

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**<<ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ>>**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**<<Καταγραφή παθήσεων του μαστού στο Τακτικό Ιατρείο  
Μαστού στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης>>.**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**

**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Καταγραφή Παθήσεων του Μαστού στο Τακτικό Ιατρείο Μαστού,  
στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης».**

**ΜΑΡΙΑ-ΕΙΡΗΝΗ ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

**Επιβλέπων: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής**

**Μέλος: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής**

**Μέλος: Ανδρέα – Πάολα Ρόχας Χιλ, Επίκουρος Καθηγήτρια**

**Νοέμβριος 2016**

**ΣΠΑΡΤΗ**

Copyright © ΜΑΡΙΑ-ΕΙΡΗΝΗ ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

**Η τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

1. Δρ Γεώργιος Πανουτσόπουλος

2. Δρ. Παναγιώτης Πρεζεράκος

3. Δρ. Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μ.Π.Σ: «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου στο Τμήμα Νοσηλευτικής Σπάρτης.

Η ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, δεν θα ήταν δυνατή αν όλα αυτά τα χρόνια δεν είχα την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγηση ανθρώπων, οι οποίοι με αγκάλιασαν με την εμπιστοσύνη τους και με υποστήριξαν σε κάθε βήμα μου.

Στο τέλος της προσπάθειας αυτής αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω από καρδιάς, τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Γεώργιο Πανουτσόπουλο, ο οποίος με την επιμονή, υπομονή, τις γνώσεις του και την εμπειρία του συνετέλεσε τα μέγιστα, στο να αισθανθώ προνομιούχος, ως μέλος του περιβάλλοντός του. Με απόλυτη ελευθερία στις κινήσεις μου και τις επιλογές μου, κατόρθωσα να επιτύχω τον πιο σημαντικό στόχο που είχα θέσει.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής: Δρ. Παναγιώτη Πρεζεράκο και Δρ. Ανδρέα Πάολα Ρόχας-Χιλ.

Στην συνέχεια και με την ίδια θέρμη θα ήθελα να αναφερθώ και να ευχαριστήσω τον Διευθυντή Α΄Χειρουργικής Κλινικής και Διευθυντή του Τακτικού Ιατρείου Μαστού στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Δρ. Αγαμέμνων Κοκκοφίτη η γνωριμία μου με τον οποίο αποτέλεσε σημείο σταθμό, για την επίτευξη αυτού του μεγάλου στόχου. Ο άψογος επαγγελματισμός του, η έμπειρη καθοδήγησή του και οι επιστημονικές του γνώσεις, συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας προσφέροντάς μου την πολύτιμη βοήθειά του τόσο σε επιστημονικά, όσο και σε διαδικαστικά ζητήματα.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Προϊστάμενο των Τακτικών Ιατρείων κ. Νικόλαο Μητρόπουλο, ο οποίος στάθηκε σημαντικός αρωγός στην προσπάθειά μου και με υποστήριξε σε κάθε φάση της πορείας μου.

Παράλληλα θα ήθελα να αναφερθώ και να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που μου στάθηκαν και με πίστεψαν σε κάθε μου βήμα, προσφέροντας με τον δικό τους τρόπο κι από διαφορετικό πόστο ο καθένας, στην προσπάθεια αυτή που τώρα ολοκληρώνεται.

Ολοκληρώνοντας, δεν θα μπορούσα να παραβλέψω φυσικά την ίδια μου την οικογένεια, η οποία στεκόταν πάντα δίπλα μου, διακριτικά, σε όλη την διάρκεια κι αυτής της προσπάθειας. Ήταν οι άνθρωποι που με την αγάπη τους, την υπομονή τους και την διαρκή υποστήριξή τους έκαναν τις δύσκολες στιγμές να μοιάζουν ευκολότερες.

## **ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφιερώνεται στα παιδιά μου, Παναγιώτη-Νικόλαο,  
Ηλιάνα και στον αγαπημένο μου παππού, Παναγιώτη.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η καταγραφή των Παθήσεων του Μαστού στο Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015.

