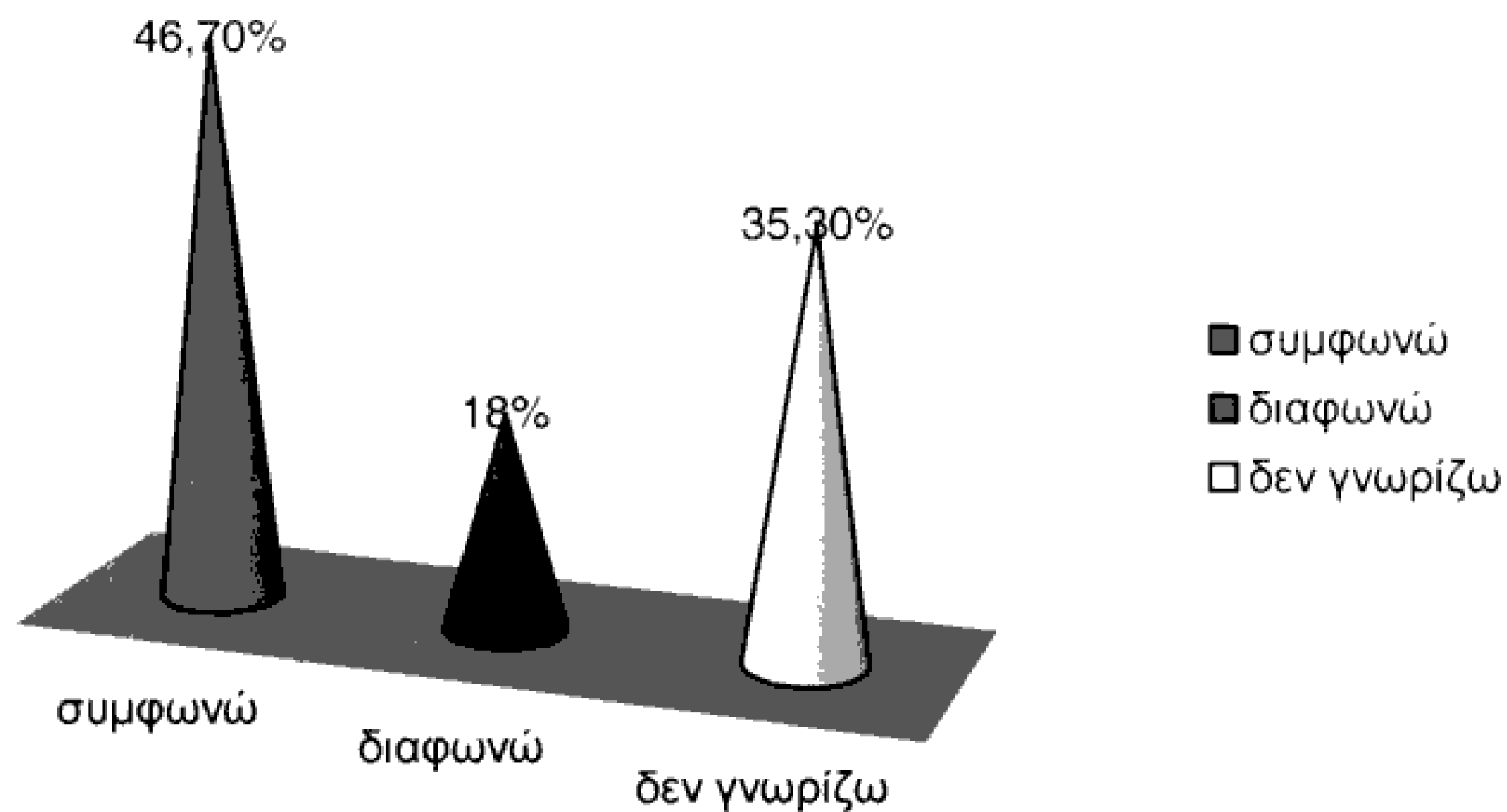
Γράφημα 20γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν ότι όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του μαστού, νομίζουν πως ίσως κάποτε συμβεί και σε εκείνες. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

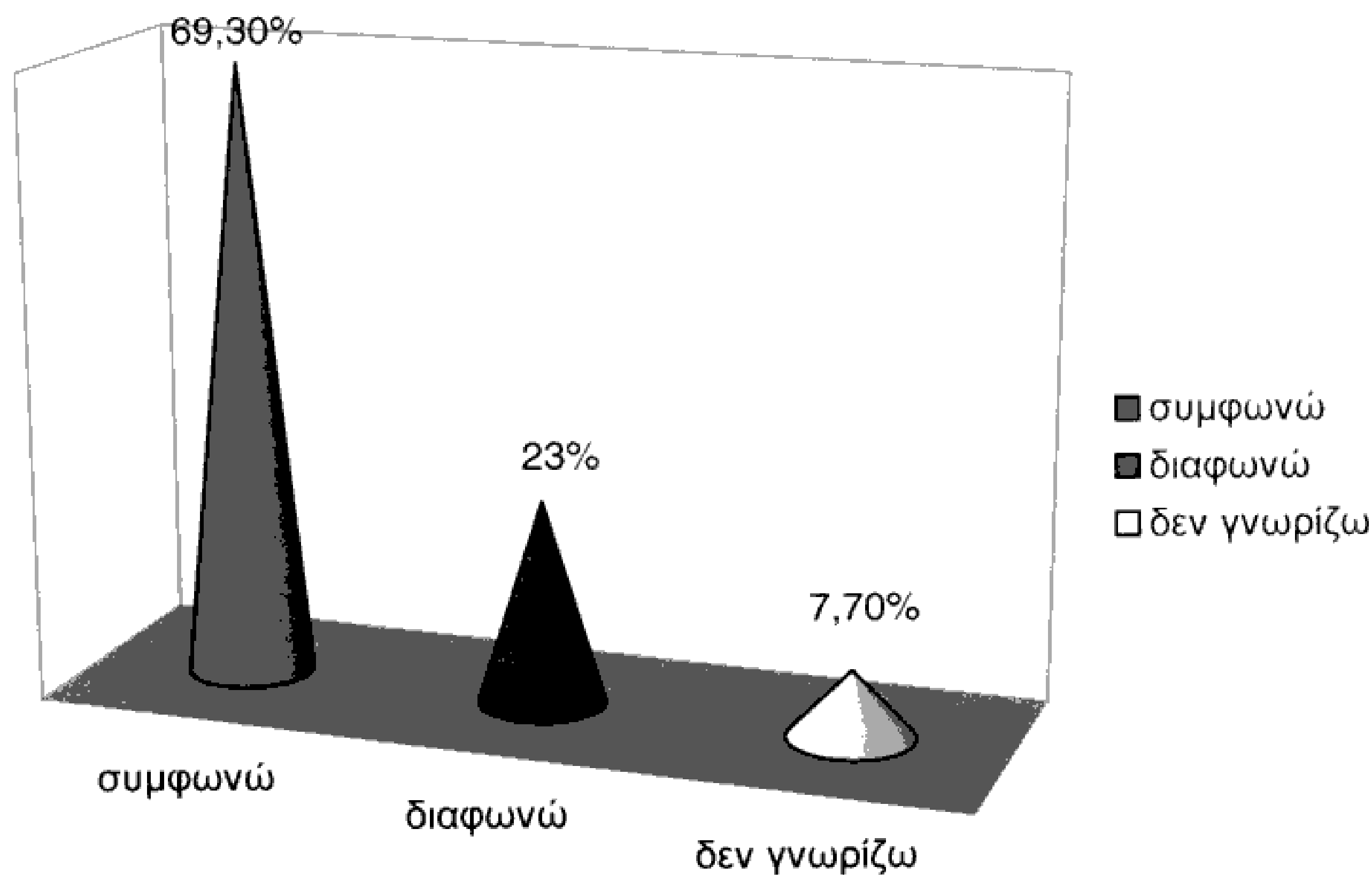
Γραφήματα 21α, 21β, 21γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού.

Γράφημα 21α: Πριν από την παρέμβαση



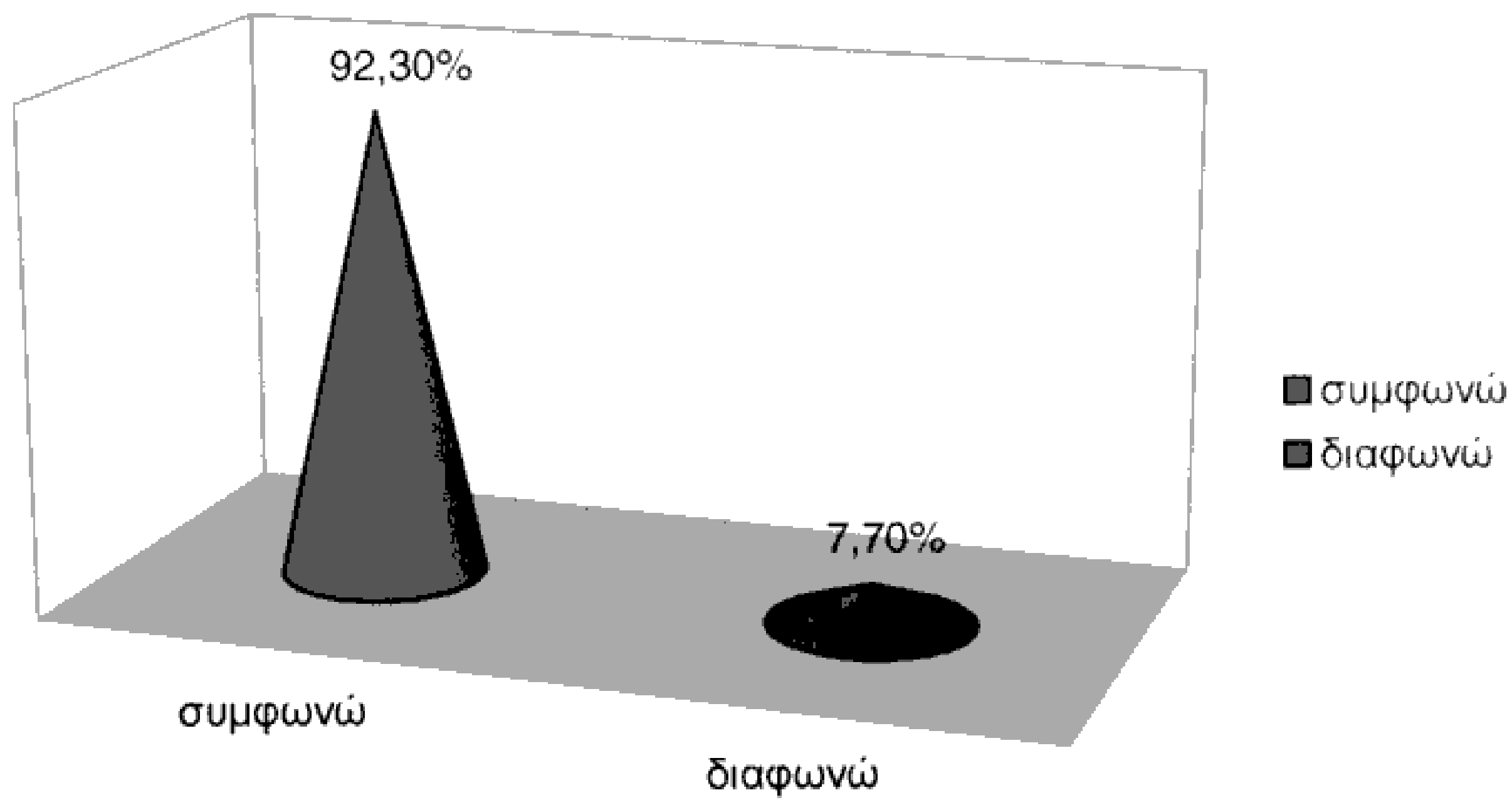
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι πιο πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού (46,70%), ενώ αρκετές από αυτές απαντούν «δεν γνωρίζω» (35,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 21β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Αυξήθηκε το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού (69,30%), ενώ μειώθηκε το ποσοστό εκείνων που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν (7,70%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

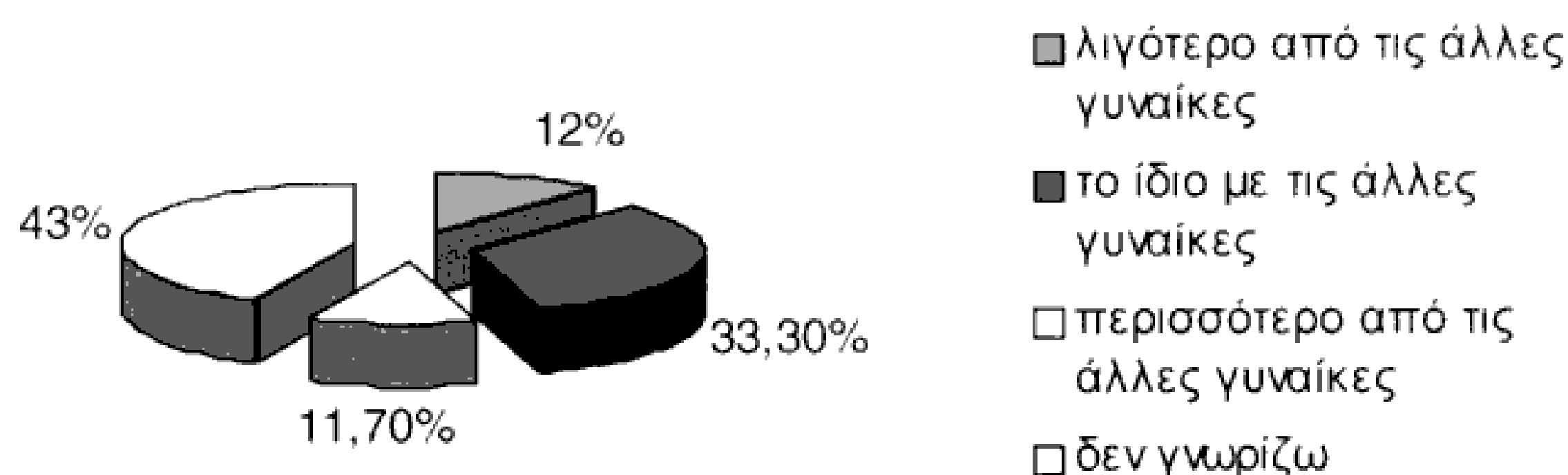
Γράφημα 21γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τελευταία φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών απάντησε ότι πιστεύει πως όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού (92,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

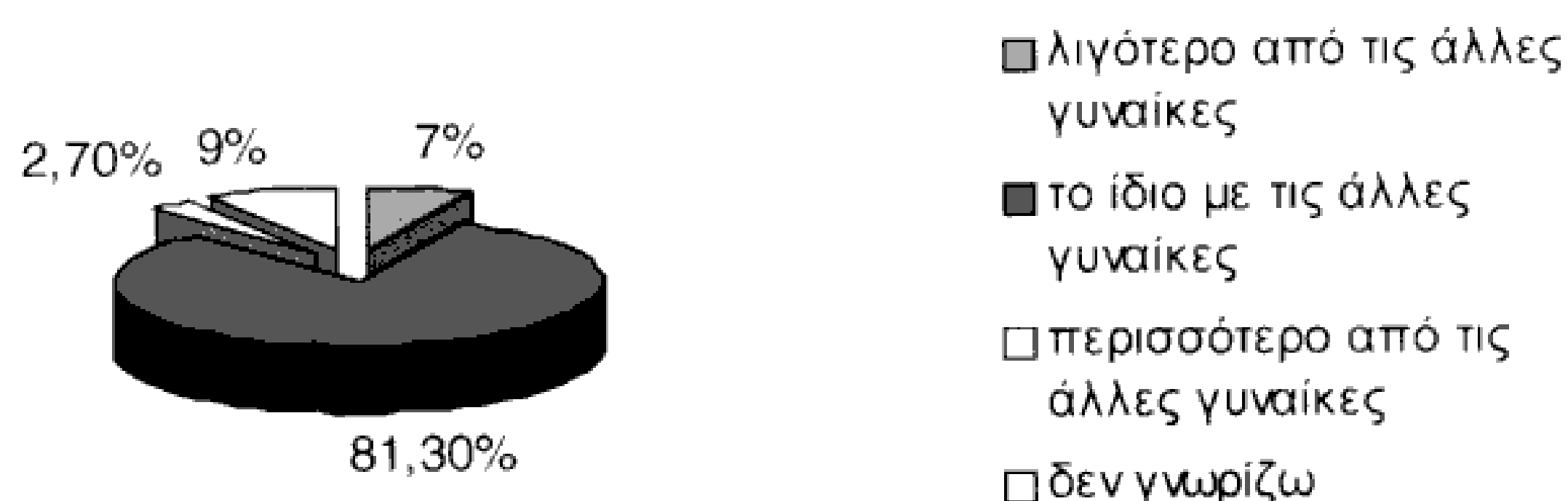
Γραφήματα 22α, 22β, 22γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών ότι κινδυνεύουν να πάθουν καρκίνο του μαστού λιγότερο ή περισσότερο από άλλες γυναίκες ή το ίδιο με αυτές.

Γράφημα 22α: Πριν από την παρέμβαση



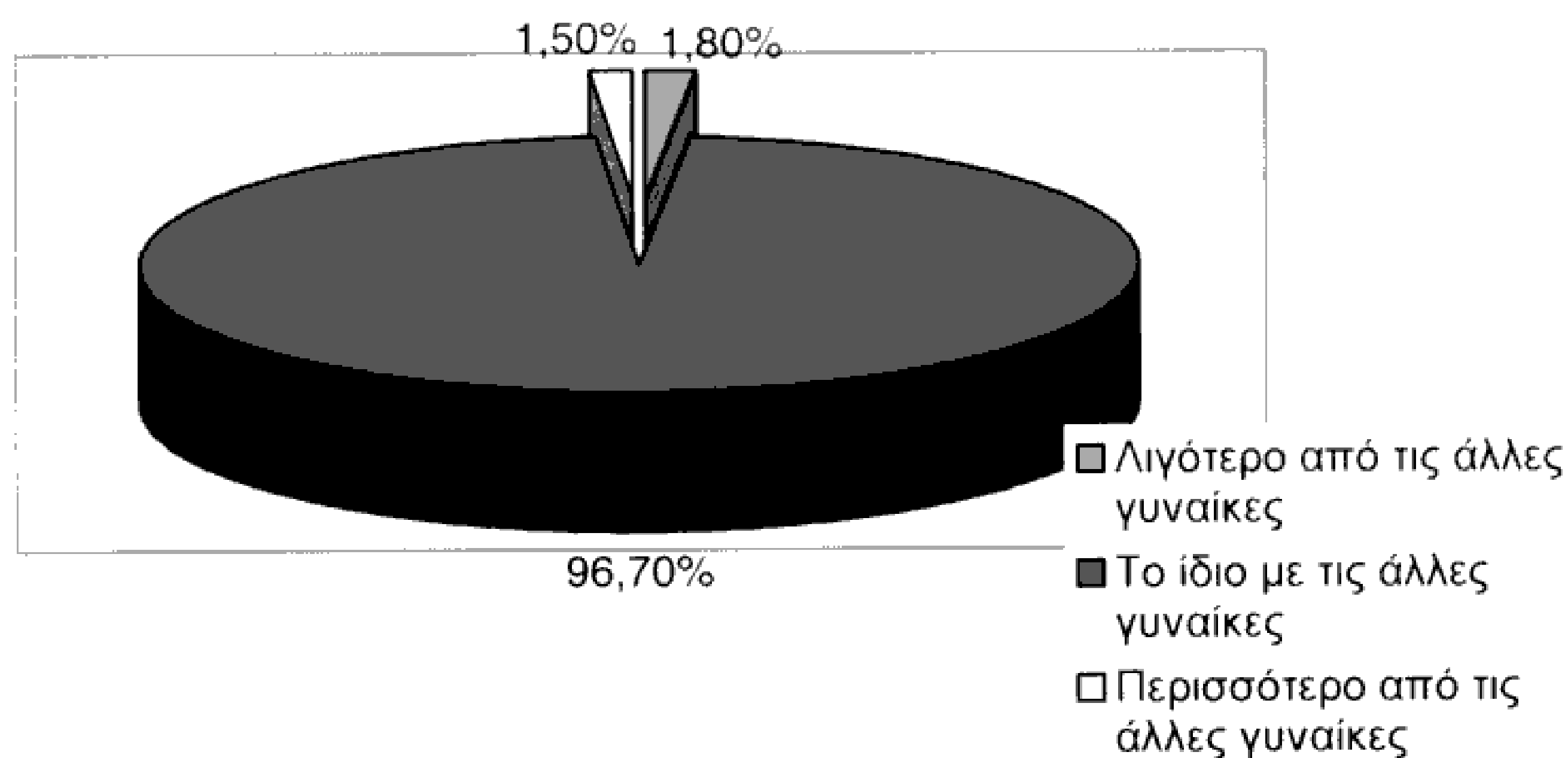
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (43%) απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν κινδυνεύουν λιγότερο ή περισσότερο από άλλες γυναίκες ή το ίδιο με αυτές. Το 33,30% απάντησε πως νομίζει ότι κινδυνεύει το ίδιο με άλλες γυναίκες. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 22β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν στη δεύτερη φάση της έρευνας. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (81,30%) απάντησε ότι νομίζει πως κινδυνεύει να πάθει καρκίνο του μαστού το ίδιο με άλλες γυναίκες. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

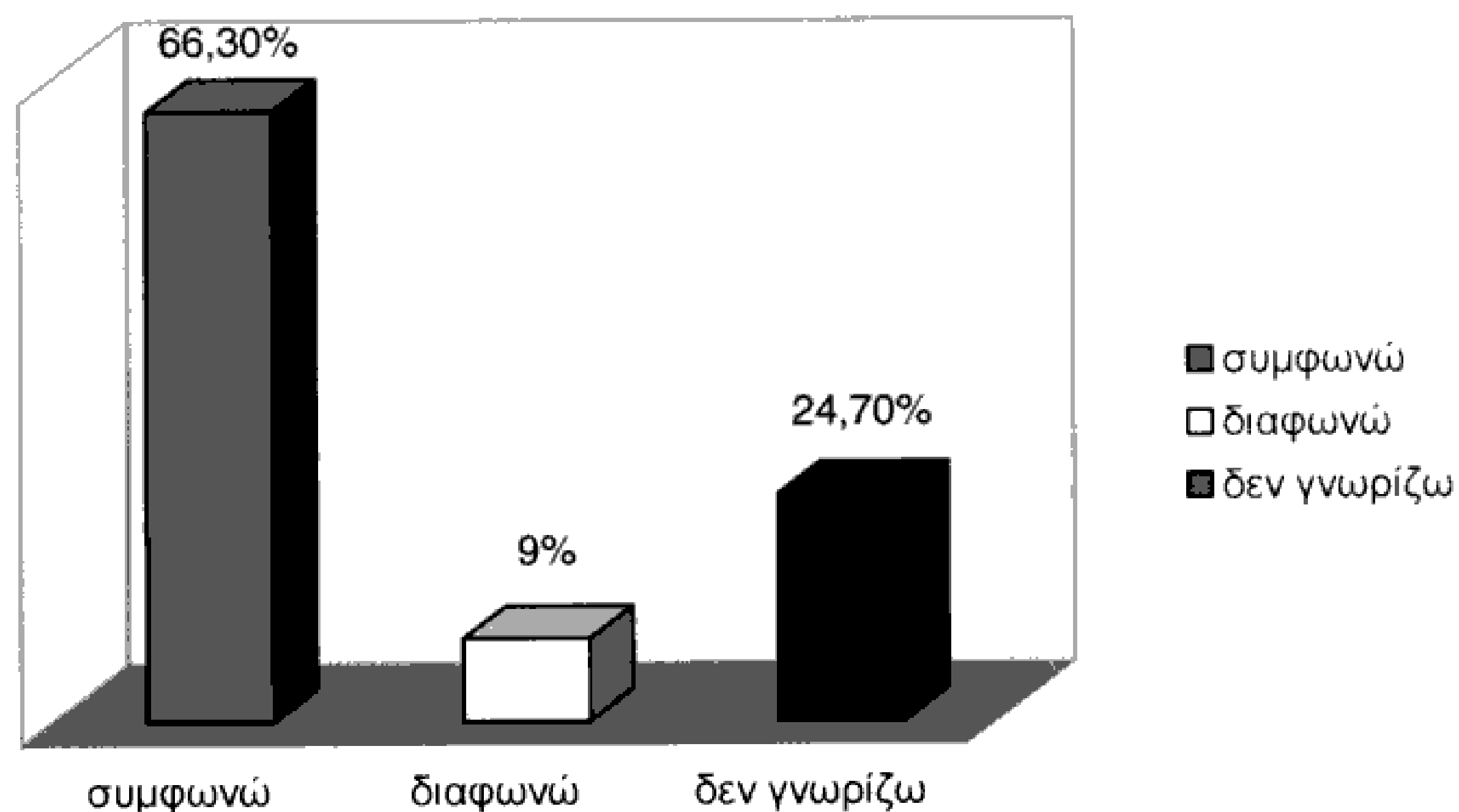
Γράφημα 22γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τελευταία φάση της έρευνας. Το 96,70% των γυναικών πιστεύει ότι κινδυνεύει το ίδιο με άλλες γυναίκες να πάθει καρκίνο του μαστού. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

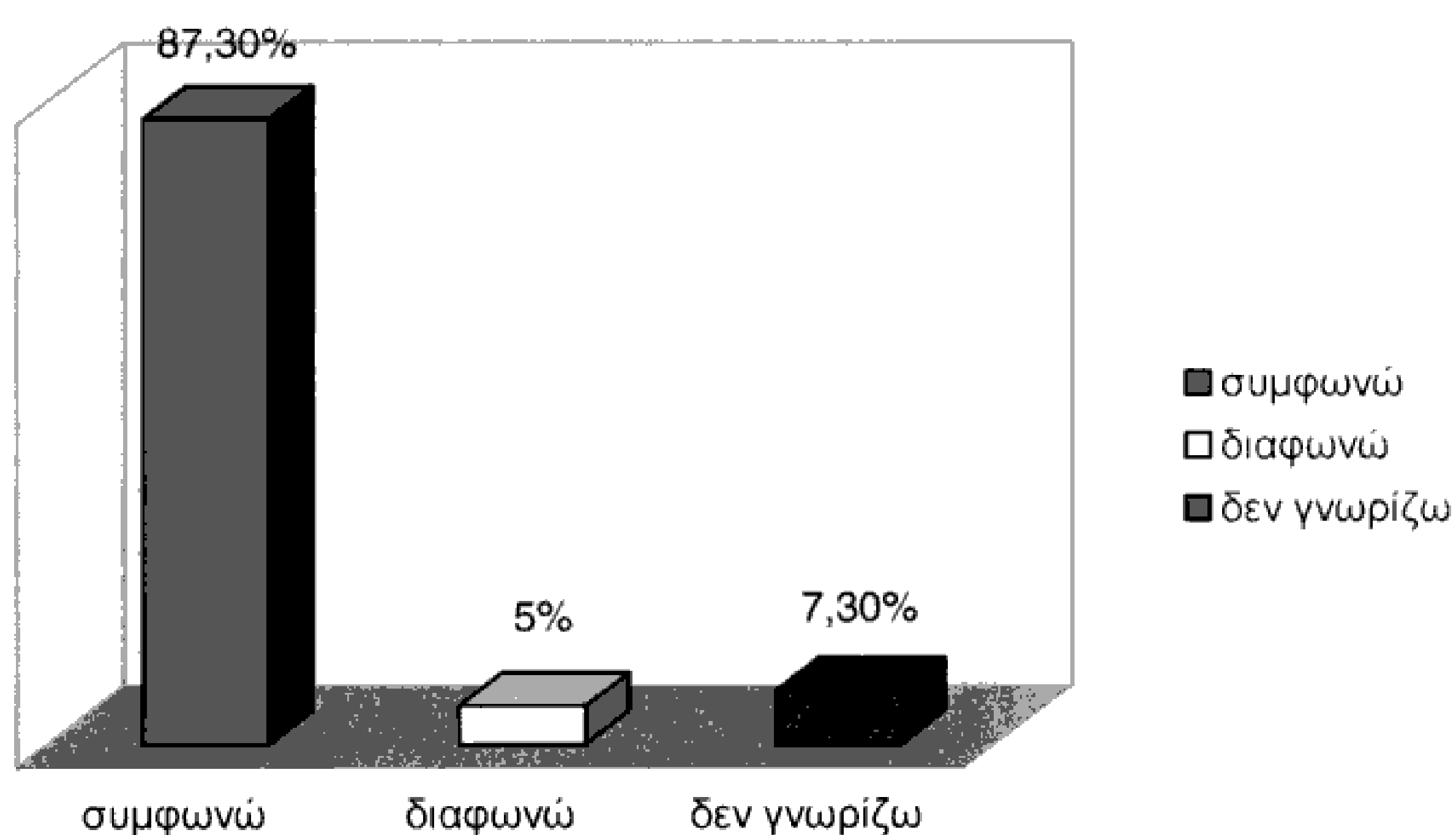
Γραφήματα 23α, 23β, 23γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών αναφορικά με το όφελος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης (όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται).

