



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΤΣΙΝΤΖΙΛΙΔΑ ΜΑΡΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΕΡΕΝΙΔΗ ΘΕΟΔΩΡΑ, Επ. Καθ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ, Παν. Θεσσαλίας

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ, Καθ. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ, Παν. Θεσσαλίας

ΜΑΡΑΓΚΟΥΛΗ ΕΛΕΝΗ, ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ, Επικουρική Επμ. Β, ΠΓΝΛ

Λάρισα, 2015



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT PEOPLE WITH SECONDARY CANCER
PREVENTION**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	8
2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	10
3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ.....	12
3.1 Παράγοντες κινδύνου.....	13
3.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	14
4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.....	17
4.1 Παράγοντες κινδύνου.....	18
4.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	19
5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	21
5.1 Παράγοντες κινδύνου.....	22
5.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	23
6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	27
6.1 Παράγοντες κινδύνου.....	28
6.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	29
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
7. ΣΚΟΠΟΣ	31
8. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	31
9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	32
10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩ.....	62

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Κερενίδη Θεοδώρα, που μου ανέθεσε αυτή την εργασία και μου έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθώ με τον τομέα της προληπτικής του καρκίνου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να αποδώσω στον αδερφό μου, στον Κώστα και στους γονείς μου, χωρίς την ηθική στήριξη των οποίων, η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας δεν θα ήταν εφικτή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου σε όλο τον κόσμο. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις των πολιτών ενός νομού της ηπειρωτικής Ελλάδας για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου και του προστάτη και η αξιολόγηση της εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Υλικό και μέθοδος: Διακόσοι πολίτες από την περιοχή των Γρεβενών συμπλήρωσαν κλειστού τύπου ερωτηματολόγια που αφορούσαν στα δημογραφικά τους στοιχεία, στη γνώση του προληπτικού ελέγχου των παραπάνω καρκίνων και στο κατά πόσο τον ακολούθησαν. Διερευνήθηκε η συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας, αυτοεξέτασης μαστού, εξέτασης κατά Παπανικολάου, ειδικού προστατικού αντιγόνου, δακτυλικής εξέτασης, κολonosκόπησης και ελέγχου για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 100 άνδρες και 100 γυναίκες. Οι πολίτες διέμεναν τόσο σε αστικές όσο και σε ημιαστικές περιοχές. Όσον αφορά τις γνώσεις των πολιτών για τις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου, το 40,5% του συνόλου γνώριζε τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα και το 83,2% την κολonosκόπηση. Στο 46,7% των ανδρών ήταν γνωστή η εξέταση του ειδικού προστατικού αντιγόνου και στο 59,8% η δακτυλική εξέταση. Από τις γυναίκες, το 95,7% γνώριζε τι είναι το Τεστ Παπ, το 94,6% την αυτοεξέταση μαστών και το 95,7% τη μαστογραφία. Τα ποσοστά διενέργειας των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου ήταν για το Τεστ Παπανικολάου 89,2%, για την αυτοεξέταση μαστών 76,3%, για τη μαστογραφία 69,9%, για τον έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα 7%, για την κολonosκόπηση 15,7%, για το ειδικό προστατικό αντιγόνο 47,8% και για τη δακτυλική εξέταση 28,3%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι απαραίτητο να αυξηθούν οι γνώσεις και κυρίως η συμμετοχή των πολιτών στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ιδιαίτερα ορισμένων καρκίνων όπως του προστάτη και του εντέρου. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει το χρέος να φροντίσει ώστε οι πολίτες να πραγματοποιούν τους απαραίτητους προσυμπτωματικούς ελέγχους εξασφαλίζοντας εύκολη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Προσυμπτωματικός έλεγχος, Καρκίνος, Γνώσεις

ABSTRACT

Introduction: Cancer is the main cause of death worldwide. The aim of this study was to explore the knowledge of the citizens of a region in mainland Greece regarding secondary prevention of breast cancer, cervical cancer, colon cancer and prostate cancer and the application of the evaluation of the screening tests.

Material and method: Two hundred citizens (100 male and 100 female) from the Grevena district, completed closed type questionnaires, which concerned their personal information and their knowledge of the screening test of the above types of cancer and how long they keep track of it. In question was the frequency of the accomplished mammography, self-examination mammography, Pap test, special prostatic antigen, rectal examination, colonoscopy and check for false blood in stool.

Results: 100 men and 100 women were participated in the present study. Such citizens were living in urban areas, as in suburban areas. As for the level of knowledge of the citizens for the examination of the pre-symptomatic check, 40,5% of the total knew, what the check for false blood in stool was and 83,2% knew of the colonoscopy. The 46,7% of men were aware of the special prostatic antigen, and 59,8% of the rectal examination. From the women 95,7% knew what the Pap test was, the 94,6% of them about the self-examination mammography and 95,7% of the mammography. The percentages, which conduct the pre-examination checks were for the Pap test 89,2%, for the self-examination mammography 76,3%, 69,9% for the mammography, for the examination for false blood in stool 7%, for the colonoscopy 15,7%, for the special prostatic antigen 47,8% and for rectal examination 28,3%.

Conclutions: It is imperative to increase the knowledge and the participation of the citizens, at programs of screening test. It would be wise for the Primary Health Care to make sure that the citizens curry out pre-symptomatic checks and have an easy access to Health Care Services.

Key - Words: Pre-symptomatic check, Screening test, Cancer, Knowledge.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια γενική ονομασία που αφορά περισσότερες από 100 ασθένειες. Ξεκινά όταν τα κύτταρα σ' ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος αρχίζουν να αναπτύσσονται εκτός ελέγχου. Η ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων διαφέρει από τη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη. Αντί του θανάτου, τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να σχηματίζουν νέα μη φυσιολογικά κύτταρα. [1]

Στις μέρες μας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Περίπου 1.665.540 νέες περιπτώσεις καρκίνου αναμένεται να διαγνωσθούν το 2014. Το ίδιο έτος περίπου 585,720 Αμερικανοί αναμένεται να πεθάνουν από καρκίνο, σχεδόν 1600 άτομα ανά ημέρα. Το σχετικό ποσοστό πενταετούς επιβίωσης για όλους τους καρκίνους που έχουν διαγνωσθεί μεταξύ 2003 και 2009 είναι 68%, από 49% το 1975-1977. [2] Μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος είναι κυρίως αποτέλεσμα της έκθεσης του ατόμου σε καρκινογόνους παράγοντες και εξαρτάται άμεσα από κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου παγκοσμίως με βάση τα πιο πρόσφατα δεδομένα είναι η χρήση καπνού και αλκοόλ, η υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η απουσία σωματικής άσκησης και η έκθεση στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Παρά την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τη συσσώρευση γνώσεων γύρω από τη συγκεκριμένη νόσο δεν έχει επιτευχθεί ο έλεγχος του προβλήματος. Ο έλεγχος του καρκίνου αφορά τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες και αποτελεί μια πρόκληση για την παγκόσμια κοινότητα. Η μείωση της επίπτωσης και της θνησιμότητας από καρκίνο καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών αποτελούν πρωταρχικούς στόχους στον διεθνή αγώνα κατά του καρκίνου και προϋποθέτουν τη συστηματική εφαρμογή παρεμβάσεων προγραμμάτων πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας και παρηγορητικής φροντίδας. Μεγάλο ποσοστό των καρκίνων είναι δυνατό να προληφθούν και οι συνέπειές τους να μετριασθούν με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα των εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου εξαρτάται από το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η καταπολέμηση του καρκίνου θα πρέπει να θεωρείται ουσιαστικό τμήμα της στρατηγικής για την υγεία και η άσκηση πολιτικών για τον έλεγχό του πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. [3]

Η συμβολή των Εθνικών Προγραμμάτων Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ενήλικους στην Ελλάδα στη μείωση του φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας ασθενειών υψηλού επιπολασμού και η υστέρηση του ελληνικού συστήματος υγείας στην εφαρμογή παρόμοιων προγραμμάτων, δικαιολογεί ίσως σε ικανοποιητικό βαθμό τη χαμηλή επίδοση του συστήματος στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθήσεων. Έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, αποδεικνύει τις συνέπειες

όχι μόνο της έλλειψης ενός οργανωμένου συστήματος προσυμπτωματικών ελέγχων αλλά και της ελλιπούς ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τη σπουδαιότητα και τα οφέλη του προσυμπτωματικού ελέγχου. Σύμφωνα με το ΙΚΠΠ η διεξαγωγή των προσυμπτωματικών ελέγχων βρίσκεται σε ανησυχητικά χαμηλά επίπεδα στην Ελλάδα και η ενημέρωση των Ελλήνων, σχετικά με τα οφέλη της, σε αρκετές περιπτώσεις ανύπαρκτη. [4]

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει εθνικός σχεδιασμός προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου, εκτός από πρόχειρες προσπάθειες και γι' αυτό κρίνεται αναγκαία η αύξηση της συμμετοχής του πληθυσμού σε δράσεις και προγράμματα ατομικού και ομαδικού προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα είδη καρκίνου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο όρος «καρκίνος» ή «κακοήθεις νεοπλασίες» αναφέρεται σε μια ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Πρόκειται για την υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας της καρκινογένεσης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και κατ' επέκταση στα διάφορα όργανα και ιστούς. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου. [5]

Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου σε όλο τον κόσμο, αντιπροσωπεύοντας 8,2 εκατομμύρια θανάτους το 2012. Οι πιο κοινές αιτίες θανάτου από καρκίνο είναι:

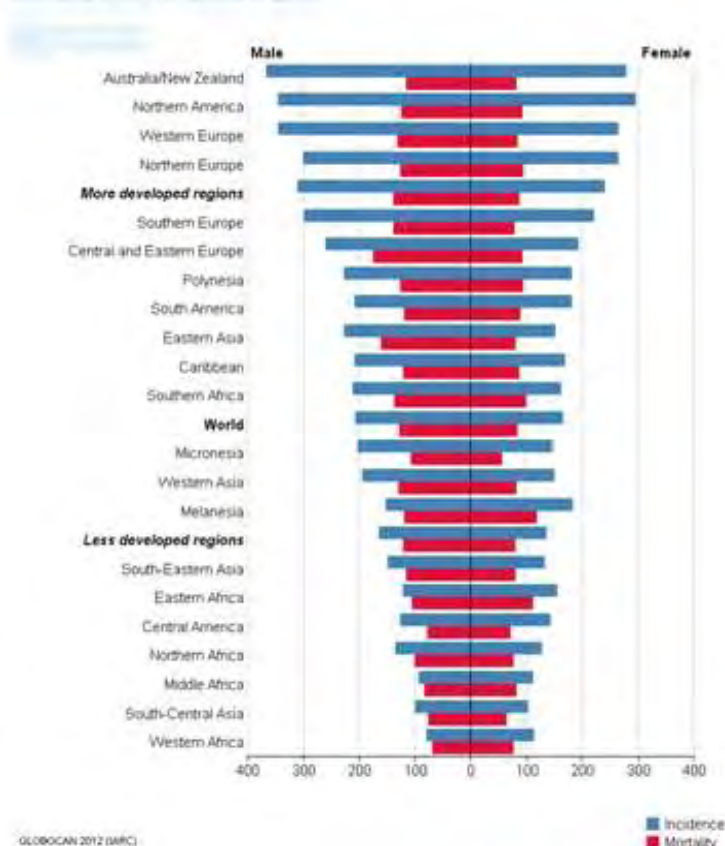
- Ο καρκίνος του πνεύμονα (1,59 εκατομμύρια θάνατοι)
- Ο καρκίνος του ήπατος (745,000 θάνατοι)
- Ο καρκίνος του στομάχου (723,000 θάνατοι)
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (694,000 θάνατοι)
- Ο καρκίνος του μαστού (521,000 θάνατοι)
- Ο καρκίνος του οισοφάγου (400,000 θάνατοι)

Ο καρκίνος προκύπτει από ένα μόνο κύτταρο. Η μετατροπή από ένα φυσιολογικό κύτταρο σε ένα κύτταρο όγκου είναι μια διαδικασία πολλαπλών σταδίων, τυπικά μια εξέλιξη από μια προκαρκινική βλάβη σε κακοήθεις όγκους. Η χρήση του καπνού, η χρήση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο σε όλο τον κόσμο. Χρόνιες λοιμώξεις από ηπατίτιδα Β (HBV), ηπατίτιδα C (HCV) και ορισμένα είδη του ιού των

ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι κύριοι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Ο καρκίνος του τραχήλου, ο οποίος προκαλείται από τον ιό HPV είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών στις χώρες χαμηλού εισοδήματος. [6]

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Globocan το 2012 σε όλο τον κόσμο υπήρχαν 14,1 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου, 8,2 εκατομμύρια θάνατοι από καρκίνο και 32,6 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με τον καρκίνο (εντός 5 ετών από τη διάγνωση) (Εικόνα 1). Το 57% των νέων περιπτώσεων του καρκίνου, το 65% των θανάτων από καρκίνο και το 48% που επιβιώνει 5 έτη από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου, είναι ποσοστά που αφορούν τις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες. Η συνολική ηλικία του τυποποιημένου ποσοστού επίπτωσης του καρκίνου είναι σχεδόν 25% υψηλότερη στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες, με ποσοστά, 205 και 165 ανά 100,000 αντίστοιχα. Τα ποσοστά εμφάνισης στους άνδρες διαφέρουν σχεδόν 5 φορές στις διάφορες περιοχές του κόσμου, με ποσοστά που κυμαίνονται από 79 ανά 100,000 στη Δυτική Αφρική σε 365 ανά 100,000 στην Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία (με τα υψηλότερα ποσοστά να αφορούν τον καρκίνο του προστάτη). Υπάρχει μικρότερη διαφοροποίηση στα ποσοστά εμφάνισης στις γυναίκες (σχεδόν 3 φορές) με τιμές που κυμαίνονται από 103 ανά 100,000 σε Νότιο-Κεντρική Ασία έως 295 ανά 100,000 στη Βόρεια Αμερική. Από άποψη θνησιμότητας, υπάρχει μικρότερη μεταβλητότητα στις περιφέρειες απ' ό τι στη συχνότητα. Υπάρχει 15% υψηλότερη θνησιμότητα στις ανεπτυγμένες περιφέρειες σε σχέση με τις λιγότερο ανεπτυγμένες στους άνδρες και 8% υψηλότερη στις γυναίκες. Στους άνδρες, τα ποσοστά είναι υψηλότερα στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (173 ανά 100,000) και το χαμηλότερο στη Δυτική Αφρική (69). Αντίθετα τα υψηλότερα ποσοστά στις γυναίκες είναι στη Μελανησία (119) και την Ανατολική Αφρική (111) και το χαμηλότερο στην Κεντρική Αμερική (72) και Νότιο-Κεντρική Ασία (65). [7]

Εικόνα 1: Εκτιμώμενη ηλικία, συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητα του καρκίνου: και τα δύο φύλα (Πηγή: GLOBOCAN, 2012)



2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Με τον όρο «πρόληψη του καρκίνου» εννοούμε τη μείωση του κινδύνου του καρκίνου, με την εξάλειψη ή μείωση της επαφής με οτιδήποτε είναι γνωστό ότι προκαλεί καρκίνο, με την αλλαγή των συνθηκών που συμβάλλουν στον καρκίνο (όπως η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης) ή με τη χρήση φαρμάκων που παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη του καρκίνου. Συμπεριλαμβάνονται οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η διακοπή του καπνίσματος που μειώνει για παράδειγμα τον αριθμό των ανθρώπων που θα πάθουν καρκίνο των πνευμόνων καθώς και άλλες μορφές καρκίνου. [8] Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Ως πρωτογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη μέτρων που μειώνουν την έκθεση ή αναστέλλουν τις συνέπειες από την έκθεση του ατόμου σε παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας νόσου. Στην περίπτωση του καρκίνου, οι παράγοντες αυτοί μπορεί είτε να πυροδοτούν την έναρξη, είτε να επάγουν στη συνέχεια τη διαδικασία της καρκινογένεσης. Ως δευτερογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη κατάλληλων μέτρων από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, που θα επιτρέψουν είτε την πρόωμη διάγνωση προκαρκινικών καταστάσεων είτε τη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται επίσης και ως «προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «μαζικός ασυμπτωματικός πληθυσμιακός

έλεγχος» ή «screening». Ως τριτογενής πρόληψη ορίζεται η πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση υποτροπών της νόσου, μετά από την αρχική διάγνωση και θεραπεία στο πλαίσιο της μετέπειτα παρακολούθησης (follow up). [9]

Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο καρκίνος είναι μια πάθηση για την οποία έχουν ενοχοποιηθεί ποικίλες μεταλλάξεις του γενετικού υλικού. Για τις μεταλλάξεις αυτές καθοριστικό ρόλο παίζουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες, για τους οποίους τόσο τα άτομα, όσο και οι οργανωμένες κοινωνίες μπορούν να παρέμβουν. Οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Εκτός από τους ατομικούς, υπάρχουν και οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου. Άτομα χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου έχουν μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα ανεπαρκή πρόληψη, διάγνωση του καρκίνου σε πιο προχωρημένα στάδια και πλημμελή θεραπεία. Τέλος, υπάρχουν και οι λοιμογόνοι παράγοντες, όπως οι ιοί της Ηπατίτιδας Β και C καθώς και ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και μια σειρά από περιβαλλοντικούς παράγοντες που αφορούν τον σύγχρονο τρόπο ζωής (ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες) που φαίνεται να σχετίζονται με συγκεκριμένες μορφές κακοηθών νεοπλασιών. [10]

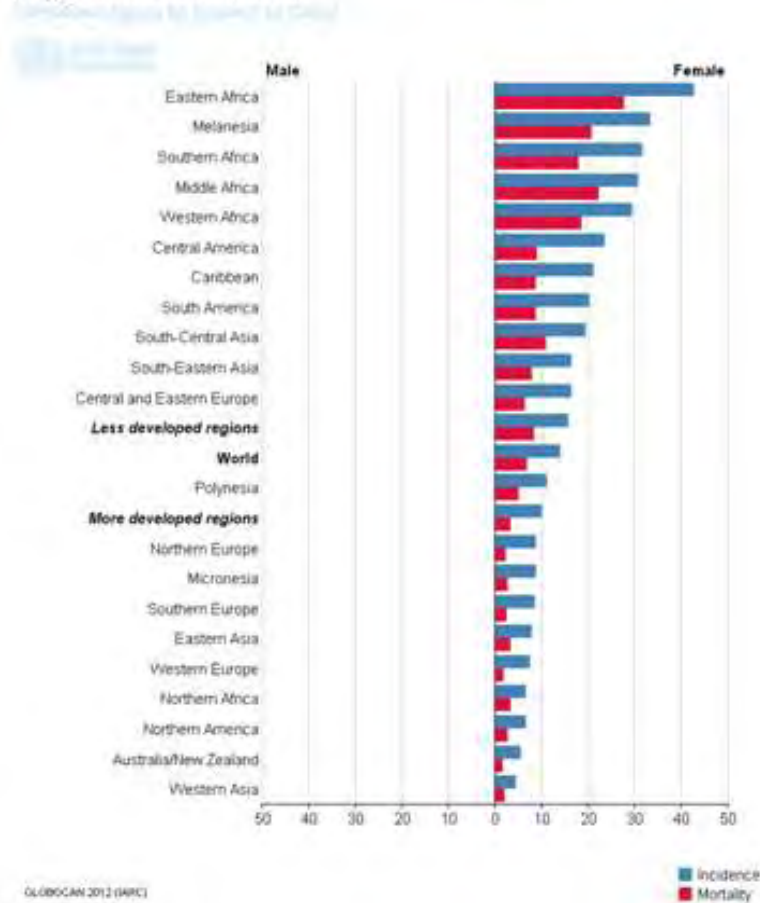
Τουλάχιστον το ένα τρίτο όλων των περιπτώσεων καρκίνου μπορούν να προληφθούν. Η πρόληψη προσφέρει τη μακροπρόθεσμη στρατηγική πιο αποδοτική για τον έλεγχο του καρκίνου. Η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για την επιτυχή θεραπεία. Υπάρχουν δύο βασικά συστατικά της έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου: η εκπαίδευση για την προώθηση της έγκαιρης διάγνωσης και του ελέγχου. [11] Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ξεκινήσει οι νοσογόνοι παθογενετικοί μηχανισμοί και στοχεύει πρώτον, στην προσυμπτωματική διάγνωση, δηλαδή στη διάγνωση της νόσου πριν παρουσιάσει συμπτώματα ή στη διάγνωση της πάθησης σε πρώιμο στάδιο, δεύτερον, στην καταστολή των παθογενετικών μηχανισμών και τρίτον, στη μη εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων της πάθησης ή στον πλήρη έλεγχο και στην ύφεσή τους, χωρίς να προκαλούνται λειτουργικές ή άλλες υπολειμματικές βλάβες. Ο κίνδυνος για ασθένεια ανιχνεύεται μέσω προσυμπτωματικών ελέγχων σε υγιή πληθυσμό για να προσδιοριστούν τα άτομα που πιθανόν να πάσχουν από μία νόσο, χωρίς να έχουν εμφανιστεί τα συμπτώματα. Αφορούν κυρίως την καρδιαγγειακή νόσο, τον διαβήτη, καρκίνους, τη στοματική υγεία, την οστεοπόρωση, και άλλα νοσήματα. Εφαρμόζονται στις περιπτώσεις που η πρόωπη διάγνωση της νόσου συμβάλλει στη θεραπεία ή την καταστολή της. [12]

3.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Με βάση τα στοιχεία της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ο τράχηλος της μήτρας είναι το μέρος εκείνο του γυναικείου γενετικού συστήματος που βρίσκεται στο κάτω στενότερο μέρος της μήτρας και ενώνει τη μήτρα με τον κόλπο. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό όριο της μήτρας (η οποία είναι κοίλο όργανο με σχήμα αχλαδιού εντός του οποίου επιτυγχάνεται η ανάπτυξη του εμβρύου κατά την εγκυμοσύνη). Οδηγεί από την έξοδο της μήτρας στην είσοδο του κόλπου (γεννητική οδός). Ο καρκίνος του τραχήλου είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοήθων (καρκινικών) κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στο σύνολό τους οδηγούν στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου. Προοδευτικά, τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές είναι ο επιθηλιακός καρκίνος (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το αδενοκαρκίνωμα (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού (ενδοτράχηλος). [13], [14]

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Ερευνών για τον Καρκίνο, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η τέταρτη πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες και η έβδομη συνολικά, με κατ' εκτίμηση 528,000 νέες περιπτώσεις το 2012 (Εικόνα 2). Όπως και με τον καρκίνο του ήπατος, μια μεγάλη πλειοψηφία (περίπου 85%) της παγκόσμιας επιβάρυνσης συμβαίνει στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες, όπου αντιπροσωπεύει περίπου το 12% όλων των γυναικείων καρκίνων. Στις περιοχές υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται η Ανατολική Αφρική (42,7%), η Μελανησία (33,3%), η Νότια (31,5) και η Μέση (30,6) Αφρική. Οι τιμές είναι χαμηλότερες στην Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία (5,5) και τη Δυτική Ασία (4,4). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παραμένει η πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες στην Ανατολική και Κεντρική Αφρική. Υπήρχαν κατ' εκτίμηση 266,000 θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε όλο τον κόσμο το 2012 αντιπροσωπεύοντας το 7,5% του συνόλου των θανάτων γυναικών από καρκίνο. Σχεδόν το 87% των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συμβαίνουν στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες. Η θνησιμότητα ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων περιοχών του κόσμου, με ποσοστά που κυμαίνονται από 2 ανά 100,000 στη Δυτική Ασία, τη Δυτική Ευρώπη και την Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία σε περισσότερες από 20 ανά 100,000 στη Μελανησία (20,6), στην Κεντρική (22,2) και Ανατολική (27,6) Αφρική. [15]

Εικόνα 2: Εκτιμώμενη επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
(Πηγή: GLOBOCAN, 2012)



3.1 Παράγοντες κινδύνου

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ο πιο σημαντικός είναι η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Ο HPV έχει περισσότερα από 150 στελέχη, ορισμένα από τα οποία προκαλούν θηλώματα ή αλλιώς κονδυλώματα. Ο HPV μπορεί να μολύνει κύτταρα της επιφάνειας του δέρματος, του πρωκτού, του στόματος και του λαιμού, αλλά όχι το αίμα ή εσωτερικά όργανα όπως η καρδιά και οι πνεύμονες. Μπορεί να μεταδοθεί από το ένα άτομο στο άλλο κατά τη διάρκεια της επαφής με το δέρμα. Επίσης μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, συμπεριλαμβανομένων της κολπικής και στοματικής επαφής και το στοματικό σεξ. Ο HPV6 και ο HPV11 είναι δύο τύποι του ιού που προκαλούν στις περισσότερες περιπτώσεις κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα. Σπάνια συνδέονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και γι' αυτό ονομάζονται χαμηλού κινδύνου. Οι υψηλού κινδύνου τύποι του ιού είναι ο HPV16, HPV18, HPV31, HPV33 και HPV45. Αυτοί οι τύποι συνδέονται στενά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του κόλπου στις γυναίκες και με τον καρκίνο του πέους, του πρωκτού και του στόματος στους άνδρες. Μέχρι σήμερα θεωρείται ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη καρκίνου του