Δείγμα: 705 γυναίκες που κατοικούν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 13,8% είχε ινοκυστικές αλλοιώσεις, το 11,5% μórφωμα, το 8,8% οζίδιο μαστού, το 7,8% διόγκωση λεμφαδένων, το 7,7% κύστη, το 5,2% αποτιτανώσεις μαστού και το 5% ινοαδένωμα. Μικρότερα ποσοστά κατείχαν οι άλλες παθήσεις και πιο συγκεκριμένα το 3,9% είχε αδένωμα, το 3,7% είχε σκίαση, το 3% ογκίδιο μαστού, το 2,7% καρκίνο του μαστού ή αλλοιώσεις γυναικομαστίας, το 2,4% φλεγμονή, το 1,3% λιπώδη υποστροφή μαστού, το 0,9% ασβεστοματικές αλλοιώσεις, το 0,7% αδενοκαρκίνωμα και το 0,4% ινώδη και αδενικά στοιχεία.

Συμπεράσματα: Απαραίτητο είναι να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα πρόληψης που να απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 18-30 ετών που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές γιατί αυτοί οι δύο παράγοντες επηρεάζουν τον προληπτικό έλεγχο των γυναικολογικών ασθενειών, που όμως είναι πολύ σημαντικός για την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία τους.

Λέξεις-κλειδιά: καταγραφή, παθήσεων μαστού, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, πρόληψη, παρεμβατικό πρόγραμμα.

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The registration of breast disease in the regular practice of the general hospital of Tripoli from 2011 to 2015.

**Sample:** 705 women who live in urban, suburban and rural areas and visited the regular practice of general Tripoli hospital.

**Results:** The results showed that 13.8% had fibrocystic changes, 11.5% construct, 8.8% breast nodule, 7.8% enlarged lymph nodes, 7.7% bladder, 5.2% breast calcifications and 5% fibroadenoma. Smaller percentages held by other diseases and more specifically 3.9% had adenomas, 3.7% had shade, 3% lump breast, 2.7% of breast cancer or gynecomastia lesions, 2.4% inflammation, 1.3% fat breast involution, 0.9% asvestomatikes lesions, 0.7% adenocarcinoma and 0.4% of fibrous and glandular elements.

**Conclusions:** It is essential to create a prevention program that appeals to women aged 18-30 who live in rural areas because these two factors affect the screening of gynecological diseases, but it is very important for the timely and effective treatment .

**Keywords:** recording, breast diseases, general hospital Tripoli, prevention, intervention program.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	9
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ</b>	
1.1.Ανατομία του μαστού.....	14
1.2.Συγγενείς ανωμαλίες του μαστού.....	17
1.3.Επίκτητες ανωμαλίες του μαστού. ....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
2.1. Σκοπός. ....	24
2.2. Ερευνητικές υποθέσεις. ....	24
2.3.Βιβλιογραφική έρευνα. ....	24
2.4.Τρόπος συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	
Ερευνητική υπόθεση 1: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των γυναικών που επισκέφτηκαν το τακτικό ιατρείο του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης; .....	27
Ερευνητική υπόθεση 2: Ποιες είναι οι παθήσεις που αντιμετώπιζαν οι γυναίκες που επισκέφτηκαν το τακτικό ιατρείο του γενικού νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015; .....	66
Ερευνητική υπόθεση 3: Ποιες ήταν οι εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι γυναίκες αυτές; .....	89
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία καταγράφει τις παθήσεις του μαστού στο Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Με άλλα λόγια θα περιγραφούν τόσο οι παθήσεις του μαστού βιβλιογραφικά (διάγνωση, τρόποι αντιμετώπισης) όσο και πρακτικά, θα μετρηθούν οι παθήσεις του μαστού στις γυναίκες που επισκέφτηκαν από το 2011 ως το 2015 στο Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Ακόμα θα περιγραφούν άλλες γυναικολογικές παθήσεις που είχαν αυτές οι γυναίκες.

Η εργασία είναι πολύ σημαντική καθώς τα αποτελέσματα της θα οδηγήσουν στη σύνταξη ενός προγράμματος πρόληψης και θεραπείας των παθήσεων του μαστού που θα απευθύνεται τόσο στις γυναίκες του Νομού όσο και στους Επαγγελματίες Υγείας. Είναι πολύ σημαντική η πρόληψη των παθήσεων του μαστού για την έγκαιρη θεραπεία και κατ' επέκταση για την αντιμετώπισή τους.

Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από ένα ενιαίο κεφάλαιο που περιγράφει την ανατομία και τις διαταραχές των μαστών. Το ερευνητικό μέρος ξεκινά με το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα, τη μέθοδο συλλογής δεδομένων, την επεξεργασία και την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια περιγράφονται τα αποτελέσματα. Τέλος, στα συμπεράσματα συνοψίζονται τα κύρια ευρήματα της μελέτης και γίνεται σύγκριση με όσα αναφέρθηκαν στο θεωρητικό μέρος, περιγράφονται οι περιορισμοί της και δίνονται κατευθύνσεις για περαιτέρω μελέτη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Οι μαστοί βρίσκονται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα ανάμεσα στην 2<sup>η</sup> και την 6<sup>η</sup> πλευρά και εκτείνονται από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Τα τμήματα του μαστού είναι:

- + το αδενικό,
- + ο λιπώδης ιστός και
- + το δέρμα.

Από την τέταρτη εβδομάδα της κύησης και έπειτα μπορούν να εντοπιστούν οι εμβρυϊκές καταβολές του μαστού. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας οι μαστοί παραμένουν σε κατάσταση ηρεμίας, μέχρι την αρχή της ήβης που ξεκινά η θηλαρχή, δηλαδή η ανάπτυξή τους. Η ανάπτυξη των μαστών κατά την περίοδο της εφηβείας περνά από πέντε στάδια σύμφωνα με τον Tanner (Mimouni et al., 1981, όπως αναφέρεται στους Κελλαρτζή και συν., 2009).

Εικόνα 1: Σχηματική απεικόνιση των πέντε σταδίων ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία σύμφωνα με τον Tanner



Η ανάπτυξη του μαστού συνδέεται:

- + με την έκκριση των οιστρογόνων,
- + των γοναδοτροπινών και
- + της αυξητικής ορμόνης.

Η θηλαρχή χαρακτηρίζεται από την αδρεναρχή, δηλαδή την ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, την επιτάχυνση της αύξησης του αναστήματος και την εμμηναρχή, χωρίς ωστόσο η σειρά αυτή να είναι απόλυτη. Η έναρξη της θηλαρχής υπολογίζεται ότι είναι το όγδοο με ένατο έτος της ηλικίας (Marshall & Tanner, 1969; Hersh et al., 1987, όπως αναφέρεται στους Κελλαρτζή και συν., 2009). Μετά τη θηλαρχή ακολουθεί σταδιακά η ανάπτυξη του αδενικού και στρωματικού στοιχείου του μαστικού αδένου, ενώ παράλληλα αναπτύσσεται και ο λιπώδης ιστός. Ο αδενικός ιστός θα αποτελέσει τελικά το 20% της συνολικής μάζας του ιστού (Sizonenco, 1978, όπως αναφέρεται στους Κελλαρτζή και συν., 2009).

Οι διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών μπορούν να διακριθούν σε συγγενείς και επίκτητες. «Στις συγγενείς διαταραχές περιλαμβάνονται:

- + η πολυθηλία,
- + ο «υπεράριθμος μαστός» και η «πολυμαστία»,
- + η νεογνική υπερτροφία των μαστών,
- + η αμαστία,
- + η αθηλία και η εισολκή της θηλής.

Στις επίκτητες ανωμαλίες περιλαμβάνονται:

- + η αμφοτερόπλευρη υποπλασία των μαστών λόγω νευρογενούς ανορεξίας ή καθυστερημένης ήβης,
- + η υπολειπόμενη ανάπτυξη ενός εκ των δύο μαστών μετά από τραυματισμό,
- + εγκαύματα ή ιατρογενώς,
- + η πρόιμη θηλαρχή,
- + η μακρομαστία και η γιγαντομαστία,
- + η ασυμμετρία των μαστών,
- + η οζώδης μαστοπάθεια και η σωληνώδης διαταραχή» (Κελλαρτζής και συν., 2009: 115).