Γράφημα 23α: Πριν από την παρέμβαση



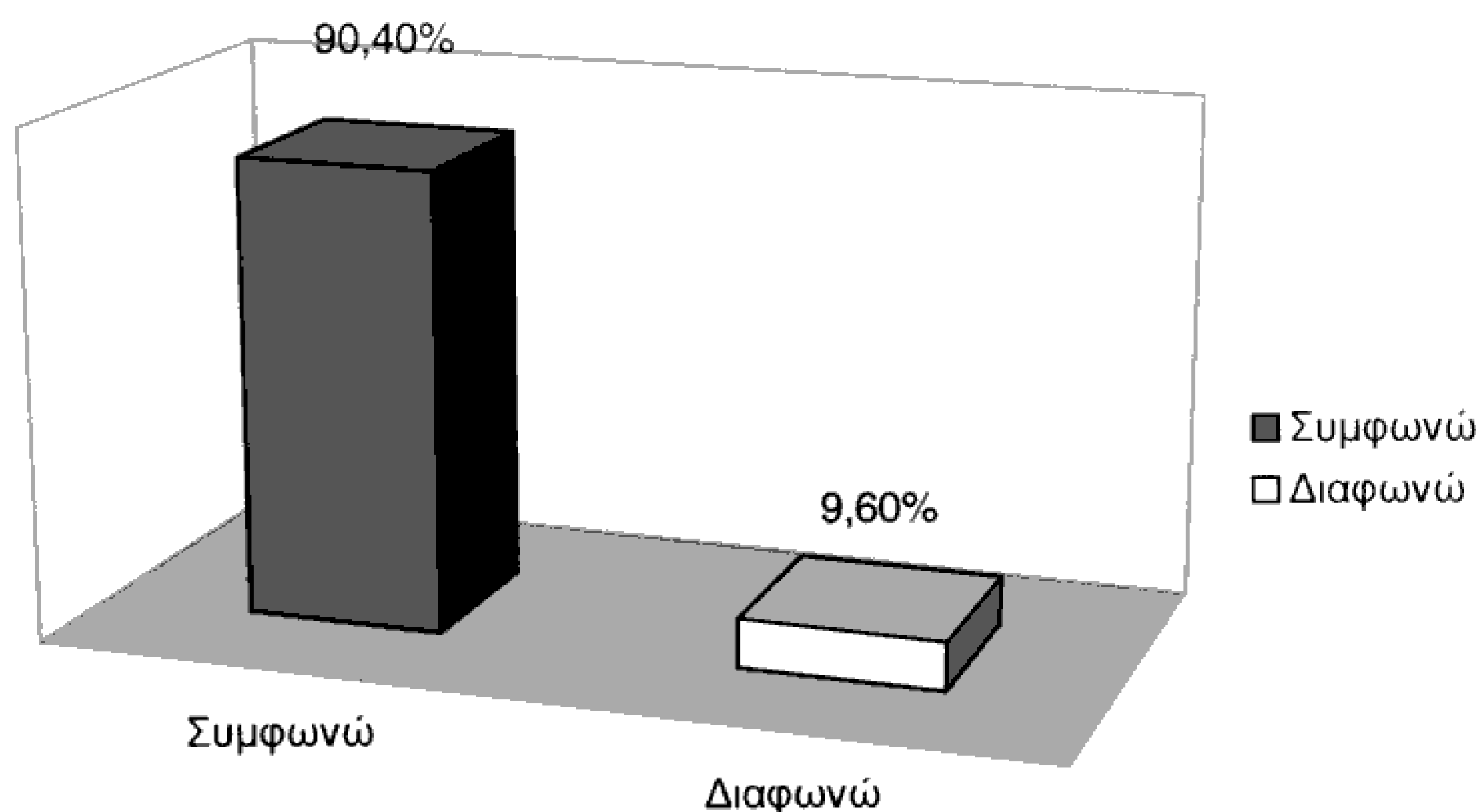
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην πρώτη φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών (66,30%) συμφωνεί ότι όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται, ενώ το 24,70% απαντά «δεν γνωρίζω» και το 9% διαφωνεί. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 23β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Το ποσοστό των γυναικών που συμφωνεί με το γεγονός ότι όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται έχει αυξηθεί σε σχέση με την πρώτη φάση (87,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

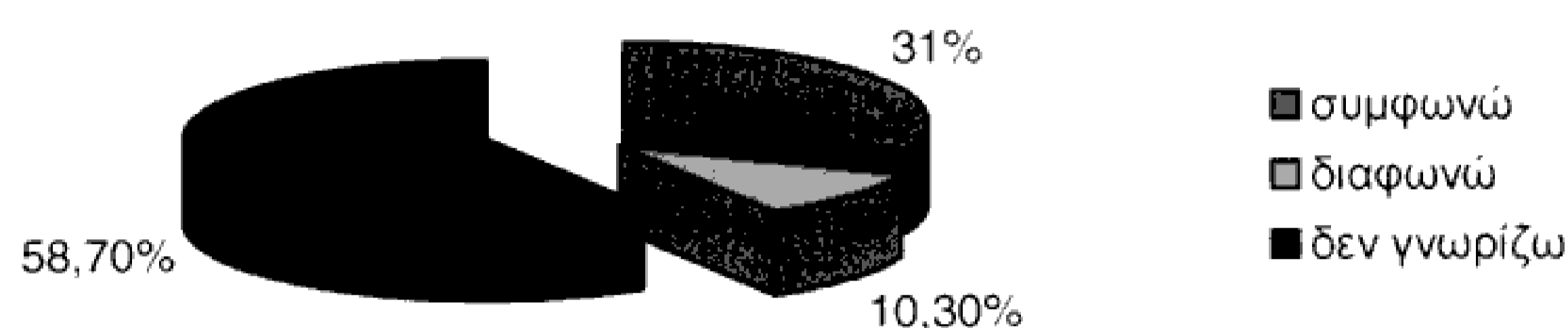
Γράφημα 23γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τρίτη φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών συμφωνεί με το γεγονός ότι όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται (90,40%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

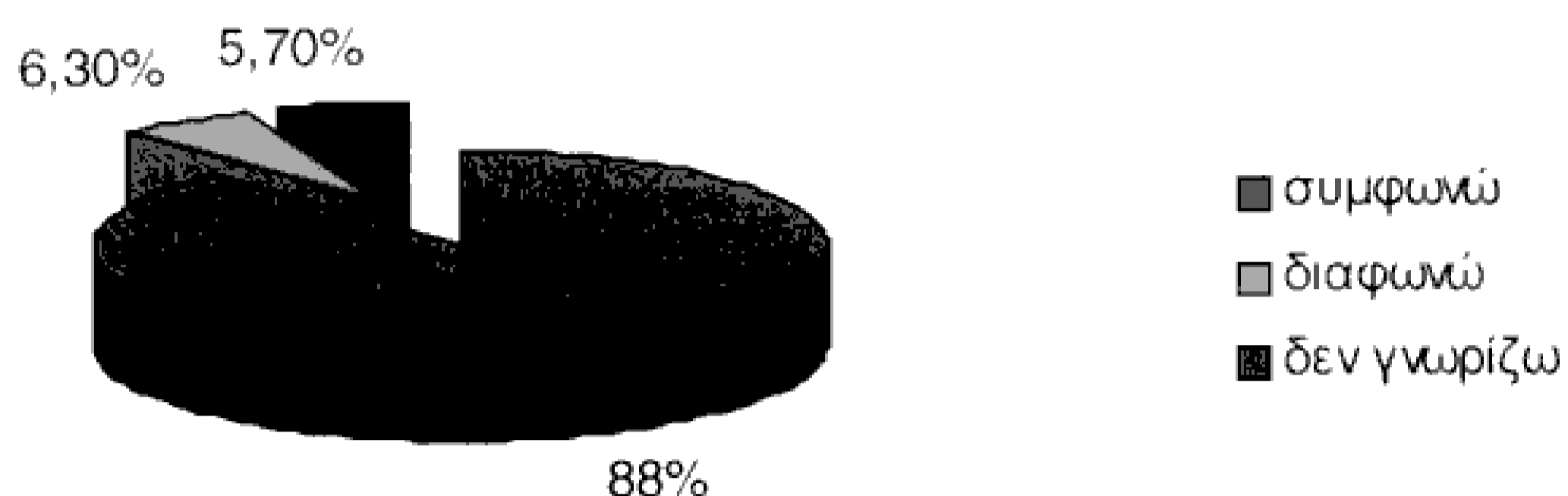
Γραφήματα 24α, 24β, 24γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι με την αυτοψηλάφηση μπορούν να ανακαλύψουν ένα ογκίδιο πιο γρήγορα απ' ό,τι αν πήγαιναν στο γιατρό μια φορά το χρόνο.

Γράφημα 24α: Πριν από την παρέμβαση



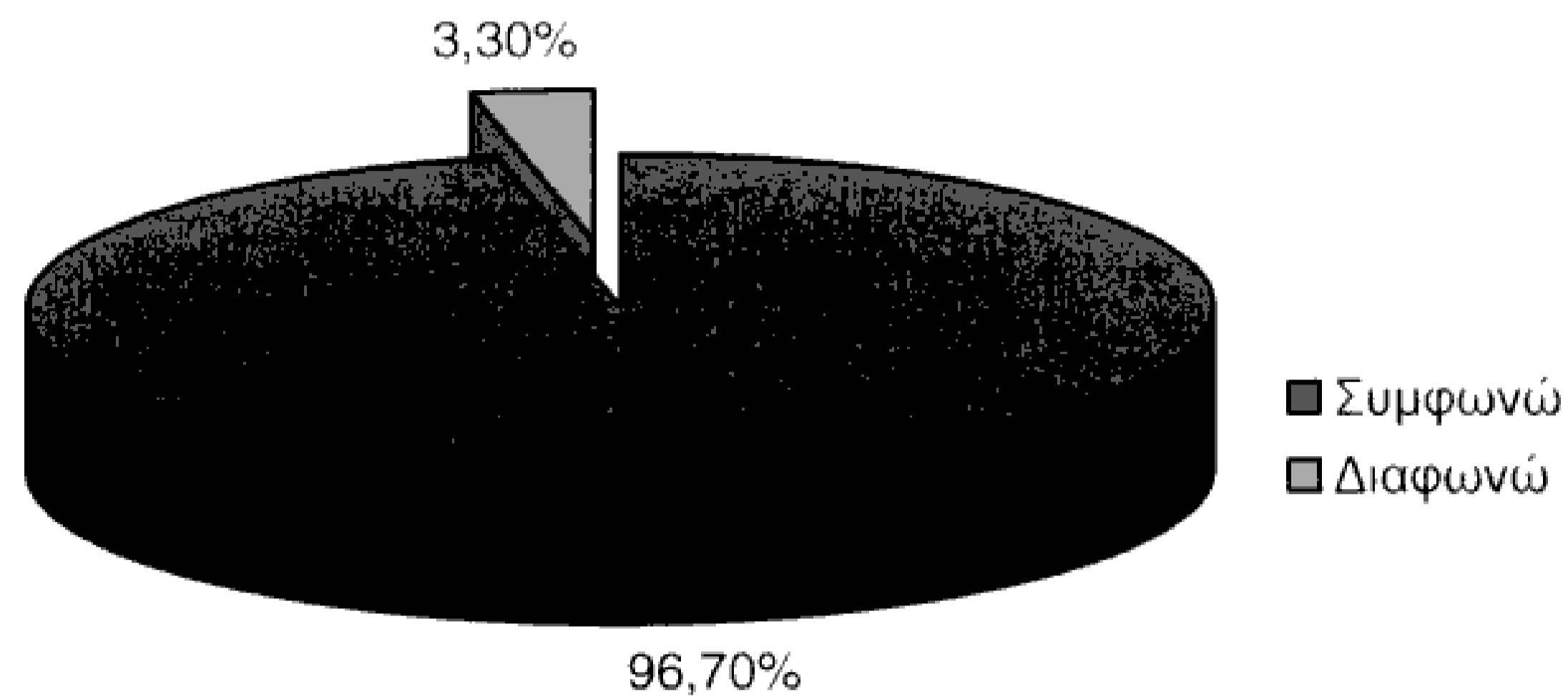
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην πρώτη φάση της έρευνας. Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών (58,70%) δεν γνωρίζει αν με την αυτοψηλάφηση μπορεί να ανακαλύψει ένα ογκίδιο πιο σύντομα απ' ό,τι αν πήγαινε στο γιατρό μια φορά το χρόνο, ενώ το 31% συμφωνεί και το 10,30% διαφωνεί. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 24β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (88%) πιστεύει ότι με την αυτοψηλάφηση μπορεί να ανακαλύψει ένα ογκίδιο πιο σύντομα απ' ό,τι αν πήγαινε στο γιατρό μια φορά το χρόνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

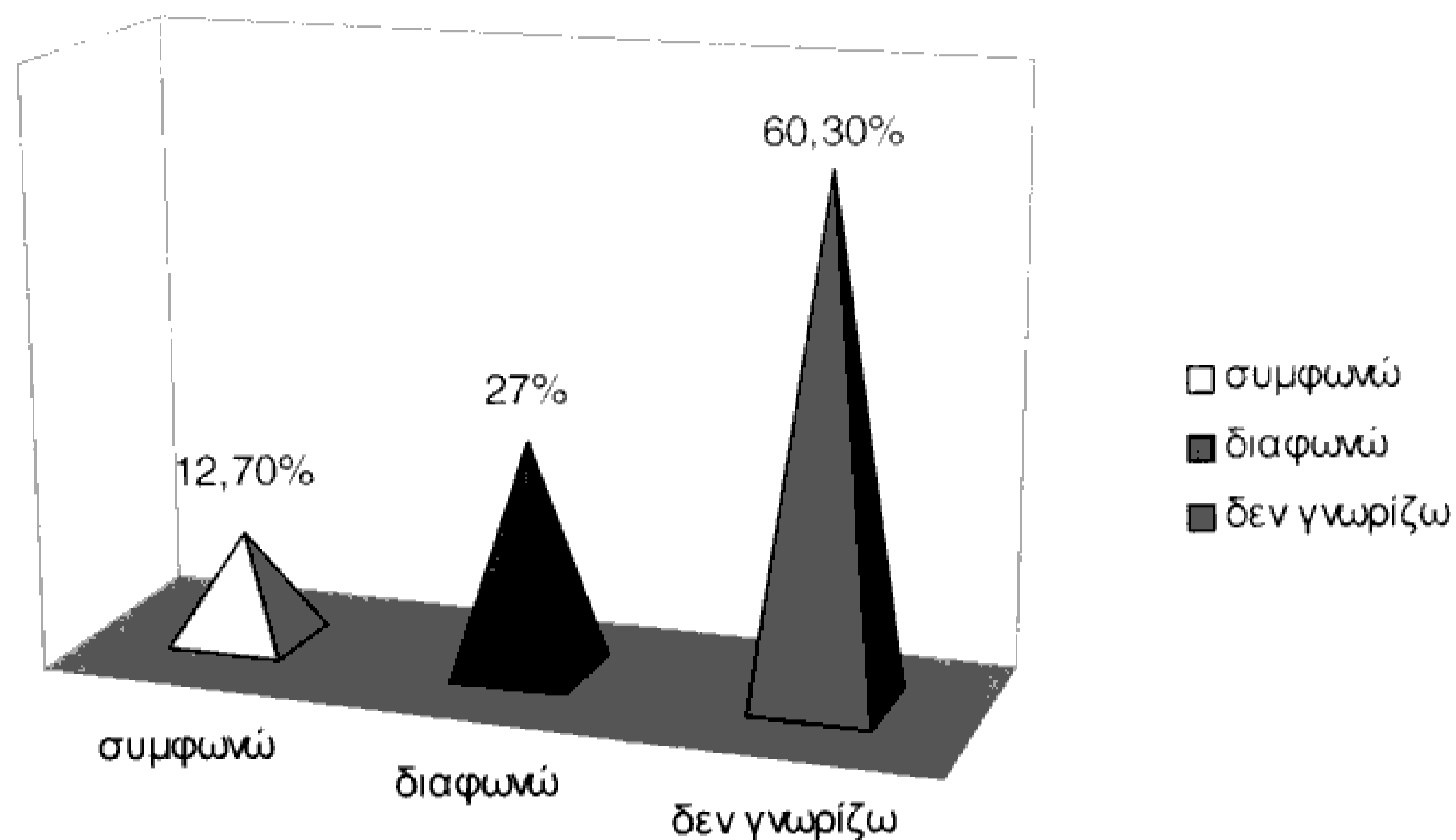
Γράφημα 24γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (96,70%) πιστεύει ότι με την αυτοψηλάφηση μπορεί να ανακαλύψει ένα ογκίδιο πιο σύντομα απ' ότι αν πήγαινε στο γιατρό μια φορά το χρόνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

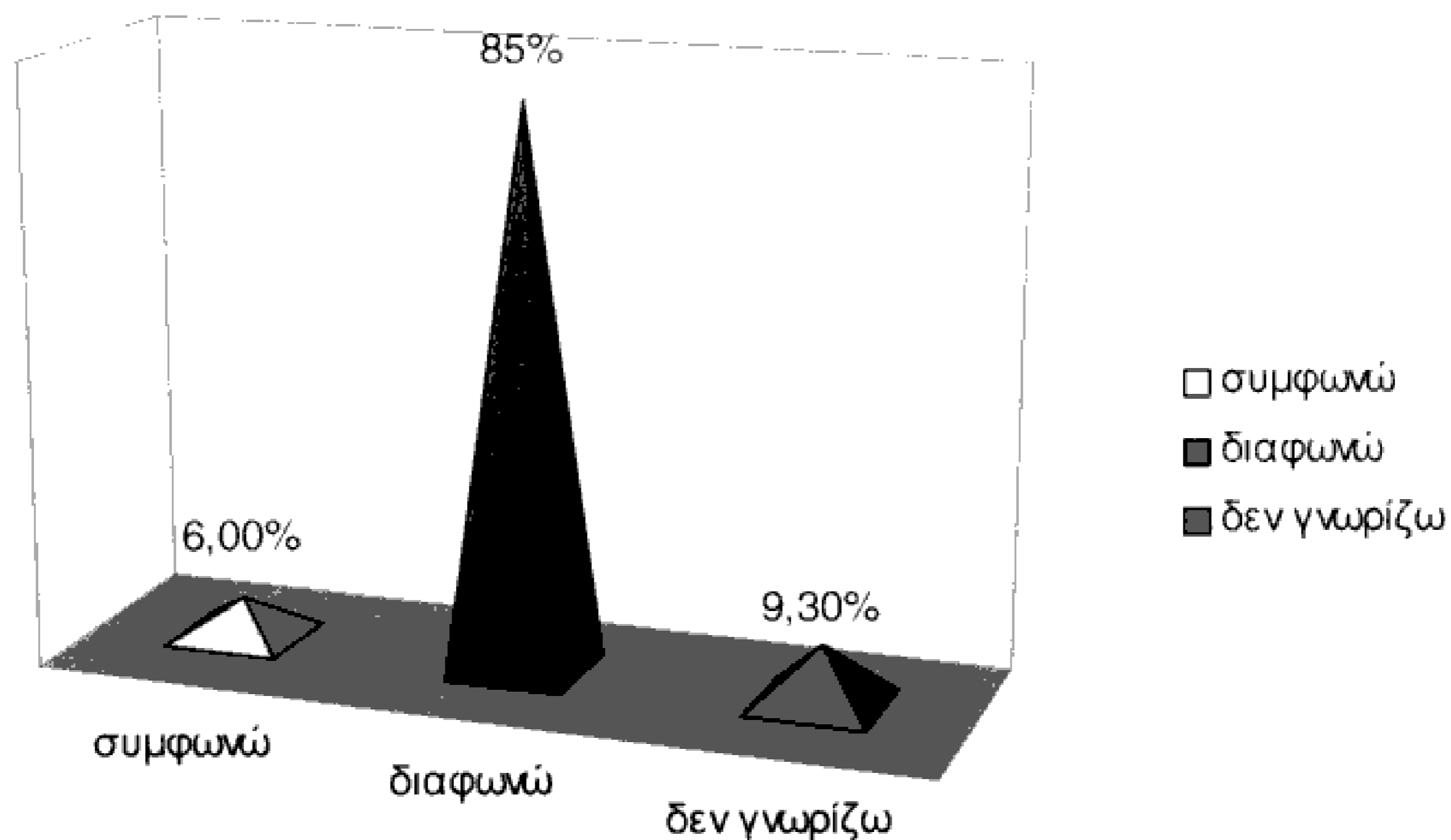
Γραφήματα 25α, 25β, 25γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι χρειάζονται πολύ ώρα για να κάνουν αυτοψηλάφηση.