τραχήλου της μήτρας είναι η μόλυνση από τον ιό HPV. Παρατηρήθηκε όμως ότι οι περισσότερες γυναίκες που είναι μολυσμένες με τον ιό, δεν αναπτύσσουν καρκίνο. Πιστεύεται λοιπόν ότι και άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τον κίνδυνο είναι το κάπνισμα. Οι γυναίκες που καπνίζουν έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου σε σχέση με εκείνες που δεν καπνίζουν. Το κάπνισμα έχει πολλά χημικά που μεταφέρονται μέσω του αίματος σε άλλα όργανα του σώματος. Ουσίες που περιέχονται στον καπνό έχουν βρεθεί στον τράχηλο των γυναικών που καπνίζουν. Άλλος παράγοντας είναι η διατροφή. Γυναίκες που δεν περιλαμβάνουν στη διατροφή τους πολλά φρούτα και λαχανικά έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου. Το αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο αφού δεν μπορεί να επιβραδύνει την ανάπτυξη και την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων και να τα καταστρέψει. Ο κίνδυνος αυξάνεται με τη μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, αλλά επανέρχεται σταδιακά στα φυσιολογικά επίπεδα μόλις διακοπεί η λήψη τους. Η ύπαρξη άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης από τον HPV. Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει και το οικογενειακό ιστορικό, αφού ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να είναι κληρονομικός. Αν η μητέρα μιας γυναίκας ή η αδερφή είχε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι πιθανότητες εμφάνισης της νόσου είναι 2 έως 3 φορές υψηλότερη απ' ό,τι αν δεν έπασχε κανείς στην οικογένεια. [16], [17]

3.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Από στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων προκύπτει ότι ο θεμελιώδης στόχος του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η πρόληψη της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο έλεγχος περιλαμβάνει το τεστ Παπανικολάου και τη δοκιμασία ελέγχου για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρέπει να ξεκινάει στην ηλικία των 21 χρόνων. Οι γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 21 χρόνων δεν πρέπει να εξετάζονται ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας ή άλλους παράγοντες κινδύνου. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι σπάνιος σε νεαρές γυναίκες και εφήβους και δεν μπορεί να προληφθεί με κυτταρολογική εξέταση. Οι γυναίκες σε οποιαδήποτε ηλικία δεν πρέπει να ελέγχονται ετησίως από οποιαδήποτε μέθοδο διαλογής. Τα χρονικά διαστήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου συνιστώνται με βάση την ηλικία και το ιατρικό ιστορικό. Οι γυναίκες ηλικίας 21-29 ετών θα πρέπει να κάνουν ένα τεστ Παπανικολάου κάθε 3 χρόνια στην περίπτωση που τα αποτελέσματα του πρώτου τεστ Παπανικολάου ήταν αρνητικά. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας είναι η λοίμωξη από τον ιό HPV. Υπάρχει η δυνατότητα ανίχνευσης τμημάτων DNA του ιού σε κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Η δοκιμή ονομάζεται HPV DNA τεστ και γίνεται όμοια με το τεστ

Παπανικολάου. Η δοκιμασία ελέγχου για τον ιό HPV δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέρος του προσυμπτωματικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 30 ετών. Οι γυναίκες άνω των 30-65 ετών θα πρέπει να ελέγχονται με τεστ Παπανικολάου κάθε 3 χρόνια, αν τα προηγούμενα αποτελέσματα ήταν αρνητικά ή να κάνουν τεστ Παπανικολάου και έλεγχο δοκιμασίας για τον ιό HPV κάθε 5 χρόνια. Το HPV DNA τεστ μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες που έχουν ελαφρώς ανώμαλα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου (ASC-US). Οι γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαιτίας καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος (για παράδειγμα HIV λοίμωξη, μεταμόσχευση οργάνου ή μακροχρόνια χρήση στεροειδών) μπορεί να χρειαστεί να υποβάλλονται σε έλεγχο πιο συχνά. Σ' αυτή την περίπτωση θα πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες της ομάδας παρακολούθησης. Οι γυναίκες άνω των 65 ετών, με αρνητικό προηγούμενο έλεγχο και χωρίς ιστορικό CIN2 μέσα στα τελευταία 20 χρόνια δεν θα πρέπει να ελέγχονται για καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας με οποιονδήποτε τρόπο, ακόμα και αν έχουν εκτεθεί σε νέο σεξουαλικό σύντροφο. Στην περίπτωση που υπάρχει ιστορικό CIN2, CIN3 ή αδενοκαρκίνωμα in situ, μετά την κατάλληλη διαχείριση των CIN2, CIN3, θα πρέπει να συνεχιστεί ο έλεγχος ρουτίνας για τουλάχιστον 20 έτη. Όσες υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή σε οποιαδήποτε ηλικία και χωρίς ιστορικό CIN2 δεν θα πρέπει να ελέγχονται για καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας με καμία μέθοδο, ακόμα και αν έχουν εκτεθεί σε νέο σεξουαλικό σύντροφο και χωρίς να είναι απαραίτητο ο προηγούμενος έλεγχος να είναι αρνητικός. Εκείνες που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή, χωρίς την αφαίρεση του τραχήλου πρέπει να συνεχίσουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σύμφωνα με τις παραπάνω οδηγίες. Τέλος, οι γυναίκες που έχουν εμβολιασθεί κατά του ιού HPV πρέπει να εξακολουθούν να ελέγχονται σύμφωνα με τις παραπάνω κατευθυντήριες γραμμές.

Αν και ο ετήσιος έλεγχος δεν συνιστάται, οι γυναίκες με μη φυσιολογικά αποτελέσματα της εξέτασης, μπορεί να χρειαστεί να υποβληθούν σε τεστ Παπανικολάου και μερικές φορές και σε δοκιμασία για τον ιό HPV σε 6 μήνες ή 1 χρόνο. Οι οδηγίες της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν ισχύουν για τις γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες με διαγνωσμένο καρκίνο θα πρέπει να υποβάλλονται συνεχώς σε έλεγχο, όπως ορίζεται από την εκάστοτε ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. [18],[19],[20]

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες της νησιωτικής χώρας σχετικά με τη χρήση των μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, διαπιστώθηκε ότι το τεστ Παπ είναι η συχνότερα πραγματοποιούμενη εξέταση. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται με τη χρήση των προληπτικών εξετάσεων, καθώς γυναίκες χαμηλού εισοδήματος εμφανίζουν μικρότερη χρήση των προληπτικών εξετάσεων. Σύμφωνα

με μελέτη στις ΗΠΑ, γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είναι πιθανό να είναι ανασφάλιστες και να μην έχουν πόρους φροντίδας. Το ποσοστό πραγματοποίησης του Παπ τεστ στο σύνολο του δείγματος, τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής ήταν 87%. Οι εργαζόμενες, οι υψηλού εισοδήματος γυναίκες και με ανώτερη εκπαίδευση, καθώς και οι έγγαμες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη διενέργεια τεστ Παπ. Το εύρος του εξεταζόμενου πληθυσμού ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα. Για παράδειγμα στην Αγγλία, 83% των γυναικών ηλικίας 25-64 ετών ελέγχονται στα συνιστώμενα χρονικά διαστήματα σε σύγκριση με το 53-74% των γυναικών στην Ιταλία, ηλικίας 25-64 ετών. [21]

Οι επαγγελματίες υγείας, παρά τη θεωρητική τους κατάρτιση, συχνά φαίνεται να μην γνωρίζουν επακριβώς την επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, την αιτιολογία του, καθώς και τις δυνατότητες πρόληψής του. Η πλειοψηφία των γυναικών, 64% γνωρίζει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι σε μεγάλο ποσοστό ιάσιμος. Αναφορικά με τις απόψεις των γυναικών για την αιτιολογία της νόσου, λιγότερες από τις μισές, 38% γνωρίζουν ότι συνδέεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη της νόσου, ποσοστό 46% των γυναικών γνωρίζει ότι βάση της πρόληψης είναι το τεστ Παπανικολάου. 1 στις 10 περίπου γυναίκες δείχνει να αγνοεί τη μέθοδο πρόληψης. Σχετικά με τον ακριβή σκοπό του τεστ Παπανικολάου το 60% των γυναικών του δείγματος γνώριζαν ακριβώς γιατί γίνεται το τεστ. Τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης δείχνουν ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας είναι μεν ενήμερες για τις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο η γνώση τους δεν είναι πλήρης. [22]

Συγχρονική έρευνα που διεξήχθη σε 96 γυναίκες κινεζικής καταγωγής και σε 132 γυναίκες ασιατικής καταγωγής έδειξε ότι το 25% των συμμετεχόντων είτε δεν είχε κάνει ποτέ test Pap ή δεν ήξερε αν είχε κάνει test Pap. Υπήρχε μεγαλύτερη έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη σχέση του ιού HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες κινεζικής καταγωγής, σε σχέση με τις γυναίκες ασιατικής καταγωγής. Ανεξάρτητα από την εθνικότητα, την εκπαίδευση ή το εισόδημα, όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κακή γνώση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ιού HPV. [23]

Από σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Florianο στη βορειοανατολική Βραζιλία διαπιστώθηκε ότι όσον αφορά το βαθμό της γνώσης σχετικά με τη δοκιμή, το 94,5% των γυναικών που ερωτήθηκαν είχαν ακούσει για το test Pap, αλλά μόνο το 36,7% είχε επαρκή γνώση της δοκιμής. Ως κύρια πηγή πληροφόρησης των συμμετεχόντων σχετικά με τη δοκιμή αναφέρθηκε ο γιατρός κατά 44,2%, ενώ οι φίλοι και οι συγγενείς αναφέρθηκαν από το 19,5% των συμμετεχόντων. Το 75,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε υποβληθεί στη διαδικασία κάποια στιγμή, ενώ το 21,4% ανέφερε ότι δεν είχε υποβληθεί στη δοκιμή. [24]

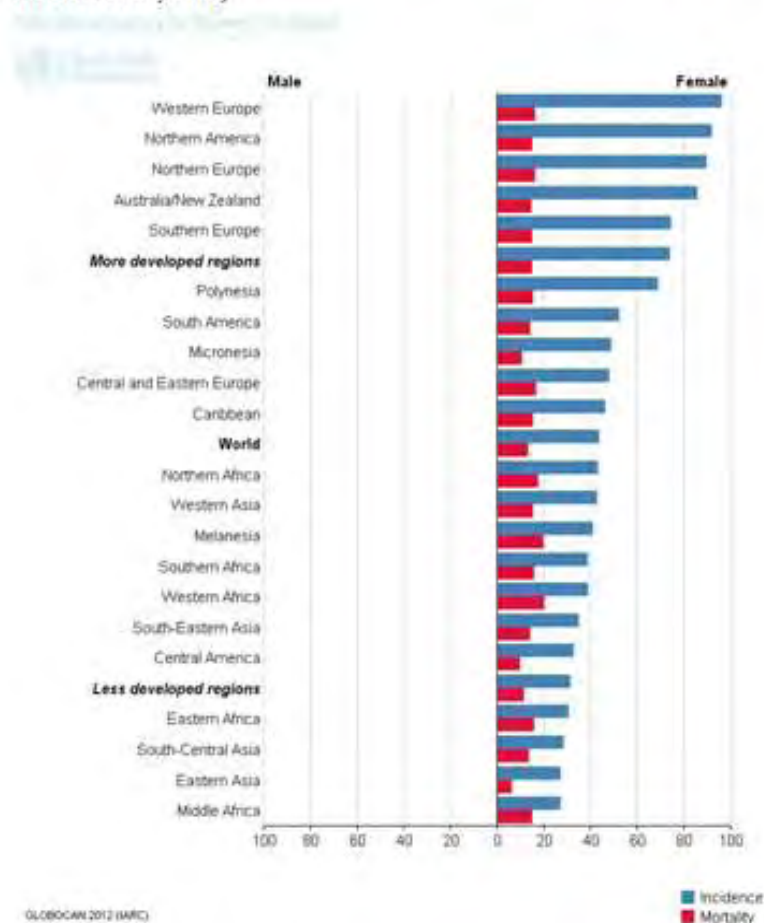
Αντίστοιχα έρευνα που έγινε σε 2.845 γυναίκες στις Μαλβίδες βρέθηκε ότι μόνο το 18,4% είχε ακούσει ότι υπάρχει το test Pap. Από τις 524 γυναίκες που γνώριζαν ότι υπάρχει το test Pap μόνο οι 176 (33,6%) έκαναν test Pap τουλάχιστον μία φορά. [25]

4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ανατομικά οι μαστοί βρίσκονται στο θωρακικό τοίχωμα και αναπτύσσονται στις γυναίκες στη διάρκεια της ήβης, όταν δηλαδή αρχίσουν να παράγονται οι γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα, προγεστερόνη) από τις ωοθήκες. Ο μαστός αποτελείται από 15-20 λόβια, τα οποία περιέχουν πολλά μικρά λοβίδια, που με τη σειρά τους περιέχουν αδένες που παράγουν το γάλα. Μεταξύ των λοβιδίων και των πόρων υπάρχει λίπος. Οι μαστοί λοιπόν είναι όργανα που χρησιμεύουν για να παράγουν το γάλα και αποτελούνται από διάφορους ιστούς (αδενικός, λιπώδης, μυϊκός) που με τη σειρά τους αποτελούνται από διάφορα κύτταρα (αδενικά κύτταρα που παράγουν το γάλα, λιπώδη κύτταρα που στηρίζουν το μαστό, μυϊκά κύτταρα που βοηθούν στην έκκριση του γάλακτος). Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από αδενικά κύτταρα των πόρων και των λοβιδίων. [26], [27]

Βάσει των στατιστικών δεδομένων της Globocan ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη πιο κοινή μορφή καρκίνου στον κόσμο και με μεγάλη διαφορά ο πιο συχνός καρκίνος μεταξύ των γυναικών. Κατ' εκτίμηση 1,670,000 νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2012 (25% όλων των καρκίνων) (Εικόνα 3). Είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες τόσο σε ανεπτυγμένες (794,000) όσο και σε λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές με ελαφρώς περισσότερες περιπτώσεις σε λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές (883,000 περιπτώσεις). Τα ποσοστά εμφάνισης διαφέρουν στις διάφορες περιοχές του κόσμου και κυμαίνονται από 27 ανά 100,000 στην Κεντρική Αφρική και την Ανατολική Ασία έως 96 στη Δυτική Ευρώπη. Ο καρκίνος του μαστού είναι η πέμπτη αιτία θανάτου από καρκίνο συνολικά (522,000 θάνατοι) και η πιο συχνή αιτία θανάτου στις γυναίκες στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες (324,000 θάνατοι, 14,3% του συνόλου). Είναι σήμερα η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις ανεπτυγμένες περιφέρειες (198,000 θάνατοι, 15,4%) μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Το εύρος των ποσοστών θνησιμότητας μεταξύ των περιφερειών του κόσμου είναι μικρότερο από εκείνο της επίπτωσης, λόγω της μεγάλης επιβίωσης στις ανεπτυγμένες περιφέρειες, με ποσοστά που κυμαίνονται από 6 ανά 100,000 στην Ανατολική Ασία έως 20 ανά 100,000 στη Δυτική Αφρική. [28]

Εικόνα 3: Εκτιμώμενη επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού (Πηγή: GLOBOCAN, 2012)



4.1 Παράγοντες κινδύνου

Έχει αποδειχθεί ότι αρκετοί παράγοντες κινδύνου ευθύνονται για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, στις περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν είναι δυνατό να εντοπιστούν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κατά 2 φορές. Μερικές μεταλλάξεις, ιδιαίτερα στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 και στο p53 υποδηλώνουν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Όμως αυτές οι μεταλλάξεις είναι σπάνιες και αντιπροσωπεύουν ένα μικρό μέρος της συνολικής επιβάρυνσης του καρκίνου του μαστού. Η παρατεταμένη έκθεση σε ενδογενή οιστρογόνα, όπως η πρόωγη εμμηνарχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και ο πρώτος τοκετός σε μεγάλη ηλικία είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου. Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Το 21% των θανάτων από καρκίνο του μαστού σε όλο τον κόσμο οφείλονται στη χρήση αλκοόλ, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, καθώς και στην έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο στις χώρες υψηλού εισοδήματος (27%) και οι πιο σημαντικοί παράγοντες ήταν το

υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία. Σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος το ποσοστό των καρκίνων του μαστού που οφείλεται σ' αυτούς τους παράγοντες κινδύνου είναι 18%, ενώ η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας υπήρξε καθοριστικός παράγοντας (10%). Η αυξανόμενη υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είναι ένας σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις χώρες αυτές. [29]

4.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Στόχος της εξέτασης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η ανίχνευση του καρκίνου, πριν ακόμα εμφανιστούν τα συμπτώματα. Οι καρκίνοι στο μαστό που διαγιγνώσκονται όταν υπάρχουν συμπτώματα, είναι μεγαλύτεροι και πιθανόν να έχουν εξαπλωθεί πέραν του μαστού. Οι καρκίνοι που βρέθηκαν κατά τη διάρκεια προσυμπτωματικών ελέγχων είναι μικρότεροι και περιορίζονται στο στήθος. Οι περισσότεροι γιατροί πιστεύουν ότι η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού μπορεί να σώσει χιλιάδες ζωές κάθε χρόνο και περισσότερες ακόμα θα σώζονταν αν οι γυναίκες και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης εκμεταλλεύονταν σωστά τις οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. [30]

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η μόνη μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού που έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική είναι η μαστογραφία. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος με μαστογραφία είναι δαπανηρός και οικονομικά αποδοτικός και εφικτός σε χώρες με καλές υποδομές υγείας που μπορούν να αντέξουν οικονομικά μακροπρόθεσμα οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου βάσει του πληθυσμού. Σε χώρες με περιορισμένους πόρους θα μπορούσε να εφαρμοστεί η κλινική εξέταση μαστού, που είναι μια προσέγγιση ελέγχου χαμηλότερου κόστους. [31]

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία συστήνει σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω να κάνουν μια μαστογραφία κάθε χρόνο και να συνεχίζουν για όσο χρονικό διάστημα είναι καλά στην υγεία τους. Ειδικότερα, πρόσφατα στοιχεία επιβεβαίωσαν ότι οι μαστογραφίες προσφέρουν σημαντικό όφελος για τις γυναίκες στα 40 τους. Οι γυναίκες μπορούν να αισθάνονται σίγουρες για τα οφέλη που σχετίζονται με τακτικές μαστογραφίες για την εύρεση του καρκίνου νωρίς. Ωστόσο οι μαστογραφίες έχουν περιορισμούς. Κάποιες μορφές καρκίνου μπορεί να ξεφύγουν απ' τη μαστογραφία και αυτό μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση άλλων παθολογικών καταστάσεων. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τα οφέλη και τους περιορισμούς που συνδέονται με ετήσιες μαστογραφίες. Παρά τις αδυναμίες τους, οι μαστογραφίες είναι ακόμα, ένα πολύ αποτελεσματικό και πολύτιμο εργαλείο για τη μείωση του πόνου και του θανάτου από καρκίνο του μαστού. Οι μαστογραφίες πρέπει να συνεχίζονται ανεξάρτητα απ' την ηλικία της γυναίκας, εφόσον

δεν έχει σοβαρά, χρόνια προβλήματα υγείας, όπως συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική νόσο τελικού σταδίου, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο και μέτρια έως σοβαρή άνοια. Η ηλικία από μόνη της δεν θα πρέπει να αποτελεί λόγο για να σταματήσει μια γυναίκα να κάνει μαστογραφίες. Οι γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών θα πρέπει να κάνουν κλινική εξέταση μαστού από ειδικό επαγγελματία υγείας κάθε 3 χρόνια. Η κλινική εξέταση του μαστού μαζί με τις μαστογραφίες δίνουν μια ευκαιρία στις γυναίκες και στο γιατρό να συζητήσουν για τυχόν αλλαγές στο στήθος και παράγοντες της γυναίκας που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, καθώς και να ανιχνευθεί κάτι έγκαιρα. Η κλινική εξέταση του μαστού πριν τη μαστογραφία μπορεί να έχει κάποιο όφελος. Η εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει οδηγίες για το σκοπό της και για περαιτέρω εξοικοίωση με το στήθος. Θα πρέπει επίσης να παρέχονται πληροφορίες στις γυναίκες σχετικά με τα οφέλη και τους περιορισμούς της κλινικής εξέτασης και της αυτοεξέτασης του μαστού. Η πιθανότητα να συμβεί καρκίνος του μαστού πριν την ηλικία των 20 είναι πολύ μικρή, ενώ αυξάνεται σταδιακά με την ηλικία. Οι γυναίκες θα πρέπει να αναφέρουν αμέσως τυχόν αλλαγές στο μαστό σ' έναν επαγγελματία υγείας. [32]

Σύμφωνα με το National Comprehensive Cancer Network αρχικά γίνεται λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση. Αν η γυναίκα είναι ασυμπτωματική και η φυσική εξέταση είναι αρνητική αξιολογείται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σε γυναίκες με μέσο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και ηλικίας ≥ 25 αλλά < 40 ετών προτείνεται κλινική εξέταση μαστού κάθε 3 χρόνια και αυτοεξέταση του μαστού. Στις γυναίκες ηλικίας > 40 ετών προτείνεται ετήσια κλινική εξέταση του μαστού, ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος και αυτοεξέταση του μαστού. [33]

Από μελέτη για τις γνώσεις και στάσεις των ελληνίδων γυναικών σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού προκύπτει ότι οι γνώσεις των γυναικών για την αυτοεξέταση μαστού ήταν πλημμελείς. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 γυναίκες ηλικίας 20-49 ετών. Κάθε μήνα αυτοεξέταζαν το μαστό τους 21 γυναίκες, ενώ 45 δήλωσαν ότι η μηνιαία εξέταση είναι η ακολουθητέα τακτική. Οι λόγοι που προβλήθηκαν για την αμέλεια της αυτοεξέτασης ήταν η άγνοια της τεχνικής, το άβολο συναίσθημα και ο φόβος. Το 21% των γυναικών δεν γνώριζε τη σωστή τεχνική, ενώ το 50% δεν ήταν βέβαιο για την ενδεικνυόμενη χρονική περίοδο της εξέτασης. Οι επαγγελματίες υγείας ήταν η κυριότερη πηγή ενημέρωσης για την αυτοεξέταση του μαστού. [34]

Το 28,3% των Αφγανών μεταναστριών στη Βόρεια Καλιφόρνια είχε κλινική εξέταση μαστού σε λιγότερο από 2 χρόνια, ενώ το 41% ανέφερε ότι δεν είχε κάνει ποτέ κλινική εξέταση. Μεταξύ του 65,9% που δήλωσε ότι είχε κάνει μια μαστογραφία, περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι είχαν να κάνουν μια μαστογραφία περισσότερο από 2 χρόνια και σχεδόν το 34% δήλωσε ότι δεν είχε κάνει ποτέ μαστογραφία. Η ανάλυση των ευρημάτων έδειξε ότι υπάρχει πολύ χαμηλό επίπεδο γνώσεων

σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Για τις Αφγανές μετανάστριες σημαντικό εμπόδιο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο αποτελεί η περιορισμένη αγγλική γλώσσα και εκπαίδευση. [35]

