



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Η Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού και του Τραχήλου της Μήτρας σε
ένα Αγροτικό Πληθυσμό της Κρήτης: ελλείψεις και δυνατότητες στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ευαγγελία Παναγουλοπούλου
Γενικός Ιατρός

Επιβλέπων Καθηγητής: Αν. Φιλαλήθης
Συνεπιβλέποντες Καθηγητές: Αντ. Μακρυγιαννάκης, Η. Σανιδάς

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

Επιβλέπων Καθηγητής

Αν. Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής
Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Συνεπιβλέποντες Καθηγητές

Αντ. Μακρυγιαννάκης, Καθηγητής Μαιευτικής -
Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Η. Σανιδάς, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Μέλη Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Φιλαλήθης Αναστάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Αρχών Προγραμματισμού Υγείας

Μακρυγιαννάκης Αντώνης, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας

Σανιδάς Ηλίας, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σαμώνης Γεώργιος, Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας

Τόσκα Ανδρονίκη, Καθηγήτρια Δερματολογίας

Χατζή Βαΐα-Λήδα, Λέκτορας Επιδημιολογίας – Διατροφής

Σύντομο Βιογραφικό

Η Ευαγγελία Παναγουλοπούλου γεννήθηκε στην Αθήνα το 1974. Το 1999 αποφοίτησε από την Ιατρική του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 2006 απέκτησε τον τίτλο ειδικότητας Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Έχει συμμετάσχει σε μεγάλο αριθμό συνεδρίων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Στο ακαδημαϊκό έτος 2005-2006 παρακολούθησε με επιτυχία το πρόγραμμα Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής του ΕΚΑΒ Ηρακλείου Κρήτης. Το 2010 ολοκλήρωσε την έρευνά της με αντικείμενο τις πρακτικές πρόληψης των γυναικών της υπαίθρου σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, στην οποία βασίστηκε η παρούσα Διδακτορική Διατριβή.

Στο διάστημα 2006-2009 εργάστηκε στο Κέντρο Υγείας Μοιρών του νομού Ηρακλείου, αρχικά ως Επικουρικός Ιατρός και, έπειτα, ως Επιμελήτρια Β΄ Γενικής Ιατρικής. Από το 2009 μέχρι σήμερα, ζει και εργάζεται στη Μεγαλόπολη Αρκαδίας, όπου απασχολείται στο ιδιωτικό της ιατρείο.

e-mail: panagouloupoulou@yahoo.com

Περιεχόμενα

Αντί Προλόγου.....	I
Συντμήσεις.....	IV
Περίληψη.....	V
Abstract.....	VIII
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
1. Η σημασία της Πρόληψης στην αντιμετώπιση του Καρκίνου - ο Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	1
2. Επιδημιολογικά δεδομένα και Παράγοντες Κινδύνου για τον Καρκίνο του Μαστού και τον Καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας.....	3
3. Η Πρόληψη για τον Καρκίνο του Μαστού και του Τραχήλου της μήτρας.....	6
3.1 Τι είναι η Διαλογή (10, 12-14) (<i>Screening</i>).....	6
3.2 Η σημασία της διαλογής με Εξέταση Παπανικολάου στην Πρόληψη του Καρκίνου του Τραχήλου της μήτρας.....	8
3.3 Η σημασία της διαλογής με Μαστογραφία στην Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού.....	9
4. Η Διαλογή για τον Καρκίνο με Εξέταση Παπανικολάου και Μαστογραφία στην κλινική πράξη – Ο ρόλος των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. .	11
4.1 Η Διαλογή για τον Καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας και τον Καρκίνο του Μαστού στην Ελλάδα.....	13
5. Στόχοι Παρούσας Έρευνας.....	15
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	18
1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	18
1.1 Αδρή Περιγραφή του Πληθυσμού, των Μεθόδων και των Στόχων στις έρευνες της βιβλιογραφίας.....	18
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση της Εξέτασης Παπανικολάου και της Μαστογραφίας από τις γυναίκες.....	19
1.3 Ο ρόλος των Γενικών γιατρών και των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προαγωγή της πρόληψης με τεστ ΠΑΠ και μαστογραφία	23
1.4 Συμπεράσματα.....	25
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	27
2.1 Τόπος – Χρόνος Διεξαγωγής.....	27
2.2 Πληθυσμός - Δειγματοληψία.....	27
2.3 Σχεδιασμός – Ερευνητικά Εργαλεία.....	28
2.4 Μέθοδος.....	30
2.5 Στατιστική Ανάλυση.....	31
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	33

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ από τις γυναίκες του δείγματος.....	33
3.2 Συχνότητα, Λόγοι υποβολής σε εξέταση Παπανικολάου και Γνώσεις των γυναικών σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου	33
3.3 Παράγοντες που καθορίζουν την Ευκαιριακή ή την Ορθή Πρόληψη του Καρκίνου του τραχήλου με εξέταση Παπανικολάου	34
3.4 Συχνότητα, Λόγοι υποβολής σε Κλινική εξέταση μαστών και Μαστογραφία - Γνώσεις των γυναικών σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού ...	35
3.5 Παράγοντες που καθορίζουν την Ευκαιριακή ή την Ορθή Πρόληψη του Καρκίνου του μαστού με μαστογραφία.....	37
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	39
4.1 Η Επίδραση της Ηλικίας στο επίπεδο των γνώσεων και τις πρακτικές πρόληψης	39
4.2 Η Επίδραση του Επιπέδου Γνώσεων και της Παρουσίας συμπτωμάτων στις πρακτικές πρόληψης.....	40
4.3 Η Επίδραση των Κοινωνικών χαρακτηριστικών και της Κατάστασης υγείας στις πρακτικές πρόληψης.....	41
4.4 Η Επίδραση των Γιατρών και των Γενικών Γιατρών ΠΦΥ στις πρακτικές πρόληψης	42
4.5 Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της παρούσας έρευνας.....	45
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	47
Επίλογος	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	51
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	52
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ	53
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	55
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	69
Πίνακας 1. Διάκριση των γυναικών με βάση τη συχνότητα χρήσης των εξετάσεων πρόληψης του καρκίνου	70
Πίνακας 2. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος με βάση την ηλικία	71
Πίνακας 3. Αυτοαναφερόμενη υγεία και Χρήση υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες του δείγματος με βάση την ηλικία	72
Πίνακας 4. Συχνότητα και Λόγοι υποβολής σε εξέταση Παπανικολάου σε σχέση με την ηλικία (n=120).....	73
Πίνακας 5. Ερωτηματολόγιο γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου – Οι απαντήσεις των γυναικών με βάση την ηλικία.....	74
Πίνακας 6. Αδρόι Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σε σχέση με δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	75

Πίνακας 7. Αδρού Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σε σχέση με την Αυτοαναφερόμενη υγεία, τις Γνώσεις και τη Χρήση των υπηρεσιών υγείας	76
Πίνακας 8. Σταθμισμένοι Σχετικοί Λόγοι (Adjusted ORs) για τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σε σχέση με τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά πρόληψης	77
Πίνακας 9. Συχνότητα και λόγοι υποβολής σε Κλινική Εξέταση Μαστών σε σχέση με την ηλικία (n=120)	78
Πίνακας 10. Συχνότητα και λόγοι υποβολής σε Μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία	79
Πίνακας 11. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού– Οι απαντήσεις των γυναικών με βάση την ηλικία	80
Πίνακας 12. Αδρού Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού σε σχέση με τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά και την Κατάσταση υγείας	81
Πίνακας 13. Αδρού Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις Γνώσεις και τη Χρήση των υπηρεσιών υγείας	82
Πίνακας 14. Σταθμισμένοι Σχετικοί Λόγοι (Adjusted ORs) για τις πρακτικές πρόληψης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά πρόληψης	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΟ ΑΡΘΡΟ	92
ΑΡΘΡΟ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝ ΠΡΟΣ ΚΡΙΣΗ.....	100

Αντί Προλόγου

Η πρόληψη αποτελεί βασικό στόχο κατά την άσκηση της ιατρικής από το Γενικό Γιατρό, αλλά και κύρια επιδίωξη των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά σε παθήσεις απειλητικές για τη ζωή, όπως ο καρκίνος. Η πρόληψη του καρκίνου απαιτεί αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής, περιοδικό έλεγχο με εξετάσεις για έγκαιρη διάγνωση, αλλά και αλλαγές στο φυσικό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να μειωθεί η έκθεση σε παράγοντες που δυνητικά προάγουν την καρκινογένεση. Αν και η αιτιολογία της νόσου έχει γενετικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνιστώσες, το αίτημα των ασθενών και η σύσταση των γιατρών για πρόληψη συχνά απλουστεύεται στην κλινική πράξη: περιορίζεται στην κατανάλωση ενός «πακέτου εργαστηριακών εξετάσεων» χωρίς αποδεδειγμένο όφελος για την ανίχνευση νεοπλασιών σε στάδιο όπου η θεραπεία μπορεί να βελτιώσει το προσδόκιμο επιβίωσης ή την ποιότητα ζωής.

Η εμπειρία αυτή διαμόρφωσε το κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Η εξέταση Παπανικολάου και η μαστογραφία είναι δοκιμασίες διαλογής με κατοχυρωμένο όφελος ως προς τη μείωση της θνητότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού. Στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που υπάρχουν στις κωμοπόλεις και τις αγροτικές περιοχές της Ελλάδας (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία), μπορεί να γίνουν τεστ ΠΑΠ, κλινική εξέταση μαστών, παραπομπή για μαστογραφία, καθώς και ενημέρωση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο. Επιπλέον, στην Κρήτη και ιδιαίτερα στο νομό Ηρακλείου, η πλειονότητα των δομών ΠΦΥ στελεχώνονται από ειδικευμένους γιατρούς Γενικής Ιατρικής, οι οποίοι αναμένεται να έχουν τη γνώση και τον απαραίτητο προσανατολισμό για την προαγωγή υγείας στην κοινότητα. Παρ' όλα αυτά, ο ρόλος της ΠΦΥ αναφορικά με την πρόληψη φαίνεται πως περιορίζεται από πολλαπλά οικονομικά ή οργανωτικά προβλήματα. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των Γενικών Γιατρών ως προς τη διαλογή για τον καρκίνο στις γυναίκες, θα μπορούσε να αναδείξει ορισμένα από αυτά, καθώς και να προβάλει τις δυνατότητες που υπάρχουν για την εφαρμογή πρόληψης του καρκίνου στον ελληνικό πληθυσμό μέσα από την ΠΦΥ.

Κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή του πρωτοκόλλου για την παρούσα μελέτη υπήρξαν αρκετές δυσκολίες. Τα προβλήματα αυτά θα ήταν αδύνατο να

ξεπεραστούν χωρίς τη βοήθεια συναδέλφων , στους οποίους οφείλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και τις θερμές ευχαριστίες μου: στον Καθηγητή μου, κ. Α. Φιλαλήθη, το δάσκαλο που με επιμονή και μέθοδο με καθοδήγησε στο δρόμο της Έρευνας. Στους συνεπιβλέποντες καθηγητές κ. Σανιδά και κ. Μακρυγιαννάκη, οι οποίοι συνέβαλαν καθοριστικά με τις επιστημονικές παρατηρήσεις και με τις πρακτικές συμβουλές τους στον ορθό σχεδιασμό του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Στο στατιστικό και φίλο μου Θ. Αλεγκάκη, για την πολύτιμη συμβολή του στην επεξεργασία των δεδομένων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Στον Παλαιστίνιο Καθηγητή Βιολογίας Δρ. Tayser Abu Mourad, που παρά τις αντιξοότητες με τον πόλεμο στην πατρίδα του, ανέλαβε να ολοκληρώσει ένα τμήμα της στατιστικής ανάλυσης. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κοινωνικό Λειτουργό κ. Μ. Μουδάτσου και τους υπαλλήλους του Δήμου Γοργολαΐνη, που βοήθησαν στον εντοπισμό των γυναικών του δείγματος, τους καθηγητές Αγγλικής κ. Κ. Φωστιέρη και κ. Ευ. Παύλου, που συνέβαλαν στη μετάφραση του Ερωτηματολογίου, καθώς και τους κ. Κ. Κουτεντάκη και κ. Ειρ. Κοζορώνη, για τη συμμετοχή τους στην πιλοτική μελέτη του Ερωτηματολογίου.

Αφιερώνεται στον Ηλία και τη Θάλεια (γονείς μου)

Συντμήσεις

ΠΦΥ = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

CI = Confidence Intervals

GP = General Practitioner

OR = Odds Ratios

PHC = Primary Health Care

Περίληψη

Απέναντι στην αναμενόμενη αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου κατά τον 21^ο αιώνα, η εφαρμογή πρόληψης στην κοινότητα μέσα από στρατηγικές δημόσιας υγείας είναι στην πρώτη γραμμή άμυνας. Για τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η έγκαιρη διάγνωση μέσα από οργανωμένα προγράμματα διαλογής (screening) με μαστογραφία και εξέταση Παπανικολάου, είναι δυνατό να οδηγήσει σε μείωση της θνητότητας μέχρι 30% και 60%, αντίστοιχα. Ο Γενικός Γιατρός στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) κατέχει ιδιαίτερο ρόλο στην προαγωγή της διαλογής, αφού στα περισσότερα συστήματα υγείας είναι ο πρώτος γιατρός με τον οποίο έρχονται σε επαφή οι ασθενείς, ενώ παράλληλα παρακολουθεί διαχρονικά τον πληθυσμό για το σύνολο σχεδόν των προβλημάτων υγείας. Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα η σύσταση για εξέταση Παπανικολάου και μαστογραφία γίνεται σε ευκαιριακή βάση, ενώ η ανάπτυξη της ΠΦΥ περιορίζεται από πολλαπλά οικονομικά και οργανωτικά προβλήματα.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα έρευνα επιχειρεί να εκτιμήσει τις πρακτικές των γυναικών ενός αγροτικού πληθυσμού σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου κατά τη διάρκεια των έξι προηγούμενων ετών, καθώς και να αξιολογήσει τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά πρόληψης, με έμφαση στην επίδραση των Γενικών Γιατρών ΠΦΥ.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου δεν αφορά ισότιμα όλες τις κοινωνικές ομάδες, αλλά επηρεάζεται αρνητικά από παράγοντες όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η έλλειψη ασφάλισης κ.α. Ο ρόλος των Γενικών Γιατρών είναι καθοριστικός, καθώς η παραπομπή για εξέταση, η τακτική παρακολούθηση στην ΠΦΥ και η χρήση συστημάτων υπενθύμισης έχουν αναδειχθεί ανάμεσα στους πλέον ισχυρούς παράγοντες θετικής συσχέτισης με τη χρήση τόσο του τεστ ΠΑΠ όσο και της μαστογραφίας.

Η παρούσα έρευνα είναι μια έρευνα πεδίου που έλαβε χώρα το 2006 σε τυχαίο δείγμα 120 γυναικών 35-75 ετών, που κατοικούν μόνιμα στην περιοχή του Δήμου Γοργολαΐνη στο νομό Ηρακλείου. Το ποσοστό ανταπόκρισης (Response Rate) ήταν 97,5%. Η μελέτη διεξάχθηκε μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις, οι οποίες βασίστηκαν σε Ερωτηματολόγιο 65 ερωτήσεων με προ-κωδικοποιημένες απαντήσεις, που διαμορφώθηκε με βάση προηγούμενα σταθμισμένα εργαλεία για το σκοπό της

παρούσας έρευνας. Οι ερωτήσεις αναφέρονταν στη συχνότητα υποβολής κατά τα τελευταία 6 έτη σε τεστ ΠΑΠ, κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία (εξαρτημένες μεταβλητές), καθώς και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην περιοχή, το ιατρικό ιστορικό και τις γνώσεις για την πρόληψη του καρκίνου (ανεξάρτητες μεταβλητές). Οι ορισμοί για την ευκαιριακή και την ορθή πρόληψη τέθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου του 2003. Για την επεξεργασία των δεδομένων, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ηλικιακές ομάδες, >55 και ≤55 ετών, με βάση τη διάμεσο τιμή του ηλικιακού εύρους. Με απλή και πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση υπολογίστηκαν οι αδροί και οι σταθμισμένοι σχετικοί λόγοι (ORs), με διαστήματα εμπιστοσύνης 95%. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0, ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

Η πλειονότητα των γυναικών του δείγματος είναι απόφοιτοι του Δημοτικού σχολείου (60,8%) και ασχολούνται/αν με τη γεωργία (68,3%), ενώ στο σύνολο έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Λιγότερο από το ήμισυ του δείγματος έχουν επισκεφθεί στο τελευταίο έτος τα ιατρεία ΠΦΥ για λόγους πρόληψης. Σε σχέση με τη χρήση του τεστ ΠΑΠ, 73,3% των γυναικών έχουν εξεταστεί έστω μία φορά και 40,8% εξετάζονταν σύμφωνα με τις οδηγίες στα τελευταία 6 χρόνια. Ως προς την πρόληψη του καρκίνου του μαστού με κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, τα ποσοστά των γυναικών που έχουν εξεταστεί έστω 1 φορά ήταν 55,8% και 50,0% αντίστοιχα, και εκείνων που εξετάζονταν στα τελευταία 6 έτη σύμφωνα με τις οδηγίες, ήταν 17,5% και 13,0% αντίστοιχα. Η πλειονότητα των γυναικών που δεν έχουν εξεταστεί ποτέ με μαστογραφία ή τεστ ΠΑΠ, αναφέρουν ως κύριο λόγο την απουσία σχετικής συμπτωματολογίας, ενώ στις ερωτήσεις γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου, οι νεότερες γυναίκες απαντούν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό.

Καμία παράμετρος σχετιζόμενη με τις επισκέψεις στην ΠΦΥ (επισκέψεις για πρόληψη, επείγοντα ή έκτακτα περιστατικά, σταθερή επικοινωνία με Γενικό Γιατρό κ.α.) δεν επηρεάζει τη συμπεριφορά πρόληψης αναφορικά με τον καρκίνο. Από την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση προκύπτει ότι η χρήση του τεστ ΠΑΠ σύμφωνα με τις οδηγίες συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία >55ετών (OR=0,13, 95%CI:0,05-0,40), ενώ επηρεάζεται θετικά από το ατομικό ιστορικό με γυναικολογικά συμπτώματα (OR=11,27, 95%CI:3,35-37,97) και την ενημέρωση από γιατρό για την HPV λοίμωξη (OR=14,24, 95%CI:1,25-162,60). Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που εξετάζονταν ευκαιριακά, σε σύγκριση με όσες δεν έκαναν ποτέ τεστ ΠΑΠ, έχουν

μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι νεότερες (OR=0,13, 95% CI:0,02-0,88), έγγαμες (OR=6,97, 95% CI:1,00-48,47), με ιστορικό γυναικολογικών συμπτωμάτων (OR=3,46, 95% CI:1,01-11,88), και καλύτερη βαθμολογία στις ερωτήσεις γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου (OR=1,49, 95% CI:1,09-2,02). Ως προς τον καρκίνο του μαστού, οι παράγοντες που καθορίζουν αν μια γυναίκα έχει ποτέ κάνει πρόληψη είναι η εκπαίδευση από γιατρό στην αυτοεξέταση μαστών (OR=5,90, 95% CI: 2,19-15,88), καθώς και η καλή βαθμολογία στις ερωτήσεις γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (OR= 1,44, 95% CI:1,18-1,76). Εκείνες που έχουν κάνει κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία με βάση τις οδηγίες στα τελευταία 6 έτη, έχουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να είναι ≤ 55 ετών (OR= 0,05, 95% CI:0,01-0,31), να έχουν διδαχθεί από γιατρό την αυτοεξέταση μαστών (OR= 7,69, 95% CI:1,36-43,49), καθώς και να έχουν ρωτηθεί από γιατρό σχετικά με το οικογενειακό αναμνηστικό για καρκίνο (OR= 8,02, 95% CI:1,92-33,51).

Συμπερασματικά, η πρόληψη του καρκίνου στις γυναίκες γίνεται ως επί το πλείστον ευκαιριακά και χωρίς τη συμμόρφωση με τις οδηγίες. Ο ρόλος των Γενικών Γιατρών ΠΦΥ στην προαγωγή της έγκαιρης διάγνωσης είναι περιορισμένος. Αν και δεν παρατηρούνται ανισότητες στις πρακτικές πρόληψης των γυναικών που να σχετίζονται με το είδος της απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης ή την οικονομική κατάσταση, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν μειωμένη πιθανότητα να εξετάζονται τακτικά με τεστ ΠΑΠ και μαστογραφία. Οι συμμετέχουσες της νεότερης ηλικιακής ομάδας έχουν καλύτερο επίπεδο γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου, ωστόσο, η πλειονότητα του δείγματος δεν έχει κατανοήσει επαρκώς τον προληπτικό και όχι διαγνωστικό ρόλο του τεστ ΠΑΠ και της μαστογραφίας. Παρ' όλα αυτά, οι γυναίκες που ενημερώθηκαν και είχαν μια συγκεκριμένη προσέγγιση από γιατρό σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου, παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερη συμμόρφωση με τις οδηγίες για screening.

Χρειάζεται κεντρικός σχεδιασμός για την τήρηση Αρχείων Καρκίνου και την οργάνωση προγραμμάτων διαλογής σε εθνικό επίπεδο. Η ενίσχυση των υποδομών στην ΠΦΥ και η κατάλληλη εκπαίδευση των Γενικών Γιατρών στην άσκηση πρόληψης, αποτελούν προϋπόθεση για ένα μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, καθώς και για τη αποτελεσματική εφαρμογή των παρεμβάσεων screening στην κοινότητα.

Abstract

Prevention exercise with the application of public health strategies in the community is at the first line of human defense against the expected increase in cancer incidence in the 21st century. For breast and cervical cancer, the early detection through organized screening with mammography and Papanicolaou smear can result in a decline of mortality rates by up to 30% and 60%, respectively. General Practitioners (GPs) in Primary Health Care (PHC) have a great role in promoting cancer screening, since they are the first to contact the patients in most health care systems and, additionally, they manage most of people's health problems on a long-term basis. In Greece, however, Pap testing and mammography are recommended opportunistically, while a full-development of PHC is limited by several financial and organizational impediments.

In this context, the present study aims to explore the cancer prevention practices of Greek women in a rural population within the period of the previous six years, as well as to evaluate the factors which determine the women's screening-related behavior, with emphasis on the impact of GPs.

Previous studies in literature have shown that the benefits from the early detection of breast and cervical cancer do not equally concern all social groups; low income, a low educational level or the lack of insurance coverage are negatively associated with screening practices. In contrast, attendance in Primary Care, a GP's referral and the use of reminder systems in primary care practices have been pointed out among the strongest predictors of women's compliance with the recommendations for cervical and mammographic screening.

The present study is a field survey which took place in 2006 in a random sample of 120 women 35-75 years who live in Gorgolaini Municipality, a rural region of Cretan island. The Response Rate was 97.5%. The survey was conducted through personal interviews with a 65-item-questionnaire with pre-coded answers, that was formed based on previously validated tools for the purpose of the present study. The collected data were about the women's screening practices with Pap smear, clinical breast exam and mammography within the previous six years (dependent variables), as well as the women's demographic characteristics, use of PHC in the area, medical history and knowledge about cancer prevention (independent variables). The definitions for the opportunistic or adequate screening were put according to the

guidelines of the American Cancer Society 2003. For data analysis the women were divided into two age groups based on the mid-point of the sample (>55 and ≤55yrs). Crude and adjusted Odds Ratios with 95% Confidence Intervals (CIs) were estimated by using single and multiple logistic regression analysis. SPSS 17.0 was used for statistical analysis and the significance level was set at 5%.

The majority of the women in the sample are primary school graduates (60.8%), and work/have worked in farming activities (68.3%), while the total have insurance coverage. Less than half of the sample (38.3%) have visited the PHC practices for prevention uptake within the previous year. Regarding cervical cancer screening, 73.3% of the women have at least once had a Pap smear and 40.8% were adequately screened within the last six years. In terms of breast cancer prevention, 55.8% and 50.0% of the women have at least once been screened with clinical breast exam and mammography respectively, while 17.5% and 13.0% were adequately screened with a clinical breast exam or a mammogram during the previous six years, respectively. The majority of the women who have never got screened considered the absence of any relevant symptoms as the major reason for noncompliance. On the other hand, the women in the younger age group, compared with those >55years, have a greater likelihood of giving correct answers at the questions of knowledge about cancer prevention.

The women's cancer screening behavior is not influenced by any of the variables related to the use of the Primary Care services in the area (health visits for prevention, chronic diseases or emergencies, the availability of a doctor to consult regularly, etc). The results of the multiple regression analysis show that Pap screening based on guidelines within the previous six years is negatively associated with age >55years (OR=0.13, 95%CI:0.05-0.40) and positively related to a history of gynecological symptoms (OR=11.27, 95%CI: 3.35-37.97) and a knowledge acquired by a physician about the HPV infection (OR=14.24, 95%CI: 1.25-162.60). On the other hand, women who got screened opportunistically, in comparison with those who never got screened, are more likely to be younger (OR=0.13, 95%CI: 0.02-0.88), married (OR=6.97, 95%CI: 1.00-48.47) with a history of gynecological symptoms (OR=3.46, 95%CI: 1.01-11.88) and a good knowledge score about cervical cancer prevention (OR=1.49, 95%CI: 1.09-2.02). In regard to breast cancer, having ever been screened is related to a knowledge acquired by a physician about how to do a breast self exam (OR=5.90, 95%CI: 2.19-15.88) and a good knowledge score about breast

cancer prevention (OR=1.44, 95%CI: 1.18-1.76). Finally, the women in the younger age group, those who were shown by a physician how to do a breast self exam and those who were questioned by a doctor about a family history of cancer are more likely to adhere in the breast screening guidelines with clinical breast exam and mammography (OR=0.05, 95%CI: 0.01-0.31, OR=7.69, 95%CI: 1.36-43.49, OR=8.02, 95%CI: 1.92-33.51, respectively).

In conclusion, cancer prevention in women is mostly practiced on an opportunistic basis, without compliance to screening recommendations. GPs in Primary care have a limited role in promoting cancer early detection. Although no screening-related disparities are observed regarding the women's main occupation, income or educational level, women >55 years have a decreased likelihood of getting regularly screened with a Pap smear, a clinical breast exam or a mammogram. Women ≤55 years have an above average level of knowledge in regard to cancer prevention, however, the majority of the sample have not sufficiently understood the preventive (and non diagnostic) role of screening. Nevertheless, the women who had a gender –specific preventive approach by a physician have a better compliance to regular screening for both breast and cervical cancer.

A multi-level planning is needed for the creation of a Cancer Registry and the establishment of a nation-wide organized screening program for the early detection of cancer in Greece. GPs' training in prevention exercise as well as the development of sufficient infrastructure in Primary Care are necessary for the effective implementation of screening interventions in the community.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η σημασία της Πρόληψης στην αντιμετώπιση του Καρκίνου - ο Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στον 21^ο αιώνα ο καρκίνος τείνει να αποτελέσει τη συχνότερη αιτία θανάτου, ξεπερνώντας ακόμη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (1). Μέχρι το 2020 τα ποσοστά καρκίνου παγκόσμια δυνητικά θα αυξηθούν έως και 50%, φτάνοντας τους 15 εκατομμύρια πάσχοντες, τάση η οποία εξηγείται από παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η υιοθέτηση ανθυγιεινών τρόπων διαβίωσης κ.α.(2). Στην Παγκόσμια Αναφορά για τον Καρκίνο (*World Cancer Report*), της Διεθνούς Αντιπροσωπείας Έρευνας του Καρκίνου (*IARC, International Agency for Research on Cancer*), οι ειδικοί κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου σε κυβερνήσεις και επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να ληφθούν μέτρα δημόσιας υγείας ικανά να αναχαιτίσουν την προβλεπόμενη αύξηση. Για το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των Ηνωμένων Πολιτειών (*National Cancer Institute NCI*) η πρόληψη είναι στην πρώτη γραμμή άμυνας (3). Συνίσταται τόσο στην κατανόηση και τροποποίηση συμπεριφορών που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (πρωτογενής πρόληψη) όσο και στη διακοπή της διαδικασίας καρκινογένεσης μέσα από την έγκαιρη ανίχνευση και ιατρική παρέμβαση σε πρώιμο στάδιο (δευτερογενής πρόληψη). Με τις σύγχρονες γνώσεις, τεχνολογίες και στρατηγικές ελέγχου θα ήταν δυνατό να γίνει πρόληψη για μέχρι και ένα τρίτο των κακοήθων νεοπλασιών, εφ' όσον τεθούν στόχοι όπως η μείωση του καπνίσματος, η διάδοση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, καθώς και η έγκαιρη διάγνωση μέσα από προγράμματα διαλογής (*screening*), ιδιαίτερα για τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (2).

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ο Γενικός ή Οικογενειακός γιατρός κατέχει ιδιαίτερο ρόλο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στον πληθυσμό. Στα περισσότερα συστήματα υγείας είναι ο πρώτος γιατρός που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή για οποιοδήποτε υποκειμενικό ενόχλημα ή σύμπτωμα, ανεξάρτητα από ηλικία ή φύλο (4). Έχει αναφερθεί ότι περισσότεροι από 80% των ασθενών με συμπτώματα οφειλόμενα σε κακοήθεις νεοπλασίες επισκέφθηκαν για πρώτη φορά τον οικογενειακό γιατρό τους, θεωρώντας εκ των υστέρων το γεγονός αυτό ως το σημαντικότερο στην πορεία της ζωής τους με τον καρκίνο (4-5). Οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση με

screening των πληθυσμών απευθύνονται στους γιατρούς ΠΦΥ. Η άσκηση πρόληψης και η προαγωγή υγείας στην κοινότητα αποτελούν βασικές πλευρές του αντικειμένου κλινικής άσκησης των Γενικών Γιατρών και περιλαμβάνονται σε όλους τους ορισμούς που διατυπώθηκαν μέχρι σήμερα για την Ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής (6).

Επιπλέον, οι Γενικοί Γιατροί παρακολουθούν τον ασθενή σε διαχρονική βάση, με αποτέλεσμα να γνωρίζουν στο σύνολο τα προβλήματα υγείας του, το οικογενειακό ιστορικό, αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται. Η συνέχεια στη φροντίδα υγείας και η οικειότητα που αναπτύσσεται στη θεραπευτική σχέση δίνουν τη δυνατότητα για ενημέρωση πάνω σε θέματα καρκίνου (αυτοεξέταση μαστού, εμβολιασμός για HPV κ.α.), με πληροφοριακό υλικό προσαρμοσμένο στο επίπεδο εκπαίδευσης και στις ανάγκες υγείας των ατόμων (ύπαρξη ή όχι παραγόντων κινδύνου) και της κοινότητας (πχ περιβαλλοντική ρύπανση). Για την Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών γιατρών (7), η απόκτηση δεξιοτήτων για την κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών αναφορικά με ζητήματα υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος κ.α., αποτελεί βασικό διδακτικό στόχο κατά την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Εκτός από την έγκυρη ενημέρωση, οι παρεμβάσεις στον πληθυσμό για την πρόληψη του καρκίνου μπορεί, επίσης, να στοχεύουν στην υποστήριξη των ατόμων για αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών στην καθημερινή ζωή (π.χ. κάπνισμα), στην παραπομπή για εξετάσεις πρόληψης και την οργάνωση προγραμμάτων διαλογής. Σήμερα με τη χρήση ηλεκτρονικών αρχείων, τέτοιες ή άλλες παρεμβάσεις, οι οποίες πρέπει να είναι συντονισμένες με άλλους φορείς στην κοινότητα (π.χ. Τοπική Αυτοδιοίκηση, Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο), είναι δυνατό να σχεδιάζονται με βάση το σχετικό κίνδυνο, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή άλλες γενετικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους, ώστε να έχουν αποδοχή και αποτελεσματικότητα.

2. *Επιδημιολογικά δεδομένα και Παράγοντες Κινδύνου για τον Καρκίνο του Μαστού και τον Καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας*

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερα εμφανιζόμενο καρκίνο στις γυναίκες και αντιπροσωπεύει παγκόσμια το δεύτερο σε σειρά συχνότητας κακόηθες νεόπλασμα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, με περισσότερο από 1.000.000 νέες περιπτώσεις κατ' έτος (2). Αν και θεωρείται νόσος του ανεπτυγμένου κόσμου, με 99,4 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες στη Βόρεια Αμερική, οι περισσότεροι θάνατοι (69%) καταγράφονται στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η πλειονότητα των νεοπλασμάτων διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο (8). Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται, επίσης, σε περιοχές που μέχρι πρόσφατα παρουσίαζαν χαμηλά ή μέτρια ποσοστά, όπως η Ανατολική και η Νότια Ευρώπη, η Νότια Αφρική ή η Δυτική Ασία. Τα ποσοστά επιβίωσης από τη νόσο ποικίλλουν σημαντικά ανά τον κόσμο και κυμαίνονται από 80% στη Β. Αμερική, τη Σουηδία και την Ιαπωνία, μέχρι 60% στις χώρες με μέτριο εισόδημα και 40% σε εκείνες με χαμηλό εισόδημα. Τα χαμηλά ποσοστά επιβίωσης στις φτωχές χώρες μπορούν να εξηγηθούν από την έλλειψη οργανωμένων προγραμμάτων διαλογής για έγκαιρη διάγνωση, καθώς και την απουσία των απαραίτητων μέσων για διάγνωση και θεραπεία.

Σε σχέση με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, έχουν αναδειχθεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου. Παρ' όλα αυτά, στις περισσότερες γυναίκες που τίθεται η διάγνωση, δεν είναι δυνατό να ταυτοποιηθούν συγκεκριμένοι τέτοιοι παράγοντες (8). Το κληρονομικό ιστορικό μπορεί να διπλασιάσει ή τριπλασιάσει τον κίνδυνο εμφάνισης. Οι μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1, BRCA2, p53 αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο, ωστόσο, είναι σπάνιες και ευθύνονται, τελικά, για ένα μικρό ποσοστό νεοπλασιών. Επίσης, έχει τεκμηριωθεί ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνεται από παραμέτρους που οδηγούν σε παρατεταμένη έκθεση σε ενδογενή οιστρογόνα (πρώιμη ηλικία εμμηναρχής, καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης, προχωρημένη ηλικία στην πρώτη τελειόμηνη κύηση), καθώς και από την πρόσληψη εξωγενών οιστρογόνων (θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, αντισυλληπτικά). Άλλοι επιβαρυντικοί και σαφώς τροποποιήσιμοι παράγοντες είναι η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής άσκησης, στους οποίους είναι δυνατό να αποδοθεί, σύμφωνα με τους Danaei et al, 21% των θανάτων από καρκίνο του μαστού παγκόσμια (8). Η παρατηρούμενη αύξηση στην επίπτωση της νόσου σε χώρες με χαμηλό ή μέτριο εισόδημα εξηγείται κυρίως από την υιοθέτηση

«δυτικών» προτύπων διαβίωσης, με κύρια χαρακτηριστικά τη μειωμένη φυσική άσκηση, την παχυσαρκία, τη γέννηση παιδιών σε μεγαλύτερη ηλικία, τη γέννηση μικρότερου αριθμού παιδιών, την αποφυγή του θηλασμού κ.α. (9).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι το έκτο σε σειρά συχνότητας κακόηθες νεόπλασμα παγκόσμια και αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στις γυναίκες του αναπτυσσόμενου κόσμου (2). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περισσότερο από 80% των γυναικών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο τραχήλου ζουν σε χώρες της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, της Ανατολικής Αφρικής και της Νοτιοανατολικής Ασίας, ενώ η πλειονότητα αυτών φέρουν ήδη τη νόσο σε προχωρημένο στάδιο κατά την αρχική διάγνωση (10). Στην Ευρωπαϊκή ήπειρο υπολογίζεται ότι 30.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξ αιτίας αυτής της νεοπλασίας, με διπλάσια ποσοστά θνητότητας στις Ανατολικές χώρες σε σύγκριση με τις Δυτικές (11). Η διακύμανση στη θνητότητα που παρουσιάζεται στις διάφορες χώρες του κόσμου αντανακλά σε σημαντικό βαθμό τις ανισότητες που υπάρχουν αναφορικά με τις υποδομές για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Για παράδειγμα, στις χώρες της Αφρικής εκτιμάται ότι 95% των γυναικών δεν εξετάστηκαν ποτέ με τεστ ΠΑΠ (10). Αντίστοιχα, στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, η επίπτωση της νόσου αυξήθηκε μετά το 1991, λόγω της διακοπής των οργανωμένων προγραμμάτων διαλογής (11).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποδίδεται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 99% στη λοίμωξη από τον Ιό των Θηλωμάτων του Ανθρώπου (HPV). Από τους >100 τύπους του ιού, οι 6 και 11 μπορεί να προκαλέσουν κονδυλώματα γεννητικών οργάνων, ενώ οι 16 και 18 ενοχοποιούνται με μεγαλύτερη συχνότητα για καρκινογένεση. Ο ιός HPV μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και η λοίμωξη από αυτόν είναι τόσο συχνή, ώστε να αποτελεί μάλλον το πιο συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Υπολογίζεται ότι 50-75% των ατόμων που έχουν/είχαν σεξουαλικές επαφές, θα αποκτήσουν κάποτε στη ζωή τους τον ιό. Ωστόσο, η HPV λοίμωξη είναι ως επί το πλείστον αυτοπεριοριζόμενη και υπολογίζεται ότι παρέρχεται εντός 2 ετών, σε 90% των γυναικών που μολύνθηκαν από τον ιό. Η λοίμωξη καθ' εαυτή αποτελεί αναγκαία, αλλά όχι ικανή συνθήκη στην ανάπτυξη καρκίνου. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε χρόνια λοίμωξη και κακοήθεια συσχετίζονται είτε με τον ίδιο τον ιό (τύπος, ιικό φορτίο) είτε με τον ξενιστή (ανοσολογικό προφίλ, ιστορικό πολλαπλών κυήσεων) είτε με εξωγενείς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, η μακροχρόνια χρήση (>5 έτη) αντισυλληπτικών δισκίων ή η

συνύπαρξη άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (*AIDS*, λοίμωξη από *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*). Το προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή προσφέρει σημαντική αλλά όχι πλήρη προστασία από την ανάπτυξη καρκίνου, παρ' όλα αυτά, η χρήση του συστήνεται επειδή προφυλάσσει από άλλα νοσήματα, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν καθοριστικά την ανοσοποιητική απάντηση, όπως το *AIDS* (10, 12).

3.1 Τι είναι η Διαλογή (Screening)

Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στην κοινότητα απαιτούνται αφ' ενός στρατηγικές για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με καρκίνο (απώλεια βάρους, βράγχος φωνής κ.α.) και, αφ'ετέρου, προγράμματα διαλογής (screening) με στόχο την ανίχνευση των νεοπλασιών σε πρώιμο στάδιο (10, 12-14). Η διαλογή για μία νόσο αναφέρεται στην εξέταση των ατόμων ενός πληθυσμού με σκοπό την ανεύρεση εκείνων που έχουν τη νόσο ή αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο, αλλά ακόμη δεν έχουν εμφανίσει συμπτώματα. Η διαλογή για τον καρκίνο, ως παρέμβαση δημόσιας υγείας, προτείνεται σε περιπτώσεις που στον ένα ή άλλο βαθμό ισχύουν τα ακόλουθα: α) Η μορφή της νεοπλασίας είναι αρκετά διαδεδομένη στον πληθυσμό και συνεπάγεται δυσμενείς επιπτώσεις όσον αφορά στη νοσηρότητα και τη θνητότητα, β) η φυσική πορεία της νόσου έχει ένα ανιχνεύσιμο στάδιο πριν την εκδήλωση συμπτωμάτων και η θεραπεία σε αυτό το προ-κλινικό στάδιο παρουσιάζει όφελος στην πρόγνωση και τη μακροχρόνια έκβαση, γ) η εξέταση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον πληθυσμό έχει σχετικά υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα, ενώ παράλληλα είναι απλή, ασφαλής, φθηνή και αποδεκτή από τους εξεταζόμενους, δ) εξασφαλίζεται επαρκής χρηματοδότηση. Μέχρι σήμερα, η διαλογή για τον καρκίνο αφορά κυρίως στις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη, του παχιάς εντέρου και του δέρματος, όπου σε ορισμένες περιπτώσεις, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση υπόσχεται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη θεραπεία.

Η διαλογή μπορεί να εφαρμοστεί είτε μέσα από οργανωμένα προγράμματα, συνήθως σε εθνικό ή σε τοπικό επίπεδο, είτε ευκαιριακά (opportunistic screening). Ευκαιριακό screening γίνεται ανεξάρτητα ή έξω από κάποια οργανωμένη παρέμβαση στον πληθυσμό, με τη σύσταση ή την παραπομπή για εξέταση των ατόμων που επισκέπτονται τα ιατρεία για οποιοδήποτε λόγο. Στα οργανωμένα προγράμματα διαλογής γίνεται σχεδιασμός ώστε να εξεταστεί η μεγαλύτερη δυνατή αναλογία ατόμων με όσο το δυνατό καλύτερη διαχείριση των πόρων υγείας που είναι διαθέσιμοι. Στα προγράμματα αυτά προσδιορίζονται ο πληθυσμός-στόχος, το είδος

της εξέτασης διαλογής, τα μεσοδιαστήματα που απαιτούνται για την εξέταση, οι στόχοι κάλυψης του πληθυσμού, καθώς και οι δείκτες εκείνοι με τους οποίους θα γίνεται η παρακολούθηση και η αξιολόγηση του προγράμματος. Είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί ο τρόπος με τον οποίο θα πραγματοποιείται τόσο η ενημέρωση των ατόμων σχετικά με το αποτέλεσμα της εξέτασης όσο και η κίνηση αυτών μέσα στο σύστημα υγείας, στην περίπτωση που κριθούν αναγκαίες περαιτέρω διαγνωστικές δοκιμασίες ή θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Ένα οργανωμένο πρόγραμμα διαλογής για τον καρκίνο μπορεί να αξιολογηθεί ως επιτυχημένο, όταν α) καλύπτει ένα σχετικά υψηλό ποσοστό ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για την προς εξέταση νόσο, β) γίνεται παρακολούθηση και κατάλληλη διαχείριση των περιπτώσεων με θετικό αποτέλεσμα στην εξέταση, γ) υπάρχουν οι απαιτούμενοι σύνδεσμοι ανάμεσα στις υπηρεσίες που εμπλέκονται στο πρόγραμμα (π.χ. από τη διαλογή, στη διάγνωση και τη θεραπεία), δ) χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα ως προς τις δοκιμασίες διαλογής, τις εξετάσεις διάγνωσης και τις διαδικασίες παρακολούθησης και θεραπείας. Κατά γενικό κανόνα, τα οργανωμένα προγράμματα διαλογής παρουσιάζουν ευνοϊκότερο λόγο κόστους/ όφελος σε σχέση με την ευκαιριακή πρόληψη, εφ' όσον με αυτά, γίνεται ορθή διαχείριση στα υπάρχοντα κονδύλια και, ταυτόχρονα, μεθοδεύεται η συμμετοχή μεγάλου αριθμού ατόμων από τον πληθυσμό. Οι χώρες στις οποίες η έγκαιρη διάγνωση ενθαρρύνεται με παραπομπή για screening κατά την κλινική εξέταση ρουτίνας και μόνο, είναι αμφίβολο αν θα επιδείξουν το αναμενόμενο όφελος στη μείωση της θνητότητας. Εντούτοις, το ενδεχόμενο μη επίτευξης των αρχικών στόχων μπορεί να υπάρξει ακόμη και στα οργανωμένα προγράμματα. Συνήθεις αιτίες για αυτό είναι οι χαμηλής ποιότητας έλεγχοι των δοκιμασιών (τεχνική, εξοπλισμός κ.α.), η περιορισμένη κάλυψη των ατόμων με αυξημένο κίνδυνο και, συγχρόνως, η υπερκάλυψη εκείνων με χαμηλό κίνδυνο για τη νόσο, καθώς και το «χάσιμο» της επικοινωνίας με μεγάλο αριθμό εξεταζόμενων κατά την παρακολούθηση.