Γράφημα 25α: Πριν από την παρέμβαση



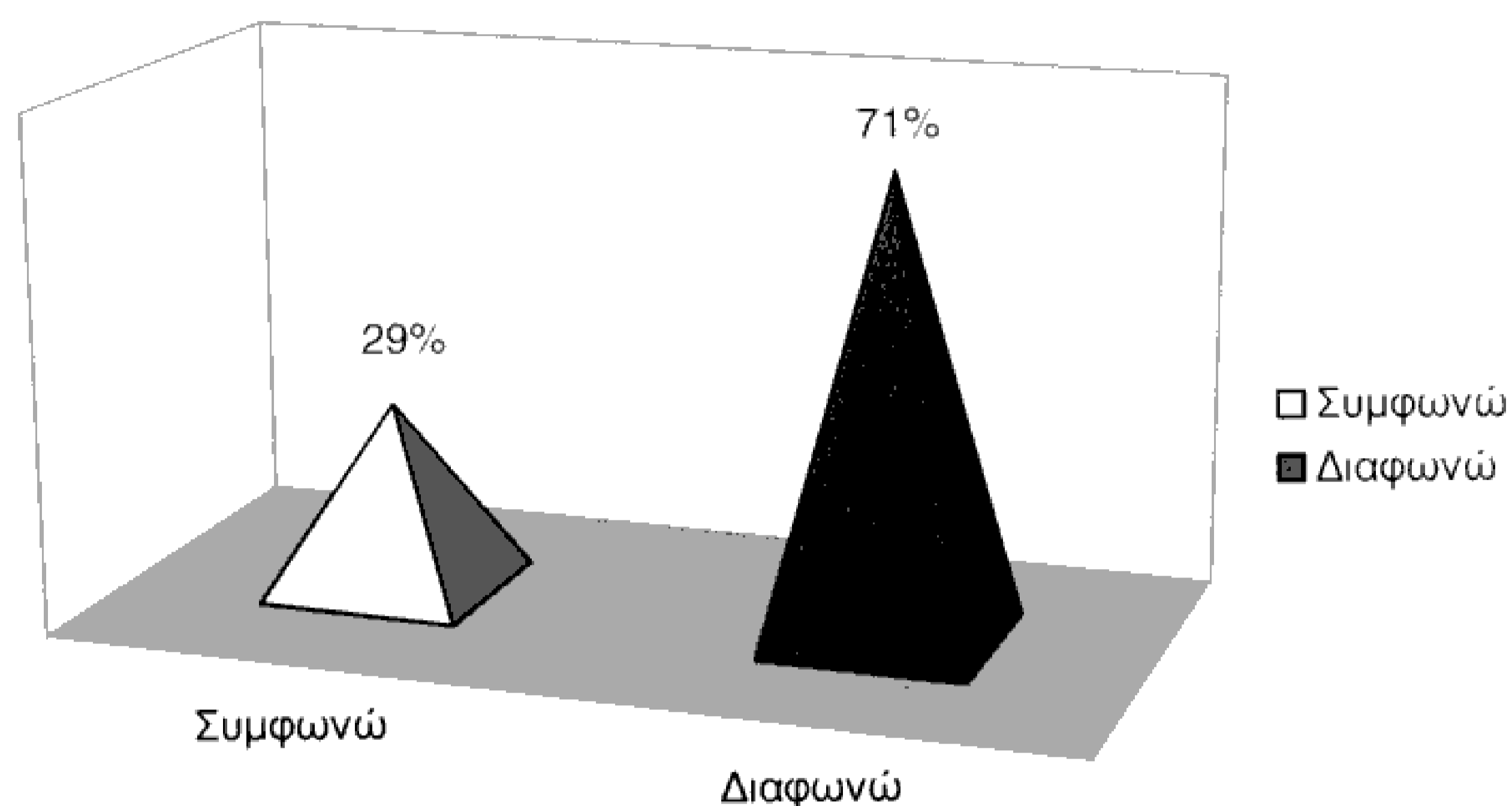
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών δεν γνωρίζει αν τους παίρνει πολύ ώρα να κάνουν αυτοψηλάφηση (60,30%). Το 12,70% απαντά ότι χρειάζεται πολύ ώρα για να κάνει αυτοψηλάφηση και το 27% διαφωνεί. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 25β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Αμέσως μετά την παρέμβαση οι περισσότερες γυναίκες απαντούν ότι δεν τους παίρνει πολύ ώρα να κάνουν αυτοψηλάφηση (85%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

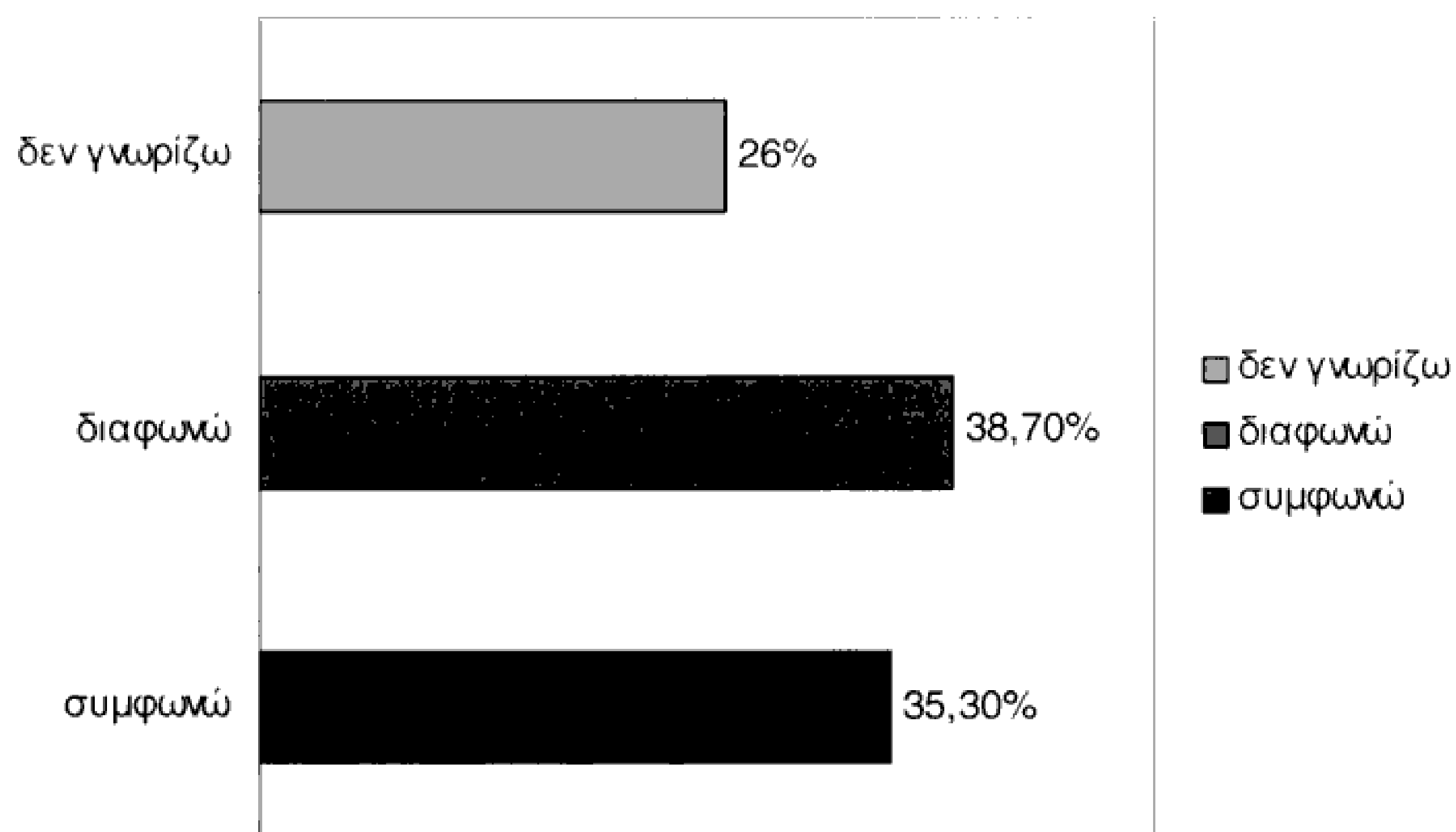
Γράφημα 25γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τελευταία φάση της έρευνας. Το ποσοστό των γυναικών που πιστεύουν ότι δεν τους παίρνει πολύ ώρα να κάνουν αυτοψηλάφηση διατηρείται υψηλό (71%), σε σχέση με τη δεύτερη φάση. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

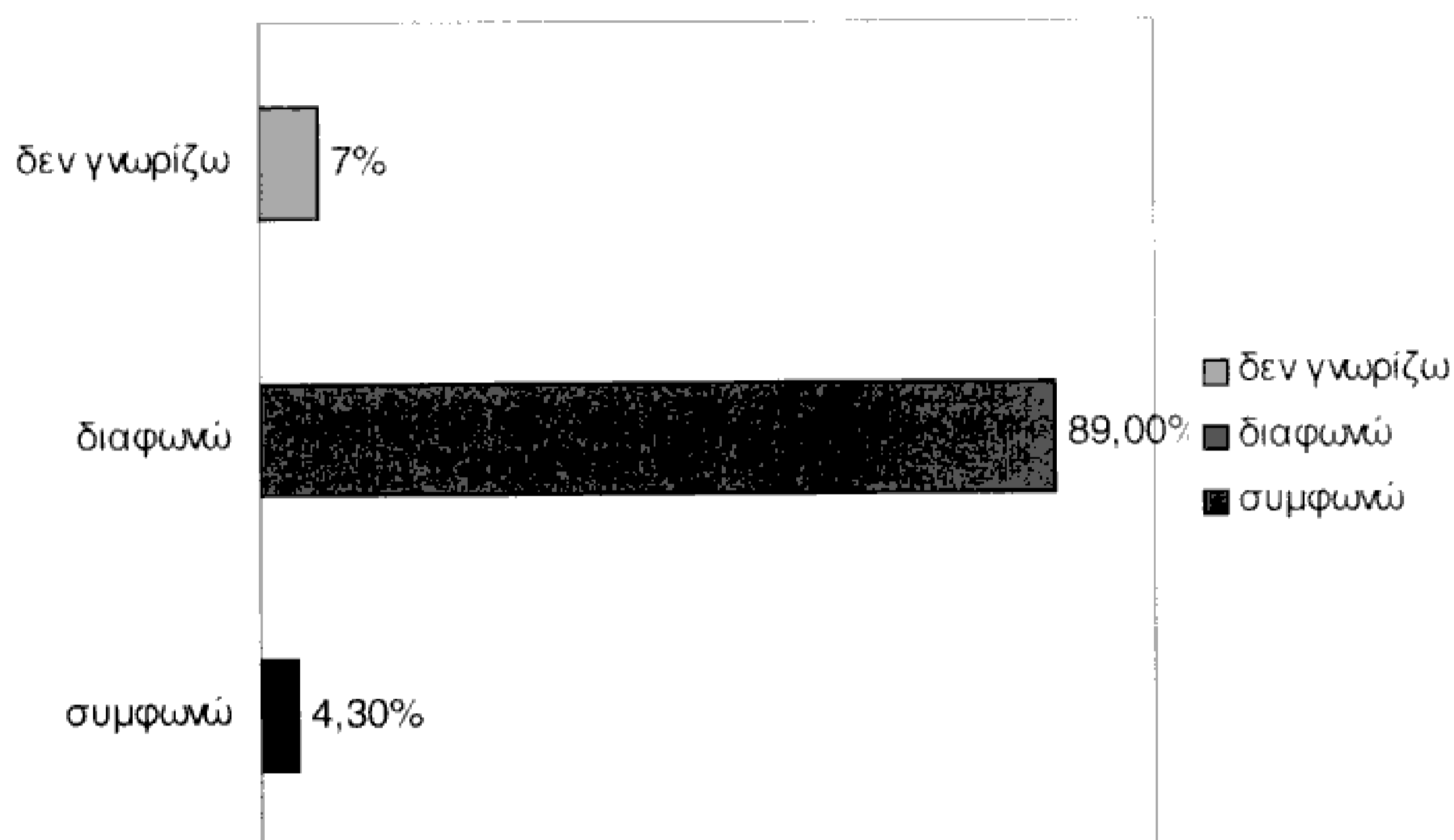
Γραφήματα 26α, 26β, 26γ: Εκατοστιαία αναλογία της μοιρολατρικής πεποίθησης των γυναικών ότι ακόμη κι αν ανακαλύψουν μόνες τους ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.

Γράφημα 26α: Πριν από την παρέμβαση



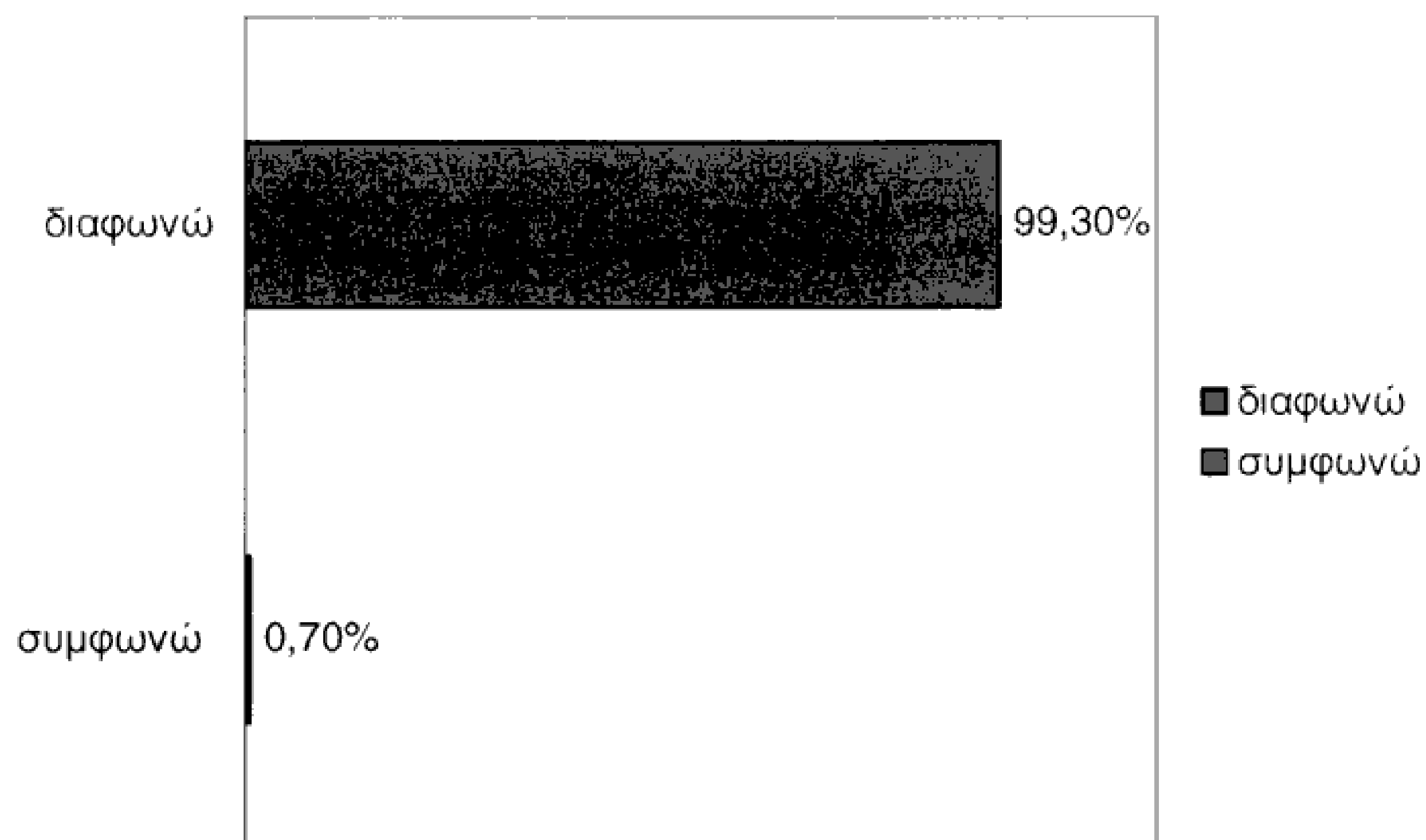
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Το ποσοστό των γυναικών που συμφωνούν με την άποψη ότι ακόμη κι αν ανακαλύψουν μόνες τους ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά (35,30%) και το ποσοστό εκείνων που διαφωνούν (38,70%), εμφανίζουν μικρή διαφορά. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 26β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι ακόμη κι αν μια γυναίκα ανακαλύψει μόνη της ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά (89%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

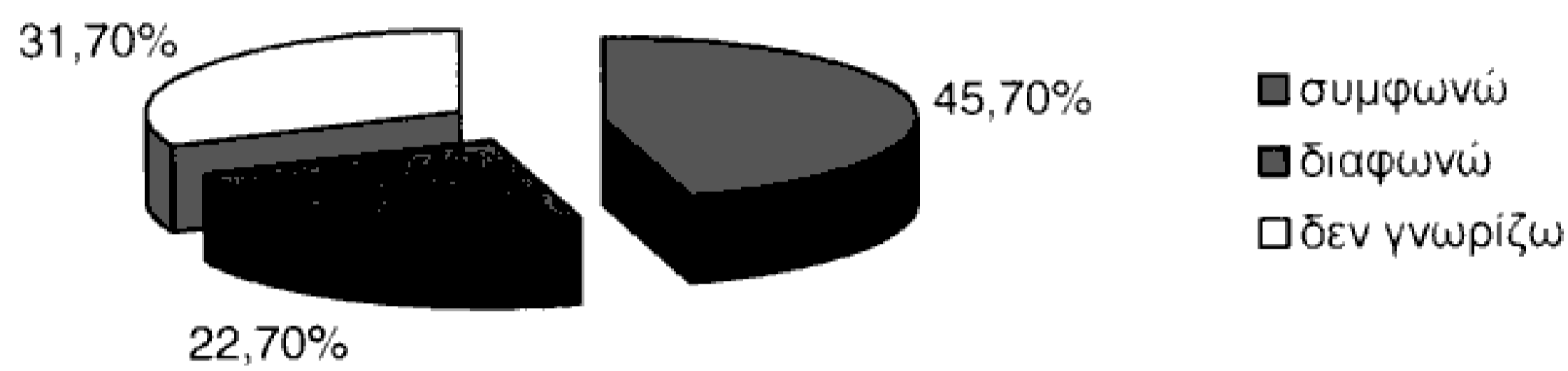
Γράφημα 26γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τελευταία φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι ακόμη κι αν μια γυναίκα ανακαλύψει μόνη της ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά (99,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

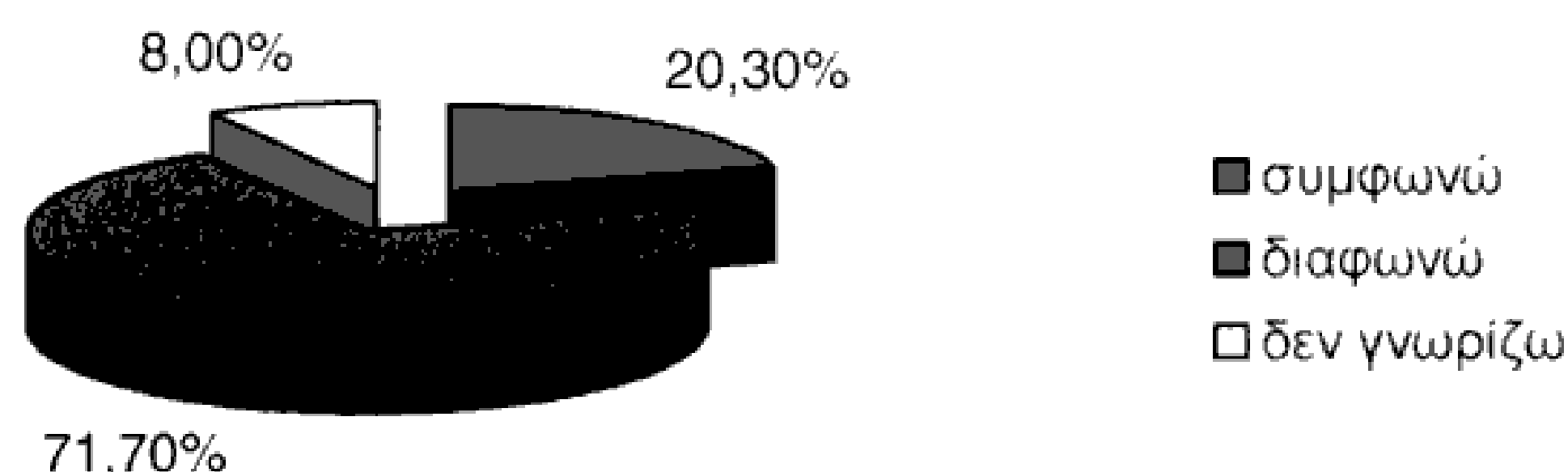
Γραφήματα 27α, 27β, 27γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι δεν είναι σε θέση να ψηλαφίσουν μόνες τους ένα ογκίδιο.

Γράφημα 27α: Πριν από την παρέμβαση



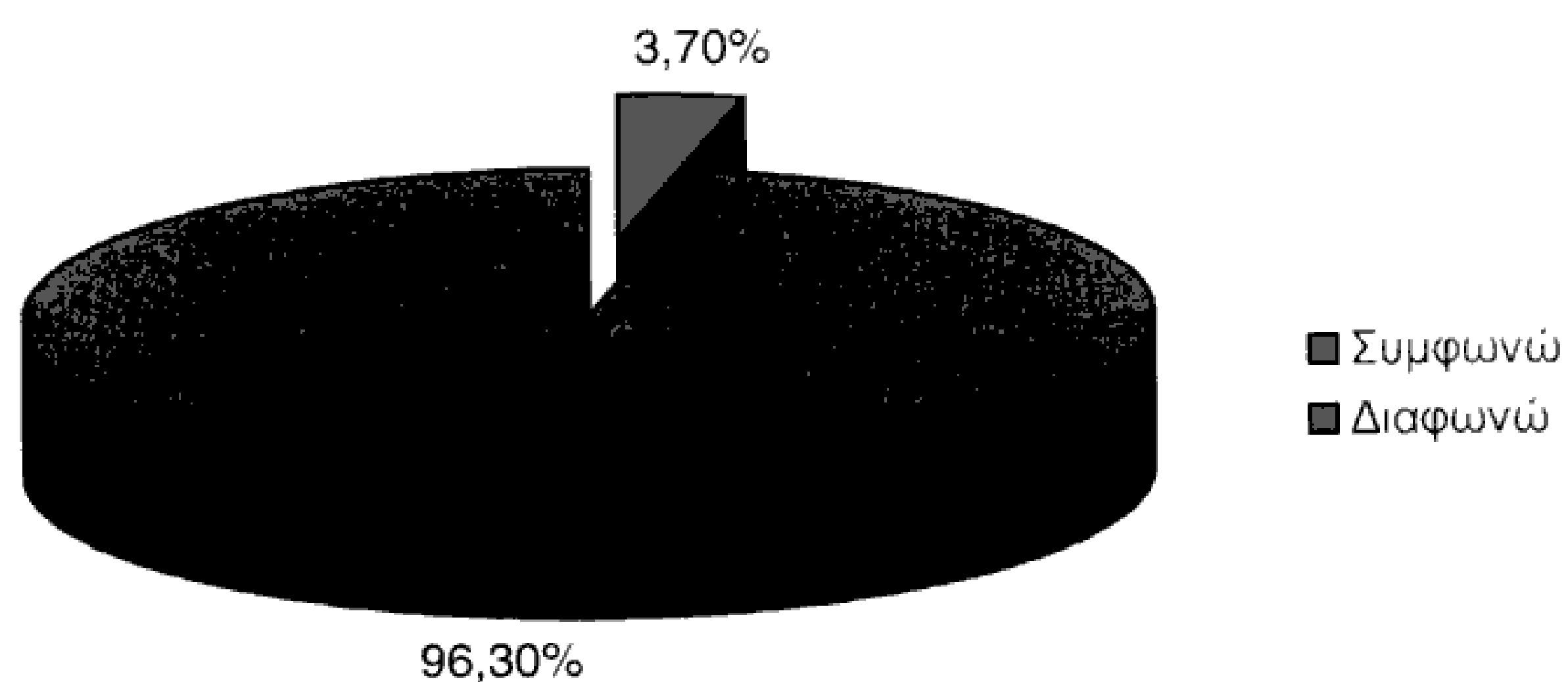
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι δεν είναι σε θέση να ψηλαφίσουν μόνες τους ένα ογκίδιο (45,70%), ενώ αρκετές είναι εκείνες που απαντούν δεν γνωρίζω (31,70%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 27β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (71,70%) πιστεύουν ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσουν μόνες τους ένα ογκίδιο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

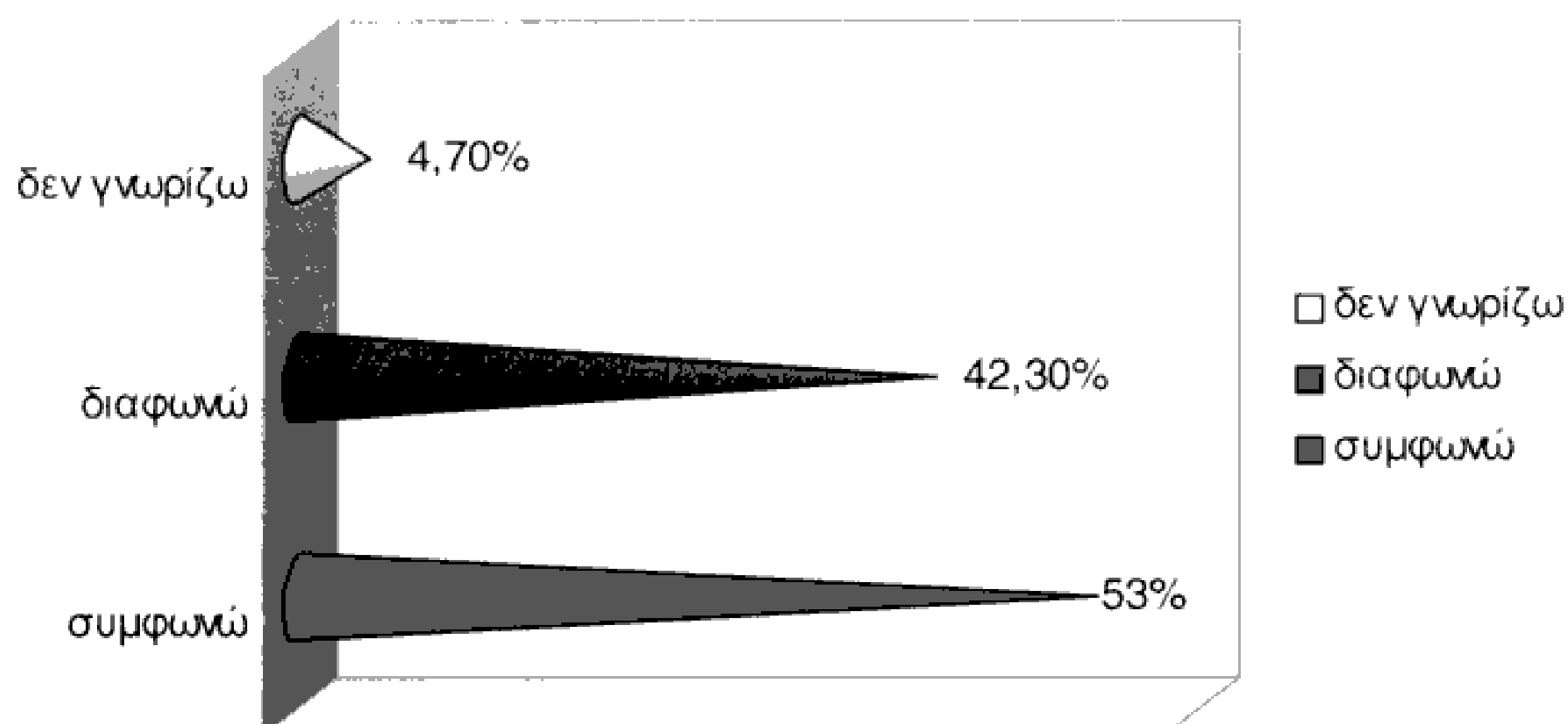
Γράφημα 27γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (96,30%) πιστεύουν ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσουν μόνες τους ένα ογκίδιο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

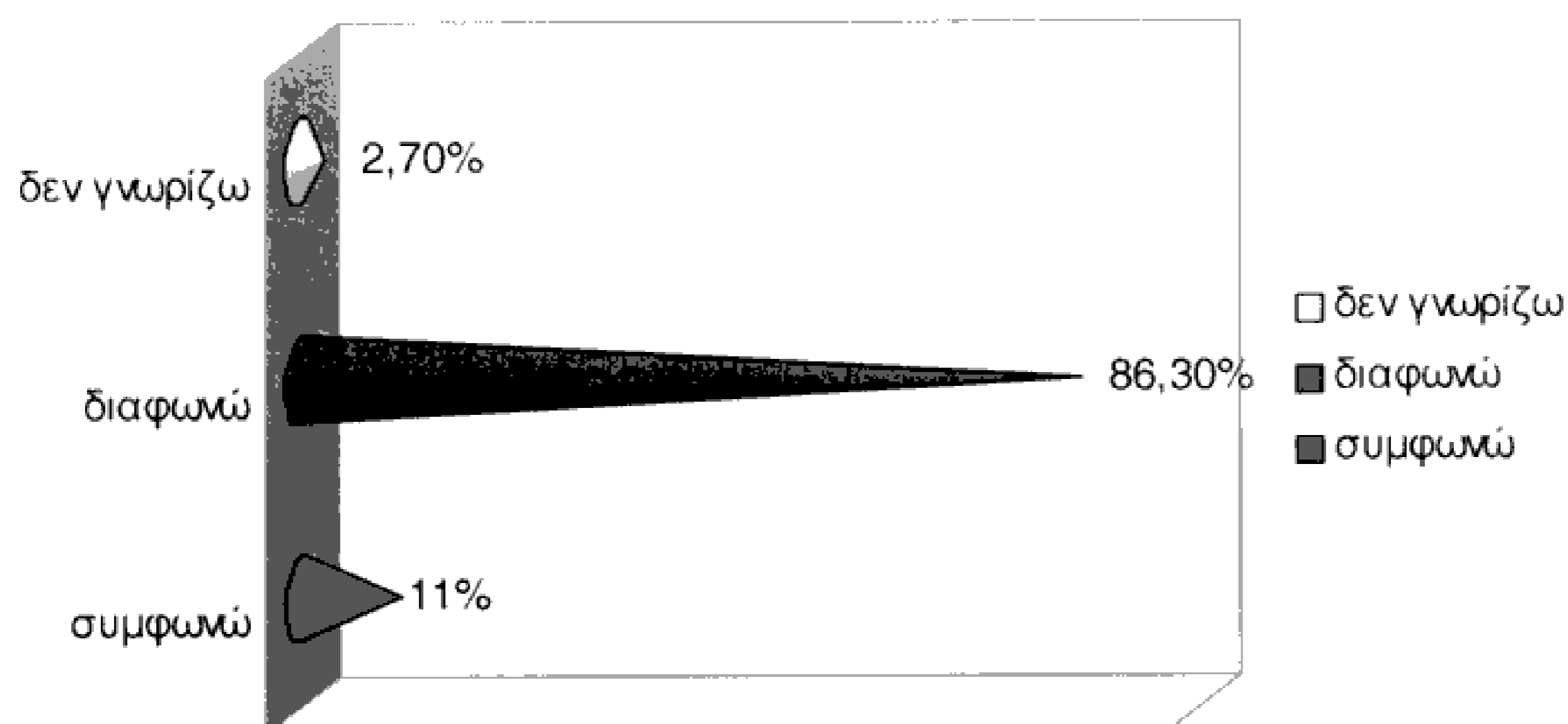
Γραφήματα 28α, 28β, 28γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών ότι παρότι η αυτοψηλάφηση, η μαστογραφία και η ψηλάφηση από ειδικό ιατρό είναι χρήσιμες εξετάσεις, ντρέπονται να τις κάνουν.