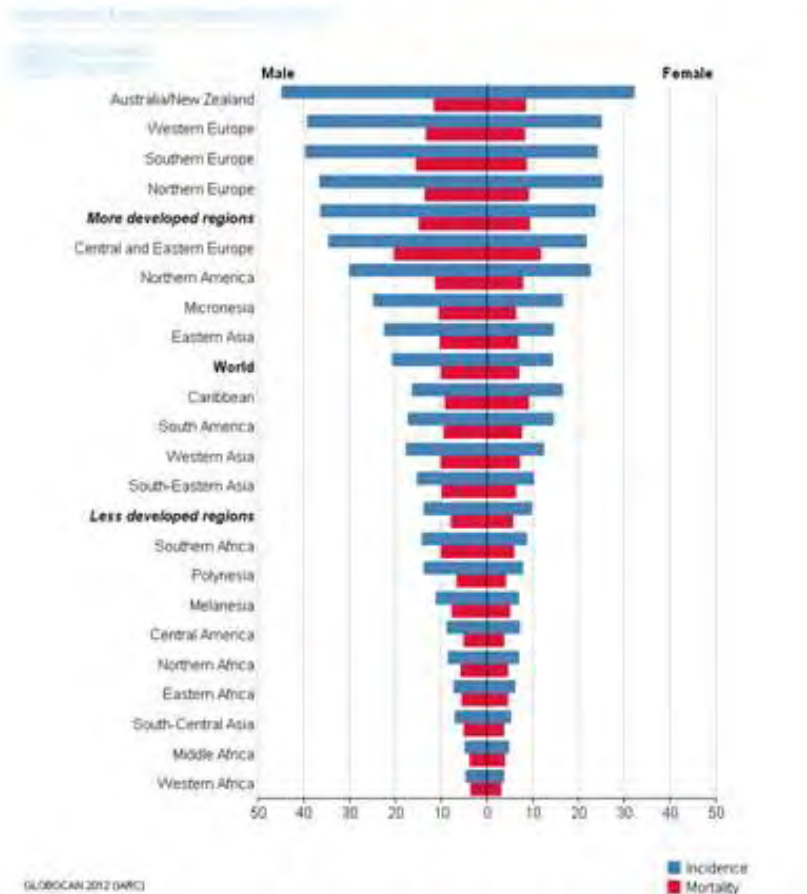
Από τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Άγκυρα της Τουρκίας διαπιστώνουμε ότι το 75,8% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν κάνει μαστογραφία και γνώριζαν σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και τον προσυμπτωματικό έλεγχο (73,7%). Η κύρια πηγή πληροφοριών για τον καρκίνο του μαστού αποτελούν οι γιατροί (46,2%). [36]

5.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού ορίζει καρκίνο του παχέος εντέρου το κακόηθες εκείνο νεόπλασμα το οποίο αναπτύσσεται στο παχύ έντερο ή στο ορθό. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στη μεγάλη του πλειονότητα αναπτύσσεται σε έδαφος προϋπαρχόντων πολύποδων. Ο πολύποδας είναι ένας καλοήθης όγκος μεγέθους μερικών χιλιοστών ή εκατοστών που εμφανίζεται στο εσωτερικό του εντερικού σωλήνα. Οι πολύποδες συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα. Όμως σε μεταγενέστερο στάδιο μπορεί να εξαλλαγούν σε καρκίνο. Αυτός ο τύπος ονομάζεται σποραδικός. Υπάρχουν καρκίνοι του παχέος εντέρου που ονομάζονται κληρονομικοί, δηλαδή αναπτύσσονται σε ασθενείς με κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου όπως ο οικογενής καρκίνος παχέος εντέρου και το σύνδρομο του οικογενούς μη πολυποδιασικού καρκίνου του παχέος εντέρου. Υπάρχει ο καρκίνος του παχέος εντέρου που αναπτύσσεται σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας και νόσου του Crohn. Υπάρχουν και άλλοι, πολύ σπανιότεροι τύποι καρκίνου που αναπτύσσονται στο παχύ έντερο, όπως μεταστατικοί από άλλα όργανα, ή καρκίνοι με άλλον ιστολογικό τύπο. [37]

Από στατιστικές πληροφορίες της Globocan προκύπτει ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την τρίτη πιο κοινή μορφή καρκίνου στους άνδρες (746,000 περιπτώσεις, 10% του συνόλου) και τη δεύτερη στις γυναίκες (614,000 περιπτώσεις, 9,2% του συνόλου) σε όλο τον κόσμο (Εικόνα 4). Σχεδόν το 55% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε περισσότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες. Υπάρχει μεγάλη γεωγραφική διακύμανση στην επίπτωση σε όλο τον κόσμο. Τα υψηλότερα εκτιμώμενα ποσοστά είναι στην Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία (44,8 και 32,2 ανά 100,000 σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα) και τα χαμηλότερα στη Δυτική Αφρική (4,5 και 3,8 ανά 100,000). Η θνησιμότητα είναι χαμηλότερη (694,000 θάνατοι, 8,5% του συνόλου), με περισσότερους θανάτους (52%) στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές του κόσμου ενώ η επιβίωση στις χώρες αυτές είναι μικρότερη. Υπάρχει μικρότερη μεταβλητότητα των ποσοστών θνησιμότητας σε όλο τον κόσμο (έξι φορές στους άνδρες, τέσσερις στις γυναίκες) με τα υψηλότερα εκτιμώμενα ποσοστά θνησιμότητας και στα δύο φύλα στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (20,3 ανά 100,000 για τους άνδρες, 11,7 ανά 100,000 για τις γυναίκες) και τα χαμηλότερα στη Δυτική Αφρική (3,5 και 3 αντίστοιχα). [38]

Εικόνα 4: Εκτιμώμενη επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και στα δύο φύλα (Πηγή: GLOBOCAN, 2012)



5.1 Παράγοντες κινδύνου

Τα αίτια του καρκίνου του παχέος εντέρου παραμένουν άγνωστα όπως αναφέρει η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία. Περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες (η κληρονομικότητα) αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Σημαντικό ρόλο παίζει και η ηλικία. Οι νεότεροι ενήλικες μπορούν να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου, αλλά οι πιθανότητες αυξάνονται σημαντικά μετά την ηλικία των 50. Περισσότεροι από 9 στους 10 ανθρώπους που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του παχέος εντέρου είναι τουλάχιστον 50 ετών. Εάν κάποιος έχει προσωπικό ιστορικό με αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου ή του ορθού είναι σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου περιλαμβάνονται η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου συμβαίνουν σε άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου. Παρ' όλα αυτά 1 στα 5 άτομα που αναπτύσσουν καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν άλλα μέλη της οικογένειας

που έχουν πληγεί από αυτή την ασθένεια. Σε αυξημένο κίνδυνο βρίσκονται όσοι έχουν έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου. Περίπου 5% έως 10% των ατόμων που αναπτύσσουν καρκίνο του παχέος εντέρου, έχουν κληρονομήσει μεταλλαγμένα γονίδια που προκαλούν την ασθένεια. Τέτοια κληρονομικά σύνδρομα είναι η οικογενής πολυποδίαση, ο κληρονομικός μη πολυποδικός καρκίνος του παχέος εντέρου, το σύνδρομο Turcot, το σύνδρομο Peutz-Jeghers, το σύνδρομο που προκαλείται από μεταλλάξεις του γονιδίου MUTYH. Επίσης, άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ορθοκολικού καρκίνου. Είναι αξιοσημείωτο ότι η φυλή και το έθνος παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Παρατηρήθηκε ότι οι Αφροαμερικανοί έχουν την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας καρκίνου του παχέος εντέρου από όλες τις φυλετικές ομάδες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τέλος, αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου διατρέχουν οι καπνιστές, τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα και τα άτομα με κακές διατροφικές συνήθειες (δίαιτα πτωχή σε φρούτα και λαχανικά και πλούσια σε ζωικά λίπη) και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. [39]

5.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Σύμφωνα με την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία η ανάπτυξη καλοήθων αδενωμάτων παχέος εντέρου, από τα πρώτα στάδια μέχρι την εξαλλαγή τους σε καρκίνο παχέος εντέρου, απαιτεί κατά κανόνα 7-10 χρόνια. Αυτό το μεγάλο χρονικό διάστημα επιτρέπει την ανεύρεσή τους σε πρώιμα στάδια και ευνοεί την οργάνωση προληπτικών προγραμμάτων επιτήρησης ασυμπτωματικών πληθυσμών. Οι προτεινόμενες μέθοδοι ελέγχου του γενικού πληθυσμού (ασυμπτωματικών, χωρίς οικογενειακό ιστορικό ύπαρξης καρκίνου παχέος εντέρου) διακρίνονται σε δύο ομάδες: 1) μέθοδοι πρόληψης του καρκίνου παχέος εντέρου (κολονοσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση και αξονική κολονοσκόπηση) και 2) μέθοδοι ανίχνευσης του καρκίνου παχέος εντέρου (δοκιμασίες ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα, έλεγχος DNA στα κόπρανα). Οι μέθοδοι πρόληψης θα πρέπει να είναι οι πρώτες που θα συσταθούν. Η επιλογή της μεθόδου βασίζεται σε κριτήρια όπως ο ατομικός κίνδυνος, η προσωπική εκτίμηση, η πρόσβαση και το κόστος.

Η σύσταση για ασθενείς με μέσο κίνδυνο διάγνωσης καρκίνου παχέος εντέρου περιλαμβάνει έναρξη ελέγχου στην ηλικία των 50 ετών και για τα δύο φύλα με μια από τις παρακάτω μεθόδους: κολονοσκόπηση, εναλλακτικά ορθοσιγμοειδοσκόπηση, αξονική κολονοσκόπηση-βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης. Αν δεν μπορούν να εκτελεστούν οι παραπάνω προληπτικές μέθοδοι συνιστάται: ανοσοϊστοχημική μέθοδος ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα ή εναλλακτικά υψηλής ευαισθησίας μέθοδοι ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα και DNA test κοπράνων. Ο έλεγχος πρέπει να συνεχίζεται μέχρι την ηλικία των 75 ετών. Η κολονοσκόπηση συστήνεται να

γίνεται κάθε 10 χρόνια. Ο έλεγχος στις ηλικίες 76-85 ετών εξατομικεύεται. Ο έλεγχος σταματά μετά την ηλικία των 85 ετών. Επί θετικών αποτελεσμάτων με οποιαδήποτε από τις παραπάνω μεθόδους (εκτός κολonosκόπησης) θα πρέπει να συσταθεί κολonosκόπηση.

Όσα άτομα έχουν υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο πριν από την ηλικία των 50 ετών και να ελέγχονται πιο συχνά. Όσοι έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με ιστορικό διάγνωσης καρκίνου παχέος εντέρου σε ηλικία >60 ετών έχουν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Προτείνεται κολonosκόπηση από την ηλικία των 40 ετών και επί αρνητικών ευρημάτων ανά 10 έτη όπως στα άτομα με μέσο κίνδυνο για διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου. Σε όσους έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή προχωρημένου αδενωματώδη πολύποδα σε ηλικία <60 ετών ή δύο ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή προχωρημένου αδενωματώδους πολύποδα σε οποιαδήποτε ηλικία συστήνεται κολonosκόπηση από την ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη πριν από τη μικρότερη ηλικία διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου ή του πολύποδα και επί αρνητικής κολonosκόπησης ανά 5 έτη. Σε ασθενείς με 1 ή 2 μικρούς αδενωματώδεις πολύποδες με χαμηλού βαθμού δυσπλασία συστήνεται κολonosκόπηση σε χρονικό διάστημα 5-10 ετών. Σε ασθενείς με 3-10 αδενωματώδεις πολύποδες ή με παρουσία αδενωματώδους πολύποδα διαμέτρου >1εκ. ή με παρουσία λαχνωτών στοιχείων ή με υψηλόβαθμη δυσπλασία προτείνεται κολonosκόπηση σε 3 χρόνια. Αν η κολonosκόπηση είναι φυσιολογική ή βρεθούν 1-2 μικροί αδενωματώδεις πολύποδες, η επόμενη κολonosκόπηση πραγματοποιείται μετά από 5 έτη. Συστήνεται κολonosκόπηση σε χρονικό διάστημα <3 ετών σε ασθενείς με >10 αδενωματώδεις πολύποδες σε μια εξέταση. Σε ασθενείς με επίπεδους αδενωματώδεις πολύποδες που έχουν αφαιρεθεί τμηματικά συστήνεται κολonosκόπηση σε σύντομο χρονικό διάστημα (2-6 μήνες) για να επιβεβαιώσουμε την πλήρη αφαίρεση του πολύποδα. Οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με καρκίνο παχέος εντέρου ή ορθού, πρέπει να αρχίζουν τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ή 3-6 μήνες αργότερα εάν ο καρκίνος δεν έχει κάνει μετάσταση. Η κολonosκόπηση είναι η εξέταση εκλογής για να εξεταστεί το παχύ έντερο και να αφαιρεθούν οι πολύποδες. Οι άνθρωποι που είχαν καρκίνο στο παχύ έντερο και χειρουργήθηκαν πρέπει να κάνουν κολonosκόπηση ένα χρόνο μετά τη χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου. Αν η αρχική κολonosκόπηση είναι φυσιολογική, η επόμενη κολonosκόπηση πραγματοποιείται μετά από 3 έτη. Αν και η δεύτερη κολonosκόπηση είναι φυσιολογική, η επόμενη κολonosκόπηση πραγματοποιείται μετά από 5 έτη.

Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση είναι μια σπάνια νόσος, που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη μεγάλου αριθμού αδενωματωδών πολυπόδων (>100) στο παχύ έντερο, κατά την παιδική ηλικία και την ενηλικίωση. Εάν οι πολύποδες αυτοί δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, οδηγούν σε

καρκίνο του παχέος εντέρου, σε ποσοστό 100%, την 4^η – 5^η δεκαετία της ζωής. Ασθενείς με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση που διαγνώστηκαν με γενετικές εξετάσεις ή υποψία οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης χωρίς γενετικές εξετάσεις πρέπει να ξεκινούν τον έλεγχο σε ηλικία 10-12 ετών. Συστήνεται ετήσια ευέλικτη σιγμοειδοσκόπηση για να διαπιστωθούν σημεία οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης και παροχή συμβουλών για γενετικές εξετάσεις σε περίπτωση που δεν έχουν πραγματοποιηθεί. Άνθρωποι που πάσχουν από κληρονομικό μη πολυποδιαστικό καρκίνο του παχέος εντέρου ή με αυξημένο κίνδυνο γι' αυτό με βάση το οικογενειακό ιστορικό και χωρίς γενετικές μεταλλάξεις πρέπει να αρχίζουν τον έλεγχο σε ηλικία 20-25 ετών ή 10 χρόνια πριν από την τελευταία περίπτωση που αναφέρθηκε στην άμεση οικογένεια. Οι ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του παχέος εντέρου ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Ασθενείς με χρόνια ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn πρέπει να κάνουν κολonosκόπηση κάθε 1-2 χρόνια με βιοψίες για ανίχνευση δυσπλασίας. [40], [41]

Από τη στατιστική ανάλυση των πρώτων συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων του προγράμματος προληπτικών εξετάσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου που έγινε το 2009, 7.428 πολίτες συμμετείχαν στο πρόγραμμα και έκαναν τη δωρεάν προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Από αυτούς, οι 812 (10,9%) έλαβαν θετική στην ύπαρξη αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα απάντηση και 6616 (89,1%) αρνητική. Συνολικά για τη Θεσσαλονίκη η συμμετοχή ανά ηλικιακή ομάδα είχε ως εξής: 55-60: 629 δείγματα επί συνόλου 1407 (44,7%), 60-65: 407 δείγματα επί συνόλου 1407 (28,9%) και 65-70: 371 επί συνόλου 1407 (26,4%). Στην ηλικιακή ομάδα των 55-60, οι γυναίκες ανταποκρίθηκαν μαζικά συμμετέχοντας κατά 63,59% στο σύνολο των εξετασθέντων. Οριακά λιγότερες γυναίκες ευαισθητοποιήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 60-65, συμμετέχοντας κατά 56,76% στο σύνολο των εξετασθέντων. Εκ του συνόλου των θετικών δειγμάτων, το 44,4% αντιστοιχεί σε άτομα ηλικίας 55-60 ετών, το 23,9% σε άτομα ηλικίας 61-65 ετών και το 31,7% σε άτομα ηλικίας 65-70 ετών. Για την Αττική η συμμετοχή ανά ηλικιακή ομάδα έχει ως εξής: 55-60: 2045 δείγματα επί συνόλου 5066 (40,4%), 60-65: 1778 δείγματα επί συνόλου 5066 (35,1%) και 65-70: 371 επί συνόλου 1407 (24,5%). Για την Κρήτη η συμμετοχή ανά ηλικιακή ομάδα έχει ως εξής: 55-60: 280 δείγματα επί συνόλου 636 (44%), 60-65: 217 δείγματα επί συνόλου 636 (34%) και 65-70: 138 επί συνόλου 636 (22%). Σε όλες τις υπό μελέτη περιφέρειες φαίνεται ότι σημαντικά χαμηλότερη από τις άλλες ηλικιακές ομάδες είναι η συμμετοχή των 65+ (Θεσσαλονίκη 26,4%, Αθήνα 24,5% και Κρήτη 22%) κάτι που θα έχρηζε περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να αξιολογηθεί αν αυτή η ηλικιακή ομάδα α) αδιαφορεί, β) έχει άρνηση συμμετοχής ή γ) δεν έχει βελτιστοποιηθεί η μετάδοση του μηνύματος και σε αυτούς. [42]

Συστηματική εξέταση πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες από τέσσερις διαφορετικές φυλετικές ομάδες ηλικίας 50-80 ετών. Συμμετείχαν 492 γυναίκες από τις οποίες το 32% ήταν λευκής καταγωγής, το

16% αφροαμερικανικής καταγωγής, το 21% λατίνες και το 32% ασιατικής καταγωγής. Σχεδόν οι μισές γυναίκες ανέφεραν ότι είχαν έναν έλεγχο λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα τα τελευταία 2 χρόνια. Οι γυναίκες ασιατικής καταγωγής είχαν περισσότερες πιθανότητες (54%) να κάνουν έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα σε σχέση με εκείνες της λευκής καταγωγής (30%). Λιγότερες από τις μισές γυναίκες ανέφεραν μια κολonosκόπηση τα τελευταία 10 χρόνια, αλλά οι γυναίκες λευκής καταγωγής είχαν περισσότερες πιθανότητες (62%) να αναφέρουν κολonosκόπηση σε σχέση με εκείνες με ασιατική καταγωγή (20%). Υπήρχαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη φυλή. Για παράδειγμα οι Λατίνες γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες (95%) από τις γυναίκες λευκής καταγωγής (84%) να αναφέρουν συνεχή τακτικό έλεγχο. [43]

Συνολικά το 82% των γυναικών και το 38% των ανδρών είχαν συμμετάσχει σε εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη κάποιου τύπου καρκίνου σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις Βαlearίδες και σε ορισμένες περιοχές της Βαρκελώνης. Μεταξύ των γυναικών, το 83,1% είχε υποβληθεί σε μαστογραφία, το 68,1% σε κυτταρολογικές εξετάσεις (Pap test), το 16,3% σε κολonosκόπηση, το 9,4% σε δοκιμασία ελέγχου για λανθάνων αίμα στα κόπρανα και το 8,3% σε αξονική τομογραφία. Από όλους τους άνδρες το 36,4% υποβλήθηκε σε PSA test, το 10,7% σε κολonosκόπηση, το 8,8% σε δοκιμασία ελέγχου για λανθάνων αίμα στα κόπρανα και το 6,5% σε αξονική τομογραφία. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι ο κύριος λόγος που εκτέλεσαν τον έλεγχο για ύπαρξη λανθάνοντος αίματος στα κόπρανα ήταν ότι νοιαζόταν για την υγεία τους και πίστευαν στις συμβουλές των γιατρών και των νοσηλευτών. Κύριος λόγος για τον οποίο οι ασθενείς δεν εκτέλεσαν την παραπάνω εξέταση ήταν γιατί θεωρούσαν ότι είναι καλά και φοβόταν την ανακάλυψη του καρκίνου. Οι γυναίκες ανέφεραν τον φόβο πιο συχνά από τους άνδρες αν και η διαφορά δεν ήταν στατιστικώς σημαντική. Οι λόγοι για τους οποίους έκαναν κολonosκόπηση ήταν για να βεβαιωθούν ότι ο καρκίνος ήταν απών και η πεποίθηση ότι αν υπήρχε καρκίνος ή πολύποδας ήταν απαραίτητη η θεραπεία. [44]

Πραγματοποιήθηκε έρευνα προκειμένου να συγκριθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των Αυστραλών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου με εκείνες των μη ιθαγενών. Το 50% δήλωσε ότι συμμετείχε στο παρελθόν σε οποιοδήποτε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο τα τελευταία 2 χρόνια και το 15% είχε υποβληθεί σε κολonosκόπηση. Το 5,6% ανέφερε ότι δεν είχε κάνει ποτέ έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα. Μόνο το 14% των ερωτηθέντων γνώριζε τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ενημερώθηκαν για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου από διαφημίσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Το 82% πιστεύει ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να θεραπευθεί αν διαγνωσθεί νωρίς. Το 24% των ερωτηθέντων ανέφεραν αισθήματα ντροπής που

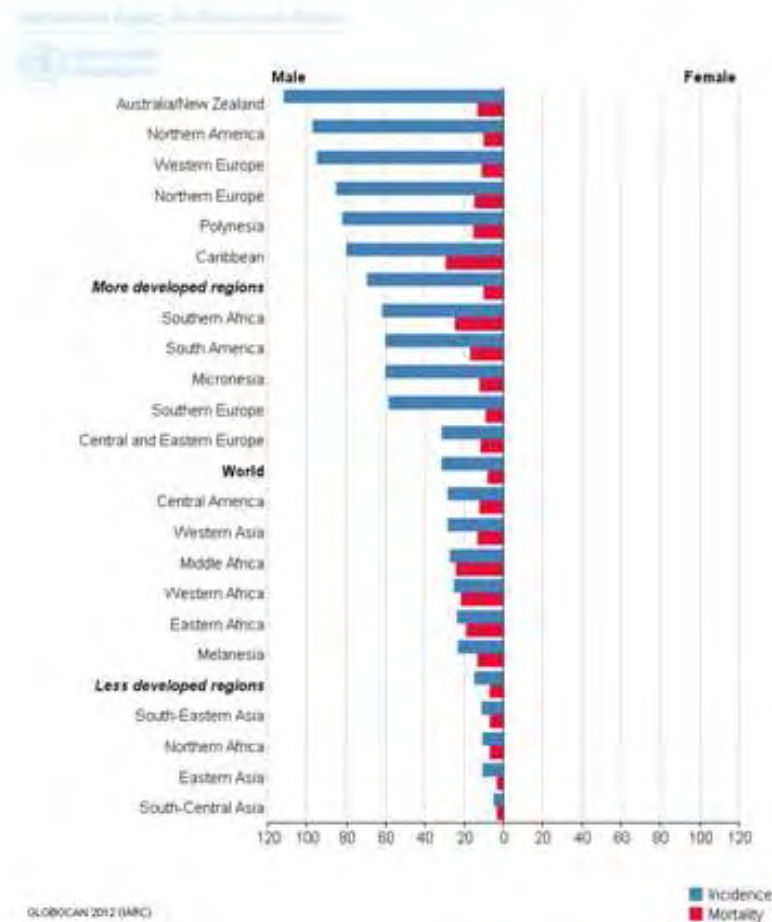
σχετίζονται με τη διαδικασία διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το 39% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε φόβο στην ανακάλυψη καρκίνου στο παχύ έντερο. [45]

6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι μέρος του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος, το οποίο περιλαμβάνει το πέος, τον προστάτη και τους όρχεις. Ο προστάτης βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό. Έχει το μέγεθος περίπου ενός καρυδιού και περιβάλλει την ουρήθρα. Ο ρόλος του είναι να παράγει το σπέρματικό υγρό. Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και το μέγεθος του προστάτη. Αυτό μπορεί να συμπιέσει την ουρήθρα και να προκαλέσει μείωση της ροής των ούρων. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται καλοήθης υπερπλασία του προστάτη και δεν είναι καρκίνος. Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια στην οποία τα κύτταρα χάνουν τον έλεγχο και αναπτύσσονται συνεχώς. Όταν ο καρκίνος ξεκινά απ' τον προστάτη, τότε μιλάμε για καρκίνο του προστάτη. [46]