## 1.1. Ανατομία του μαστού

Ο μαστός αποτελεί περίπου ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος που περιέχει το μαστικό, ή σύμφωνα με άλλους επιστήμονες μαζικό αδένα. Μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξής του, ο κάθε μαστός καταλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα από τη 2<sup>η</sup> ως την 6<sup>η</sup> πλευρά. Προς τα έξω η έκταση του μαστού είναι μέχρι την πρόσθια μασχालιαία γραμμή, ενώ προς τα έσω μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Ο μαστός έχει σχήμα κώνου και προβάλλει προς τα εμπρός, ενώ το σχήμα του μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άνω μέρος να επιπεδωθεί ενώ το κάτω μέρος να κυρτωθεί από το βάρος του. Με αυτό τον τρόπο σχηματίζεται η υπομάστια πτυχή. Προκειμένου να μελετηθεί πιο προσεκτικά ο μαστός, οι επιστήμονες τον χώρισαν σε τέσσερα τεταρτημόρια: το άνω-έξω, το κάτω-έξω, το άνω-έσω και το κάτω-έσω. Το πιο παχύ από τα τέσσερα τεταρτημόρια είναι το άνω-έξω και αυτό συμβαίνει γιατί περιέχει τη μεγαλύτερη μάζα μαστικού αδένα καθώς επίσης και μια προσεκβολή προς τη μασχάλη, που είναι γνωστή ως ουρά του Spencer (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000).

Προκειμένου να περιγραφεί ο μαστός καλύτερα διακρίνονται δύο επιφάνειες, η πρόσθια και η οπίσθια καθώς επίσης και η περιφέρεια. Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα, στο μέσο περίπου του οποίου βρίσκονται η θηλή και η θηλέα άλω. Η θηλή αποτελεί κυλινδροειδές ή κωνοειδές έπαρμα του δέρματος και στην κορυφή της παρουσιάζει 15-20 στόμια στα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Η θέση της θηλής σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή, αλλά εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού. Τις περισσότερες φορές βρίσκεται στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος. Η θηλέα άλω είναι μια υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή με συνήθη διάμετρο 1,5-6 εκατοστά. Στην επιφάνεια της εμφανίζει 10-15 μικρά επάρματα, κάτω από τα οποία βρίσκονται οι αδένες του Montgomery, που θεωρείται ότι είναι τροποποιημένοι σμηγματογόνοι αδένες. Τόσο η θηλή όσο και θηλέα άλω έχουν καστανέρυθρο χρώμα που οφείλεται στην παρουσία άφθονης μελανίνης. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελαφρώς υπόκοιλη, επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μύος και σε μεγάλους

μαστούς εκτείνεται ως τον πρόσθιο οδοντωτό ή τον έξω λοξό κοιλιακό μυ. Η περιφέρεια του μαστού μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000).

Ο μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα. Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό, έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Ιδιαίτερα στη θηλή και στη θηλέα άλω, στο χόριο του δέρματος υπάρχουν λείες μυϊκές ίνες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν σκλήρυνση των μορφωμάτων αυτών κατά την προστριβή ή το θηλασμό. Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και σε αυτό μπορούν να διακριθούν μια πρόσθια στιβάδα, από όπου περνούν οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper και μια οπίσθια στιβάδα. Οι σύνδεσμοι αυτοί σε περίπτωση διήθησης από καρκίνο χάνουν την ελαστικότητά τους με συνέπεια τη βράχυνσή τους και την εισολκή του υπερκείμενου δέρματος. Ο μαστικός ή αλλιώς μαζικός αδένας, έχει σχήμα δισκοειδές και σε διατομή είναι λευκωπός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000).