Γράφημα 28α: Πριν από την παρέμβαση



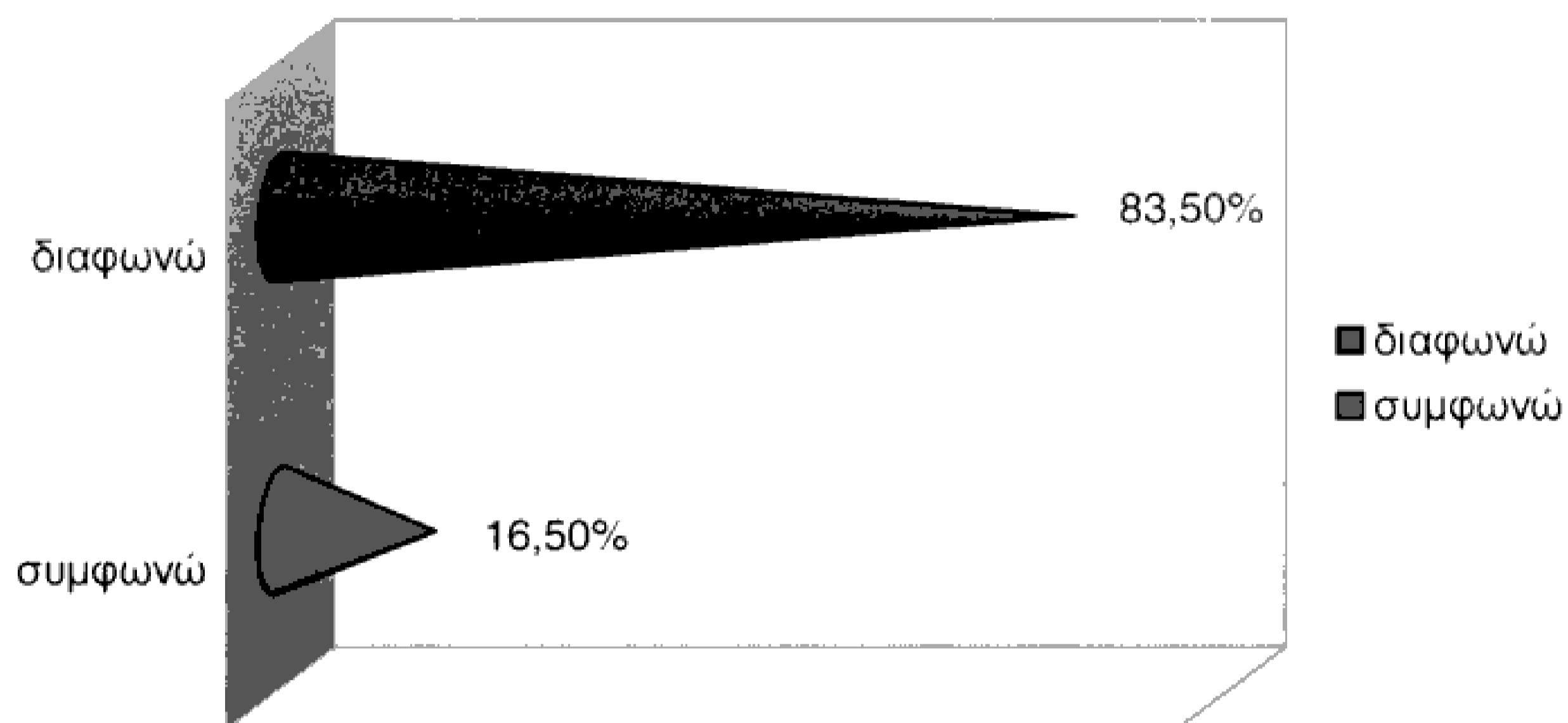
Ποσοστό 53% των ερωτηθέντων απάντησε πριν από την παρέμβαση, ότι παρότι η αυτοψηλάφηση, η μαστογραφία και η ψηλάφηση από ειδικό ιατρό είναι χρήσιμες εξετάσεις, ντρέπονται να τις κάνουν, ενώ το 42,30% διαφωνεί με αυτή την άποψη. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 28β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Αμέσως μετά την παρέμβαση, υψηλό ποσοστό των γυναικών (86,30%) απαντά ότι δεν ντρέπεται να κάνει την αυτοψηλάφηση, τη μαστογραφία και την εξέταση από ειδικό ιατρό. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

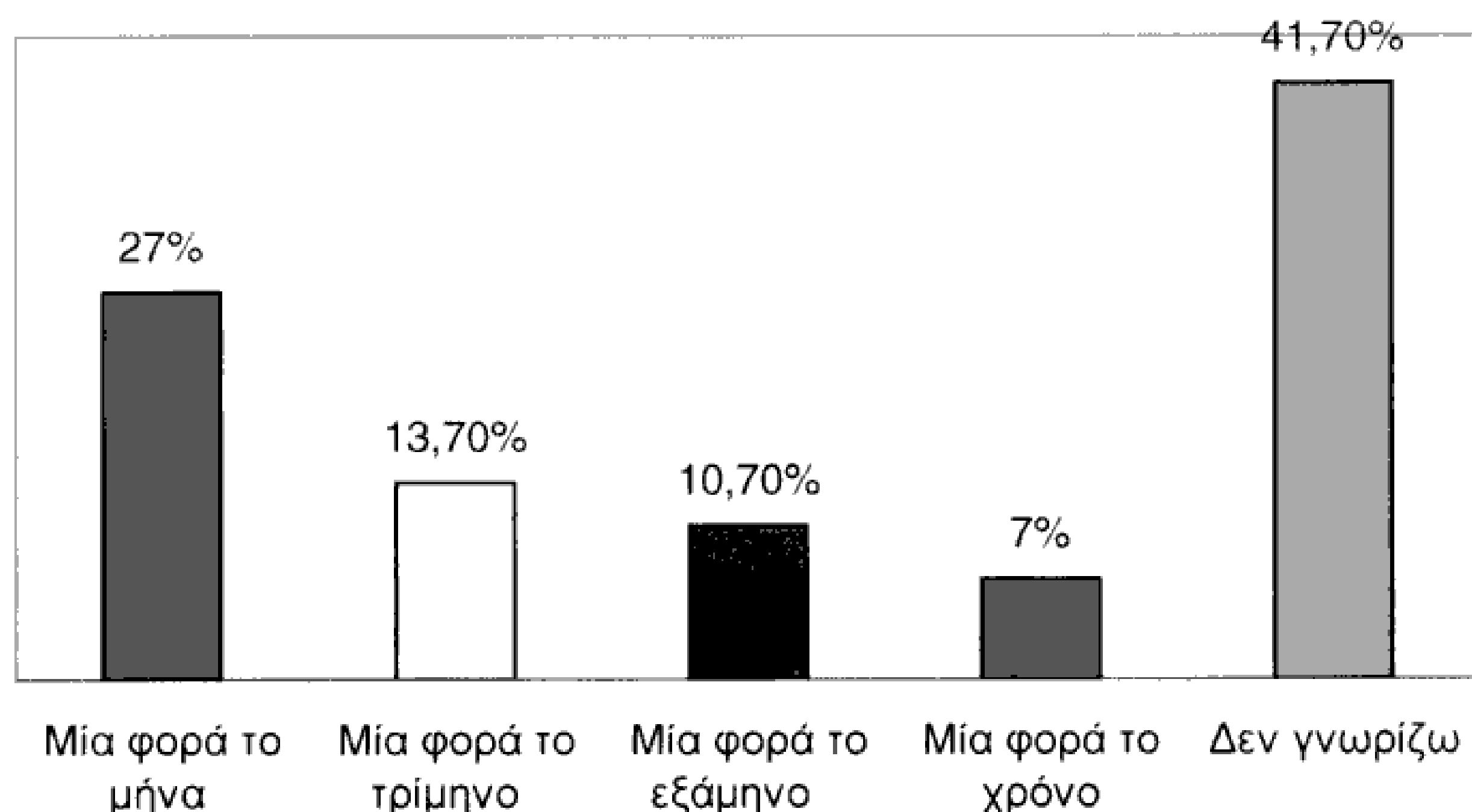
Γράφημα 28γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι δεν ντρέπεται να κάνει την αυτοψηλάφηση, τη μαστογραφία και την εξέταση από ειδικό ιατρό, παραμένει υψηλό (83,50%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

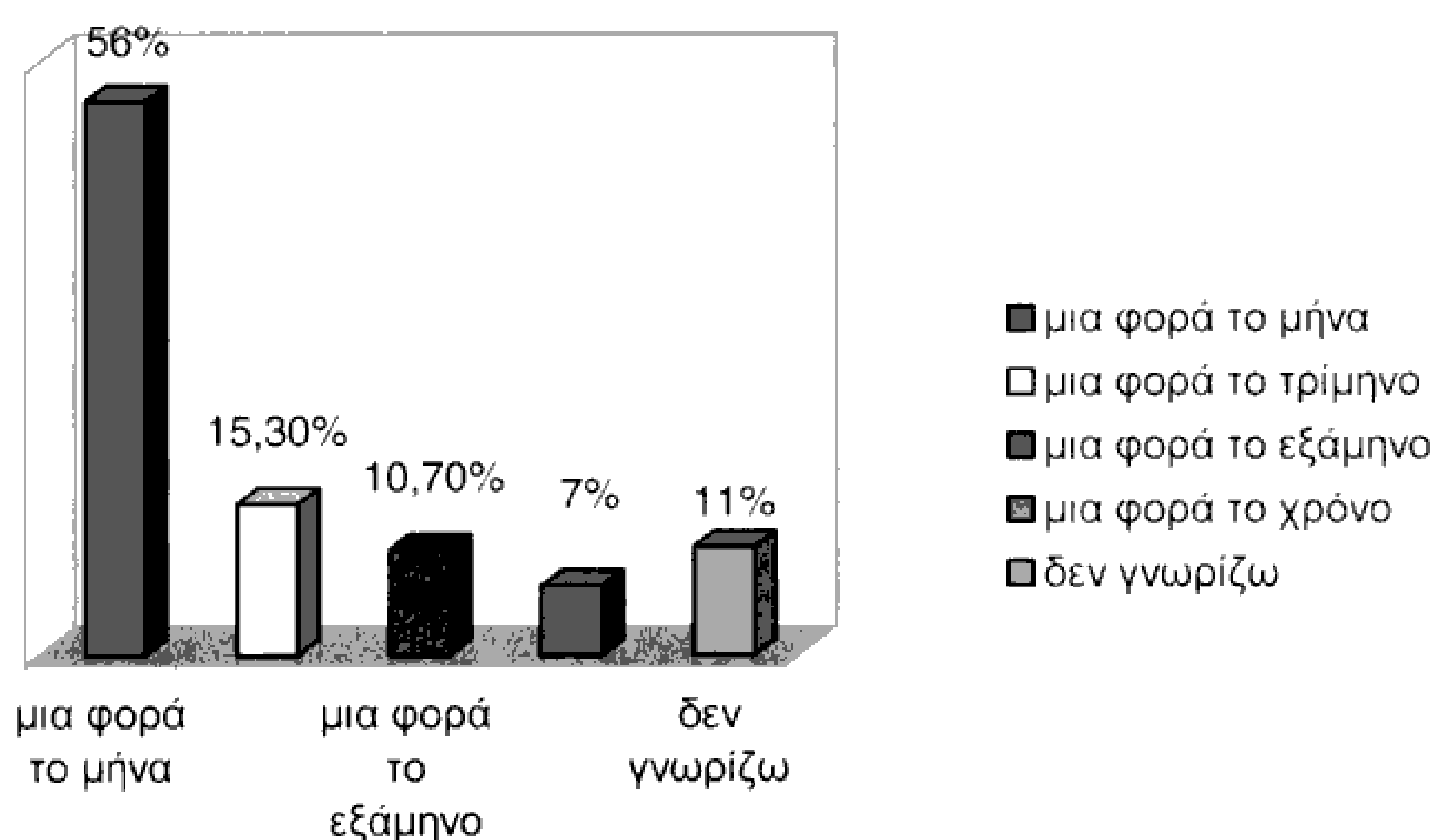
Γραφήματα 29α, 29β, 29γ: Εκατοστιαία αναλογία της γνώσης των γυναικών σχετικά με το πότε πρέπει να γίνεται η αυτοψηλάφηση.

Γράφημα 29α: Πριν από την παρέμβαση



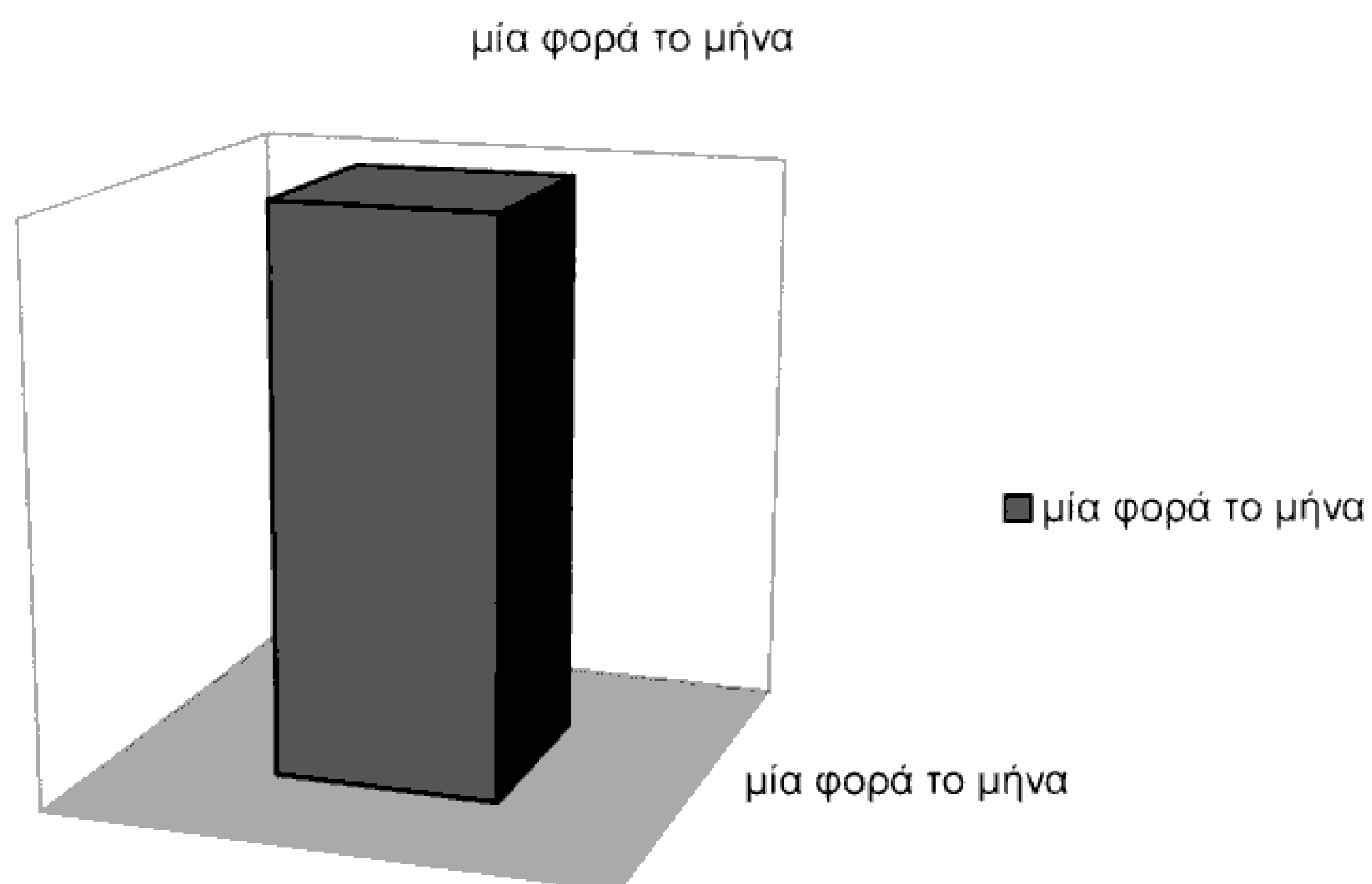
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (41,75%) απαντούν ότι δεν γνωρίζουν κάθε πότε πρέπει να γίνεται η αυτοψηλάφηση, ενώ εκείνες που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται μια φορά το μήνα εκπροσωπούν το 27%. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 29β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Ποσοστό 56% απαντά ότι η αυτοψηλάφηση πρέπει να γίνεται μια φορά το μήνα, ενώ ίδια με την πρώτη φάση παραμένουν τα ποσοστά εκείνων που απαντούν μία φορά το εξάμηνο και μία φορά το χρόνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

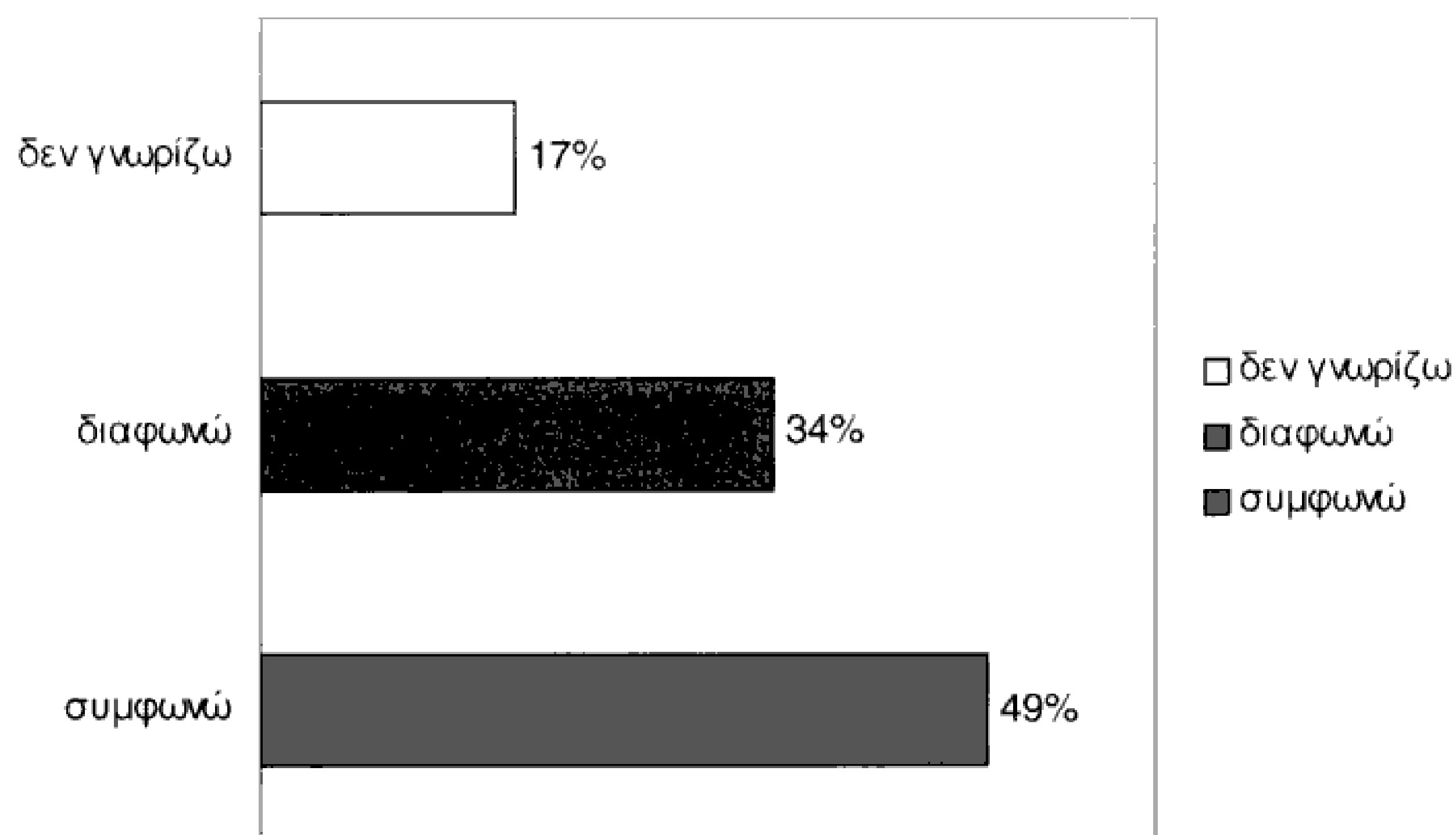
Γράφημα 29γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Όλες οι γυναίκες απαντούν ότι η αυτοψηλάφηση πρέπει να γίνεται μια φορά το μήνα. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

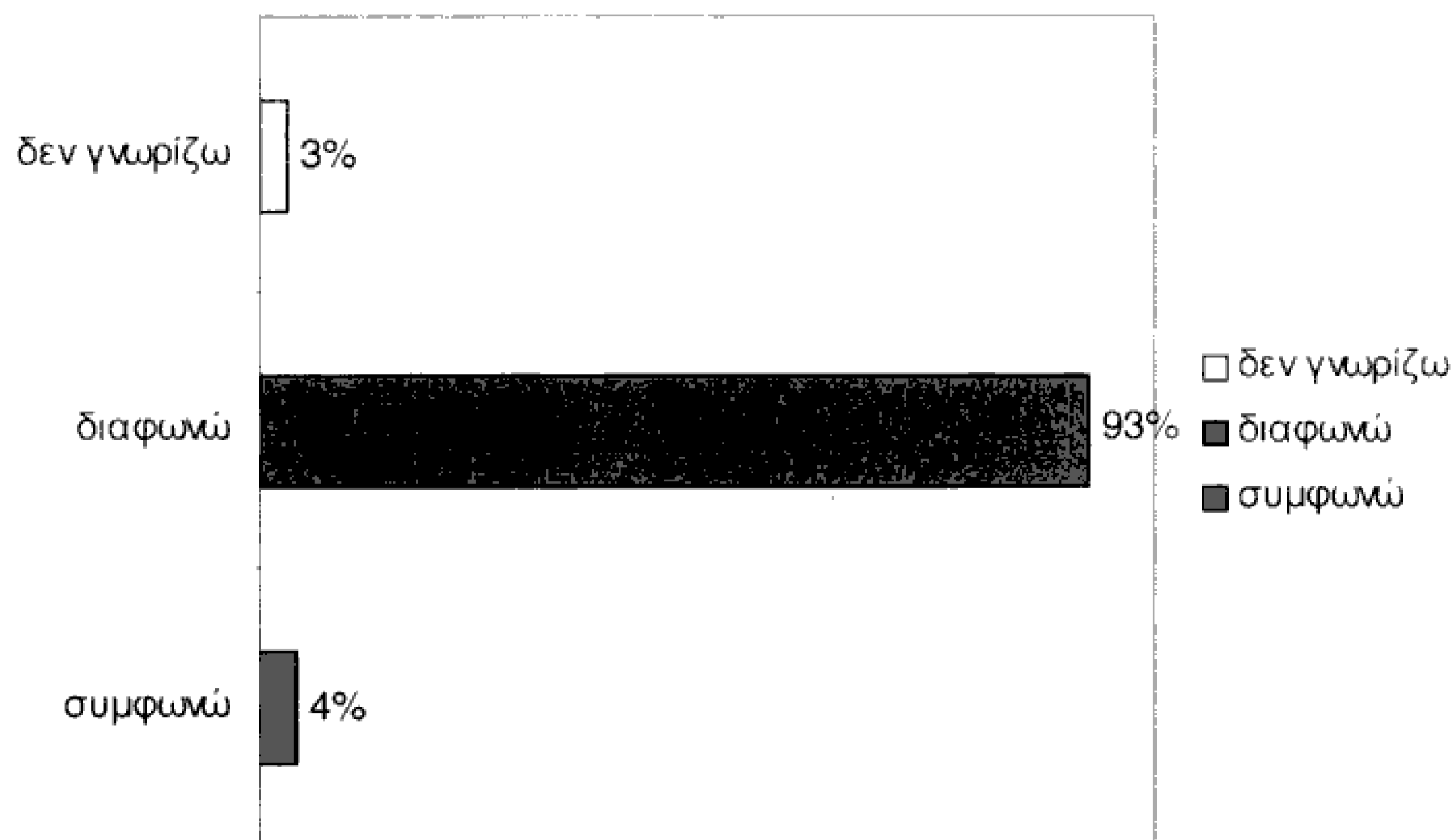
Γραφήματα 30α, 30β, 30γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών ότι η μαστογραφία είναι επώδυνη.