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η τέταρτη πιο κοινή μορφή καρκίνου και στα δύο φύλα και η δεύτερη πιο κοινή μορφή καρκίνου στους άνδρες. Υπολογίζεται ότι περίπου 1,1 εκατομμύρια άνδρες σε όλο τον κόσμο είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του προστάτη το 2012, αντιπροσωπεύοντας το 15% των καρκίνων που διαγιγνώσκονται στους άνδρες, με σχεδόν το 70% των περιπτώσεων (759,000) να συμβαίνουν στις πιο ανεπτυγμένες περιφέρειες (Εικόνα 5). Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη ποικίλλει σε όλο τον κόσμο περισσότερο από 25 φορές. Τα ποσοστά είναι υψηλότερα στην Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία και τη Βόρεια Αμερική (111,6 και 97,2 ανά 100,000 αντίστοιχα) και στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη, γιατί η πρακτική του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) και η επακόλουθη βιοψία έχει γίνει ευρέως διαδεδομένη σε αυτές τις περιοχές. Τα ποσοστά εμφάνισης είναι επίσης σχετικά υψηλά σε ορισμένες λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, όπως η Καραϊβική (79,8), η Νότια Αφρική (61,8) και η Νότια Αμερική (60,1), αλλά παραμένουν χαμηλά σε ασιατικούς πληθυσμούς με εκτιμώμενα ποσοστά 10,5 και 4,5 στην Ανατολική και Νότια-Κεντρική Ασία. Με κατ' εκτίμηση 307,000 θανάτους το 2012, ο καρκίνος του προστάτη είναι η πέμπτη κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες (6,6% του συνόλου των θανάτων των ανδρών). Επειδή η εξέταση του PSA έχει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στη συχνότητα απ' ότι στη θνησιμότητα, υπάρχει μικρότερη διακύμανση στα ποσοστά θνησιμότητας σε όλο τον κόσμο απ' ότι παρατηρείται για την εμφάνιση με τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο του προστάτη να είναι μεγαλύτερος στις λιγότερο ανεπτυγμένες απ' ότι στις πιο ανεπτυγμένες περιφέρειες (165,000 και 142,000 αντίστοιχα). Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι γενικά υψηλά σε άνδρες αφρικανικής και αμερικανικής καταγωγής (Καραϊβική, 29 ανά 100,000 και υπο-Σαχάρια Αφρική, 19-24 ανά 100,000) και πολύ χαμηλά στην Ασία (2,9 ανά 100,000 στη Νότιο-Κεντρική Ασία για παράδειγμα) και ενδιάμεσα στην Αμερική και στην Ωκεανία. [47]

Εικόνα 5: Εκτιμώμενη επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του προστάτη (Πηγή: GLOBOCAN, 2012)



Οι εκτιμήσεις της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για τον καρκίνο του προστάτη στις Ηνωμένες Πολιτείες για το 2014 είναι ότι περίπου 233,000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη θα διαγνωσθούν και περίπου 29,480 άνθρωποι θα πεθάνουν από καρκίνο του προστάτη. Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους άνδρες. Περίπου 6 στις 10 περιπτώσεις διαγιγνώσκονται σε άνδρες ηλικίας 65 ετών και άνω, ενώ είναι σπάνια η εμφάνισή του πριν την ηλικία των 40 ετών. Η μέση ηλικία τη στιγμή της διάγνωσης είναι τα 66 έτη. [48]

6.1 Παράγοντες κινδύνου

Οι αιτίες για τον καρκίνο του προστάτη δεν είναι ακόμη γνωστές, αλλά οι ερευνητές έχουν βρει διάφορους παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία του. Σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία, αφού η πιθανότητα να έχει κάποιος καρκίνο του προστάτη αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς μετά την ηλικία των 50 ετών. Παρατηρήθηκε επίσης ότι ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες αφρικανικής και αμερικανικής καταγωγής σε σχέση με άνδρες από άλλες φυλές. Όσοι από τους άνδρες έχουν πατέρα ή αδελφό με καρκίνο του προστάτη, έχουν διπλάσιο κίνδυνο να

εμφανίσουν και οι ίδιοι καρκίνο του προστάτη. Ορισμένες κληρονομούμενες μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 έχουν ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του προστάτη. Υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη έχουν εμφανίσει άνδρες οι οποίοι τρέφονται κυρίως με κόκκινο κρέας και λιγότερα λαχανικά, καθώς και αυτοί που είναι παχύσαρκοι και καπνίζουν. Τέλος, η προστατίτιδα και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη. [49]

6.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Από πληροφορίες του Εθνικού Ολοκληρωμένου Δικτύου του Καρκίνου, στόχος του ετήσιου προληπτικού ελέγχου του προστάτη είναι να μειώσει τις πιθανότητες να πεθάνει κάποιος από καρκίνο του προστάτη. Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία στον ετήσιο προληπτικό έλεγχο περιλαμβάνονται ο ποσοτικός προσδιορισμός στο αίμα μιας πρωτεΐνης που παράγεται στον προστάτη, του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) και η δακτυλική εξέταση του προστάτη (DRE). Οι άνδρες που βρίσκονται σε μέσο κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη πρέπει να ξεκινούν τον έλεγχο στην ηλικία των 50 ετών. Εκείνοι που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη είναι αναγκαίο να ξεκινούν τον έλεγχο στην ηλικία των 45 ετών. Σε υψηλό κίνδυνο βρίσκονται οι Αφροαμερικανοί και οι άνδρες που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού (πατέρας, αδελφός ή γιος) που διαγνώστηκαν με καρκίνο του προστάτη σε νεαρή ηλικία (κάτω των 65 ετών). Οι άνδρες με ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη (εκείνοι με περισσότερους από έναν συγγενή πρώτου βαθμού που είχαν καρκίνο του προστάτη σε νεαρή ηλικία) πρέπει να συζητήσουν με τον γιατρό τους για τον προληπτικό έλεγχο σε ηλικία 40 ετών. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστά για τους άνδρες που αποφασίζουν να ακολουθήσουν τον προληπτικό έλεγχο και έχουν PSA λιγότερο από 2,5 ng/ml να εξετάζονται κάθε 2 χρόνια. Αντίθετα οι άνδρες με τιμές PSA 2,5 ng/ml ή υψηλότερες θα πρέπει να εξετάζονται ετησίως. Σύμφωνα με τις οδηγίες του Αμερικανικού Δικτύου Καρκίνου οι άνδρες ηλικίας 45-49 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται σε εξέταση PSA και δακτυλική εξέταση. Αν η δακτυλική εξέταση είναι αρνητική και η τιμή του PSA είναι >1 ng/ml ο προληπτικός έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 χρόνια. Αν η δακτυλική εξέταση είναι αρνητική και η τιμή του PSA ≤ 1 ng/ml, τότε ο έλεγχος επαναλαμβάνεται στα 50 έτη. Για τους άνδρες ηλικίας 50-70 ετών και >70 ετών αν η δακτυλική εξέταση είναι αρνητική και η τιμή του PSA <3 ng/ml και δεν υπάρχουν άλλες ενδείξεις για βιοψία, ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 χρόνια. [50], [51]

Με βάση άρθρο που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Ελληνική Ουρολογία η αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του προστάτη δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί, παρά το γεγονός ότι έχουν δημοσιευθεί μελέτες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Όσον αφορά την πρόωμη διάγνωση ενδεικτικά επί εισαγωγής του προσυμπτωματικού ελέγχου στην κλινική πράξη φάνηκε ότι ανιχνεύουμε μεγαλύτερο ποσοστό εντοπισμένων προστατικών καρκίνων (ποσοστό 77% έναντι 37%

στο ίδιο κέντρο παρατήρησης, το Johns Hopkins). Ο Labrie και συν. κατέληξαν στο ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος οδηγεί σε μια εντυπωσιακή μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του προστάτη της τάξεως του 62%, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν υποβάλλονται σε screening. Σε μια άλλη επιδημιολογική μελέτη δημοσιευμένη στο έγκριτο περιοδικό Lancet, η σύγκριση της θνησιμότητας από καρκίνο του προστάτη στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία ανέδειξε 4 φορές μεγαλύτερη μείωση στην πρώτη, όπου το ποσοστό προσυμπτωματικού ελέγχου στον πληθυσμό αγγίζει το 57%, αντίθετα από τη δεύτερη όπου το ίδιο ποσοστό είναι μόλις 6% στις ηλικίες 45-84 ετών. Εδώ ακριβώς φαίνεται και η μεγάλη ανάγκη σωστής πληροφόρησης του κοινού, η οποία δυστυχώς περιορίζεται μόνο στην επαφή ασθενούς-ιατρού και στη διανομή φυλλαδίων. Πολλοί οργανισμοί έρχονται σε ευθεία αντιπαράθεση δίνοντας τις συστάσεις τους για τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον καρκίνο του προστάτη. [52]

Σε 1089 άνδρες ηλικίας 40-74 ετών διαπιστώθηκε ότι το 44% είχε κάνει μια εξέταση PSA τα προηγούμενα 2 χρόνια, ενώ το 39% δεν είχε κάνει ποτέ εξέταση. Οι περισσότεροι (70%) δεν είχαν συζητήσει τα οφέλη και τους κινδύνους του προσυμπτωματικού ελέγχου με τον γιατρό τους. Όσοι συζήτησαν με τον γιατρό τους για την εξέταση PSA ανέφεραν ότι οι πάροχοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να συζητήσουν μόνο τα πλεονεκτήματα της εξέτασης σε σχέση με τα μειονεκτήματα (19% έναντι 11% αντίστοιχα). [53]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα κυριότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Το κοινωνικό κόστος του καρκίνου είναι δυσβάστακτο, πλήττει καίρια την κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία και δοκιμάζει την κοινωνική συνοχή. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών δράσης κατά του καρκίνου θα έχει σημαντικά οφέλη τόσο στους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού και στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, όσο και στις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Όσον αφορά τα μέτρα και τις δράσεις στην Ελλάδα δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, το οποίο ανανεώνεται συχνά παρόλο που πολλές φορές υπάρχουν κενά στην υλοποίησή του. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα προκύπτει ότι η κατανομή των δεικτών θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα παρουσιάζει άνιση κατανομή για το έτος 2009. Οι δύο νομοί με τον υψηλότερο επιπολασμό είναι της Αττικής με το μέγιστο δείκτη 12,89 και της Χίου 1,62 – σημαντική διαφορά που πιθανά οφείλεται σε περιβαλλοντικούς, γενετικούς ή κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. [54]

Συμπερασματικά, όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, η παρότρυνση του πληθυσμού για συμμετοχή σε αυτά και η εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων των πολιτών του νομού Γρεβενών σχετικά με τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και του παχέος εντέρου και η αξιολόγηση της εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 άνδρες και 100 γυναίκες τόσο από αστικές όσο και από ημιαστικές περιοχές του νομού. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε μετά από επίσκεψη σε εργασιακούς χώρους (νοσοκομείο, καταστήματα τραπεζών, σχολείων), αλλά και σε σπίτια προκειμένου να είναι το δείγμα πιο αντιπροσωπευτικό.

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ζητήθηκε να συμπληρώσουν ανώνυμο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις (Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο αναφέρονταν στις γνώσεις των γυναικών σχετικά με τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του μαστού και του παχέος εντέρου και αντίστοιχα στις γνώσεις των ανδρών για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του προστάτη και την αποδοχή των αντίστοιχων μεθόδων. Το ερωτηματολόγιο που αφορά στους άνδρες αναπτύχθηκε μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Εκείνο που αφορά στις γυναίκες αναπτύχθηκε ύστερα από τροποποίηση ενός ερωτηματολογίου που είχε χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερη έρευνα στον Ελληνικό πληθυσμό, στα πλαίσια του προγράμματος «Λυσιστράτη». [55]

Αρχικά έγινε ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και στη συνέχεια μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε όσους ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν. Έγινε σαφές ότι τα δεδομένα θα συλλεχθούν εμπιστευτικά και ότι δεν είναι δυνατόν να αναγνωριστεί κάποιο άτομο από τα αποτελέσματα της μελέτης.

Τα ερωτηματολόγια περιέχουν ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων, στη χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στη χρήση των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου-Μαρτίου 2015 στο νομό Γρεβενών. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε άτομα ηλικίας >45 ετών, ενώ υπήρξαν και 11 γυναίκες ηλικίας 30-39 ετών προκειμένου να διαπιστωθούν οι γνώσεις και στάσεις των γυναικών αυτής της ηλικιακής ομάδας σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Συνολικά διανεμήθηκαν 200 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα 185 (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 92,5%). Η πλειοψηφία των πολιτών του δείγματος ήταν ηλικίας 50-59 ετών

(77 πολίτες, 41,6%). 46 πολίτες ήταν ηλικίας 60-70 ετών (24,9%), 37 είχαν ηλικία 40-49 ετών (20%), 14 ήταν >70 (7,6%) και 11 ήταν 30-39 ετών (5,9%).

Το 41,1% των πολιτών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ-Πανεπιστημίου, το 27% λυκείου, το 20,5% δημοτικού και το 11,4% απόφοιτοι γυμνασίου. Η οικογενειακή κατάσταση των πολιτών έχει ως εξής: το 80,5% ήταν έγγαμοι, το 8,1% άγαμοι, το 5,9% διαζευγμένοι και το 5,4% ήταν χήροι/ες. Τέλος, όσον αφορά τη διαμονή το 78,4% διέμενε σε αστική και το 21,6% σε ημιαστική περιοχή.

Όλα τα δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν ως ποιοτικές μεταβλητές και εκφράστηκαν ως ποσοστά. Η στατιστική ανάλυση και η δημιουργία γραφημάτων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v. 20.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

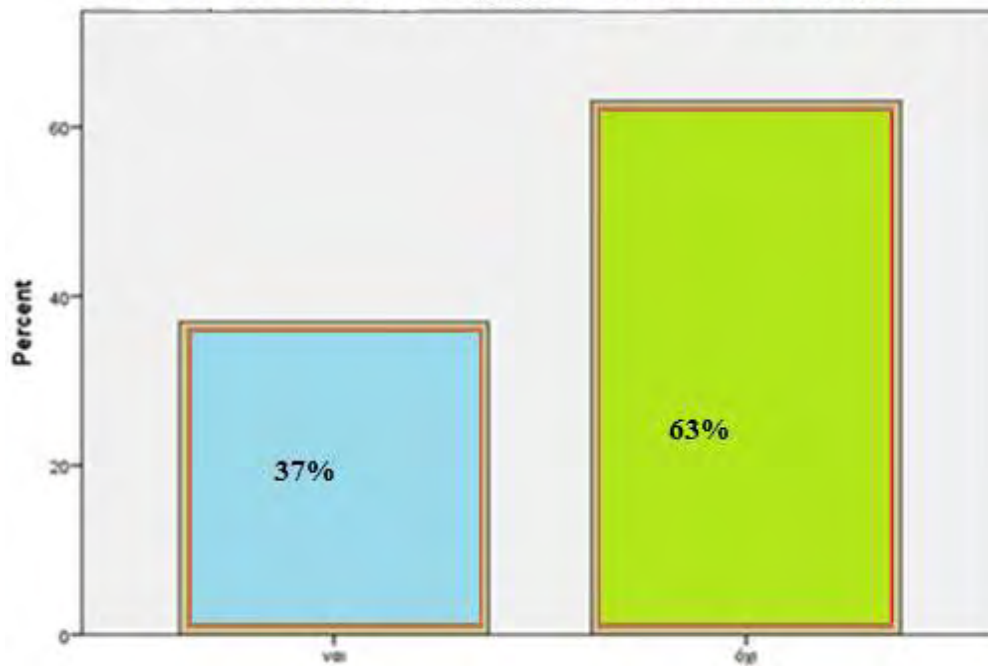
A. Πρόληψη καρκίνου στους άνδρες

Το 41,3% των ανδρών ήταν ηλικίας 50-59 ετών, το 28,3% ηλικίας 60-70, το 21,7% ήταν 40-49 ετών και το 8,7% > 70 ετών. Το 42,4% των ανδρών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ-Πανεπιστημίου, το 23,9% λυκείου, το 18,5% δημοτικού και το 15,2% απόφοιτοι γυμνασίου. Το 80,4% των ανδρών ήταν έγγαμοι, το 12% άγαμοι και το 7,6% διαζευγμένοι. Σε αστική περιοχή διέμενε το 75% ενώ σε αστική το 25%. Το 29,7% των ανδρών ήταν καπνιστές, το 34,1% ήταν μη καπνιστές και το 36,3% διέκοψαν το κάπνισμα. <1 έτος κάπνιζε το 3,3%, >10 έτη το 73,8%, από 1 έως 5 έτη κάπνιζε το 9,8% και 5 έως 10 έτη το 13,1%. Το 10,7% των ανδρών κάπνιζε λιγότερα από 10 τσιγάρα/ημέρα, το 10,7% επίσης κάπνιζε περισσότερα από 40 τσιγάρα/ημέρα, το 42,9% κάπνιζε 10-20 τσιγάρα/ημέρα και το 35,7% κάπνιζε 20-40 τσιγάρα/ημέρα.

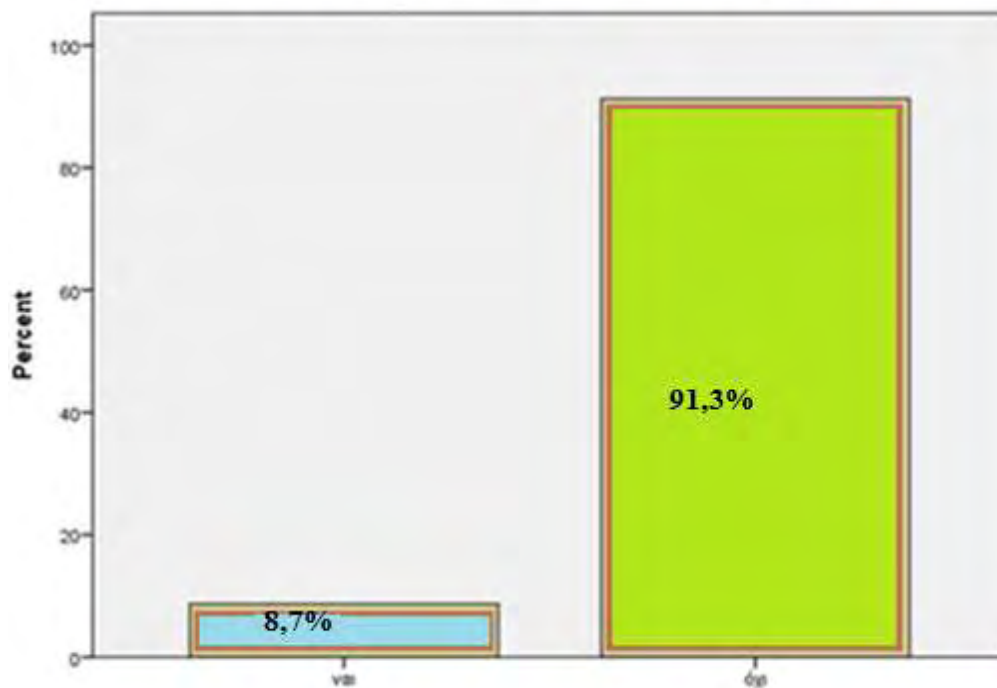
A1. Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου

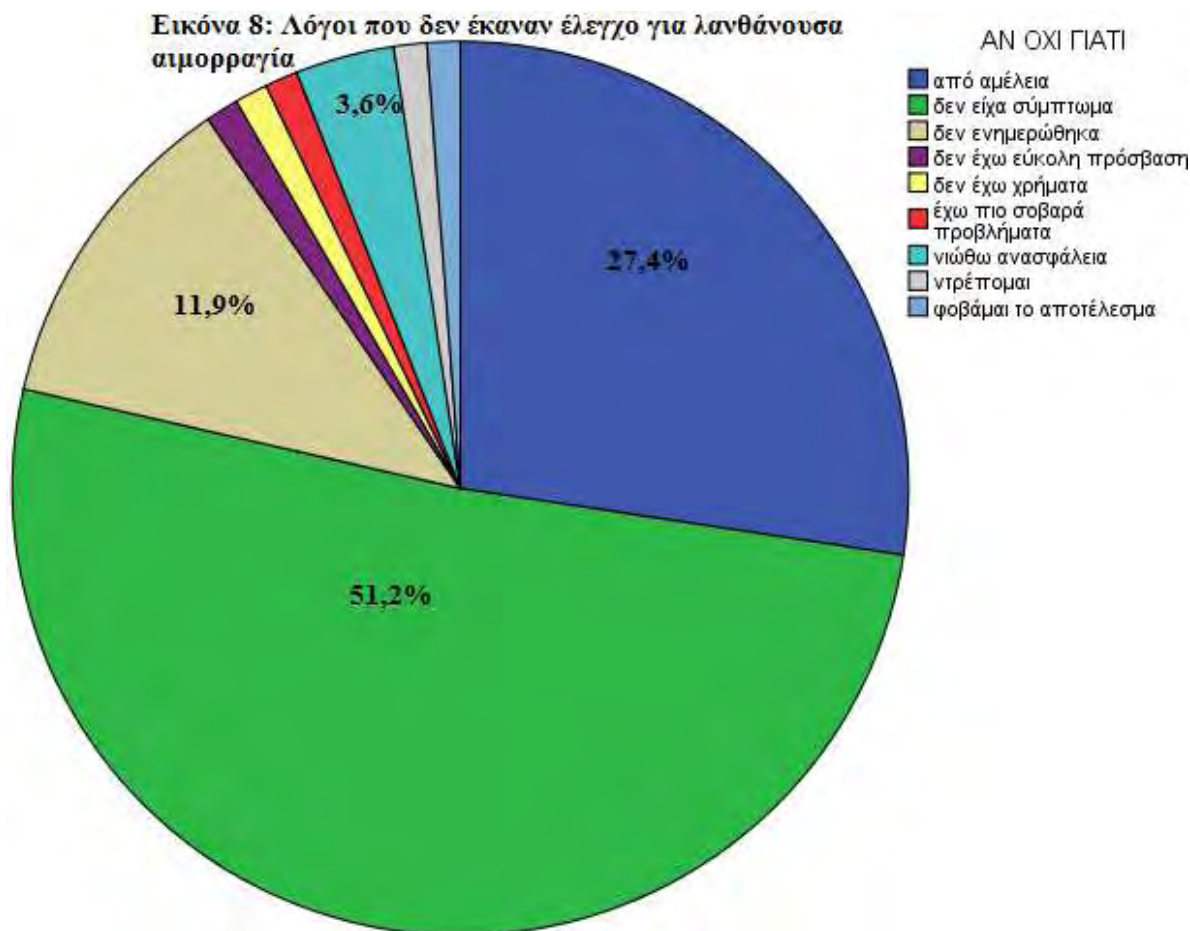
Ειδικό ιατρό για το παχύ έντερο επισκέφθηκε το 15,2% των ανδρών, ενώ το 84,8% δεν πραγματοποίησε ποτέ επίσκεψη. 37% γνωρίζει για τον έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα σε αντίθεση με το 63% που δεν γνωρίζει (Εικόνα 6). Πολύ μικρότερο είναι το ποσοστό των ανδρών που έκανε έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα (Εικόνα 7). Ο λόγος που δεν έκανε το 51,2% έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία ήταν ότι δεν είχε κανένα σύμπτωμα, το 27,4% ανέφερε ότι δεν έκανε έλεγχο από αμέλεια, το 11,9% δεν ενημερώθηκε, το 3,6% νιώθει ανασφάλεια και σε μικρότερα ποσοστά αναφέρθηκε ότι δεν είχαν εύκολη πρόσβαση, δεν είχαν χρήματα και φοβόταν το αποτέλεσμα (Εικόνα 8). Όσοι έκαναν έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία απάντησαν ότι τον εφάρμοσαν μόνο μία φορά.