3.2 Η σημασία της διαλογής με Εξέταση Παπανικολάου στην Πρόληψη του Καρκίνου του Τραχήλου της μήτρας

Με βάση τις τρέχουσες ενδείξεις, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει την οργάνωση προγραμμάτων διαλογής για τον καρκίνο στο γενικό πληθυσμό ανεπτυγμένων χωρών, μόνο για τα κακοήθη νεοπλάσματα του τραχήλου της μήτρας και του μαστού, με κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου και με μαστογραφία, αντίστοιχα (13). Η δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου είναι συνυφασμένη με τη φυσική πορεία της ίδιας της νόσου και σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη ενός και μόνο πρωταρχικού αιτιολογικού παράγοντα, που είναι η λοίμωξη από τον ιό HPV. Ο ιός προσβάλλει τη ζώνη μετάπλασης του επιθηλίου στον τράχηλο της μήτρας και μπορεί να οδηγήσει σε διαφόρου βαθμού προ- διηθητικές, ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις, οι οποίες καταλαμβάνουν το κάτω τριτημόριο, τα 2/3 ή ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου μέχρι τη βασική μεμβράνη, και ταξινομούνται ως CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II & III, αντίστοιχα. Συνήθως, χρειάζεται να μεσολαβήσει διάστημα 10-20 ετών για να υπάρξει εξέλιξη από το στάδιο της ήπιας δυσπλασίας σε εκείνο του διηθητικού καρκίνου. Κατά συνέπεια, υπάρχει αρκετός χρόνος για ανεύρεση των προ- καρκινικών αλλοιώσεων με screening, καθώς και για θεραπεία αυτών, με μεθόδους (κρυοθεραπεία, κωνοειδής εκτομή κ.λπ.) που είναι αρκετά απλές και αποτελεσματικές (10).

Η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου ανακαλύφθηκε από το Γεώργιο Παπανικολάου πριν από περίπου 80 χρόνια και συνιστά την πιο αποτελεσματική εξέταση για την πρόληψη του καρκίνου που διατίθεται μέχρι σήμερα (2). Στις σκανδιναβικές χώρες, όπου εφαρμόζονται καλά οργανωμένα προγράμματα screening, επιτυγχάνεται μείωση της θνητότητας έως 60% (14). Στη Μεγάλη Βρετανία, η διαλογή με τεστ ΠΑΠ στο γυναικείο πληθυσμό σώζει ετησίως 4.500 ζωές (15), ενώ στις Η.Π.Α. η πλειονότητα των κακοήθων νεοπλασμάτων του τραχήλου διαγιγνώσκονται σε γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ ή δεν έχουν κάνει μέσα στα προηγούμενα 5 χρόνια τεστ ΠΑΠ (12). Το τεστ Παπανικολάου αριθμεί δεκαετίες εμπειρίας στη χρήση του, έχει υψηλή ειδικότητα, είναι φθηνό και οι αλλοιώσεις που αναδεικνύονται με αυτό, μπορούν να αντιμετωπίσουν εύκολα και αποτελεσματικά. Από την άλλη πλευρά, οι περιορισμοί της εξέτασης αφορούν στη μέτρια (και όχι υψηλή) ευαισθησία της, στην έλλειψη αποδοχής από αρκετές γυναίκες λόγω αισθημάτων φόβου και αμηχανίας, στην αδυναμία πρόβλεψης μέσω της εξέτασης για

το ποιες βλάβες θα οδηγήσουν σε διηθητικό καρκίνο και ποιες θα υποστρέψουν, καθώς και στο ότι απαιτούνται περαιτέρω δοκιμασίες για τις γυναίκες, αν το τεστ δεν είναι ξεκάθαρα αρνητικό (14).

Η θνητότητα από καρκίνο του τραχήλου δεν είναι δυνατό να εξαλειφθεί πλήρως μέσα από τη διαλογή με τεστ ΠΑΠ και μόνο. Σε πολλές χώρες σήμερα διατίθεται το εμβόλιο έναντι του ιού HPV για την πρωτογενή πρόληψη της νόσου, το οποίο έχει ως τώρα λάβει ένδειξη για τα κορίτσια ηλικίας 11-26 ετών. Στη Ελλάδα ο εμβολιασμός για τον ιό συμπεριλαμβάνεται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών και το κόστος καλύπτεται πλήρως από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το εμβόλιο στοχεύει στους τύπους 16 και 18 του ιού, που είναι υπεύθυνοι για 70% των κακοήθων νεοπλασμάτων και στους 6 και 11, που ευθύνονται για 90% των περιπτώσεων με κονδυλώματα γεννητικών οργάνων (12). Η λοίμωξη από τους άλλους τύπους του ιού δεν προλαμβάνεται με το εμβόλιο, κατά συνέπεια, οι συστάσεις για τεστ ΠΑΠ δεν πρέπει προς το παρόν να τροποποιούνται στα εμβολιασθέντα άτομα.

3.3 Η σημασία της διαλογής με Μαστογραφία στην Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού

Η μαστογραφία είναι μια ακτινογραφία (απλή ή ψηφιακή) των μαστών, που έχει σκοπό την έγκαιρη ανεύρεση ενός κακοήθους νεοπλασματος, δηλαδή την ανεύρεση σε στάδιο όπου μπορεί να μην είναι ψηλαφητό και να μην έχει οδηγήσει ακόμη σε μεταστάσεις ή στην εκδήλωση συμπτωμάτων. Η χρήση της εξέτασης σε προγράμματα screening στηρίζεται θεωρητικά στο δεδομένο ότι η ανίχνευση και αντιμετώπιση μιας κακοήθειας στο μαστό σε πρώιμο στάδιο εξασφαλίζει καλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Από μια αναδρομική μελέτη στις ΗΠΑ για το χρονικό διάστημα 1996-2003, βρέθηκε ότι η πενταετής επιβίωση ήταν 98% για τις γυναίκες με εντοπισμένη νόσο, 84% για νεοπλάσματα που περιορίζονταν στο μαστό και 27% για τις νεοπλασίες με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Στην ίδια μελέτη, όσο μεγαλύτερο ήταν το μέγεθος του όγκου κατά την αρχική διάγνωση τόσο μικρότερα ήταν τα ποσοστά επιβίωσης, π.χ. στην περίπτωση νόσου που περιοριζόταν στην περιοχή του μαστού, η πενταετής επιβίωση ήταν 94% για νεοπλάσματα μεγέθους έως 2 εκ. και 66% για εκείνα με μέγεθος μεγαλύτερο από 5 εκ (16).

Μολονότι οι αλλαγές στις συνήθειες της καθημερινής ζωής (αποφυγή του αλκοόλ, αύξηση της σωματικής άσκησης κ.α.) προσδίδουν θεωρητικά όφελος για την

αποφυγή της εμφάνισης καρκίνου του μαστού, η διαλογή με μαστογραφία σε πληθυσμιακή βάση αποτελεί την πιο αποτελεσματική στρατηγική δημόσιας υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο της νόσου (8). Κατά το διάστημα 1990-2004 στις ΗΠΑ, η θνητότητα μειώθηκε κατά 3,3% και 2,0% κατ' έτος στις γυναίκες ηλικίας <50 και ≥50 ετών, αντίστοιχα και η μείωση αυτή οφείλεται εν μέρει στην έγκαιρη διάγνωση (16). Σε μια άλλη αναδρομική μελέτη, αναδείχθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση της μαστογραφίας και τη μείωση της θνητότητας ακόμη και μετά τη διόρθωση ως προς τη θεραπεία που ακολουθήθηκε (17). Στα ανεπτυγμένα υγειονομικά κράτη, όπου η διαλογή με μαστογραφία εφαρμόζεται σε περισσότερο από 70% του πληθυσμού, η μείωση της θνητότητας που μπορεί να επιτευχθεί, φτάνει σε ποσοστό 30% (8).

Παρ' όλα αυτά, η διαλογή με μαστογραφία παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, που πρόσφατα μάλιστα οδήγησαν μέρος της επιστημονικής κοινότητας στην αμφισβήτηση του οφέλους που μπορεί να προκύψει από τον έλεγχο ανά έτος, ιδιαίτερα για ηλικίες 40-49 ετών (18-20). Η διαλογή με μαστογραφία συνεπάγεται ένα αριθμό εξετάσεων ψευδώς θετικών για κακοήγη νεοπλασία, γεγονός που θα οδηγήσει στην υποβολή των γυναικών με τέτοιο αποτέλεσμα σε άσκοπες βιοψίες και περαιτέρω δοκιμασίες, προκειμένου να διασαφηνιστεί η διάγνωση. Παράλληλα, υπάρχει ο κίνδυνος για υπερδιάγνωση της νόσου, κυρίως σε γυναίκες >70 ετών, με την ανίχνευση *in situ* (κυρίως πορωδών) νεοπλασμάτων, τα οποία είναι ενδεχόμενο να μην εξελιχθούν ποτέ σε διηθητικό καρκίνο. Καθώς δεν είναι γνωστό προς το παρόν ποια από τα νεοπλάσματα αυτά θα προχωρήσουν και ποια όχι, ένα μέρος γυναικών θα υποστεί θεραπεία χωρίς πραγματικό όφελος ή θα ζήσει περισσότερα χρόνια με τη συνείδηση μιας διάγνωσης καρκίνου. Από μια μεγάλη τυχαιοποιημένη μελέτη στη Σουηδία σε γυναίκες 40-74 ετών (n=77.080) (21), οι οποίες κλήθηκαν για screening επί σειράς 7 ετών και παρακολούθηθηκαν για επιπλέον 13 (συνολικά 20 έτη) χρόνια, υπολογίστηκε ότι για να σωθεί μία ζωή σε διάστημα 20 ετών, απαιτείται να εξετάζονται κάθε χρόνο με μαστογραφία για 7 έτη, 465 γυναίκες (*Number Needed to Screen*). Ή αλλιώς, για να σωθεί μία ζωή, χρειάζεται να γίνουν συνολικά 1.499 μαστογραφίες. Τα δεδομένα αυτά ασφαλώς δεν αμφισβητούν το ρόλο της μαστογραφίας για την πρόληψη ενός καρκίνου που στοιχίζει τη ζωή σε χιλιάδες γυναίκες, τουναντίον, αναδεικνύουν την αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα σε σχέση με τη φυσική πορεία της νόσου, ιδιαίτερα στα αρχικά της στάδια.

4. Η Διαλογή για τον Καρκίνο με Εξέταση Παπανικολάου και Μαστογραφία στην κλινική πράξη – Ο ρόλος των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στις περισσότερες χώρες του λεγόμενου ανεπτυγμένου κόσμου, υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα διαλογής για τον καρκίνο σε εθνικό ή σε τοπικό επίπεδο. Στις ΗΠΑ, μέσα από το «εθνικό πρόγραμμα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας» παρέχονται εξετάσεις διάγνωσης και διαλογής για γυναίκες ηλικίας 40-64 ετών και 18-64 ετών αντίστοιχα, οι οποίες είναι ανασφάλιστες ή έχουν πολύ χαμηλό εισόδημα. Στις προσφερόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνονται η εξέταση Παπανικολάου, η γυναικολογική εξέταση, η κλινική εξέταση μαστών, η μαστογραφία, οι περαιτέρω διαγνωστικές δοκιμασίες για τυχόν μη φυσιολογικά αποτελέσματα, καθώς και η παραπομπή για θεραπεία (22). Μέχρι το 2009 το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (National Cancer Institute) σύστηνε τη διενέργεια μαστογραφίας για screening κάθε 1-2 χρόνια στις γυναίκες από 40 ετών και άνω. Πρόσφατα, η ομάδα εργασίας για υπηρεσίες πρόληψης των Ηνωμένων Πολιτειών (U.S. Preventive Services Task Force), που είναι μια κρατική επιτροπή, τοποθετήθηκε υπέρ της αναθεώρησης των οδηγιών, υποστηρίζοντας τον ανά διετία έλεγχο με μαστογραφία για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών (23).

Στην Αυστραλία το εθνικό πρόγραμμα διαλογής για τον καρκίνο του τραχήλου στοχεύει στην εξέταση με τεστ ΠΑΠ ανά 2 έτη στις γυναίκες ηλικίας 18-69 ετών (24). Αντίστοιχο πρόγραμμα εφαρμόζεται για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού ('Breast Screen Australia Program') (25), το οποίο έχει αναγνωριστεί παγκόσμια για το μεγάλο εύρος του πληθυσμού που καλύπτει. Το πρόγραμμα αυτό λειτουργεί σε περισσότερο από 500 περιοχές της επικράτειας, με σταθερές και κινητές μονάδες μαστογραφίας και απευθύνεται σε γυναίκες 50-69 ετών, αν και είναι δυνατό να υποβληθούν σε εξέταση όσες το επιθυμούν και είναι ηλικίας 40-49 ετών ή άνω των 70 ετών. Το πρόγραμμα απαρτίζεται από υπηρεσίες διαλογής και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, καθώς και από μονάδες συντονισμού για το σχεδιασμό και τη συνολική διακίνηση των περιστατικών μέσα στο σύστημα υγείας. Οι υπηρεσίες διαλογής και αξιολόγησης περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις υπηρεσίες που απαιτούνται για τη συνεχιζόμενη ροή του προγράμματος, από την αρχική μαστογραφία μέχρι οποιαδήποτε άλλη εξέταση χρειαστεί για τη διερεύνηση των αποτελεσμάτων που είναι ύποπτα για κακοήθεια. Τέλος, το πρόγραμμα λειτουργεί κάτω από τις προδιαγραφές και τη διαδικασία πιστοποίησης που έχουν καθοριστεί σε

εθνικό επίπεδο. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων από τις εξετάσεις είναι σε προτεραιότητα, αφού είναι διαδικασία απαραίτητη για την επιτήρηση και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος σε βάθος χρόνου.

Στην Ευρωπαϊκή ήπειρο, σύμφωνα με δεδομένα του 2007 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, screening με τεστ ΠΑΠ στο γυναικείο πληθυσμό εφαρμόζεται οργανωμένα σε έντεκα χώρες (11). Η Φινλανδία και η Ισλανδία είναι παραδείγματα χωρών όπου η ευρεία κάλυψη και η υψηλή ποιότητα προδιαγραφών των προγραμμάτων διαλογής, οδήγησαν σε θεαματική μείωση της θνητότητας (>80%) από τον καρκίνο του τραχήλου (11). Στη Μ. Βρετανία, από το 1987 και μετά, η εισαγωγή συστήματος τηλεφωνικής ειδοποίησης – επανειδοποίησης των γυναικών για τεστ Παπανικολάου είχε ως αποτέλεσμα το διπλασιασμό του αριθμού των γυναικών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και, παράλληλα, τη σημαντική μείωση στην επίπτωση του διηθητικού καρκίνου (11). Κατά την περίοδο 2008-2009, 78,9% των γυναικών ηλικίας 25-64 ετών είχαν κάνει τουλάχιστον μία φορά εξέταση ΠΑΠ μέσα στο διάστημα των προηγούμενων 5 ετών (15). Από την άλλη πλευρά, στη Νορβηγία, μετά την έναρξη του εθνικού προγράμματος screening το 1995, η κάλυψη με τεστ ΠΑΠ των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας αυξήθηκε κατά 20-30%, ενώ επίσης κατά το διάστημα 2002-2004, μολονότι λήφθηκαν κατά 10% λιγότερα επιχρίσματα, η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου σημείωσε μείωση κατά 22% (11).

Αναφορικά με τον καρκίνο το μαστού, προγράμματα διαλογής στην Ευρώπη υπάρχουν σε τουλάχιστον 23 χώρες και στις περισσότερες από αυτές καλύπτουν το ηλικιακό εύρος από 50 έως 70 ετών (26). Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν παραδείγματα χωρών, όπως η Σουηδία (27), όπου συστήνεται μαστογραφία στις γυναίκες 40-74 ετών, με μεσοδιάστημα 18 μηνών για τις γυναίκες <55 ετών, και 24 μηνών για τις γυναίκες >55 ετών. Στη Αυστρία (23) προτείνεται περιοδικός έλεγχος ανά 2ετία σε όλες τις γυναίκες >40 ετών.

Στις χώρες με οργανωμένα προγράμματα διαλογής για τον καρκίνο, εμπλέκονται ενεργά τόσο οι Γενικοί Γιατροί όσο και ο υπόλοιποι επαγγελματίες στην ΠΦΥ (νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.). Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του καρκίνου στην κοινότητα, οι Γενικοί Γιατροί κατέχουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στο συντονισμό των παρεμβάσεων από τους επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (Ογκολόγοι, Χειρουργοί, Ψυχολόγοι κ.λπ.) στις ομάδες υγείας, από το στάδιο του προ-συμπτωματικού ελέγχου μέχρι τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρηγορητική φροντίδα στο τελικό στάδιο (28). Η επιτυχία ενός

προγράμματος διαλογής για τον καρκίνο προϋποθέτει την έγκυρη ενημέρωση των επαγγελματιών ΠΦΥ πάνω στις κατευθυντήριες οδηγίες, τα οφέλη και τους περιορισμούς των περιοδικών εξετάσεων για πρόωμη διάγνωση, αλλά και την απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων για την ορθή διενέργεια των εξετάσεων, την τακτική τήρηση του ιατρικού φακέλου κ.α.

Στην Αυστραλία (24), ο καθορισμός ραντεβού για τεστ ΠΑΠ γίνεται έπειτα από επικοινωνία των γυναικών είτε με το Γενικό Γιατρό είτε με κάποια μονάδα ΠΦΥ στην κοινότητα (Κέντρο Υγείας, Κέντρο Υγείας για γυναίκες, Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού κ.α.). Επίσης, μέσα από το πρόγραμμα διαλογής για τον καρκίνο του μαστού, οι Γενικοί Γιατροί ενημερώνονται για το αποτέλεσμα της μαστογραφίας, καθώς και για οποιαδήποτε περαιτέρω διαγνωστική εξέταση της οποίας η διενέργεια κρίθηκε απαραίτητη (25). Στην Ιρλανδία, περισσότεροι από 4.150 Γενικοί Γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας είναι εγγεγραμμένοι στο εθνικό πρόγραμμα screening με τεστ ΠΑΠ ('CervicalCheck') (29). Στη Μ. Βρετανία, η πρόσκληση που απευθύνεται στις γυναίκες για τη διαλογή με τεστ Παπανικολάου και μαστογραφία, γίνεται μέσω των μονάδων ΠΦΥ. Η λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος γίνεται από Γενικό Γιατρό ή από νοσηλεύτρια ΠΦΥ σε ιατρείο της κοινότητας (Community Clinic) ή σε Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού(30).

4.1 Η Διαλογή για τον Καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας και τον Καρκίνο του Μαστού στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει προς το παρόν οργανωμένο πρόγραμμα διαλογής για τον καρκίνο του μαστού ή του τραχήλου της μήτρας. Επίσης, δεν υπάρχουν Εθνικά Αρχεία Καρκίνου με βάση τα οποία θα ήταν δυνατό να διαμορφωθούν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες διαλογής σύμφωνα με την επίπτωση, τη θνητότητα ή τον επιπολασμό των παραγόντων κινδύνου για τις διάφορες νεοπλασίες. Η πρόληψη γίνεται με ευκαιριακό τρόπο (opportunistic screening), καθώς οι γυναίκες απευθύνονται από μόνες στο γιατρό ζητώντας την εξέταση ή παραπέμπονται από κάποιο γιατρό κατά την επίσκεψή σε υπηρεσίες υγείας για οποιοδήποτε ιατρικό πρόβλημα. Στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων Νοσοκομείων και στα ιατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών, η εξέταση Παπανικολάου γίνεται δωρεάν, ενώ η μαστογραφία καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Στα Κέντρα Υγείας της χώρας, όπου η πρόσβαση είναι ελεύθερη για το σύνολο του πληθυσμού

(συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών ή των ανασφάλιστων) και τα οποία, ως επί το πλείστον, υπάρχουν σε κωμοπόλεις και αγροτικές περιοχές, είναι δυνατό να γίνει τεστ ΠΑΠ, κλινική εξέταση μαστών και γυναικολογική εξέταση. Σε κάποια από αυτά είναι δυνατό να κανονιστεί συντομότερο ραντεβού στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο για μαστογραφία.

Από το κέντρο ενημέρωσης για τον ιό HPV του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, φαίνεται ότι κάθε χρόνο στην Ελλάδα 578 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 239 πεθαίνουν από τη νόσο (31). Η επίπτωση (10,7/100.000 γυναίκες) και η θνητότητα (4,4/100.000 γυναίκες) είναι σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Αυτό μπορεί να είναι συνάρτηση της χαμηλής επίπτωσης της HPV λοίμωξης στις γυναίκες με φυσιολογικά επιχρίσματα Παπανικολάου (3,6%) σε σχέση με τις χώρες της Νότιας Ευρώπης (5,7%) και τον υπόλοιπο κόσμο (10,0%). Από μια μελέτη για την πρόληψη του καρκίνου με εξετάσεις screening σε 30 διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας και με δείγμα 7.012 ενηλίκων ατόμων, προέκυψε ότι 39,6% των γυναικών είχαν κάνει τεστ Παπανικολάου μέσα στα προηγούμενα 2 χρόνια (32). Σε άλλη έρευνα, που εκτιμά τα αποτελέσματα της δημοσκόπησης Hellas Health I Survey σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.005 ατόμων του ελληνικού πληθυσμού, φαίνεται ότι 59,4% των γυναικών ηλικίας 21-69 ετών είχαν κάνει τεστ ΠΑΠ κατά τα τελευταία 3 έτη (33).

Αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού, οι γυναίκες στην Ελλάδα παρουσιάζουν χαμηλό προς μέτριο κίνδυνο εμφάνισης. Από μια μελέτη πληθυσμού υπολογίστηκε ότι στο χρονικό διάστημα 1980-2005, η θνητότητα από τη νόσο σημείωσε αύξηση για τις γυναίκες ηλικίας >70 ετών και μικρή μείωση, μετά τα μέσα της δεκαετίας '90, για ηλικίες 40-69 ετών (34). Στη μελέτη δεν αναδείχθηκαν ιδιαίτερες γεωγραφικές διαφορές ως προς τη θνητότητα. Στην Hellas Health I Survey(33) δείχθηκε ότι 53,8% των γυναικών 50-69 ετών είχαν κάνει έστω μία μαστογραφία κατά τα τρία προηγούμενα χρόνια, ενώ από έρευνα της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας που διεξάχθηκε το 2007 σε 1.350 κατοίκους διαφόρων αστικών κέντρων της χώρας, βρέθηκε ότι 30% των γυναικών 40-69 ετών εξετάζονται με μαστογραφία σε ετήσια βάση (35). Δεν υπάρχουν δεδομένα για τη συχνότητα υποβολής σε μαστογραφία που να αναφέρονται στις γυναίκες αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών.

5. Στόχοι Παρούσας Έρευνας

Αν και το όφελος από τη διαλογή για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου σε ένα πληθυσμό επιτυγχάνεται με τη χρήση του τεστ ΠΑΠ και της μαστογραφίας σε ευρεία κλίμακα, αλλά και με συγκεκριμένα χρονικά μεσοδιαστήματα, στην Ελλάδα υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για τα ποσοστά των γυναικών που κάνουν πρόληψη, καθώς και για την περιοδικότητα με την οποία εξετάζονται. Ακόμη λιγότερες είναι οι μελέτες σε αγροτικές περιοχές, όπου οι κάτοικοι συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά στον έλεγχο με μαστογραφία, που γίνεται στο Νοσοκομείο ή σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα της πρωτεύουσας ενός νομού. Η πλειονότητα των ερευνών είναι αναδρομικού τύπου και αναφέρονται σε δείγματα γυναικών που ήρθαν για κάποιο λόγο (διαγνωστικό ή θεραπευτικό) σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, συνεπώς, δεν πρόκειται για τυχαία δείγματα από το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η ανεπαρκής χρήση ηλεκτρονικών αρχείων με ατομικό φάκελο στις μονάδες υγείας παρεμποδίζει τον εντοπισμό και την αξιολόγηση των ιατρικών και κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων (δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό κ.α.) που ευοδώνουν ή που στέκονται τροχοπέδη στην εφαρμογή πρόληψης για τον καρκίνο.

Από την άλλη πλευρά, ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αναπτύσσεται στο περιθώριο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μολονότι, όπως φάνηκε παραπάνω, έχει κύριο ρόλο στην ενημέρωση του πληθυσμού και στην εφαρμογή προγραμμάτων για την έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασιών που δυνητικά προλαμβάνονται. Παρ' όλο που αρκετά Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία της χώρας, ιδιαίτερα στην περιοχή της Κρήτης, είναι στελεχωμένα με ειδικευμένους γιατρούς Γενικής Ιατρικής, η εμπειρία από την κλινική πράξη μαρτυρά ότι σημαντικό μέρος του έργου των Γενικών Γιατρών αναλύσκεται στην επαναλαμβανόμενη συνταγογραφία ή την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και όχι στην άσκηση πρόληψης για συνήθη χρόνια νοσήματα, όπως ο καρκίνος. Στις αγροτικές περιοχές οι Γενικοί Γιατροί είναι συχνά οι μόνοι εύκολα προσβάσιμοι επαγγελματίες υγείας για τους κατοίκους. Η ευθύνη τους για την προαγωγή υγείας στον πληθυσμό είναι τις περισσότερες φορές δυσανάλογα μεγάλη σε σχέση με τη στήριξη που παρέχεται από το κράτος.

Τα πολλαπλά οικονομικά και οργανωτικά προβλήματα στις μονάδες ΠΦΥ (έλλειψη προσωπικού, απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την απόκτηση

δεξιοτήτων στο υπάρχον προσωπικό, υποτυπώδης στέγαση των αγροτικών ιατρείων κ.α.) και η απουσία κεντρικού σχεδιασμού για τον έλεγχο του καρκίνου έχουν ως αποτέλεσμα την απουσία ενός ορισμένου ρόλου για το Γενικό Γιατρό στη διάδοση των εξετάσεων screening, π.χ. τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου στον πληθυσμό, την παραπομπή για εξέταση ατόμων από ορισμένες ηλικιακές ομάδες ή την οργάνωση παρεμβάσεων στην κοινότητα για την προαγωγή υγείας (ενημερωτικές διαλέξεις κ.α.). Επιπλέον, οι Γενικοί Γιατροί στη διάρκεια της ειδικότητας, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας γίνεται στο Νοσοκομείο, δεν εκπαιδεύονται στην άσκηση πρόληψης με στρατηγικές δημόσιας υγείας με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα. Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναμενόμενο οι γυναίκες να κάνουν, κατά γενικό κανόνα, πρόληψη με ακανόνιστο τρόπο, χωρίς την καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας ή την τήρηση κάποιου χρονοδιαγράμματος με βάση τη σύγχρονη τεκμηρίωση.

Στον αντίποδα αυτών βρίσκεται το γεγονός ότι ακόμη στην Ελλάδα η πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ είναι δωρεάν και η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι πολύ μεγάλου εύρους, ιδιαίτερα για όσα άτομα εισήλθαν στην αγορά εργασίας την εποχή όπου δεν ήταν διαδεδομένες οι ευέλικτες μορφές εργασίας. Επίσης, οι σφιχτοδεμένες σχέσεις στα μέλη της ελληνικής οικογένειας και κοινωνίας, ιδιαίτερα στην επαρχία, καταφέρνουν συχνά να υπερκεράσουν τα εμπόδια από τις διαχρονικές ανεπάρκειες του κράτους. (Π.χ. αρκετά άτομα με προβλήματα υγείας ή οικονομική ένδεια καταφεύγουν στη βοήθεια συγγενών ή συγχωριανών τους, προκειμένου να μεταφερθούν στο Νοσοκομείο για εξετάσεις.) Η στενή επαφή μεταξύ των ανθρώπων οδηγεί, επιπλέον, στη διάδοση «στόμα με στόμα» των πληροφοριών για την πρόληψη, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από επαγγελματίες υγείας, μπορεί όμως να αντλούνται από τα ΜΜΕ, τον τύπο ή να φιλτράρονται από την υποκειμενική αντίληψη και εμπειρία καθενός ατόμου και, έτσι, να μεταβιβάζονται με άκυρο και διαστρεβλωμένο τρόπο προς τους άλλους.

Μέσα στο τοπίο των παραπάνω αντιφάσεων, η παρούσα έρευνα επιχειρεί να εκτιμήσει τις γνώσεις και τις πρακτικές των γυναικών ενός αγροτικού πληθυσμού σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια των έξι προηγούμενων ετών από τη μελέτη, καθώς και να αξιολογήσει τους παράγοντες που καθορίζουν ή όχι τη συμπεριφορά των γυναικών ως προς την πρόληψη, με έμφαση στο ρόλο των γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι είναι:

α) να διαπιστωθεί η συχνότητα με την οποία οι γυναίκες μιας αγροτικής περιοχής, υποβάλλονταν σε εξέταση Παπανικολάου, κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία μέσα στο διάστημα των τελευταίων έξι ετών

β) να αναδειχθούν οι γνώσεις των γυναικών σχετικά με τις ενδείξεις και τα μεσοδιαστήματα για τεστ ΠΑΠ και μαστογραφία, τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου, καθώς και το όφελος από τη διαλογή

γ) να εξεταστούν οι προθέσεις και η στάση των γυναικών όσον αφορά στην εξέταση Παπανικολάου και τη μαστογραφία, μελετώντας τους λόγους (προληπτικούς ή διαγνωστικούς) για τους οποίους έγιναν οι εξετάσεις αυτές ή, αντίθετα, τους λόγους για τους οποίους δεν έγιναν ποτέ ή δεν έγιναν με την προτεινόμενη από κατευθυντήριες οδηγίες περιοδικότητα

δ) να αξιολογηθούν οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις πρακτικές των γυναικών σε σχέση με την πρόληψη με μαστογραφία και εξέταση Παπανικολάου. Οι παράγοντες που θα ελεγχθούν είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, η κατάσταση της υγείας, η χρήση των υπηρεσιών υγείας, το ιατρικό ιστορικό και το επίπεδο γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου.

ε) να διαφανεί ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και, ιδιαίτερα των Γενικών Γιατρών της Πρωτοβάθμια Φροντίδας, στην προαγωγή της διαλογής για τον καρκίνο στις γυναίκες. Η χρήση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα εξεταστεί αναφορικά με παραμέτρους όπως η παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, οι επισκέψεις για πρόληψη στο τελευταίο έτος και οι επισκέψεις για επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση φαρμάκων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.1 Αδρή Περιγραφή του Πληθυσμού, των Μεθόδων και των Στόχων στις έρευνες της βιβλιογραφίας

Πολυάριθμες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε όλο τον κόσμο, προκειμένου να διαπιστωθεί η χρήση του τεστ ΠΑΠ και της μαστογραφίας από τις γυναίκες, καθώς και οι παράμετροι που καθορίζουν τη συμπεριφορά υγείας σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου. Ορισμένες από αυτές αναφέρονται σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού χωρών και στηρίζονται σε δεδομένα από εθνικές δημοσκοπήσεις (π.χ. National Health Institute Survey στις ΗΠΑ) ή από αρχεία που συντάσσονται και τηρούνται στη διάρκεια εθνικών προγραμμάτων screening για τον καρκίνο. Άλλες μελέτες έχουν ως πληθυσμό-στόχο μικρότερους αριθμητικά πληθυσμούς, οι οποίοι προσδιορίζονται από την εθνικότητα ή τη φυλή (π.χ. Αφρο-Αμερικανές), τον τόπο διαμονής (π.χ. αγροτική ή αστική περιοχή) ή άλλα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γυναικών, όπως η ηλικία, το ύψος του εισοδήματος κ.α. Η πλειονότητα των ερευνών είναι είτε α) αναδρομικού τύπου και διεξάγονται με βάση την επεξεργασία δεδομένων από το ατομικό αναμνηστικό γυναικών, που υπάρχουν στους φακέλους υγείας των ιατρείων και των Νοσοκομείων, είτε β) συγχρονικές μελέτες, μελέτες επιπολασμού και έρευνες πεδίου, σε δείγματα γυναικών από την κοινότητα. Στις τελευταίες, το σύνηθες ερευνητικό εργαλείο είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποστέλλεται στις ερωτώμενες ταχυδρομικά ή απευθύνεται προσωπικά και απαντάται κατά τη διάρκεια συνέντευξης (κατά πρόσωπο ή τηλεφωνικής) με τους ερευνητές.

Είναι σύνηθες να ορίζεται ως εξαρτημένη μεταβλητή η διενέργεια του τεστ ΠΑΠ κατά την τελευταία 3ετία ή η εξέταση με μαστογραφία μέσα στα προηγούμενα 1-2 χρόνια. Σπάνια εξετάζεται η περιοδικότητα με την οποία οι γυναίκες υποβάλλονται σε εξετάσεις διαλογής, μολονότι το όφελος από τη διαλογή αναμένεται εφόσον ο έλεγχος γίνεται ανά χρονικά διαστήματα τα οποία προτείνονται από κατευθυντήριες οδηγίες. Από την άλλη πλευρά, στις ανεξάρτητες μεταβλητές συχνά περιλαμβάνονται α) παράγοντες ατομικοί, που αναφέρονται στις ίδιες τις γυναίκες (δημογραφικά χαρακτηριστικά, κουλτούρα, γνώσεις για την πρόληψη και υποκειμενικές αντιλήψεις για τον καρκίνο κ.α.) ή τους επαγγελματίες υγείας

(σύσταση από το γιατρό για εξετάσεις πρόληψης, γνώσεις των γιατρών μιας περιοχής ευθύνης σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες για screening, ηλικία και φύλο των επαγγελματιών υγείας κ.α.), καθώς και β) παράγοντες κοινωνικοί, οι οποίοι αφορούν στο σύστημα υγείας (παροχή ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης, ο χρόνος αναμονής μέχρι την ημερομηνία του ραντεβού για εξέταση κ.α.). Σε πολλές μελέτες η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μέσα από μοντέλα απλής και πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, αποσκοπεί στην ανάδειξη των παραγόντων που ενισχύουν καθοριστικά ή που, αντίθετα, αποτρέπουν τις γυναίκες σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε οργανωμένα προγράμματα διαλογής ή – για περιοχές όπου εφαρμόζεται ευκαιριακό screening - σε σχέση με τη χρήση της μαστογραφίας και του τεστ ΠΑΠ. Σε αρκετές περιπτώσεις ερευνάται το ενδεχόμενο ύπαρξης κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, όπως επίσης και η έκταση των διακρίσεων αυτών σε βάρος μειονεκτικών ομάδων ενός πληθυσμού, όπως μπορεί ενδεχομένως να είναι οι μετανάστες, τα άτομα που δεν ανήκουν στη λευκή φυλή (οι ιθαγενείς στην Αυστραλία, οι μαύροι στις ΗΠΑ κ.λπ.), οι ανασφάλιστοι κ.α.

Παρακάτω, θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα αποτελέσματα από τις έρευνες που περιγράφηκαν, καθώς και συμπεράσματα από εθνικές αναφορές για τον καρκίνο ή από προηγούμενες συστηματικές ανασκοπήσεις στη βιβλιογραφία.

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση της Εξέτασης Παπανικολάου και της Μαστογραφίας από τις γυναίκες

Οι γυναίκες που δεν εξετάζονται συχνά με τεστ Παπανικολάου έχουν αυξημένη πιθανότητα (36) (α) να είναι μεγαλύτερης ηλικίας (β) να προέρχονται από κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (γ) να είχαν κάποια προηγούμενη αρνητική εμπειρία σε σχέση με την εξέταση ή να αισθάνονται φόβο/ αμηχανία (δ) να έχουν δεχθεί σεξουαλική βία (ε) να είναι σε μικρό βαθμό πεπεισμένες για το όφελος από τις εξετάσεις πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου (στ) να φοβούνται πως θα πάθουν καρκίνο (ζ) να μην έχουν βρει το χρόνο για να κάνουν την εξέταση ή να ξέχασαν πως έφτασε ο καιρός που πρέπει να γίνει. Αντίθετα, λιγότερα τεστ ΠΑΠ γίνονται από γυναίκες των οποίων ο Γενικός Γιατρός είναι μεγάλης ηλικίας, είναι άντρας ή δεν χρησιμοποιεί κάποιο σύστημα υπενθύμισης προς τις γυναίκες της περιοχής ευθύνης του, αναφορικά με το πότε πρέπει να γίνει η εξέταση. Σε σχέση με τη μαστογραφία, οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη στάση των

γυναικών είναι ο φόβος για το αποτέλεσμα, η αντίληψη πως δεν είναι απαραίτητη, η απουσία συμπτωμάτων από το στήθος ή ο πόνος που προξενείται κατά την εξέταση.

Στην Αυστραλία (37-38), η ετήσια αναφορά για τον καρκίνο κατά την περίοδο 2006-2007 δείχνει ότι, παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί σχετικά με το εύρος κάλυψης του πληθυσμού στα εθνικά προγράμματα screening, οι κάτοικοι των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών, οι ιθαγενείς, οι μετανάστες, καθώς και τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, παρουσιάζουν χειρότερα ποσοστά πρόγνωσης για τον καρκίνο. Συγκεκριμένα, οι κάτοικοι από αγροτικές ή φτωχές περιοχές έχουν αυξημένα ποσοστά επίπτωσης για τον καρκίνο του τραχήλου και μικρότερα ποσοστά επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού, ευρήματα τα οποία έρχονται σε συμφωνία με εκείνα που αναφέρονται στη μειωμένη εκπροσώπηση των ομάδων αυτών στα προγράμματα διαλογής.

Στις ΗΠΑ, το 2005, 78% των γυναικών >18 ετών είχαν κάνει εξέταση Παπανικολάου μέσα στα τελευταία τρία έτη (σε ποσοστό μικρότερο για όλες τις φυλές σε σύγκριση με το 2003), ενώ ο εθνικός στόχος για το 2010 (*Healthy People 2010*) είχε καθοριστεί σε ποσοστό 90% (39). Οι φτωχές γυναίκες, οι μεγαλύτερης ηλικίας και εκείνες με χαμηλή εκπαίδευση έχουν μικρότερη πιθανότητα να ελέγχονται με τεστ ΠΑΠ. Την ίδια χρονιά, 67% των γυναικών ηλικίας ίσης ή άνω των 40 ετών, είχαν κάνει μαστογραφία μέσα στα τελευταία δύο έτη, ποσοστό μειωμένο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε σχέση με το 2003, οπότε επιτεύχθηκε ο στόχος του 70% που είχε τεθεί (*Healthy People 2010*) (39). Είναι λιγότερο πιθανό να έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία για screening οι γυναίκες μετανάστριες, εκείνες με χαμηλή εκπαίδευση, χαμηλό εισόδημα, χωρίς ασφάλιση και χωρίς κάποιες σταθερές παροχές φροντίδας υγείας.

Από διάφορες έρευνες με στοιχεία προερχόμενα από τις εθνικές δημοσκοπήσεις για θέματα υγείας (National Health Institute Surveys), έχουν διαπιστωθεί οι σοβαρές ανισότητες που υφίστανται στις ΗΠΑ σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου και του μαστού σε βάρος ορισμένων τμημάτων του πληθυσμού και οι οποίες αποτυπώνονται τόσο στη μειωμένη χρήση των εξετάσεων διαλογής από αυτές τις γυναίκες όσο και στο προχωρημένο στάδιο του ανευρισκόμενου καρκίνου κατά την αρχική διάγνωση (40-43). Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η φτώχεια, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η έλλειψη ασφάλισης έχουν δειχθεί να είναι πιο αξιόπιστοι προγνωστικοί δείκτες για την πρόληψη και την έκβαση του καρκίνου σε σύγκριση με την εθνικότητα ή τη φυλή. Οι

Ward et al (44) έδειξαν ότι και για τους τέσσερις τύπους νεοπλασίας για τους οποίους συστήνεται και εφαρμόζεται εκτεταμένα screening (παχέος εντέρου, μαστού τραχήλου και προστάτη), η αναλογία των περιπτώσεων που διαγνώστηκαν σε εντοπισμένο στάδιο είναι μικρότερη και η αναλογία των περιπτώσεων σε απομεμακρυσμένο στάδιο είναι μεγαλύτερη στις περιοχές με υψηλότερο επίπεδο φτώχειας, συγκρινόμενες με τις λιγότερο ασθενείς οικονομικά περιοχές. Για παράδειγμα, 67% των γυναικών από συνοικίες με οικονομική ευμάρεια και 59% από πτωχές συνοικίες διαγνώστηκαν με εντοπισμένο καρκίνο του μαστού. Επίσης, μολονότι οι γυναίκες της λευκής φυλής παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση για όλα τα στάδια καρκίνου του μαστού, οι Αφρο-Αμερικανές είναι που έχουν αυξημένα ποσοστά καρκίνου σε περιοχικό και απομεμακρυσμένο στάδιο.