Γράφημα 30α: Πριν από την παρέμβαση



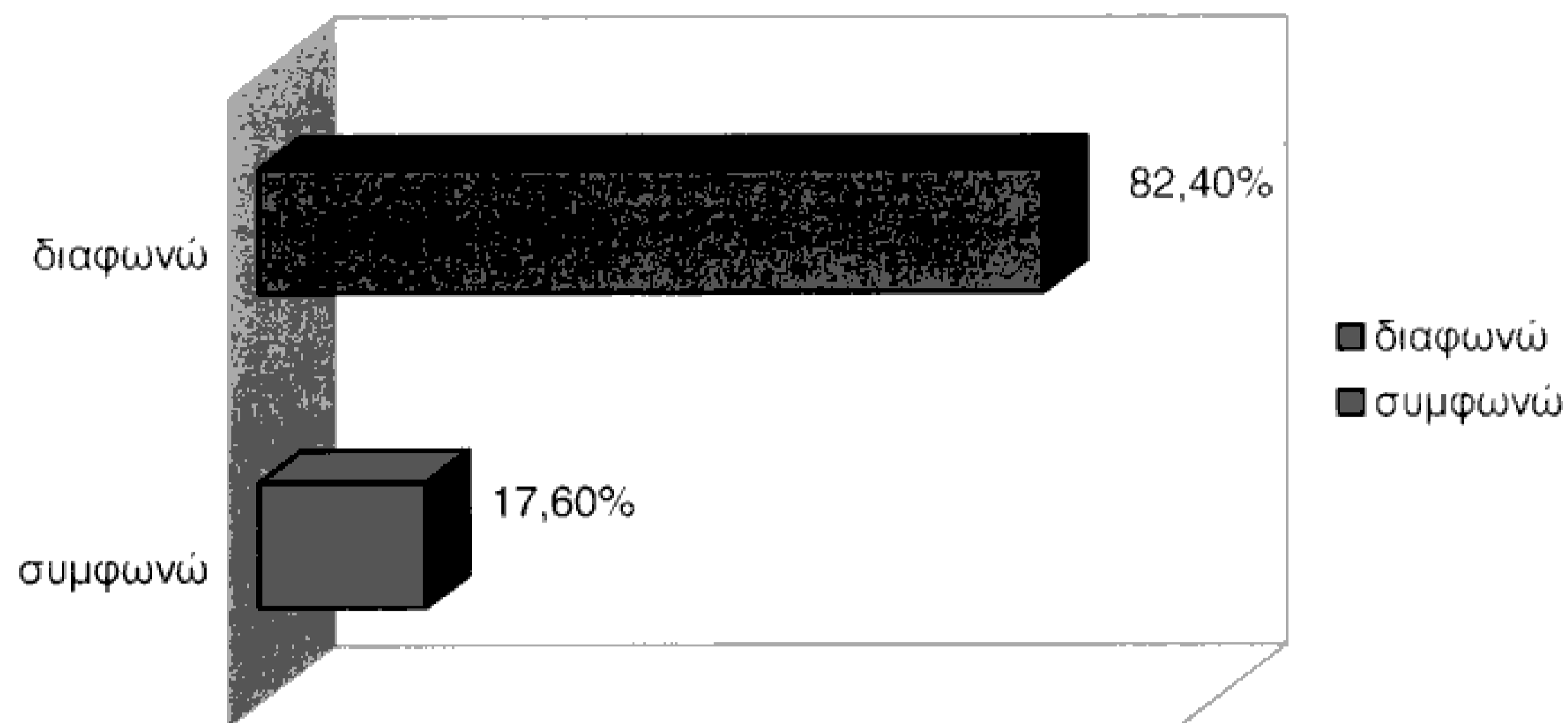
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες νομίζουν ότι κάνοντας μαστογραφία θα πονέσουν (49%). Ποσοστό 34% διαφωνεί με την άποψη αυτή και το 17% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 30β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι κάνοντας μαστογραφία θα πονέσει (93%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

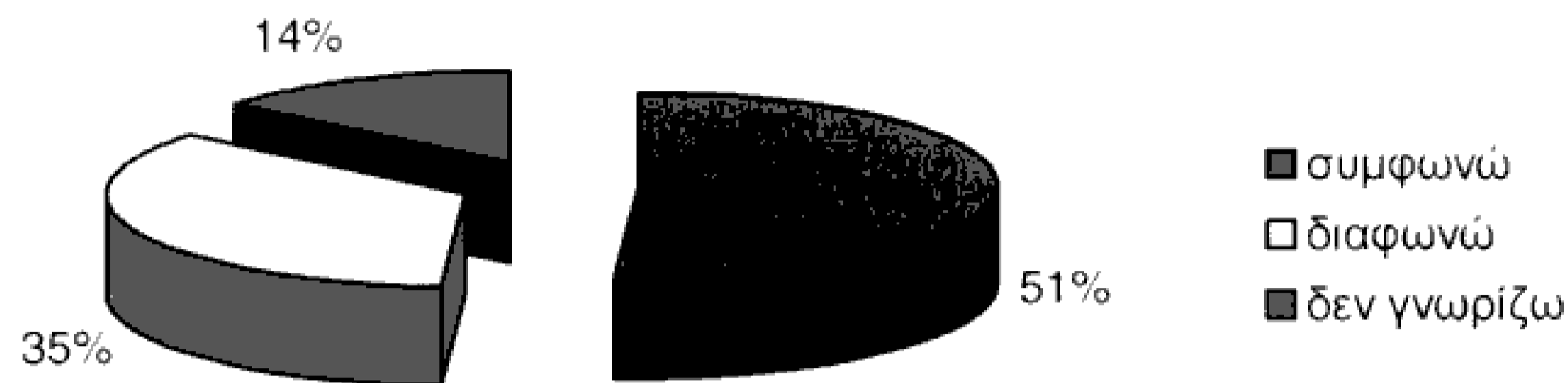
Γράφημα 30γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Το ποσοστό των γυναικών που διαφωνεί με την άποψη ότι κάνοντας μαστογραφία θα πονέσει έχει ελαττωθεί σε σχέση με τη δεύτερη φάση, εξακολουθεί όμως να είναι υψηλό (82,40%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

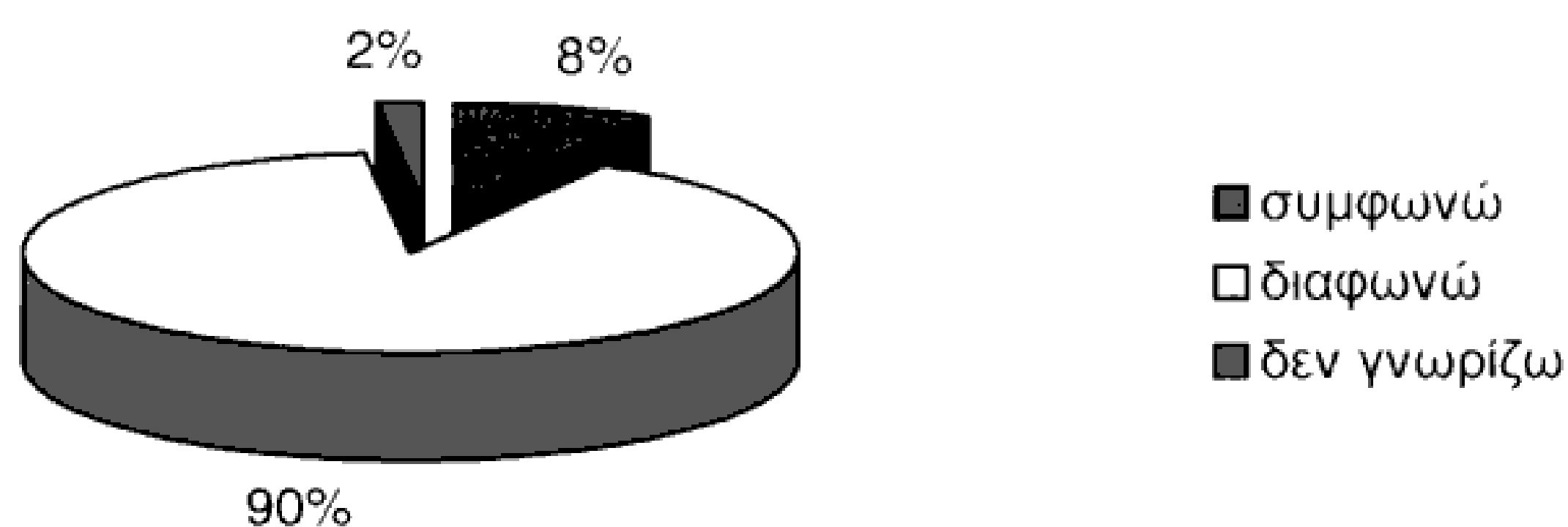
Γραφήματα 31α, 31β, 31γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης ότι η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση.

Γράφημα 31α: Πριν από την παρέμβαση



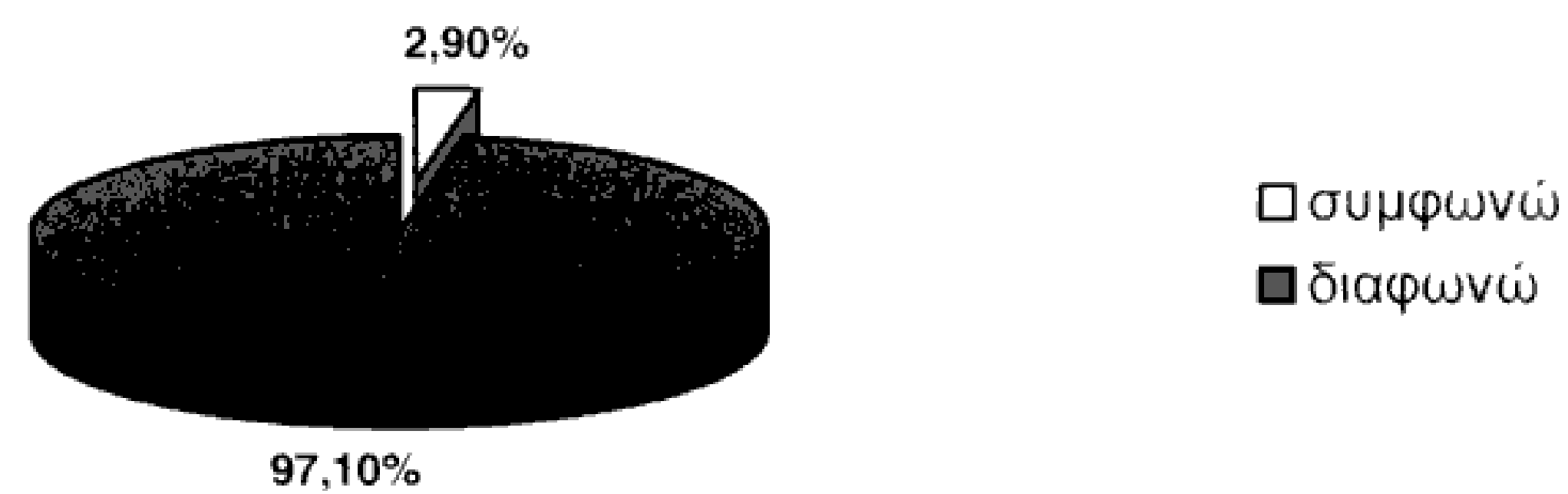
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση (51%). Ποσοστό 35% διαφωνεί με την άποψη αυτή και 14% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 31β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Μετά την παρέμβαση, δηλαδή κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας, το 90% των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

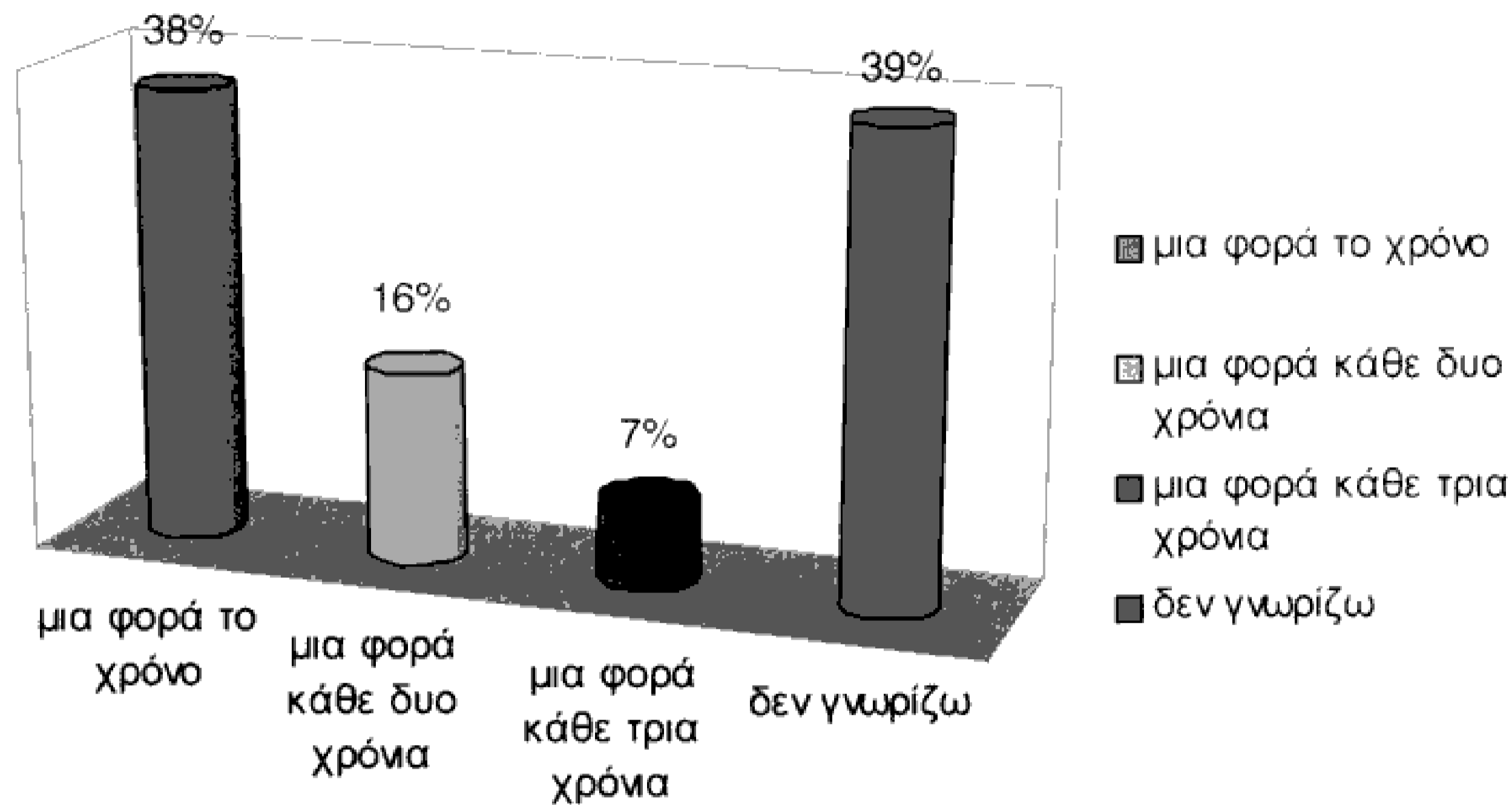
Γράφημα 31γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Έξι μήνες μετά την παρέμβαση σχεδόν το σύνολο των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση (97,10%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

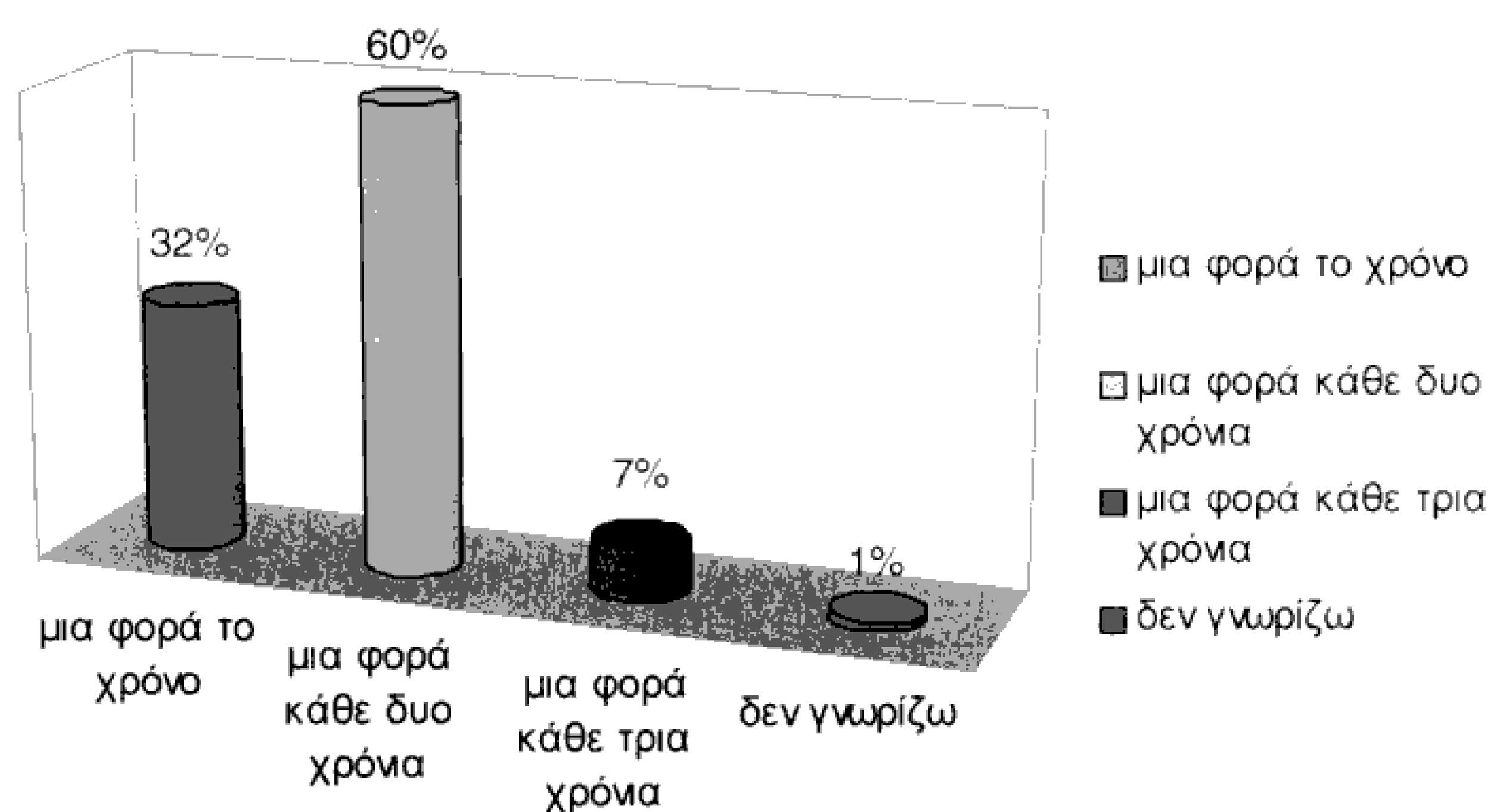
Γράφημα 32α, 32β, 32γ: Εκατοστιαία αναλογία της γνώσης των γυναικών σχετικά με το πότε πρέπει να γίνεται η μαστογραφία.

Γράφημα 32α: Πριν από την παρέμβαση



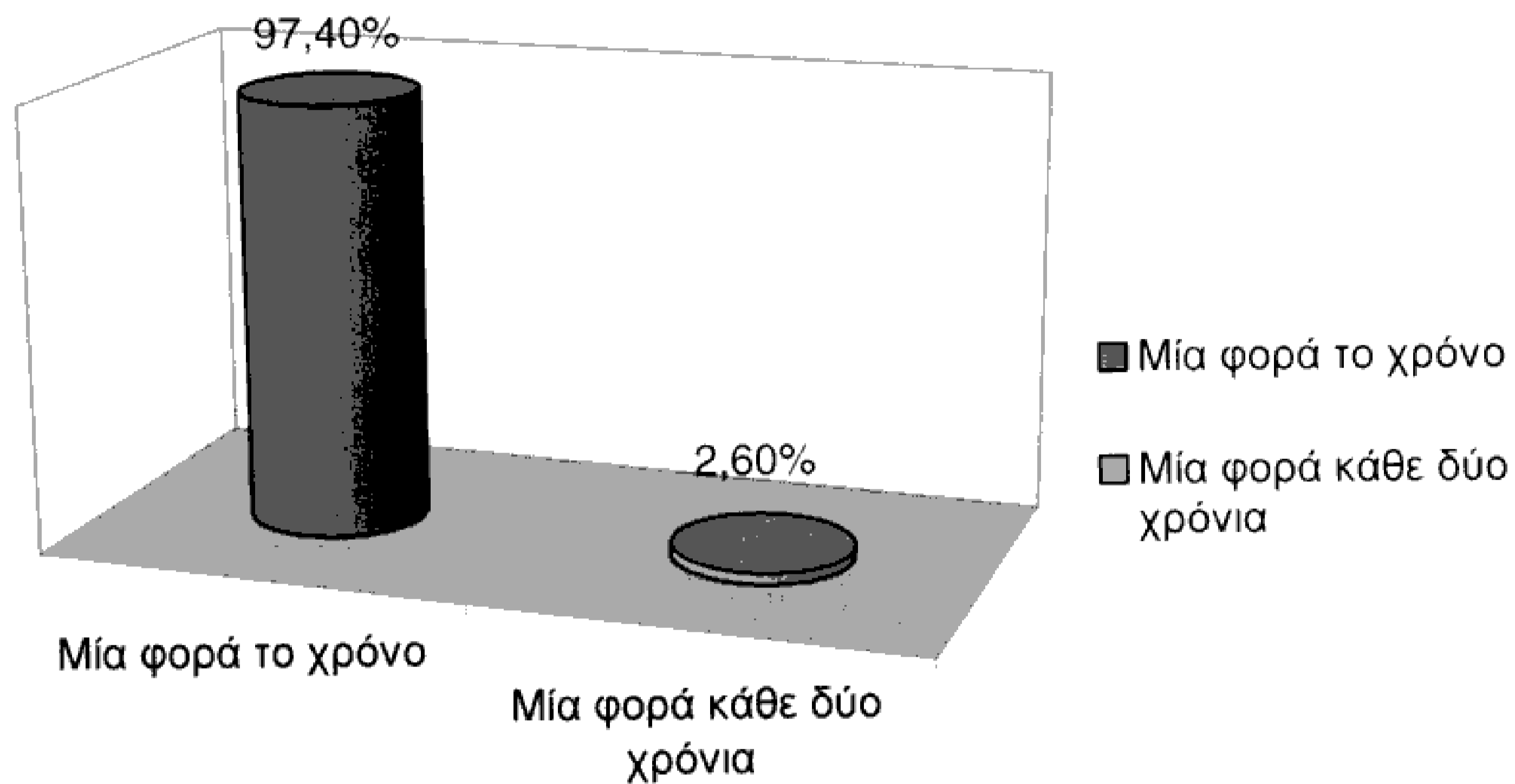
Κατά την πρώτη φάση της έρευνας, τα ποσοστά των γυναικών που απαντούν ότι η μαστογραφία πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο (38%) και εκείνων που δεν γνωρίζουν (39%), εμφανίζουν μικρή μόνο διαφορά. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 32β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



Μετά την παρέμβαση το 60% των γυναικών απαντά ότι η μαστογραφία πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε δύο χρόνια, το 32% απαντά ότι πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο, ενώ αμετάβλητο παραμένει το ποσοστό εκείνων που απαντά μία φορά κάθε τρία χρόνια (7%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

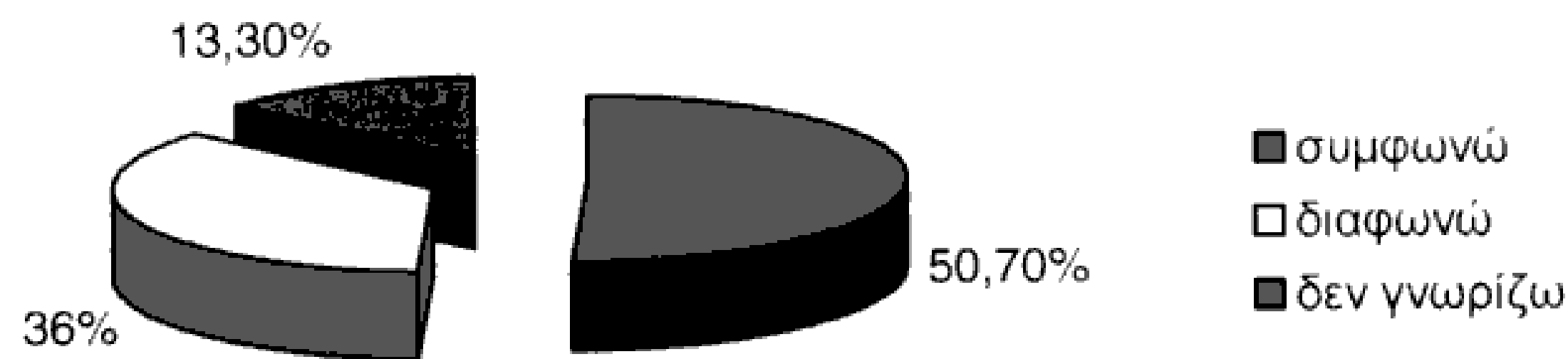
Γράφημα 32γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Έξι μήνες μετά την παρέμβαση σχεδόν το σύνολο των γυναικών (97,40%) απαντά ότι η μαστογραφία πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

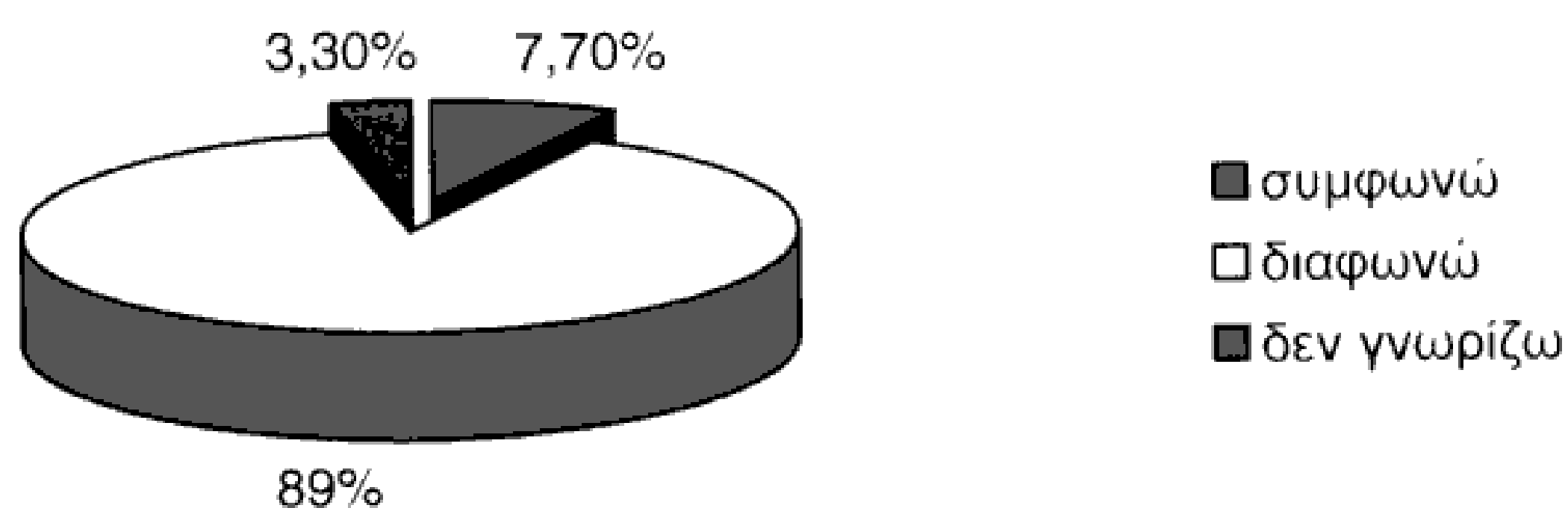
Γραφήματα 33α, 33β, 33γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών αναφορικά με το κόστος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς (η συχνή εξέταση των μαστών μου θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού).