Εικόνα 6: Ξέρετε τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία;



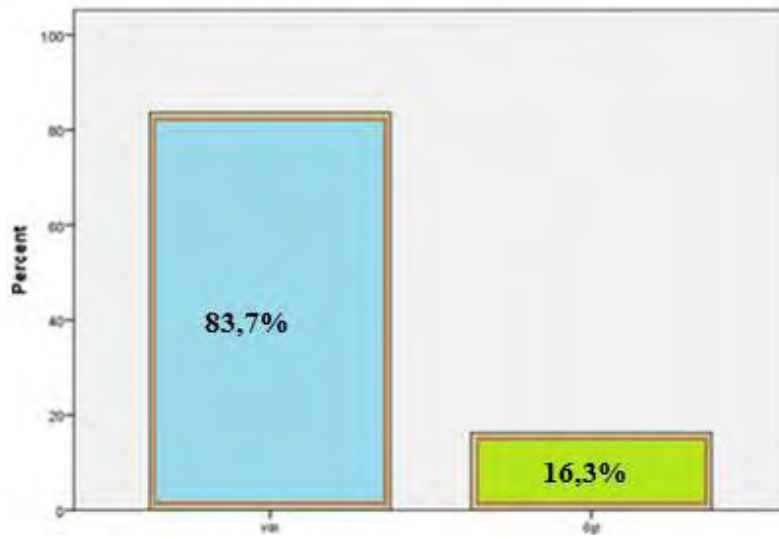
Εικόνα 7: Έχετε κάνει ποτέ έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία;



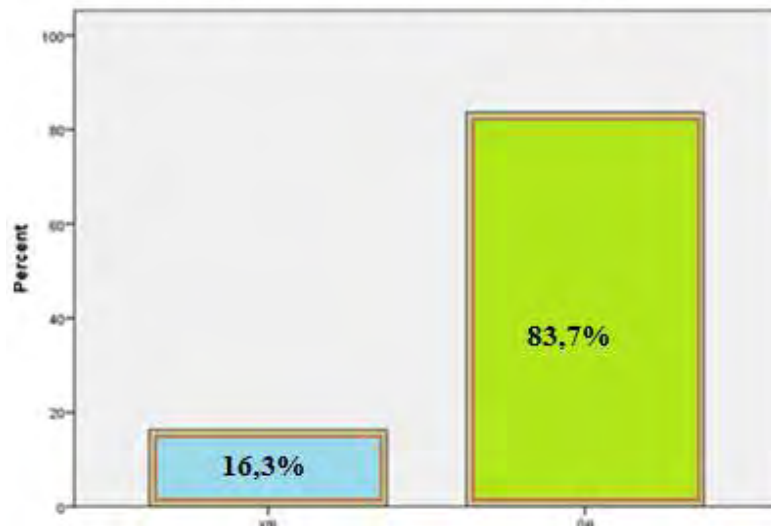


Το 83,7% των ανδρών γνώριζε τι είναι η κολonosκόπηση, ενώ στο 16,3% η εξέταση ήταν άγνωστη (Εικόνα 9). Μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ανδρών που γνώριζε γιατί πρέπει να κάνει ένας άνθρωπος κολonosκόπηση (78,3%), συγκριτικά με εκείνους που δεν το γνώριζαν (21,7%). Η πλειοψηφία (79,5%) απάντησε ότι η κολonosκόπηση γίνεται για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να τον θεραπεύσει. Το 11% απάντησε για να διαγνώσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα και το 9,6% πιστεύει ότι γίνεται για να μην πάθει κάποιος καρκίνο στο παχύ έντερο. Στην ερώτηση "έχετε κάνει εσείς κολonosκόπηση" το 16,3% απάντησε θετικά και το 83,7% αρνητικά (Εικόνα 10). Το 58,4% αρνήθηκε την εξέταση γιατί δεν είχε κανένα σύμπτωμα, το 28,6% από αμέλεια, το 6,5% δεν ενημερώθηκε, το 2,6% νιώθει ανασφάλεια και σε μικρότερα ποσοστά αναφέρονται άλλοι λόγοι (Εικόνα 11). Από τους άνδρες που έκαναν κολonosκόπηση το 73,3% έκανε μία φορά και το 26,7% έκανε 2-3 φορές.

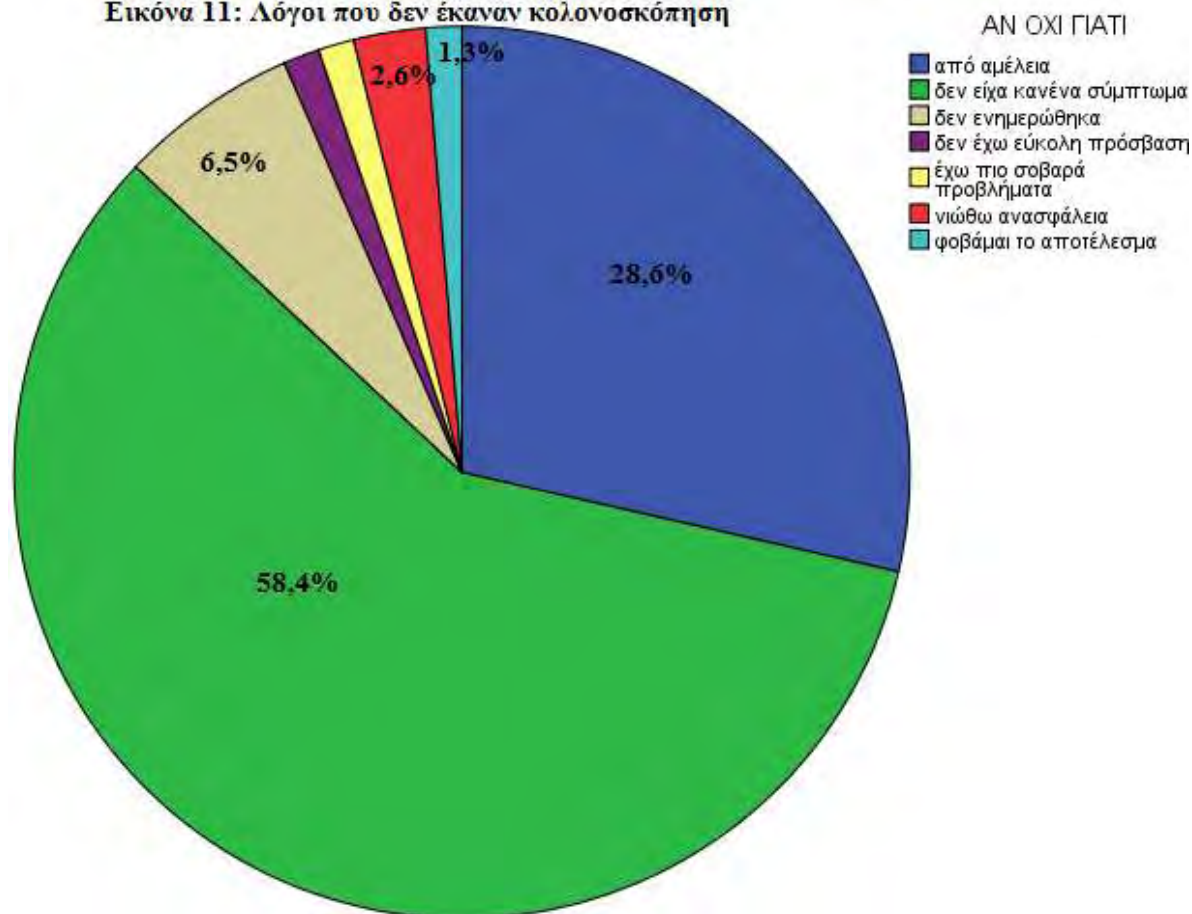
Εικόνα 9: Ξέρετε τι είναι η κολονοσκόπηση;



Εικόνα 10: Έχετε κάνει ποτέ κολονοσκόπηση;



Εικόνα 11: Λόγοι που δεν έκαναν κολονοσκόπηση



Οι περισσότεροι άνδρες (22,6%) δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν για την κολονοσκόπηση από φίλους/γνωστούς, το 21,4% ενημερώθηκε από ιατρούς παθολόγους, το 14,3% από την οικογένεια και σε μικρότερα ποσοστά αναφέρονται άλλες πηγές ενημέρωσης.

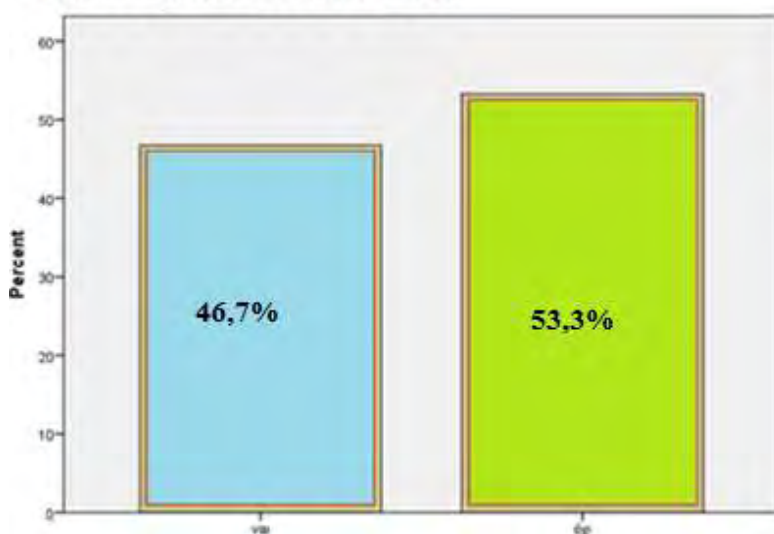
Το 43,5% πιστεύει ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό, το 28,3% θεωρεί ότι μπορεί να προληφθεί σε μικρό ποσοστό, το 23,98% δεν γνωρίζει και το 4,3% πιστεύει ότι δεν μπορεί να προληφθεί. Το 39,1% αναφέρει ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό, το 31,5% ότι θεραπεύεται σε μικρό ποσοστό, το 27,2% δεν γνωρίζει και το 2,2% αναφέρει ότι δεν θεραπεύεται.

A2. Πρόληψη καρκίνου προστάτη

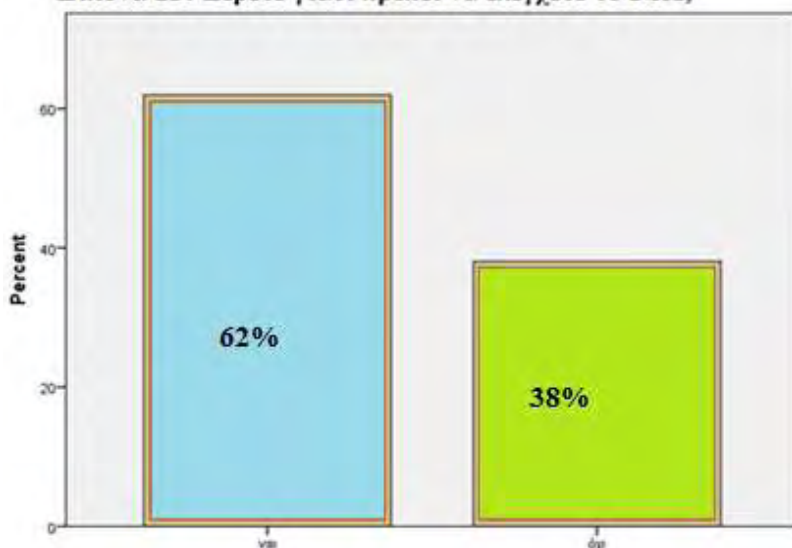
Θετική απάντηση στην ερώτηση "γνωρίζετε τι είναι το PSA" έδωσε το 46,7% των ανδρών και αρνητική το 53,3% (Εικόνα 12). Το 62% των ανδρών γνωρίζει το λόγο για τον οποίο πρέπει να γίνεται η εξέταση PSA, ενώ το 38% δεν γνωρίζει (Εικόνα 13). 77% των ανδρών που γνωρίζει γιατί πρέπει να ελέγχεται το PSA απαντά για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του προστάτη και να μπορέσει να τον θεραπεύσει. Το PSA ελέγχεται για να διαγνώσει τον καρκίνο του προστάτη όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα υποστηρίζει το 14% και το 8,8% για να μην πάθει καρκίνο του

προστάτη. Έλεγε το PSA το 47,8% των ανδρών, ενώ το 52,2% δεν το έλεγξε ποτέ. Οι περισσότεροι (45,8%) δεν το έλεγξαν γιατί δήλωσαν ότι δεν είχαν κανένα σύμπτωμα, το 25% από αμέλεια και το 22,9% δεν ενημερώθηκε. Από τους άνδρες που έλεγξαν το PSA, το 42,2% το έλεγξε μία φορά, το 26,7% το έλεγξε 2-3 φορές και το 31,1% το ελέγχει τακτικά. Γενικά οι άνδρες ενημερώθηκαν για το PSA από ιατρούς παθολόγους και ουρολόγους (αντίστοιχα 23,7%), από γενικούς ιατρούς και φίλους/γνωστούς (αντίστοιχα 11,8%), το 13,2% από την τηλεόραση, το 6,6% από το internet, το 5,3% από την οικογένεια, το 2,6% από τον τύπο και το 1,3% δεν ενημερώθηκε (Εικόνα 14).

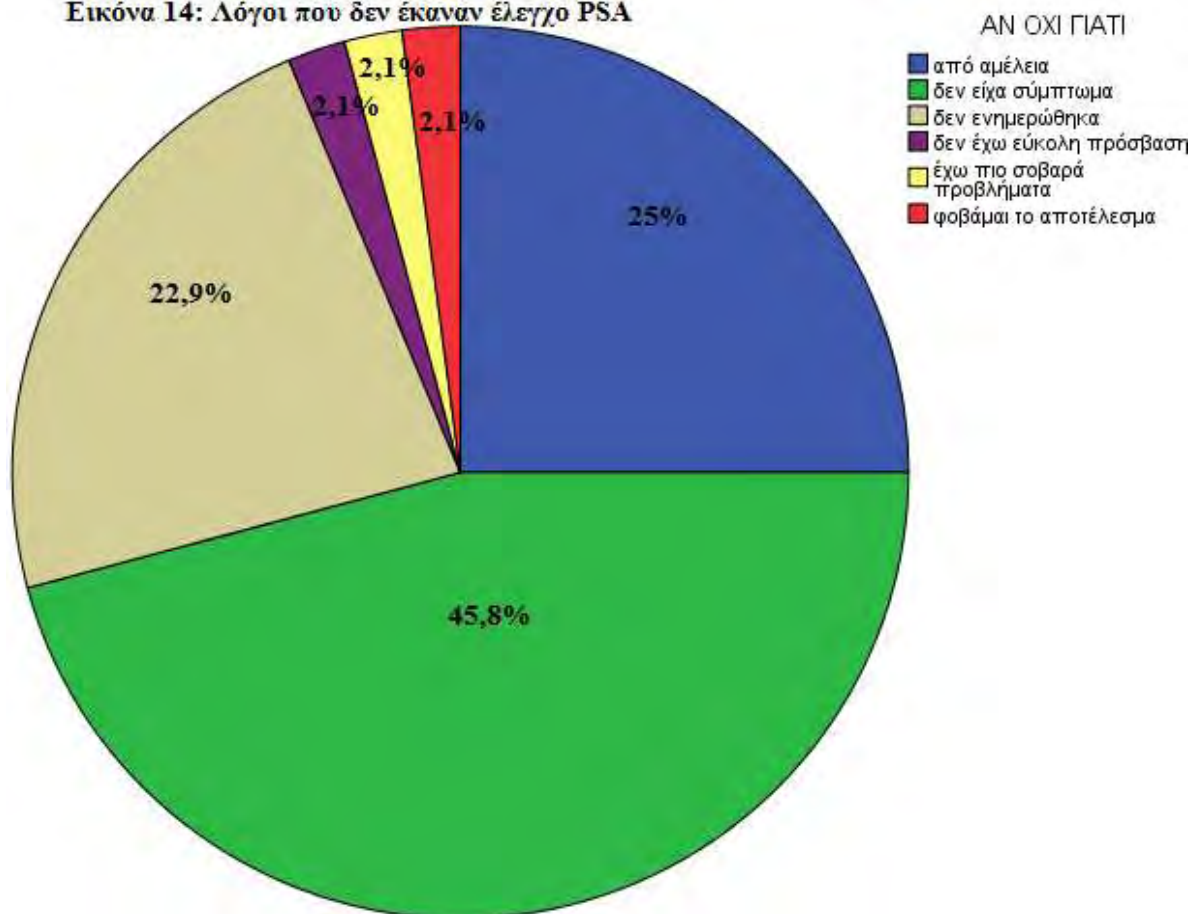
Εικόνα 12: Ξέρετε τι είναι το PSA;



Εικόνα 13: Ξέρετε γιατί πρέπει να ελέγχετε το PSA;



Εικόνα 14: Λόγοι που δεν έκαναν έλεγχο PSA

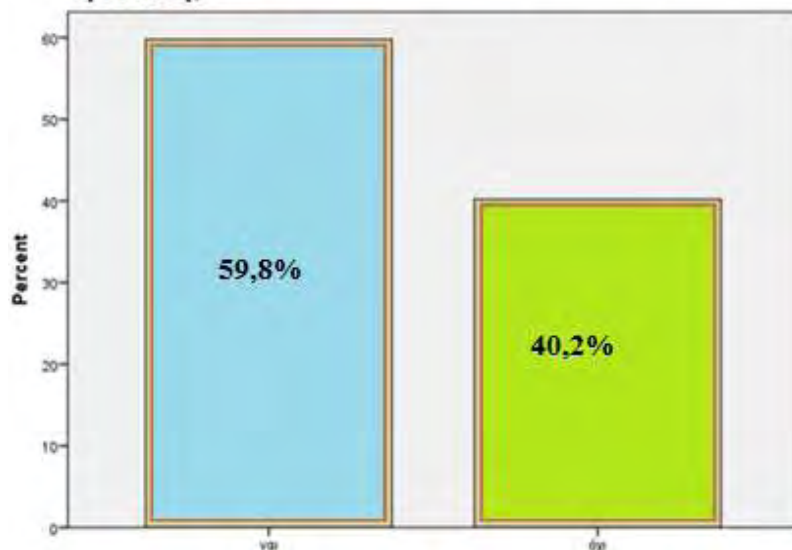


Το 59,8% των ανδρών γνωρίζει τι είναι η δακτυλική εξέταση του προστάτη, ενώ το 40,2% δεν το γνωρίζει (Εικόνα 15). Είναι γνωστό γιατί πρέπει να κάνει ένας άνθρωπος δακτυλική εξέταση στο 60,9% των ανδρών και άγνωστο στο 39,1%. Η δακτυλική εξέταση του προστάτη πρέπει να γίνει για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του προστάτη και να τον θεραπεύσει, πιστεύεται από το 71,4%, για να διαγνώσει τον καρκίνο του προστάτη όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα από το 19,6% και για να μην πάθει καρκίνο του προστάτη από το 8,9%. Μόνο το 28,3% των ανδρών έκανε δακτυλική εξέταση του προστάτη και το 71,7% δεν έκανε ποτέ (Εικόνα 16). Από τους άνδρες που δεν πραγματοποίησαν ποτέ την εξέταση, το 51,5% απαντά γιατί δεν είχε κανένα σύμπτωμα, το 19,7% από αμέλεια, το 15,2% δεν ενημερώθηκε, το 4,5% είχε πιο σοβαρά προβλήματα, το 3% ένιωθε ανασφάλεια και σε μικρότερα ποσοστά αναφέρονται άλλοι λόγοι (Εικόνα 17). Για τη δακτυλική εξέταση το 32% ενημερώθηκε από ιατρούς ουρολόγους, το 24% από παθολόγους, το 13,3% από την τηλεόραση, το 9,3% από φίλους/γνωστούς, το 6,7% από γενικούς ιατρούς, το 5,3% δεν ενημερώθηκε, το 4% από τον τύπο, το 4% από το internet και το 1,3% από την οικογένεια.

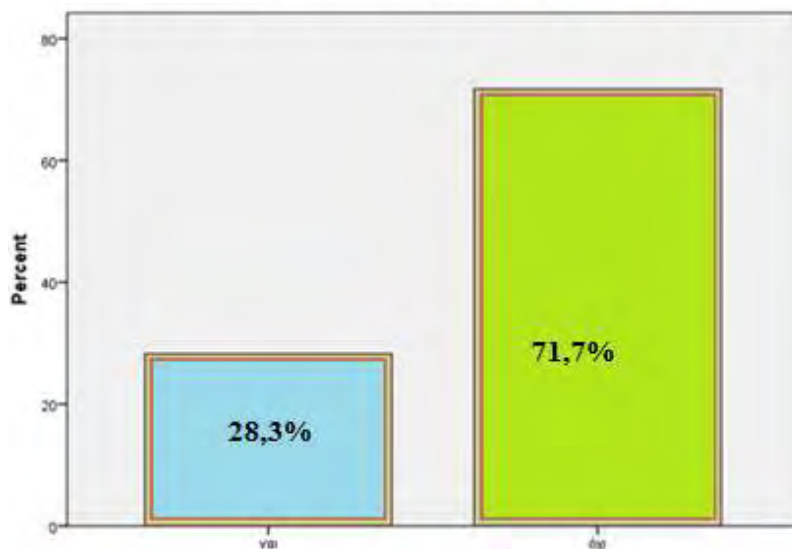
Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό υποστηρίζει το 47,8% των ανδρών και σε μικρό ποσοστό το 33,7%. Το 13% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει, ενώ το 5,4% αναφέρει ότι

ο καρκίνος του προστάτη δεν μπορεί να προληφθεί. Θετική είναι η απάντηση για το 83,7% των ανδρών για το αν ο καρκίνος του προστάτη θεραπεύεται και αρνητική για το 16,3%

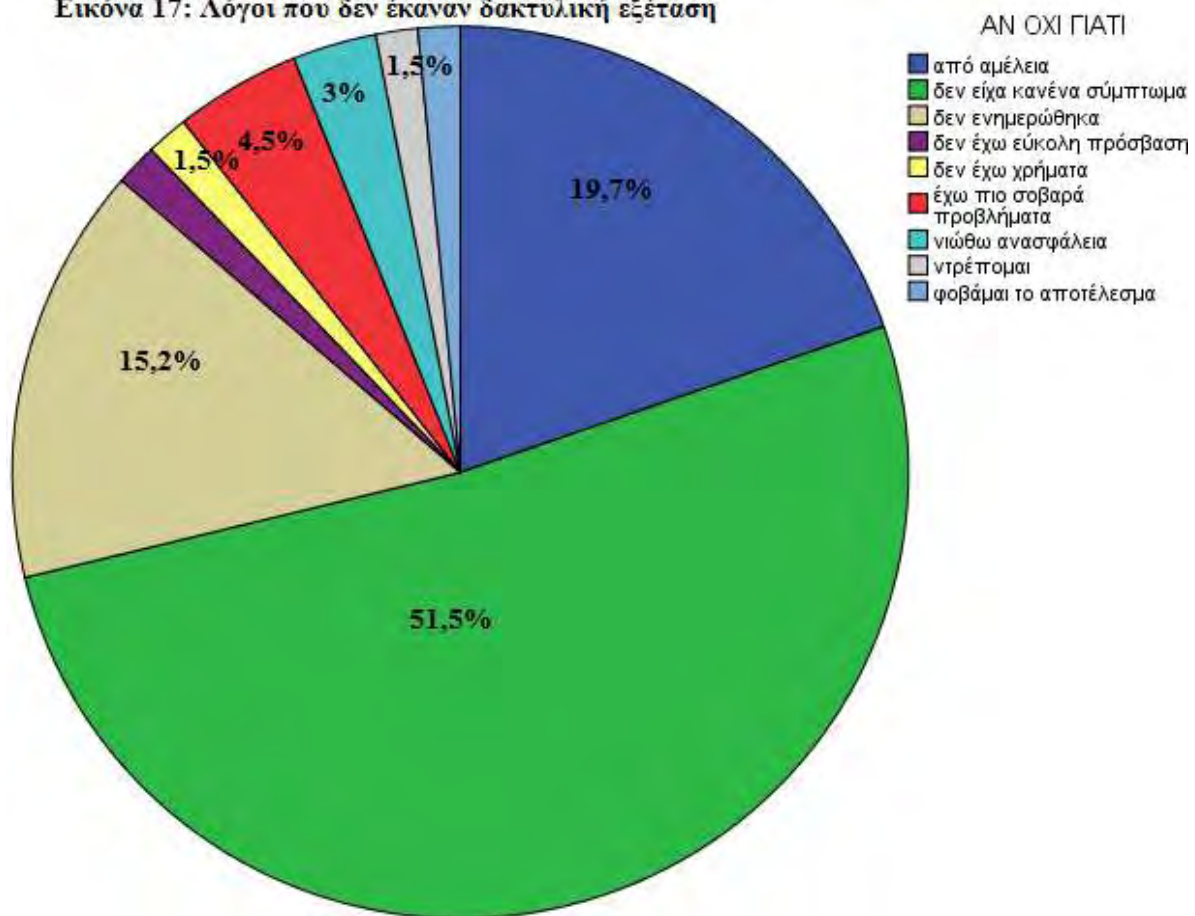
Εικόνα 15: Ξέρετε τι είναι η δακτυλική εξέταση του προστάτη;



Εικόνα 16: Έχετε κάνει εσείς δακτυλική εξέταση;



Εικόνα 17: Λόγοι που δεν έκαναν δακτυλική εξέταση



B. Πρόληψη καρκίνου στις γυναίκες

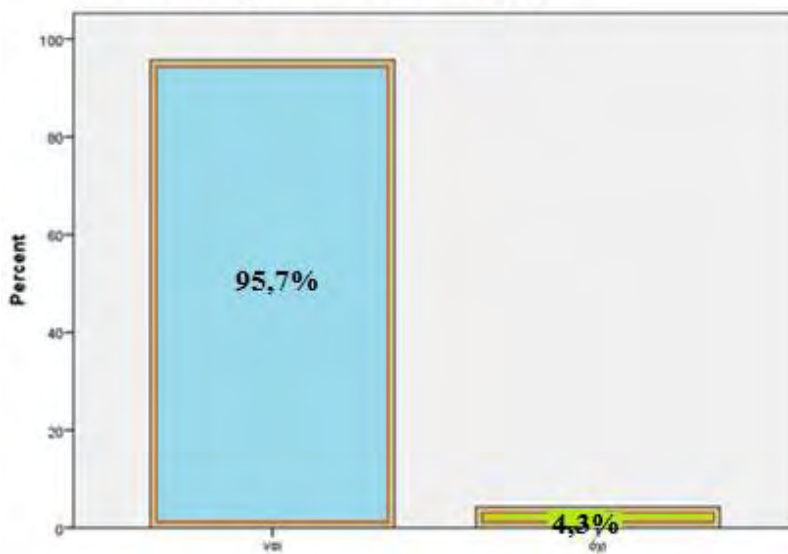
Από το συνολικό αριθμό των γυναικών, το 41,9% αφορά σε γυναίκες ηλικίας 50-59 ετών, το 21,5% σε 60-70, το 18,3% σε 40-49, το 11,8% σε 30-39 και το 6,5% σε γυναίκες ηλικίας >70 ετών. Οι περισσότερες γυναίκες είναι απόφοιτες σχολών ΤΕΙ-Πανεπιστημίου (39,8%), ενώ λιγότερες είναι απόφοιτες λυκείου (30,1%), δημοτικού (22,6%) και γυμνασίου (7,5%). Ως έγγαμες αναφέρονται οι γυναίκες σε ποσοστό 80,6%, χήρες το 10,8%, άγαμες το 4,3% και διαζευγμένες το 4,3%. Το 81,7% των γυναικών διαμένουν σε αστική, ενώ το 18,3% σε ημιαστική περιοχή. 57% των γυναικών δεν ακολουθούν την καπνιστική συνήθεια, το 20,4% καπνίζει και το 22,6% έχει διακόψει το κάπνισμα. Από τις γυναίκες που καπνίζουν, το 52,5% καπνίζει >10 έτη, το 17,5% καπνίζει <1 έτος, 15% καπνίζει 1 έως 5 έτη και επίσης 15% καπνίζει 5 έως 10 έτη. Το 45% των γυναικών καπνίζει <10 τσιγάρα/ημέρα, το 10% καπνίζει 20-40 τσιγάρα/ημέρα και το 45% καπνίζει 10-20 τσιγάρα/ημέρα.