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού είναι υπόκυρτη και ανώμαλη και παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται μεταξύ τους με ακρολοφίες. Ανάμεσα σε αυτές και στο χόριο του δέρματος εκτείνονται οι σύνδεσμοι του Cooper, που διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς. Το σχήμα αυτών των λοβών είναι πυραμοειδές, με την κορυφή προς τη θηλή, όπου και καταλήγει ο αντίστοιχος γαλακτοφόρος πόρος. Οι γαλακτοφόροι πόροι συγκλίνουν προς τη θηλή και εκβάλλουν είτε μεμονωμένα είτε μαζί με άλλους στην κορυφή της θηλής. Πριν την εκβολή του στη θηλή, κάθε γαλακτοφόρος πόρος εμφανίζει μία διευρυμένη μοίρα, το γαλακτοφόρο κόλπο στον οποίο είναι δυνατή η συλλογή γάλακτος. Το εκκριτικό τμήμα του μαστικού αδένα αποτελείται από τις αδενοκυψέλες ή τελικές μονάδες των λοβίων και των πόρων, που συνενώνονται σχηματίζοντας τους αρχικούς μικρούς κλάδους των γαλακτοφόρων πόρων. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα χωρίζεται από την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός με λίγο ινολιπώδη ιστό (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000).



Οι μύες στην περιοχή του μαστού που έχουν σημασία για τις χειρουργικές επεμβάσεις σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένης και της πλαστικής αποκατάστασης, είναι:

- + ο μείζων θωρακικός,
- + ο ελάσσων θωρακικός,
- + ο πρόσθιος οδοντωτός,
- + ο πλατύς ραχιαίος,
- + ο κορακοβραχιόνιος,
- + ο υποπλάτιος,
- + ο έξω λοξός κοιλιακός.

Αντίστοιχα, οι περιτονίες που αφορούν την εγχειρητική του μαστού είναι:

- + η υποδόρια,
- + η περιτονία του μείζονα θωρακικού μύος,
- + η περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού,
- + η κορακοπλευρική και
- + η περιτονία της μασχάλης (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000; Adami et al., 1998).

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται:

- + από την έσω μαστική,
- + την πλάγια και άνω θωρακική,
- + το θωρακικό κλάδο της ακρωμοθωρακικής,
- + τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και
- + την υποπλάτιο αρτηρία.

Το φλεβικό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και διακρίνεται: σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής φλεβικοί κλάδοι εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα, ενώ οι εν τω βάθει ακολουθούν τρεις βασικές οδούς προς την έσω μαστική, τη μασχαλιαία και τις μεσοπλευρίες φλέβες (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000).

Το λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και διοχετεύει τη λέμφο προς τις δύο κατευθύνσεις, προς τους μασχαλιαίους και προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

- ✚ μασχαλιαίους,
- ✚ υπερκλείδιους και
- ✚ τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας.

Οι λεμφαδένες της μασχάλης με τη σειρά τους διακρίνονται σε τρία επίπεδα που έχουν τη σημασία τους για το λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής, σε περίπτωση καρκίνου. Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το τέταρτο ως το έκτο μεσοπλευρίο νεύρο, το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η θηλή εμφανίζει ιδιαίτερη νευροβρίθεια, όπου οι νευρικές ίνες τελειώνουν στα απτικά σωματίδια του Meissner (Moore et al., 1999; Χατζημπούγιας, 2000).

## **1.2. Συγγενείς ανωμαλίες του μαστού**

Η πολυθηλία είναι η παρουσία περισσότερων των δύο θηλών. Η πολυθηλία αποτελεί την πιο συχνή συγγενή ανωμαλία των μαστών και για τα δύο φύλα. Η συχνότητα επιπολασμού της υπολογίζεται στο 1-6% του γενικού πληθυσμού. Αίτια για την ανάπτυξη της είναι η αναστολή της υποστροφής της μαζικής γραμμής. Τις περισσότερες φορές οι θηλές εκλαμβάνονται ως σπίλοι από τις ίδιες τις ασθενείς, ενώ πολύ εύκολα μπορεί να παραπλανήσουν και τον γιατρό που τις εξετάζει (Wiebke et al., 2000). Οι υπεράριθμες θηλές συνήθως εξαιρούνται χειρουργικά για αισθητικούς λόγους. Προσοχή χρειάζεται το γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν και άλλες ανωμαλίες από το ουροποιητικό σύστημα καθώς επίσης και καρδιακές ανωμαλίες που πολλές φορές είναι ασυμπτωματικές. Για αυτό το λόγο θα

πρέπει να υποβάλλονται σε κατάλληλο προληπτικό έλεγχο (Κελλαρτζής και συν., 2007; Wiebke et al., 2000).