Γράφημα 33α: Πριν από την παρέμβαση



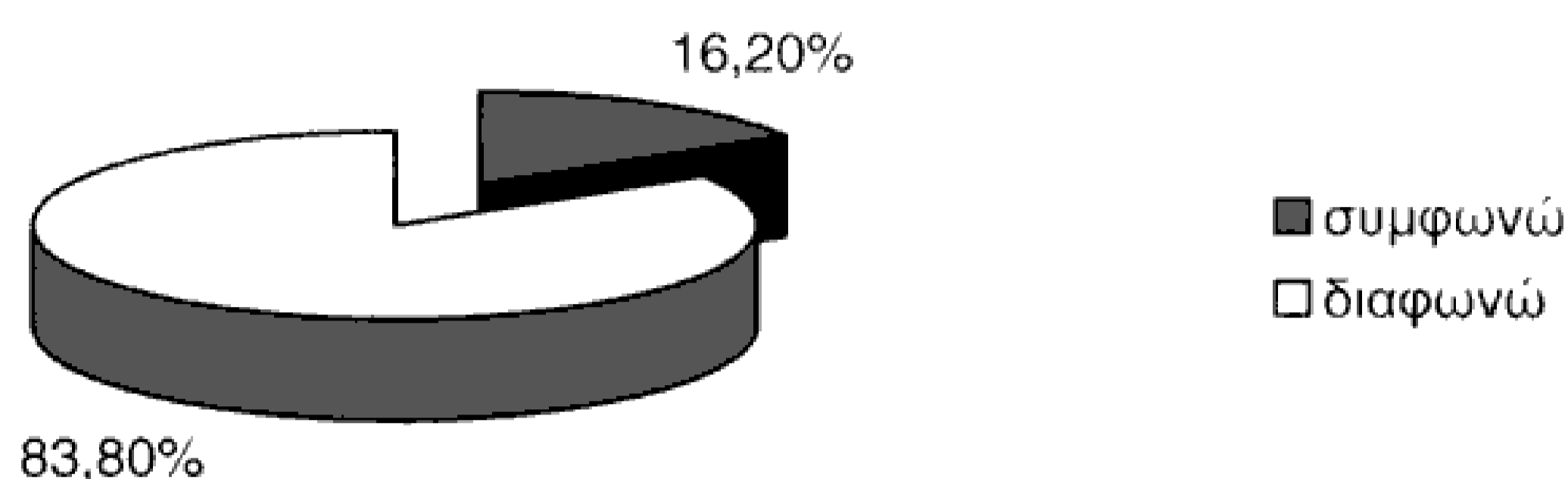
Από τις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας, προκύπτει ότι οι περισσότερες γυναίκες (50,70%) πιστεύουν ότι το να εξετάζουν συχνά τους μαστούς τους, θα τις κάνει να ανησυχούν χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού. Το 36% διαφωνεί με αυτή την άποψη. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: ηλικία ($P=0,03$), οικογενειακή κατάσταση ($P=0,016$), αριθμός παιδιών ($P=0,007$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,004$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τα τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 33β: Αμέσως μετά την παρέμβαση



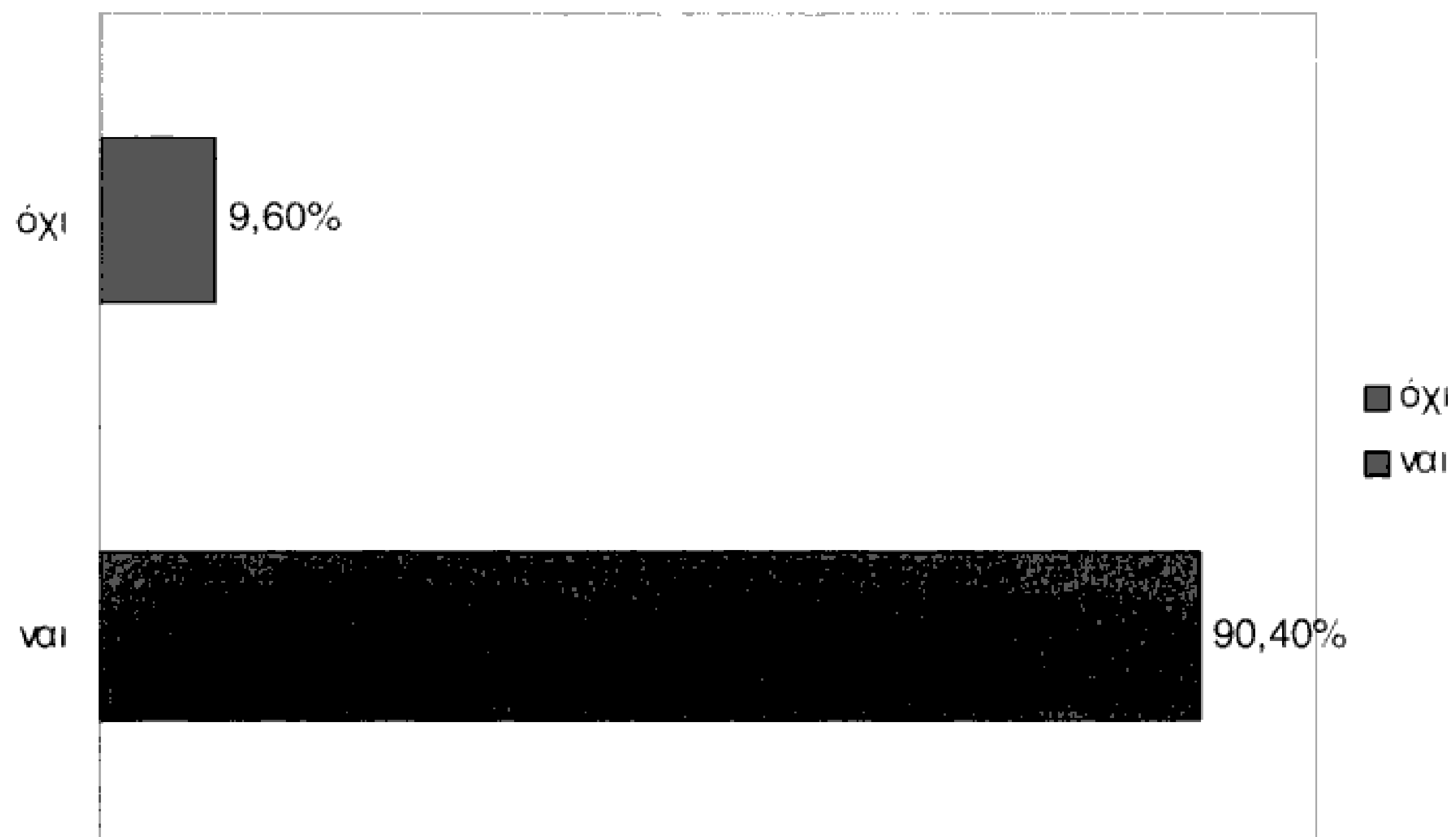
Αμέσως μετά την παρέμβαση, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (89%), απαντά ότι η συχνή εξέταση των μαστών τους, δεν θα τις κάνει να ανησυχούν χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,005$), αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,032$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική για τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,002$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, προβλήματα υγείας.

Γράφημα 33γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



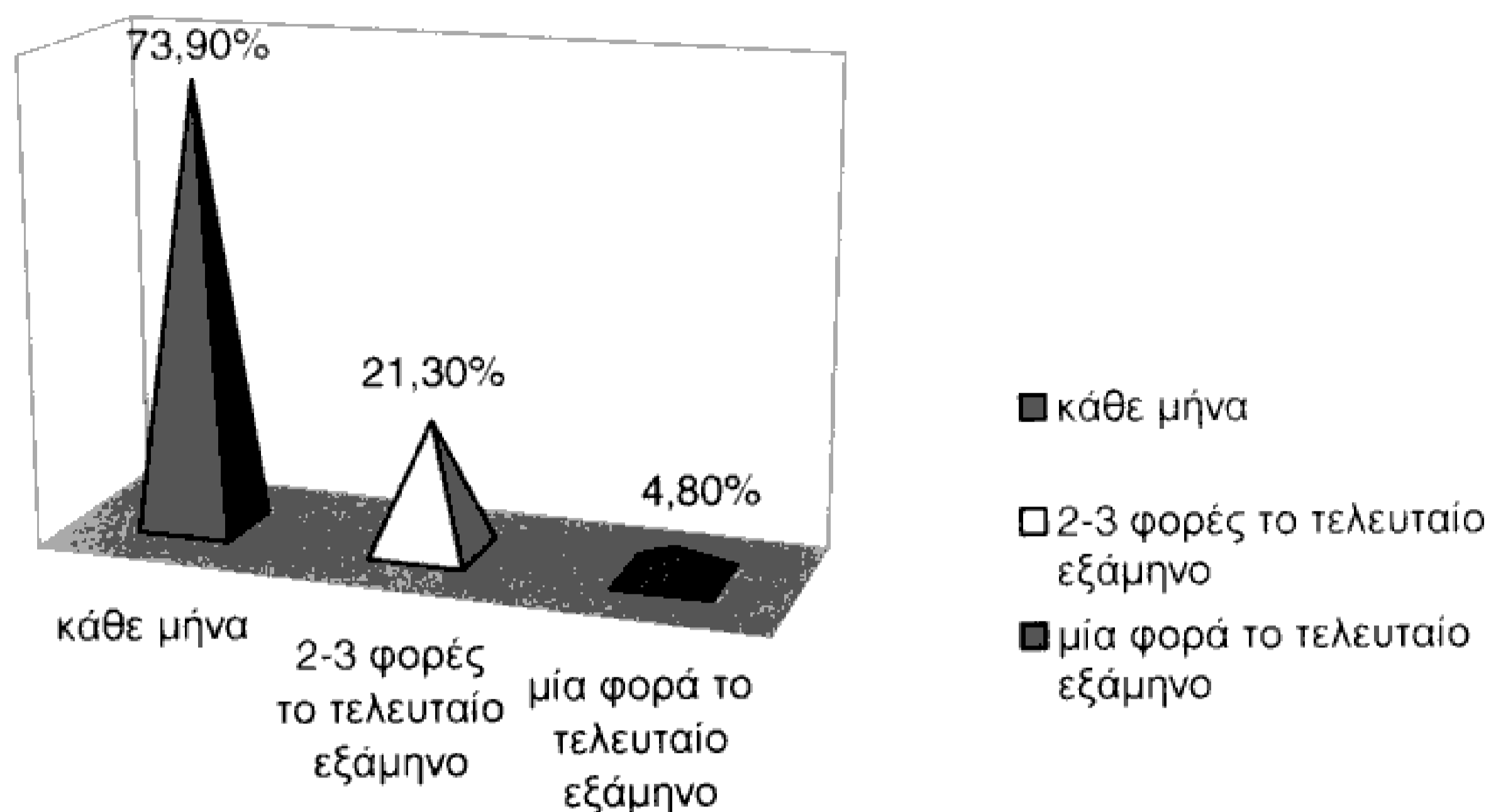
Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι η συχνή εξέταση των μαστών τους, δεν θα τις κάνει να ανησυχούν χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού, εξακολουθεί να παραμένει υψηλό (83,80%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

Γράφημα 34: Εκατοστιαία αναλογία των γυναικών που έκαναν αυτοψηλάφηση.



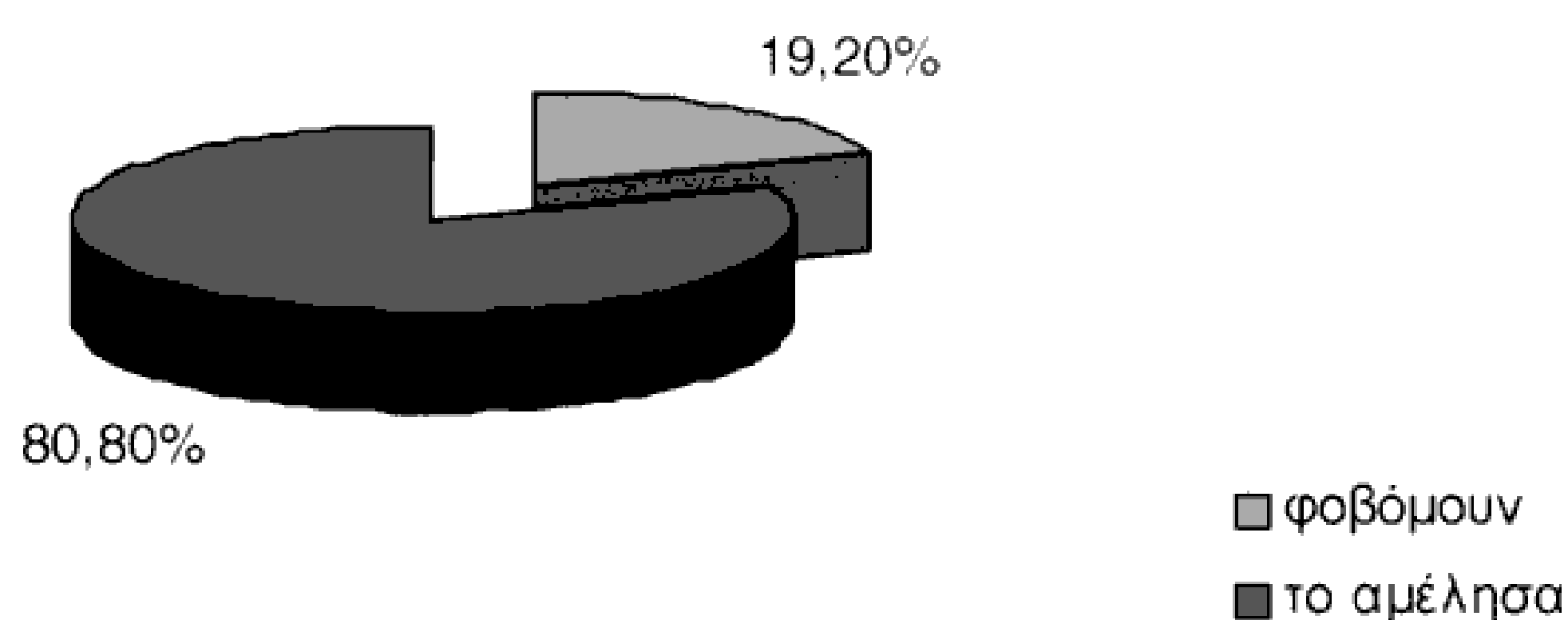
Το γράφημα αυτό αφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν έξι μήνες μετά την παρέμβαση, δηλαδή κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (90,40%) απαντά ότι έκανε αυτοψηλάφηση. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

Γράφημα 35: Εκατοστιαία αναλογία της χρονικής περιόδου που οι γυναίκες έκαναν αυτοψηλάφηση.



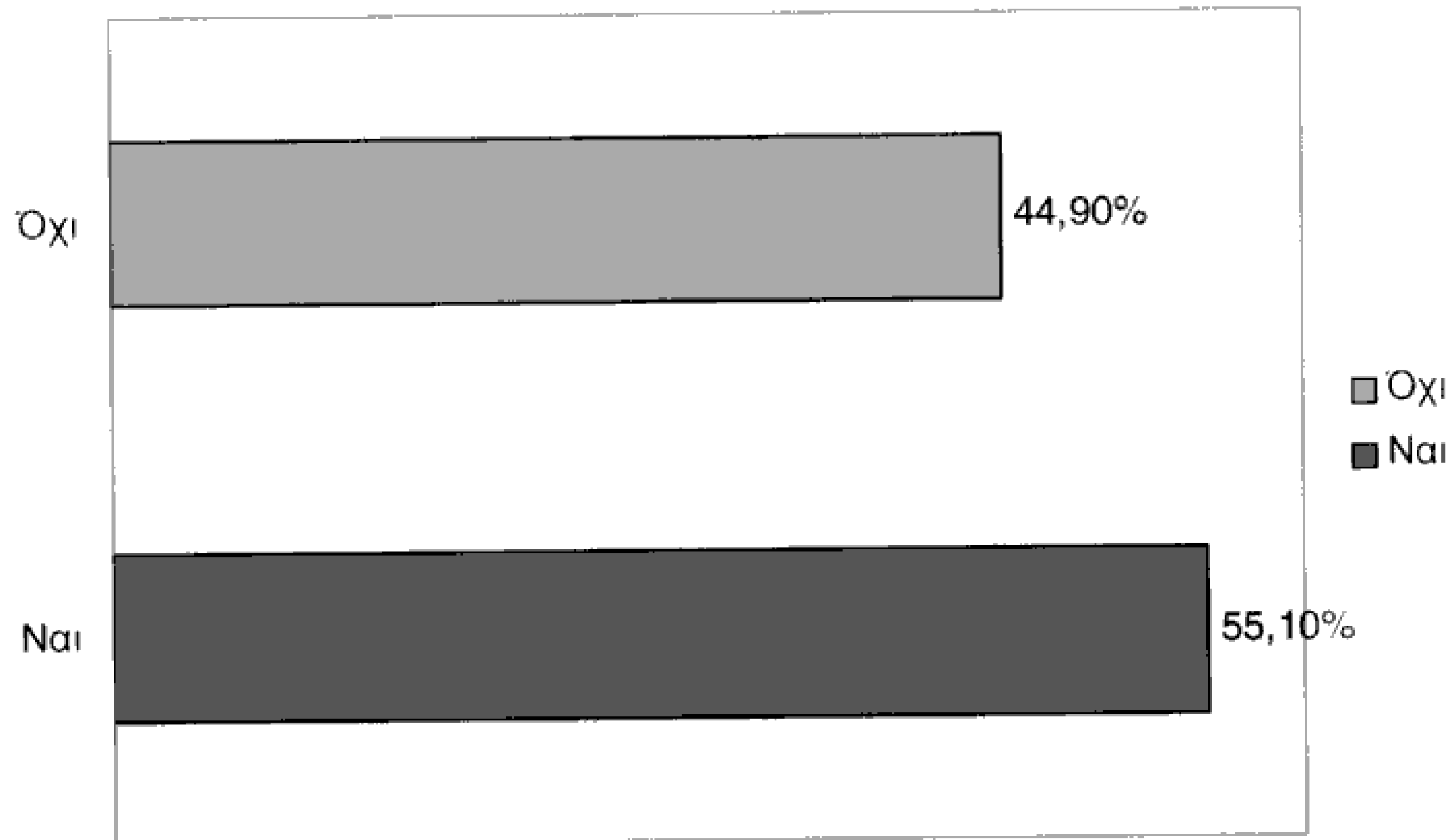
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί σε απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τελευταία φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (73,90%) απάντησαν ότι έκαναν αυτοψηλάφηση κάθε μήνα, το 21,30% δύο ή τρεις φορές το τελευταίο εξάμηνο και το 4,80% μία φορά το τελευταίο εξάμηνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

Γράφημα 36: Εκατοστιαία αναλογία των λόγων για τους οποίους οι γυναίκες δεν έκαναν αυτοψηλάφηση.



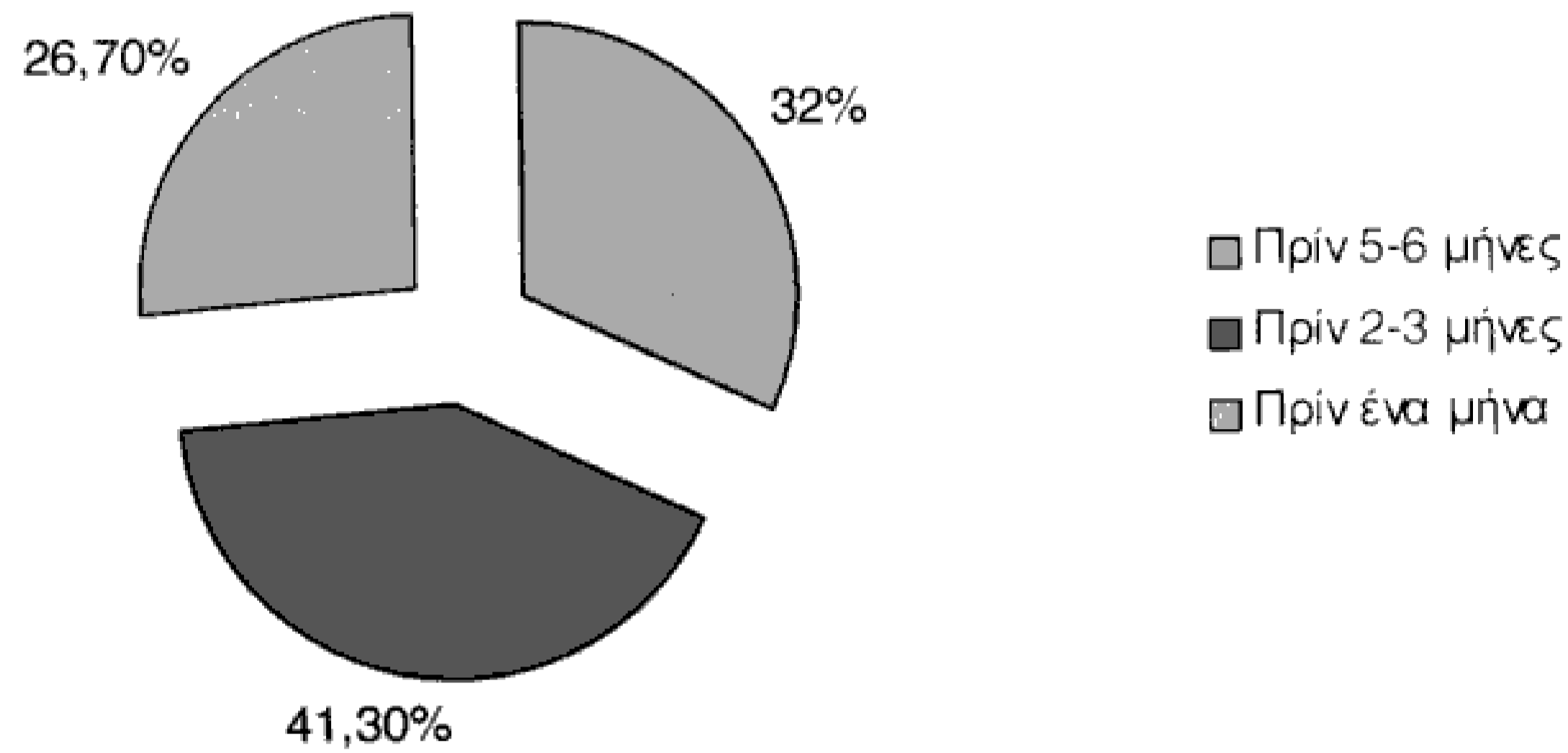
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που δεν έκαναν αυτοψηλάφηση, απάντησαν ότι αυτό έγινε από αμέλεια (80,80%), ενώ το 19,29% απάντησε ότι δεν έκανε αυτοψηλάφηση γιατί φοβόταν. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τους λόγους οι γυναίκες δεν έκαναν αυτοψηλάφηση ($P>0,05$).