B1. Πρόληψη καρκίνου τραχήλου μήτρας

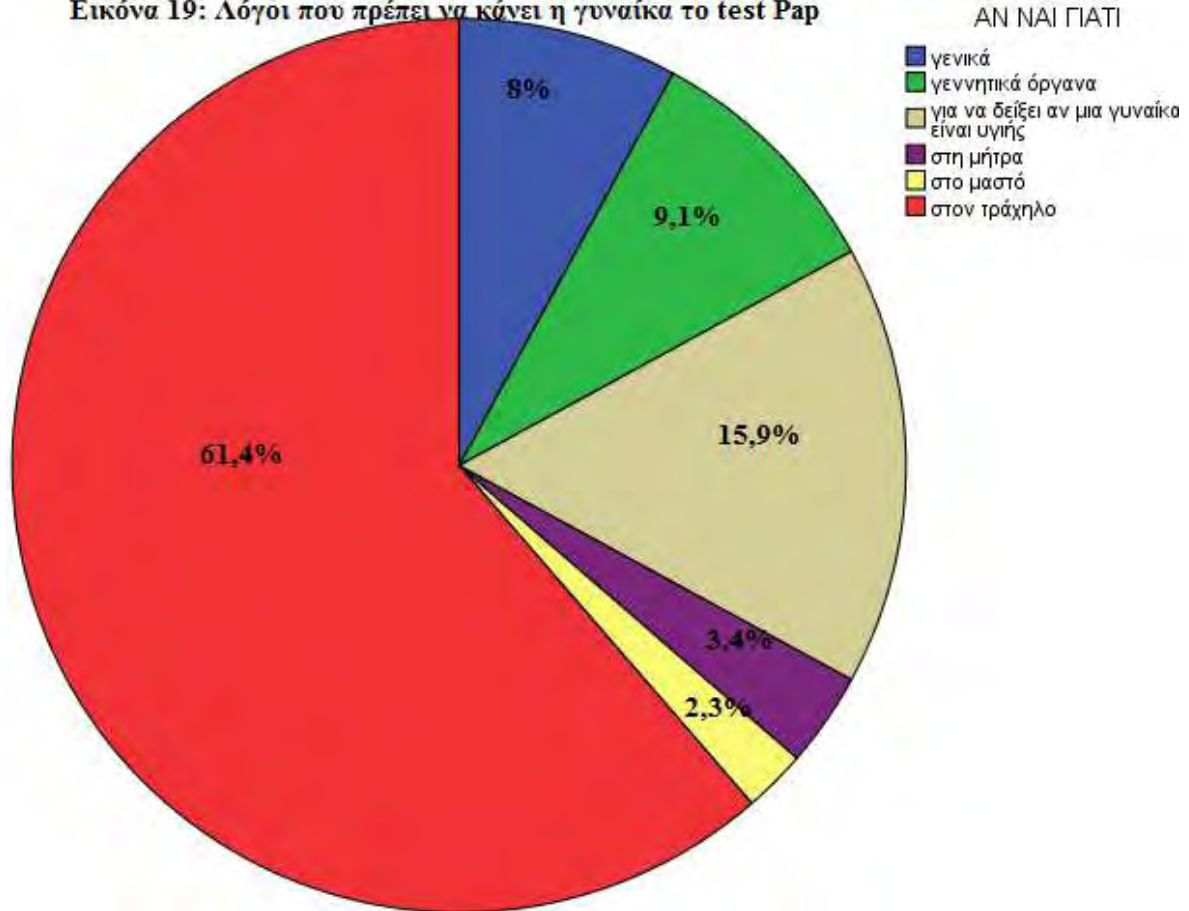
Από το συνολικό ποσοστό των γυναικών που ρωτήθηκαν για το πόσες επισκέψεις κάνουν ετησίως στο γυναικολόγο, το 65,6% απάντησε 1 φορά, το 25,8% καμία, το 6,5% 2-3 φορές και το 2,2% περισσότερες από 3 φορές. Το 95,7% των γυναικών γνώριζαν τι είναι το test Pap και λιγότερες είναι

οι γυναίκες που δεν γνώριζαν 4,3% (Εικόνα 18). Το λόγο που πρέπει να γίνεται η συγκεκριμένη εξέταση γνώριζε το 94,6% των γυναικών, ενώ το 5,4% δήλωσε άγνοια. Το test Pap είναι μια εξέταση που γίνεται για να δείξει αν μια γυναίκα είναι υγιής απάντησε το 15,9% των γυναικών, για να προλάβει τον καρκίνο γενικά απάντησε το 8%, στα γεννητικά όργανα το 9,1%, στον τράχηλο της μήτρας το 61,4%, στη μήτρα το 3,4% και στο μαστό το 2,3% (Εικόνα 19). Οι γυναίκες είχαν υψηλό ποσοστό πραγματοποίησης test Pap (89,2%) (Εικόνα 20). Από τις γυναίκες που δεν εφαρμόζουν το test Pap, το 50% το κάνει από αμέλεια, το 20% δεν ενημερώθηκε, 20% έχει πιο σοβαρά προβλήματα και το 10% φοβάται το αποτέλεσμα (Εικόνα 21).

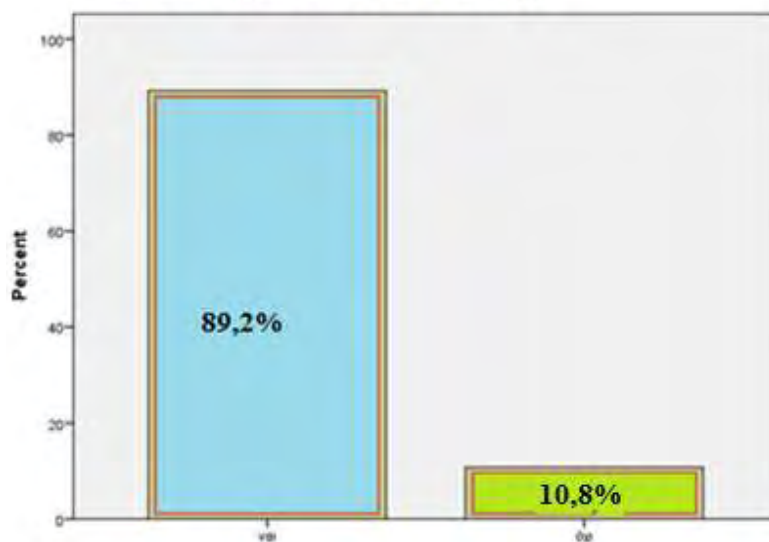
Εικόνα 18: Ξέρετε τι είναι το test Pap;



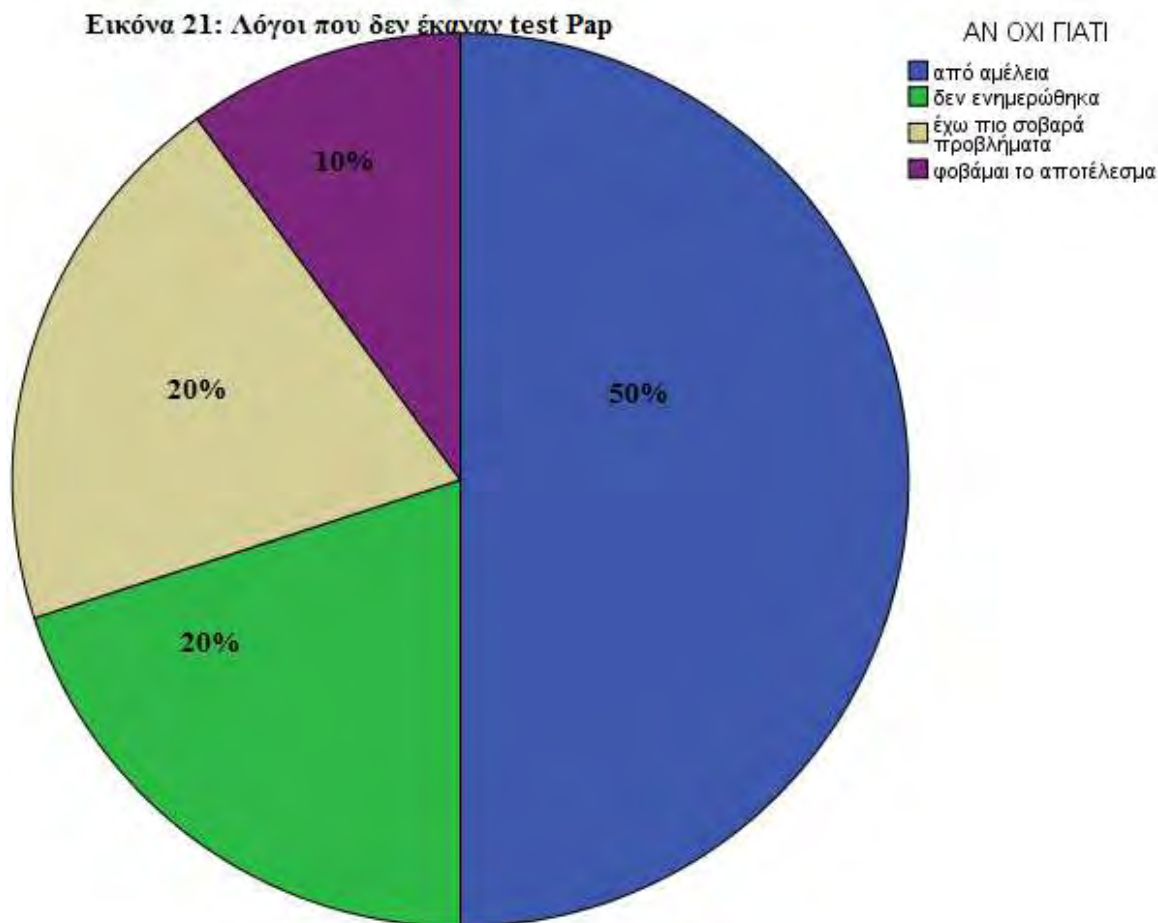
Εικόνα 19: Λόγοι που πρέπει να κάνει η γυναίκα το test Pap



Εικόνα 20: Έχετε κάνει εσείς test Pap;



Εικόνα 21: Λόγοι που δεν έκαναν test Pap

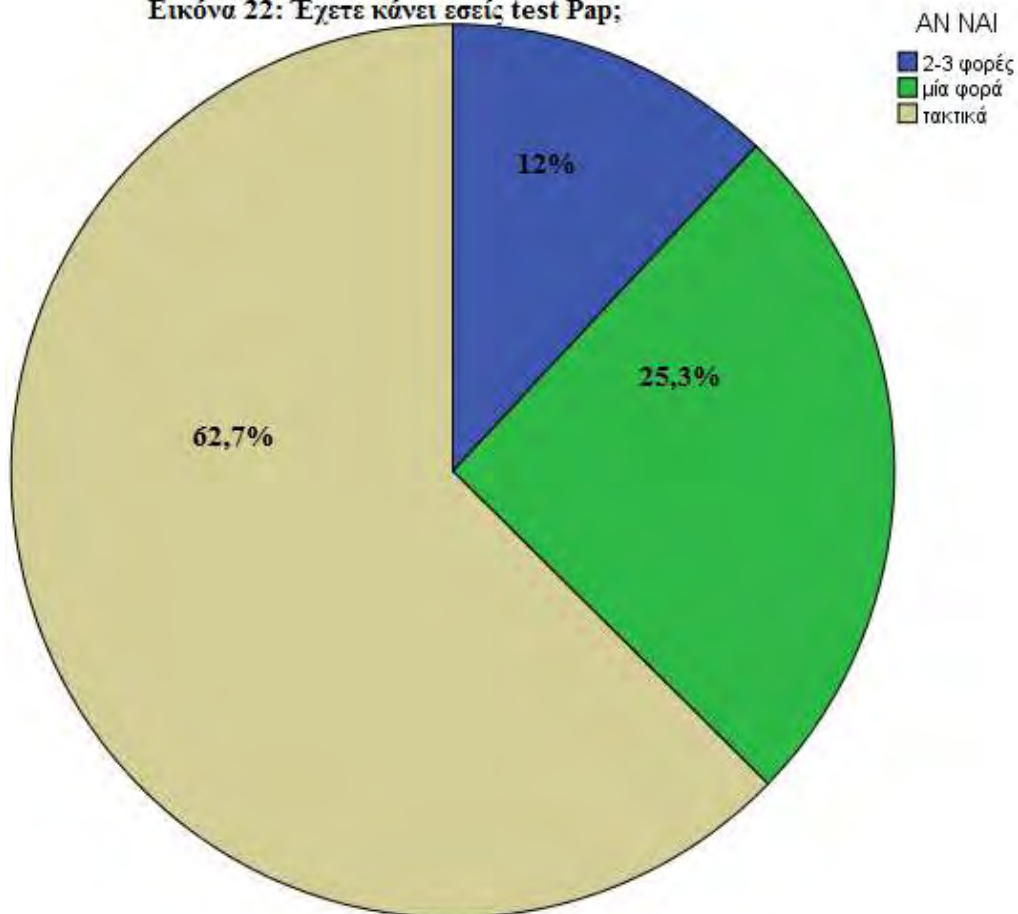


Τα ποσοστά πραγματοποίησης test Pap στις γυναίκες που εφαρμόζουν τον προληπτικό έλεγχο, τακτικά, μία φορά και 2-3 φορές είναι αντίστοιχα 62,7%, 25,3% και 12% (Εικόνα 22). Στην πλειοψηφία τους (68,5%) οι γυναίκες δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν για το test Pap από τον γυναικολόγο τους, σε ποσοστό 9,8% από φίλους/γνωστούς, 7,6% από την τηλεόραση, 6,5% από την οικογένεια, 3,3% δεν ενημερώθηκε και σε μικρότερα ποσοστά η ενημέρωση έγινε από άλλες πηγές.

Οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζονται αισιόδοξες ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό (54,8%) και σε μικρό ποσοστό (34,4%). Το 61,3% των γυναικών είναι ενήμερες ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί με το test Pap, το 23% με συχνές εξετάσεις απ' τον γυναικολόγο, ενώ το 11,8% δεν γνωρίζει.

Αναφορικά με τη γνώση των γυναικών για τον ιό HPV στο 52,7% ο ιός είναι άγνωστος και το 47,3% γνωρίζει τον ιό. Κυριότερες πηγές ενημέρωσης για τον ιό HPV είναι ο γυναικολόγος (52,2%), ο τύπος (10,9%) και το internet (10,9). Το 53,8% απάντησε ότι δεν γνωρίζει πού οδηγεί μια μόλυνση από τον ιό HPV, ενώ το 38,7% απάντησε ότι μερικές φορές οδηγεί σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

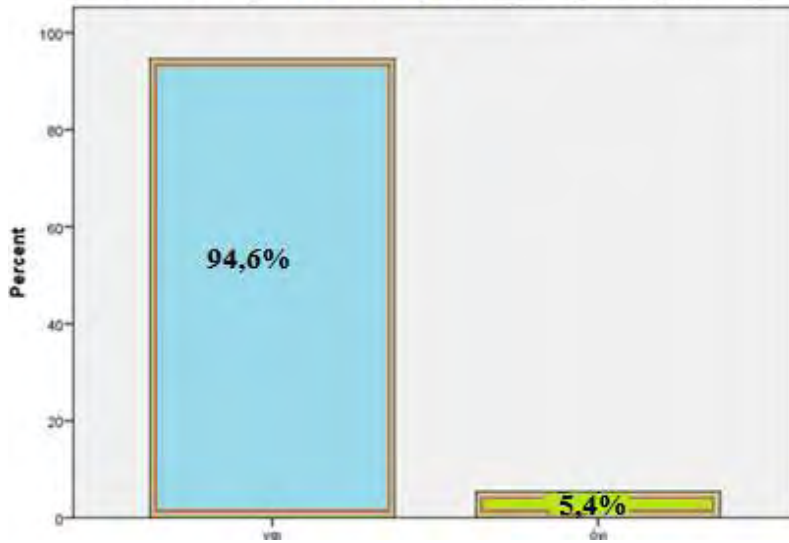
Εικόνα 22: Έχετε κάνει εσείς test Pap;



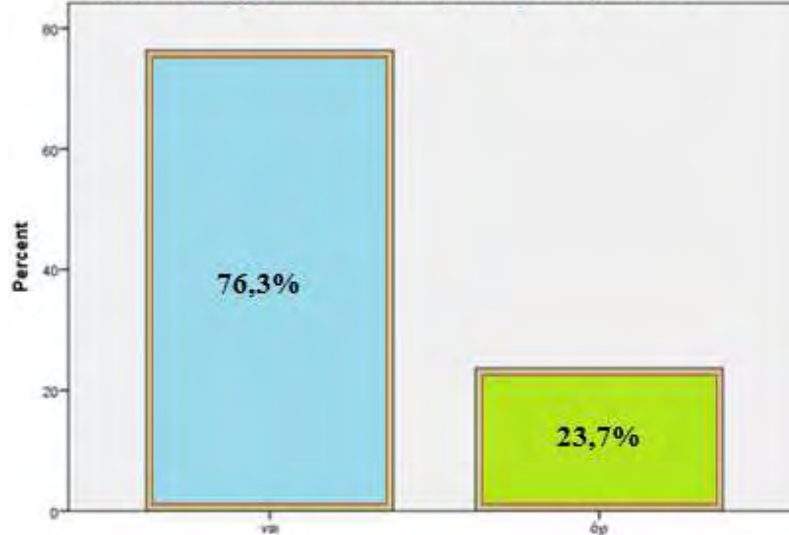
B2. Πρόληψη καρκίνου μαστού

Η αυτοεξέταση των μαστών είναι γνωστή στο 94,6% των γυναικών και άγνωστη στο 5,4% (Εικόνα 23). Αυτοεξέταση των μαστών πραγματοποίησε το 76,3% των γυναικών (Εικόνα 24). Από τις γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση, το 39,4% κάνει όποτε θυμάται, το 26,8% κάθε μήνα και το 14,1% όποτε πονάει.

Εικόνα 23: Ξέρετε τι είναι η αυτοεξέταση των μαστών;



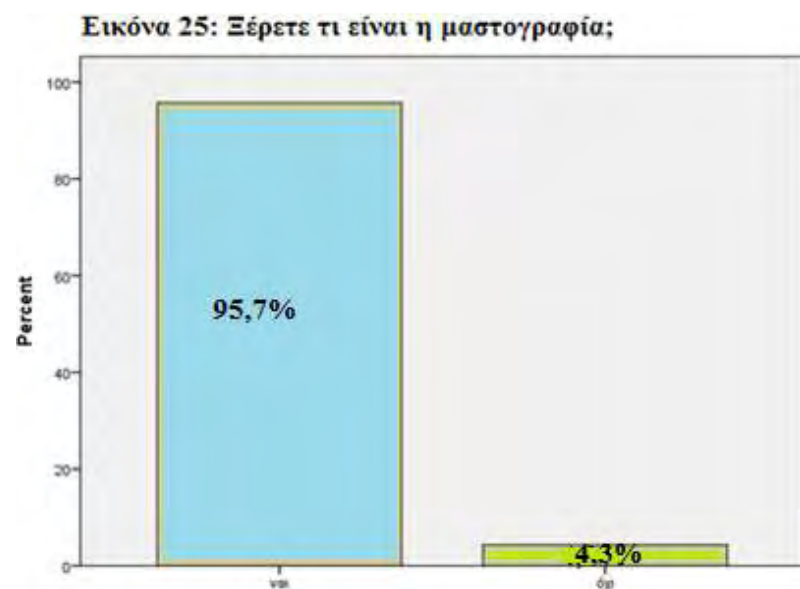
Εικόνα 24: Έχετε κάνει αυτοεξέταση των μαστών;



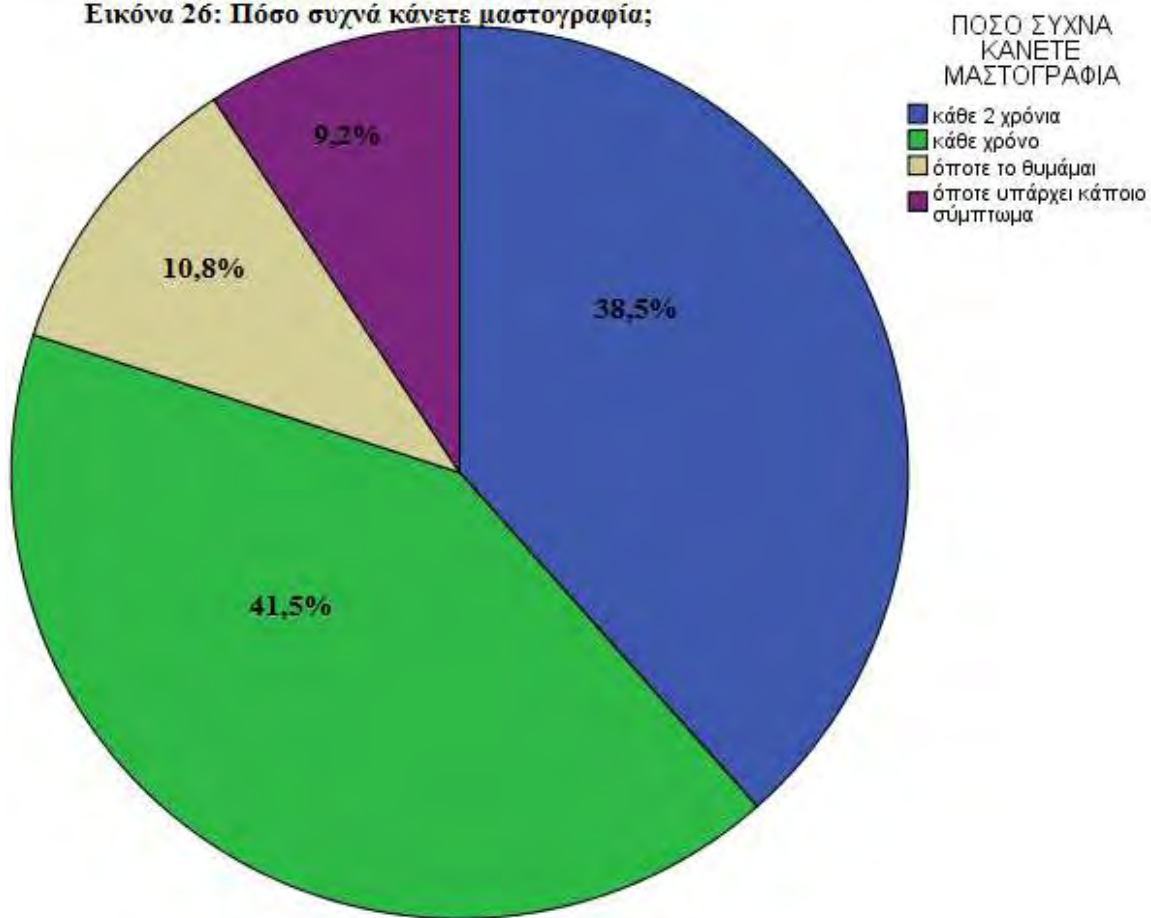
Αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό των γυναικών που γνωρίζουν τη μαστογραφία (95,7%) (Εικόνα 25) καθώς και το λόγο που αυτή πρέπει να γίνεται (96,8%). Το 83,3% των γυναικών που γνωρίζουν γιατί πρέπει να γίνεται η μαστογραφία απαντά για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του μαστού, το 12,2% για να μην πάθει καρκίνο του μαστού και το 4,4% για να διαγνώσει τον καρκίνο του μαστού όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα. 69,9% των γυναικών του δείγματος έκανε προληπτικά μαστογραφία. Οι σημαντικότεροι λόγοι που οι υπόλοιπες γυναίκες (30,1%) δεν έκαναν ποτέ μαστογραφία είναι επειδή δεν είχαν κανένα σύμπτωμα (57,1%), από αμέλεια (14,3%) και επειδή φοβόταν το αποτέλεσμα (14,3%). Το εύρος της ηλικίας για την πρώτη μαστογραφία για το 52,3% ήταν 40-49, για το 27,7% ήταν 30-39 και για το 10,8% ήταν >30. Η συχνότητα της μαστογραφίας για το 41,5% των γυναικών είναι κάθε χρόνο και για το 38,5% κάθε 2 χρόνια (Εικόνα 26). Οι πιο πολλές γυναίκες (69,9%) ενημερώθηκαν για τη μαστογραφία από τον γυναικολόγο και σε μικρότερα ποσοστά

ενημερώθηκαν από φίλους/γνωστούς (10,8%), από την τηλεόραση (8,6%) και από την οικογένεια (3,2%).