Ο υπεράριθμος μαστός και η πολυμαστία δεν είναι τόσο συχνές όσο η πολυθηλία. Ο υπεράριθμος μαστός είναι η παρουσία υπεράριθμης θηλής ή και θηλαίας άλω και μπορεί να συνοδεύεται από κανονικό ή ατροφικό αδενικό ιστό. Στην πολυμαστία αντίθετα υπάρχει μαζικός αδένας χωρίς να είναι απαραίτητη η παρουσία θηλής και θηλέας άλω (Smith & Greening, 1972; Ravitch, 1977, όπως αναφέρεται στους Κελλαρτζή και συν., 2009). Η διάκριση αυτή ανάμεσα σε αυτές τις δύο καταστάσεις είναι τεχνητή και δεν χρησιμοποιείται από όλους τους επιστήμονες. Ο υπεράριθμος μαστός συνήθως ανευρίσκεται κατά μήκος της εμβρυϊκής μαστικής γραμμής αλλά έχει ανευρεθεί και σε άλλα σημεία του σώματος: στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στην ωμική ζώνη, στη μέση γραμμή του στήθους και της κοιλιάς, στους γλουτούς και στους μηρούς. Αντίθετα η πολυμαστία εντοπίζεται τις περισσότερες φορές κοντά στο στήθος, στη μασχάλη, στο στέρνο, στην υπερκλειδίο χώρα και στο επιγάστριο. Η συχνότητα του υπεράριθμου μαστού και της πολυμαστίας στις γυναίκες είναι 2-6%. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν δημοσιευτεί περιπτώσεις καρκίνου στον έκτοπο μαστικό αδένα, που αρχικά διέφυγαν της διάγνωσης εξαιτίας του χαμηλού βαθμού υποψίας από τους θεράποντες ιατρούς. Με αυτό τον τρόπο οι υπεράριθμοι μαστοί εξαιρούνται χειρουργικά όχι μόνο για αισθητικούς λόγους αλλά και για την πρόληψη της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου (Κελλαρτζής και συν., 2007).

Πολύ συχνά, αμέσως μετά τον τοκετό, παρατηρείται σε νεογνά και των δύο φύλων υπερτροφία των μαστών, που τις περισσότερες φορές οφείλεται στην επίδραση των οιστρογόνων της μητέρας. Υπολογίζεται ότι η νεογνική υπερτροφία των μαστών μπορεί να εμφανιστεί ως και στο 70% των νεογνών. Ορισμένες φορές παρατηρείται ακόμα και έκκριση από τη θηλή του υπερτροφικού μαστού. Η νεογνική υπερτροφία των μαστών ιάται και σημαντικό είναι να αποφεύγεται ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής (Κελλαρτζής και συν., 2007). Αν οι γονείς δεν είναι σωστά ενημερωμένοι, τότε μπορεί χωρίς να το γνωρίζουν να ερεθίζουν μηχανικά τη θηλή και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να διατηρείται.

Η αμαστία είναι η πλήρης απουσία του ενός ή ακόμα και των δύο μαστών ενώ η αθηλία είναι η απουσία μιας ή ακόμα και των δύο θηλών. Η αμαστία είναι πολύ

σπάνια διαταραχή και παρουσιάζεται συνήθως ετερόπλευρα. Τα αίτια της είναι η πλήρης εξαφάνιση της μαστικής γραμμής. Η αμαστία και η αθηλία μπορεί να συνοδεύονται και από ανωμαλίες του υποκείμενου θωρακικού τοιχώματος στο πλαίσιο του συνδρόμου Poland (Osborne, 1996). Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από υποπλασία ή απλασία του μαστού και της θηλής, υποπλασία του υποδορίου λίπους στο θωρακικό τοίχωμα, υποπλασία ή απλασία του μείζονος ή και του ελάσσονος θωρακικού μυός, καθώς επίσης και άλλων μυών του κορμού ανάμεσα στους οποίους ανήκει ο δελτοειδής, ο πλατύς ραχιαίος, ο έξω λοξός και ο ορθός κοιλιακός μυς. Το σύνδρομο αυτό είναι σχεδόν πάντα μονόπλευρο και χαρακτηρίζεται από ανώμαλη ανάπτυξη των πλευρικών χόνδρων και ανωμαλίες των πλευρών, καθώς και ανωμαλίες του σύστοιχου άνω άκρου που ποικίλουν σε έκταση και βαρύτητα. Ωστόσο η πιο συχνή ανωμαλία που εμφανίζεται είναι η βραχυσυνδακτυλία (Κελλαρτζής και συν., 2007; Karnak et al., 1998; Stevens et al., 2000; Hall & Gilchrist, 1998).