Γράφημα 37: Εκατοστιαία αναλογία των γυναικών που έκαναν μαστογραφία και ψηλάφηση από ειδικό ιατρό.



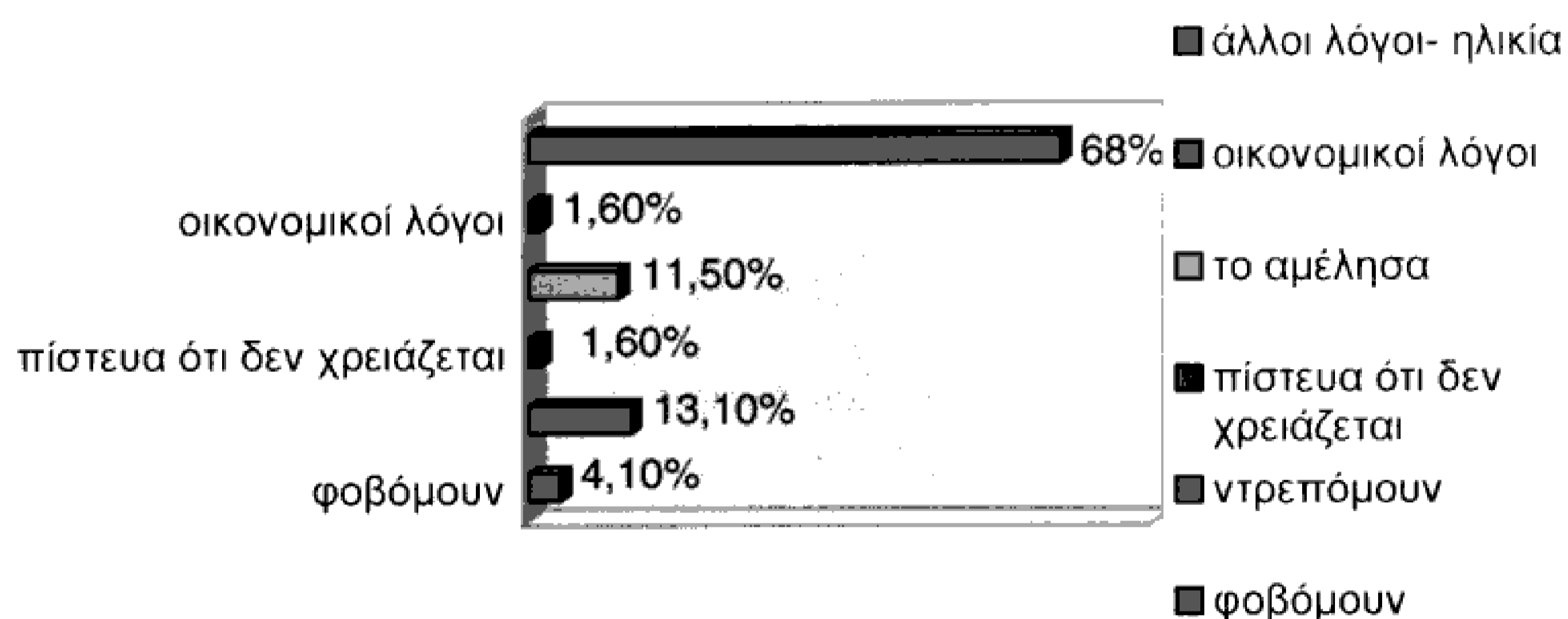
Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, το 55,10% των γυναικών απαντά ότι έκανε μαστογραφία και ψηλάφηση από ειδικό ιατρό, ενώ το 44,90% απαντά ότι δεν έκανε. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τη διενέργεια μαστογραφίας μέσα στο εξάμηνο, μετά την ενημέρωση ($P > 0,05$).

Γράφημα 38: Εκατοστιαία αναλογία της χρονικής περιόδου που οι γυναίκες έκαναν τη μαστογραφία και την ψηλάφηση από ειδικό ιατρό.



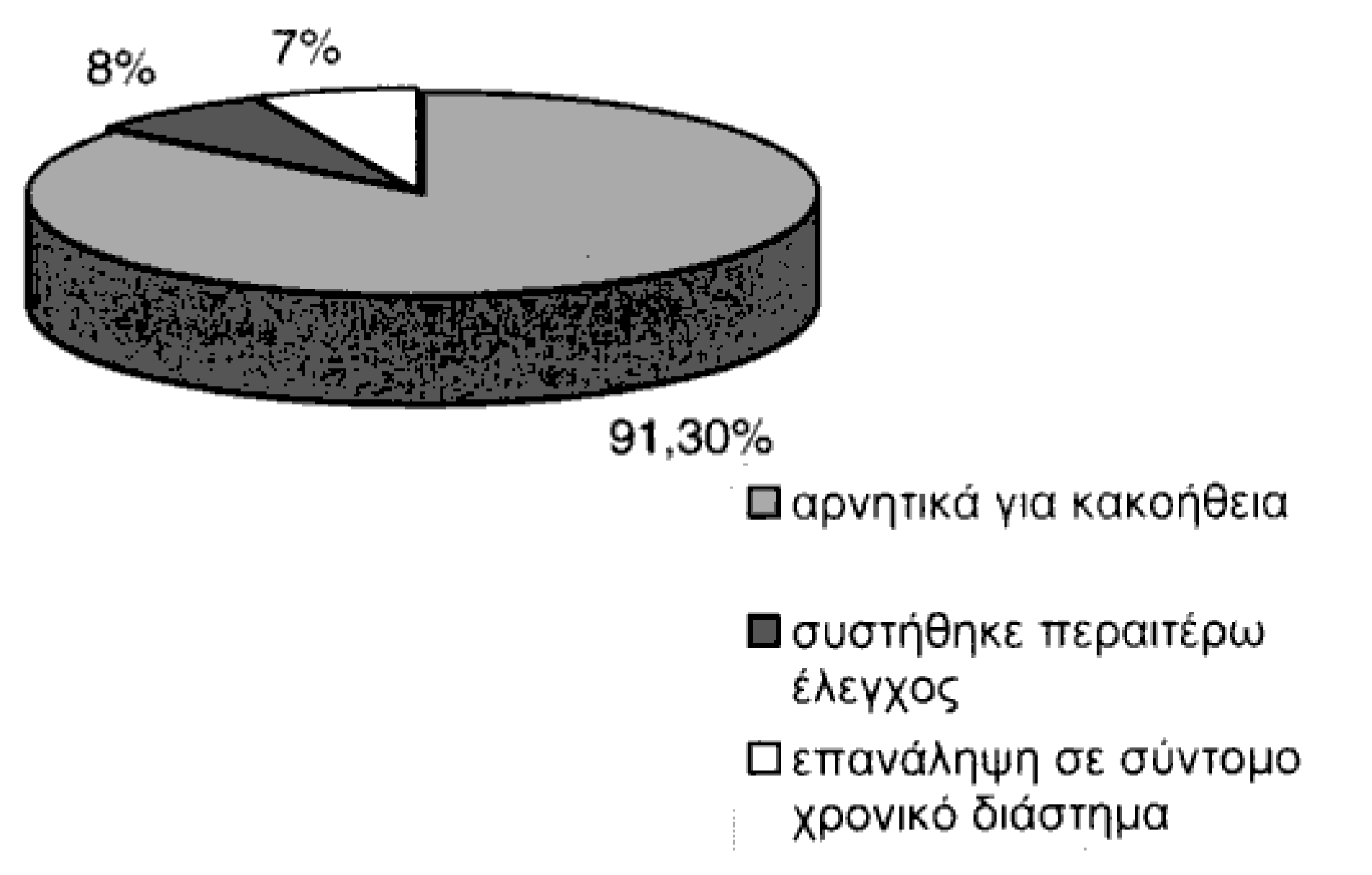
Το γράφημα αυτό αφορά στις απαντήσεις των γυναικών που έκαναν μαστογραφία και ψηλάφηση από ειδικό ιατρό. Το 41,30% έκανε τις εξετάσεις αυτές πριν 2-3 μήνες, το 32% πριν 5-6 μήνες και το 26,70% πριν ένα μήνα. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τη χρονική περίοδο διενέργειας μαστογραφίας μέσα στο εξάμηνο, μετά την ενημέρωση ($P > 0,05$).

Γράφημα 39: Εκατοστιαία αναλογία των λόγων για τους οποίους οι γυναίκες δεν έκαναν μαστογραφία και εξέταση από ειδικό ιατρό.



Στους λόγους (68%) για τους οποίους οι γυναίκες δεν έκαναν μαστογραφία συμπεριλαμβάνεται η ηλικία των γυναικών (<35 ετών). Το 13,10% απάντησε ότι ντρεπόταν, το 11,50% ότι το αμέλησε, το 4,10% ότι φοβόταν και το 1,60% πίστευε ότι δεν χρειάζεται. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες δεν έκαναν μαστογραφία ($P>0,05$).

Γράφημα 40: Εκατοστιαία αναλογία των αποτελεσμάτων των εξετάσεων.



Τα περισσότερα αποτελέσματα ήταν αρνητικά για κακοήθεια (91,30%). Σε ποσοστό 8% συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος, ενώ σε ποσοστό 7% συστήθηκε επανάληψη σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Πίνακας 6Α. Συσχετίσεις δημογραφικών με το ποσοστό σωστών απαντήσεων για την πρόληψη κα μαστού πριν την ενημέρωση

(ανεξάρτητη μεταβλητή)	Μέσος(ΤΑ)	Rs	P Value
Ηλικία (έτη)		0,030	0,03 ^α
Οικογενειακή κατάσταση			0,016 ^β
Παντρεμένη	0,42(0,29)		
Ανύπαντρη(χωρισμένη,χήρα)	0,33(0,22)		
Αριθμός παιδιών		0,15	0,007 ^α
Εργαζόμενη ή άνεργη			0,615 ^β
Εργαζόμενη	0,37(0,26)		
Άνεργη	0,39(0,27)		
Κατηγορία εκπαίδευσης			0,004 ^γ
Κατώτερη	0,30(0,23)		
Μέση	0,36(0,27)		
Ανώτερη, ανώτατη	0,41(0,24)		
Εισόδημα			0,150 ^β
< 600	0,47(0,35)		
> 600	0,33(0,22)		

Διαμονή		0,697 ^β
Χωριό	0,38(0,26)	
Πόλη	0,37(0,26)	
Νομός διαμονής		<0,001 ^β
Λακωνίας	0,50(0,27)	
Αρκαδίας	0,22(0,13)	
Προβλήματα Υγείας		0,466 ^β
Ψυχολογικά	0,33(0,21)	
Σωματικά	0,33(0,25)	

(TA) Τυπική απόκλιση

R_s = συντελεστής συσχέτισης του Spearman

α = στατιστικός έλεγχος του Spearman

β = στατιστικός έλεγχος του Mann- Witney

γ = στατιστικός έλεγχος του Kruskal Wallis

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονταν με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν την ενημέρωση, ήταν τα εξής:

- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Ο αριθμός των παιδιών
- Η κατηγορία εκπαίδευσης
- Ο Νομός διαμονής

Πίνακας 6 Β. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό σωστών απαντήσεων για την πρόληψη κα μαστού πριν την ενημέρωση και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παρακάτω

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ Β	P Value
Σταθερά Α	-0,003225	-0,113, 0,106	0,954
Οικογενειακή κατάσταση	0,095	0,034, 0,156	0,002
Αριθμός παιδιών	0,01723	-0,012, 0,046	0,243
Κατηγορία εκπαίδευσης	0,08123	0,039, 0,123	<0,001
Νομός διαμονής	0,253	0,201, 0,304	<0,001
Ηλικία	0,0169	-0,011, 0,043	0,239

B= συντελεστής της κλήσης της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης
95% ΔΕ Β= 95% διάστημα εμπιστοσύνης του Β

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση), τα δημογραφικά που σχετίζονταν με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν την ενημέρωση, ήταν τα εξής:

- Η οικογενειακή κατάσταση
- Η κατηγορία εκπαίδευσης
- Ο Νομός διαμονής.

Συνεπώς, μόνο τα 3 από τα 5 χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν την ενημέρωση.

Πίνακας 7Α. Συσχετίσεις δημογραφικών με τη διαφορά του ποσοστού σωστών απαντήσεων για την πρόληψη ca μαστού πριν και μετά την ενημέρωση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσος (ΤΑ)	Rs	P Value
Ηλικία (έτη)		-0,042	0,466 ^α
Οικογενειακή κατάσταση			0,005 ^β
Παντρεμένη	0,28(0,40)		
Ανύπαντρη(χωρισμένη,χήρα)	0,44(0,30)		
Αριθμός παιδιών		-0,191	0,001 ^α
Εργαζόμενη ή άνεργη			0,508 ^β
Εργαζόμενη	0,38(0,35)		
Άνεργη	0,35(0,38)		
Κατηγορία εκπαίδευσης			0,032 ^γ
Κατώτερη	0,43(0,36)		
Μέση	0,39(0,37)		
Ανώτερη, ανώτατη	0,33(0,33)		

Εισόδημα		0,120 ^β
< 600	0,23(0,49)	
> 600	0,44(0,31)	
Διαμονή		0,701 ^β
Χωριό	0,36(0,35)	
Πόλη	0,37(0,37)	
Νομός διαμονής		<0,001 ^β
Λακωνίας	0,18(0,36)	
Αρκαδίας	0,60(0,17)	
Προβλήματα Υγείας		0,803 ^β
Ψυχολογικά	0,41(0,32)	
Σωματικά	0,43(0,34)	

(TA) Τυπική απόκλιση

R_s = συντελεστής συσχέτισης του Spearman

α = στατιστικός έλεγχος του Spearman

β = στατιστικός έλεγχος του Mann- Witney

γ = στατιστικός έλεγχος του Kruskal Wallis

Σο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονταν με τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά τη διδασκαλία, ήταν τα εξής:

- Η οικογενειακή κατάσταση
- Ο αριθμός των παιδιών
- Η κατηγορία εκπαίδευσης
- Ο Νομός διαμονής

Πίνακας 7B. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διαφορά του ποσοστού σωστών απαντήσεων για την πρόληψη ca μαστού πριν και μετά την ενημέρωση και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παρακάτω

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ B	P Value
(σταθερά A)	0,875	0,730, 1,020	<0,001
Παντρεμένη ή ανύπαντρη, χήρα, διαζευγμένη/χωρισμένη	-0,132	-0,213, -0,051	0,001
Αριθμός παιδιών	-0,031	-0,070, 0,008	0,120
Κατηγορία εκπαίδευσης	-0,089	-0,144, -0,033	0,002
Νομός	-0,382	-0,450, -0,314	<0,001

A σταθερά A της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

B= συντελεστής της κλήσης της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ B= 95% διάστημα εμπιστοσύνης του B

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση), τα δημογραφικά που σχετίζονταν με τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά τη ενημέρωση, ήταν τα εξής:

- Η οικογενειακή κατάσταση
- Η κατηγορία εκπαίδευσης
- Ο Νομός διαμονής

Συνεπώς, μόνο τα 3 από τα 4 χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά τη ενημέρωση.

Πίνακας 8Α. Απλές λογιστικές παλινδρομήσεις μεταξύ διενέργειας αυτοψηλάφησης και δημογραφικών			
Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ Β	P Value
Ηλικία	1,054	1,043, 1,065	<0,001
Παντρεμένη , Ανύπαντρη	12,873	6,270, 26,429	<0,001
Παιδιά	3,484	2,506, 4,845	<0,001
Επάγγελμα	10,888	6,719, 17,644	<0,001
Μορφωτικό επίπεδο	5,714	2,560, 12,756	<0,001
Εισόδημα	9,895	6,173, 15,860	<0,001
Πόλη ή χωριό	10,272	5,531, 19,077	<0,001
Νομός	8,857	5,097, 15,392	<0,001
Προβλήματα Υγείας	11,999	6,079, 23,684	<0,001

B. Συντελεστής της γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ Β. 95% διάστημα εμπιστοσύνης του συντελεστή κλήσης της γραμμικής παλινδρόμησης.

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά τη διδασκαλία, σχετίζονταν με τη διενέργεια αυτοψηλάφησης μέσα στο εξάμηνο μετά τη διδασκαλία.

Πίνακας 8B. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διενέργεια αυτοψηλάφησης και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παρακάτω

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ Β	P Value
Ηλικία	0,997	0,945, 1,052	0,915
Παντρεμένη Ανύπαντρη	1,938	0,485, 7,749	0,350
Παιδιά	0,847	0,441, 1,625	0,617
Επάγγελμα	1,328	0,353, 4,994	0,675
Μόρφωση	2,401	0,782, 7,372	0,441
Εισόδημα	0,546	0,049, 6,148	0,624
Πόλη ή χωριό	1,675	0,432, 6,491	0,455
Νομός διαμονής	1,298	0,247, 6,815	0,758
Προβλήματα Υγείας	2,119	0,630, 7,121	0,225

B. Συντελεστής της γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ Β. 95% διάστημα εμπιστοσύνης του συντελεστή κλίσης της γραμμικής παλινδρόμησης.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και καμιά από τις διαφορές των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά την ενημέρωση, σχετίζονταν με τη διενέργεια αυτοψηλάφησης μέσα στο εξάμηνο μετά την ενημέρωση.

2.4 Συζήτηση

Από την επεξεργασία των δεδομένων της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου, προέκυψαν σημαντικές παρατηρήσεις που σκιαγραφούν το προφίλ του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται από γυναίκες που ανήκουν κυρίως στις ηλικιακές ομάδες των 25-30 ετών και 45-60 ετών. Οι περισσότερες από αυτές είναι παντρεμένες. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν έχει παιδιά, ενώ από αυτές που έχουν παιδιά, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει δύο. Η παράμετρος θηλασμός δεν ελήφθη τελικά υπόψη στην έρευνα, γιατί δεν προσέφερε κάποιο σημαντικό συμπέρασμα. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων γυναικών έχουν ελληνική υπηκοότητα. Οι περισσότερες είναι μισθωτές και ασφαλισμένες στο Δημόσιο. Ελάχιστες μόνο έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι περισσότερες έχουν μέση εκπαίδευση και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από 1000 ευρώ. Οι πιο πολλές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στο νομό Λακωνίας μένουν σε χωριά του νομού και λιγότερες στη Σπάρτη, ενώ από εκείνες που συμμετείχαν στο νομό Αρκαδίας, οι περισσότερες μένουν στην Τρίπολη. Ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών ζει μαζί με ένα ή δύο άτομα. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει σωματικά προβλήματα υγείας και ένα μικρότερο ποσοστό αναφέρει ψυχικά προβλήματα υγείας.

Οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου αναφέρονται στις πεπιοθήσεις των γυναικών για το πόσο **ευπαθείς** νομίζουν ότι είναι απέναντι στη νόσο. Κατά την πρώτη φάση της έρευνας, δηλαδή πριν από την παρέμβαση, οι περισσότερες γυναίκες δεν σκέπτονται ότι ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού. Όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή

τους παρουσίασε καρκίνο του μαστού, νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές. Πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού και δεν γνωρίζουν αν διατρέχουν τον ίδιο, λιγότερο ή περισσότερο κίνδυνο να νοσήσουν σε σχέση με άλλες γυναίκες.

Αξιολογώντας το άμεσο αποτέλεσμα της παρέμβασης, δηλαδή κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας, παρατηρούμε ότι υπήρξε αλλαγή στις πεποιθήσεις των γυναικών για το πόσο ευάλωτες είναι στη νόσο. Έτσι, παρότι είναι καλά στην υγεία τους, οι περισσότερες σκέπτονται πως ίσως κάποτε εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε τη νόσο, δεν νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές. Το ποσοστό εκείνων που πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού, αυξάνεται στη φάση αυτή. Τέλος, θεωρούν πως κινδυνεύουν το ίδιο με άλλες γυναίκες να εμφανίσουν τη νόσο.

Η επιρροή της παρέμβασης στις ατομικές πεποιθήσεις υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι μια σημαντική μεταβλητή της αφύπνισης και της κινητοποίησης για την εφαρμογή μιας υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης^{44,45}.

Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, κατά την τρίτη φάση της έρευνας, τα ποσοστά των γυναικών που απαντούν ότι παρότι είναι καλά στην υγεία τους, σκέπτονται πως ίσως κάποτε εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, αυξάνονται σε σχέση με την προηγούμενη φάση. Το ίδιο συμβαίνει και με την εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης ότι όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού και της αντίληψης ότι κινδυνεύουν όσο και άλλες γυναίκες να εμφανίσουν τη νόσο. Όπως προκύπτει

και από άλλες έρευνες, αυτό συμβαίνει γιατί η αρχική παρέμβαση λειτουργεί ως έναυσμα για περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με το αντικείμενό της. Επίσης, η διανομή των ενημερωτικών φυλλαδίων, που πραγματοποιήθηκε μαζί με την παρέμβαση, έδωσε την ευκαιρία στις γυναίκες που συμμετείχαν, για εξατομικευμένη μελέτη και επιπλέον παροχή πληροφοριών για τον καρκίνο του μαστού⁴⁶.

Από την αύξηση των παραπάνω ποσοστών κατά την τρίτη φάση, διαφοροποιείται το ποσοστό των γυναικών, που όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε τη νόσο, νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές, με αποτέλεσμα να είναι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με την προηγούμενη φάση. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών και πιθανώς έχει σχέση με τις κοινωνικές επιρροές που δέχονται οι γυναίκες αναφορικά με το θέμα του καρκίνου του μαστού^{46,47}.

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις της ίδιας ενότητας αναφέρονται στο **όφελος** που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς. Η αντίληψη ότι όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται, κατέχει υψηλό ποσοστό κατά την πρώτη φάση της έρευνας και αυξάνεται συνεχώς στις δύο επόμενες φάσεις. Πριν από την παρέμβαση οι περισσότερες γυναίκες δεν γνώριζαν ότι με την αυτοψηλάφηση μπορούν να ανακαλύψουν ένα ογκίδιο πιο σύντομα απ' ότι αν πήγαιναν στο γιατρό μια φορά το χρόνο. Μετά την παρέμβαση το ποσοστό των γυναικών που συμφωνούν με το όφελος της αυτοψηλάφησης είναι πολύ υψηλό και γίνεται ακόμη υψηλότερο κατά την τρίτη φάση της έρευνας.

Συνεπώς υπήρξε επιρροή της παρέμβασης στις πεπιοθήσεις των γυναικών για το όφελος της συμπεριφοράς πρόληψης. Σύμφωνα και με άλλες μελέτες το εύρημα αυτό είναι ενθαρρυντικό, γιατί όταν το άτομο πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς πρόληψης, υποκινείται ευκολότερα να την πραγματοποιήσει⁴⁸.

Οι επόμενες τέσσερις ερωτήσεις αφορούν στα αναφερόμενα από τις γυναίκες ως **εμπόδια** για την πραγματοποίηση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Πριν από την παρέμβαση το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν γνωρίζει αν χρειάζεται πολύ ώρα για να κάνει αυτοψηλάφηση, ενώ μετά από την παρέμβαση ένα υψηλό ποσοστό πιστεύει ότι δεν χρειάζεται πολύ ώρα. Το ποσοστό παραμένει αρκετά υψηλό ακόμη και έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Η μοιρολατρική στάση των γυναικών ότι ακόμη κι αν ανακαλύψουν μόνες τους ένα ογκίδιο δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά, κατέχει ένα μεγάλο ποσοστό κατά την πρώτη φάση, ανατρέπεται όμως μετά την παρέμβαση και έξι μήνες μετά σχεδόν καμία γυναίκα δεν έχει αυτή τη μοιρολατρική άποψη. Πριν από την παρέμβαση πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι δεν είναι σε θέση να ψηλαφίσουν μόνες τους ένα ογκίδιο και αρκετές απαντούν «δεν γνωρίζω». Μετά την παρέμβαση οι περισσότερες δηλώνουν ότι είναι σε θέση να το πράξουν και έξι μήνες μετά σχεδόν όλες πιστεύουν ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσουν μόνες τους ένα ογκίδιο. Κατά την πρώτη φάση το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δηλώνει ότι ντρέπεται να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις, παρότι πιστεύει πως είναι χρήσιμες. Αυτό όμως αλλάζει μετά την παρέμβαση, οπότε η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει πως δεν ντρέπεται, ενώ το υψηλό ποσοστό αυτής της απάντησης διατηρείται και μετά από έξι μήνες.

Όπως προκύπτει και από άλλες μελέτες, τα αντιλαμβανόμενα ως εμπόδια μπορούν να τροποποιηθούν θετικά με κατάλληλες στρατηγικές αγωγής υγείας. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία υπάρχουν έρευνες στις οποίες παρατηρείται ότι συχνά τα εμπόδια αυτά και ιδιαίτερα το αίσθημα ντροπής, αποδεικνύονται ισχυρές ανασταλτικές παράμετροι πραγματοποίησης της επιθυμητής συμπεριφοράς πρόληψης^{48,49}.

Οι επόμενες τέσσερις ερωτήσεις της ίδιας ενότητας του ερωτηματολογίου αφορούν στις **γνώσεις** των γυναικών σχετικά με τις απαραίτητες εξετάσεις για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Πριν από την παρέμβαση ένα μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζει κάθε πότε πρέπει να γίνεται η αυτοψηλάφηση, αμέσως μετά από αυτήν οι περισσότερες γυναίκες απαντούν πως πρέπει να γίνεται μια φορά το μήνα και έξι μήνες μετά όλες οι γυναίκες δίνουν αυτή την απάντηση. Όπως παρατηρούμε και από τη βιβλιογραφία, αρκετό καιρό μετά την παρέμβαση η γνώση όχι μόνο παραμένει, αλλά συχνά αυξάνεται, λόγω του ενδιαφέροντος που δείχνει ο πληθυσμός που έχει ενημερωθεί για περαιτέρω πληροφόρηση και της δυνατότητας αφομοίωσης των παρεχόμενων γνώσεων με τη μελέτη των ενημερωτικών φυλλαδίων που μοιράστηκαν^{46,47}.