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό απαντά το 62,4% των γυναικών, σε μικρό ποσοστό απαντά το 30,1%, ενώ το 7,5% δεν γνωρίζει.



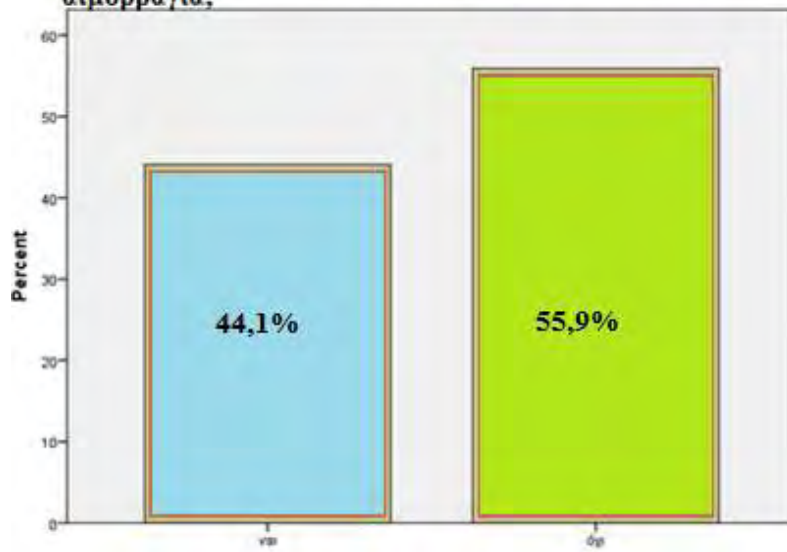
Εικόνα 26: Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία;



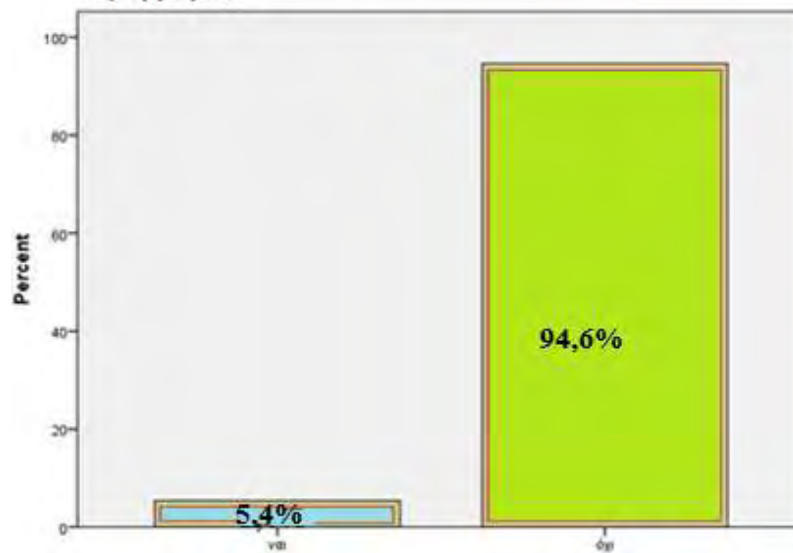
B3. Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου

Σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου παρατηρείται ότι το 55,9% δεν γνωρίζει τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα, ενώ η εξέταση είναι γνωστή στο 44,1% των γυναικών (Εικόνα 27). Πολύ χαμηλό είναι το ποσοστό των γυναικών που δεν πραγματοποίησε ποτέ την εξέταση (94,6%) σε αντίθεση με το 5,4% που την εφάρμοσε (Εικόνα 28). Το 61,4% των γυναικών δηλώνει ότι δεν έκανε αυτή την εξέταση, γιατί δεν είχε κανένα σύμπτωμα, το 26,1% δεν ενημερώθηκε, το 5,7% από αμέλεια και το 3,4% φοβάται το αποτέλεσμα (Εικόνα 29). Από το σύνολο των γυναικών που πραγματοποίησαν έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία, το 60% εφάρμοσε τον έλεγχο μία φορά και το 40% 2-3 φορές.

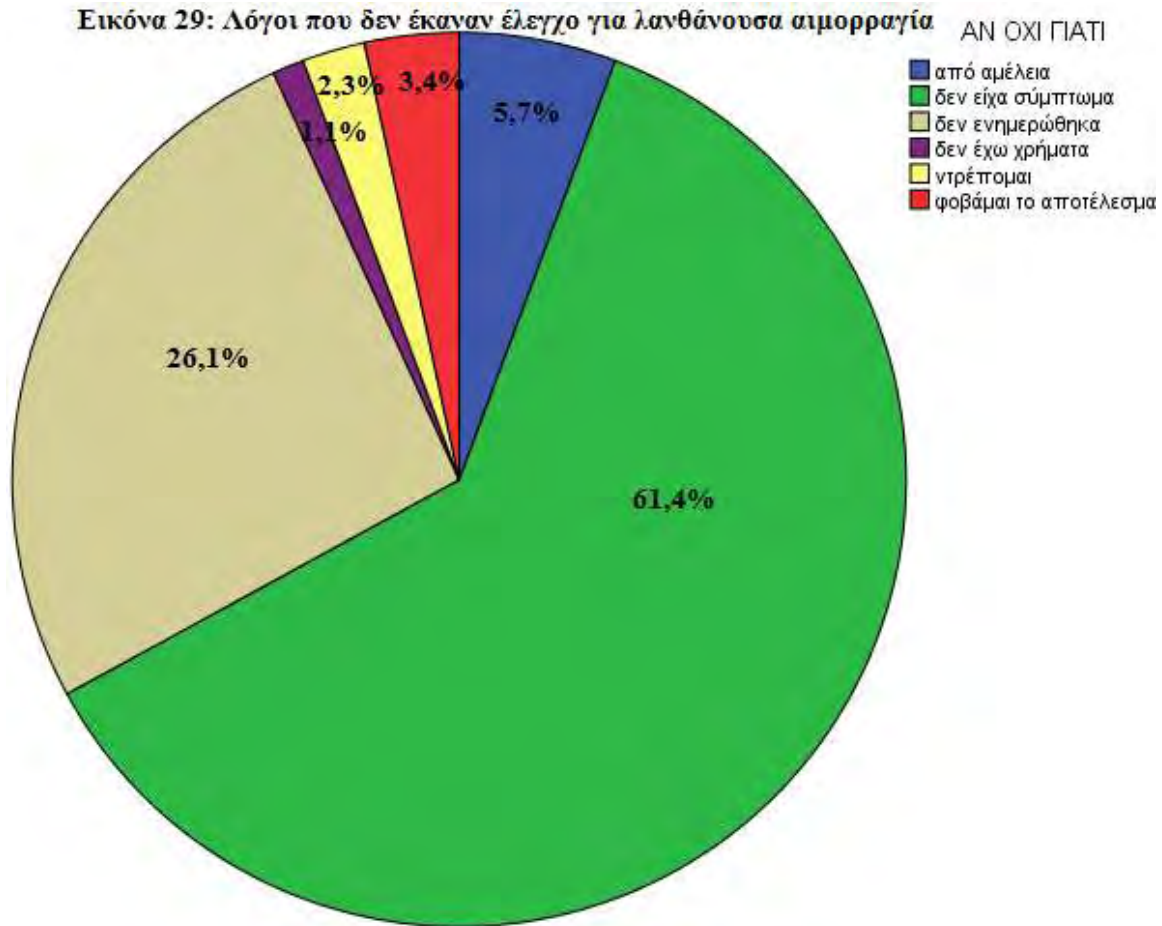
Εικόνα 27: Ξέρετε τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία;



Εικόνα 28: Έχετε κάνει έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία;



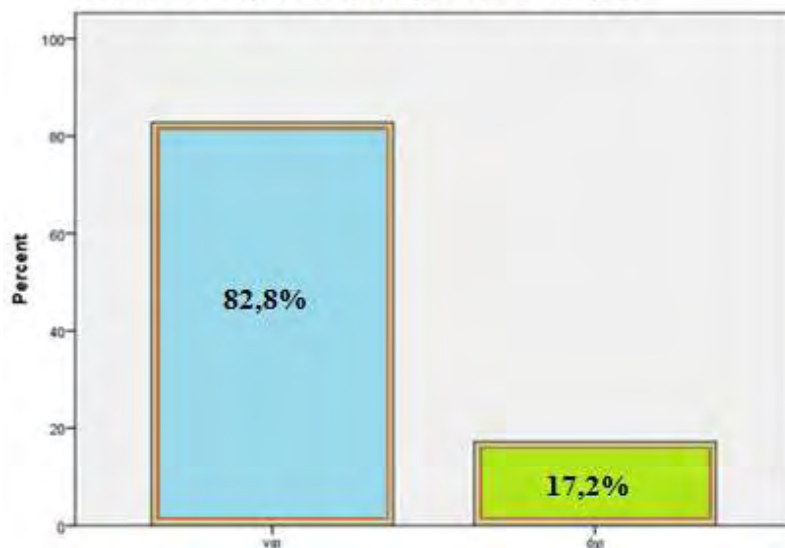
Εικόνα 29: Λόγοι που δεν έκαναν έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία



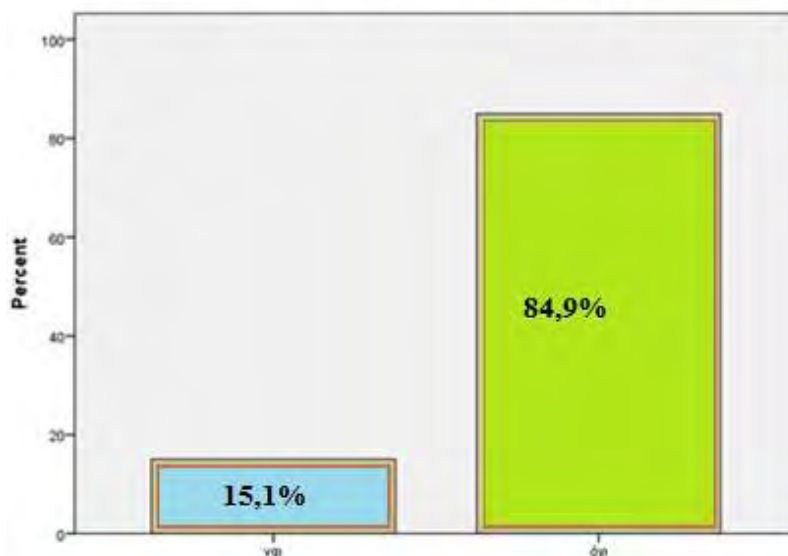
Η κολonosκόπηση φαίνεται να είναι πιο γνωστή εξέταση αφού το ποσοστό των γυναικών που τη γνωρίζει είναι 82,8% σε αντίθεση με το 17,2% που δεν γνωρίζει (Εικόνα 30). Το ποσοστό των γυναικών που ξέρουν γιατί πρέπει να κάνει κάποιος προληπτικά κολonosκόπηση ανέρχεται στο 77,4% και εκείνων που δεν γνωρίζουν στο 22,6%. Το 80,6% των γυναικών που γνωρίζουν θεωρεί ότι η κολonosκόπηση πρέπει να γίνεται για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να μπορέσει να τον θεραπεύσει, το 11,1% πιστεύει ότι πρέπει να γίνεται για να μην πάθει καρκίνο του παχέος εντέρου και το 8,3% για να διαγνώσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να μπορέσει να τον θεραπεύσει. Χαμηλό είναι το ποσοστό των γυναικών που έκαναν κολonosκόπηση (15,1%) και υψηλό αυτών που δεν έκαναν (84,9%) (Εικόνα 31). 49,4% των γυναικών που δεν έκαναν ποτέ κολonosκόπηση υποστηρίζει ότι ο λόγος είναι επειδή δεν είχαν κανένα σύμπτωμα, 22,8% από αμέλεια, 13,9% δεν ενημερώθηκε και 6,3% φοβάται το αποτέλεσμα. 78,6% των γυναικών που έκαναν κολonosκόπηση, δηλώνει ότι η εξέταση έγινε μία φορά και 21,4% αναφέρει ότι έγινε 2-3 φορές. Η ενημέρωση για την κολonosκόπηση για τις περισσότερες γυναίκες έγινε από τον παθολόγο (26,8%), από τον γαστρεντερολόγο (23,2%), από φίλους/γνωστούς (23,2%), από την οικογένεια (8,5%) και από την τηλεόραση (7,3%).

Στο σύνολό τους οι γυναίκες είναι αισιόδοξες ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό (46,2%) και 28% σε μικρό ποσοστό. Τέλος, το 44,1% υποστηρίζει ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό, το 31,2% αναφέρει ότι θεραπεύεται σε μικρό ποσοστό, το 23,7% δεν γνωρίζει και το 1,1% δηλώνει ότι δεν θεραπεύεται.

Εικόνα 30: Ξέρετε τι είναι η κολonosκόπηση;



Εικόνα 31: Έχετε κάνει εσείς κολonosκόπηση;



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν οι γνώσεις πολιτών σχετικά με τη δευτερογενή πρόληψη τεσσάρων τύπων καρκίνου καθώς και η αξιολόγηση της εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πλειοψηφία των πολιτών ήταν ηλικίας 50-59 ετών, απόφοιτοι σχολών ΤΕΙ-Πανεπιστημίων, έγγαμοι, μη καπνιστές και διέμεναν σε αστική περιοχή.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης παρατηρείται ότι για την προληπτική του καρκίνου του παχέος εντέρου οι περισσότεροι πολίτες δεν γνωρίζουν τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα και αποδείχθηκε ότι το ποσοστό των πολιτών που πραγματοποίησε αυτή την εξέταση είναι υπερβολικά χαμηλό. Πράγματι σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Βαλεαρίδες Νήσους και στην περιοχή της Βαρκελώνης διαπιστώθηκε ότι μόνο το 14% των πολιτών γνώριζαν τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα. [45] Η κολonosκόπηση φαίνεται να είναι πιο γνωστή εξέταση και οι πολίτες που έκαναν κολonosκόπηση είναι ελάχιστα περισσότεροι από εκείνους που έκαναν έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό αυτών που έκαναν κολonosκόπηση είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Αποτελέσματα μελέτης που έγινε ανάμεσα σε λευκούς και ασιάτες δείχνουν ότι λιγότερες από τις μισές ασιάτισες γυναίκες ανέφεραν μια κολonosκόπηση τα τελευταία 10 χρόνια, αλλά οι λευκοί ανέφεραν σε μεγαλύτερα ποσοστά ότι έκαναν κολonosκόπηση σε σχέση με τους ασιάτες. [43] Οι πολίτες ενημερώθηκαν κυρίως από ιατρούς παθολόγους για τις δυο αυτές προληπτικές εξετάσεις. Αισιόδοξοι είναι οι πολίτες ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί, αλλά και να θεραπευθεί.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η πλειοψηφία των ανδρών δεν γνωρίζει τι είναι το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) ενώ παραπάνω από τους μισούς άνδρες δεν έχουν κάνει έλεγχο του PSA ποτέ. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από μια σύσταση της Αμερικανικής Υπηρεσίας Πρόληψης σχετικά με το PSA. Βρέθηκε ότι μόνο το 44% είχε κάνει εξέταση PSA τα προηγούμενα δύο χρόνια και το 39% δεν έκανε ποτέ την εξέταση. Μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 40-49 και 50-59, όσοι ανήκαν στην τελευταία είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να διαφωνούν με τη σύσταση για την εξέταση PSA. [53] Σχεδόν το 60% των ανδρών γνωρίζουν για τη δακτυλική εξέταση του προστάτη ενώ απογοητευτικό είναι το ποσοστό εκείνων των ανδρών που πραγματοποίησαν την εξέταση (28,3%). Οι παθολόγοι και οι ουρολόγοι είναι εκείνοι από τους οποίους ενημερώθηκαν οι άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα σε μεγαλύτερο ποσοστό. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι ενώ οι περισσότεροι άνδρες δεν εφαρμόζουν τον προληπτικό έλεγχο, ταυτόχρονα αισιόδοξούν ότι ο καρκίνος του προστάτη προλαμβάνεται και θεραπεύεται.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης το test Pap ήταν η πιο συχνά πραγματοποιούμενη εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου. Περίπου το 96% των γυναικών γνωρίζει τι είναι το test Pap και το 90% εφαρμόζει την εξέταση. Το ποσοστό πραγματοποίησης test Pap υπολογίστηκε στο 87% σε μελέτη για τη χρήση των μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας που έλαβε μέρος σε γυναίκες της Νησιωτικής Χώρας. [21]

Παρόμοιες έρευνες που έγιναν στο παρελθόν αποδεικνύουν διαφορετικά αποτελέσματα από αυτά της παρούσας μελέτης. Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε στις Μαλβίδες βρέθηκε ότι πολύ λίγες γυναίκες γνώριζαν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί με κάποια δοκιμή. Επίσης, μόνο το 6,2% των γυναικών ανέφερε ότι έκανε test Pap τουλάχιστον μία φορά. [25] Δεδομένα από μελέτη στη βορειοανατολική Βραζιλία αποδεικνύουν ότι το 94,5% είχε ακούσει για το test Pap, αλλά μόνο το 36,7% είχε επαρκή γνώση για τη δοκιμή. Στην ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ test Pap, το 75,9% δήλωσε ότι πραγματοποίησε την εξέταση μία φορά και το 24,1% δεν έκανε ποτέ test Pap. Μεταξύ των γυναικών που έκαναν test Pap, το 69,6% υποστήριξε ότι έκανε την εξέταση μία φορά κάθε τρία χρόνια. [24]

Πράγματι τα ποσοστά πραγματοποίησης του test Pap από γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν υψηλά. Όμως αυτό έρχεται σε αντίθεση με κάποιες από τις έρευνες που παραθέτονται. Ένας από τους λόγους που μπορεί να συμβαίνει αυτό είναι γιατί οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος είναι απόφοιτες σχολών ΤΕΙ-Πανεπιστημίων, οπότε γνωρίζουν περισσότερα για τον προληπτικό έλεγχο και την εφαρμογή του. Επιπλέον, είναι αρκετά μεγάλο το ποσοστό των γυναικών που γνωρίζει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προλαμβάνεται με το test Pap (61,3%). Ακόμη, στο Νομό Γρεβενών δυστυχώς, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου όλο και αυξάνεται και ίσως αυτό να κινητοποιεί τις γυναίκες ώστε να εφαρμόζουν τον προληπτικό έλεγχο. Αυτό οφείλεται στο βεβαρυμένο περιβάλλον από τα εργοστάσια παραγωγής ηλεκτρικού ρεύματος στην Πτολεμαΐδα, τα οποία επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό και το Νομό Γρεβενών. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι σημαντική είναι και η συμβολή των προγραμμάτων του Κέντρου Διά Βίου Μάθησης που διοργανώνει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών και Προληπτικής Αγωγής τόσο στα Γρεβενά όσο και σε νομούς της υπόλοιπης χώρας, με αποτέλεσμα να αποτελούν πηγή ενημέρωσης σχετικά με παρόμοια ζητήματα. Οπότε σε σύγκριση με παλαιότερες έρευνες οι γυναίκες είναι καλύτερα ενημερωμένες.

Ικανοποιητικό ποσοστό των γυναικών γνωρίζει τι είναι ο ιός HPV (47,3%) και το 38,7% απαντά ότι μια μόλυνση από τον συγκεκριμένο ιό οδηγεί μερικές φορές σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με βάση έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες προερχόμενες από Ασία και Αμερική παρατηρήθηκε έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη σχέση μεταξύ καρκίνου τραχήλου μήτρας και ιού

HPV. [23] Παρόμοια έρευνα που εξετάζει τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δείχνει ότι το 46% των γυναικών γνωρίζει ότι η βάση της πρόληψης αυτού του τύπου καρκίνου είναι το test Pap. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μία στις 10 γυναίκες αγνοεί τη μέθοδο πρόληψης. Επιπλέον λιγότερες από τις μισές γνωρίζουν ότι συνδέεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα και το 60% των γυναικών γνώριζε γιατί γίνεται το test Pap. [22] Είναι φανερό ότι τα παραπάνω ποσοστά που αφορούν επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα χαμηλά. Οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, φαίνεται ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν γνωρίζουν σε ποσοστό 94,6% τι είναι η αυτοεξέταση των μαστών και το 76,3% έχει κάνει αυτοεξέταση. Από τις 100 περίπου γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα το 39,4% δήλωσε ότι κάνει αυτοεξέταση των μαστών όποτε θυμάται και το 26,8% κάθε μήνα. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα χαμηλό όπως επιβεβαιώνεται και από μια μελέτη για τις γνώσεις και στάσεις των ελληνίδων γυναικών σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού. Προκύπτει ότι από τις 100 γυναίκες που συμμετείχαν, οι 21 αυτοεξέταζαν το μαστό κάθε μήνα. Οι λόγοι που προβλήθηκαν για την αμέλεια της αυτοεξέτασης ήταν η άγνοια της τεχνικής, το άβολο συναίσθημα και ο φόβος. [34] Το σύνολο των γυναικών γνωρίζει τι είναι η μαστογραφία, ενώ το 69,9% έκανε προληπτικά την εξέταση. 83,3% των γυναικών απάντησαν ότι η μαστογραφία είναι μια εξέταση που γίνεται για να διαγνωσθεί εγκαίρως ο καρκίνος του μαστού. Η πρώτη μαστογραφία έγινε για τις περισσότερες γυναίκες σε ηλικία 40-49 ετών. Οι περισσότερες γυναίκες (41,5%) κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο, ενώ το 38,5% κάθε 2 χρόνια. Τα ποσοστά αυτά δεν είναι ικανοποιητικά και υπάρχει έλλειμμα γνώσεων όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού. Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρθηκαν και σε έρευνα που διεξήχθη στη Βόρεια Καλιφόρνια σε αφγανές μετανάστριες όπου το 65,9% δήλωσε ότι είχε κάνει μια μαστογραφία, περισσότερες από τις μισές είχαν να κάνουν μαστογραφία περισσότερα από 2 χρόνια και το 34% δεν έκανε ποτέ μαστογραφία. [35] Στην παρούσα έρευνα παρατηρείται ότι για το 69,9% των γυναικών, πηγή ενημέρωσης για τη μαστογραφία αποτέλεσε ο γυναικολόγος. Τα ίδια διαπιστώνεται και από αντίστοιχη έρευνα που έγινε στην Άγκυρα της Τουρκίας όπου το 75,8% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν κάνει μαστογραφία και γνώριζαν σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και τον προσυμπτωματικό έλεγχο (73,7%). Κύρια πηγή πληροφοριών για τον καρκίνο του μαστού αποτελούν και εδώ οι ιατροί (46,2%). [36] Τέλος, φαίνεται ότι οι γυναίκες πιστεύουν ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι γυναίκες γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου σε σχέση με τους άνδρες, αλλά και συμμετέχουν σε

προσυμπτωματικό έλεγχο. Η πλειοψηφία των γυναικών επισκέπτεται τακτικά τον γυναικολόγο τους (το 65,6% κάνει μια επίσκεψη το χρόνο). Το test Pap (95,7%), η αυτοεξέταση των μαστών (94,6%) και η μαστογραφία (95,7%) είναι γνωστές εξετάσεις προληπτικού ελέγχου για τις γυναίκες του δείγματος όπως φαίνεται από τα υψηλά ποσοστά των αποτελεσμάτων της μελέτης. Όμως, το test Pap ήταν η πιο συχνά πραγματοποιούμενη εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου (89,2%), σε σχέση με τη μαστογραφία (69,9%) και την αυτοεξέταση των μαστών (76,3%). Αξίζει να αναφερθεί ότι πηγή ενημέρωσης για τις παραπάνω προληπτικές εξετάσεις αποτελούν οι γυναικολόγοι. Αισιόδοξες είναι οι γυναίκες για την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, οι γυναίκες έχουν έλλειμμα γνώσης σχετικά με τον ιό HPV και τη συσχέτισή του με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αποδεικνύεται ότι μόνο το 47,3% των γυναικών γνωρίζει τι είναι ο ιός HPV και μόνο το 38,7% γνωρίζει ότι μια μόλυνση από αυτόν τον ιό οδηγεί μερικές φορές στην ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Από τις γυναίκες που ήταν ενήμερες για τον ιό, το 52,2% πληροφορήθηκε από τους γυναικολόγους.