Σε άλλη μελέτη, οι Selvin et al (45), επισημαίνουν ότι ο πιο ισχυρός παράγοντας που συσχετίζεται θετικά με ένα πρόσφατο έλεγχο με τεστ ΠΑΠ ή με μαστογραφία στις γυναίκες, είναι η ύπαρξη κάποιων σταθερών παροχών φροντίδας υγείας. Για όλες τις φυλές και εθνικότητες στις ΗΠΑ, οι γυναίκες αυτές έχουν τουλάχιστον 3,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν πρόσφατη μαστογραφία ή τεστ ΠΑΠ. Στις γυναίκες της μαύρης φυλής, ένα εισόδημα ύψους >200% από εκείνο στο επίπεδο της φτώχειας, ήταν ισχυρός προγνωστικός δείκτης για πρόσφατη μαστογραφία, χωρίς ωστόσο να έχει επηρεάσει τη χρήση του τεστ ΠΑΠ. Επίσης, ήταν κατά τουλάχιστον 2,5 φορές πιο πιθανό να αναφέρεται πρόσφατο τεστ ΠΑΠ από γυναίκες με απολυτήριο Λυκείου σε σχέση με τις λιγότερο μορφωμένες, ενώ η κάλυψη με ιδιωτική ασφάλεια συσχετίστηκε θετικά με την πρόσφατη υποβολή σε οποιαδήποτε εξέταση διαλογής.

Χάσμα στα ποσοστά των πρακτικών πρόληψης παρατηρείται επίσης ανάμεσα στις γυναίκες αγροτικών και αστικών περιοχών, ιδιαίτερα ως προς τη μαστογραφία, εξέταση η οποία απαιτεί πιο ανεπτυγμένο εξοπλισμό (46-48). Οι κάτοικοι στις αγροτικές περιοχές είναι συνήθως κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας, πιο φτωχοί και λιγότερο μορφωμένοι σε σχέση με τους κατοίκους των πόλεων, κατά συνέπεια η συμμετοχή τους σε προγράμματα διαλογής είναι πιο περιορισμένη (49). Σε μελέτες από τη Σκοτία (4) αναδείχθηκε πως η υψηλή συννοσηρότητα και η διάγνωση σε προχωρημένο στάδιο είναι οι κύριοι λόγοι που εξηγούν τη μειωμένη επιβίωση πασχόντων από καρκίνο σε αγροτικές ή υποβαθμισμένες περιοχές. Στις ΗΠΑ οι Αφρο-αμερικανές γυναίκες >45ετών που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του τραχήλου (50), ενώ το πλέον

αυξημένο ποσοστό περιπτώσεων καρκίνου του μαστού προχωρημένου σταδίου καταγράφηκε σε περιοχές του Νότου, όπου οι κάτοικοι είναι κυρίως αγρότες μη λευκής φυλής (51). Ωστόσο, η ενασχόληση με τη γεωργία έχει δειχθεί και ως ανεξάρτητος παράγοντας αρνητικής συσχέτισης με τη συμμετοχή στη διαλογή (52). Σε μελέτη του 2004 που επίσης έλαβε χώρα στις ΗΠΑ (49), 70,8% και 75,7% των γυναικών από αγροτικές και αστικές περιοχές αντίστοιχα, είχαν πρόσφατα κάνει μαστογραφία, και η διαφορά αυτή παρέμεινε στατιστικά σημαντική ακόμη και μετά από διόρθωση ως προς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα ή η φυλή/εθνικότητα.

Από έρευνες σε χώρες της Ευρωπαϊκής ηπείρου αναδεικνύονται, επίσης, χαρακτηριστικά των γυναικών ή παράγοντες που αφορούν στο σύστημα υγείας και επηρεάζουν τις πρακτικές για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Σε μια Ισπανική μελέτη (53) με δείγμα γυναικών από 22 Ευρωπαϊκές χώρες (n=11.770), φάνηκε ότι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών και αφορούν στη χρήση της μαστογραφίας και του τεστ ΠΑΠ υφίστανται στις χώρες όπου εφαρμόζεται ευκαιριακό screening και όχι σε κράτη με οργανωμένα προγράμματα διαλογής του πληθυσμού σε εθνική κλίμακα. Παρ' όλα αυτά, στην Ολλανδία ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός σε γυναίκες μετανάστριες καθώς και σε εκείνες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (54), ενώ οι γυναίκες που δεν συμμετείχαν στο εθνικό πρόγραμμα διαλογής ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με όσες συμμετείχαν, συναισθήματα φόβου ή ντροπής, αίσθημα ανασφάλειας και ανησυχίας ως προς το αποτέλεσμα, καθώς και φόβο για τη διαδικασία λήψης του επιχρίσματος (55). Σε αναδρομική έρευνα από την Πολωνία (56), με δείγμα ατόμων που επισκέφθηκαν γυναικολογικά ιατρεία, φάνηκε ότι οι γυναίκες από αγροτικές περιοχές, εκείνες που δεν είναι παντρεμένες ή έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζουν μικρότερη συμμετοχή στο εθνικό πρόγραμμα screening με εξέταση Παπανικολάου, προβάλλοντας, μεταξύ άλλων, ως κύριους λόγους άρνησης την έλλειψη χρόνου, την αρνητική στάση απέναντι στην ίδια την εξέταση και απέναντι στη διαδικασία της εξέτασης από έναν άγνωστο σε αυτές γιατρό.

Όσον αφορά στην πρόληψη με μαστογραφία, μελέτες από Ελβετία (57) και Μ. Βρετανία (58), φανερώνουν ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (65-70 ετών), οι άγαμες ή εκείνες που κατοικούν σε περιοχές υποβαθμισμένες ή μακριά από το διαγνωστικό κέντρο, εμφανίζουν μικρότερη συμμόρφωση σε σχέση με την

παρακολούθηση των εθνικών προγραμμάτων για πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Στην Ισπανία (59) και τις Βαλεαρίδες Νήσους (60), η εξέταση με μαστογραφία κατά τα τελευταία 2 χρόνια, έγινε σε υψηλότερο ποσοστό από γυναίκες έγγαμες, με καλό εκπαιδευτικό επίπεδο και οι οποίες επισκέφθηκαν πρόσφατα κάποιο Παθολόγο ή Γυναικολόγο. Σε μια Γαλλική μελέτη για τη συμμετοχή των γυναικών στα εθνικά προγράμματα διαλογής για τον καρκίνο (61), φάνηκε ότι ο πιο καθοριστικός παράγοντας στο να έχει γίνει πρόσφατα μαστογραφία ή τεστ ΠΑΠ, είναι το να έχει επίσης πρόσφατα γίνει η μία ή η άλλη εξέταση, εύρημα με βάση το οποίο οι συγγραφείς επικεντρώνουν στην αναγκαιότητα για ταυτόχρονη ενημέρωση και παραπομπή των γυναικών για τις δύο εξετάσεις.

Στην Ελλάδα η πρόληψη για τον καρκίνο από τις γυναίκες επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την ηλικία (33) και φαίνεται ότι οι νεότερες γενιές είναι πιο ευαισθητοποιημένες σε σχέση με την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση με μαστογραφία ή τεστ ΠΑΠ. Οι γυναίκες >60 ετών, σε έρευνα με δείγμα ατόμων από αστικά κέντρα (n=1.350) (35), είναι λιγότερο ενημερωμένες για την πρόληψη με μαστογραφία, δηλώνουν σε ποσοστό 38% άρνηση για ενημέρωση και συμφωνούν με την άποψη πως «ό, τι δεν σε ενοχλεί, δεν το ψάχνεις», παραγνωρίζοντας έτσι τον προληπτικό χαρακτήρα της εξέτασης. Από άλλη μελέτη αναδρομικού τύπου σε 3.316 γυναίκες που είχαν επισκεφθεί τα Εξωτερικά Γυναικολογικά Ιατρεία Περιφερειακού Νοσοκομείου στον Πειραιά (62), βρέθηκε ότι οι μετανάστριες καθώς και όσες γυναίκες δεν ήταν παντρεμένες είχαν σε μικρότερο ποσοστό εξεταστεί με τεστ Παπανικολάου. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οι ατομικές αντιλήψεις και γνώσεις των γυναικών, καθώς και οι παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας έχουν ελάχιστα μελετηθεί όσον αφορά στο αν και κατά πόσο επηρεάζουν τη συμπεριφορά πρόληψης για τον καρκίνο.

1.3 Ο ρόλος των Γενικών γιατρών και των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προαγωγή της πρόληψης με τεστ ΠΑΠ και μαστογραφία

Σε αρκετές έρευνες έχει καταδειχθεί η πρωταρχική σημασία του ρόλου των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα στη συμμόρφωση των γυναικών με τις οδηγίες για διαλογή του καρκίνου (63-66). Η ασυνέπεια ως προς τη χρήση του τεστ ΠΑΠ ή της μαστογραφίας αποδίδεται μάλλον στη μη παραπομπή από γιατρό

παρά στην άρνηση των ίδιων των γυναικών (67). Η σύσταση ή ακόμη η σύντομη συμβουλή από γιατρό για τεστ ΠΑΠ ή μαστογραφία αποτελεί ισχυρό παράγοντα επηρεασμού των προθέσεων και της συμπεριφοράς πρόληψης των ατόμων για κάθε ηλικία, εθνότητα ή κοινωνικοοικονομική τάξη (36, 66). Οι γυναίκες που παρακολουθούνται αραιά ή καθόλου από Γενικό Γιατρό παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν ποτέ εξεταστεί με τεστ ΠΑΠ ή να έχουν κάνει μαστογραφία μέσα στα τελευταία 2 έτη. Σε αγροτική περιοχή της Βραζιλίας (68), όπου εφαρμόστηκε πρόγραμμα διαλογής με κινητή μονάδα για μαστογραφία και εξέταση Παπανικολάου, η πιο αποτελεσματική παρέμβαση στις γυναίκες που είχε ως στόχο την ευρεία συμμετοχή τους, ήταν οι ενημερωτικές επισκέψεις στα σπίτια από κάποιο επαγγελματία της ΠΦΥ στην περιοχή. Παράλληλα, η χρήση από τους Γενικούς Γιατρούς συστημάτων υπενθύμισης προς τις γυναίκες για τεστ ΠΑΠ ή μαστογραφία έχει συσχετιστεί με αύξηση των ποσοστών συμμετοχής σε προγράμματα διαλογής (36, 69-70).

Η πρόσφατη επίσκεψη σε γιατρό επηρεάζει θετικά την υποβολή σε screening για τον καρκίνο (71), αν και πρέπει να ειπωθεί ότι οι γυναίκες που προσέχουν γενικά την υγεία τους (διατρέφονται υγιεινά, δεν καπνίζουν, κάνουν ετήσιο οδοντιατρικό έλεγχο) εξετάζονται πιο τακτικά με τεστ ΠΑΠ και μαστογραφία (72-74). Αντίθετα, η μη παραπομπή από γιατρό έχει συχνά αναφερθεί ανάμεσα στους κύριους λόγους για τους οποίους δεν γίνονται εξετάσεις πρόληψης (75-76). Σε ορισμένες περιπτώσεις η σύσταση από τους γιατρούς μπορεί να γίνεται βάσει διακρίσεων και όχι με κριτήριο τις κατευθυντήριες οδηγίες και μόνο. Έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες που παραπέμπονται σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι εκείνες νεότερης ηλικίας, οι έγγαμες, με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και υψηλότερο εισόδημα (77). Στις ΗΠΑ οι γυναίκες που δεν είναι μετανάστριες ή έχουν ιδιωτική ασφάλιση έχουν αυξημένη πιθανότητα να δεχθούν σύσταση από γιατρό για screening (78). Από την άλλη πλευρά, τα χαρακτηριστικά που αφορούν τους γιατρούς και σχετίζονται με μη παραπομπή των γυναικών >50 ετών για εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου, είναι η ηλικία >50 ετών των ίδιων των γιατρών, η εξειδίκευση αυτών στη γηριατρική, καθώς και η άσκηση σε μικρές ή αγροτικές μονάδες ΠΦΥ (79).

Παρ' όλα αυτά, μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η άσκηση πρόληψης με προσανατολισμό στις ανάγκες της κοινότητας (*Community – Oriented Primary Care*) μπορεί να οδηγήσει στη μείωση των ανισοτήτων που υφίστανται σε βάρος μειονεκτικών ομάδων ή πληθυσμών και οι οποίες σχετίζονται με την επίπτωση,

τη θνητότητα και τα ποσοστά επιβίωσης από οποιαδήποτε νεοπλασία. Στις γυναίκες με χαμηλό εισόδημα η σύσταση από το Γενικό Γιατρό συσχετίζεται θετικά με τη χρήση όλων των εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου (80). Η επαρκής χρηματοδότηση και η οργάνωση των δομών ΠΦΥ με τρόπο ώστε να προάγονται η συντονισμένη δραστηριότητα των επαγγελματιών υγείας, η συνέχεια στην παρακολούθηση από ένα ορισμένο γιατρό και η καλή σχέση γιατρού με ασθενή, φάνηκε να βελτιώνει σημαντικά τη συμμόρφωση των γυναικών με χαμηλό εισόδημα προς τις συστάσεις για πρόληψη του καρκίνου μέσω της έγκαιρης διάγνωσης. Είναι γεγονός ότι οι κατώτερες κοινωνικοοικονομικά τάξεις, παρά τις αυξημένες ανάγκες, χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες για πρόληψη και καθυστερούν περισσότερο στην αναζήτηση θεραπείας. Σε πολύ απόμερες περιοχές, όπου οι υπηρεσίες ΠΦΥ είναι ελάχιστα διαθέσιμες, η χρήση αυτών από τους οικονομικά ασθενέστερους είναι σημαντικά χαμηλότερη. Αντίθετα, σε πληθυσμούς όπου οι Γενικοί Γιατροί επαρκούν σε αριθμό και οι υπηρεσίες ΠΦΥ είναι γεωγραφικά και οικονομικά προσβάσιμες, οι αυξημένες ανάγκες των μειονεκτικών ομάδων διαφαίνονται από τον αυξημένο αριθμό των ιατρικών επισκέψεων (81).

1.4 Συμπεράσματα

α) Η χρήση της εξέτασης Παπανικολάου και της μαστογραφίας επηρεάζεται από ποικίλα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ατομικές αντιλήψεις σε σχέση με την πρόληψη, όπως είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο φόβος για τον καρκίνο ή για τις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου κ.α.

β) Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας μέσω της έγκαιρης διάγνωσης δεν έχει ισότιμα εφαρμοστεί σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η έλλειψη ασφάλισης κ.α., επηρεάζουν αρνητικά τη συμμετοχή των γυναικών στα προγράμματα διαλογής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ανισότητες αυτές συντηρούνται από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ενημερώνουν και παραπέμπουν για εξετάσεις πρόληψης τις γυναίκες που, λόγω κοινωνικοοικονομικής θέσης, έχουν ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

γ) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και, ειδικότερα, των γιατρών στην ΠΦΥ είναι καθοριστικός για τη συνεπή χρήση της μαστογραφίας και του τεστ ΠΑΠ από τις γυναίκες. Η παραπομπή για εξέταση, η παρακολούθηση στην ΠΦΥ και η χρήση συστημάτων υπενθύμισης για τεστ ΠΑΠ ή μαστογραφία, έχουνδειχθεί να είναι ανάμεσα στους πλέον ισχυρούς παράγοντες θετικής συσχέτισης με τη χρήση των εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

δ) Από τις υπάρχουσες μελέτες, φαίνεται πως δεν έχει μελετηθεί επαρκώς α) ανά ποια χρονικά διαστήματα εξετάζονται οι γυναίκες με τεστ Παπανικολάου ή μαστογραφία, ώστε να διαπιστωθεί η συνέχεια στη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες β) η επίδραση στις πρακτικές πρόληψης που μπορεί να έχουν άλλες παράμετροι κατά την άσκηση της Γενικής Ιατρικής στην ΠΦΥ, πλην της παραπομπής για εξέταση, της ιατρικής επίσκεψης για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας ή των ηλεκτρονικών συστημάτων υπενθύμισης για εξετάσεις πρόληψης.

2.1 Τόπος – Χρόνος Διεξαγωγής

Η έρευνα έλαβε χώρα το 2006 στα Δημοτικά Διαμερίσματα (Αγ. Μύρωνας, Πυργού, Πενταμόδι, Πετροκέφαλο, Άνω Ασίτες, Κάτω Ασίτες) του Δήμου Γοργολαΐνη στο νομό Ηρακλείου. Πρόκειται για μια αγροτική περιοχή που απέχει 25-30 χιλιόμετρα από το κέντρο της πόλης του Ηρακλείου και απαριθμεί περίπου 3.000 κατοίκους¹. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή παρέχονται από α) το 2θέςιο Περιφερειακό Ιατρείο Αγ. Μύρωνα β) το Περιφερειακό Ιατρείο Ασιτών και γ) το Κέντρο Υγείας Αγ. Βαρβάρας. Κατά την περίοδο της μελέτης, οι θέσεις των γιατρών στα Περιφερειακά Ιατρεία, καθώς και η πλειονότητα των θέσεων στο Κέντρο Υγείας καλύπτονταν από ειδικευμένους γιατρούς Γενικής Ιατρικής. Στο Κέντρο Υγείας Αγ. Βαρβάρας λειτουργούσε επίσης Μαιευτικό Ιατρείο, κατάλληλα εξοπλισμένο και στελεχωμένο με δύο μαιές. Στο Ιατρείο αυτό, μπορούσε να γίνει εξέταση μαστών, λήψη επιχρίσματος για τεστ Παπανικολάου, ενώ παράλληλα κανονίζονταν ραντεβού για μαστογραφία στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου («Βενιζέλειο»).

2.2 Πληθυσμός - Δειγματοληψία

Ως πληθυσμός μελέτης ορίστηκε το σύνολο των γυναικών ηλικίας 35-75 ετών που κατοικούν σε μόνιμη βάση στην περιοχή. Σε συνεργασία με υπαλλήλους του Δήμου, ελέγχθηκε αν ο τόπος μόνιμης κατοικίας που καταγραφόταν στο Δημοτολόγιο ήταν πραγματικός. Με τη διαδικασία αυτή προέκυψε, τελικά, ότι ο πληθυσμός μελέτης περιλαμβάνει 571 γυναίκες. Με πίνακες τυχαίων αριθμών του Excel, επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 145 ατόμων. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας διαπιστώθηκε ότι είκοσι-μία από τις γυναίκες αυτές είχαν μετοικήσει σε άλλο Δήμο, μία νοσηλεύοταν, ενώ τρεις αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. Τελικά, καθορίστηκε ένα δείγμα 120 ατόμων, το οποίο αντιστοιχεί στο 21% του πληθυσμού και διασφαλίζει στατιστική ισχύ 80%. Το ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν 97,5%.

¹ σύμφωνα με την απογραφή του 2001 και τους εκλογικούς καταλόγους του 2005

2.3 Σχεδιασμός – Ερευνητικά Εργαλεία

Από το Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής στάλθηκε σε καθεμιά από τις 145 γυναίκες που επιλέχθηκαν αρχικά, ενημερωτική επιστολή αναφορικά με το αντικείμενο, τη διαδικασία και το σκοπό της έρευνας που επρόκειτο να διεξαχθεί στην περιοχή. Οι γυναίκες που δέχθηκαν να συμμετάσχουν υπέγραψαν ένα έντυπο συγκατάθεσης, που δόθηκε κατά την έναρξη της μελέτης. Το ερευνητικό πρωτόκολλο εξετάστηκε και εγκρίθηκε ως προς την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Η έρευνα αποτελεί μια συγχρονική μελέτη, μια «έρευνα-πεδίου», που διεξάχθηκε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων από την υποψήφια διδάκτορα στις γυναίκες του δείγματος. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο σπίτι των ερωτώμενων, χωρίς παρουσία άλλων προσώπων και η διάρκεια καθεμιάς από αυτές ήταν 45 λεπτά. Οι συνεντεύξεις βασίστηκαν σε ένα Ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα) το οποίο περιλαμβάνει 65 ερωτήματα με προ-κωδικοποιημένες απαντήσεις, ταξινομημένα στις εξής θεματικές ενότητες:

- A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- B. Κατάσταση υγείας και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας για α) χρόνια νοσήματα β) υποκειμενικά ενοχλήματα κατά το προηγούμενο βμηνο γ) επείγοντα περιστατικά δ) πρόληψη (π.χ. εμβολιασμοί) μέσα στο προηγούμενο έτος δ) συνταγογράφηση φαρμάκων. Οι υπηρεσίες υγείας διακρίθηκαν σε εκείνες που παρέχονται σε (i) μονάδες ΠΦΥ, όπως Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, ιατρεία ΙΚΑ ή άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, (ii) Δημόσια Νοσοκομεία, (iii) Ιδιωτικά ιατρεία, κλινικές ή διαγνωστικά κέντρα.
- C. Συχνότητα και λόγοι (προληπτικοί ή διαγνωστικοί) υποβολής σε εξέταση Παπανικολάου, γυναικολογική εξέταση, κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, μέσα στο διάστημα των έξη προηγούμενων ετών. Οι γυναίκες ρωτήθηκαν για την ειδικότητα και τον τομέα εργασίας (δημόσιος ή ιδιωτικός) όπου απασχολείται ο γιατρός που παρέπεμψε ή που έκανε την εξέταση.
- D. Γυναικολογικό ιστορικό και οικογενειακό αναμνηστικό σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών

Ε. Γνώσεις σε σχέση με την έγκαιρη διάγνωση (π.χ. συνιστώμενη συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου και μαστογραφία) και τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας

Το Ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε με βάση ερωτήσεις από ήδη σταθμισμένα ή εφαρμοσμένα σε προηγούμενες μελέτες εργαλεία, τα οποία είναι τα εξής:

- i. Το Ερωτηματολόγιο των Γυναικών στις Αρχάνες (82)
- ii. Το Ελληνικό Ερωτηματολόγιο του προγράμματος SHARE 2004 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), 10^η έκδοση (83)
- iii. Το Ερωτηματολόγιο για τον καρκίνο από την Εθνική Δημοσκόπηση Υγείας (2000) των ΗΠΑ (84)
- iv. Το Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για τον Καρκίνο του Μαστού (85-86)
- v. Το Εργαλείο Αξιολόγησης του κινδύνου για Καρκίνο του Μαστού (87)
- vi. Ερωτήσεις γνώσεων από δημοσιευμένη μελέτη σχετικά με το επίπεδο γνώσεων των γυναικών για την HPV λοίμωξη και τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του τραχήλου (88)

Το Ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στις ανάγκες της παρούσας μελέτης και εμπλουτίστηκε με ερωτήσεις που συνάχθηκαν από την κλινική εμπειρία των ερευνητών, διαδικασία για την οποία ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα:

(α) Συζήτηση πάνω στη δομή και το περιεχόμενο των ερωτήσεων με τον επιβλέποντα και τους συν-επιβλέποντες καθηγητές. Οι εν λόγω ιατροί κατέχουν ιδιαίτερη γνώση και εμπειρία σχετικά με την εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου στις γυναίκες της Κρήτης, καθώς και με τη μεθοδολογία έρευνας και παρεμβάσεων πρόληψης στην κοινότητα.

(β) Μετάφραση στην ελληνική γλώσσα όσων ερωτήσεων ήταν διατυπωμένες στα Αγγλικά. Με τη βοήθεια δυο καθηγητών Αγγλικής γλώσσας (ενός Έλληνα και ενός Αγγλόφωνου), ελέγχθηκε αν η μετάφραση των ερωτήσεων από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και αντίστροφα, αποδίδει με ακρίβεια το ίδιο και το αυτό νόημα.

(γ) Εκπόνηση Μελέτης – Πιλότου, με συνεντεύξεις σε δείγμα 20 γυναικών από την κοινότητα. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από την υποψήφια διδάκτορα σε συνεργασία με νοσηλεύτη και κοινωνικό λειτουργό που εργάζονταν στην ΠΦΥ. Έγιναν τροποποιήσεις στο αρχικό ερωτηματολόγιο, έπειτα από υποδείξεις των γυναικών και των ερωτώντων σχετικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση των ερωτήσεων.

2.4 Μέθοδος

Το δείγμα χωρίστηκε με βάση τη διάμεσο τιμή του ηλικιακού εύρους σε δύο ομάδες γυναικών, >55 και ≤ 55 ετών. Έγινε σύγκριση των δύο ηλικιακών ομάδων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κατάσταση υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην περιοχή, τις γνώσεις για την πρόληψη του καρκίνου, καθώς και για τις πρακτικές πρόληψης με τεστ Παπανικολάου, κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία κατά το τελευταίο έτος και κατά τη διάρκεια των έξι προηγούμενων ετών.

Οι εξαρτημένες μεταβλητές, που αφορούν στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου με τεστ Παπανικολάου και στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού με κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, καθορίστηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου (*American Cancer Society* 2003), οι οποίες μέχρι σήμερα δεν έχουν περαιτέρω τροποποιηθεί (89). Στις οδηγίες αυτές, μεταξύ άλλων, συστήνονται:

A. Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου:

- Κλασικό τεστ ΠΑΠ κάθε χρόνο ή κάθε δύο χρόνια με την καινούργια, υγρής φάσης (Thin Prep) εξέταση, με έναρξη στην ηλικία των 21 ετών (ή τρία χρόνια μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών)
- Τεστ ΠΑΠ κάθε 2 ή 3 χρόνια μετά την ηλικία των 30 ετών, σε γυναίκες που είχαν ως τότε, 3 συνεχόμενα φυσιολογικά επιχρίσματα.
- Οι γυναίκες ≥ 70 ετών που είχαν 3 ή περισσότερα συνεχόμενα φυσιολογικά τεστ, καθώς και κανένα μη φυσιολογικό αποτέλεσμα μέσα στα τελευταία 10 έτη, μπορούν να επιλέξουν να σταματήσουν την πρόληψη.

B. Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού:

- Μαστογραφία μια φορά το χρόνο, ξεκινώντας από την ηλικία των 40 ετών και συνεχίζοντας για όσο η γυναίκα είναι καλά στην υγεία της
- Κλινική εξέταση μαστών κάθε τρία χρόνια για τις γυναίκες 20 - 40 ετών και κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 40 ετών. Η κλινική εξέταση μαστών πρέπει να προηγείται της μαστογραφίας διότι, παρά τη χαμηλή ευαισθησία που έχει ως εξέταση, είναι δυνατό σε ορισμένες περιπτώσεις, οζίδια αισθητά από τη γυναίκα ή από τον εξετάζοντα να μην εντοπίζονται απεικονιστικά.

Οι γυναίκες του δείγματος διακρίθηκαν σε αυτές που δεν έχουν εξεταστεί ποτέ (Ομάδα A, δεν κάνουν πρόληψη), σε εκείνες που έχουν εξεταστεί έστω μία φορά

(Ομάδα Β, κάνουν πρόληψη ευκαιριακά) και σε εκείνες που, κατά τα τελευταία 6 έτη, εξετάζονταν με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες (Ομάδα Γ, κάνουν ορθή ή ενδεδειγμένη πρόληψη). Αναφορικά με την εξέταση Παπανικολάου, ορθή πρόληψη θεωρήθηκε ότι έκαναν οι γυναίκες που είχαν εξεταστεί τουλάχιστον μια φορά μέσα στα τελευταία 3 έτη και, επιπλέον, είχαν εξεταστεί δύο ή περισσότερες φορές μέσα στα τελευταία 6 έτη. Οι γυναίκες >70 ετών ρωτήθηκαν επιπλέον κατά τη διάρκεια της συνέντευξης σε σχέση με τα τεστ ΠΑΠ που είχαν κάνει μέσα στην τελευταία 10ετία. Ως προς τον καρκίνο του μαστού, η πρόληψη σύμφωνα με τις οδηγίες ορίστηκε ως εξής: α) κλινική εξέταση μαστών, τουλάχιστον μία φορά στην προηγούμενη 3ετία για τις γυναίκες 35-39 ετών. β) για γυναίκες ≥ 40 ετών, κλινική εξέταση μαστών κατά το προηγούμενο έτος, καθώς επίσης και τουλάχιστον 1, 2 ή 3 μαστογραφίες μέσα στα τελευταία 6 έτη, για ηλικίες 40, 41 και 42-75 ετών, αντίστοιχα (βλ. Πίνακα 1).

Συγκρίθηκαν οι γυναίκες της ομάδας Α με αυτές των ομάδων Β και Γ, καθώς και οι γυναίκες της ομάδας Γ με εκείνες των ομάδων Α και Β, ως προς παραμέτρους (*ανεξάρτητες μεταβλητές*) σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κατάσταση υγείας, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και ΠΦΥ ειδικότερα, το γυναικολογικό ιστορικό, το οικογενειακό αναμνηστικό καρκίνου και τη βαθμολογία στις ερωτήσεις γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

2.5 Στατιστική Ανάλυση

Η σύγκριση των ηλικιακών ομάδων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιατρικό ιστορικό, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τις πρακτικές πρόληψης και τις γνώσεις για την πρόληψη του καρκίνου έγινε με τη δοκιμασία χ^2 . Για την ανάδειξη των μεταβλητών που καθορίζουν τη συμπεριφορά πρόληψης με τεστ ΠΑΠ, κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, εφαρμόστηκε απλή και, στη συνέχεια, πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση. Η πλειονότητα των μεταβλητών ήταν διακριτές και εκφρασμένες ως απόλυτοι αριθμοί ή ως αναλογίες. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέσοι όροι \pm SD (Σταθερή Απόκλιση). Υπολογίστηκαν οι αδροί και οι σταθμισμένοι σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων (Crude and adjusted ORs), με διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence Intervals, CIs) 95%. Για την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε το πρότυπο της «προς τα πίσω»

επιλογής (backward selection model), περιλαμβάνοντας α) μεταβλητές βάσει της σχετικής βιβλιογραφίας, και β) μεταβλητές που δεν παρουσίασαν τιμές ίσες με το μηδέν και των οποίων η τιμή του p ήταν $<0,20$ στη δι-παραγοντική ανάλυση. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0 και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ από τις γυναίκες του δείγματος

Στους Πίνακες 2 και 3 γίνεται σύγκριση των δύο ηλικιακών ομάδων του δείγματος (> 55 ετών και ≤ 55 ετών) ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την αυτοαναφερόμενη υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην περιοχή. Στο σύνολο των γυναικών, η πλειονότητα είναι απόφοιτοι του Δημοτικού Σχολείου (60,8%), έγγαμες (86,7%) και ασχολούνται (ή ασχολούνταν πριν συνταξιοδοτηθούν) με τη γεωργία (68,3%), ενώ εκείνες >55 ετών παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να έχουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($p<0,001$) και να είναι/ ήταν αγρότισσες ($p<0,001$). Όλες οι γυναίκες του δείγματος έχουν ασφάλιση και 86,7% είναι ασφαλισμένες στον ΟΓΑ. Οι περισσότερες (62,5%) θεωρούν ότι έχουν γιατρό με τον/την οποίο/α μπορούν να επικοινωνούν σε συστηματική βάση και για 56,7% αυτών, αυτός/ή ο/η γιατρός είναι Γενικός Γιατρός στο Περιφερειακό Ιατρείο ή στο Κέντρο Υγείας της περιοχής. Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν χρησιμοποιήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό τις υπηρεσίες ΠΦΥ για παρακολούθηση χρονίων νοσημάτων ($p=0,01$), επαναλαμβανόμενη συνταγογραφία ($p<0,001$) ή για συμπτώματα που εκδηλώθηκαν μέσα στο τελευταίο εξάμηνο ($p=0,03$). Ο παράγοντας της ηλικίας δεν συσχετίζεται με τις επισκέψεις για πρόληψη (εμβολιασμός, εργαστηριακές εξετάσεις κ.α.), στην πραγματικότητα, λιγότερο από μισές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη, έχουν ποτέ επισκεφθεί την ΠΦΥ για τέτοιο λόγο.

3.2 Συχνότητα, Λόγοι υποβολής σε εξέταση Παπανικολάου και Γνώσεις των γυναικών σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου

Στον Πίνακα 4 φαίνεται ότι 73,3% των γυναικών έχουν κάνει έστω μία φορά εξέταση Παπανικολάου, 49,2% έχουν εξεταστεί μέσα στα τελευταία 3 χρόνια και 40,8% εξετάζονταν σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου, μέσα στα τελευταία 6 χρόνια. Οι γυναίκες ≤55 ετών εμφάνισαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό αυξημένα ποσοστά τόσο για ευκαιριακό ($p=0,004$) όσο και για ενδεδειγμένο screening ($p<0,001$). Για την τελευταία εξέταση Παπανικολάου, 38,4% των γυναικών παραπέμφθηκαν από κάποιο επαγγελματία υγείας και 61,6% από

συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα, ενώ το τεστ αυτό έγινε για πρόληψη σε 78,4% των γυναικών και για διαγνωστικούς λόγους σε 21,6%. 9,1% παραπέμφθηκαν για την τελευταία εξέταση από επαγγελματία ΠΦΥ και 10,2% έκαναν το τεστ στο Κέντρο Υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παραπέμφθηκε (90,9%) και εξετάστηκε (89,8%) στο Νοσοκομείο ή σε ιδιωτικό ιατρείο. Από τις γυναίκες που δεν εξετάστηκαν ποτέ ή δεν έκαναν τεστ στα τελευταία 3 χρόνια, περισσότερες από τις μισές (54,1%) αποδίδουν τη στάση αυτή στο ότι δεν υπήρξαν γυναικολογικά συμπτώματα. Παρ' όλα αυτά, 10,8% του συνόλου παραπέμφθηκε από γιατρό για εξέταση μέσα στο προηγούμενο έτος, με τις νεότερες γυναίκες να έχουν δεχθεί σύσταση σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ($p=0,049$).

Όσον αφορά στις γνώσεις των γυναικών (**Πίνακας 5**), οι γυναίκες ≤ 55 ετών έχουν αυξημένη πιθανότητα να γνωρίζουν ότι το τεστ Παπανικολάου πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο ($p<0,001$), ότι ο έλεγχος μπορεί να διακόπτεται μετά την ηλικία των 70 ετών ($p=0,001$) και ότι η εξέταση Παπανικολάου συστήνεται για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ($p=0,001$). 4,2% του δείγματος, ανεξάρτητα από την ηλικία, έχουν ενημερωθεί από γιατρό για το ρόλο του ιού HPV στην πρόκληση καρκίνου. Οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες ισχυρίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ο καρκίνος του τραχήλου είναι κυρίως νόσος κληρονομική ($p=0,005$), ότι δεν χρειάζεται να συνεχίζεται ο έλεγχος με τεστ Παπανικολάου αφού διακοπούν για αρκετά χρόνια οι σεξουαλικές σχέσεις ($p<0,001$) ή μετά την εμμηνόπαυση ($p<0,001$). Σε σχέση με τους παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου, περισσότερο από το ήμισυ του δείγματος, χωρίς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες, αναγνωρίζει ότι το κάπνισμα (69,7%), η ύπαρξη πολλαπλών ερωτικών συντρόφων (69,7%) και η έναρξη των σεξουαλικών επαφών σε μικρή ηλικία (50,4%) αυξάνουν τον κίνδυνο. Λιγότερες γυναίκες (24,4%) θεωρούν τη χρήση του προφυλακτικού κατά την επαφή ως τρόπο προστασίας απέναντι στον καρκίνο.

3.3 Παράγοντες που καθορίζουν την Ευκαιριακή ή την Ορθή Πρόληψη του Καρκίνου του τραχήλου με εξέταση Παπανικολάου

Στους **Πίνακες 6** και **7** παρουσιάζονται οι αδροί σχετικοί λόγοι (Crude ORs) για τη χρήση της εξέτασης Παπανικολάου σε σχέση με το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στη διπαραγοντική ανάλυση. Επικεντρώνοντας

στις παραμέτρους που σχετίζονται με τις επισκέψεις στα ιατρεία της ΠΦΥ, φαίνεται ότι η απόσταση του τόπου κατοικίας των γυναικών από το Κέντρο Υγείας όπου γίνεται το τεστ ΠΑΠ, δεν επηρεάζει τις πρακτικές screening ($p=0,398$, $p=0,741$), ενώ παράλληλα, η πιθανότητα να έχει ποτέ/ στα τελευταία 6 χρόνια γίνει η εξέταση, δεν αυξάνεται για τις γυναίκες που είτε επισκέφθηκαν την ΠΦΥ για πρόληψη ($p=0,057$, $p=0,880$) είτε αναφέρουν ότι επικοινωνούν σε σταθερή βάση με Γενικό Γιατρό ΠΦΥ για προβλήματα υγείας που αφορούν τις ίδιες ή την οικογένειά τους ($p=0,299$, $p=0,586$).

Με βάση τα αποτελέσματα από την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (Πίνακας 8), η χρήση του τεστ ΠΑΠ από τις γυναίκες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου συσχετίζεται θετικά με α) την ηλικία ≤ 55 ετών ($OR=0,13$ $p<0,001$) β) το ατομικό ιστορικό με γυναικολογικά συμπτώματα ($OR=11,27$ $p<0,001$) γ) την ενημέρωση από επαγγελματία υγείας σχετικά με τη λοίμωξη από τον ιό HPV ($OR=14,24$ $p=0,033$). Επίσης, οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν ποτέ επισκεφθεί τα ιατρεία ΠΦΥ για την παρακολούθηση κάποιου χρόνιου νοσήματος ($OR=0,30$ $p=0,035$). Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που εξετάζονταν ευκαιριακά, σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν κάνει ποτέ τεστ ΠΑΠ, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι νεότερης ηλικίας ($OR=0,13$ $p<0,037$), έγγαμες ($OR=6,97$, $p=0,050$), να χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως μέτρια ($OR=9,25$ $p=0,016$) ή κακή ($OR=10,87$ $p=0,040$) και να έχουν ιστορικό με γυναικολογικά συμπτώματα ($OR=3,46$ $p=0,048$). Η βαθμολογία των γυναικών αυτών στις γνώσεις για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου είναι υψηλότερη ($OR=1,49$ $p=0,012$) και, επίσης, η πιθανότητα να έχουν επισκεφθεί γιατρό για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας μέσα στους τελευταίους 6 μήνες, είναι κατά 5,13 φορές μεγαλύτερη ($OR=5,13$ $p=0,015$).

3.4 Συχνότητα, Λόγοι υποβολής σε Κλινική εξέταση μαστών και Μαστογραφία - Γνώσεις των γυναικών σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Σε σχέση με την κλινική εξέταση μαστών (Πίνακας 9), 55,8% των γυναικών του δείγματος έχουν εξεταστεί έστω 1 φορά, 15,8% έχουν εξεταστεί μέσα στο προηγούμενο έτος και 17,5% έχουν εξεταστεί μέσα στα τελευταία 6 έτη σύμφωνα με τις οδηγίες, ποσοστά στα οποία οι γυναίκες >55 ετών εκπροσωπούνται σε σημαντικά

μικρότερο βαθμό ($p=0,038$, $p<0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα). Σε 6,5% των ερωτώμενων η πιο πρόσφατη εξέταση έγινε από Γενικό Γιατρό και 7,1% αυτών εξετάστηκαν σε ιατρείο που ανήκει στην ΠΦΥ. 49,3% των γυναικών εξετάστηκαν την τελευταία φορά για προληπτικούς λόγους και 8,3% δέχθηκαν σύσταση από γιατρό μέσα στο τελευταίο έτος. Οι γυναίκες >55 ετών παραπέμφθηκαν σε μικρότερο ποσοστό κατά το ίδιο χρονικό διάστημα ($p=0,022$), ενώ οι λόγοι για τους οποίους εξετάστηκαν, ήταν κυρίως διαγνωστικοί ($p=0.002$).

Όσον αφορά στην πρόληψη με μαστογραφία (**Πίνακας 10**), 50% των γυναικών έχουν εξεταστεί έστω 1 φορά, 23,1% έχουν εξεταστεί μέσα στο προηγούμενο έτος, 13,0% εξετάστηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες κατά τα τελευταία 6 έτη και 43,6% έκαναν την πρώτη μαστογραφία σε ηλικία ≤ 40 ετών. Οι γυναίκες ≤ 55 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εξεταστεί κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους ($p=0,005$), έκαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό την τελευταία μαστογραφία για λόγους πρόληψης ($p=0.054$) και επίσης, σε μεγαλύτερο ποσοστό παραπέμφθηκαν από γιατρό ($p=0.010$). Συνολικά, 10,8% των γυναικών δέχθηκαν σύσταση για μαστογραφία μέσα στο τελευταίο έτος, ενώ ο λόγος για τον οποίο δεν έγινε ποτέ/ μέσα στα τελευταία 2 έτη μαστογραφία ήταν για 59,5% των γυναικών, η απουσία συμπτωμάτων από το στήθος.

Στις ερωτήσεις των γνώσεων για τον καρκίνο του μαστού (**Πίνακας 11**), 78,3% των γυναικών απαντούν ότι γνωρίζουν πώς γίνεται η αυτοεξέταση μαστών, 60,8% απαντούν ότι η μαστογραφία χρειάζεται να γίνεται κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 50 ετών, 25,0% ότι η πρόληψη με μαστογραφία πρέπει να ξεκινά μετά τα 40 και 64,7% πιστεύει ότι η μαστογραφία είναι αναγκαία, ακόμη και αν η γυναίκα είναι υγιής. Σε αυτές τις ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν σε screening, οι γυναίκες ≤ 55 ετών δίνουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σωστές απαντήσεις ($p=0,003$, $p=0,002$, $p=0,001$ και $p=0,001$ αντίστοιχα). 91,6% του συνόλου του δείγματος θεωρεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερα εμφανιζόμενος καρκίνος στις γυναίκες, ωστόσο, 16,0% γνωρίζει ότι ο κίνδυνος μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας και 5,9% πιστεύει ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι σπάνιος σε ηλικίες >70 ετών. Σε σχέση με άλλους παράγοντες κινδύνου, πλην της ηλικίας, 32,8% γνωρίζουν ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο, 25,2% ότι η ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού <30 ετών μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο και 45,4% ότι η παχυσαρκία είναι δυνατό να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες >55 ετών απαντούν σωστά σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με

τον παράγοντα της παχυσαρκίας ($p=0,023$), ενώ οι νεότερες απαντούν σε μεγαλύτερο ποσοστό σωστά ως προς την ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού ($p=0,010$).