Πριν από την παρέμβαση αρκετές γυναίκες πιστεύουν πως η μαστογραφία είναι επώδυνη και επικίνδυνη εξέταση, γεγονός που αναιρείται μετά από αυτήν. Έξι μήνες αργότερα το ποσοστό των γυναικών που δεν θεωρεί τη μαστογραφία επώδυνη και επικίνδυνη εξέταση παραμένει υψηλό. Τέλος, πριν γίνει η ενημέρωση πολλές γυναίκες δεν γνώριζαν κάθε πότε πρέπει να γίνεται η μαστογραφία. Αμέσως μετά, η πλειοψηφία των γυναικών απάντησε ότι

πρέπει να γίνεται κάθε δύο χρόνια, παρότι τόσο στη διάλεξη όσο και στο εποπτικό υλικό δόθηκε η πληροφορία ότι θα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο, σύμφωνα και με την American Cancer Society και το National Cancer Institute. Αυτό ίσως οφείλεται σε προηγούμενη γνώση που πιθανώς είχαν οι γυναίκες και γι' αυτό θα έπρεπε να έχει τονιστεί περισσότερο η χρησιμότητα εκτέλεσης της μαστογραφίας μια φορά το χρόνο. Έξι μήνες αργότερα σχεδόν όλες οι γυναίκες απαντούν πως πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο, γεγονός που δείχνει ότι μελέτησαν το φυλλάδιο που μοιράστηκε και αφομοίωσαν τις πληροφορίες που περιείχε^{14,15,16}.

Όπως προκύπτει και από τη βιβλιογραφία η παραδοσιακή μέθοδος αγωγής υγείας, μέσω των τεχνικών που χρησιμοποιεί (π.χ. διάλεξη, έντυπα), συμβάλλει σημαντικά στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στόχου, παρέχοντας γνώσεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας^{46,47,48}.

Η επόμενη ερώτηση αφορά στο **κόστος** που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης (το να εξετάζω τους μαστούς μου θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού). Πριν από την παρέμβαση οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν με την άποψη αυτή, στη συνέχεια όμως το μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνεί. Έξι μήνες αργότερα, το ποσοστό αυτό διατηρείται υψηλό. Σύμφωνα με το Μοντέλο Πεπιοθήσεων για την Υγεία όταν η σκέψη του κόστους της υγιούς συμπεριφοράς παύει να είναι κυρίαρχη, ενώ αντίθετα κυριαρχεί η στάση του ατόμου για διατήρηση της υγείας, το κίνητρο για δράση είναι πιο ισχυρό³⁷.

Οι επόμενες επτά ερωτήσεις αφορούν στη διερεύνηση της αλλαγής συμπεριφοράς, ως προς την υποβολή στις απαραίτητες εξετάσεις. Οι

ερωτήσεις αυτές απαντήθηκαν στην τελευταία φάση της έρευνας, δηλαδή έξι μήνες μετά από την παρέμβαση. Η πλειοψηφία των γυναικών έκανε αυτοψηλάφηση και συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό την έκανε κάθε μήνα. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που δεν έκαναν αυτοψηλάφηση, δηλώνουν ότι το αμέλησαν. Λίγο περισσότερες από τις μισές γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα έκαναν μαστογραφία και ψηλάφηση από ειδικό ιατρό. Από αυτές, το μεγαλύτερο ποσοστό πραγματοποίησε τις εξετάσεις 2-3 μήνες πριν από την τρίτη φάση της έρευνας. Οι πιο πολλές από τις γυναίκες που δεν έκαναν εξετάσεις ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 ετών, ενώ λιγότερες δηλώνουν ότι ντρέπονταν ή το αμέλησαν. Πολύ μικρά είναι τα ποσοστά εκείνων που απαντούν πως φοβήθηκαν, πίστευαν ότι δεν χρειάζεται ή επικαλέστηκαν οικονομικούς λόγους. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν αρνητικά για κακοήθεια, ενώ σε μικρότερο ποσοστό συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος ή επανάληψη σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Γενικά τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι παρόμοια με εκείνα άλλων ερευνών. Τα ποσοστά των γυναικών που ακολούθησαν την επιθυμητή συμπεριφορά πρόληψης κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα με άλλες μελέτες, ενώ οι ίδιοι λόγοι μη συμμόρφωσης αναφέρονται και σε αυτές^{47,49,50}.

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν την ενημέρωση. Όσο αυξάνεται η ηλικία παρατηρείται αύξηση των ορθών απαντήσεων (τιμή παρατηρούμενου επιπέδου σημαντικότητας

$P=0,03$), προφανώς επειδή σε μεγαλύτερες ηλικίες υπάρχει περισσότερο ενδιαφέρον για ενημέρωση. Στατιστικά σημαντική είναι η συσχέτιση μεταξύ **οικογενειακής κατάστασης** και σωστών απαντήσεων ($P=0,016$). Οι παντρεμένες δίνουν περισσότερες ορθές απαντήσεις σε σχέση με τις ανύπαντρες, τις χήρες ή τις διαζευγμένες. Όπως φαίνεται και από τη βιβλιογραφία, αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι αισθάνονται πιο υπεύθυνες. Το ίδιο ισχύει και για **εκείνες που έχουν παιδιά** ($P=0,007$). Το **μορφωτικό επίπεδο** εμφανίζει επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ποσοστό σωστών απαντήσεων ($P=0,004$). Έτσι, οι περισσότερο μορφωμένες δίνουν πιο πολλές σωστές απαντήσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία. Τέλος, στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ($P<0,001$) παρατηρείται μεταξύ των ποσοστών ορθών απαντήσεων των κατοίκων των **νομών Λακωνίας και Αρκαδίας**, αναφορικά με τις γνώσεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που προέρχονται από το νομό Λακωνίας φαίνεται να είναι πιο ενημερωμένες σε σχέση με εκείνες που προέρχονται από το νομό Αρκαδίας. Πιθανώς αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι στη Λακωνία έχουν γίνει και στο παρελθόν προσπάθειες ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού. Η επαναληπτική ενημέρωση του πληθυσμού έχει καλύτερα αποτελέσματα, σύμφωνα και με τη βιβλιογραφία^{47,48}.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση), μόνο τα 3 από τα 5 χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν την ενημέρωση:

- Οικογενειακή κατάσταση ($P=0,002$)
- Μορφωτικό επίπεδο ($P<0,001$)

- Νομός διαμονής ($P < 0,001$).

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη διαφορά του ποσοστού των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά την ενημέρωση:

- Οικογενειακή κατάσταση ($P = 0,005$)
- Αριθμός παιδιών ($P = 0,001$)
- Μορφωτικό επίπεδο ($P = 0,032$)
- Νομός διαμονής ($P < 0,001$)

Όσο λιγότερες ήταν οι γνώσεις πριν την ενημέρωση, τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση των γνώσεων μετά από αυτή.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση), μόνο τα 3 από τα 4 χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με τη διαφορά του ποσοστού των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά την ενημέρωση:

- Οικογενειακή κατάσταση ($P = 0,001$)
- Μορφωτικό επίπεδο ($P = 0,002$)
- Νομός διαμονής ($P < 0,001$).

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά τη διδασκαλία, σχετίζονταν με τη διενέργεια αυτοψηλάφησης μέσα στο εξάμηνο μετά τη διδασκαλία ($P < 0,001$). Φαίνεται ότι η πιθανότητα που έχει μια γυναίκα μεγαλύτερης ηλικίας να κάνει αυτοψηλάφηση, είναι πιο μεγάλη σε σχέση με μια άλλη μικρότερης ηλικίας. Οι

παντρεμένες προκύπτει ότι κάνουν αυτοψηλάφηση σχεδόν 13 φορές πιο συχνά σε σχέση με τις ανύπαντρες. Όμοια, αυτές που έχουν παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν αυτοψηλάφηση. Οι εργαζόμενες κάνουν αυτοψηλάφηση 11 περίπου φορές πιο συχνά, σε σύγκριση με τις άνεργες. Οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν σχεδόν 6 φορές περισσότερη πιθανότητα να κάνουν αυτοψηλάφηση σε σύγκριση με τις γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Οι γυναίκες που έχουν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 600 ευρώ, κάνουν περίπου 10 φορές πιο συχνά αυτοψηλάφηση, σε σχέση με εκείνες που έχουν μηνιαίο εισόδημα κάτω από 600 ευρώ. Η συχνότητα αυτοψηλάφησης των γυναικών που κατοικούν σε πόλεις είναι 10 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνη των κατοίκων των χωριών. Οι γυναίκες του νομού Λακωνίας έκαναν αυτοψηλάφηση σχεδόν 9 φορές συχνότερα σε σύγκριση με εκείνες του νομού Αρκαδίας. Τέλος, οι γυναίκες που είχαν προβλήματα υγείας εμφάνιζαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν αυτοψηλάφηση σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν προβλήματα υγείας.

Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από τη βιβλιογραφία, ιδιαίτερα αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και τον τόπο κατοικίας. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι οι παντρεμένες έχουν μεγαλύτερο αίσθημα ευθύνης και υιοθετούν ευκολότερα συμπεριφορές πρόληψης. Οι εργαζόμενες έχουν πιθανώς περισσότερες ευκαιρίες ενημέρωσης και αξιολόγησης της υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης. Τέλος οι γυναίκες που κατοικούν στην πόλη διαθέτουν καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν στην υγεία τους και έχουν πιο πολλές πιθανότητες να υιοθετήσουν μια σωστή συμπεριφορά πρόληψης^{47,49}.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και καμιά από τις διαφορές των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πριν και μετά την ενημέρωση, δε φάνηκε να έχει σχέση με τη διενέργεια αυτοψηλάφησης μέσα στο εξάμηνο μετά την ενημέρωση.

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τη διενέργεια μαστογραφίας μέσα στο εξάμηνο, μετά την ενημέρωση.

2.5 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αλλά και από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία μπορεί να επιτευχθεί αλλαγή στις γνώσεις, τις στάσεις και πεποιθήσεις των ατόμων αναφορικά με θέματα υγείας. Απελευθερώνεται έτσι το άτομο από την άγνοια και τη μοιρολατρία, αναπτύσσει την προσωπικότητά του και παίρνει υπεύθυνες αποφάσεις για τη ζωή του. Υποκινείται ώστε να υιοθετήσει υγιή συμπεριφορά και να προάγει την υγεία του^{44,45}.

Όπως φαίνεται από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της τελευταίας φάσης της έρευνας, η παρέμβαση είχε θετική επιρροή στην υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης. Σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς πραγματοποιείται όταν η διατήρηση της υγείας αποτελεί κυρίαρχη στάση του ατόμου και όχι απλή σκέψη³⁷.

Ο ρόλος της αγωγής υγείας έγκειται στην κινητοποίηση των ανθρώπων να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, υποδεικνύοντας τα ατομικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα μιας νέας συμπεριφοράς και στο να τους πείσει ότι η εφαρμογή αυτής της συμπεριφοράς είναι εφικτή. Κατά συνέπεια ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι χρήσιμο να ακολουθεί ένα σαφή συμπεριφορικό σκοπό^{37,44}.

Επειδή η αγωγή υγείας είναι μία διαδικασία ζωής, που έχει διάρκεια και συνέχεια, όλα τα προγράμματα είναι σωστό να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται με βάση αυτό το γνώμονα. Ακόμη κι όταν τα αποτελέσματα μιας

παρέμβασης είναι ενθαρρυντικά, πρέπει να εξασφαλίζεται η συνέχειά της και στο μέλλον⁴⁶.

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι πιο αποτελεσματικός όταν είναι κεντρικός. Ένα κεντρικό όργανο θα μπορούσε να εποπτεύει και να συντονίζει τις προσπάθειες που αναπτύσσονται σε όλα τα επίπεδα, ενώ ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, που έχουν περιορισμένες ευκαιρίες πρόσβασης σε τέτοια προγράμματα. Απαραίτητος είναι ο εντοπισμός των ιδιαιτεροτήτων κάθε ομάδας στόχου και κάθε γεωγραφικής περιοχής, η καταγραφή των προβλημάτων και η εκτίμηση των προτεραιοτήτων. Ρόλο σε αυτή τη διαδικασία μπορούν να παίξουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αλλά και η κινητοποίηση τοπικών συλλόγων, προκειμένου να βοηθήσουν στη διάδοση σημαντικών πληροφοριών για θέματα υγείας.

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Συμπληρώστε με ένα Χ το τετραγωνίδιο που ταιριάζει στα στοιχεία σας

Ηλικία.....ετών

Οικογ. Κατάσταση: Παντρεμένη Ανύπαντρη Χωρισμένη
Χήρα Διαζευγμένη

Παιδιά: κανένα Πόσα;

Έχετε θηλάσει; Ναι Όχι

Υπηκοότητα : Ελληνική Όχι Ελληνική

Επάγγελμα.....

Ασφαλιστικό Ταμείο.....

Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ναι Όχι

Γραμματικές γνώσεις:.....

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα:.....

Πόλη -περιοχή που διαμένετε.....

Νομός:.....

Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας:

Κανένα Ένα Δύο Περισσότερα

Έχετε άλλα προβλήματα υγείας; Σωματικά Ψυχικά

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ

1. Είμαι καλά στην υγεία μου, γι' αυτό δεν σκέπτομαι καθόλου ότι ίσως κάποτε παρουσιάσω καρκίνο του μαστού. Συμφωνώ Διαφωνώ
2. Όταν μαθαίνω ότι κάποια γνωστή μου παρουσίασε καρκίνο του μαστού, νομίζω πως ίσως συμβεί κάποτε και σε μένα. Συμφωνώ Διαφωνώ
3. Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του μαστού. Συμφωνώ Διαφωνώ
4. Κινδυνεύω να πάθω καρκίνο του μαστού:
Λιγότερο από άλλες γυναίκες Το ίδιο με άλλες γυναίκες Περισσότερο από άλλες γυναίκες
5. Όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού θα παρατηρούνται.
Συμφωνώ Διαφωνώ

6. Με την αυτοψηλάφηση μπορώ να ανακαλύψω ένα ογκίδιο πιο σύντομα απ' ό τι αν πήγαινα στο γιατρό μια φορά το χρόνο.

Συμφωνώ Διαφωνώ

7. Μου παίρνει πολύ ώρα να κάνω αυτοψηλάφηση. Συμφωνώ Διαφωνώ

8. Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά. Συμφωνώ Διαφωνώ

9. Νομίζω ότι δεν είμαι σε θέση να ψηλαφίσω μόνη μου ένα ογκίδιο. Συμφωνώ Διαφωνώ

10. Αν και πιστεύω ότι η αυτοψηλάφηση, η μαστογραφία και η ψηλάφηση από ειδικό γιατρό είναι χρήσιμες εξετάσεις, ντρέπομαι να τις κάνω. Συμφωνώ Διαφωνώ

11. Νομίζω ότι η αυτοψηλάφηση πρέπει να γίνεται:

Μία φορά το μήνα Μία φορά το τρίμηνο Μία φορά το εξάμηνο Μία φορά το χρόνο Δεν γνωρίζω

12. Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω. Συμφωνώ Διαφωνώ

13. Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση. Συμφωνώ Διαφωνώ

14. Νομίζω ότι η μαστογραφία και η ψηλάφηση από ειδικό γιατρό πρέπει να γίνονται: Μία φορά το χρόνο Μία φορά κάθε δύο χρόνια Μία φορά κάθε τρία χρόνια Δεν γνωρίζω

15. Το να εξετάζω τους μαστούς μου συχνά θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του μαστού. Συμφωνώ Διαφωνώ

16. Κάνετε αυτοψηλάφηση; Ναι Όχι

17. Αν ναι, πότε; Κάθε μήνα 2-3 φορές το τελευταίο εξάμηνο Μία φορά το τελευταίο εξάμηνο

18. Αν όχι γιατί; Φοβόμουν Πίστευα ότι δεν χρειάζεται Το αμέλησα

19. Κάνετε τη μαστογραφία και την ψηλάφηση από ειδικό ιατρό; Ναι Όχι

20. Αν ναι, πότε περίπου; Πριν 5-6 μήνες Πριν 2-3 μήνες Πριν ένα μήνα

21. Αν όχι γιατί; Φοβόμουν Ντρέπομαι Πίστευα ότι δεν χρειάζεται Το αμέλησα Το νοσοκομείο είναι μακριά Οικονομικοί λόγοι Άλλοι λόγοι - Ποιοι

22. Τα αποτελέσματα ήταν: Θετικά για κακοήθεια Αρνητικά για κακοήθεια Συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος Επανάληψη σε σύντομο χρονικό διάστημα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. 2^η έκδοση. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2004: 171-177.
2. Rosen PP. Breast Pathology. Philadelphia, Pennsylvania, Lippincott-Raven, 1997:195-205.
3. Αναστασιάδου Ο. Παθήσεις Μαστού, Ειδική Παθολογική Ανατομική (Συστηματική Παθολογία). Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1990: 516-530.
4. Δάβαρης Π και Μέλη ΔΕΠ Παθολογικής Ανατομικής. Ειδική Παθολογική Ανατομική. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 1994: 571-594.
5. Page DL. The woman at high risk for breast cancer. Surg Clin North Am 1996, 76:221-242.
6. Σέμογλου Χ. Γενική Χειρουργική. Κακοήθη νεοπλασμάτα μαστού. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2001: 800-806.
7. Bland KI, Vezeridis MP, Copeland EM, Schwartz SI. Principles of Surgery. 7th ed, London, McGraw- Hill, 1999, 399-533.
8. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002, 137:347–360.
9. Berg W, Gutierrez L. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MRI imaging in preoperative assessment of breast cancer Radiology 2004, 233(3):830-849.

10. Clayforth C, Fritschi L, McEvoy S, Byrne MJ, Wylie E, Threlfall T et al. Assessing the effectiveness of a mammography screening service. *ANZ J Surg.* 2005, 75(8):631-636.
11. Elmore JG, Reisch LM, Barton MB, Barlow WE, Rolnick S, Harris EL et al. Efficacy of breast cancer screening in the community according to risk level. *J Natl Cancer Inst* 2005, 97:1035–1043.
12. Vahabi M. Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care Women Int.* 2003, 24(9):773-793.
13. Gorini G, Zappa M, Miccinesi G, Paci E, Costantini AS. Breast cancer mortality trends in two areas of the province of Florence, Italy, where screening programmes started in the 1970s and 1990s. *Br J Cancer* 2004, 90:1780–1783.
14. Tabar L, Yen MF, Vitak B, Chen HT, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet* 2003, 361:1405–1410.
15. Morimoto T, Sasa M, Yamaguchi T, Kondo H, Akaiwa H, Sagara Y. Breast cancer screening by mammography in women aged under 50 years in Japan. *Anticancer Res.* 2000, 20(5C):3689-3694.
16. Ringash J, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. *CMAJ.* 2001, 164(4):469-476.
17. Mandelblatt J, Saha S, Teutsch S, Hoerger T, Siu AL, Atkins D et al. Cost Work Group of the U.S. Preventive Services Task Force. The

cost-effectiveness of screening mammography beyond age 65 years: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2003, 139(10):835-842.

18. Barratt AL, Les Irwig M, Glasziou PP, Salkeld GP, Houssami N. Benefits, harms and costs of screening mammography in women 70 years and over: a systematic review. *Med J Aust.* 2002, 176(6):266-271.
19. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA.* 2005, 293(10):1245-1256.
20. Olsen AH, Njor SH, Vejborg I, Schwartz W, Dalgaard P, Jensen MB et al. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *BMJ.* 2005, 330(7485):220.
21. Chamot E, Perneger TV. Misconceptions about efficacy of mammography screening: a public health dilemma. *J Epidemiol Community Health.* 2001, 55(11):799-803.
22. Chirikos TN, Christman LK, Hunter S, Roetzheim RG. Cost-effectiveness of an intervention to increase cancer screening in primary care settings. *Prev Med.* 2004, 39(2):230-238.
23. Russell H. Effectiveness: The Next Question for Breast Cancer Screening. *Journal of the National Cancer Institute.* 2005, 97(14):1021-1023.
24. Blanchard K, Colbert JA, Puri D, Weissman J, Moy B, Kopans DB et al. Mammographic screening: patterns of use and estimated impact on breast carcinoma survival. *Cancer.* 2004, 101(3):495-507.

25. Meissner HI, Rimer BK, Davis WW, Eisner EJ, Siegler IC. Another round in the mammography controversy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003, 12(3):261-276.
26. Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006, 15(1):45-51.
27. Heyes GJ, Mill AJ. The neoplastic transformation potential of mammography X rays and atomic bomb spectrum radiation. *Radiat Res*. 2004, 162(2):120-127.
28. Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet*. 1995, 346(8966):29-32.
29. Stout NK, Rosenberg MA, Trentham-Dietz A, Smith MA, Robinson SM, Fryback DG. Retrospective cost-effectiveness analysis of screening mammography. *J Natl Cancer Inst*. 2006, 98(11):774-782.
30. Salkeld G, Gerard K. Will early detection of breast cancer reduce the costs of treatment? *Aust J Public Health*. 1994, 18(4):388-393.
31. Morris AM, Flowers CR, Morris KT, Schmidt WA, Pommier RF, Vetto JT. Comparing the cost-effectiveness of the triple test score to traditional methods for evaluating palpable breast masses. *Med Care*. 2003, 41(8):962-971.
32. Renton SC, Garet JC, Ford HT . The importance of the resection margin in conservative surgery for breast cancer. *European Journal of Oncology* 1996, 22 (1): 17-22.

33. Horst KC, Smitt MC, Goffinet DR, Carlson RW. Predictors of local recurrence after breast-conservation therapy. *Clinical Breast Cancer* 2005, 5 (6): 425-438.
34. Newman LA, Kuerer HM. Advances in breast conservation therapy. *J. Clin Oncol* 2005, 23: 1685-1697.
35. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005, 366: 2087-2106.
36. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005, 365:1687–1717.
37. Ogden J. *Health Psychology. A textbook.* 2nd edition Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 2000: 23-26.
38. Shen Y, Yang Y, Inoue LY, Munsell MF, Miller AB, Berry DA. Role of detection method in predicting breast cancer survival: analysis of randomized screening trials. *J Natl Cancer Inst.* 2005, 97(16):1195-1203.
39. Haakenson CP, Vickers KS, Cha SS, Vachon CM, Thielen JM, Kircher KJ et al. Efficacy of a simple, low-cost educational intervention in improving knowledge about risks and benefits of screening mammography. *Mayo Clin Proc.* 2006, 81(6):783-791.
40. Asghari A, Nicholas MK. Pain during mammography: the role of coping strategies. *Pain.* 2004, 108(1-2):170-179.

41. Attia AK, Abdel-Rahman DAM, Kamel LI. Effect of an educational film on the Health Belief Model and breast self-examination practice. Eastern Mediterranean Health Journal. 1997, 3(3): 435-443.
42. Medical Outcomes Trust. Trust introduces new translation criteria. Medical Outcomes Trust. Bulletin 1997, 5: 1-4.
43. Λιονής Χ. Χρήση διαγνωστικών κλιμάκων και εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 31^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 2005: 67-68.
44. Staten LK, Gregory-Mercado KY, Ranger-Moore J, Will JC, Giuliano AR, Ford ES et al. Provider counseling, health education and community health workers: the Arizona WISEWOMAN project. J Women's Health (Larchmt). 2004, 13(5):547-556.
45. Petersen WO, Trapp MA, Sellers TA, Nicometo AM, Kaur JS. Evaluation of a training program to prepare community health representatives to promote breast and cervix cancer screening among native american women. J Cancer Educ. 2004, 19(4):237-243.
46. Aydemir G, Sogukpinar N, Turkistanli EC. Prevention and health education: how recent advances in the science and art of health education have applied in practical ways within medical and other settings for prevention and public health. Asian Pac J Cancer Prev. 2003, 4(1):71-74.
47. Mayo RM, Sherrill WW, Crew L, Watt P, Mayo WW. Connecting rural African American and Hispanic women to cancer education and

screening: the Avon Health Connector project. *J Cancer Educ.* 2004, 19(2):123-126.

48. Darling CM, Nelson CP, Fife RS. Improving breast health education for Hispanic women. *J Am Med Women's Assoc.* 2004, 59(3):171,228-229.

49. Mayo RM, Ureda JR, Parker VG. Importance of fatalism in understanding mammography screening in rural elderly women. *J Women Aging.* 2001, 13(1):57-72.

50. Hansen LK, Feigl P, Modiano MR, Lopez JA, Esvobedo Sluder S, Moinpour CM. An educational program to increase cervical and breast cancer screening in Hispanic women: a Southwest Oncology Group study. *Cancer Nurs.* 2005, 28(1):47-53.

ABSTRACT

Early breast cancer diagnosis and early detection of breast abnormalities afford a better chance of survival and better quality of life.

The aim of the present research is to inform women in Arcadia and Lakonia region, using a traditional health education method, in order to promote the practice of mammography, breast self-examination and examination by a specialist.

The sample consisted of 300 women in Arcadia and Lakonia region.

The method used is based on the Health Belief Model and the techniques used are: a lecture held in women's clubs in the above mentioned prefectures, using the Power Point computer programme as a visual reinforcer and leaflets' distribution. The leaflets are published by the Ministry of Health and Welfare. In order to evaluate the immediate result of the intervention (change of knowledge, beliefs and attitudes) a specific questionnaire, based on Health Belief Model, was given to the women before lecture and immediately afterwards. The same questionnaire was administered six months later in order to identify the long term impact of the intervention, with 7 questions added, to investigate the change of the behavior.

Findings showed that knowledge, beliefs and attitudes to breast cancer were positively influenced by the intervention. Six months later, a positive influence was observed, regarding the women's health behavior. 90,40% practiced breast self-examination and 73,90% practiced it once a month. 55,10%

practiced mammography and examination by a specialist. 68% of the women that didn't practiced the exams, were under 35 years old, 13,10% were embarassed and very low rates answered that didn't practice the exams, because they were afraid, they thought that it was useless or for financial reasons.