Η αμαστία, η αθηλία και το σύνδρομο Poland μπορούν να αντιμετωπιστούν με χειρουργικές επεμβάσεις. Στην αθηλία ενδείκνυται η αισθητική αποκατάσταση με αυτομεταμόσχευση σκουρόχρωμου δέρματος από άλλη περιοχή του σώματος της πάσχουσας, συνήθως από την εσωτερική επιφάνεια των μηρών ή με μεθόδους τατουάζ. Η αμαστία μπορεί να αποκατασταθεί με αυξητική στήθους και πιο σπάνια με αυτόλογους μυοδερματικούς κρημνούς. Η πλαστική αποκατάσταση του συνδρόμου Poland συχνά απαιτεί ιδιαίτερες ικανότητες από την πλευρά του χειρουργού και εξατομίκευση της τεχνικής με βάση τη βαρύτητα αλλά και την έκταση του ελλείμματος (Κελλαρτζής και συν., 2007).

Η εισολκή της θηλής αν και είναι ένα σχετικά συχνό φαινόμενο, πολύ σπάνια αποτελεί κλινικά σημαντικό πρόβλημα. Κατά τη γέννηση οι θηλές βρίσκονται πάντα σχεδόν σε εισολκή. Λίγες ημέρες μετά τον τοκετό η κατάσταση αυτή αναστρέφεται. Η εισολκή των θηλών αποτελεί πρακτικό πρόβλημα στις γυναίκες που επιθυμούν να θηλάσουν ενώ αυτό σαφώς δεν αποτελεί πρόβλημα για τις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ακόμα. Η εισολκή της θηλής σπάνια μπορεί να προδιαθέσει στην ανάπτυξη φλεγμονής ή αποστήματος του μαστού. Η χειρουργική αποκατάσταση της εισολκής της θηλής δεν είναι μια εύκολη διαδικασία. Το αισθητικό αποτέλεσμα είναι δυνατόν να μην είναι πάντα ικανοποιητικό και η ιατρογενής καταστροφή των

γαλακτοφόρων πόρων είναι συνήθως τόσο μεγάλη σε έκταση ώστε ο θηλασμός καθίσταται λειτουργικά αδύνατος (Κελλαρτζής και συν., 2007).

### **1.3. Επίκτητες ανωμαλίες του μαστού**

#### **➤ Υποπλασία των Μαστών**

Η αμφοτερόπλευρη υποπλασία των μαστών είναι δυνατόν να οφείλεται σε νευρογενή ανορεξία ή σε καθυστέρηση της εφηβείας, όταν δηλαδή η ήβη εμφανιστεί μετά την ηλικία των 15 ετών. Η καθυστέρηση της ήβης με υποπλασία των μαστών είναι δυνατόν να οφείλεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Turner ή σε ορμονικές διαταραχές εξαιτίας της έλλειψης ανταπόκρισης των ορμονικών υποδοχέων (Rainer et al., 2003). Η υποπλασία των μαστών στο πλαίσιο του συνδρόμου Turner και σε καθυστέρηση της ήβης μπορεί να αντιμετωπιστεί με την έγκαιρη και πρόωμη χορήγηση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η τακτική έλευση της εμμήνου ρύσεως και μερική τουλάχιστον ανάπτυξη των μαστών.