Από τις απαντήσεις που δίνονται σχετικά με ορισμένες αντιλήψεις-μύθους που μπορεί να υπάρχουν στο γυναικείο πληθυσμό, οι περισσότερες ερωτώμενες απαντούν λάθος, χωρίς σε αυτό να παίζει καθοριστικό ρόλο η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού δεν επηρεάζεται από τυχόν χτύπημα στο στήθος ή από το σφιχτό στηθόδεσμο για 10,9% και 6,7% των γυναικών, αντίστοιχα. 7,6% πιστεύουν ότι οι γυναίκες που έχουν θηλάσει δεν προστατεύονται πλήρως από τον καρκίνο του μαστού, 16,0% ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι κληρονομική νόσος και 25,2% ότι οι περισσότεροι όγκοι στο μαστό δεν είναι καρκινικοί. Όσον αφορά στο όφελος που μπορεί να προκύψει από τον τακτικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, περισσότερες από τις μισές γυναίκες του δείγματος αναγνωρίζουν ότι αν ο καρκίνος του μαστού διαγνωστεί νωρίς, τότε μπορεί πιθανά να αντιμετωπιστεί χωρίς μαστεκτομή (73,9%) και η γυναίκα να ζήσει ένα φυσιολογικό εύρος ζωής (90,8%). 85,7% θεωρούν ότι ο τακτικός έλεγχος με μαστογραφία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού, ωστόσο, 39,5% απαντούν αρνητικά στο ότι «αν μια γυναίκα αισθανθεί ένα καρκινικό όγκο στο στήθος, είναι πολύ αργά για να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπιση». Οι γυναίκες ≤ 55 ετών είναι πιο πιθανό να γνωρίζουν ότι με την έγκαιρη διάγνωση ο καρκίνος μπορεί να μη μειώσει το εύρος ζωής ($p=0,008$) και ότι αποτελεσματική θεραπεία μπορεί να έχουν και όσες γυναίκες ψηλαφούν ένα κακοήγη όγκο στο μαστό ($p=0,010$).

3.5 Παράγοντες που καθορίζουν την Ευκαιριακή ή την Ορθή Πρόληψη του Καρκίνου του μαστού με μαστογραφία

Στους Πίνακες 12 και 13 φαίνονται οι αδροί σχετικοί λόγοι (Crude Ors) για την ευκαιριακή ή την ενδεδειγμένη πρόληψη του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία, σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος, την κατάσταση υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Η εξέταση με μαστογραφία σύμφωνα με τις οδηγίες κατά τα προηγούμενα 6 έτη, δεν σχετίζεται με την κύρια απασχόληση ($p=0,312$) ή με το εισόδημα των γυναικών ($p=0,787$). Τόσο η ορθή όσο και η ευκαιριακή πρόληψη δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ($p=0,777$, $p=0,250$) ή

με το ατομικό ιστορικό χρόνιου νοσήματος ($p=0,739$, $p=0,539$) και περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων από προβλήματα υγείας ($p=0,885$, $p=0,387$). Σε σχέση με τις επισκέψεις στην ΠΦΥ, οι γυναίκες που έχουν επισκεφθεί τα ιατρεία για παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος ($p=0,334$, $p=0,210$) ή για θέματα πρόληψης ($p=0,670$, $p=0,683$) δεν παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά screening. Επιπρόσθετα, η δυνατότητα επικοινωνίας με γιατρό σε σταθερή βάση ($p=0,354$, $p=0,603$) και, συγκεκριμένα, με Γενικό Γιατρό ($p=0,401$, $p=0,717$), δεν επηρεάζει τη χρήση της μαστογραφίας.

Τα αποτελέσματα από την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 14**. Οι παράγοντες που καθορίζουν το αν μια γυναίκα έχει ή δεν έχει κάνει μαστογραφία είναι το να έχει διδαχθεί από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας την αυτοεξέταση μαστών ($OR=5,90$ $p<0,001$), καθώς και η καλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού ($OR= 1,44$ $p<0,001$). Το ατομικό ιστορικό με συμπτώματα από τους μαστούς ($OR= 6,10$ $p=0,061$) και η λήψη από γιατρό του οικογενειακού ιστορικού για καρκίνο του μαστού ($OR= 3,35$ $p=0,072$) παρουσιάζουν μόνο ασθενώς θετική συσχέτιση. Αντίθετα, οι γυναίκες που αναφέρουν ότι έχουν ατομικό εισόδημα (μικρό εισόδημα ή είναι οικονομικά ανεξάρτητες), φαίνεται πως έχουν κάνει μαστογραφία σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό ($OR= 0,11$ $p=0,006$) σε σχέση με όσες δεν έχουν καθόλου εισόδημα. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που έχουν κάνει πρόληψη με μαστογραφία στα τελευταία 6 έτη με βάση τις οδηγίες, έχουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να είναι ≤ 55 ετών ($OR= 0,05$ $p=0,001$), να έχουν διδαχθεί από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας την αυτοεξέταση μαστών ($OR= 7,69$ $p=0,004$), καθώς και να έχουν ρωτηθεί από γιατρό σχετικά με το οικογενειακό αναμνηστικό τους για καρκίνο του μαστού ($OR= 8,02$ $p=0,021$).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτό τον αγροτικό πληθυσμό, η πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας γίνεται ως επί το πλείστον ευκαιριακά. Στη διάρκεια των προηγούμενων έξι ετών, μόνο μία στις δέκα γυναίκες εξεταζόταν τακτικά με μαστογραφία και μόνο τέσσερις στις δέκα έκαναν τακτικά εξέταση Παπανικολάου. Παράλληλα, δεδομένης της πρωταρχικής σημασίας που έχει η έγκαιρη διάγνωση στην πρόληψη ή τη θεραπεία των εν λόγω νεοπλασιών, δεν είναι μικρό το ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν κάνει ποτέ τη μία ή την άλλη εξέταση (και που είναι 50% για τη μαστογραφία και 26,7% για το τεστ ΠΑΠ). Τα ποσοστά screening των γυναικών >55 ετών είναι ακόμη χαμηλότερα όσον αφορά σε όλες τις δοκιμασίες διαλογής, ενώ, επιπρόσθετα, σε αυτές τις γυναίκες η πλέον πρόσφατη κλινική εξέταση μαστών ή μαστογραφία έγιναν, κυρίως, για διαγνωστικούς και όχι για προληπτικούς λόγους.

4.1 Η Επίδραση της Ηλικίας στο επίπεδο των γνώσεων και τις πρακτικές πρόληψης

Η νεότερη ηλικία φάνηκε πως αποτελεί προγνωστικό παράγοντα τόσο για την υποβολή σε τεστ ΠΑΠ ευκαιριακά ή σύμφωνα με τις οδηγίες όσο και για την τήρηση ενός προγράμματος πρόληψης με μαστογραφία, σύμφωνα με τις οδηγίες. Σε αρκετές προηγούμενες μελέτες έχει δειχθεί ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες κάνουν σε μικρότερο ποσοστό εξετάσεις screening (33, 90-91), καθώς αφ' ενός παραπέμπονται λιγότερο συχνά από γιατρό (66, 77), αφ' ετέρου υποτιμούν οι ίδιες τον κίνδυνο που διατρέχουν για την εμφάνιση της νόσου (73, 90, 92). Κατά τον ίδιο τρόπο, στην παρούσα έρευνα δείχθηκε ότι οι γυναίκες >55 ετών, μολονότι έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό επισκεφθεί τα ιατρεία ΠΦΥ για την παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος ή για επαναλαμβανόμενη συνταγογραφία, ένας σημαντικά μικρότερος αριθμός αυτών δέχθηκε μέσα στο τελευταίο έτος σύσταση για μαστογραφία ή τεστ Παπανικολάου. Επίσης, στις περισσότερες από τις ερωτώμενες του δείγματος, ανεξάρτητα μάλιστα από ηλικιακή ομάδα, φαίνεται ότι υπάρχει η λαθεμένη αντίληψη ότι ο καρκίνος του μαστού αφορά κυρίως στις νεότερες ηλικίες.

Επιπλέον, οι γνώσεις των γυναικών >55 ετών υπολείπονται σημαντικά σε σύγκριση με τις γνώσεις των νεότερων, τόσο σε σχέση με τα προτεινόμενα χρονικά

διαστήματα στα οποία είναι αναγκαίο να γίνονται οι εξετάσεις διαλογής, όσο και σε ό, τι αφορά τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο. Οι Sim H.L. et al (93) επίσης έδειξαν σε μελέτη τους με 1.000 γυναίκες από τη Σιγκαπούρη, ότι η μεγάλη ηλικία είναι ανεξάρτητος παράγοντας συσχέτισης με μια πτωχή γνώση σχετικά με τη διαλογή. Στην παρούσα έρευνα, τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα πιστεύουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι η μαστογραφία δεν είναι αναγκαία, εφ' όσον η γυναίκα είναι υγιής, καθώς επίσης, και ότι το τεστ Παπανικολάου πρέπει να γίνεται για όσο διάστημα η γυναίκα έχει καταμήνιο κύκλο ή έχει σεξουαλικές επαφές. Σε σχέση με την αποτελεσματικότητα που μπορεί να έχει η έγκαιρη διάγνωση στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, είναι ξεκάθαρο ότι οι γυναίκες ≤ 55 ετών έχουν καλύτερη γνώση και πεποίθηση για το όφελος από τον περιοδικό έλεγχο με μαστογραφία. Περισσότερες από αυτές γνωρίζουν ότι υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία ακόμη και όταν ψηλαφάται ένας κακοήθης όγκος στο στήθος, όπως επίσης και ότι, αν ανιχνευθεί πρώιμα, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μην επηρεάσει το προσδόκιμο επιβίωσης.

4.2 Η Επίδραση του Επιπέδου Γνώσεων και της Παρουσίας συμπτωμάτων στις πρακτικές πρόληψης

Η καλή βαθμολογία στις ερωτήσεις γνώσεων σε σχέση με τα μεσοδιαστήματα screening, τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο και το όφελος από την έγκαιρη διάγνωση, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα συσχέτισης με την ευκαιριακή χρήση τόσο του τεστ ΠΑΠ όσο και της μαστογραφίας, αλλά, συγχρόνως, δεν επηρεάζει την υποβολή σε καμία από τις δυο δοκιμασίες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Υπάρχουν μελέτες από όπου συνάγεται ότι ένα καλό επίπεδο γνώσεων μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα ποσοστά screening και, αντίθετα, ότι η έλλειψη γνώσεων αποτρέπει από τη συμμετοχή σε προγράμματα διαλογής (94-97). Από μια συστηματική ποσοτική ανασκόπηση 221 μελετών της βιβλιογραφίας που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1988 και 2007, οι Schueler et al έδειξαν ότι στις γυναίκες >65 ετών, οι γνώσεις σε σχέση με την πρόληψη είχαν την ισχυρότερη επίδραση στη συμπεριφορά υγείας ως προς τη μαστογραφία (64).

Ωστόσο, το επίπεδο των γνώσεων, ως παράγοντας που δυνητικά καθορίζει τις πρακτικές πρόληψης, δεν συνδέεται μονοσήμαντα με αυτές, με άλλα λόγια, η καλή

γνώση σε σχέση με το τεστ ΠΑΠ ή τη μαστογραφία, δεν συνεπάγεται απαραίτητα και τη συμμόρφωση στην πράξη με τις οδηγίες για εξέταση. Με βάση το Health Belief Model, το πιο πλατιά αναγνωρισμένο πρότυπο ερμηνείας για τη συμπεριφορά υγείας, η λήψη απόφασης από το άτομο προκειμένου να κάνει ή όχι μία εξέταση πρόληψης, σχετίζεται, μεταξύ άλλων, με το βαθμό στον οποίο αισθάνεται ευάλωτο για τη νόσο στην οποία στοχεύει η εξέταση (98). Στις γυναίκες του δείγματος, το ιστορικό με συμπτώματα από τους μαστούς (φλεγμονή, ψηλαφητό οζίδιο κ.α.) τείνει να συσχετίζεται θετικά με την υποβολή σε μαστογραφία, ενώ παράλληλα, η ύπαρξη συμπτωμάτων από το γεννητικό σύστημα (αιμορραγία, πόνος κ.α.) στο ατομικό αναμνηστικό, καθορίζει το αν έκαναν ποτέ τεστ ΠΑΠ ή ακόμη, αν εξετάζονταν τακτικά, σύμφωνα με τις οδηγίες. Αντίθετα, η απουσία σχετικής συμπτωματολογίας αναφέρεται από την πλειονότητα των γυναικών ως ο κύριος λόγος για τον οποίο δεν έχουν κάνει ποτέ ή δεν έχουν κάνει πρόσφατα τη μία ή την άλλη εξέταση πρόληψης για τον καρκίνο. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν, επιπλέον, την ανεπαρκή κατανόηση του προληπτικού χαρακτήρα των εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση, παρ' όλο που είναι γεγονός ότι και σε άλλες έρευνες (99-100), οι γυναίκες χωρίς συμπτώματα, έχουν μειωμένη πιθανότητα να κάνουν πρόληψη για τον καρκίνο.

4.3 Η Επίδραση των Κοινωνικών χαρακτηριστικών και της Κατάστασης υγείας στις πρακτικές πρόληψης

Με την εξαίρεση ότι οι άγαμες γυναίκες έχουν αυξημένη πιθανότητα να μην έχουν κάνει ποτέ τεστ ΠΑΠ, άλλα κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης ή το είδος της απασχόλησης (γεωργικές εργασίες, άλλο επάγγελμα ή οικιακά) δεν φαίνεται να επηρεάζουν τις πρακτικές πρόληψης, σε αντίθεση με τα ευρήματα πολλών προηγούμενων μελετών, όπου το χαμηλό εισόδημα (44, 50, 61, 101), το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (102-103) ή η κύρια απασχόληση στην αγροτική παραγωγή (43, 46, 49), επιδρούν αρνητικά στη χρήση της μαστογραφίας ή του τεστ Παπανικολάου. Στην έρευνα αυτή, προκύπτει παράδοξα ότι οι γυναίκες που αναφέρουν ότι δεν έχουν καθόλου εισόδημα, έχουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό κάνει μαστογραφία έστω μία φορά, σε σύγκριση με εκείνες που έχουν μικρό ή επαρκές εισόδημα. Για τον έλεγχο αυτού του αποτελέσματος, έγινε επιμέρους ανάλυση με χ^2 στη βάση δεδομένων, από την οποία προέκυψε ότι οι γυναίκες χωρίς εισόδημα είναι κυρίως νεότερης ηλικίας ($p=0,002$) ή ασχολούνται

αποκλειστικά με τα οικιακά ($p < 0,001$). Οι γυναίκες αυτές, λοιπόν, δεν είναι απαραίτητα άπορες, είναι πιθανό να μην έχουν άμεση ανάγκη να εργαστούν επειδή συντηρούνται από άλλα μέλη της οικογένειας και, έτσι, οι ίδιες ασχολούνται με τις δουλειές στο σπίτι. Εξ άλλου, η καθολική ασφαλιστική κάλυψη στο δείγμα για παροχές υγείας, όπως επίσης και η δωρεάν πρόσβαση στην ΠΦΥ, είναι συνθήκες που μπορεί απόλυτα να δικαιολογήσουν την απουσία αρνητικής συσχέτισης ανάμεσα στη φτώχεια και τις πρακτικές πρόληψης (45, 81).

Από την άλλη πλευρά, η κατάσταση της υγείας δείχνεται ότι επηρεάζει την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, σε βάρος των ατόμων με χρόνια νόσημα. Μολονότι ο περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας ή άλλες παράμετροι σχετικές με την υγεία δεν φαίνεται να συσχετίζονται θετικά ή αρνητικά με τις πρακτικές πρόληψης, η παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος στα ιατρεία της ΠΦΥ είναι ανεξάρτητος παράγοντας αρνητικής συσχέτισης με τη χρήση της εξέτασης Παπανικολάου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Σε προηγούμενες μελέτες έχει βρεθεί ότι το ατομικό ιστορικό με κάποιο χρόνια νόσημα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή η στεφανιαία νόσος οδηγούν τις γυναίκες ή τους γιατρούς τους στο να παραμελούν τον τακτικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου (104-105). Μόνο αν ο γιατρός ακολουθεί μια συνολική προσέγγιση για την ασθενή, χωρίς να εστιάζει αποκλειστικά στη διαχείριση των μεμονωμένων προβλημάτων υγείας, είναι δυνατό η συννοσηρότητα να μην αποβεί εμπόδιο στη συνέχιση της πρόληψης.

4.4 Η Επίδραση των Γιατρών και των Γενικών Γιατρών ΠΦΥ στις πρακτικές πρόληψης

Τα αποτελέσματα από την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση φανερώνουν τη σημασία που μπορεί να έχει η αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή στη χρήση τόσο της μαστογραφίας όσο και της εξέτασης Παπανικολάου από τις γυναίκες του δείγματος. Οι γυναίκες που επισκέφθηκαν γιατρό κατά τους τελευταίους έξη μήνες για οποιοδήποτε σύμπτωμα που εκδηλώθηκε, έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάνει τεστ ΠΑΠ. Από την άλλη πλευρά, όσες έμαθαν την αυτοεξέταση μαστών από γιατρό ή ρωτήθηκαν κατά τη διάρκεια ιατρικής συνέντευξης σε σχέση με την ύπαρξη μελών στην οικογένειά τους με καρκίνο το μαστού, παρουσιάζουν όχι μόνο αυξημένη πιθανότητα να έχουν κάποτε κάνει μαστογραφία, αλλά και να

εξετάζονται τακτικά, σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου. Με τον ίδιο τρόπο, η ενημέρωση από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας αναφορικά με το ρόλο του ιού HPV στην εμφάνιση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας, είναι παράγοντας που καθορίζει την τακτική ή όχι εξέταση των γυναικών με τεστ Παπανικολάου στη διάρκεια των τελευταίων έξι χρόνων.

Τα ευρήματα αυτά δεν υποδηλώνουν άλλο από τη δυνατότητα βελτίωσης των ποσοστών screening στις γυναίκες, μέσα από την ενίσχυση των παρεμβάσεων και του προσανατολισμού των γιατρών σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου. Διότι ο ρόλος των γιατρών και, ακόμη περισσότερο των Γενικών Γιατρών ΠΦΥ, φαίνεται προς το παρόν πως είναι ισχνός. Η πλειονότητα των γυναικών αναφέρει ότι δεν δέχθηκε σύσταση για μαστογραφία ή τεστ Παπανικολάου μέσα στο τελευταίο έτος, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό παρακινήθηκε για το πιο πρόσφατο τεστ ΠΑΠ από φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα και όχι από γιατρό. Επιπλέον, ένας μονοψήφιος μόνο αριθμός γυναικών αναφέρει ότι παραπέμφθηκε για την τελευταία μαστογραφία από Γενικό Γιατρό ή ότι εξετάστηκε με ψηλάφηση μαστών και τεστ ΠΑΠ στα ιατρεία της ΠΦΥ. Αν και ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών θεωρούν ως προσωπικό ή οικογενειακό γιατρό τους κάποιο Γενικό Γιατρό στο Περιφερειακό Ιατρείο ή το Κέντρο Υγείας, καμία παράμετρος που να αφορά τις επισκέψεις στην ΠΦΥ δεν συσχετίζεται θετικά με τις πρακτικές πρόληψης. Εξ άλλου, οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν ότι δεν έχουν επισκεφθεί μέσα στο τελευταίο έτος τα ιατρεία ΠΦΥ για ζητήματα πρόληψης. Σε μεγάλο αριθμό προηγούμενων μελετών (70-71, 80, 106-108) έχει δειχθεί ότι η πρόσφατη ιατρική επίσκεψη ή η παραπομπή και υπενθύμιση από γιατρό για εξετάσεις, είναι παράγοντες που επιδρούν ισχυρά στις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου από τις γυναίκες. Από μία ποιοτική μελέτη που έλαβε χώρα το 2004 σε 14 διαφορετικές αγροτικές περιοχές της Κρήτης (109), προκύπτει ότι η ενημέρωση και η παραπομπή από το Γενικό Γιατρό σε σχέση με τη μαστογραφία παίζει σημαντικό ρόλο στο αν οι γυναίκες της υπαίθρου θα αποφασίσουν – παρά τις δυσκολίες μετακίνησης ή το φόβο για τον καρκίνο – να πάνε στο Νοσοκομείο για να εξεταστούν.

Ωστόσο, από άλλες μελέτες έχουν αναδειχθεί τα εμπόδια που υπάρχουν στην κλινική πράξη και τα οποία μπορεί να στέκονται αποτρεπτικά στη συστηματική άσκηση πρόληψης μέσα από την ΠΦΥ (110-111). Έχει υπολογιστεί ότι αν ο μέσος Γενικός Γιατρός ακολουθούσε πιστά στο σύνολο τις οδηγίες για προληπτικές εξετάσεις, θα χρειαζόταν τουλάχιστον 7,4 ώρες ημερησίως, μόνο για αυτή τη

διαδικασία (36). Το δεδομένο αυτό μαρτυρά την αναγκαιότητα ιεράρχησης των παρεμβάσεων πρόληψης, με γνώμονα τις επικρατέστερες ανάγκες υγείας των ατόμων και της κοινότητας στην περιοχή ευθύνης. Ακόμη, σε έρευνα με 2.082 Γενικούς Γιατρούς από 11 ευρωπαϊκές χώρες (110), οι περισσότεροι γιατροί επισημαίνουν ότι η εφαρμογή πρόληψης και η προαγωγή υγείας στην κλινική πράξη παρουσιάζει δυσκολίες, ενώ οι πιο συχνά αναφερόμενες από αυτές, είναι ο μεγάλος φόρτος δουλειάς, η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη της απαιτούμενης χρηματοδότησης.

Αντίστοιχα προβλήματα παρουσιάζονται κατά την άσκηση της Γενικής Ιατρικής στα Περιφερειακά Ιατρεία ή τα Κέντρα Υγείας των αγροτικών περιοχών της Ελλάδας και, συγκεκριμένα στην Κρήτη. Ο βαρύς όγκος της επαναλαμβανόμενης συνταγογραφίας κάθε μήνα, ο μεγάλος αριθμός εφημεριών για τα επείγοντα περιστατικά, η έλλειψη προσωπικού (ελάχιστα Περιφερειακά Ιατρεία έχουν νοσηλεύτη/τρια), η έλλειψη χρηματοδότησης και βασικών υποδομών (αρκετά Αγροτικά Ιατρεία δεν έχουν ούτε τουαλέτα), όλα αυτά συνθέτουν την εικόνα της υποβάθμισης που χαρακτηρίζει τις περισσότερες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η πρόληψη για τον καρκίνο δεν μπορεί παρά να εφαρμόζεται ευκαιριακά και σε περιορισμένο βαθμό, χωρίς τα απαραίτητα μέσα ή το προσωπικό για την οργάνωση παρεμβάσεων screening στην κοινότητα. Σε ελάχιστα, επίσης, Κέντρα Υγείας τηρείται αρχείο με φακέλους ασθενών, ώστε να ταυτοποιούνται κάθε φορά οι ομάδες-στόχοι για πρόληψη στον πληθυσμό, με γνώμονα την ηλικία ή το επάγγελμα ή κάποιους παράγοντες κινδύνου (π.χ. το κάπνισμα, η παχυσαρκία) που μπορεί να εντοπίζονται από το ατομικό ή το κοινωνικό ιστορικό.

Επιπλέον, οι Γενικοί Γιατροί κατά την άσκηση στα τέσσερα χρόνια της ειδικότητας δεν εκπαιδεύονται στην εφαρμογή στρατηγικών δημόσιας υγείας ή στην οργάνωση παρεμβάσεων πρόληψης στην κοινότητα με βάση τις εκάστοτε ανάγκες υγείας. Μικρή βαρύτητα δίνεται στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για το πώς εφαρμόζεται η πρόληψη στην κλινική πράξη, καθώς και σε σχέση με το συντονιστικό ρόλο που πρέπει να έχει ο Γενικός Γιατρός στην ομάδα υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος της άσκησης στην ειδικότητα γίνεται σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Νοσοκομεία, δηλαδή μακριά από την κοινότητα. Τα κενά στην εκπαίδευση αφ' ενός και οι δυσχέρειες στη λειτουργία των Κέντρων Υγείας αφ' ετέρου, θα μπορούσαν, μεταξύ άλλων, να εξηγήσουν γιατί στην παρούσα έρευνα οι γυναίκες του δείγματος έχουν

επηρεαστεί σε τόσο μικρό βαθμό αναφορικά με τη χρήση της μαστογραφίας και του τεστ Παπανικολάου από τους Γενικούς Γιατρούς.

4.5 Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της παρούσας έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι μια έρευνα πεδίου που βοηθά στη χαρτογράφηση των πρακτικών και των αναγκών πρόληψης στις γυναίκες ενός αγροτικού πληθυσμού, για δύο από τις συχνότερες μορφές καρκίνου. Αναδεικνύει τις παραμέτρους που μπορεί να παροτρύνουν ή, αντίθετα, να αποτρέπουν τις γυναίκες σε σχέση με τη χρήση της μαστογραφίας και του τεστ Παπανικολάου, ενώ παράλληλα, ερευνάται η επίδραση των γιατρών και, συγκεκριμένα των Γενικών Γιατρών ΠΦΥ στη συμπεριφορά των γυναικών, όσον αφορά στην πρόληψη του καρκίνου. Στην Ελλάδα λίγα δεδομένα υπάρχουν σε σχέση με τα ποσοστά screening για τον καρκίνο στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε αγροτικούς πληθυσμούς, και σε ακόμη μικρότερο βαθμό έχουν ερευνηθεί με διεξοδικό τρόπο οι δημογραφικοί ή άλλοι παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση των εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση από τις γυναίκες. Το Ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και σε άλλες με αντίστοιχο αντικείμενο, προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις ως προς τις πρακτικές πρόληψης ανάμεσα σε πληθυσμούς διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών. Επιπλέον, στο πλαίσιο της ΠΦΥ δεν έχει διεξαχθεί μέχρι το παρόν άλλη ποσοτικού τύπου μελέτη με παρόμοιο ερευνητικό ερώτημα, τη στιγμή που η ενίσχυση του ρόλου των Γενικών Γιατρών αποτελεί κοινό αίτημα πολλών ιατρικών συλλόγων ή πολιτικών παρατάξεων.

Σε ό, τι αφορά στη μεθοδολογία, μικρός αριθμός σχετικών ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία εξετάζουν την περιοδικότητα χρήσης των εξετάσεων screening από τις γυναίκες για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Η πλειονότητα αναφέρεται στο ποσοστό των γυναικών που εξετάστηκαν έστω μία φορά μέσα στα τελευταία δύο ή τρία έτη. Επίσης, οι περισσότερες μελέτες διεξάγονται όχι μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, αλλά βασίζονται στον τρόπο με τον οποίο οι ίδιες οι γυναίκες απαντούν σε Ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν ή σε Ερωτηματολόγια που, αφού απαντήθηκαν, στάλθηκαν πίσω στους ερευνητές ταχυδρομικά. Σίγουρα, οι μέθοδοι αυτές είναι λιγότερο χρονοβόρες, ωστόσο, δεν εξασφαλίζουν προτύπωση στις συνθήκες κατά τις οποίες συμπληρώνονται οι ερωτήσεις και δεν μπορούν, επίσης, να αναφέρονται σε ένα πραγματικά τυχαίο δείγμα ερωτώμενων, αφού οι πιο

ευαισθητοποιημένες γυναίκες, με τις περισσότερες γνώσεις, μάλλον θα επιλέξουν σε μεγαλύτερο ποσοστό να συμμετάσχουν σε τέτοιες μελέτες.

Από την άλλη πλευρά, η ισχύς των αποτελεσμάτων στην παρούσα έρευνα περιορίζεται κατά κάποιο τρόπο από το γεγονός ότι βασίζεται σε δεδομένα που προκύπτουν από τις απαντήσεις που δίνουν οι ίδιες οι συμμετέχουσες και μόνο. Δεν υπήρξε η δυνατότητα επαλήθευσης των απαντήσεων που δόθηκαν, επειδή δεν τηρούνται αρχεία ασθενών στις μονάδες υγείας. Σε προηγούμενη μελέτη όπου ελέγχθηκε μέσα από κάρτες ασθενών αν οι απαντήσεις των γυναικών ήταν ακριβείς σε σχέση με το πότε έκαναν την τελευταία μαστογραφία ή εξέταση Παπανικολάου (112), βρέθηκε ότι οι γυναίκες πίστευαν και για τις δύο εξετάσεις ότι έχουν γίνει νωρίτερα σε σχέση με τον πραγματικό χρόνο και, μάλιστα, το διάστημα αυτό ήταν 3 μήνες νωρίτερα για τη μαστογραφία και 23 μήνες νωρίτερα για το τεστ ΠΑΠ. Σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι δεν είχαν κάνει ορθή πρόληψη 28% των ατόμων για τα οποία αρχικά θεωρήθηκε – σύμφωνα με τα λεγόμενά τους - ότι το τελευταίο τεστ ΠΑΠ έχει γίνει στο σωστό χρόνο (113). Κατά τον ίδιο τρόπο, έχειδειχθεί ότι δεν αναφέρεται με ακρίβεια από τους ερωτώμενους στις έρευνες, ο αριθμός και ο χρόνος των προηγούμενων ιατρικών επισκέψεων. Τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, φάνηκε ότι τείνουν να αναφέρουν μικρότερο αριθμό προηγούμενων επισκέψεων στα ιατρεία της ΠΦΥ σε σχέση με όσες επισκέψεις έκαναν στην πραγματικότητα. Στην παρούσα έρευνα η μέθοδος των προσωπικών συνεντεύξεων, που έγιναν στο χώρο των ίδιων των γυναικών, θα μπορούσε θεωρητικά να μειώσει σε κάποιο βαθμό τα σφάλματα από την υποτίμηση ή υπερτίμηση του αριθμού των προηγούμενων εξετάσεων πρόληψης (114).

Τέλος, οι παράμετροι που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες του δείγματος, δεν ήταν δυνατό να ποσοτικοποιηθούν με τρόπο ώστε να προκύψουν οι μεταβλητές της «συχνής», «μέτριας» ή «σπάνιας» χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ. Για το λόγο αυτό δεν έγιναν συγκρίσεις που να αφορούν στη συχνότητα επισκέψεων στα ιατρεία ΠΦΥ σε σχέση με τις πρακτικές πρόληψης. Εμπόδιο και σε αυτό στάθηκε η έλλειψη αρχείων στα Κέντρα Υγείας, όπου να καταγράφεται τουλάχιστον η ημερομηνία και η κύρια αιτία προσέλευσης για καθένα άτομο που επισκέπτεται τα ιατρεία. Κατά συνέπεια, οι γυναίκες του δείγματος διαχωρίστηκαν σε αυτές που είχαν έστω μία φορά και σε αυτές που δεν είχαν ποτέ απευθυνθεί στην ΠΦΥ για τις διάφορες κατηγορίες αιτιών επίσκεψης (επίγοντα κ.α.).

Σε αυτό τον αγροτικό πληθυσμό η πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας με μαστογραφία και εξέταση Παπανικολάου γίνεται ως επί το πλείστον ευκαιριακά και χωρίς τη συμμόρφωση των γυναικών με τις κατευθυντήριες οδηγίες για έγκαιρη διάγνωση από την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου. Δεν παρατηρούνται ανισότητες στις πρακτικές πρόληψης που να σχετίζονται με το είδος της απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης ή την οικονομική κατάσταση των γυναικών, εύρημα το οποίο μπορεί να αποδοθεί στη δωρεάν πρόσβαση στα ιατρεία ΠΦΥ της περιοχής, καθώς και στο μεγάλο εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης για παροχές υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν μειωμένη πιθανότητα να έχουν κάνει ή να κάνουν τακτικά τεστ ΠΑΠ, καθώς και μειωμένη πιθανότητα να εξετάζονται τακτικά με μαστογραφία. Επίσης, το ιστορικό με χρόνιο νόσημα αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα αρνητικής συσχέτισης με τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σύμφωνα με τις οδηγίες.

Το επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τα μεσοδιαστήματα screening, τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο και το αναμενόμενο όφελος από την έγκαιρη διάγνωση, διαφοροποιεί τις γυναίκες που έχουν κάνει μαστογραφία ή τεστ ΠΑΠ σε σχέση με εκείνες που δεν έκαναν ποτέ, αλλά δεν συσχετίζεται με τη χρήση των εξετάσεων πρόληψης σύμφωνα με τις οδηγίες. Δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς από τις γυναίκες, ιδίως εκείνες >55 ετών, ο προληπτικός (και όχι διαγνωστικός) χαρακτήρας των εν λόγω εξετάσεων, και τούτο φαίνεται από το ότι το ιστορικό γυναικολογικών συμπτωμάτων επηρεάζει θετικά τις πρακτικές πρόληψης, ενώ αντίθετα, η απουσία αυτών αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο οι γυναίκες δεν εξετάστηκαν ποτέ ή δεν εξετάστηκαν πρόσφατα με τη μία ή την άλλη εξέταση.

Η υποβολή σε τεστ Παπανικολάου ή μαστογραφία σύμφωνα με τις ενδείξεις συσχετίζεται θετικά όχι με ένα σκορ γνώσεων άνω του μέσου όρου, αλλά με τη συγκεκριμένη προσέγγιση των γυναικών από γιατρό σε σχέση με την πρόληψη του καρκίνου (π.χ. ενημέρωση για την HPV λοίμωξη). Παρ' όλο που στο ζήτημα αυτό οι Γενικοί Γιατροί ΠΦΥ είναι οι πλέον κατάλληλοι και οι ευκολότερα προσβάσιμοι, ο ρόλος τους στην προαγωγή της πρόληψης του καρκίνου είναι αρκετά περιορισμένος. Καμιά παράμετρος που αφορά στη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ από τις γυναίκες δεν συσχετίζεται θετικά με την υποβολή σε εξέταση Παπανικολάου ή μαστογραφία. Φαίνεται πως τόσο η ανεπαρκής εκπαίδευση στην άσκηση πρόληψης όσο και οι

δυσκολίες λειτουργίας των Κέντρων Υγείας αποτελούν εμπόδιο για τη διάδοση των εξετάσεων screening στην κοινότητα.

Επίλογος

Η θετική πρόθεση των γυναικών για screening σύμφωνα με τις οδηγίες έπεται από ενημέρωση των γιατρών, υποδηλώνει μεν τη δυνατότητα για βελτίωση των πρακτικών πρόληψης που ακολουθούνται, από την άλλη πλευρά, κάνει να φαίνονται μεγαλύτερες οι ελλείψεις στην ΠΦΥ σχετικά με το ρόλο που πρέπει να έχουν οι Γενικοί Γιατροί στην ενημέρωση και την προαγωγή της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Η καταγραφή των αναγκών και των πρακτικών πρόληψης του καρκίνου στον πληθυσμό θα έπρεπε να αποτελεί όχι μέρος του αντικειμένου μιας διδακτορικής διατριβής, αλλά μέρος από τις καθημερινές δραστηριότητες των επαγγελματιών ΠΦΥ στην κλινική πράξη, με στόχο τη διαμόρφωση ενός υγειονομικού χάρτη σχετικού με την πρόληψη σε εθνικό επίπεδο. Στην κατεύθυνση αυτή θα ήταν απαραίτητη η λειτουργία Ιατρείων Πρόληψης στα Κέντρα Υγείας, με αντικείμενο την τακτική παρακολούθηση των υγιών ατόμων στην περιοχή (screening, εμβολιασμοί κ.α.) και την οργάνωση παρεμβάσεων για την προαγωγή υγείας στην κοινότητα (π.χ. σε σχολεία, ΚΑΠΗ). Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι προγράμματα για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με καθημερινές συνήθειες και συμπεριφορές (π.χ. το κάπνισμα, η παχυσαρκία), όπως επίσης και εκστρατείες ενημέρωσης με διαλέξεις και έντυπο υλικό. Τα Ιατρεία Πρόληψης είναι δυνατό να λειτουργούν με κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από την ευθύνη των Γενικών Γιατρών και να είναι σε άμεση διασύνδεση με τα ιατρεία παρακολούθησης χρόνιων νοσημάτων. Για την εφαρμογή αυτών απαιτείται να αλλάξουν οι ρόλοι στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας προς όφελος της ομαδικής εργασίας και να απεμποληθεί η ιατροκεντρική διαχείριση της υγείας ή της αρρώστιας που ισχύει μέχρι σήμερα.

Επειδή κάθε παρέμβαση πρόληψης έχει νόημα να εκπονείται στοχεύοντας σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού και έπειτα από την ιεράρχηση των αναγκών υγείας, είναι απαραίτητο να τηρούνται αρχεία με φακέλους υγείας για τα άτομα που επισκέπτονται τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Στα αρχεία αυτά μπορεί να καταγράφονται δεδομένα και να γίνεται στατιστική επεξεργασία αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό, τα ποσοστά επιβίωσης, τη θνητότητα ή τις εφαρμοζόμενες πρακτικές πρόληψης για τον καρκίνο και τα άλλα χρόνια νοσήματα. Έτσι, θα είναι δυνατό να σχεδιάζονται

παρεμβάσεις πεδίου με συγκεκριμένα κριτήρια και να επιτηρούνται μακροπρόθεσμα ως προς την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή τους.

Ένα τέτοιο είδος παρέμβασης είναι και η οργάνωση προγραμμάτων διαλογής για τον καρκίνο, που για να εφαρμοστεί σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, χρειάζεται επιπλέον πολιτική βούληση. Η επέκταση της ΠΦΥ με Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία στις γειτονιές των αστικών κέντρων και της πρωτεύουσας είναι απαραίτητη, ώστε οι Γενικοί Γιατροί να αναλάβουν ένα ουσιαστικό ρόλο στον προγραμματισμό αυτό. Σε αγροτικές ή απομονωμένες περιοχές, η αποστολή κινητών μονάδων (π.χ. για τεστ ΠΑΠ, μαστογραφία, αιμοληψίες) θα μπορούσε να βοηθήσει στην εξέταση ατόμων που παρουσιάζουν δυσκολίες μετακίνησης. Η μακροπρόθεσμη λειτουργία ενός οργανωμένου προγράμματος διαλογής χρειάζεται, επίσης, την τήρηση Εθνικών Αρχείων Καρκίνου, όπου μεταξύ άλλων, να ελέγχονται η επίπτωση η θνητότητα και τα ποσοστά επιβίωσης αναφορικά με τις διάφορες νεοπλασίες. Το πρόγραμμα αυτό οφείλει να συνοδεύεται από ένα σύστημα αξιολόγησης, ώστε να εκτιμάται με βάση προκαθορισμένους δείκτες η αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης πρόληψης σε βάθος χρόνου ή, ακόμη, να υπάρχει η δυνατότητα αναθεώρησης του εκάστοτε σχεδιασμού μετά την επικράτηση νέων επιστημονικών δεδομένων.

Η πρόληψη του καρκίνου δεν είναι μόνο ατομική υπόθεση και δεν αφορά αποκλειστικά τους γιατρούς ή τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Με βάση τα παραπάνω, απαιτείται η δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών πρόληψης μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που να έχει τη βάση στις δομές ΠΦΥ και να περιλαμβάνει, επίσης τμήματα καταγραφής και επεξεργασίας δεδομένων από την Επικράτεια σε σχέση με τους δείκτες καρκίνου. Σε ένα σύστημα υγείας όπου η Υγεία δεν θεωρείται κοινωνικό δικαίωμα, αλλά προορίζεται για πεδίο επένδυσης κεφαλαίων, η πρόταση αυτή θα μπορούσε να είναι μόνο ένα αίτημα ή ένα αντικείμενο διεκδίκησης.

Στο παρόν σύστημα υγείας η σημασία της παρούσας έρευνας στην οργάνωση παρεμβάσεων πρόληψης, θα παραμείνει μάλλον θεωρητική.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ηράκλειο, / / 2006

Αγαπητή Κυρία

Μέσα στο επόμενο διάστημα θα γίνει στην περιοχή του Δήμου Γοργολαΐνη μία έρευνα σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η έρευνα πραγματοποιείται από το Πανεπιστήμιο Κρήτης σε συνεργασία με το Δήμο:

- Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας - Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Αναστάσιος Φιλαλήθης
- Λίλα Παναγουλοπούλου - Ειδικευόμενη Γιατρός Γενικής Ιατρικής, εκπονούσα Διδακτορική Διατριβή

Η μελέτη απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 35 – 75 ετών που είναι μόνιμες κάτοικοι στο Δήμο Γοργολαΐνη. Με τυχαίο τρόπο επιλέχθηκαν για να συμμετάσχουν περίπου 170 γυναίκες **και εσείς είστε μία από αυτές. Θα σας ζητήσουμε, επομένως, να απαντήσετε σε ένα Ερωτηματολόγιο μέσα από προσωπική συνέντευξη.**

Με το Ερωτηματολόγιο αυτό θέλουμε να δούμε κατά πόσο οι γυναίκες της περιοχής σας είναι ενημερωμένες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, καθώς και αν γίνονται τακτικά ορισμένες ιατρικές εξετάσεις, όπως η μαστογραφία, η εξέταση Παπανικολάου κλπ.

Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για να δούμε εάν δέχεστε να πάρετε μέρος στην έρευνα. Η συμμετοχή είναι εθελοντική. Το Ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές. Τα στοιχεία που θα μας δώσετε θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικό σκοπό, έπειτα από στατιστική επεξεργασία.

Πιστεύουμε πως η μελέτη θα συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών των γυναικών της υπαίθρου για αγωγή υγείας και άσκηση πρόληψης κατά του καρκίνου. Η ανάδειξη τυχόν ελλείψεων μπορεί να οδηγήσει στο σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης.

Για πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε στα εξής τηλέφωνα:

2810-323355 , 697-2477300 (Λίλα Παναγουλοπούλου, υποψήφια διδάκτωρ)

2810-394600 , 2810-394615 (Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής)

Με τιμή,
Λίλα Παναγουλοπούλου

Τάσος Φιλαλήθης

Με την υπογραφή μου στο παρόν έντυπο δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί σχετικά με την έρευνα και ότι δέχομαι να απαντήσω στο σχετικό Ερωτηματολόγιο. Επιτρέπω στους ερευνητές να διαθέσουν τις απαντήσεις μου για στατιστική ανάλυση, καθώς και να παρουσιάσουν τα αποτελέσματα της μελέτης στην επιστημονική κοινότητα.