Αναφορικά με τους περιορισμούς της μελέτης σημειώνεται ότι το δείγμα της μελέτης κρίνεται μάλλον μικρό και δεν ήταν διαστρωματοποιημένο. Ο αριθμός των ηλικιωμένων πολιτών ήταν μικρός και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα αναφορικά με τη συχνότητα πραγματοποίησης των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου στους πολίτες μεγαλύτερης ηλικίας. Η επιλογή των πολιτών ήταν τυχαία, οπότε επιλέχθηκαν τόσο υγιείς, όσο και ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ποσοστά γνώσεων των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου είναι αρκετά ικανοποιητικά όσον αφορά ορισμένους τύπους καρκίνου όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και του μαστού που επιδέχονται όμως βελτίωση ως προς την εφαρμογή τους. Σε αντίθεση παρατηρούμε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά γνώσης και εφαρμογής της πρώιμης διάγνωσης άλλων νεοπλασιών και ιδιαίτερα του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι πολίτες είναι μεν ενήμεροι για τις δυνατότητες πρόληψης των καρκίνων στους οποίους αναφέρεται η συγκεκριμένη μελέτη, ωστόσο η γνώση τους δεν είναι πλήρης. Υπάρχει η ανάγκη να δοθεί έμφαση στην απόκτηση βασικών γνώσεων που η εφαρμογή τους θα βελτιώσει το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού. Σε πανελλαδικό επίπεδο δεν έχει ακόμα εφαρμοσθεί συστηματικά ένα πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου και πιθανόν και το γεγονός αυτό να ευθύνεται για την πλημμελή γνώση των πολιτών. Σχετικά επιμορφωτικά σεμινάρια και η έμφαση στη διά βίου εκπαίδευση των πολιτών αναμένεται να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους σε ζητήματα πρόληψης. Καθώς η ενημέρωση των πολιτών είναι κρίσιμης σημασίας για τη συμμετοχή

τους στις προληπτικές εξετάσεις διαλογής (screening tests), η ορθή κατάρτιση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας αναμένεται να βελτιώσει την επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης.

Σαφώς οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών και των νοσηλευτών, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των γνώσεων, των στάσεων και των πρακτικών των πολιτών σε σχέση με τις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου. Η επιτυχία για αυτό αντικατοπτρίζεται από το επίπεδο των γνώσεων των πολιτών και από το ποσοστό συμμετοχής τους στους προληπτικούς ελέγχους. Ένας από τους ρόλους των επαγγελματιών υγείας είναι να ενημερώνουν τους πολίτες για τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ότι ο χρόνος που αφιερώνεται σε κάθε διαβούλευση καθώς και ο αριθμός των διαβουλεύσεων που λαμβάνονται από τους πολίτες, δεν μπορεί να είναι αρκετά ώστε να διευκρινιστούν όλα τα θέματα που προκαλούν ανησυχία. Αυτά τα πιθανά προβλήματα απαιτούν περισσότερη προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι μπορούν να δεσμευθούν ότι θα παρέχουν σωστές πληροφορίες σχετικά με τη δοκιμή και τα πλεονεκτήματα των εξετάσεων πρόληψης του καρκίνου.

Είναι απαραίτητο λοιπόν, να υπάρξει εντατική εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης και να συστηματοποιηθεί η διά βίου εκπαίδευση τόσο των πολιτών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα θα μπορούσαν να ελεγχθούν σε μια μελλοντική μελέτη ελπίζοντας στη βελτίωση των γνώσεων και της συμμετοχής των πολιτών στις εξετάσεις προληπτικού ελέγχου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) American Cancer Society, What is cancer, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer>, (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Νοεμβρίου)
- 2) American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2014, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>, (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 3 Νοεμβρίου)
- 3) Πατελάρου Α, Σηφάκη-Πιστόλλα Δ, Ξυλούρη Α, και συν. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. ΕΠΝΕ 2011;4(2):70-77
- 4) Σκρουμπέλος Α, Κυριόπουλος Γ, Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, 2010, προσβάσιμο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%85%CE%BC%CF%84%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D%20%CE%95%CE%BB%CE%AD%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%85.pdf (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 3 Νοεμβρίου)
- 5) ΚΕΕΛΠΝΟ, Γενικές πληροφορίες για τον καρκίνο, προσβάσιμο: <http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82.aspx> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 27 Σεπτεμβρίου)
- 6) World Health Organization, Cancer, προσβάσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 27 Σεπτεμβρίου)
- 7) International Agency for Research on Cancer, All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, προσβάσιμο: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 27 Σεπτεμβρίου)
- 8) Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, προσβάσιμο: <http://www.anti-cancer.gr/tips> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 28 Σεπτεμβρίου)

- 9) Ζαφράκας Μ, Τσαλίκης Τ, Τζεβελέκης Φ, και συν. Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 2009;21(2):138-147
- 10) Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, προσβάσιμο: http://www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDrasis_24selido.pdf (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 28 Σεπτεμβρίου)
- 11) World Health Organization, Early detection of cancer, προσβάσιμο: <http://www.who.int/cancer/detection/en/> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 3 Οκτωβρίου)
- 12) Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Δευτερογενής πρόληψη, προσβάσιμο: <http://www.nsph.gr/?page=deftprolipsisikentra> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 3 Οκτωβρίου)
- 13) American Cancer Society, What is cervical cancer, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-what-is-cervical-cancer> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Οκτωβρίου)
- 14) Centers for Disease Control and Prevention, Cervical Cancer, προσβάσιμο: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/pdf/cervical_facts.pdf (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Οκτωβρίου)
- 15) International Agency for Research on Cancer, Cervical Cancer, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, προσβάσιμο: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Οκτωβρίου)
- 16) Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, προσβάσιμο: <http://www.anticancer.gov.gr/pages/2> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Οκτωβρίου)
- 17) American Cancer Society, What are the risk factors for cervical cancer, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-cervical-cancer-risk-factors> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 5 Οκτωβρίου)
- 18) American Cancer Society, The American Cancer Society guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-cervical-cancer-screening-guidelines> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 5 Οκτωβρίου)
- 19) Saslow D, Solomon D, Lawson H, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening

- Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. PMC 2012;137:516-542
- 20) Centers for disease Control and Prevention, "Prevent Cervical Cancer" Infographic, προσβάσιμο: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/infographic.htm (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 5 Οκτωβρίου)
 - 21) Νούλα Μ, Λεοντζίνη Α, Αναστασιάδης Α, και συν. Η Χρήση των Μεθόδων Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Μαστού και του Τραχήλου της Μήτρας από Γυναίκες της Νησιωτικής Χώρας. ΕΠΙΝΕ 2013;2(3)
 - 22) Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε, Τσιώτα Μ, Υφαντής Α, και συν. Γνώσεις γυναικών-επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τη δυνατότητα δευτερογενούς πρόληψής του. ΕΠΙΝΕ 2009;1(3):105-109
 - 23) K. Robison, L. Clark, W. Eng, L, et al. Cervical Cancer Prevention: Asian-American Women's Knowledge and Participation in Screening Practices. Elsevier 2014;24(2):231-236
 - 24) Albuquerque Cl, Costa Mda, Nunes FM, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in Northeastern Brazil. Scielo 2014;132(1):3-9
 - 25) Basu P, Hassan S, Fileshia F, et al. Knowledge, Attitude and Practices of Women in Maldives Related to the Risk Factors, Prevention and early Detection of Cervical Cancer. APJCP 2014;15(16):6691-6695
 - 26) Centers for Disease Control and Prevention, What is breast cancer, προσβάσιμο: http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Οκτωβρίου)
 - 27) Centers for Disease Control and Prevention, Are There Different Kinds of Breast Cancer, προσβάσιμο: http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/kinds-of-breast-cancer.htm (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 4 Οκτωβρίου)
 - 28) International Agency for Research on Cancer, Breast Cancer, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, προσβάσιμο: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 7 Οκτωβρίου)
 - 29) World Health Organization, Breast cancer: prevention and control, προσβάσιμο: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 10 Οκτωβρίου)
 - 30) American Cancer Society, The importance of finding breast cancer early, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-importance-of-finding-early> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 10 Οκτωβρίου)

- 31) World Health Organization, Breast cancer: prevention and control, προσβάσιμο: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 10 Οκτωβρίου)
- 32) American Cancer Society, American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-ac-recs> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 11 Οκτωβρίου)
- 33) National Comprehensive Cancer Network, Breast Cancer Screening and Diagnosis, 2014, προσβάσιμο: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 11 Οκτωβρίου)
- 34) Πιπεράκη Ε, Μαρνέρας Χ, Μπουλαλά Φ, και συν. Γνώσεις και Στάσεις των Ελληνίδων Γυναικών σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού. Νοσηλευτική 2010;49(2):157-163
- 35) Shirazi M, Bloom J, Shirazi A, et al. Afghan immigrant women's knowledge and behaviors around breast cancer screening. Psycho-Oncology 2013;22(8):1705-1717
- 36) Guvenc I, Guvenc G, Tastan S, et al. Identifying women's knowledge about risk factors of breast cancer and reasons for having mammography. APJCP 2012;13(8):4191-4197
- 37) Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού, προσβάσιμο: http://www.digestiveoncology.org.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=34%3A2009-12-06-11-36-10&catid=33%3Akarkinos-paxeos-enterou&Itemid=34&lang=el (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 11 Οκτωβρίου)
- 38) International Agency for Research on Cancer, Colorectal Cancer, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, προσβάσιμο: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 12 Οκτωβρίου)
- 39) American Cancer Society, Risk factors for colorectal cancer, προσβάσιμο: http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/moreinformation/colonandrectumcancer_earlydetection/colorectal-cancer-early-detection-risk-factors-for-crc (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 12 Οκτωβρίου)
- 40) American Cancer Society, American Cancer Society recommendations for colorectal cancer early detection, προσβάσιμο: http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/moreinformation/colonandrectumcancer_earlydetection/colorectal-cancer-early-detection-ac-recommendations (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 12 Οκτωβρίου)
- 41) Θεοδωροπούλου Α, Καραμανώλης Γ, Τζουβαλά Μ, και συν. Πρόληψη Καρκίνου του Παχέου Εντέρου, Θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, 2013, προσβάσιμο:

- <http://www.hsg.gr/Docs/PDF/E-BOOK%20NEW.pdf> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 12 Οκτωβρίου)
- 42) Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού, Στατιστική Ανάλυση Πρώτων Συγκεντρωτικών Αποτελεσμάτων Προγράμματος Προληπτικών Εξετάσεων Καρκίνου Παχέος Εντέρου, 2009, προσβάσιμο: <http://www.coloncancer.gr/index.php?section=441&newsid510=6> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 43) Walsh JM, Kim SE, Sawaya G, et al. Colorectal cancer screening: what do women from diverse ethnic groups want?, JGIM 2013;28(2):239-46
- 44) Ramos M, Llagostera M, Esteva M, et al. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. BMC 2011;11(1):408
- 45) Christou A, Thompson SC, Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. BMC 2012;12:528
- 46) Centers for Disease Control and Prevention, Prostate Cancer, προσβάσιμο: http://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/what-is-prostate-cancer.htm (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 47) International Agency for Research on Cancer, Prostate Cancer, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, προσβάσιμο: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 48) American Cancer Society, What are the key statistics about prostate cancer, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-key-statistics> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 49) American Cancer Society, What are the risk factors for prostate cancer, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-risk-factors> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 50) National Comprehensive Cancer Network, Prostate Cancer Early Detection, 2014, προσβάσιμο: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate_detection.pdf (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 51) American Cancer Society, American Cancer Society recommendations for prostate cancer early detection, προσβάσιμο: <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/moreinformation/prostatecancerearlydetection/prostate-cancer-early-detection-acs-recommendations> (Ημερομηνία επίσκεψης: 2014, 13 Οκτωβρίου)
- 52) Τυριτζής Ι, Στραβοδήμος Κ, Η αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του προστάτη. Ελληνική Ουρολογία. 2009;21:97-104

- 53) Squiers LB, Bann CM, Dolina SE, et al. Prostate-specific antigen testing: men's responses to 2012 recommendation against screening. Elsevier 2013;45(2):182-189
- 54) Πατελάρου Α, Σηφάκη-Πιστόλα Δ, Ξυλούρη Α, και συν. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ΕΠΙΝΕ 4(2):70-77
- 55) Αγοραστός Θ, Τογκαρίδου Ε, Λαμπρόπουλος Α, και συν. Συχνότητα λοίμωξης και κατανομή των ογκογόνων τύπων του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων σε Ελληνίδες και αποδοχή της προοπτικής του εμβολιασμού εναντίον του ιού Πρόδρομα αποτελέσματα του «Προγράμματος Λυσιστράτη», Ελληνικό Περιοδικό Μαιευτικής και Γυναικολογίας. 2008,7:331-348

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-ΑΝΔΡΕΣ

1. Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη);
 30-39 40-49 50-59 60-70 >70
2. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;
Απόφοιτος: δημοτικού γυμνασίου λυκείου ΤΕΙ-Πανεπιστημίου
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος
4. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας;
 Ημιαστική περιοχή (χωριό, κωμόπολη) Αστική περιοχή (πόλη)
5. Καπνίζετε;
 Ναι Όχι το έχω διακόψει
Αν καπνίζετε τώρα ή στο παρελθόν, επί πόσο χρονικό διάστημα (έτη);
 <1 1-5 5-10 >10
6. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
 <10 10-20 20-40 >40
7. Έχετε επισκεφθεί ποτέ ειδικό ιατρό για το παχύ έντερο;
 ναι όχι
8. Ξέρετε τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα;
 ναι όχι
9. Έχετε κάνει ποτέ έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα;
 ναι όχι
Αν όχι, γιατί:
 δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα
 από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο
 δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι
 δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα
Αν ναι: μία φορά 2-3 φορές κάθε χρόνο
10. Ξέρετε τι είναι η κολονοσκόπηση;
 ναι όχι
11. Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει ένας άνθρωπος κολονοσκόπηση;
 ναι όχι
Αν ναι, γιατί:
 Για να διαγνώσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα

Για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να μπορέσει να τον θεραπεύσει

για να μην πάθει καρκίνο του παχέος εντέρου

Άλλο.....

12. Έχετε κάνει εσείς κολonosκόπηση;

ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα

από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο

δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι

δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα

Αν ναι: μία φορά 2-3 φορές κάθε 10 χρόνια

13. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με την κολonosκόπηση;

από την οικογένεια από την τηλεόραση από φίλους/γνωστούς

από τον τύπο από το internet από τον γιατρό σας:

(γαστρεντερολόγο παθολόγο γενικό ιατρό)

Άλλο-----

14. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί;

όχι ναι, σε μικρό ποσοστό ναι σε μεγάλο ποσοστό δεν ξέρω

15. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεραπεύεται;

όχι ναι, σε μικρό ποσοστό ναι, σε μεγάλο ποσοστό δεν ξέρω

16. Ξέρετε τι είναι το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA);

ναι όχι

17. Ξέρετε γιατί πρέπει να ελέγχετε το PSA;

ναι όχι

Αν ναι, γιατί:

Για να διαγνώσει τον καρκίνο του προστάτη όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα

Για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του προστάτη και να μπορέσει να τον θεραπεύσει

για να μην πάθει καρκίνο του προστάτη

Άλλο.....

18. Έχετε κάνει ποτέ εξέταση PSA;

ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα

από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο

δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι

δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα

Αν ναι:

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

19. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με την εξέταση PSA;

από την οικογένεια από την τηλεόραση από φίλους/γνωστούς

από τον τύπο από το internet από τον γιατρό σας:

(ουρολόγο ανδρολόγο παθολόγο γενικό ιατρό)

Άλλο-----

20. Ξέρετε τι είναι η δακτυλική εξέταση του προστάτη;

ναι όχι

21. Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει ένας άνθρωπος δακτυλική εξέταση;

ναι όχι

Αν ναι, γιατί:

Για να διαγνώσει τον καρκίνο του προστάτη όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα

Για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του προστάτη και να μπορέσει να τον θεραπεύσει

για να μην πάθει καρκίνο του προστάτη

Άλλο.....

22. Έχετε κάνει εσείς δακτυλική εξέταση του προστάτη;

ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα

από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο

δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι

δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα

23. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη δακτυλική εξέταση του προστάτη;

από την οικογένεια από την τηλεόραση από φίλους/γνωστούς

από τον τύπο από το internet από τον γιατρό σας:

(ουρολόγο παθολόγο γενικό ιατρό)

Άλλο-----

24. Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να προληφθεί;

όχι ναι, σε μικρό ποσοστό ναι, σε μεγάλο ποσοστό δεν ξέρω

25. Ο καρκίνος του προστάτη θεραπεύεται;

ναι όχι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ

- 6. Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη);**
 30-39 40-49 50-59 60-70 >70
- 7. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;**
Απόφοιτη: δημοτικού γυμνασίου λυκείου ΤΕΙ-Πανεπιστημίου
- 8. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**
 Άγαμη Έγγαμη Διαζευγμένη Χήρα
- 9. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας;**
 Ημιαστική περιοχή (χωριό, κωμόπολη) Αστική περιοχή (πόλη)
- 10. Πόσες φορές το χρόνο πηγαίνετε σε γυναικολόγο;**
 Καμία 1 φορά 2-3 φορές >3 φορές
- 11. Καπνίζετε;**
 Όχι Ναι Το έχω διακόψει
Αν καπνίζετε τώρα ή στο παρελθόν, επί πόσο χρονικό διάστημα (έτη);
 <1 1-5 5-10 >10
- 12. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;**
 <10 10-20 20-40 >40
- 13. Ξέρετε τι είναι το τεστ Παπανικολάου;**
 Ναι Όχι
- 14. Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει η γυναίκα τεστ Παπανικολάου;**
 Ναι Όχι
Αν ναι, γιατί:
 Για να δείξει αν μια γυναίκα είναι υγιής
Για να προλάβει τον καρκίνο:
 γενικά στα γεννητικά όργανα στον τράχηλο της μήτρας στη μήτρα
 στο μαστό
- 15. Έχετε κάνει εσείς τεστ Παπανικολάου;**
 Ναι Όχι
Αν όχι, γιατί:
 Δεν ενημερώθηκα Νιώθω ανασφάλεια Φοβάμαι το αποτέλεσμα
 Από αμέλεια Δεν έχω χρήματα Δεν έχω χρόνο
 Δεν έχω εύκολη πρόσβαση Ντρέπομαι
 Δεν είχα κανένα σύμπτωμα Έχω πιο σοβαρά προβλήματα
Αν ναι: Μία φορά 2-3 φορές Τακτικά (κάθε χρόνο για πάνω από 5 χρόνια)
- 16. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με το τεστ Παπανικολάου;**

- Από την οικογένεια Από την τηλεόραση Από φίλους/γνωστούς
 Από τον τύπο από το internet Από τον γιατρό σας:
(Γυναικολόγος Γενικός Ιατρός Παθολόγος)

Άλλο-----

12. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί;

- Όχι Ναι, σε μικρό ποσοστό Ναι σε μεγάλο ποσοστό Δεν ξέρω

13. Πώς νομίζετε ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας;

- Με υγιεινή διατροφή Με συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις
 Με συχνές εξετάσεις απ' τον γυναικολόγο Με αποφυγή του καπνίσματος
 Με το τεστ Παπανικολάου Με φάρμακα και βιταμίνες Δεν ξέρω

Άλλο-----

14. Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV);

- Ναι Όχι

Αν ναι, από πού ενημερωθήκατε για τον HPV;

- Από την οικογένεια Από την τηλεόραση Από φίλους/γνωστούς
 Από τον τύπο Από το internet Από τον γιατρό σας:
(γυναικολόγο παθολόγο γενικό ιατρό)

Άλλο-----

15. Πού οδηγεί μια μόλυνση από τον HPV;

- Οδηγεί πάντα σε ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
 Οδηγεί μερικές φορές σε ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
 Υποχωρεί αυτομάτως Δεν ξέρω

16. Ξέρετε τι είναι η αυτοεξέταση των μαστών;

- ναι όχι

17. Έχετε κάνει εσείς αυτοεξέταση των μαστών;

- ναι όχι

Αν ναι:

- κάθε εβδομάδα κάθε μήνα κάθε χρόνο όποτε με πονάει
 όποτε θυμάμαι ποτέ

18. Ξέρετε τι είναι η μαστογραφία;

- ναι όχι

19. Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει η γυναίκα μαστογραφία;

- ναι όχι

Αν ναι, γιατί:

- Για να διαγνώσει τον καρκίνο του μαστού όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα
- Για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του μαστού και να μπορέσει να τον θεραπεύσει
- για να μην πάθει καρκίνο του μαστού
- Άλλο-----

20. Έχετε κάνει εσείς προληπτικά μαστογραφία;

- ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

- δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα
- από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο
- δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι
- δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα

Αν ναι:

Σε τι ηλικία κάνατε την πρώτη μαστογραφία;

- >30 30-39 40-49 50-60 >60

21. Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία;

- κάθε χρόνο κάθε 2 χρόνια όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα
- όποτε το θυμάμαι

22. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη μαστογραφία;

- από την οικογένεια από την τηλεόραση από φίλους/γνωστούς
- από τον τύπο από το internet από τον γιατρό σας:
- (γυναικολόγο γενικό ιατρό παθολόγο)

Άλλο-----

23. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί;

- όχι ναι, σε μικρό ποσοστό ναι, σε μεγάλο ποσοστό δεν ξέρω

24. Ξέρετε τι είναι ο έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα;

- ναι όχι

25. Έχετε κάνει ποτέ έλεγχο για λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα;

- ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

- δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα
- από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο
- δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι
- δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα

Αν ναι:

μία φορά 2-3 φορές κάθε χρόνο

26. Ξέρετε τι είναι η κολonosκόπηση;

ναι όχι

27. Ξέρετε γιατί πρέπει να κάνει ένας άνθρωπος προληπτικά

κολonosκόπηση;

ναι όχι

Αν ναι, γιατί:

Για να διαγνώσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα

Για να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να μπορέσει να τον θεραπεύσει

για να μην πάθει καρκίνο του παχέος εντέρου

Άλλο-----

28. Έχετε κάνει εσείς κολonosκόπηση;

ναι όχι

Αν όχι, γιατί:

δεν ενημερώθηκα νιώθω ανασφάλεια φοβάμαι το αποτέλεσμα

από αμέλεια δεν έχω χρήματα δεν έχω χρόνο

δεν έχω εύκολη πρόσβαση ντρέπομαι

δεν είχα κανένα σύμπτωμα έχω πιο σοβαρά προβλήματα

Αν ναι: μία φορά 2-3 φορές κάθε 10 χρόνια

29. Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με την κολonosκόπηση;

από την οικογένεια από την τηλεόραση από φίλους/γνωστούς

από τον τύπο από το internet από τον γιατρό σας;

(Γαστρεντερολόγο Παθολόγο Γενικό ιατρό)

Άλλο-----

30. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί;

όχι ναι, σε μικρό ποσοστό ναι, σε μεγάλο ποσοστό δεν ξέρω

31. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεραπεύεται;

όχι ναι, σε μικρό ποσοστό ναι, σε μεγάλο ποσοστό δεν ξέρω