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

**Η Ενημέρωση και η Διαλογή για τον καρκίνο
του μαστού και του τραχήλου της μήτρας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Το Ερωτηματολόγιο απευθύνεται στις γυναίκες ηλικίας 35 – 75 ετών.
Οι ερωτώμενες μπορούν να επιλέξουν για κάθε ερώτηση μόνο ΜΙΑ απάντηση.

Κωδικός κοινοτικού διαμερίσματος:

- ΑΓ. ΜΥΡΩΝ (1)
- ΠΕΤΡΟΚΕΦΑΛΟ (2)
- ΠΕΝΤΑΜΟΔΙ (3)
- ΑΝΩ ΑΣΙΤΕΣ (4)
- ΚΑΤΩ ΑΣΙΤΕΣ (5)
- ΠΥΡΓΟΥ (6)

Κωδικός ερωτώμενης:

Χρονολογία γέννησης:

Ηλικία:
_____ ετών

Απαντά η ίδια:

Ναι (1)

Όχι (0) → **Απαντά άλλος/ η, λόγω:**

Αρχικά, θα θέλαμε να σημειώσουμε τα Δημογραφικά σας στοιχεία.

1) Σε ποιο τόπο γεννηθήκατε (ή ζήσατε για το μεγαλύτερο διάστημα της παιδικής ηλικίας σας):

ΧΩΡΙΟ ή ΠΟΛΗ:

ΝΟΜΟΣ:

ΧΩΡΑ:

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Αν δεν έχει γεννηθεί στη Ελλάδα →

1α) Ποιο έτος ήρθατε για να ζήσετε στην Ελλάδα:

2) Με τι ασχολείστε κυρίως σήμερα:

▪ Εργάζεστε. (0)

Τι δουλειά κάνετε:

Πλήρης απασχόληση ...**(1)** Μερική Απασχόληση...**(2)**

Σε ετήσια βάση **(3)** Σε εποχιακή βάση **(4)**

▪ Είστε νοικοκυρά. (1)

▪ Είστε συνταξιούχος. (2)

Ποιο ήταν το επάγγελμά σας, προτού συνταξιοδοτηθείτε:

▪ Είστε μαθήτρια/ φοιτήτρια/σπουδάστρια. (3)

Πού:

▪ Είστε άνεργη. (4)

Τι δουλειά κάνατε την τελευταία φορά που εργαζόσαστε:

▪ Άλλο (5)

Τι:

2α) Εκτός από τα παραπάνω, συνεισφέρετε με κάποιο άλλο τρόπο στην οικογενειακή δουλειά; **Πχ**

▪ Εάν συμμετέχετε σε αγροτικές εργασίες (0)

▪ Εάν βοηθάτε σε οικογενειακή επιχείρηση (1)

▪ Άλλη δραστηριότητα (2)

Τι:

▪ Κανένα από τα παραπάνω (3)

3) Τι είδους εκπαίδευση έχετε; **Σημειώστε την τελευταία βαθμίδα εκπαίδευσης.**

▪ Δεν πήγατε καθόλου σχολείο. (0)

▪ Πήγατε μόνο σε μερικές τάξεις του Δημοτικού. (1)

Τελειώσατε :

▪ Το Δημοτικό (2)

▪ Το Γυμνάσιο (ή την 3^η τάξη του εξαταξίου σχολείου Μέσης Εκπαίδευσης) (3)

▪ Το Λύκειο (ή την 6^η τάξη του εξαταξίου σχολείου Μέσης Εκπαίδευσης) (4)

▪ Κάποια Μέση Τεχνική ή Επαγγελματική Σχολή (5)

▪ Ανώτερη Σχολή (ΤΕΙ, ΣΕΛΕΤΕ κλπ) (6)

▪ Κάποια Ανώτατη Σχολή (7)

4) Σχετικά με την οικογενειακή σας κατάσταση:

Είστε: Ανύπαντη (0)

Παντρεμένη (1)

Χωρισμένη (2)

Χήρα (3)

Συμβιώνετε με το σύντροφό σας (4)

Είστε σε διάσταση (5)

5) Στο σπίτι ζείτε τον περισσότερο καιρό

Μόνη σας (0)

Μαζί με άλλους (1)

6) Τι είδους Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας έχετε;

Καμία (0)

ΟΓΑ (1)

ΙΚΑ (2)

ΤΕΒΕ (3)

Δημόσιο (4)

Άλλη (5)

Ποια:

7) Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

Όχι (0)

Ναι (1)

8) Σε σχέση με τα οικονομικά θέματα, τι ισχύει από τα παρακάτω;

▪ Δεν έχετε δικά σας εισοδήματα. (0)

▪ Έχετε δικό σας εισόδημα, αλλά βοηθούν και άλλα άτομα, όπως γονείς, σύζυγος κλπ. → (1)

Θα θέλατε να μας πείτε από πού προέρχονται αυτά τα εισοδήματα;

..... (1)

Δεν απαντά. (9)

▪ Είστε οικονομικά ανεξάρτητη (μπορείτε να ζείτε με αποκλειστικά δικά σας εισοδήματα). (2)

Θα συνεχίσουμε με κάποιες γενικές ερωτήσεις σχετικά με την υγεία σας και σχετικά με την περιθαλψη της υγείας σας στο Αγροτικό Ιατρείο και στο Κέντρο Υγείας της περιοχής σας. Το Κέντρο Υγείας όπου υπάγεται ο Δήμος Γοργολαΐνη είναι το Κέντρο Υγείας Αγ. Βαρθάρα.

9) Θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Πολύ καλή (0)

Καλή (1)

Μέτρια (2)

Κακή (3)

Πολύ κακή (4)

10) Κάποιοι άνθρωποι υποφέρουν από χρόνια ή μακράς διάρκειας προβλήματα υγείας. Με τον όρο «μακράς διάρκειας» εννοούμε ότι σας έχει ταλαιπωρήσει για καιρό ή είναι πιθανό να σας προσβάλλει για καιρό. Έχετε κάποιο μακράς διάρκειας πρόβλημα υγείας, ασθένεια, ανικανότητα ή αναπηρία;

Ναι (1)

Όχι (0)

11) Για τους τελευταίους 6 μήνες τουλάχιστον, σε ποια έκταση περιοριστήκατε λόγω ενός προβλήματος υγείας σε δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι; Είστε:

Σοβαρά περιορισμένη. (2)

Λόγω:

Περιορισμένη, αλλά όχι σοβαρά. (1)

Λόγω:

Μη περιορισμένη. (0) → Ερώτηση Νο 12

11β) Σκεφτόμενη τις δραστηριότητες με τις οποίες έχετε προβλήματα, σας βοηθάει ποτέ κανείς με αυτές τις δραστηριότητες;

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Συμπεριλαμβανομένου του συζύγου σας ή άλλου ατόμου στο σπίτι

Ναι (1)

Όχι (0) → Ερώτηση Νο 12

11γ) Θα λέγατε ότι η βοήθεια που δέχεστε ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας;

Συνέχεια (0)

Συνήθως (1)

Μερικές φορές (2)

Σχεδόν ποτέ (3)

12) Θα σας διαβάσω μια σειρά από ασθένειες οι οποίες αναγράφονται στην **κάρτα Νο 1**. Παρακαλώ, εάν σας διευκολύνει, διαβάστε την. Θα θέλαμε να μάθουμε εάν σας είπε ποτέ γιατρός ότι έχετε κάποια από τις ασθένειες αυτής της κάρτας.

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Μιλήστε για την ερωτούμενη τις ασθένειες αυτής της κάρτας και σημειώστε άσος ισχύουν, περιγράφοντας το αντίστοιχο νοσήριο.

1) Έμφραγμα, Καρδιακή προσβολή, Θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμία

2) Υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή Υπέρταση

3) Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος

4) Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου

5) Σακχαρώδης Διαβήτης

6) Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα

7) Ασθμα

8) Αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά»

9) Οστεοπόρωση

10) Καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας ή του λεμφώματος, ΑΛΛΑ εξαιρώντας «μικρά» νεοπλασμάτα δέρματος

11) Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος

- 12) Νόσος του Πάρκινσον
 13) Καταρράκτης
 14) Κάταγμα ισχίου ή μηρού
 15) Άλλη ή άλλες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν πχ Θυρεοειδοπάθεια

Ποιες;

16) Καμία → **Ερώτηση Νο13**

12α) Για αυτό το πρόβλημα υγείας/ αυτά τα προβλήματα υγείας, παρακολουθείστε από κάποιον ή κάποιους γιατρούς;

Όχι (0) → **Ερώτηση Νο13**

Ναι (1)

Μερικές φορές (2)

12β) Τώρα πείτε μας για καθένα πρόβλημα υγείας εάν παρακολουθείστε από γιατρούς

Για τους Ερευνητές/ τριες

▪ Σε Νοσοκομείο	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]
▪ Στο Αγροτικό Ιατρείο ή στο Κέντρο Υγείας	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]
▪ Από Ιδιώτη Γιατρό	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]
▪ Άλλου	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]

Πού;

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Για κάθε αναφερόμενη ασθένεια να συμπληρώνεται

ο παρακάτω πίνακας όπως στο παράδειγμα, εφοικώντας στην ερωτούμενη όλες τις εναλλακτικές προτάσεις.

Ασθένεια	Νοσοκομείο Νομαρχιακό ή Πανεπ/μιακό	Αγροτικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας	Ιδιωτικό Ιατρείο ή Κλινική	Άλλου Πού;
Αναιμία	1	1	0	0
α)				
β)				
γ)				
δ)				

13) Θα σας διαβάσω μια σειρά από παθήσεις, οι οποίες είναι γραμμένες στην **κάρτα Νο2**. Παρακαλώ, εάν σας διευκολύνει, διαβάστε την. **Για τους τελευταίους 6 μήνες τουλάχιστον**, έχετε ενοχληθεί από κάποια από τις παθήσεις αυτής της κάρτας, δηλαδή από:

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Διαβάστε για την ερωτούμενη τις παθήσεις της κάρτας και σημειώστε όλες ισχύοντες, κυκλώνοντας το αντίστοιχο νούμερο.

- 1) Πόνος στη μέση, στα γόνατα, στα ισχία ή σε οποιαδήποτε άλλη άρθρωση
- 2) Καρδιακό πρόβλημα ή στηθάγχη, θωρακικός πόνος κατά την άσκηση
- 3) Δύσπνοια, δυσκολία στην αναπνοή
- 4) Επίμονος βήχας
- 5) Πρησμένα πόδια
- 6) Προβλήματα ύπνου
- 7) Πτώσεις ή πεσίματα
- 8) Φόβος για πτώσεις
- 9) Ζάλη, λιποθυμίες ή σκοτοδίνη

10) Προβλήματα στομάχου ή εντέρου, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, του μετεωρισμού (δηλ. «φουσκώματα»), των διαρροιών

11) Ακράτεια ούρων ή ακούσια απώλεια ούρων

12) Έχετε κάποιο άλλο ενόχλημα;

Ποιο;

13) Δεν έχετε τίποτε → **Ερώτηση Νο14**

13α) Για αυτό το ενόχλημα/ αυτά τα ενοχλήματα, απευθυνθήκατε σε κάποιον ή κάποιους γιατρούς;

Όχι (0) → **Ερώτηση Νο14**

Ναι (1)

13β) Πείτε μας για κάθε ενόχλημα, όπως σε προηγούμενη ερώτηση, εάν παρακολουθείστε από γιατρούς

Για τους Ερευνητές/ τριες

▪ Σε Νοσοκομείο	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]
▪ Στο Αγροτικό Ιατρείο ή στο Κέντρο Υγείας	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]
▪ Από Ιδιώτη Γιατρό	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]
▪ Άλλου	[ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)]

Πού;

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Για κάθε αναφερόμενη ασθένεια να συμπληρώνεται

ο παρακάτω πίνακας όπως στο παράδειγμα, εφοικώντας στην ερωτούμενη όλες τις εναλλακτικές προτάσεις.

Ενόχλημα	Νοσοκομείο Νομαρχιακό ή Πανεπ/μιακό	Αγροτικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας	Ιδιωτικό Ιατρείο ή Κλινική	Άλλου Πού;.....
Βράγχισμα	0	0	1	0
α)				
β)				
γ)				
δ)				

14) Στην περίπτωση που σας παρουσιαστεί κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας (πχ πυρετός, αιμορραγία), πού απευθύνεστε συνήθως;

Στο Νοσοκομείο; (0)

Στο Αγροτικό Ιατρείο ή στο Κέντρο Υγείας; (1)

Σε Ιδιώτη Γιατρό (πχ στο ιατρείο του ή σε κλινική); (2)

Άλλο (3)

Πού;

15) Η επόμενη μας ερώτηση αφορά στη φαρμακευτική αγωγή που πιθανώς λαμβάνετε. Θα σας διαβάσω ένα κατάλογο από φάρμακα, ο οποίος βρίσκεται στην **κάρτα Νο3**. Παρακαλώ, εάν σας διευκολύνει, διαβάστε την. Αυτή την περίοδο παίρνετε φάρμακα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για προβλήματα που αναφέρονται σε αυτή την κάρτα, δηλαδή:

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Διαβάστε για την ερωτούμενη τις παθήσεις της κάρτας και σημειώστε όλες ισχύοντες, κυκλώνοντας το αντίστοιχο νούμερο.

- 1) Φάρμακα για υψηλή χοληστερόλη αίματος
- 2) Φάρμακα για αρτηριακή υπέρταση (ή «για την πίεση»)
- 3) Φάρμακα για στεφανιαία νόσο ή για νόσο των αγγείων του εγκεφάλου
- 4) Φάρμακα για άλλη καρδιοπάθεια
- 5) Φάρμακα για άσθμα
- 6) Φάρμακα για σακχαρώδη διαβήτη
- 7) Φάρμακα (πασίπινα) για πόνο στις αρθρώσεις ή αρθρίτιδα
- 8) Φάρμακα (πασίπινα) για άλλο πόνο (πχ πονοκέφαλο, πόνο στη μέση κλπ)
- 9) Φάρμακα για προβλήματα ύπνου
- 10) Φάρμακα για άγχος ή κατάθλιψη
- 11) Ορμονικά φάρμακα για οστεοπόρωση
- 12) Άλλα (μη ορμονικά) φάρμακα για οστεοπόρωση
- 13) Φάρμακα για έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου
- 14) Φάρμακα για χρόνια βρογχίτιδα
- 15) Παίρνετε άλλα φάρμακα που δεν αναφέρθηκαν εδώ;

Ποια;

- 16) Δεν παίρνετε κανένα φάρμακο → **Ερώτηση Νο 18**

15α) Οι συνταγές για να πάρετε τα φάρμακά σας γράφονται από γιατρούς

Για τους Ερευνητές/ τριες

- | | |
|--|-------------------|
| ▪ Σε Νοσοκομείο | [ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)] |
| ▪ Στο Αγροτικό Ιατρείο ή στο Κέντρο Υγείας | [ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)] |
| ▪ Από Ιδιώτη Γιατρό | [ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)] |
| ▪ Αλλού | [ΝΑΙ (1) ΟΧΙ (0)] |

Πού;

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Για κάθε αναφερόμενο φάρμακο, να συμπληρώνεται

ο παρακάτω πίνακας όπως στο παράδειγμα, εφορκώντας στην ερωτούμενη όλες τις εναλλακτικές προτάσεις.

Φάρμακα	Νομαρχιακό ή Πανεπ/μιακό Νοσοκομείο	Αγροτικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας	Ιδιωτικό Ιατρείο ή Ιδιωτική Κλινική	Αλλού Πού;
Για ακράτεια	0	1	0	0
α)				
β)				

16) Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, (δηλαδή από τον περασμένο(μήνας) μέχρι σήμερα), έχετε επισκεφθεί το Αγροτικό Ιατρείο ή το Κέντρο Υγείας με σκοπό την πρόληψη; (πχ για εμβόλια, για γενικές εξετάσεις αίματος, για συμβουλές για τη διατροφή σας κλπ)

Όχι (0) → **Ερώτηση Νο 17**

Ναι (1) → **πόσες φορές;**

Προσδιορίστε τους λόγους για καθεμιά επίσκεψη.....

17) Σε σχέση με τα θέματα ή τα προβλήματα υγείας που μπορεί να απασχολούν εσάς ή την οικογένειά σας: θα λέγατε ότι υπάρχει κάποιος ορισμένος γιατρός με τον οποίο να συζητάτε και να ενημερώνεστε σε σταθερή βάση;

Όχι (0) → **Ερώτηση Νο 18**

Ναι (1)

17α) Πρόκειται για

Γιατρό του Αγροτικού Ιατρείου ή του Κέντρου Υγείας (0)

Γιατρό από κάποιο Νοσοκομείο (1)

Ιδιώτη Γιατρό (σε Ιατρείο, κλινική κ.α.) (3)

Άλλο, άλλη (5)

Δηλαδή;

Με τις επόμενες ερωτήσεις θέλουμε να δούμε πόσο συχνά κάνετε μια σειρά από εξετάσεις για την πρόληψη του καρκίνου. Οι ιατρικές εξετάσεις για τις οποίες κυρίως θα ερωτηθείτε είναι το **τεστ ΠαΠανικολάου**, η **γυναικολογική εξέταση**, η **εξέταση μαστών** και η **μαστογραφία**.

16) Έχετε κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου;

Όχι (0) → **Ερώτηση Νο 24**

Ναι (1)

17) Πόσα τεστ ΠαΠ υπολογίζετε πως έχετε κάνει μέσα στα προηγούμενα 6 χρόνια:

Κανένα (0)

Ένα (1)

Δύο (2)

Τρία ή περισσότερα (3)

Δεν θυμάστε(ή δεν ξέρετε) (9)

18) Πόσος καιρός έχει περάσει από την τελευταία φορά που κάνατε τεστ Παπανικολάου;

Λιγότερο από ένας χρόνος (0)

Πάνω από ένας χρόνος, όχι όμως (1)

περισσότερο από δύο χρόνια (2)

Περισσότερο από δύο χρόνια, όχι όμως (2)

πάνω από τρία (2)

Περισσότερο από τρία χρόνια, όχι όμως (3) → Θα απαντήσει και Ερώτηση Νο 24

πάνω από πέντε (4) → Θα απαντήσει και Ερώτηση Νο 24

Παραπάνω από πέντε χρόνια (9) → Θα απαντήσει και Ερώτηση Νο 24

Δεν απαντάτε.

- 19) Ποιος ήταν ο **κυριότερος** λόγος για τον οποίο κάνατε αυτή την τελευταία εξέταση Παπανικολάου:
- Επειδή παρουσιάστηκε κάποιο έκτακτο γυναικολογικό πρόβλημα (0)
 - Κατά την παρακολούθηση ενός ήδη γνωστού ιατρικού προβλήματος (3)
 - Επειδή σκοπεύατε να μείνετε έγκυος (προγεννητικός έλεγχος) ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (2)
 - Για προληπτικούς λόγους, δηλαδή στα πλαίσια ενός «τσεκάπ» (1)
 - Άλλος λόγος / **Ποιος:**..... (4)
 - Δεν θυμάστε ή δεν ξέρετε. (9)

- 20) Ποιος σας παρότρυνε (ή σας παρακίνησε) για να κάνετε αυτή την εξέταση:
- Κάποια συγγενής, κάποιος φίλος, φίλη κ.α. (1) → Ερώτηση Νο 23
 - Πήγατε από μόνη σας. (2) → Ερώτηση Νο 23
 - Ενημερωθήκατε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, δηλαδή από περιοδικά, τηλεόραση κλπ (3) → Ερώτηση Νο 23
 - Σας παρακίνησε κάποιος επαγγελματίας υγείας, όπως γιατρός, κοινωνικός λειτουργός, μαία κλπ (0)
 - Δεν θυμάστε. (9) → Ερώτηση Νο 23

- 22α) Θυμάστε αν ο/ η συγκεκριμένος/ η ήταν:
- Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)
 - Γυναικολόγος (1)
 - Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
 - Κάποιος άλλος γιατρός ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (νοσηλεύτρια, κοινωνικός λειτουργός κλπ) (2)
 - Δηλαδή, ποιος:**.....
 - Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
 - Δεν θυμάστε. (9)

- 21) Γνωρίζετε αν ο ειδικός που πραγματοποίησε αυτή την τελευταία εξέταση ΠΑΠανικολάου ήταν:
- Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)
 - Γυναικολόγος (1)
 - Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
 - Μαία (2)
 - Ιδιωτικού Ιατρείου (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
 - Κυτταρολόγος (3)
 - Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
 - Άλλος (5)
 - Ποιος:
 - Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
 - Δεν θυμάστε. (9)

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Η Ερώτηση 24 τίθεται μόνο στις ερωτώμενες που παραπέμπονται από Ερώτηση Νο18 ή Ερώτηση Νο20.
Σε άλλη περίπτωση, συνέχισε από Ερώτηση Νο 25 (επόμενη σελίδα)

- 22) Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο **σημαντικότερος** λόγος για τον οποίο δεν έχετε κάνει ποτέ / μέσα στα προηγούμενα τρία χρόνια τεστ Παπανικολάου:
- Επειδή δεν υπήρξε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα (0)
 - Επειδή δεν σας το συνέστησε κάποιος γιατρός ή δεν γνωρίζατε πως είναι απαραίτητο να γίνει (1)
 - Από αμέλεια ή επειδή δεν έχετε αρκετό ελεύθερο χρόνο (2)
 - Από φόβο ή ντροπή (είναι εξέταση επώδυνη ή δυσάρεστη ή προκαλεί αμηχανία) (3)
 - Επειδή έχει σταματήσει η περίοδος (4)
 - Επειδή έχει γίνει αφαίρεση στα γεννητικά όργανα (5)
 - Επειδή είναι ακριβό ή δεν είστε ασφαλισμένη (6)
 - Επειδή ο γιατρός σας είναι μακριά (7)
 - Άλλος λόγος (8)
 - Ποιος:**.....
 - Δεν ξέρετε ακριβώς. (9)

23) Έχετε ποτέ εξεταστεί γυναικολογικά (ανεξάρτητα από το αν έγινε ή όχι τεστ Παπανικολάου) ;

Όχι (0) → Ερώτηση Νο 30

Ναι (1)

24) Πόσο διάστημα έχει περάσει από τότε που εξεταστήκατε γυναικολογικά για τελευταία φορά;

Λιγότερο από ένα χρόνο (0)

Πάνω από ένα χρόνο, όχι όμως περισσότερο από δύο χρόνια (1)

Περισσότερο από δύο χρόνια, όχι όμως πάνω από τρία (2)

Περισσότερο από τρία χρόνια, όχι όμως πάνω από πέντε (3)

Παραπάνω από πέντε χρόνια (4)

Δεν απαντάτε. (9)

25) Ποιος ειδικότητας ήταν ο γιατρός που σας εξέτασε;

ο Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)

ο Γυναικολόγος (1)

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)

ο Κάποιος άλλος (2)

Ποιος:

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)

ο Δεν θυμάστε. (9)

26) Θυμάστε ποιος σας συμβούλεψε για να κάνετε γυναικολογική εξέταση;

▪ Κάποια συγγενής, κάποιος φίλος, κάποιος φίλη κ.α. (1) → Ερώτηση Νο 29

▪ Πήγατε από μόνη σας. (2) → Ερώτηση Νο 29

▪ Ενημερωθήκατε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, όπως περιοδικά, τηλεόραση κλπ (3) → Ερώτηση Νο 29

▪ Σας παρακίνησε κάποιος επαγγελματίας υγείας, όπως γιατρός, κοινωνικός λειτουργός κλπ (0)

▪ Δεν θυμάστε. (9) → Ερώτηση Νο 29

28α) Ο ειδικός αυτός ήταν;

ο Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)

ο Γυναικολόγος (1)

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)

ο Κάποιος άλλος γιατρός ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (νοσηλεύτρια, κοινωνικός λειτουργός κλπ) (2)

Δηλαδή, ποιος:

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4) ...

ο Δεν θυμάστε. (9)

27) Ποιος ήταν ο κυριότερος λόγος για τον οποίο έγινε αυτή η γυναικολογική εξέταση;

▪ Για προληπτικούς λόγους, στα πλαίσια ενός «τσεκάπ» (1)

▪ Κατά την παρακολούθηση κάποιου ήδη γνωστού ιατρικού προβλήματος (3)

▪ Επειδή σκοπεύατε να μείνετε έγκυος ή στη διάρκεια εγκυμοσύνης (2)

▪ Επειδή παρουσιάστηκε κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας(πχ πόνος στην κοιλιά, ακράτεια κλπ) (0)

▪ Άλλος λόγος (4)

Ποιος:

..... (4)

▪ Δεν θυμάστε. (9)

28) Καθ' όλη τη διάρκεια της περασμένης χρονιάς, σας σύστησε κάποιος γιατρός ή κάποιος άλλος ειδικός να εξεταστείτε γυναικολογικά ή να κάνετε τεστ Παπανικολάου;

Όχι (0)

Ναι (1)

Ποιος: (Ειδικότητα).....

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)

Δεν θυμάστε. (9)

Παρακάτω, θα αναφερθούμε στη **μαστογραφία** και στην **κλινική εξέταση μαστών**. Λέγοντας «κλινική εξέταση μαστών», εννοούμε κυρίως την ψηλάφηση που γίνεται σε κάθε μαστό από ειδικό επαγγελματία υγείας, με σκοπό να εντοπιστεί και να ελεγχθεί κάποια μάζα.

29) Συνέβη ποτέ να εξετάσει τους μαστούς σας με ψηλάφηση κάποιος γιατρός ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας;

Όχι (0) → **Ερώτηση Νο 35**

Ναι (1)

30) Θυμάστε πόσο διάστημα έχει περάσει από την τελευταία φορά που κάποιος ειδικός εξέτασε τους μαστούς σας με ψηλάφηση;

Λιγότερο από ένα χρόνο (0)

Πάνω από ένα χρόνο, όχι όμως περισσότερο από δύο χρόνια (1)

Περισσότερο από δύο χρόνια, όχι όμως πάνω από τρία (2)

Περισσότερο από τρία χρόνια, όχι όμως πάνω από πέντε (3)

Παραπάνω από πέντε χρόνια (4)

Δεν απαντάτε. (9)

31) Θυμάστε αν ο ειδικός που σας εξέτασε ήταν

ο Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)

ο Γυναικολόγος (1)

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)

ο Κάποιος άλλος γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας (νοσηλεύτρια, κοιν. λειτουργός κλπ) (2)

Δηλαδή, ποιος;.....

Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)

Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (34)

ο Δεν θυμάστε. (9)

32) Ποιος ήταν ο **κυριότερος** λόγος για τον οποίο έγινε αυτή η εξέταση;

- Επειδή ανησυχήσατε από κάτι ασυνήθιστο στο μαστό σας, πχ ψηλαφήσατε κάποιο ογκίδιο (0)
- Κατά την παρακολούθηση κάποιου ήδη γνωστού ιατρικού προβλήματος (4)
- Για προληπτικούς λόγους, δηλαδή στα πλαίσια ενός τακτικού ελέγχου («τσεκάπ») (1)
- Άλλος λόγος (5)
- **Τι ακριβώς;**
- Δεν θυμάστε. (9)

33) Έχετε κάνει ποτέ κάποια από τις παρακάτω εξετάσεις;

Μαστογραφία Όχι (0) Ναι (1)

Αν **ΝΑΙ** → Σε ποια ηλικία κάνατε την πρώτη σας μαστογραφία;ετών

Υπερηχογράφημα μαστού Όχι (0) Ναι (1)

Αν **ΠΑΝΤΟΥ ΟΧΙ** → **Ερώτηση Νο40**

34) Πόσες φορές υπολογίζετε να έχετε κάνει **μαστογραφία / υπερηχογράφημα** μαστών μέσα στα τελευταία 6 χρόνια;

Μαστογραφία Καμιά φορά (0) 1 φορά (1) 2 φορές (2) 3 φορές ή περισσότερες (3) Δεν ξέρετε. (9)

Υπερηχ/φημα Καμιά φορά (0) 1 φορά (1) 2 φορές (2) 3 φορές ή περισσότερες (3) Δεν ξέρετε. (9)

35) Πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που κάνατε για τελευταία φορά **μαστογραφία** ή **υπερηχογράφημα** μαστών;

	Μαστογραφία		Υπερηχ/φημα	
	(Μ)	(Υ)	(Μ)	(Υ)
Λιγότερο από ένα χρόνο	(0)		(0)	
Πάνω από ένα χρόνο, όχι όμως περισσότερο από δύο χρόνια	(1)		(1)	
Περισσότερο από δύο χρόνια, όχι όμως πάνω από τρία	(2)	Θα απαντήσει και Ερώτηση Νο40 εάν ≥ 40 ετών	(2)	
Περισσότερο από τρία χρόνια, όχι όμως πάνω από πέντε	(3)	Θα απαντήσει Ερώτηση Νο40 εάν ≥ 40 ετών	(3)	
Παραπάνω από πέντε χρόνια	(4)	Θα απαντήσει και Ερώτηση Νο40 εάν ≥ 40 ετών	(4)	
Δεν απαντάτε.	(9)	→ Θα απαντήσει και Ερώτηση Νο40 εάν ≥ 40 ετών	(9)	

36) Θυμάστε ποιες σας συμβούλεψε να κάνετε αυτή την τελευταία **μαστογραφία** / αυτό το τελευταίο **υπερηχογράφημα**:

	(M)	(Y)
Κάποιος συγγενής, κάποια φίλη κ.α.	(1) → Ερώτηση Νο 39	
Πήγατε από μόνη σας.	(2) → Ερώτηση Νο 39	
Ενημερωθήκατε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (τηλεόραση, περιοδικά κλπ)	(3) → Ερώτηση Νο 39	
Κάποιος επαγγελματίας υγείας (γιατρός, νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός κλπ)	(0)	
Δεν θυμάστε.	(9) → Ερώτηση Νο 39	

38α) Θυμάστε αν ήταν:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	(M)	(Y)
ο Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή το Κέντρο Υγείας	(0)	
ο Γυναικολόγος	(1)	
Ιδιώτης (1) Νοσοκομείο (2) Κέντρου Υγείας (3).....Ασφαλιστικού Ταμείου (4)	<input type="checkbox"/>	
ο Κάποιος άλλος γιατρός ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (νοσηλεύτρια, κοινωνικός λειτουργός κλπ)	(2)	
Δηλαδή, ποιος:..... Ιδιώτης (1) Νοσοκομείο (2) Κέντρου Υγείας(3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)	<input type="checkbox"/>	
Δεν θυμάστε.	(9)	

37) Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο έγινε τότε αυτή η **μαστογραφία** / αυτό το **υπερηχογράφημα**:

	(M)	(Y)
Κατά την παρακολούθηση κάποιου ήδη γνωστού ιατρικού προβλήματος	(4)	
Πήγατε από μόνη σας, αφού εντοπίσατε κάτι διαφορετικό στο μαστό σας, πχ ψηλάφησατε κάποιο ογκίδιο	(0)	
Στα πλαίσια ενός τακτικού ιατρικού ελέγχου («τσεκάπ»), δηλαδή για προληπτικούς λόγους	(1)	
Επειδή σας το συνέστησε γιατρός	(6)	
Άλλος λόγος	(5)	
Δεν θυμάστε.	(9)	

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Η Ερώτηση Νο 40 **τίθεται μόνο στις ερωτώμενες που έχουν παραπεμφθεί** από ερώτηση Νο 35 ή Ερώτηση Νο 37.
Σε άλλη περίπτωση συνέχισε από ερώτηση Νο 41 (επόμενη σελίδα).

38) Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο **σημαντικότερος** λόγος για τον οποίο δεν έχετε κάνει **ποτέ** / μέσα στα τελευταία δύο χρόνια μαστογραφία:

	(M)	(Y)
Επειδή δεν είναι απαραίτητο για τις γυναίκες της ηλικίας σας	(0)	
Επειδή δεν σας παρέπεμψε κάποιος γιατρός	(1)	
Επειδή δεν παρουσιάστηκε κάποιο σχετικό πρόβλημα υγείας	(10)	
Επειδή είναι μακριά το Νοσοκομείο	(7)	
Επειδή είναι ακριβή ή δεν είστε ασφαλισμένη	(6)	
Επειδή είναι μια εξέταση που προκαλεί αμηχανία	(3)	
Από φόβο μήπως βρεθεί καρκίνος	(4)	
Από αναβλητικότητα ή δεν σας απομένει αρκετός ελεύθερος χρόνος	(2)	
Άλλος λόγος:.....	(8)	
Δεν ξέρετε ακριβώς.	(9)	

39) Καθ' όλη τη διάρκεια της προηγούμενης χρονιάς, σας σύστησε κάποιος γιατρός ή κάποιος άλλος / η επαγγελματίας υγείας να κάνετε:

α) Κλινική Εξέταση (δηλαδή ψηλάφηση) μαστών	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)
Ποιος:..... Ιδιώτης (1) Νοσοκομείο (2) Κέντρου Υγείας(3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)		<input type="checkbox"/>

β) Μαστογραφία	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)
Ποιος:..... Ιδιώτης (1) Νοσοκομείο (2) Κέντρου Υγείας(3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)		<input type="checkbox"/>

Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις που θα σας κάνουμε αναφέρονται στο **Γυναικολογικό και Οικογενειακό ιστορικό** σας.

40) Έχετε μέχρι σήμερα αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υγείας σχετικό με τους μαστούς ή τα γεννητικά όργανα:

Ναι	(1)	<input type="checkbox"/>
Όχι	(0)	

42α) Θα σας διαβάσω παρακάτω μια σειρά από γυναικολογικές παθήσεις, οι οποίες αναγράφονται στην **κάρτα Νο4**. Παρακαλώ, αν σας διευκολύνει, κοιτάξτε την. Έχετε ποτέ αντιμετωπίσει κάποια από αυτές τις ασθένειες ή κάποιο από αυτά τα ενοχλήματα:

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: *Λιβάξτε για την ερωτούμενη τις παθήσεις αυτής της κάρτας και σημειώστε άσες ισχύοντα ποσά/όρους το αντίστοιχο τεύχος.*

- 1) Κύστη, ιναδένωμα ή καρκίνωμα μαστού
- 2) Πόνος ή φλεγμονή στο μαστό
- 3) Έκκριμα («υγρό») από τη Θηλή του μαστού
- 4) Αυξημένα κολπικά υγρά
- 5) Κνησμό («φαγούρα») στα γεννητικά όργανα
- 6) Κολπίτιδα, τραχηλίτιδα ή σαλπινγίτιδα
- 7) Ακράτεια ούρων
- 8) Έρπης, κονδυλώματα ή άλλη λοίμωξη
- 9) Αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα, ανεξάρτητη από την «περίοδο»
- 10) Ινομύωμα μήτρας
- 11) Αφαίρεση εσωτερικών γεννητικών οργάνων (υστερεκτομή)
- 12) Κάτι άλλο.....
- 13) Τίποτα

41) Έχετε κάνει ποτέ κάποια από τις παρακάτω εξετάσεις ή επεμβάσεις στους μαστούς:

Παρακέντηση (Βιοψία βελόνης)	Ναι (1)	Όχι (0)	<input type="checkbox"/>
1 φορά: (2)	>1 φορές: (3)		
Ουγκεκτομή ή Λοβεκτομή ή Μαστεκτομή	Ναι (1)	Όχι (0)	<input type="checkbox"/>

42) Κάνετε ποτέ κάποιο τεστ ΠΑΠανικολάου, του οποίου το αποτέλεσμα να μην ήταν φυσιολογικό:

Ναι (1)
 Κάνετε γι' αυτό περαιτέρω εξετάσεις ή επεμβάσεις (πχ **κολποσκόπηση**):.....
 Όχι (0)

43) Αντιμετώπισατε ποτέ κάποια ασθένεια από μικρόβιο που μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή:

Όχι (0)
 Ναι (1)

45α) Σας είπε ποτέ κάποιος γιατρός ότι έχετε:

- ✓ Χλαμύδια (0)
- ✓ Έρπητα των γεννητικών οργάνων (έρπης) (1)
- ✓ Ιό των κονδυλωμάτων (κονδυλώματα) (2)
- ✓ Έιτς (3)
- ✓ Άλλο:..... (4)
- ✓ Δεν ξέρετε ακριβώς (9)
- ✓ Δεν απαντάτε. (8)
- ✓ Κανένα από τα παραπάνω (10)

44) Έχετε παιδιά:

Όχι (0)
 Ναι (1) →

Σε ποια ηλικία γεννήσατε το πρώτο σας παιδί;
 Δεν θυμάστε. (9) → < 30 ετών ή > 30 ετών

45) Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η περίοδος:

..... ετών (1)
 Δεν είχατε ποτέ. (0) → **Ερώτηση Νο49**

Δεν θυμάστε. (9) → < 12 ετών ή > 12 ετών

46) Έχετε ακόμη περίοδο:

Ναι (1) → **Ερώτηση Νο49**
 Όχι (0)

48α) Πώς σταμάτησε η περιόδός σας:

- Φυσιολογικά (0)
- Μετά από αφαίρεση μήτρας (1)
- Μετά από αφαίρεση μήτρας-ωθηκών (2)
- Δεν είχατε ποτέ (3)

48β) Σε ποια ηλικία σταμάτησε η περίοδος:

..... ετών (1)
 Δεν θυμάστε. (9) → < 50 ετών ή > 50 ετών

48γ) Πήρατε ορμόνες για κάποιο διάστημα μετά το σταμάτημα της περιόδου (αυτό που λέμε «θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης»):

Ναι (1) → > 5 Έτη (3) , < 5 Έτη: (4)
 Όχι (0)
 Δεν θυμάστε. (9)

47) Σε ποια ηλικία περίπου ξεκίνησε η σεξουαλική σας ζωή:

..... ετών (1)
 Δεν είχατε ποτέ. (0) → **Ερώτηση Νο 52**

Δεν θυμάστε. (9) → < 20 ετών ή > 20 ετών

Δεν απαντάτε. (8)

48) Θα θέλατε να μας πείτε πόσους σεξουαλικούς συντρόφους είχατε μέχρι σήμερα:

..... (αριθμός)
 Δεν απαντάτε. (9)
 Δεν θυμάστε. (8)

49) Προκειμένου να αποφύγετε την εγκυμοσύνη, έχετε χρησιμοποιήσει σταθερά και για μεγάλο χρονικό διάστημα κάποια από τις παρακάτω μεθόδους:

A) Διακεκομμένη συνουσία (αράβηγμα)	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>
B) Προφυλακτικό	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>
C) Κολπικές πλύσεις	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>
D) Αντισυλληπτικά χάπια	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>
ΓΙΑ ΠΟΣΙΑ ΧΡΟΝΙΑ: έτη	> 5 έτη (2)	< 5 έτη (3)	<input type="checkbox"/>
E) Ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ)	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>
F) Διάφραγμα	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>
G) Άλλο:.....	ΟΧΙ (0)	ΝΑΙ (1)	<input type="checkbox"/>

50) Σχετικά με το κάπνισμα, τι από τα παρακάτω ισχύει:

- Καπνίζετε. (0)

ΠΑΚΕΤΑ: / ΕΤΗ:

- Καπνίζατε στο παρελθόν, αλλά το έχετε «κόψει». (1)

Για πόσα χρόνια καπνίζατε;έτη

- Δεν καπνίζετε. (2)

51) Γνωρίζετε κάποια συγγενή σας 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού που να έπαθε καρκίνο του μαστού ή καρκίνο των ωοθηκών;

- Ναι (1)
- Όχι (0) → Ερώτηση Νο 56
- Δεν γνωρίζετε. (9)

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ-ΤΡΙΑ: Αν ΝΑΙ → Σημειώστε για καθένα συγγενή:

- Το βαθμό συγγένειας
- την ηλικία οπότε έγινε η διάγνωση
- αν προέρχεται από την πλευρά του πατέρα ή της μητέρας

ΣΥΓΓΕΝΗΣ	< 50 ΕΤΩΝ	> 50 ΕΤΩΝ	ΜΗΤΡΙΚΗ	ΠΑΤΡΙΚΗ
Μητέρα				
Γιαγιά				
Θεία (2 ^{ου} βαθμού)				
Ανιψιά (2 ^{ου} βαθμού)				
Αδελφή				
Κόρη				

52) Μήπως έπαθε κάποιος άντρας συγγενής σας, π.χ. πατέρας, θείος, καρκίνο του μαστού;

- Όχι (0)
- Ναι (1) Ποιος;
- Δεν ξέρετε. (9)

53) Έχετε ποτέ ρωτηθεί από κάποιο γιατρό σχετικά με το κληρονομικό ιστορικό σας για καρκίνο του μαστού ή του τραχήλου της μήτρας;

- Όχι (0) → Ερώτηση Νο 56
- Ναι (1)
- Δεν θυμάστε. (9) → Ερώτηση Νο 56

55α) Μήπως θυμάστε αν ήταν:

- ο Γενικός Γιατρός Αγρ. Ιατρείου ή του Κέντρου Υγείας (0)
- ο Γυναικολόγος (1)
- Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
- Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
- ο Κάποιος άλλος γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας (2)

Δηλαδή, ποιος;.....

- Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
- Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
- ο Δεν θυμάστε. (9)

Ακολουθούν ορισμένες ερωτήσεις για να δούμε την ενημέρωσή που έχετε σχετικά με όσα συζητήθηκαν παραπάνω.

54) Γνωρίζετε πώς γίνεται η «αυτοεξέταση μαστού» (δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα μπορεί από μόνη της να εξετάζει το στήθος για να βρει π.χ. κάποια μάζα) ;

- Όχι (0) → Ερώτηση Νο 57
- Ναι (1)

56α) Από ποιον τη μάθατε;

- Από μόνη σας (2)
- Από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (δηλαδή από εφημερίδες, περιοδικά, τηλεόραση, διαδίκτυο κλπ) (3)
- Από κάποια φίλη, συγγενή κλπ (1)
- Από κάποιο επαγγελματία υγείας, πχ γιατρό, νοσηλεύτρια κλπ (0)
- Δεν θυμάστε. (9)

55) Σας έχει διδάξει ποτέ την αυτοεξέταση μαστού κάποιος γιατρός ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας;

- Όχι (0) → Ερώτηση Νο 58
- Ναι (1)

57α) Θυμάστε αν ήταν:

- ο Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)
- ο Γυναικολόγος (1)
- Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
- Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
- ο Κάποιος άλλος γιατρός ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας (νοσηλεύτρια, κοινωνικός λειτουργός κλπ) (2)

Δηλαδή, ποιος;.....

- Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
- Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
- Δεν θυμάστε. (9)

56) Σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να γίνεται για πρώτη φορά η μαστογραφία;

- 30- 35 ετών (0)
- 40 ετών (1)
- 50 ετών (2)
- Δεν γνωρίζετε. (9)

57) Γνωρίζετε κάθε πότε πρέπει μια γυναίκα να κάνει μαστογραφία, μετά την ηλικία των 50 ετών;

- Κάθε χρόνο (0)
- Κάθε 3-5 χρόνια (1)
- Δεν ξέρετε ακριβώς. (9)

58) Σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρει να μάθουμε τη γνώμη σας για καθένα από τα παρακάτω:

1) Οι γυναίκες χωρίς γνωστούς παράγοντες προδιάθεσης για καρκίνο του μαστού, σπάνια εμφανίζουν καρκίνο του μαστού

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

2) Γνωρίζετε πως ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συνηθισμένος καρκίνος που εμφανίζεται στις γυναίκες;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

3) Γνωρίζετε ότι οι γυναίκες στη Ελλάδα έχουν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού απ' ό,τι οι γυναίκες στη Β. Ευρώπη ή στις Η.Π.Α.;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

4) Οι γυναίκες μετά την ηλικία των 70 ετών σπάνια εμφανίζουν καρκίνο του μαστού.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

5) Μία γυναίκα που γεννάει το πρώτο της παιδί πριν από την ηλικία των 30 ετών έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού από μία άλλη, που γεννάει το πρώτο παιδί μετά τα 30.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

6) Γνωρίζετε πως κάποιοι τύποι ινοκυτταρικής μαστοπάθειας (μη καρκινικοί όγκοι του μαστού) αυξάνουν σε μια γυναίκα τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

7) Σε κάποιες γυναίκες, το να είναι υπέρβαρες, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

8) Ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συνηθισμένος σε γυναίκες 65 ετών παρά σε γυναίκες 40 ετών.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

9) Σε τι ποσοστό νομίζετε πως μπορεί να εκδηλώσει καρκίνο του μαστού μέσα στα επόμενα 10 χρόνια;

<1% (1)

1-5% (2)

6-10% (3)

11-20% (4)

>20% (5)

Δεν ξέρετε. (9)

10) Η συνεχής ενόχληση από ένα σφιχτό στηθόδεσμο («σουτιέν») μπορεί, με την πάροδο του χρόνου, να προκαλέσει καρκίνο του μαστού.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

11) Ένα δυνατό χτύπημα στο στήθος μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού σε μια γυναίκα, αργότερα στη ζωή της.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

12) Γνωρίζετε πως μία στις 12 γυναίκες στην Ελλάδα θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής της;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

13) Οι περισσότεροι όγκοι του μαστού είναι καρκινικοί.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

14) Από τη στιγμή που μια γυναίκα μπορεί να αισθανθεί ένα καρκινικό όγκο στο στήθος, είναι πολύ αργά για να αντιμετωπιστεί αυτός αποτελεσματικά.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

15) Οι γυναίκες που έχουν κάνει πολλά παιδιά και έχουν θηλάσει δεν κινδυνεύουν από καρκίνο του μαστού.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

16) Ο καρκίνος του μαστού είναι τις περισσότερες φορές μια πάθηση κληρονομική.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

17) Γνωρίζετε ότι ο καρκίνος του μαστού, εφ' όσον ανιχνευθεί νωρίς, μπορεί πιθανώς να αντιμετωπιστεί χωρίς μαστεκτομή;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

18) Γνωρίζετε ότι οι γυναίκες στις οποίες ο καρκίνος του μαστού διαγνώστηκε νωρίς, έχουν αρκετές πιθανότητες για να ζήσουν ένα φυσιολογικό εύρος ζωής;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

19) Αν μία γυναίκα είναι υγιής, δεν χρειάζεται να κάνει μαστογραφία.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

20) Γνωρίζετε ότι ο τακτικός έλεγχος με μαστογραφία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού;

ΟΧΙ (0) ... ΝΑΙ (1) ...

Παρακάτω οι ερωτήσεις αναφέρονται στο τεστ Παπανικολάου.

59) Κάθε πότε νομίζετε πως χρειάζεται να γίνεται η εξέταση ΠΑΠανικολάου:
Κάθε χρόνο (0)
Κάθε 3 - 5 χρόνια (1)
Κάθε 10 χρόνια (2)
Δεν γνωρίζετε. (9)

60) Πότε νομίζετε πως μια γυναίκα μπορεί με ασφάλεια να σταματήσει να επισκέπτεται το γιατρό της για τεστ ΠΑΠ;
▪ Μετά την εμμηνόπαυση, δηλαδή όταν σταματήσει η περίοδος (0)
▪ Αφού σταματήσει για αρκετά χρόνια να έχει σεξουαλικές σχέσεις (1)
▪ Μετά τα 70 (χρόνια) (2)
▪ Δεν γνωρίζετε. (9)

61) Ποιος είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο συστήνουμε σε μια γυναίκα να κάνει τεστ Παπανικολάου:
▪ Να διαπιστωθεί αν έχει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (0)
▪ Για να γίνει πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (1)
▪ Δεν ξέρετε. (9)

62) Έχετε ποτέ ενημερωθεί από κάποιο επαγγελματία υγείας σχετικά με τον Ιό των Κονδυλωμάτων;
Όχι (0) ⇒ Ερώτηση Νο 65
Ναι (1)
Δεν θυμάστε. (9) ⇒ Ερώτηση Νο 65

64α) Ήταν:
ο Γενικός Γιατρός από το Αγροτικό Ιατρείο ή από το Κέντρο Υγείας (0)
ο Γυναικολόγος (1)
Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4)
ο Κάποιος άλλος γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας (νοσηλεύτρια, κοιν. λειτουργός κλπ) (2)

Δηλαδή, ποιος:.....
Ιδιώτης (1)..... Νοσοκομείο (2)
Κέντρου Υγείας (3)..... Ασφαλιστικού Ταμείου (4) ...
ο Δεν θυμάστε. (9)

63) Τέλος, Θα θέλαμε να δούμε τι γνωρίζετε για τα παρακάτω θέματα:
1) Η εξέταση Παπανικολάου γίνεται για να βρούμε αν υπάρχει κάποιο μικρόβιο που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή.
ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

2) Ποιος ή ποιες από τις παρακάτω καταστάσεις θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

✓ Όταν δεν χρησιμοποιείται το προφυλακτικό
ΟΧΙ(0) ΝΑΙ(1) Δεν ξέρετε. (9)
✓ Όταν η γυναίκα ξεκινά νωρίς τη σεξουαλική της ζωή
ΟΧΙ(0) ΝΑΙ(1) Δεν ξέρετε. (9)
✓ Το κάπνισμα
ΟΧΙ(0) ΝΑΙ(1) Δεν ξέρετε. (9)
✓ Ο μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων
ΟΧΙ(0) ΝΑΙ (1) Δεν ξέρετε. (9)
✓ Άλλο (4) Τι:

3) Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι πάθηση που κυρίως εκδηλώνεται στις γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

4) Δεν είναι απαραίτητο να ελέγχονται με τεστ Παπανικολάου οι γυναίκες που έχουν διακόψει για πολλά χρόνια τις σεξουαλικές τους σχέσεις.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

5) Μετά το σταμάτημα της περιόδου δεν είναι αναγκαίο να γίνεται το τεστ Παπανικολάου τόσο συχνά όσο πριν.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

6) Η χρήση προφυλακτικού προστατεύει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ΣΩΣΤΟ (0) ... ΛΑΘΟΣ (1) ... ΔΕΝ ΞΕΡΕΤΕ. (9)

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Πίνακας 1. Διάκριση των γυναικών με βάση τη συχνότητα χρήσης των εξετάσεων πρόληψης του καρκίνου

	Πρόληψη για καρκίνο τραχήλου		Πρόληψη για καρκίνο μαστού	
Δεν κάνουν πρόληψη (Α)	Ποτέ τεστ ΠΑΠ	Ποτέ κλινική εξέταση μαστών	Ποτέ μαστογραφία	
Ηλικία γυναικών	35-75 ετών	35-39 ετών	40-75 ετών	
Κάνουν πρόληψη ευκαιριακά (Β)	Έστω 1 φορά τεστ ΠΑΠ	Έστω 1 φορά κλινική εξέταση μαστών	Έστω 1 φορά μαστογραφία	
Κάνουν πρόληψη, σύμφωνα με τις οδηγίες (Γ)	≥ 2 τεστ ΠΑΠ στα προηγούμενα 6 έτη και τουλάχιστον 1 φορά μεσα στα τελευταία 3 έτη	Έστω 1 κλινική εξέταση μαστών στα τελευταία 3 έτη	Κλινική εξέταση μαστών στο τελευταίο έτος & 1, 2 ή ≥ 3 μαστογραφίες στα τελευταία 6 έτη για ηλικίες 40, 41 και 42-75 ετών αντίστοιχα	

Πίνακας 2. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος με βάση την ηλικία

Ηλικία N(%)

	N (%)	≤ 55 ετών	>55 ετών	P
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	32 (26,7)	1 (2,3)	31 (40,8)	
Δημοτικό	73 (60,8)	29 (65,9)	44 (57,9)	
Β΄βάθμια ή Γ΄βάθμια εκπ/ση	15 (12,5)	14 (31,8)	1(1,3)	< 0,001
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμες-Χήρες	16 (13,3)	2 (4,5)	14 (18,4)	
Έγγαμες	104 (86,7)	42 (95,5)	62 (81,6)	0,030
Απασχόληση				
Δεν έχουν εργαστεί ποτέ	57 (47,5)	25 (56,8)	32 (42,1)	
Εργαζόμενες ή Συνταξιούχοι	63 (52,5)	19 (43,2)	44 (57,9)	0,120
Απασχολούνται/ έχουν απασχοληθεί ως αγρότισσες	43 (68,3)	6 (31,6)	37 (84,1)	<0,001
Έχουν επιπρόσθετο εισόδημα (επιδόματα κ.α.)	61 (50,8)	32 (72,7)	29 (38,2)	<0,001
Ασφάλιση				
ΟΓΑ	104 (86,7)	35 (79,5)	69 (90,8)	0,081
Άλλο	16 (13,3)	9 (20,5)	7 (9,2)	<0,001

Πίνακας 3. Αυτοαναφερόμενη υγεία και Χρήση υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες του δείγματος με βάση την ηλικία

	Ηλικία N(%)			P
	N (%)	≤ 55 ετών	>55 ετών	
Αυτοαναφερόμενη Υγεία				
Πολύ καλή/καλή	38 (31,7)	23 (52,3)	15 (19,7)	
Μέτρια	65 (54,2)	18 (40,9)	47 (61,8)	
Κακή/ Πολύ κακή	17 (14,2)	3 (6,8)	14 (18,4)	<0,001
Έχουν επισκεφθεί γιατρό για οποιοδήποτε σύμπτωμα στο τελευταίο 6μηνο	73 (60,8)	26 (68,4)	47 (68,1)	0,974
Έχουν επισκεφτεί την ΠΦΥ για:				
Επείγοντα	43 (35,8)	17 (38,6)	26 (34,2)	0,626
Πρόληψη στο τελευταίο έτος	46 (38,3)	13 (29,5)	33 (43,4)	0,132
Χρόνιο Νόσημα	62 (51,7)	16 (36,4)	46 (60,5)	0,011
Συμπτώματα στο τελευταίο 6μηνο	30 (25,0)	6 (13,6)	24 (31,6)	0,029
Συνταγογραφία	85 (70,8)	21(47,7)	64 (84,2)	<0,001
Έχουν γιατρό με τον οποίο μπορούν να επικοινωνούν συστηματικά	75 (62,5)	28 (63,6)	47 (61,8)	0,845
Αυτός ο γιατρός είναι Γενικός Ιατρός	44 (58,7*)	14 (50,0)	30 (63,8)	0,239

Πίνακας 4. Συχνότητα και Λόγοι υποβολής σε εξέταση Παπανικολάου σε σχέση με την ηλικία (n=120)

	≤55 ετών N (%)	>55 ετών N (%)	Σύνολο N(%)	P
Έχουν εξεταστεί έστω 1 φορά	39 (88,6)	49 (55,7)	88 (73,3)	0,004
Εξετάστηκαν μέσα στα προηγούμενα 3 έτη	33 (75,0)	26 (34,2)	59 (49,2)	<0,001
Έχουν εξεταστεί σύμφωνα με τις οδηγίες	31 (70,5)	18 (23,7)	49 (40,8)	<0,001
Για το τελευταίο τεστ παρακινήθηκε από:				
Επαγγελματία υγείας	11 (28,2)	22 (46,8)	33 (38,4)	
Άλλους (φίλους, συγγενείς κ.λπ.)	28 (71,8)	25 (53,2)	53 (61,6)	0,077
Τομέας απασχόλησης του γιατρού που παρέπεμψε:				
ΠΦΥ	1 (9,1)	2 (9,1)	3 (9,1)	
Άλλο (Νοσοκομείο, Ιδιωτικό Ιατρείο)	10 (90,9)	20 (90,9)	30 (90,9)	1,000
Τομέας απασχόλησης του γιατρού που έκανε την τελευταία εξέταση				
ΠΦΥ	4 (10,3)	5 (10,2)	9 (10,2)	
Άλλο (Νοσοκομείο, Ιδιωτικό Ιατρείο)	35 (89,7)	44 (89,8)	79 (89,8)	0,994
Λόγος που έγινε το πιο πρόσφατο τεστ ΠΑΠ				
Πρόληψη	33 (84,6)	36 (73,5)	69 (78,4)	
Διαγνωστικοί ή άλλοι λόγοι	6 (15,4)	13 (26,5)	19 (21,6)	0,207
Λόγος για τον οποίο δεν έκαναν ποτέ/κατά τα τελευταία 3 έτη τεστ ΠΑΠ				
Απουσία συμπτωμάτων	5 (45,5)	28 (56,0)	33 (54,1)	
Άλλος λόγος	6 (54,5)	22 (44,0)	28 (45,9)	0,525
Παραπέμφθηκαν από γιατρό για τεστ ΠΑΠ μέσα στο τελευταίο έτος	8 (18,2)	5 (6,6)	13 (10,8)	0,049

Πίνακας 5. Ερωτηματολόγιο γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου – Οι απαντήσεις των γυναικών με βάση την ηλικία

Ερωτήσεις γνώσεων	Σωστές απαντήσεις N (%)			
	≤ 55 ετών	> 55 ετών	N (%)	P
Screening				
Απαντούν ότι το τεστ ΠΑΠ πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο. (Σ)	43 (97,7)	54 (72,0)	97 (81,5)	<0,001
Απαντούν ότι οι γυναίκες μπορούν να διακόψουν τον έλεγχο με τεστ ΠΑΠ, μετά την ηλικία των 70 ετών. (Σ)	32 (72,7)	30 (40,0)	62 (52,1)	0,001
Απαντούν ότι το τεστ ΠΑΠ συστήνεται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Σ)	39 (88,6)	45 (60,0)	84 (70,6)	0,001
Έχουν ενημερωθεί από γιατρό για τον ιό HPV. (Σ)	2 (4,5)	3 (4,0)	5 (4,2)	0,886
Το τεστ ΠΑΠ γίνεται για την ανίχνευση κάποιας λοίμωξης, π.χ. από μύκητες (Λ)	18 (40,9)	9 (12,0)	27 (22,7)	<0,001
Παράγοντες κινδύνου				
Η μη χρήση προφυλακτικού (Σ)	12 (27,3)	17 (22,7)	29 (24,4)	0,572
Έναρξη σεξ. επαφών σε μικρή ηλικία (Σ)	22 (50,0)	38 (50,7)	60 (50,4)	0,944
Το κάπνισμα (Σ)	29 (65,9)	54 (72,0)	83 (69,7)	0,485
Οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι (Σ)	33 (75,0)	50 (66,7)	83 (69,7)	0,339
Μύθοι				
Ο καρκίνος του τραχήλου είναι κύρια κληρονομική νόσος (Λ)	18 (40,9)	13 (17,3)	31 (26,1)	0,005
Δεν χρειάζεται να κάνουν τεστ ΠΑΠ οι γυναίκες που έχουν διακόψει για αρκετά χρόνια τις σεξουαλικές σχέσεις (Λ)	34 (77,3)	28 (37,3)	62 (52,1)	<0,001
Μετά την εμμηνόπαυση, δεν χρειάζεται να γίνεται το τεστ ΠΑΠ τόσο συχνά όσο πριν (Λ)	38 (86,4)	31 (41,3)	69 (58,0)	<0,001
Η χρήση του προφυλακτικού μπορεί να προστατέψει από τον καρκίνο του τραχήλου (Σ)	14 (31,8)	24 (32,0)	38 (31,9)	0,984

Σ= Σωστό, Λ= Λάθος

Πίνακας 6. Αδρού Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σε σχέση με δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

	Χρήση του τεστ ΠΑΠ σύμφωνα με τις οδηγίες (Ορθή Πρόληψη)				Χρήση του τεστ ΠΑΠ (Ευκαιριακή Πρόληψη)			
	Όχι	Ναι	OR	P	Όχι	Ναι	OR	P
Ηλικία								
≤55 ετών	13 (29,5)	31 (70,5)			5 (11,4)	39 (88,6)		
>55 ετών	58 (76,3)	18 (23,7)	0,13 [0,06-0,30]	<0,001	27 (35,5)	49 (64,5)	0,23 [0,08-0,66]	0,006
Απόσταση από Κέντρο Υγείας								
Μακριά	35 (55,6)	28 (44,4)			16 (25,4)	47 (74,6)		
Κοντά	36 (63,2)	21 (36,8)	0,73 [0,35-1,52]	0,398	16 (28,1)	41(71,9)	0,87 [0,39-1,96]	0,741
Επίπεδο Εκπαίδευσης								
Μερικές Τάξεις του Δημοτικού	25 (78,1)	7 (21,9)			16 (50)	16 (50)		
Δημοτικό	43 (58,9)	30 (41,1)	2,49 [0,96-6,50]	0,062	15 (20,5)	58 (79,5)	3,87 [1,58-9,47]	0,003
Β'βάθμια ή Γ'βάθμια Εκπαίδευση	3 (20,0)	12 (80,0)	14,29 [3,13-65,16]	<0,001	1(6,7)	14 (93,3)	14,00[1,64-119,4]	0,016
Οικογενειακή Κατάσταση								
Έγγαμος	57 (54,8)	47 (45,2)	5,77 [1,25-26,29]	0,025	23 (22,1)	81 (77,9)	4,53 [1,52-13,48]	0,007
Έχουν παιδιά	64 (56,6)	49 (43,4)	Δεν μετρήθηκε		27 (23,9)	86 (76,1)	7,96 [1,46-43,41]	0,016
Απασχόληση								
Εργαζόμενες	14 (43,8)	18 (56,3)			5 (16,6)	27 (84,4)		
Συνταξιούχοι	25 (80,6)	6 (19,4)	0,19 [0,06-0,58]	0,004	13 (41,9)	18 (58,1)	0,26 [0,08-0,84]	0,025
Δεν εργάστηκαν ποτέ	32 (56,1)	25 (43,9)	0,61 [0,25-1,45]	0,263	14 (24,6)	43 (75,4)	0,57 [0,18-1,76]	0,327
Έχουν επιπρόσθετα εισοδήματα	31 (50,8)	30 (49,2)	2,03 [0,97-4,27]	0,060	12 (19,7)	49 (80,3)	2,09 [0,91-4,80]	0,081
Οικονομική Κατάσταση								
Χωρίς ατομικό εισόδημα	9 (52,9)	8 (47,1)			3 (17,6)	14 (82,4)		
Περιορισμένο ατομικό εισόδημα	52 (60,5)	34 (39,5)	0,74 [0,26-2,09]	0,565	21(24,4)	65 (75,6)	0,66 [0,17-2,53]	0,548
Οικονομικά ανεξάρτητες	10 (58,8)	7 (41,2)	0,79 [0,20-3,06]	0,730	8 (47,1))	9 (52,9)	0,24 [0,05-1,16]	0,076
Ασφάλιση στον ΟΓΑ	63 (60,6)	41(39,4)	0,65 [0,23-1,87]	0,425	26 (25,0)	78 (75,0)	1,80 [0,60-5,44]	0,30

Πίνακας 7. Αδρόι Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σε σχέση με την Αυτοαναφερόμενη υγεία, τις Γνώσεις και τη Χρήση των υπηρεσιών υγείας

	Τεστ ΠΑΠ σύμφωνα με τις οδηγίες (Ορθή Πρόληψη)				Τεστ ΠΑΠ έστω 1 φορά (Ευκαιριακή Πρόληψη)			
	Όχι	Ναι	OR	P	Όχι	Ναι	OR	P
Αυτοαναφερόμενη υγεία								
Πολύ καλή/ καλή	18 (47,4)	20 (52,6)			14 (36,8)	24 (63,2)		
Μέτρια	42 (64,6)	23 (35,4)	0,49 [0,22-1,11]	0,089	15 (32,1)	50 (76,9)	1,94 [0,81-4,67]	0,137
Κακή/ Πολύ κακή	11 (64,7)	6 (35,3)	0,49 [0,15-1,60]	0,238	3 (17,6)	14 (82,4)	2,72 [0,66-11,16]	0,164
Έχουν ποτέ εξεταστεί για								
Κάποιο χρόνια νόσημα	58 (60,4)	38 (39,6)	0,55 [0,16-1,92]	0,345	23 (24,0)	73 (76,0)	1,81 [0,49-6,75]	0,375
Έχουν εξεταστεί από γιατρό για κάποιο σύμπτωμα στο τελευταίο 6μηνο	38 (52,1)	35 (47,9)	2,21 [0,93-5,27]	0,074	11(15,1)	62 (84,9)	4,45 [1,75-11,31]	0,002
Είχαν ποτέ κάποια γυναικολογική πάθηση	11 (42,3)	15 (57,7)	2,41 [0,99-5,83]	0,052	3 (11,5)	23 (88,5)	3,42 [0,95-12,31]	0,060
Είχαν ποτέ κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα	2 (18,2)	9 (81,8)	7,76 [1,60-37,72]	0,011	0	11 (100,0)	Δεν μετρήθηκε	
Είχαν ποτέ συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα	26 (41,3)	37 (58,7)	5,34 [2,37-12,00]	<0,001	6 (9,5)	57 (90,5)	7,968[2,96-21,43]	<0,001
Είχαν ποτέ συμπτώματα από τους μαστούς	9 (40,9)	13 (59,1)	2,49 [0,97-6,39]	0,058	3 (13,6)	19 (86,4)	2,66 [0,73-9,69]	0,138
Για επείγοντα περιστατικά, επισκέπτονται κυρίως:								
ΠΦΥ	29 (67,4)	14 (32,6)	0,58 [0,27-1,26]	0,170	16 (37,2)	27 (62,8)	0,44 [0,019-1,01]	0,054
Έχουν ποτέ επισκεφθεί την ΠΦΥ για:								
Πρόληψη στο τελευταίο έτος	29 (63,0)	17 (37,0)	0,77 [0,36-1,64]	0,496	9 (19,6)	37 (80,4)	1,85 [0,77-4,47]	0,169
Χρόνιο νόσημα	41 (66,1)	21 (33,9)	0,55 [0,26-1,15]	0,110	12 (19,4)	50 (80,6)	2,19 [0,96-5,03]	0,064
Συμπτώματα στο τελευταίο 6μηνο	20 (66,7)	10 (33,3)	0,65 [0,28-1,56]	0,336	4 (13,3)	26 (86,7)	2,93 [0,94-9,21]	0,065
Συνταγογραφία	55 (64,7)	30 (35,3)	0,46 [0,21-1,02]	0,057	23 (27,1)	62 (72,9)	0,93 [0,38-2,29]	0,880
Έχουν γιατρό με τον οποίο μπορούν να επικοινωνούν συστηματικά	44 (58,7)	31(41,3)	1,06 [0,50-2,24]	0,886	17 (22,7)	58 (77,3)	1,71 [0,75-3,88]	0,203
Ο γιατρός αυτός είναι Γενικός Γιατρός	28 (63,6)	16 (36,4)	0,61 [0,24-1,55]	0,299	9 (20,5)	35 (79,5)	1,35 [0,46-4,02]	0,586
Επαγγελματίας υγείας που έκανε την τελευταία εξέταση ΠΑΠ								
Επαγγελματίας στην ΠΦΥ	4 (44,4)	5(55,6)	0,99 [0,25-3,98]	0,99	Δεν μετρήθηκε			
Έχουν ενημερωθεί από γιατρό σχετικά με τον ιό HPV	1 (20,0)	4 (80,0)	6,13 [0,66-56,66]	0,110	Δεν μετρήθηκε			
Δέχθηκαν σύσταση από γιατρό για γυναικ/κη εξέταση ή τεστ ΠΑΠ μέσα στο τελευταίο έτος	5(38,5)	8 (61,5)	2,58 [0,79-8,41]	0,117	2 (15,4)	11(84,6)	2,14 [0,45-10,24]	0,340
Βαθμολογία γνώσεων για την πρόληψη καρκίνου του τραχήλου	4,96+2,80	6,31±1,96	1,25 [1,07-1,47]	0,006	3,68+2,71	6,16±2,19	1,51 [1,25-1,83]	<0,001
(μέσος όρος βαθμολογίας ±SD)								

Πίνακας 8. Σταθμισμένοι Σχετικοί Λόγοι (Adjusted ORs) για τη χρήση του τεστ ΠΑΠ σε σχέση με τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά πρόληψης

Προγνωστικοί παράγοντες για την ευκαιριακή πρόληψη με τεστ ΠΑΠ	OR [95% CI]	P
Ηλικία: >55 ετών	0,13 [0,02 – 0,88]	0,037
Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος	6,97 [1,00 – 48,47]	0,050
Αυτοαναφερόμενη υγεία: Μέτρια	9,25 [1,52 – 56,31]	0,016
Αυτοαναφερόμενη υγεία: Κακή	10,87 [1,12- 105,53]	0,040
Είχαν εξεταστεί από γιατρό για οποιοδήποτε σύμπτωμα μέσα στους προηγούμενους 6 μήνες	5,13 [1,38- 19,09]	0,015
Ατομικό αναμνηστικό με συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα	3,46 [1,01 – 11,88]	0,048
Βαθμολογία >μέσο όρο σε ερωτήσεις γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου	1,49 [1,09 – 2,02]	0,012
Προγνωστικοί παράγοντες για πρόληψη με τεστ ΠΑΠ σύμφωνα με τις οδηγίες	OR [95% CI]	P
Ηλικία: >55 ετών	0,13 [0,05 – 0,40]	<0,001
Ατομικό αναμνηστικό με συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα	11,27 [3,35 – 37,97]	<0,001
Έχουν ενημερωθεί από γιατρό για τον ιό HPV	14,24 [1,25 – 162,60]	0,033
Έχουν επισκεφθεί την ΠΦΥ για την παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος	0,30 [0,10 – 0,92]	0,035

Πίνακας 9. Συγκριότητα και λόγοι υποβολής σε Κλινική Εξέταση Μαστών σε σχέση με την ηλικία (n=120)

	≤55 ετών N (%)	>55 ετών N (%)	Σύνολο N(%)	P
Έχουν εξεταστεί έστω 1 φορά	30 (68,2)	37 (48,7)	67 (55,8)	0,038
Έχουν εξεταστεί σύμφωνα με τις οδηγίες	18 (40,9)	3 (3,9)	21 (17,5)	< 0,001
Εξετάστηκαν μέσα στο προηγούμενο έτος	16 (36,4)	3 (3,9)	19 (15,8)	< 0,001
Ειδικότητα του γιατρού που έκανε την πιο πρόσφατη εξέταση				
Γενικός Ιατρός στην ΠΦΥ	1 (3,8)	2 (10,0)	3 (6,5)	
Γυναικολόγος/ άλλη ειδικότητα	25 (96,2)	18 (90,0)	43 (93,5)	0,402
Τομέας απασχόλησης του γιατρού που έκανε την πιο πρόσφατη εξέταση				
ΠΦΥ	2 (7,4)	2 (6,9)	4 (7,1)	
Άλλο (Νοσοκομείο, Ιδιωτικό Ιατρείο)	25 (92,6)	27 (93,1)	52 (92,9)	0,941
Λόγος που έγινε η πιο πρόσφατη εξέταση				
Πρόληψη	21 (70,0)	12 (32,4)	33 (49,3)	
Διαγνωστικοί ή άλλοι λόγοι	9 (30,0)	25 (67,6)	34 (50,7)	0,002
Παραπέμφθηκαν από γιατρό για κλινική εξέταση μαστών μέσα στο τελευταίο έτος	7 (15,9)	3 (3,9)	10 (8,3)	0,022 (F< 0,036)

Πίνακας 10. Συχνότητα και λόγοι υποβολής σε Μαστογραφία σε σχέση με την ηλικία

	≤ 55 ετών N(%)	> 55 ετών N(%)	Σύνολο N (%)	P
Έχουν εξεταστεί έστω μία φορά (n=120)	25 (56,8)	35 (46,1)	60 (50,0)	0,256
Έχουν εξεταστεί σύμφωνα με τις οδηγίες (n=108)*	7 (21,9)	7 (9,2)	14 (13,0)	0,074
Ηλικία 1^{ης} Μαστογραφίας: ≤ 40 ετών (n=120)	16 (66,7)	8 (25,8)	24 (43,6)	0,002
Εξετάστηκαν μέσα στο προηγούμενο έτος (n=108)*	13 (40,6)	12 (15,8)	25 (23,1)	0,005
Για την τελευταία μαστογραφία παρακινήθηκαν από (n=60)				
Επαγγελματία Υγείας	12 (48,0)	20 (57,1)	32 (53,3)	
Άλλους (φίλους, συγγενείς κ.λ.π.)	13 (52,0)	15 (42,9)	28 (46,7)	0,484
Ειδικότητα του γιατρού που παρέπεμψε για την τελευταία μαστογραφία (n=25)				
Γενικός γιατρός ΠΦΥ	1 (8,3)	2 (15,4)	3 (12,0)	
Γυναικολόγος/ άλλη ειδικότητα	11 (91,7)	11 (84,6)	22 (88,0)	0,588
Λόγος που έγινε η πιο πρόσφατη μαστογραφία (n=60)				
Πρόληψη	19 (76,0)	18 (51,4)	37 (61,7)	
Διαγνωστικοί ή άλλοι λόγοι	6 (24,0)	17 (48,6)	23 (38,3)	0,054
Παραπέμφθηκαν από γιατρό για μαστογραφία μέσα στο τελευταίο έτος (n=120)	9 (20,5)	4 (5,3)	13 (10,8)	0,010 (F<0,014)
Λόγος για τους οποίους δεν έκαναν ποτέ/κατά τα τελευταία 2 έτη μαστογραφία (n=108)*				
Απουσία συμπτωμάτων	9 (56,2)	35 (60,3)	44 (59,5)	
Άλλοι λόγοι	7 (43,8)	23 (39,7)	30 (40,5)	0,768

* Απαντώνται από γυναίκες ≥40 ετών

Πίνακας 11. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού– Οι απαντήσεις των γυναικών με βάση την ηλικία

Ερωτήσεις Γνώσεων	Σωστές απαντήσεις N (%)			
	≤ 55 ετών	> 55 ετών	N (%)	P
Screening				
Γνωρίζουν πώς γίνεται η αυτοεξέταση μαστών (Σ)	41 (93,2)	53 (69,7)	94 (78,3)	0,003
Απαντούν ότι οι έλεγχοι με μαστογραφία πρέπει να ξεκινούν στην ηλικία των 40 ετών. (Σ)	18 (40,9)	12 (15,8)	30 (25,0)	0,002
Απαντούν ότι μετά την ηλικία των 50 ετών, η μαστογραφία πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο. (Σ)	35 (79,5)	38 (50,0)	73 (60,8)	0,001
Άμα η γυναίκα είναι υγιής, δεν χρειάζεται να κάνει μαστογραφία. (Λ)	37 (84,1)	40 (53,3)	77 (64,7)	0,001
Επίπτωση καρκίνου μαστού				
Γνωρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερα εμφανιζόμενος καρκίνος στις γυναίκες (Σ)	40 (90,9)	69 (92,0)	109 (91,6)	0,836
Γνωρίζουν ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα έχουν μικρότερο κίνδυνο σε σχέση με τις γυναίκες στις ΗΠΑ ή στη Β. Ευρώπη (Σ)	5 (11,4)	23 (30,7)	28 (23,5)	0,017
Γνωρίζουν ότι μία στις 12 γυναίκες στην Ελλάδα θα αναπτύξει καρκίνο μαστού κάποτε στη ζωή της (Σ)	30 (68,2)	33 (44,0)	63 (52,9)	0,011
Παράγοντες κινδύνου				
Οι γυναίκες >70 ετών σπάνια εμφανίζουν καρκίνο μαστού (Λ)	1 (2,3)	6 (8,0)	7 (5,9)	0,200
Οι γυναίκες που γεννούν το πρώτο παιδί πριν την ηλικία των 30 ετών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με εκείνες που γεννούν το πρώτο παιδί μετά τα 30 (Λ)	17 (38,6)	13 (17,3)	30 (25,2)	0,010
Μερικοί τύποι ινοκυστικής μαστοπάθειας αυξάνουν για μια γυναίκα τον κίνδυνο για καρκίνο μαστού. (Σ)	17 (38,6)	22 (29,3)	39 (32,8)	0,297
Σε κάποιες γυναίκες η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού (Σ)	14 (31,8)	40 (50,3)	54 (45,4)	0,023
Ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε γυναίκες 65 ετών παρά σε γυναίκες 40 ετών (Σ)	6 (13,6)	13 (17,3)	19 (16,0)	0,595
Μύθοι				
Οι γυναίκες χωρίς παράγοντες κινδύνου σπάνια εμφανίζουν καρκίνο του μαστού (Λ)	10 (22,7)	8 (10,5)	18 (15,0)	0,071
Η συνεχής ενόχληση από ένα σφιχτό στήθος μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού (Λ)	8 (18,2)	5 (6,7)	13 (10,9)	0,052
Ένα δυνατό χτύπημα στο στήθος μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Λ)	4 (9,1)	4 (5,3)	8 (6,7)	0,429
Οι περισσότεροι όγκοι του μαστού είναι καρκινικοί (Λ)	14 (31,8)	16 (21,3)	30 (25,2)	0,204
Οι γυναίκες που έχουν γεννήσει και θηλάσει πολλά παιδιά δεν κινδυνεύουν από καρκίνο του μαστού (Λ)	6 (13,6)	3 (4,0)	9 (7,6)	0,055
Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος του μαστού είναι κληρονομική νόσος (Λ)	10 (22,7)	9 (12,0)	19 (16,0)	0,123
Οφέλη από τον τακτικό έλεγχο με μαστογραφία				
Γνωρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς μαστεκτομή, εφ' όσον ανιχνευθεί έγκαιρα. (Σ)	36 (81,8)	52 (69,3)	88 (73,9)	0,134
Γνωρίζουν ότι οι γυναίκες στις οποίες ο καρκίνος διαγνώστηκε νωρίς, είναι πιθανό να ζήσουν ένα φυσιολογικό εύρος ζωής. (Σ)	44 (100,0)	64 (85,3)	108 (90,8)	0,008
Γνωρίζουν ότι ο τακτικός έλεγχος με μαστογραφία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο μαστού. (Σ)	41 (93,2)	61 (81,3)	102 (85,7)	0,075
Όταν η γυναίκα αισθανθεί ένα καρκινικό όγκο στο στήθος, είναι πολύ αργά για αποτελεσματική αντιμετώπιση (Λ)	24 (54,5)	23 (30,7)	47 (39,5)	0,010

Σ= Σωστό, Λ= Λάθος

Πίνακας 12. Αδρόι Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού σε σχέση με τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά και την Κατάσταση υγείας

	Screening σύμφωνα με τις οδηγίες (Ορθή Πρόληψη)				Screening έστω 1 φορά (Ευκαιριακή Πρόληψη)			
	Όχι	Ναι	ORs	P	Όχι	Ναι	ORs	P
Ηλικία								
≤ 55 ετών	31 (70,5)	13 (29,5)	1,0	< 0,001	14 (31,8)	30 (68,2)	0,40 [0,18-0,87]	0,019
> 55 ετών	74 (97,4)	2 (2,6)	0,065 [0,01 – 0,30]		41 (53,9)	35 (46,1)		
Κύρια απασχόληση								
Αγρότισσα	41 (93,2)	3 (6,8)	1,0	0,312	25 (56,8)	19 (43,2)	1,0	0,183
Άλλη απασχόληση	17 (81,0)	4 (19,0)	3,22 (0,65-15,9)		8 (38,1)	13 (61,9)	2,14 (0,74-6,20)	
Οικιακά	47 (85,5)	8 (14,5)	2,33 (0,58-9,35)		22 (40,0)	33 (60,0)	1,97 (0,88-4,41)	
Επίπεδο εκπαίδευσης								
Δημοτικό σχολείο	95 (90,5)	10 (9,5)	1,0	0,009	52 (49,5)	53 (50,5)	1,0	0,032
Β'βάθμια /Γ'βάθμια εκπ/ση	10(66,7)	5 (33,3)	4,75 [1,35 – 16,67]		3 (20,0)	12 (80,0)	3,92 [1,05-14,72]	
Οικογενειακή κατάσταση								
Άγαμες/Χήρες	16 (100,0)	0		0,104	11 (68,8)	5 (31,2)	1,0	0,048
Έγγαμες	89 (85,6)	15 (14,4)	RR*=1,17 [1,08-1,26]		44 (42,3)	60 (57,7)	RR=3,00 [0,97-9,25]	
Οικονομική Κατάσταση								
Χωρίς ατομικό εισόδημα	14 (82,4)	3 (17,6)	1,0	0,787	3 (17,6)	14 (82,4)	1,0	0,032
Περιορισμένο ατομικό εισόδημα	76 (88,4)	10 (11,6)	0,61 (0,15-2,52)		42 (48,8)	44 (51,2)	0,22 (0,06-0,84)	
Οικονομικά ανεξάρτητη	15 (88,2)	2 (11,8)	0,62 (0,09-4,29)		10 (58,8)	7 (41,2)	0,15 (0,03-0,73)	
Αυτοαναφερόμενη υγεία								
Πολύ καλή/ καλή	30 (78,9)	8 (21,1)	1,0	0,145	14 (36,8)	24 (63,2)	1,0	0,065
Μέτρια	59 (90,8)	6 (9,2)	0,38 (0,12-1,20)		36 (55,4)	29 (44,6)	0,47 (0,21-1,07)	
Κακή/ πολύ κακή	16 (94,1)	1 (5,9)	0,23 (0,03-2,04)		5 (29,4)	12 (70,6)	1,40 (0,41-4,81)	
Περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες εξ αιτίας προβλημάτων υγείας								
Πάσχουν από χρόνιο/α νόσημα/τα	94 (87,9)	13 (12,1)	0,76 [0,15-3,82]	0,739	48 (44,9)	59 (55,1)	1,43 [0,45-4,55]	0,539
Ιστορικό με συμπτώματα από τους μαστούς	14 (63,6)	8 (36,4)	7,43 [2,33-23,70]	<0,001	2 (9,1)	20 (90,9)	11,78 [2,61-53,15]	<0,001
Συγγενής 1 ^{ου} /2 ^{ου} βαθμού με καρκίνο μαστού ή ωοθηκών	17 (89,5)	2 (10,5)	0,80 [0,16-3,85]	0,777	11 (57,9)	8 (42,1)	0,56 [0,21-1,51]	0,250

* RR= Relative Risk (σχετικός κίνδυνος)

Πίνακας 13. Αδρού Σχετικοί Λόγοι (Crude ORs) για τις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις Γνώσεις και τη Χρήση των υπηρεσιών υγείας

	Screening σύμφωνα με τις οδηγίες (Ορθή Πρόληψη)				Screening έστω 1 φορά (Ευκαιριακή Πρόληψη)			
	Όχι	Ναι	ORs	P	Όχι	Ναι	ORs	P
Έχουν επισκεφθεί γιατρό για οποιοδήποτε σύμπτωμα το τελευταίο 6μηνο (n=107)	62 (84,9)	11 (15,1)	2,84 [0,59-13,59]	0,176	27 (37,0)	46 (63,0)	2,16 [0,94-4,94]	0,066
Για επείγοντα επισκέπτονται κυρίως την ΠΦΥ	38 (86,4)	6 (13,6)	0,85 [0,28-2,57]	0,775	24 (54,5)	20 (45,5)	1,74 [0,82-3,69]	0,145
Έχουν επισκεφθεί την ΠΦΥ για:								
Χρόνιο νόσημα	56 (90,3)	6 (9,7)	0,58 [0,19-1,76]	0,334	25 (40,3)	37 (59,7)	1,59 [0,77-3,27]	0,210
Συμπτώματα στο τελευταίο 6μηνο	29 (96,7)	1 (3,3)	0,19 [0,02-1,49]	0,080	12 (40,0)	18 (60,0)	1,37 [0,59-3,18]	0,459
Επαναλαμβανόμενη Συνταγογραφία	78 (91,8)	7 (8,2)	0,30 [0,10-0,91]	0,028	42 (49,4)	43 (50,6)	0,61 [0,27-1,36]	0,220
Πρόληψη στο τελευταίο έτος	41 (89,1)	5 (10,9)	0,78 [0,25-2,45]	0,670	20 (43,5)	26 (56,5)	1,17 [0,56-2,45]	0,683
>1 επισκέψεις για πρόληψη στο τελευταίο έτος (n=45)	15 (93,8)	1 (6,3)	0,43 [0,04-4,24]	0,462	7 (43,8)	9 (56,3)	0,98 [0,29-3,34]	0,978
Έχουν γιατρό με τον οποίο μπορούν να επικοινωνούν συστηματικά	64 (85,3)	11 (14,7)	1,76 [0,53-5,90]	0,354	33 (44,0)	42 (56,0)	1,22 [0,58-2,55]	0,603
Αυτός ο γιατρός είναι Γενικός Ιατρός ΠΦΥ (n=75)	38 (82,6)	8 (17,4)	0,55 [0,13-2,26]	0,401	21 (45,7)	25 (54,3)	1,19 [0,47-3,04]	0,717
Δέχθηκαν σύσταση για μαστογραφία μέσα στο τελευταίο έτος	8 (61,5)	5 (38,5)	6,06 [1,66-22,09]	0,003	4 (30,8)	9 (69,2)	2,05 [0,59-7,06]	0,248
Έχουν ερωτηθεί από γιατρό σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο μαστού	18 (64,3)	10 (35,7)	9,67 [2,95-31,70]	<0,001	5 (17,9)	23 (82,1)	5,48 [1,92-15,66]	0,001
Έχουν διδαχθεί από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας την αυτοεξέταση μαστού	44 (77,2)	13 (22,8)	8,86 [1,90-41,30]	0,001	12 (21,1)	45 (78,9)	7,87 [3,43-18,06]	<0,001
Βαθμολογία γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (mean ± SD)	8,55±3,30	11,13±1,96	1,39 (1,10-1,76)	0,006	7,27±3,34	10,23±2,55	1,42 (1,21-1,66)	<0,001

* RR= Relative Risk (σχετικός κίνδυνος)

Πίνακας 14. Σταθμισμένοι Σχετικοί Λόγοι (Adjusted ORs) για τις πρακτικές πρόληψης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά πρόληψης

Προγνωστικοί παράγοντες για ευκαιριακή πρόληψη καρκίνου του μαστού	OR [95% CI]	P
Έχουν ατομικό εισόδημα/ Είναι οικονομικά ανεξάρτητες	0,11 [0,02-0,54]	0,006
Ιστορικό με συμπτώματα από τους μαστούς	6,10 [0,92-40,50]	0,061
Έχουν ερωτηθεί από γιατρό σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού	3,35 [0,90-12,49]	0,072
Έχουν διδαχθεί από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας την αυτοεξέταση μαστού	5,90 [2,19-15,88]	< 0,001
Βαθμολογία >μέσο όρο σε ερωτήσεις γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού	1,44 [1,18-1,76]	< 0,001
Προγνωστικοί παράγοντες για πρόληψη καρκίνου του μαστού σύμφωνα με τις οδηγίες	OR [95% CI]	P
Ηλικία >55 ετών	0,05 [0,01 – 0,31]	0,001
Έχουν ερωτηθεί από γιατρό σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού	8,02 [1,92 – 33,51]	0,004
Έχουν διδαχθεί από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας την αυτοεξέταση μαστού	7,69 [1,36- 43,49]	0,021

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hiatt RA, Rimer BK. A new strategy for cancer control research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1999 Nov;8(11):957-64.
2. World Health Organization - Media centre. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 2003 [cited 2004]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>.
3. National Institutes of Health (U.S.). The NCI strategic plan for leading the nation to eliminate the suffering and death due to cancer. Washington, D.C.?: National Cancer Institute, U.S. Department of Health and Human Services; 2006.
4. Campbell NC, MacLeod U, Weller D. Primary care oncology: essential if high quality cancer care is to be achieved for all. *Fam Pract.* 2002 Dec;19(6):577-8.
5. Mitchell GK. The role of general practice in cancer care. *Aust Fam Physician.* 2008 Sep;37(9):698-702.
6. WONCA Europe. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. WONCA Europe; 2005 [cited 2009 15/10/2009]; A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf>.
7. American Academy of Family Physician. AAFP Core Educational Guidelines. *Am Fam Physician.* 2000 Oct 1;62(7):1712.
8. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. 2010 [cited 2010 09/05/10]; Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.
9. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res.* 2004;6(6):229-39.
10. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control : a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Strengthening cervical cancer prevention in Europe : meeting of policy-makers and programme managers, Copenhagen, Denmark, 29-31 May 2007. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
12. American Cancer Society. Human Papilloma Virus (HPV), Cancer, and HPV Vaccines – Frequently Asked Questions. 2009 [cited 2007 10/07/07]; Cancer Reference Information]. Available from: http://www.cancer.org/docroot/cric/content/cric_2_6x_faq_hpv_vaccines.asp.
13. World Health Organization. Screening and early detection of cancer. 2010 [cited 2010 15/10/2010]; Programmes and projects, Cancer]. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/en/index.html>.
14. World Health Organization. Cytology screening. 2010 [cited 2010 15/05/10]; Programmes and projects. Cancer]. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/index.html>.
15. NHS Cancer Screening Programmes. Breast and cervical screening: The first 20 years. 2007 [cited 2008 16/05/08]; Available from: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/nhscsp-20years.pdf>.
16. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008: Atlanta: American Cancer Society, Inc.; 2007. Available from: <http://www.cancer.org/downloads/stt/bcff-final.pdf>.

17. Das B, Feuer EJ, Mariotto A. Geographic association between mammography use and mortality reduction in the US. *Cancer Causes Control*. 2005 Aug;16(6):691-9.
18. Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(4):CD001877.
19. Partridge AH, Winer EP. On mammography--more agreement than disagreement. *N Engl J Med*. 2009 Dec 24;361(26):2499-501.
20. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, de Koning HJ, Draisma G, et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med*. 2009 Nov 17;151(10):738-47.
21. Tabar L, Vitak B, Yen MF, Chen HH, Smith RA, Duffy SW. Number needed to screen: lives saved over 20 years of follow-up in mammographic screening. *J Med Screen*. 2004;11(3):126-9.
22. Centers for Disease Control and Prevention. National breasts and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP). 2010 [cited 2010 10/05/2010]; Available from: <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm>.
23. Reuters. FACTBOX-Breast cancer screening policies in Europe and U.S. 2010 [cited 2010 10/05/2010]; Available from: <http://www.reuters.com/article/idUSLDE63520A20100407>.
24. Australian Government Department of health and Ageing. National Cervical Screening Program. 2009 [cited 2010 10/05/10]; Available from: <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/cervical-about>.
25. Australian Government Department of health and Ageing. BreastScreen Australia Program. 2009 [cited 2010 10/05/10]; Available from: <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/breastscreen-about>.
26. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol*. 2008 Apr;19(4):614-22.
27. Holland WW, Stewart S, Masseria C, World Health Organization. Regional Office for Europe., European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief : screening in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
28. Department of Health WA. Integrated Primary Care and cancer Services Model of Care: Perth: WA Cancer & Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia; 2008. Available from: http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Integrated_Primary_Care_&_Cancer_Services_Model_of_Care.pdf.
29. National Cancer Screening Service. Cervical Check, The National Cervical Screening Programme. Dublin: Minister for Health and Children, Irish Republic; 2008 [cited 2010 10/05/10]; Available from: <http://www.cancerscreening.ie/cervical.html>.
30. NHS Cancer Screening Programmes. NHS Breast Screening Programme. 2010 [cited 2010 11/05/10]; Available from: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/index.html>.
31. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Greece. 2007 [cited 2010 10/02/10]; Available from: www.who.int/hpvcentre.

32. Mauri D, Valachis A, Polyzos NP, Cortinovis I, Karampoiki V, Loukidou E, et al. Screening practice and misplaced priorities. *Clin Transl Oncol*. 2009 Apr;11(4):228-36.
33. Dimitrakaki C, Boulamatsis D, Mariolis A, Kontodimopoulos N, Niakas D, Tountas Y. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *Eur J Cancer Prev*. 2009 Jun;18(3):248-57.
34. Pavlidou E, Zafrakas M, Papadakis N, Agorastos T, Benos A. Time trends of female breast cancer mortality in Greece during 1980-2005: a population based study. *Postgrad Med J*. 2010 Apr 3.
35. Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας. Οι άνδρες το "προσέχουν", οι γυναίκες το παραμελούν. *Mastologia*. 2007(9).
36. The Royal Australian College of General Practitioner 'Green Book' Project Advisory Committee. Putting prevention into practice. Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting. 2nd ed: the Royal Australian College of General Practitioners; 2006.
37. Australian Government. Cancer Australia. Cancer Australia annual report 2006-2007. 2007; Available from: http://www.canceraustralia.gov.au/media/files/ca/publications/annual_report_0607/part_03.pdf.
38. Taylor RJ, Mamoon HA, Morrell SL, Wain GV. Cervical screening by socio-economic status in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2001 Jun;25(3):256-60.
39. National Cancer Institute. U.S. National Institutes of Health. Cancer Trends Progress Report - 2007 Update. 2007 [20/01/08]; Available from: <http://progressreport.cancer.gov/graphs-jpeg/s2.jpg>.
40. Ross JS, Bernheim SM, Bradley EH, Teng HM, Gallo WT. Use of preventive care by the working poor in the United States. *Prev Med*. 2007 Mar;44(3):254-9.
41. Bradley CJ, Given CW, Roberts C. Disparities in cancer diagnosis and survival. *Cancer*. 2001 Jan 1;91(1):178-88.
42. Coughlin SS, King J, Richards TB, Ekwueme DU. Cervical cancer screening among women in metropolitan areas of the United States by individual-level and area-based measures of socioeconomic status, 2000 to 2002. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006 Nov;15(11):2154-9.
43. Hausauer AK, Keegan TH, Chang ET, Glaser SL, Howe H, Clarke CA. Recent trends in breast cancer incidence in US white women by county-level urban/rural and poverty status. *BMC Med*. 2009;7:31.
44. Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Singh GK, Cardinez C, Ghafoor A, et al. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin*. 2004 Mar-Apr;54(2):78-93.
45. Selvin E, Brett KM. Breast and cervical cancer screening: sociodemographic predictors among White, Black, and Hispanic women. *Am J Public Health*. 2003 Apr;93(4):618-23.
46. Coughlin SS, Thompson TD, Hall HI, Logan P, Uhler RJ. Breast and cervical carcinoma screening practices among women in rural and nonrural areas of the United States, 1998-1999. *Cancer*. 2002 Jun 1;94(11):2801-12.
47. Coughlin SS, Leadbetter S, Richards T, Sabatino SA. Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Soc Sci Med*. 2008 Jan;66(2):260-75.

48. Rosenman KD, Gardiner J, Swanson GM, Mullan P, Zhu Z. U.S. farm women's participation in breast cancer screening practices. *Cancer*. 1995 Jan 1;75(1):47-53.
49. U.S. Department of Health and Human Services - Rural Initiative - rural assistance Center. Women's health frequently asked questions. 2010 [updated 23/04/2010; cited 2009 17/09/09]; Available from: http://www.raconline.org/info_guides/public_health/womenshealthfaq.php#access.
50. Garner EI. Cervical cancer: disparities in screening, treatment, and survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003 Mar;12(3):242s-7s.
51. Sario J. Patterns of breast cancer presentation in the United States: does geography matter? *Am Surg*. 2009 Jul;75(7):545-9; discussion 9-50.
52. Polasek O, Kolcic I, Voncina L, Strnad M, Vuletic S, Kern J. Breast, colon, and prostate screening in the adult population of Croatia: does rural origin matter? *Rural Remote Health*. 2007 Jul-Sep;7(3):749.
53. Palencia L, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, Puigpinos R, Pons-Vigues M, Pasarin MI, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. 2010 Feb 22.
54. van der Aa MA, Siesling S, Louwman MW, Visser O, Pukkala E, Coebergh JW. Geographical relationships between sociodemographic factors and incidence of cervical cancer in the Netherlands 1989-2003. *Eur J Cancer Prev*. 2008 Oct;17(5):453-9.
55. Knops-Dullens T, de Vries N, de Vries H. Reasons for non-attendance in cervical cancer screening programmes: an application of the Integrated Model for Behavioural Change. *Eur J Cancer Prev*. 2007 Oct;16(5):436-45.
56. Spaczynski M, Nowak-Markwitz E, Januszek-Michalecka L, Karowicz-Bilinska A. [Women's social conditions and their participation in Cervical Cancer Population Screening Program in Poland]. *Ginekol Pol*. 2009 Nov;80(11):833-8.
57. Bulliard JL, de Landtsheer JP, Levi F. Profile of women not attending in the Swiss Mammography Screening Pilot Programme. *Breast*. 2004 Aug;13(4):284-9.
58. Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg A, Langlely N, Barnes I, et al. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening. *Breast Cancer Res*. 2002;4(1):R1.
59. Luengo-Matos S, Polo-Santos M, Saz-Parkinson Z. Mammography use and factors associated with its use after the introduction of breast cancer screening programmes in Spain. *Eur J Cancer Prev*. 2006 Jun;15(3):242-8.
60. Cabeza E, Esteva M, Pujol A, Thomas V, Sanchez-Contador C. Social disparities in breast and cervical cancer preventive practices. *Eur J Cancer Prev*. 2007 Aug;16(4):372-9.
61. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. [Which factors influence screening practices for female cancer in France?]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 Oct;56(5):303-13.
62. Paraskevopoulou E, Economou A, Panagopoulos P, Zikopoulos M, Petrakos G, Koutras I. Cervix cancer screening among Greek and immigrant women: the experience of a Greek District Hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2005;32(1):52-4.
63. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervical Pap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med*. 2002 Oct;23(3):207-14.

64. Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov;17(9):1477-98.
65. Tolma EL, Reininger BM, Ureda J. What predicts a Cypriot woman's decision to obtain or not obtain a screening mammogram? Implications for the promotion of screening mammography in Cyprus. *Eur J Cancer Prev*. 2006 Apr;15(2):149-57.
66. Mandelblatt JS, Yabroff KR. Breast and cervical cancer screening for older women: recommendations and challenges for the 21st century. *J Am Med Womens Assoc*. 2000 Summer;55(4):210-5.
67. DuBard CA, Schmid D, Yow A, Rogers AB, Lawrence WW. Recommendation for and receipt of cancer screenings among medicaid recipients 50 years and older. *Arch Intern Med*. 2008 Oct 13;168(18):2014-21.
68. Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, Haikel RL, Jr., Longatto-Filho A, Baracat EC. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. *Rural Remote Health*. 2009 Jul-Sep;9(3):1241.
69. Engelman KK, Ellerbeck EF, Perpich D, Nazir N, McCarter K, Ahluwalia JS. Office systems and their influence on mammography use in rural and urban primary care. *J Rural Health*. 2004 Winter;20(1):36-42.
70. Bankhead C, Richards SH, Peters TJ, Sharp DJ, Hobbs FD, Brown J, et al. Improving attendance for breast screening among recent non-attenders: a randomised controlled trial of two interventions in primary care. *J Med Screen*. 2001;8(2):99-105.
71. Ruffin MT, Gorenflo DW, Woodman B. Predictors of screening for breast, cervical, colorectal, and prostatic cancer among community-based primary care practices. *J Am Board Fam Pract*. 2000 Jan-Feb;13(1):1-10.
72. Martin-Lopez R, Hernandez-Barrera V, De Andres AL, Garrido PC, De Miguel AG, Garcia RJ. Breast and cervical cancer screening in Spain and predictors of adherence. *Eur J Cancer Prev*. 2010 May;19(3):239-45.
73. Esteva M, Ripoll J, Leiva A, Sanchez-Contador C, Collado F. Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. *BMC Public Health*. 2008;8:387.
74. Gierisch JM, O'Neill SC, Rimer BK, DeFrank JT, Bowling JM, Skinner CS. Factors associated with annual-interval mammography for women in their 40s. *Cancer Epidemiol*. 2009 Jul;33(1):72-8.
75. Pivot X, Rixe O, Morere J, Coscas Y, Cals L, Namer M, et al. Breast cancer screening in France: results of the EDIFICE survey. *Int J Med Sci*. 2008;5(3):106-12.
76. McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Can Fam Physician*. 2001 Jan;47:70-6.
77. Coleman EA, O'Sullivan P. Racial differences in breast cancer screening among women from 65 to 74 years of age: trends from 1987-1993 and barriers to screening. *J Women Aging*. 2001;13(3):23-39.
78. Coughlin SS, Breslau ES, Thompson T, Benard VB. Physician recommendation for papanicolaou testing among U.S. women, 2000. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005 May;14(5):1143-8.
79. Gultiz E, Bustillo-Hernandez M, Kent EB. Missed cancer screening opportunities among older women: A provider survey. *Cancer Pract*. 1998 Nov-Dec;6(6):325-32.
80. O'Malley AS, Forrest CB, Mandelblatt J. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *J Gen Intern Med*. 2002 Feb;17(2):144-54.
81. The Royal Australian College of General Practitioners. Action on health Inequalities through General Practice III: Enhancing the role of the Royal Australian

College of General Practitioners. SUMMARY REPORT: The Royal Australian College of General Practitioners 1 Palmerston Crescent South Melbourne VIC 3205; 2005.

82. Philalithis. archanes materia medica.

83. SHARE - Survey of Health Ageing and Retirement in Europe. Available from: http://www.share-project.org/t3/share/new_sites/Fragebogen/ma-Gree.pdf.

84. Centers for Disease Control and Prevention. National Health Institute Survey 2000 [cited 2004]; Available from: ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Survey_Questionnaires/NHIS/2000/qca_ncerx.pdf.

85. Dolan NC, Lee AM, McDermott MM. Age-related differences in breast carcinoma knowledge, beliefs, and perceived risk among women visiting an academic general medicine practice. *Cancer*. 1997 Aug 1;80(3):413-20.

86. Stager JL. The comprehensive Breast Cancer Knowledge Test: validity and reliability. *J Adv Nurs*. 1993 Jul;18(7):1133-40.

87. National Cancer Institute. U.S. National Institutes of Health. Breast Cancer Risk Assessment Tool. 2008 [updated 04/28/2008; cited 2010 15/01/10]; Available from: <http://www.cancer.gov/bcrisktool/breast-cancer-risk.aspx>.

88. Pitts M, Clarke T. Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Educ Res*. 2002 Dec;17(6):706-14.

89. American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. 2010 [updated 03/03/10; cited 2010 05/05/10]; Available from: http://www.cancer.org/docroot/ped/content/ped_2_3x_acs_cancer_detection_guidelines_36.asp.

90. Jones AR, Thompson CJ, Oster RA, Samadi A, Davis MK, Mayberry RM, et al. Breast cancer knowledge, beliefs, and screening behaviors among low-income, elderly black women. *J Natl Med Assoc*. 2003 Sep;95(9):791-7, 802-5.

91. Mandelblatt JS, Gold K, O'Malley AS, Taylor K, Cagney K, Hopkins JS, et al. Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: role of age, health, and source of care. *Prev Med*. 1999 Apr;28(4):418-25.

92. Eisner EJ, Zook EG, Goodman N, Macario E. Knowledge, attitudes, and behavior of women ages 65 and older on mammography screening and Medicare: results of a national survey. *Women Health*. 2002;36(4):1-18.

93. Sim HL, Seah M, Tan SM. Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women. *Singapore Med J*. 2009 Feb;50(2):132-8.

94. Bener A, Honein G, Carter AO, Da'ar Z, Miller C, Dunn EV. The determinants of breast cancer screening behavior: a focus group study of women in the United Arab Emirates. *Oncol Nurs Forum*. 2002 Oct;29(9):E91-8.

95. Russell KM, Champion VL, Skinner CS. Psychosocial factors related to repeat mammography screening over 5 years in African American women. *Cancer Nurs*. 2006 May-Jun;29(3):236-43.

96. Dundar PE, Ozmen D, Ozturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006;6:43.

97. Hislop TG, Teh C, Lai A, Ralston JD, Shu J, Taylor VM. Pap screening and knowledge of risk factors for cervical cancer in Chinese women in British Columbia, Canada. *Ethn Health*. 2004 Aug;9(3):267-81.

98. Health NCIUSNIo. *Theory at a Glance: Application to Health Promotion and Health Behavior (Second Edition)*: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health; 2005.
99. Lagerlund M, Sparen P, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour. *Eur J Cancer Prev.* 2000 Feb;9(1):25-33.
100. Crump SR, Mayberry RM, Taylor BD, Barefield KP, Thomas PE. Factors related to noncompliance with screening mammogram appointments among low-income African-American women. *J Natl Med Assoc.* 2000 May;92(5):237-46.
101. Cullati S, Charvet-Berard AI, Perneger TV. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health.* 2009;9:118.
102. Buki LP, Jamison J, Anderson CJ, Cuadra AM. Differences in predictors of cervical and breast cancer screening by screening need in uninsured Latino women. *Cancer.* 2007 Oct 1;110(7):1578-85.
103. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic variations in breast cancer screening behavior among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. *Prev Med.* 2002 Aug;35(2):174-80.
104. Kiefe CI, Funkhouser E, Fouad MN, May DS. Chronic disease as a barrier to breast and cervical cancer screening. *J Gen Intern Med.* 1998 Jun;13(6):357-65.
105. Marshall JG. Cancer screening in women with chronic illness: the unanswered questions. *Medsurg Nurs.* 2004 Apr;13(2):110-3.
106. Giveon S, Kahan E. Patient adherence to family practitioners' recommendations for breast cancer screening: a historical cohort study. *Fam Pract.* 2000 Feb;17(1):42-5.
107. Kupets R, Covens A. Strategies for the implementation of cervical and breast cancer screening of women by primary care physicians. *Gynecol Oncol.* 2001 Nov;83(2):186-97.
108. Gobierno Hernandez J, Dominguez Coello S, Hernandez Diaz F, Fernandez Hernandez JA, Garcia Marrero MR, Diaz Gonzalez L. [Opportune intervention of family doctors in the programme of early detection of breast cancer]. *Aten Primaria.* 2008 Apr;40(4):187-92.
109. Trigoni M, Griffiths F, Tsiftsis D, Koumantakis E, Green E, Lionis C. Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Womens Health.* 2008;8:20.
110. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med.* 2005 May;40(5):595-601.
111. Wender RC. Cancer screening and prevention in primary care. Obstacles for physicians. *Cancer.* 1993 Aug 1;72(3 Suppl):1093-9.
112. Paskett ED, Tatum CM, Mack DW, Hoen H, Case LD, Velez R. Validation of self-reported breast and cervical cancer screening tests among low-income minority women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1996 Sep;5(9):721-6.
113. Newell S, Girgis A, Sanson-Fisher R, Ireland M. Accuracy of patients' recall of Pap and cholesterol screening. *Am J Public Health.* 2000 Sep;90(9):1431-5.
114. Bellon JA, Lardelli P, Luna JD, Delgado A. Validity of self reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Community Health.* 2000 Jul;54(7):544-51.

[Eur J Cancer Prev.](#) 2010 Mar;19(2):160-6.



The role of General Practitioners in promoting cervical cancer screening: a field survey in a rural area of Crete, Greece

Evangelia Panagouloupoulou^a, Athanasios Alegakis^b, Tayser Abu Mourad^a, Elias Sanidas^c, Antonis Makrigiannakis^d and Anastas Philalithis^a

The early detection of cervical cancer with a Papanicolaou (Pap) smear has resulted in a great decline of mortality rates in developed countries, a progress suggesting that general practice may have a crucial role in promoting screening. This study explores the impact of General Practitioner's on women's adherence to Pap screening recommendations in a rural area of Crete, Greece. A cross-sectional study was conducted during 2006 in a rural area of 3000 inhabitants, where access to Primary Care is free of charge. A random sample of 120 women (response rate=97.5%) aged 35–75 years were interviewed about Pap smear uptake within 6 years and the influence of health professionals on their screening intentions. Adequate screening was defined according to the American Cancer Society guidelines. Multiple logistic regression analysis was applied to estimate odds ratios. About 40.8% of the respondents had been screened according to the guidelines. However, only 10.8% were recommended to have a Pap smear within the last year and 4.2% were informed about human papilloma virus. Having visited the Primary Care clinics for prevention or the availability of a General Practitioner to consult regularly did not affect the likelihood of being screened. Both the

adequate and occasional screening rates were positively associated with a history of gynecological problems and with age less than 55 years. No disparities were observed regarding socio-economic status. Despite free provision of Primary Care, current preventive practice has not influenced women's screening behavior. National policy to support organized cancer screening and physicians' training are necessary for effective early detection of cancer. *European Journal of Cancer Prevention* 00:000–000 © 2009 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

European Journal of Cancer Prevention 2009, 00:000–000

Keywords: cervical cancer, Greece, primary health care, rural health, screening

^aDepartment of Social Medicine, ^bLaboratory of Toxicology, ^cDepartment of Surgery, Medical School and ^dDepartment of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece

Correspondence to Dr Evangelia Panagouloupoulou, MD, General Practitioner, Research Associate, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, PO Box 2208, Heraklion 71 003, Crete, Greece
Tel: +30 2810 39 4600; fax: +30 2810 39 4606;
e-mail: panagouloupoulou@yahoo.com

Received 7 April 2009 Accepted 27 August 2009

Introduction

Cervical cancer screening with a Papanicolaou (Pap) smear has resulted in a great decline in the global incidence and mortality rates of the disease (American Cancer Society, 2006; WHO, 2007). Currently 80% of all cervical neoplasms concern women in developing countries, where screening is almost unavailable (WHO, 2006). Nevertheless, even in the World Health Organization European region, more than 30 000 women die from cervical neoplasia each year (WHO, 2007), a fact indicating the necessity for further dissemination and quality improvement of screening interventions. On this matter, the role of Primary Health Care (PHC) practitioners comes to be quite significant: cancer prevention and women's health constitute major areas of planning and targeting in general practice, with a priority on malignancies that are curable, if diagnosed at an early stage.

Despite the existence of screening guidelines for the early detection of cervical cancer, organized screening in the European region is routinely available in only 11 countries (WHO, 2007). Throughout the world, even in countries with established screening programs, the use

of Pap smear ranges below national goals. In 2005, 78% of US adult women had received a Pap smear within 3 years (a lower rate than in 2003 for all races), while the target of Healthy People 2010 was set at 90% (National Cancer Institute, 2007). Among the parameters that influence women's practices regarding prevention, a General Practitioner's (GP's) recommendation represents one of the most potent. Fewer Pap tests are reported by women who attend a GP infrequently or in cases of GPs who do not use computerized reminder systems for cancer screening (The Royal Australian College of General Practitioners, 2006). Apart from this, various socio-demographic inequalities have been shown to affect women's compliance to guidelines for cervical cancer screening: older women, women in minority groups, women living in rural areas or of a low socio-economic status are less likely to have a Pap smear (The Royal Australian College of General Practitioners, 2006).

In Greece, the incidence and mortality rates of cervical cancer remain among the lowest in the European continent; however, this malignancy is the second most frequently diagnosed in women aged 15–44 years

(WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, 2007). Although there is no national policy on cervical cancer prevention through organized screening, opportunistic screening with Pap smear is free of charge in all public hospitals and PHC centers, the latter existing mainly in rural and semi-urban areas. In these areas free access to Primary Care services is ensured for the total of the population, including uninsured persons and immigrants. Very little data about GPs' cervical cancer screening promotion in the community is available, because of the absence of adequate medical records in most PHC centres.

A limited number of field surveys have examined the use of Pap smear in random samples of the general Greek population. A study dating from 1992, comparing women of two different socio-economic groups, showed that one third of all women of reproductive age had a Pap smear within the previous year (WHO, 1998). Another recent survey in a rural population of Northern Greece showed that 57% of the women had a Pap smear within the last 5 years (Tsartsari, 2006). Most researchers in Greece (and in other countries) have not examined how frequently women receive Pap smears, although achieving a benefit from cervical cancer screening necessitates adherence to a regular schedule.

This study explores the impact of the attendance to Primary Care and, in particular, of GPs' consultation on women's adherence to cervical cancer screening guidelines in a rural area of Crete, Greece. Other parameters probably influencing prevention practices are also investigated, including socio-demographic characteristics, health status, and knowledge about screening intervals and risk factors for cervical cancer.

Methods

The study took place in a rural district of about 3000 inhabitants in Crete (an island of the Mediterranean Sea, with a total population of 600 000). The economy of this district depends largely on agriculture. PHC services are provided by a Health Center and two Peripheral Offices, all government supported and staffed with specialized GPs. Free access is ensured for the total of the population. Two public hospitals are also accessible at a distance of 25–30 km.

A cross-sectional study was conducted during 2006 in women aged 35–75 years, having their permanent residence in the area. A sample size of 120 females was estimated as sufficient using a 50% proportion, an error margin of 8% and a confidence level of 95%. A 15% increase in the estimated sample was set to compensate for possible nonresponse of selected persons. A random number generator was used. Out of the 145 women who were invited to participate, 22 were excluded because of the change of residence and three refused to participate.

The final response rate was 97.5%, with a total of 120 participants. The women participants of the sample were sent a personal letter from the University to inform them about the process and the aims of the study. A written consent form was signed by all respondents. The methods and the objectives were approved by the Ethics Committee of the University Hospital of Crete.

The field survey was carried out through personal interviews that took place in each woman's residence and lasted approximately 45 min. During these sessions privacy and confidentiality were fully assured. One of the authors (E.P.), who is a GP, conducted all the interviews with the participants on the basis of a 65-item-questionnaire with pre-coded answers. Existing validated tools (Philalithis *et al.*, 1990; Dolan *et al.*, 1997; Pitts and Clarke, 2002; Centre for Disease Control and Prevention, 2004; National Cancer Institute, 2004; Survey of Health, 2004) were used for the development of the questionnaire and a pilot study was performed to test the questions in terms of language and understanding. The questionnaire provided information about the following areas of the women's history: (i) demographic characteristics; (ii) health status (i.e., 'for the past 6 months at least, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do?'); (iii) use of health services for the following reasons: management of chronic diseases, emergencies, prevention, symptoms manifested within the last 6 months, drug prescriptions (iv) cervical and breast cancer screening practices (i.e., 'how many Pap smears have you had in the last 6 years?'); (v) past medical history of gynecological diseases and family history of cancer; (vi) knowledge about screening intervals, risk factors, and misperceptions (i.e., 'in most cases cervical cancer is a hereditary neoplasm') related to cervical and breast cancer.

The 'American Cancer Society (ACS) guidelines for the early detection of cervical cancer' (American Cancer Society, 2003) were used to define adequate screening with a Pap smear. Women screened at least once within the previous 3 years and at least twice within the last 6 years were considered as adequately screened; those with at least one Pap smear in their lifetime were classified as 'occasional' users. Women aged more than 70 years were additionally asked about their screening habits between the ages of 60 and 70 years.

For data analysis, the study sample was divided into two age groups on the basis of the mid-point (55 years) of the sample. Most of the variables were discrete and expressed as counts and proportions. Continuous variables were expressed as mean \pm SD. Crude and adjusted odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals were estimated by using single and multiple logistic regression analysis. A backward selection model was applied in the multiple regression analysis, including variables on the basis of

relevant literature and the variables with *P* value of less than 0.20. SPSS 15.0 was used for statistical analysis and the significance level was set at 5%.

Results

Tables 1 and 2 present the social characteristics of the sample comparing women younger than 55 years of age with older (women). The majority of the women are primary school graduates (60.8%) and work in farming activities (68.3%), while older age is associated with a lower educational level ($P < 0.001$) and with a higher likelihood of being a farmer ($P < 0.001$). The total of the women have health insurance coverage and most of them (86.7%) are insured by the Organization of Agricultural Insurance. Most women (62.5%) consider that they have a doctor to consult on a regular basis and for 58.7% of them this doctor is a GP in the peripheral offices. A larger number of women in the older age group have used the Primary Care services for chronic disease follow-up ($P=0.01$), drug prescriptions ($P=0.001$) or symptoms manifested within the last 6 months ($P=0.03$). The factor of age is not associated with visits for prevention (vaccines, blood tests etc.); in fact, less than half of all participants have ever visited Primary Care for such a reason.

Tables 3 and 4 present the crude ORs for Pap smear screening uptake in relation with all variables used in bivariate analysis. Focusing on the parameters that concern the use of Primary Care, it is shown that 26.7% of all respondents have never had a Pap smear, whereas 40.8% have been screened in accordance with the ACS guidelines within the last 6 years. During interviews with women, the absence of any gynecological symptoms was stated as the major reason for nonadherence to screening recommendations. Besides, only 10.8% of the women received a physician's recommendation for Pap smear or a pelvic exam within the last year and 4.2% was given information about human papilloma virus (HPV) infection as a causal factor for cervical cancer. The distance of the women's residence from the Health Center had no influence on screening practices. Moreover, the likelihood of being screened was not increased either for women who visited the regional clinics for prevention or for those who frequently consulted GPs for problems of their own and their families.

On the basis of the multiple logistic regression analysis (Table 5), the use of Pap smear according to the ACS recommendations was positively associated with younger

Table 1 Demographic and social characteristics of participating women, by age group

	<i>N</i> (%)	≤ 55 years, <i>N</i> (%)	> 55 years, <i>N</i> (%)	<i>P</i> value
Educational level				
Have not finished primary school	32 (26.7)	1 (2.3)	31 (40.8)	
Primary school	73 (60.8)	29 (65.9)	44 (57.9)	
Secondary or higher degree	15 (12.5)	14 (31.8)	1 (1.3)	<0.001
Marital status				
Single-widowed	16 (13.3)	2 (4.5)	14 (18.4)	
Married	104 (86.7)	42 (95.5)	62 (81.6)	0.030
Occupation				
Have never worked	57 (47.5)	25 (56.8)	32 (42.1)	
Working or retired	63 (52.5)	19 (43.2)	44 (57.9)	0.120
Work/have worked in agriculture	43 (68.3 ^a)	6 (31.6)	37 (84.1)	<0.001
Have additional income resources	61 (50.8)	32 (72.7)	29 (38.2)	<0.001
Health Insurance				
Organization of agricultural insurance	104 (86.7)	35 (79.5)	69 (90.8)	0.081
Others	16 (13.3)	9 (20.5)	7 (9.2)	<0.001

^aValid percentage.

Table 2 Self-reported health and use of health services, by age group

	<i>N</i> (%)	≤ 55 years, <i>N</i> (%)	> 55 years, <i>N</i> (%)	<i>P</i> value
Self-reported health				
Very good/good	38 (31.7)	23 (52.3)	15 (19.7)	
Moderate	65 (54.2)	18 (40.9)	47 (61.8)	
Bad/very bad	17 (14.2)	3 (6.8)	14 (18.4)	<0.001
Have consulted a health professional for any symptom within the last 6 months ^b	73 (60.8)	26 (68.4)	47 (68.1)	0.974
Have ever visited Primary Care for				
Emergencies	43 (35.8)	17 (38.6)	26 (34.2)	0.626
Prevention	46 (38.3)	13 (29.5)	33 (43.4)	0.132
Chronic diseases	62 (51.7)	16 (36.4)	46 (60.5)	0.011
Symptoms	30 (25.0)	6 (13.6)	24 (31.6)	0.029
Prescriptions	85 (70.8)	21 (47.7)	64 (84.2)	<0.001
Have a doctor to consult regularly	75 (62.5)	28 (63.6)	47 (61.8)	0.845
This doctor is a general practitioner	44 (58.7 ^a)	14 (50.0)	30 (63.8)	0.239

^aValid percentage.

^bSymptoms related with any of the systems (circulatory, nervous etc.).

Table 3 Crude ORs for the use of Pap smear in relation to demographic and social characteristics

	Use of Pap smear on the basis of ACS guidelines (adequate screening)				Occasional use of Pap smear (occasional screening)			
	No ^a	Yes	OR	P value	No ^b	Yes	OR	P value
Age								
≤ 55 years	13 (29.5)	31 (70.5)			5 (11.4)	39 (88.6)		
>55 years	58 (76.3)	18 (23.7)	0.13 (0.06–0.30)	<0.001	27 (35.5)	49 (64.5)	0.23 (0.08–0.66)	0.006
Distance from health center								
Far	35 (55.6)	28 (44.4)			16 (25.4)	47 (74.6)		
Close	36 (63.2)	21 (36.8)	0.73 (0.35–1.52)	0.398	16 (28.1)	41(71.9)	0.87 (0.39–1.96)	0.741
Educational level								
Not finished primary school	25 (78.1)	7 (21.9)			16 (50)	16 (50)		
Primary school	43 (58.9)	30 (41.1)	2.49 (0.96–6.50)	0.062	15 (20.5)	58 (79.5)	3.87 (1.58–9.47)	0.003
Secondary or higher degree	3 (20.0)	12 (80.0)	14.29 (3.13–65.16)	<0.001	1 (6.7)	14 (93.3)	14.00 (1.64–119.4)	0.016
Marital status								
Married	57 (54.8)	47 (45.2)	5.77 (1.25–26.29)	0.025	23 (22.1)	81 (77.9)	4.53 (1.52–13.48)	0.007
Have children	64 (56.6)	49 (43.4)	Not counted		27 (23.9)	86 (76.1)	7.96 (1.46–43.41)	0.016
Occupation								
Working	14 (43.8)	18 (56.3)			5 (16.6)	27 (84.4)		
Retired	25 (80.6)	6 (19.4)	0.19 (0.06–0.58)	0.004	13 (41.9)	18 (58.1)	0.26 (0.08–0.84)	0.025
Have never worked	32 (56.1)	25 (43.9)	0.61 (0.25–1.45)	0.263	14 (24.6)	43 (75.4)	0.57 (0.18–1.76)	0.327
Have additional income resources	31 (50.8)	30 (49.2)	2.03 (0.97–4.27)	0.060	12 (19.7)	49 (80.3)	2.09 (0.91–4.80)	0.081
Economic status								
Without income	9 (52.9)	8 (47.1)			3 (17.6)	14 (82.4)		
Limited income	52 (60.5)	34 (39.5)	0.74 (0.26–2.09)	0.565	21 (24.4)	65 (75.6)	0.66 (0.17–2.53)	0.548
Financially independent	10 (58.8)	7 (41.2)	0.79 (0.20–3.06)	0.730	8 (47.1)	9 (52.9)	0.24 (0.05–1.16)	0.076
Insured by the Organization of Agricultural Insurance	63 (60.6)	41 (39.4)	0.65 (0.23–1.87)	0.425	26 (25.0)	78 (75.0)	1.80 (0.60–5.44)	0.30

ACS, American Cancer Society; OR, odds ratio; Pap, Papanicolaou.

^aThey have 'never' or 'not adequately' been screened.^bThey have 'never' been screened.**Table 4 Crude ORs for the use of PAP smear in relation with self-reported health and the use of Primary Care**

	Use of Pap smear on the basis of ACS guidelines (adequate screening)				Occasional use of Pap smear (occasional screening)			
	No ^a	Yes	OR	P value	No ^b	Yes	OR	P value
Self reported health								
Very good/good	18 (47.4)	20 (52.6)			14 (36.8)	24 (63.2)		
Moderate	42 (64.6)	23 (35.4)	0.49 (0.22–1.11)	0.089	15 (32.1)	50 (76.9)	1.94 (0.81–4.67)	0.137
Bad/very bad	11 (64.7)	6 (35.3)	0.49 (0.15–1.60)	0.238	3 (17.6)	14 (82.4)	2.72 (0.66–11.16)	0.164
Have ever consulted for Chronic diseases ^c	58 (60.4)	38 (39.6)	0.55 (0.16–1.92)	0.345	23 (24.0)	73 (76.0)	1.81 (0.49–6.75)	0.375
Have ever had health professional for any symptom within the last 6 months ^c	38 (52.1)	35 (47.9)	2.21 (0.93–5.27)	0.074	11 (15.1)	62 (84.9)	4.45 (1.75–11.31)	0.002
Have ever had gynecological diseases	11 (42.3)	15 (57.7)	2.41 (0.99–5.83)	0.052	3 (11.5)	23 (88.5)	3.42 (0.95–12.31)	0.060
Have ever had sexual transmitted disease	2 (18.2)	9 (81.8)	7.76 (1.60–37.72)	0.011	0	11 (100)	Not counted	
Have ever had symptoms from the genital system	26 (41.3)	37 (58.7)	5.34 (2.37–12.00)	<0.001	6 (9.5)	57 (90.5)	7.968(2.96–21.43)	<0.001
Have ever had breast symptoms For emergencies they use mostly Primary Health care	9 (40.9)	13 (59.1)	2.49 (0.97–6.39)	0.058	3 (13.6)	19 (86.4)	2.66 (0.73–9.69)	0.138
Have visited Primary Care for Prevention	29 (67.4)	14 (32.6)	0.58 (0.27–1.26)	0.170	16 (37.2)	27 (62.8)	0.44 (0.19–1.01)	0.054
Chronic diseases	29 (63.0)	17 (37.0)	0.77 (0.36–1.64)	0.496	9 (19.6)	37 (80.4)	1.85 (0.77–4.47)	0.169
Symptoms	41 (66.1)	21 (33.9)	0.55 (0.26–1.15)	0.110	12 (19.4)	50 (80.6)	2.19 (0.96–5.03)	0.064
Prescriptions	20 (66.7)	10 (33.3)	0.65 (0.28–1.56)	0.336	4 (13.3)	26 (86.7)	2.93 (0.94–9.21)	0.065
Have a doctor to consult regularly	55 (64.7)	30 (35.3)	0.46 (0.21–1.02)	0.057	23 (27.1)	62 (72.9)	0.93 (0.38–2.29)	0.880
This doctor is a general practitioner ^c	44 (58.7)	31 (41.3)	1.06 (0.50–2.24)	0.886	17 (22.7)	58 (77.3)	1.71 (0.75–3.88)	0.203
Health professional who took the last Pap smear ^c	28 (63.6)	16 (36.4)	0.61 (0.24–1.55)	0.299	9 (20.5)	35 (79.5)	1.35 (0.46–4.02)	0.586
Primary Care professional	4 (44.4)	5 (55.6)	0.99 (0.25–3.98)	0.99	Not counted			
Have been informed by a health professional about human papilloma virus ^c	1 (20.0)	4 (80.0)	6.13 (0.66–56.66)	0.110	Not counted			
Have had a physician recommendation for Pap smear/pelvic exam during the last year	5 (38.5)	8 (61.5)	2.58 (0.79–8.41)	0.117	2 (15.4)	11 (84.6)	2.14 (0.45–10.24)	0.340
Cervical cancer knowledge (mean score ± SD)	4.96 ± 2.80	6.31 ± 1.96	1.25 (1.07–1.47)	0.006	3.68 ± 2.71	6.16 ± 2.19	1.51 (1.25–1.83)	<0.001

ACS, American Cancer Society; OR, odds ratio; Pap, Papanicolaou.

^aThey have 'never' or 'not adequately' been screened.^bThey have 'never' been screened.^cThe total of respondents is less than 120.

Table 5 Adjusted OR for the use of Pap smear in relation to predicting factors of screening behavior

Predictors for the occasional use of Pap smear	OR (95% CI)	P value
Age		
>55 years	0.13 (0.02–0.88)	0.037
Marital status		
Married	6.97 (1.00–48.47)	0.050
Self-reported health		
Moderate	9.25 (1.52–56.31)	0.016
Bad	10.87 (1.12–105.53)	0.040
Have consulted a health professional for any symptom manifested within the previous 6 months	5.13 (1.38–19.09)	0.015
Have ever had symptoms from the genital system	3.46 (1.01–11.88)	0.048
Knowledge about cervical cancer	1.49 (1.09–2.02)	0.012
Predictors for the use of Pap smear on the basis of ACS guidelines		
Age		
>55 years	0.13 (0.047–0.40)	<0.001
Have ever had symptoms from the genital system	11.27 (3.35–37.97)	<0.001
Have been informed by a health professional about HPV	14.24 (1.25–162.60)	0.033
Have ever visited Primary Care for chronic disease	0.30 (0.10–0.92)	0.035

ACS, American Cancer Society; CI, confidence interval; HPV, human papilloma virus; OR, odds ratio; Pap, Papanicolaou.

age (OR=0.13; $P < 0.001$), with a history of gynecological symptoms (OR=11.27; $P < 0.001$) and with the provision of information regarding HPV infection by a health professional (OR=14.24; $P < 0.05$). Women who practiced adequate screening were also less likely to have visited Primary Care for the management of a chronic disease (OR=0.30; $P < 0.05$). In contrast, in comparison with women who never got a Pap smear, those occasionally screened were more likely to be younger (OR=0.13; $P < 0.05$), married (OR=6.97; $P=0.05$), to report moderate (OR=9.25; $P < 0.05$) or bad health (OR=10.87; $P < 0.05$) and to have a history of gynecological problems (OR=3.46; $P < 0.05$). Occasional users attained a higher mean score knowledge about cervical cancer screening (OR=1.49; $P < 0.05$) and, among them, the consultation for any symptom during the last 6 months was 5.13 times higher than nonusers (confidence intervals = 1.38–19.09; $P < 0.05$).

Discussion

In this rural population, cervical cancer screening has been mostly practiced without compliance to the ACS guidelines, a finding related to the opportunistic way in which women generally get screened in Greece. Good knowledge about cervical cancer prevention was positively associated with the occasional use of Pap smear but did not appear as a predicting factor for screening according to the ACS recommendations. Women had poorly understood the role of Pap testing in the early detection of precancerous lesions before symptoms emerge. The appearance of symptoms in relation with

the genital system increased the likelihood of both adequate and occasional screening practice, while the absence of such a history was the major reason for negligence or nonadherence.

Women's underperformance may partially reflect the impediments in the delivery of cancer preventive care at the local clinics. Among the diverse sources of cancer information (mass media, volunteer organizations etc.), which usually offer fragmentary advice on prevention topics, Primary Care is considered to be the major provider of continuous and updated patient education, particularly in rural areas. Several studies have indicated that lack of physician's recommendation is a serious cause for screening failure (Gulitz *et al.*, 1998; Mandelblatt and Yabroff, 2000; Coughlin *et al.*, 2005a, 2005b). In this study, a very small number of women were recommended to have a Pap smear within the last year and an even smaller number was provided information about HPV infection. Although having a usual source of care constitutes the strongest predictor of cervical screening (Ruffin *et al.*, 2000; O'Malley *et al.*, 2002; Selvin and Brett, 2003), for the women of the sample getting screened was not associated with any of the variables concerning the use of Primary Care, despite free access.

Certainly, a consultation for any symptom within the last 6 months was positively associated with occasional screening uptake; nevertheless, it is unclear if the women or the physicians raised the subject of cervical cancer prevention. By contrast, a decreased likelihood of undergoing screening was observed among women attending the peripheral offices for the management of chronic disease. Unless physicians insist on a comprehensive and patient-centered approach, the factor of co-morbidity usually dissuades women from cancer screening (Kiefe *et al.*, 1998; Marshall, 2004).

The failure of health professionals to influence women's practices is probably because of the lack of sufficient organizational support to Primary Care practice. Various barriers have been found to discourage physicians from implementing a preventive approach and may be related to the practice conditions (The Royal Australian College of General Practitioners, 2006), the patients (embarrassment, fatalistic views on cancer etc.) (Austin *et al.*, 2002; Knops-Dullens *et al.*, 2007) or the physicians themselves (Gulitz *et al.*, 1998). In the rural areas of Crete, lack of infrastructure and limited staff are certainly some of the factors that hinder effective prevention practices. Furthermore, the GPs' main training in hospital clinics during the residency underemphasizes the acquisition of skills regarding the practice of prevention in the community. This may lead to a poor understanding of the role of Primary Care on health promotion, on cancer screening etc. The deficiencies mentioned above also affected the conditions of carrying out of this study, as the

absence of medical archives prevented the verification of women's responses and the quantification (rare-moderate-high) of the variables related to the use of Primary Care.

As far as demographic factors are concerned, in agreement with other studies (Mandelblatt and Yabroff, 2000; Cabeza *et al.*, 2007), younger age and being married are associated with higher screening rates even though a greater percentage of older respondents had visited Primary Care within the last year. Yet, no differences were observed related to income, occupation or educational level. Free access to Primary Care and universal health insurance coverage is probably the reason for the absence of such inequalities. In contrast, numerous surveys (Mandelblatt and Yabroff, 2000; Ward *et al.*, 2004; Coughlin *et al.*, 2005a, 2005b; Cabeza *et al.*, 2007) have shown that women of higher socio-economic status or highly educated women are more likely to receive Pap smears.

Conclusion

Despite the availability of Primary Care services that could, in theory, provide evidence-based and effective prevention, women in this rural area are mostly self-motivated for getting screened and, as a result, it was found that the majority of the participants did not adhere to the ACS guidelines. Although free provision of Primary Care has removed barriers to screening facing disadvantaged women, health professionals still need to strengthen their influence on women's cancer prevention performance. GPs should be educated in using effective strategies for the implementation of prevention at community level. In addition, a concerted financial and organizational support (computerized patient registers, patient education material, etc.) is required for the interventions to become effective and for the monitoring of future progress. Measures should also be taken to improve the accessibility to health services in rural and remote areas. Finally, national policy is needed for the creation of a cancer registry and the promotion of organized screening programs, integrated into a broader planning for primary and secondary prevention of cancer in Greece.

Acknowledgments

The authors are grateful to those who helped in carrying out of this research: Mrs Maria Moudatsou (social worker), for her contribution to identify the sample; the clerks of Gorgolaini Municipality, for their help to verify women's permanent residence; Mr Konstantinos Koutentakis (nurse) and Mrs Irini Kozoroni (social worker), who participated as interviewers at the pilot study of the questionnaire and, finally, the English teachers Mr Konstantinos Fostieris and Mr Evangelos Pavlou, for the validation of the questionnaire concerning the translation into Greek. No external funding.

References

- American Cancer Society (2003). American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. [Online] Revised 03/05/2008. Available at: http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp. [Accessed 26 March 2009]
- American Cancer Society (2006). What are the key statistics about cervical cancer? (Cancer Reference Information). [Online] (Revised 08/04/2006) Available at: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_cervical_cancer_8.asp. [Accessed 1 March 2009]
- Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE (2002). Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Women's Health Issues* 12:122-128.
- Cabeza E, Esteve M, Pujol A, Thomas V, Sanche-Contrador C (2007). Social disparities in breast and cervical cancer preventive practices. *Eur J Cancer Prev* 16:372-379.
- Centre for Disease Control and Prevention (2000). National Health Interview Survey. [Online] National Center for Health Statistics. Available at: ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Survey_Questionnaires/NHIS/2000/qcancerx.pdf. [Accessed 20 February 2004]
- Coughlin SS, Breslau ES, Thompson T, Benard VB (2005a). Physician recommendation for papanicolaou testing among U.S. Women, 2000. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 14:1143-1148.
- Coughlin SS, King J, Richards TB, Ekwueme DU (2005b). Cervical cancer screening among women in metropolitan areas of the United States by individual-level and area-based measures of socioeconomic status, 2000-2002. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 15:2154-2159.
- Dolan NC, Lee AM, Grae MC, Mc Dermott M (1997). Age-related differences in breast carcinoma knowledge, beliefs and perceived risk among women visiting an academic general medicine practice. *Cancer* 80:413-420.
- Gulitz E, Bustillo-Hernandez M, Kent EB (1998). Missed screening cancer opportunities among older women: a provider survey. *Cancer Pract* 6:325-332.
- Kiefe CI, Funkhouser E, Fouad MN, May DS (1998). Chronic disease as a barrier to breast and cervical cancer screening. *J Gen Intern Med* 13:357-365.
- Knops-Dullens T, De Vries N, DeVries H (2007). Reasons for non-attendance in cervical cancer screening programmes: an application of the integrated model for behavioural change. *Eur J Cancer Prev* 16:436-445.
- Mandelblatt JS, Yabroff KR (2000). Breast and cervical cancer screening for older women: recommendations and challenges for the 21st century. *J Am Med Womens Assoc* 55:210-215.
- Marshall JG (2004). Cancer screening in women with chronic illness: the unanswered questions. *Med Surg Nursing* 13:110-113.
- National Cancer Institute (2004). National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. Breast Cancer Risk Assessment Tool. Available at: <http://www.cancer.gov/bcrisktool/>. [Accessed 26 October 2004]
- National Cancer Institute (2007). Cancer Trends Progress Report 2007-Update. Available at: http://progressreport.cancer.gov/doc_detail.asp?pid=1&did=2007&chid=72&coid=717&mid=
- O'Malley AS, Forest CB, Mandelblatt J (2002). Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *J Gen Intern Med* 17:144-154.
- Philalithis AE, Vlachonikolis I, Koukouli-Gravani S (1990). The health survey in Archanes, part I: the health indicators (in Greek). *Materia Medica Graeca* 18:330-340.
- Pitts M, Clarke T (2002). Human papilloma virus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Educ Res* 17:706-714.
- Ruffin MT, Gorenflo DW, Woodman B (2000). Predictors for screening for breast, cervical, colorectal, and prostatic cancer among community-based primary care practices. *J Am Board Fam Med* 13:1-10.
- Selvin E, Brett KM (2003). Breast and cervical cancer screening: socio-demographic predictors among white, black, and hispanic women. *Am J Public Health* 93:618-623.
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (2004). Greece, Questionnaire Version 10. [Online] Available at: http://www.share-project.org/3/share/new_sites/Fragebogen/ma-Gree.pdf. [Accessed 21 November 2004]
- The Royal Australian College of General Practitioners (2006). Putting prevention into practice-guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting, 2nd Edition. [pdf] South Melbourne, The Royal Australian College of General Practitioners. Available at: <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/TheGreenBook/RACGPgreenbook2nd.pdf>. [Accessed 10 January 2009]
- Tsartsari E (2006). Knowledge and use of Pap smear in a rural population of Imathia. Master's Degree, University of Heraklion, Faculty of Medicine, Greece.

Manuscript Title: **The role of Primary Care in the promotion of Breast Cancer Screening in Rural Women of Greece**

Running Title: **Breast Screening in Rural Greek Women**

Authors: Evangelia Panagouloupoulou^a, Athanasios Alegakis^b, Elias Sanidas^c,

Antonis Makrigiannakis^d, Anastas Philalithis^a

Institution: Faculty of Medicine, University of Crete

Affiliations:

^a Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete

^b Laboratory of Toxicology, Faculty of Medicine, University of Crete

^c Department of Surgery, Medical School, Faculty of Medicine, University of Crete.

^d Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Crete.

Correspondence to Dr Evangelia Panagouloupoulou, MD, General Practitioner, Research Associate, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, PO Box 2208, Heraklion 71 003, Crete, Greece Tel: +30 2810 39 4600; fax: + 30 2810 39 4606; e-mail: panagouloupoulou@yahoo.com

Total number of pages: 16

ACKNOWLEDGMENTS

The authors are grateful to those who helped in the carrying out of this research: Mrs *Maria Moudatsou* (social worker) for her contribution to identify the sample, the *clerks of Gorgolaini Municipality*, for their help to verify women's permanent residence, Mr. *Konstantinos Koutentakis* (nurse) and Mrs. *Irini Kozoroni* (social worker), who participated as interviewers at the pilot study of the questionnaire and, finally, the English teachers Mr. *Konstantinos Fostieris* and Mr. *Evangelos Pavlou*, for the validation of the questionnaire concerning the translation into Greek.

No Financial Disclosures

Condensed abstract: A physician's systematic approach in regard to breast cancer prevention is the most potent factor predicting for a regular screening use with Clinical Breast Exam and Mammography in rural women. Primary Care practitioners should enhance their role in patient education and cancer early detection in community.

ABSTRACT

BACKGROUND: Population-based screening mammography is the most effective public health strategy for breast cancer control. Primary Care practitioners have a great role in improving women's compliance to screening recommendations, particularly in rural areas, where cancer is usually late-stage diagnosed. The present study aims to investigate the determinants of breast cancer screening in rural women of Greece, focusing on the impact of General Practitioners (GPs).

METHODS: A cross-sectional study was conducted during 2006 in a rural area of 3,000 inhabitants. A random sample of 120 women aged 35-75 years (Response Rate =97.5%) were interviewed about Clinical Breast Exam (CBE) and Mammography uptake within the previous six years. Women's attendance in Primary Care and physician's influence on screening performance were also explored. Full screening was defined according to the *American Cancer Society* guidelines 2003. Multiple logistic regression analysis was applied to estimate adjusted odds ratios.

RESULTS: 17.5% and 13.0% of the respondents had a CBE and a mammogram respectively at recommended intervals. Full screening was associated with age \leq 55 years, knowledge provided by a physician about the breast self exam and a taking of family history for breast cancer. No disparities were observed regarding occupation, income or health status. Screening rates were not affected by parameters concerning the use of Primary Care.

CONCLUSIONS: A physician's gender-specific preventive approach was the most potent factor predicting for regular screening use. If adequately informed, rural women may overcome barriers to access prevention. GPs should reinforce their role in health promotion and cancer early detection.

Key Words: Rural health, Primary Health Care, Breast cancer, Screening, Mammography, Greece

Introduction

Prevention is at the forefront of human defense against the burden of cancer ¹. In the case of breast cancer, the early detection with population-based screening mammography represents the most effective public health strategy for the control of the disease, which constitutes the most commonly occurring cancer in women world-wide ². In countries where screening coverage overcomes the 70% of the eligible women, mammography could reduce breast cancer mortality by up to 30% ². The dissemination of screening in community and the patient education on cancer prevention are considered among the main tasks of health professionals in Primary Health Care (PHC). In rural populations, General Practitioners (GPs) are not only the most competent, but also the easiest accessible to provide women preventive care in relation to cancer.

In spite of the potential theoretical benefit, in clinical practice the periodic mammography testing of female populations still remains unsatisfactory, particularly across certain sub-groups of women. In the U.S. a large number of women do not get screened at recommended intervals ³. In Australia, within the period 2005-2006, the attendance rates in the 'Breast Screen' national program were lower among women in the lowest socioeconomic group, those living in very remote areas or in big cities and those whose language at home was not English ⁴. Several studies have indicated that single, elderly, poorly educated and rural women are less likely to get mammograms ⁵⁻⁷. In rural areas women, facing various barriers related to the access to health services, are often diagnosed at an advanced-stage of cancer disease ⁸⁻⁹.

Except for the socio-economic parameters mentioned above, women's screening performance is also influenced by the physician's counseling and the organizational support for the delivery of prevention in the Health Care system. Low adherence is related to the lack of health insurance coverage ¹⁰, the absence of call-recall systems especially in rural settings ¹¹ and to difficulties in arranging appointments at the screening center ¹². In contrast, a Primary Care practitioner's recommendation has been pointed out as the most potent factor for the use of screening mammography ¹³⁻¹⁵. Through a continuous and long-term therapeutic partnership, GPs have a great opportunity to intervene in the women's screening behavior and, when practicing in remote areas, to contribute to a more equitable use of the prevention services ¹⁶.

In Greece, currently, there is no national policy for the early detection of cancer; mammographic screening, mainly provided in public hospitals and private clinics, is opportunistic and funded by the Health Insurance organisms. Access is free of charge in the public Primary Care practices, which- almost all- exist in rural and semi-urban areas. However, the absence of patient registers and call-recall systems inhibits the estimation of screening rates as well as the identification and monitoring of individuals at high cancer risk. Based on a cross-sectional study in a representative sample of the general Greek population, in 2006, 53.8% of the women aged 50-69 years had a mammogram within the previous three years¹⁷. Very limited data exist about the screening practices of women living in rural areas of the country.

The present study aims to investigate the factors which determine the breast cancer screening practices of a rural population in Greece, with emphasis on repeat Mammography within the previous six years, and to focus on the role of Primary Care practitioners in promoting cancer early detection in community.

Methodology

The study took place in a rural district of about 3,000 inhabitants in Crete (an island of the Mediterranean Sea, with a total population of 600, 000). The economy of this region depends largely on agriculture. PHC services are provided by a Health Center and two Rural Clinics, all government supported and staffed with specialized GPs. Free access is ensured for the total of the population, including immigrants and uninsured people. Two public hospitals, both equipped with a Mammography Unit, are also accessible at a distance of 25–30 km.

A cross-sectional study was conducted during 2006 in women aged 35–75 years, having their permanent residence in the area. A sample size of 120 females was estimated as sufficient using a 50% proportion, an error margin of 8% and a confidence level of 95%. A 15% increase in the estimated sample was set to compensate for possible non-response of selected individuals. A random number generator was used. A total of 145 women were invited to participate in the survey; a personal letter was sent to all of them by the University, in order to provide information about the process and the aims of the study. Out of the 145 women, 22 were excluded due to change of residence and three refused to participate. The final response rate was 97.5%, with a total of 120 participants. A written consent form was

signed by all respondents. The methods and the objectives of the research were approved by the Ethics Committee of the University Hospital of Crete.

The field survey was carried out through personal interviews based on a 65-item questionnaire with pre-coded answers. Interviews took place in each woman's residence and lasted approximately 45 minutes. During these sessions privacy and confidentiality were fully assured. Existing validated tools¹⁸⁻²³ were used for the development of the questionnaire and a pilot study had been previously performed to test the questions in terms of language and understanding. The questionnaire provided information about the following areas of the women's history: (i) demographic characteristics; (ii) health status (self-reported health, history of chronic diseases or symptoms, i.e., 'for the past 6 months at least, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do?'); (iii) use of health services for the following reasons: management of chronic diseases, emergencies, prevention, symptoms manifested within the last 6 months, drug prescriptions (iv) breast and cervical cancer screening practices (i.e., 'how many mammograms have you had in the last 6 years?'); (v) past medical history of gynecological diseases and family history of cancer; (vi) knowledge about screening intervals, risk factors, and misperceptions (i.e. 'in most cases breast cancer is a hereditary neoplasm' TRUE/FALSE) related to breast and cervical cancer.

The '*American Cancer Society (ACS) guidelines for the early detection of breast cancer*' (2003)²⁴ were chosen to define full screening within the past six years of the study. Women 35-39yrs who never had a Clinical Breast Exam (CBE) and those ≥ 40 yrs who never had a mammogram were classified as *non users*. *Occasional users* were women 35-39yrs who had at least once a CBE and women ≥ 40 yrs who had at least once a mammogram. *Full-screening* within the past six years was attributed to women (i) 35-39yrs, who had at least one CBE within the past 3 years (ii) 40-75 yrs who had both a) a CBE within the last year and b) at least one, two or three mammograms, for women aged 40, 41 and 42-75 years, respectively.

For the data analysis, the study sample was divided into two age groups on the basis of the sample mid-point (55 years). Most of the variables were discrete and expressed as counts and proportions. Continuous variables were expressed as mean \pm SD. Crude and adjusted odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals were estimated by using single and multiple logistic regression analysis. A backward selection model was applied in the multiple regression analysis, including the

variables without zero counts and with p value less than 0.20 in the univariate analysis. SPSS 17.0 was used for statistical analysis and the significance level was set at 5%.

Results

Considering the social characteristics of the participating women, it has been shown in previous research conducted by the authors²⁵ that the majority are Primary School graduates (60.8%) and work in farming activities (68.3%). Women who report no personal income resources are more likely to be younger ($p=0.002$) and to do the housekeeping only ($p<0.001$). The total of the sample have health insurance coverage and 86.7% are insured by the Organization of Agricultural Insurance ('OGA'). Women aged >55 years, in comparison with younger women, display an increased likelihood of having visited the Primary Care services at the regional Rural Clinics for the attendance of chronic diseases, for repeated prescriptions or the examination of symptoms manifested within the last six months.

Based on **Tables 1** and **2**, 17.5% and 13.0% of the eligible women have been screened at recommended intervals with CBE and Mammography respectively during the previous six years. Age ≤ 55 years is significantly related with higher screening rates for both procedures ($p<0.001$ for CBE and $p=0.074$ for Mammography) and, furthermore, with a greater proportion of women having had each one of these exams for preventive (and non diagnostic) reasons ($p=0.002$ for CBE and $p=0.054$ for Mammography). Overall, a minority were recommended to have a CBE (8.3%) or a mammogram (10.8%) within the last year, while the women in the older age group were less likely to receive a physician's recommendation ($p=0.022$ for CBE and $p=0.010$ for Mammography). Compared with Gynecologists or other specialists, the PHC practitioners promoted breast cancer screening to a limited degree; 7.1% of the women had the most recent CBE in a regional PHC setting and 12% were referred for their last mammogram by a GP. When asked about the reasons for not getting screened, 56.1% of the participants reported the absence of any breast symptoms as a major cause.

Table 3 presents the crude ORs for the use of breast cancer screening in relation to the women's demographic characteristics and health status. Full-screening was not related to the main occupation ($p=0.312$) or the income ($p=0.787$) of the respondents. Both models for *fully screened* versus *non/ occasional users* and *users*

versus *non users* indicate the absence of any significant association between the screening rates and either a family history of breast cancer ($p=0.777$, $p=0.250$) or a medical history of chronic disease ($p=0.739$, $p=0.539$) and limitation of daily activities ($p=0.885$, $p=0.387$). In regard to the use of health services (**Table 4**), having visited the Primary Care for chronic disease follow up ($p=0.334$, $p=0.210$) or for prevention issues ($p=0.670$, $p=0.683$) did not influence the likelihood of undergoing screening. In addition, the screening use was not increased among the women who reported having a personal doctor ($p=0.354$, $p=0.603$) and, in particular, a GP to consult on a regular basis ($p=0.401$, $p=0.717$).

The results of the multi-variate regression analysis are shown in **Table 5**. Women who have been taught how to do a breast-self exam were significantly more likely to undergo screening ($p<0.001$) and to adhere in the ACS guidelines for the early detection of breast cancer ($p=0.021$). Additionally, fully-screened women had an augmented likelihood of being ≤ 55 years ($p=0.001$) and having been questioned by a health professional about a family history of breast cancer (0.004). On the other hand, women who have got screened, in comparison with non users, had a good level of knowledge about screening ($p<0.001$) and were less likely to report any personal income resources (OR=0.11, [0.02-0.54]). Finally, even without reaching a Significance Level at 5%, the use of screening was related with a history of breast symptoms ($p=0.061$) and with the taking of family history for breast cancer by a health professional ($p=0.072$).

Discussion

One out of eight women was regularly screened for breast cancer within the period of the previous six years. Screening underperformance is not unexpected in rural and deprived areas ²⁶; in the present research, though, low adherence is also attributed to the strict definition of full-screening that was used by the Authors. In most relevant studies, screening compliance was simply defined based on the trends of the most recent mammogram in women 50-70 years. In this study, the definition of full screening is in consistency with evidence suggesting a) a clear reduction in mortality rates if screening starts at the age of 40 and b) mammography predicted benefit is ensured provided women undergo screening on a regular basis ²⁷. Greek women are not an exception to this, even though the country has currently low to intermediate breast cancer incidence rates ²⁸. The risks for both breast cancer and

death due to breast cancer are increasing globally, probably because of an increase in the prevalence of the known risk factors (obesity, late age of childbirth, null parity etc) for the disease²⁸⁻²⁹. Physicians, thereby, need to raise awareness and recommend prevention according to updated guidelines.

On the other hand, the factor of rurality has various components which may affect the people's attitude towards prevention; apart from the difficulties regarding the access to health services, rural regions have in general higher rates of chronic disease prevalence and higher rates of old, poor and less educated residents (in relation with urban areas)³⁰. In the present study, farming as main occupation, the health status (medical history of chronic diseases etc) or the income of the respondents did not have any impact on the screening rates. Surprisingly, participants who reported no personal income resources were more likely to have used screening, unlike the results of previous research³¹⁻³². The women who do not work probably have enough free time to schedule appointments for mammography and confront the transportation difficulties in order to reach the nearest hospital. Such barriers usually dissuade rural women in Crete from undertaking prevention, as already indicated by both physicians and patients in a qualitative study in Primary Care practices³³. In addition, the population under study is not medically underserved. The universal health insurance coverage and the existence of a usual source of care can absolutely explain the lack of health inequalities in regard to the use of mammography¹⁰. The only demographic parameter which was associated with full-screening was age ≤ 55 years. While older women made a more frequent use of the regional Primary Care services, they were less likely to be referred for Mammography by a physician. Elderly women usually have low attendance rates in screening and, a reason for this is not only the lack of physician's recommendation but also a low cancer risk perception shared among individuals of this age group³⁴.

From another point of view, women's screening practices were not associated with any of the variables related to the attendance in Primary Care. In fact, a thin minority of the sample received breast cancer preventive care in the context of the Rural Clinics. In the area, there is enough space for Family Physicians to sufficiently accomplish their key role in patient education and health promotion. Women have a poor understanding of the need for annual preventive mammograms, since the absence of breast symptoms was a major reason for having never been screened. In addition, a good score in knowledge about screening intervals, benefits and breast

cancer risk factors did not lead to a regular use, probably because the eligible women were not appropriately informed and recommended to do so. However, further research is needed to support this, because good knowledge without adequate community support may not necessarily result in a positive attitude towards cancer prevention ³⁵.

As previously confirmed in a qualitative survey conducted in rural areas of Crete ³³, a physician's recommendation is essential for women to overcome difficulties regarding the access to the screening services. In the current study, full-screening performance was most likely met among respondents who had a comprehensive and patient-centered approach by a physician in regard to cancer prevention (were asked about a family history of breast cancer or shown how to perform a breast-self exam). Community practitioners serving rural and disadvantaged populations have a significant role in helping people make informed decisions about their health and, thus, in addressing disparities concerning the use of the preventive services.

Nevertheless, in Greece and other European countries as well, both a heavy workload and the non provision of reimbursement are considered by GPs to be important barriers for the delivery of prevention ³⁶. In primary care practices of Greece, shortage of infrastructure and providers' insufficient skills in planning preventive interventions have almost restricted the role of General Practice in the dealing of emergencies and the issuing of prescriptions. These deficiencies had, in addition, a limiting effect on the carrying out of the present study; the lack of medical archives prevented the verification of women's responses as well as the quantification (rare-moderate-high) of the variables related to the use of Primary Health Care.

Conclusions

A physician's gender-specific preventive approach was the most potent factor predicting for a breast cancer screening use at recommended intervals. Rural women are well-intended to surpass difficulties that concern the access to the preventive services if they are adequately informed about screening. Among the diverse socio-demographic characteristics related to rurality, only women's age over fifty-five years was negatively associated with full prevention uptake. Otherwise, no disparities were observed in relation to the main occupation, the health status, the educational level or the income of the respondents. On the other hand, non users were more likely to have

misunderstood the preventive (and non diagnostic) role of screening mammography and to have attained a poor knowledge score about screening.

Primary care practitioners should further insist on the early detection of breast cancer in community, by providing women accurate information and by using effective strategies for improving screening adherence. Community-oriented practice in rural areas requires a continuous health professional teamwork approach, aiming to identify and overcome barriers regarding geographic isolation (i.e. interventions with mobile mammography), poverty, illiteracy (adequately adapted informative material) etc. The role of authorities is crucial in supporting all this. Finally, national policy is needed for the establishment of a cancer registry and the financing of organized screening programs, integrated into a broader planning for primary and secondary prevention of cancer in Greece.

References

1. National Institutes of Health (U.S.). *The NCI strategic plan for leading the nation to eliminate the suffering and death due to cancer*. Washington, D.C.?: National Cancer Institute, U.S. Department of Health and Human Services, 2006.
2. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Available from URL: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.
3. American Cancer Society. *Cancer Prevention & early Detection Facts & Figures*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2009:34-38.
4. Australian Institute of health and Welfare & National Breast and Ovarian cancer Center. *Breast Cancer in Australia: an overview*. 2009.
5. Bulliard JL, de Landtsheer JP, Levi F. Profile of women not attending in the Swiss Mammography Screening Pilot Programme. *Breast* 2004;13(4):284-9.
6. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic variations in breast cancer screening behavior among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. *Prev Med* 2002;35(2):174-80.
7. Coleman EA, O'Sullivan P. Racial differences in breast cancer screening among women from 65 to 74 years of age: trends from 1987-1993 and barriers to screening. *J Women Aging* 2001;13(3):23-39.
8. Polasek O, Kolcic I, Voncina L, Strnad M, Vuletic S, Kern J. Breast, colon, and prostate screening in the adult population of Croatia: does rural origin matter? *Rural Remote Health* 2007;7(3):749.

9. Sariego J. Patterns of breast cancer presentation in the United States: does geography matter? *Am Surg* 2009;75(7):545-9; discussion 49-50.
10. Selvin E, Brett KM. Breast and cervical cancer screening: sociodemographic predictors among White, Black, and Hispanic women. *Am J Public Health* 2003;93(4):618-23.
11. Engelman KK, Ellerbeck EF, Perpich D, Nazir N, McCarter K, Ahluwalia JS. Office systems and their influence on mammography use in rural and urban primary care. *J Rural Health* 2004;20(1):36-42.
12. Engelman KK, Cizik AM, Ellerbeck EF. Women's satisfaction with their mammography experience: results of a qualitative study. *Women Health* 2005;42(4):17-35.
13. The Royal Australian College of General Practitioners 'Green Book' Project Advisory Committee. *Putting prevention into practice. Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting (2nd edition)*. 2nd ed. south Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2006.
14. Giveon S, Kahan E. Patient adherence to family practitioners' recommendations for breast cancer screening: a historical cohort study. *Fam Pract* 2000;17(1):42-5.
15. Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;17(9):1477-98.
16. The Royal Australian College of General Practitioners. *Action on health Inequalities through General Practice III: Enhancing the role of the Royal Australian College of General Practitioners. SUMMARY REPORT*. South Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners 2005.
17. Dimitrakaki C, Boulamatsis D, Mariolis A, Kontodimopoulos N, Niakas D, Tountas Y. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *Eur J Cancer Prev* 2009;18(3):248-57.
18. Philalithis AE, Vlachonikolis I, Koukouli-Gravani S. The health survey in Archanes, part I: The health indicators (in Greek). *Materia Medica Greca* 1990;18:330-40.

19. Pitts M, Clarke T. Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Educ Res* 2002;17(6):706-14.
20. Dolan NC, Lee AM, McDermott MM. Age-related differences in breast carcinoma knowledge, beliefs, and perceived risk among women visiting an academic general medicine practice. *Cancer* 1997;80(3):413-20.
21. SHARE - Survey of Health Ageing and Retirement in Europe. Available from URL: http://www.share-project.org/t3/share/new_sites/Fragebogen/ma-Gree.pdf.
22. National Cancer Institute. Breast Cancer Risk Assessment Tool. Available from URL: : <http://www.cancer.gov/bcrisktool/> [accessed 26 October 2004].
23. Centre for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey 2000. Available from URL: ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Survey_Questionnaires/NHIS/2000/qcancerx.pdf [accessed 10 January, 2010].
24. American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. Available from URL: http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp [accessed 10 October, 2009].
25. Panagouloupoulou E, Alegakis A, Mourad TA, Sanidas E, Makrigiannakis A, Philalithis A. The role of general practitioners in promoting cervical cancer screening: a field survey in a rural area of Crete, Greece. *Eur J Cancer Prev* 2009.
26. Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg A, Langley N, Barnes I, et al. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening. *Breast Cancer Res* 2002;4(1):R1.
27. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, de Koning HJ, Draisma G, et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* 2009;151(10):738-47.
28. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res* 2004;6(6):229-39.
29. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. *N Engl J Med* 2008;358(3):213-6.
30. U.S Department of Health and Human services. Rural initiative. Rural assistance Center. Women's Health Frequently Asked Questions. Available from URL:

http://www.raconline.org/info_guides/public_health/womenshealthfaq.php#access
[accessed 10/3/2009, 2009].

31. Ross JS, Bernheim SM, Bradley EH, Teng HM, Gallo WT. Use of preventive care by the working poor in the United States. *Prev Med* 2007;44(3):254-9.

32. Luengo-Matos S, Polo-Santos M, Saz-Parkinson Z. Mammography use and factors associated with its use after the introduction of breast cancer screening programmes in Spain. *Eur J Cancer Prev* 2006;15(3):242-8.

33. Trigoni M, Griffiths F, Tsiftsis D, Koumantakis E, Green E, Lionis C. Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Womens Health* 2008;8:20.

34. Esteva M, Ripoll J, Leiva A, Sanchez-Contador C, Collado F. Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. *BMC Public Health* 2008;8:387.

35. Glanz K, National Cancer Institute (U.S.). *Theory at a glance : a guide for health promotion practice*. 2nd ed. Bethesda? Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services, National Cancer Institute, 2005.

36. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40(5):595-601.

Table 1. Clinical Breast Exam (CBE) - Screening rates and Reasons for uptake in relation with Age (n=120)

	≤55 yrs N (%)	>55 yrs N (%)	Total N(%)	P
Have been screened at least once	30 (68.2)	37 (48.7)	67 (55.8)	0.038
Have been screened at recommended intervals*	18 (40.9)	3 (3.9)	21 (17.5)	< 0.001
Have been screened within the last year	16 (36.4)	3 (3.9)	19 (15.8)	< 0.001
Specialty of the physician who did the most recent CBE				
GP in Primary Health Care	1 (3.8)	2 (10.0)	3 (6.5)	
Gynecologist or other specialty	25 (96.2)	18 (90.0)	43 (93.5)	0.402
Work Setting of the physician who did the most recent CBE				
Private Clinics	12 (44.4)	8 (27.6)	20 (35.7)	
Public Hospital	13 (48.1)	19 (65.5)	32 (57.1)	
Primary Health Care	2 (7.4)	2 (6.9)	4 (7.1)	0.395
Reasons for getting the most recent CBE				
Prevention	21 (70.0)	12 (32.4)	33 (49.3)	
Diagnostic or Other reasons	9 (30.0)	25 (67.6)	34 (50.7)	0.002
Received a Physician's Recommendation within the last year	7 (15.9)	3 (3.9)	10 (8.3)	0.022 (F< 0.036)

Table 2. Mammography - Screening rates and Reasons for uptake in relation with Age

	≤ 55 yrs N(%)	> 55 yrs N(%)	Total N (%)	P
Have been screened at least once (n=120)	25 (56.8)	35 (46.1)	60 (50.0)	0.256
Have been screened at recommended intervals (n=108)**	7 (21.9)	7 (9.2)	14 (13.0)	0.074
Age of 1 st Mammogram: ≤ 40yrs (n=120)	16 (66.7)	8 (25.8)	24 (43.6)	0.002
Have been screened within the last year (n=108)**	13 (40.6)	12 (15.8)	25 (23.1)	0.005
For the last mammogram they were motivated by (n=60)				
A Health Professional	12 (48.0)	20 (57.1)	32 (53.3)	
Other people (friends, relatives etc)	13 (52.0)	15 (42.9)	28 (46.7)	0.484
Specialty of the physician who referred for the last mammogram (n=25)				
GP in Primary Health Care	1 (8.3)	2 (15.4)	3 (12.0)	
Gynecologist or other specialty	11 (91.7)	11 (84.6)	22 (88.0)	0.588
Reasons for getting the most recent mammogram (n=60)				
Prevention	19 (76.0)	18 (51.4)	37 (61.7)	
Diagnostic or Other reasons	6 (24.0)	17 (48.6)	23 (38.3)	0.054
Received a Physician's Recommendation within the last year (n=120)	9 (20.5)	4 (5.3)	13 (10.8)	0.010 (F<0.014)
Reasons for never screened or not screened within the last 2 yrs (n=108)				
Absence of any breast symptoms	9 (56.2)	35 (60.3)	44 (59.5)	0.768
Other reasons (negligence, fear etc)	7 (43.8)	23 (39.7)	30 (40.5)	

* Within the last six years, ** Reported by women ≥40 years

Table 3. Crude ORs for the Use of Breast Cancer Screening in relation to Demographic characteristics and Health Status

	Non/ Occasional users	Fully-screened	ORs	P	Non users	Users	ORs	P
Age								
≤ 55 yrs	31 (70.5)	13 (29.5)	1.0	< 0.001	14 (31.8)	30 (68.2)	0.40 [0.18-0.87]	0.019
> 55 yrs	74 (97.4)	2 (2.6)	0.065 [0.01 – 0.30]		41 (53.9)	35 (46.1)		
Main Occupation								
Agriculture	41 (93.2)	3 (6.8)	1.0	0.312	25 (56.8)	19 (43.2)	1.0	0.183
Other Occupation	17 (81.0)	4 (19.0)	3.22 (0.65-15.9)		8 (38.1)	13 (61.9)	2.14 (0.74-6.20)	
Housekeeping	47 (85.5)	8 (14.5)	2.33 (0.58-9.35)		22 (40.0)	33 (60.0)	1.97 (0.88-4.41)	
Educational Level								
Primary school	95 (90.5)	10 (9.5)	1.0	0.009	52 (49.5)	53 (50.5)	1.0	0.032
Secondary/ higher degree	10(66.7)	5 (33.3)	4.75 [1.35 – 16.67]		3 (20.0)	12 (80.0)	3.92 [1.05-14.72]	
Marital Status								
Single/widowed	16 (100.0)	0		0.104	11 (68.8)	5 (31.2)	1.0	0.048
Married	89 (85.6)	15 (14.4)	RR*=1.17 [1.08-1.26]		44 (42.3)	60 (57.7)	RR=3.00 [0.97-9.25]	
Economic Status								
Without any income	14 (82.4)	3 (17.6)	1.0	0.787	3 (17.6)	14 (82.4)	1.0	0.032
Limited Income	76 (88.4)	10 (11.6)	0.61 (0.15-2.52)		42 (48.8)	44 (51.2)	0.22 (0.06-0.84)	
Financially independent	15 (88.2)	2 (11.8)	0.62 (0.09-4.29)		10 (58.8)	7 (41.2)	0.15 (0.03-0.73)	
Self-reported health								
Very good/Good	30 (78.9)	8 (21.1)	1.0	0.145	14 (36.8)	24 (63.2)	1.0	0.065
Moderate	59 (90.8)	6 (9.2)	0.38 (0.12-1.20)		36 (55.4)	29 (44.6)	0.47 (0.21-1.07)	
Bad/ Very bad	16 (94.1)	1 (5.9)	0.23 (0.03-2.04)		5 (29.4)	12 (70.6)	1.40 (0.41-4.81)	
Limitation of daily activities because of health problems								
	37 (88.1)	5 (11.9)	0.92 [0.23-2.89]	0.885	17 (40.5)	25 (59.5)	1.40 [0.65-2.99]	0,387
Suffer from chronic diseases								
	94 (87.9)	13 (12.1)	0.76 [0.15-3.82]	0.739	48 (44.9)	59 (55.1)	1.43 [0.45-4.55]	0,539
History of breast symptoms								
	14 (63.6)	8 (36.4)	7.43 [2.33-23.70]	<0.001	2 (9.1)	20 (90.9)	11.78 [2.61-53.15]	<0.001
1st / 2nd degree relative with breast or ovarian cancer								
	17 (89.5)	2 (10.5)	0.80 [0.16-3.85]	0.777	11 (57.9)	8 (42.1)	0.56 [0.21-1.51]	0.250

* RR= Relative Risk

Table 4. Crude ORs for the Use of Breast Cancer Screening in relation to the use of Health Services

	Non/ Occasional users	Fully-screened	ORs	P	Non users	Users	ORs	P
Have consulted a health professional for any symptom within the last 6 months (n=107)	62 (84.9)	11 (15.1)	2.84 [0.59-13.59]	0.176	27 (37.0)	46 (63.0)	2.16 [0.94-4.94]	0.066
For Emergencies they use mostly PHC^a	38 (86.4)	6 (13.6)	0.85 [0.28-2.57]	0.775	24 (54.5)	20 (45.5)	1.74 [0.82-3.69]	0.145
Have visited PHC for:								
Chronic diseases	56 (90.3)	6 (9.7)	0.58 [0.19-1.76]	0.334	25 (40.3)	37 (59.7)	1.59 [0.77-3.27]	0.210
Symptoms	29 (96.7)	1 (3.3)	0.19 [0.02-1.49]	0.080	12 (40.0)	18 (60.0)	1.37 [0.59-3.18]	0.459
Repeated Prescriptions	78 (91.8)	7 (8.2)	0.30 [0.10-0.91]	0.028	42 (49.4)	43 (50.6)	0.61 [0.27-1.36]	0.220
Prevention	41 (89.1)	5 (10.9)	0.78 [0.25-2.45]	0.670	20 (43.5)	26 (56.5)	1.17 [0.56-2.45]	0.683
>1 visits for prevention within the last year (n=45)	15 (93.8)	1 (6.3)	0.43 [0.04-4.24]	0.462	7 (43.8)	9 (56.3)	0.98 [0.29-3.34]	0.978
Have a doctor to consult on a regular basis	64 (85.3)	11 (14.7)	1.76 [0.53-5.90]	0.354	33 (44.0)	42 (56.0)	1.22 [0.58-2.55]	0.603
This doctor is a GP in PHC (n=75)	38 (82.6)	8 (17.4)	0.55 [0.13-2.26]	0.401	21 (45.7)	25 (54.3)	1.19 [0.47-3.04]	0.717
Were recommended to have a mammogram during the last year	8 (61.5)	5 (38.5)	6.06 [1.66-22.09]	0.003	4 (30.8)	9 (69.2)	2.05 [0.59-7.06]	0.248
Have been questioned by a health professional about any family history of breast cancer	18 (64.3)	10 (35.7)	9.67 [2.95-31.70]	<0.001	5 (17.9)	23 (82.1)	5.48 [1.92-15.66]	0.001
Have been taught by a health professional how to do a breast self-exam	44 (77.2)	13 (22.8)	8.86 [1.90-41.30]	0.001	12 (21.1)	45 (78.9)	7.87 [3.43-18.06]	<0.001
Breast Cancer Knowledge Score (mean ± SD)	8.55±3.30	11.13±1.96	1.39 (1.10-1.76)	0.006	7.27±3.34	10.23±2.55	1.42 (1.21-1.66)	<0.001

* RR= Relative Risk

Table 5. Adjusted ORs for the use of Breast Cancer Screening in relation with the predicting variables

Use of Breast Cancer Screening (versus non users)	OR [95%CI]	P
Report having some/enough personal income resources	0.11 [0.02-0.54]	0.006
History of breast symptoms	6.10 [0.92-40.50]	0.061
Have been questioned by a health professional about a family history of breast cancer	3.35 [0.90-12.49]	0.072
Have been taught by a health professional how to do a breast self-exam	5.90 [2.19-15.88]	< 0.001
Good Knowledge Score on Breast Cancer Screening	1.44 [1.18-1.76]	< 0.001
Use of Breast Cancer Screening according to the ACS Recommendations	OR [95%CI]	P
Age >55 years	0.05 [0.01 - 0.31]	0.001
Have been questioned by a health professional about a family history of breast cancer	8.02 [1.92 - 33.51]	0.004
Have been taught by a health professional how to do a breast self-exam	7.69 [1.36- 43.49]	0.021