#### **➤ Τραυματισμοί Θωρακικού Τοιχώματος – Ακτινοβολία – Εγκαύματα**

Τραυματισμοί του θωρακικού τοιχώματος στη βρεφική ή στην παιδική ηλικία είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε υπολειπόμενη ανάπτυξη του μαστού κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Αυτό όμως μπορεί να συμβεί και ιατρογενώς μετά από πρόσθιο ή οπίσθιο-πλάγια θωρακοτομή σε ηλικία πριν από τη θηλαρχή ή τοποθέτηση σωλήνων παροχέτευσης, τις περισσότερες φορές κατά τη νεογνική περίοδο. Το πρόβλημα παρατηρείται τις περισσότερες φορές όταν η θωρακοτομή ή η τοποθέτηση σωλήνα παροχέτευσης πραγματοποιηθεί στο 3<sup>ο</sup> ή στο 4<sup>ο</sup> μεσοπλεύριο διάστημα. Για αυτό το λόγο οι επεμβάσεις αυτές στη βρεφική και παιδική ηλικία θα πρέπει να πραγματοποιούνται στο 7<sup>ο</sup> και 8<sup>ο</sup> μεσοπλεύριο διάστημα (Κελλαρτζής και συν., 2007).

Επίσης ανάλογες ανωμαλίες της ανάπτυξης είναι δυνατόν να συμβούν και μετά από ακτινοβολία και εγκαύματα. Μια άλλη αιτία ιατρογενούς ανωμαλίας στην ανάπτυξη του μαστού είναι η πραγματοποίηση βιοψίας. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην ένδειξη για βιοψία μαστού στην παιδική ηλικία, αφού πολλές φορές

κατά τη διάρκεια της θηλαρχής ο ένας μαστός αρχίζει να αναπτύσσεται πιο νωρίς από τον άλλον και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να τεθεί εσφαλμένα η ένδειξη βιοψίας με την υπόνοια νεοπλασίας, ενώ πρόκειται για ένα εντελώς φυσιολογικά αναπτυσσόμενο μαστό. Η υπολειπόμενη ανάπτυξη του μαστού κατά την εφηβεία αντιμετωπίζεται αρχικά με μέτρα ψυχολογικής υποστήριξης της πάσχουσας και έπειτα τις περισσότερες φορές μετά την εφηβεία με την ολοκλήρωση της ανάπτυξης του σώματος, με αυξητική πλαστική αποκατάσταση, τις περισσότερες φορές με προθέσεις σιλικόνης (Κελλαρτζής και συν., 2007).

### ➤ **Πρώιμη θηλαρχή**

Πρώιμη θηλαρχή είναι η μεμονωμένη έναρξη της ανάπτυξης των μαστών, ανεξάρτητα από τους άλλους χαρακτήρες του φύλου, πριν από την ηλικία των 7-8 ετών. Η πρώιμη θηλαρχή είναι σχεδόν πάντα μία καλοήθης κατάσταση. Θα πρέπει όμως να γίνεται διαφοροδιάγνωση από την πρώιμη ήβη, η οποία μπορεί να συνδέεται με άλλες παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν πρώιμη παραγωγή οιστρογόνων (Κελλαρτζής και συν., 2007). Η αλήθης πρώιμη ήβη είναι τις περισσότερες φορές ιδιοπαθής, ενώ στα γνωστά αίτιά της συμπεριλαμβάνονται οι βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο υποθυρεοειδισμός και οι όγκοι των ωοθηκών και των επινεφριδίων. Η πρώιμη θηλαρχή τις περισσότερες φορές αποτελεί το πρώτο στάδιο μιας θεραπείας παρά μόνο παρακολούθησης (Κελλαρτζής και συν., 2007). Η ιδιοπαθής πρώιμη ήβη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από νωρίς με GnRH-ανάλογα προκειμένου να προληφθεί η πρόωγη σύγκλιση των επιφύσεων των μακρών οστών, που αν επέλθει θα έχει ως αποτέλεσμα χαμηλό ανάστημα (Corriveau & Jacobs, 1990).

### ➤ **Μακρομαστία – Γιγαντομαστία**

Σε σπάνιες περιπτώσεις ο ένας ή και οι δυο μαστοί αυξάνουν σε μέγεθος ανεξέλεγκτα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μακρομαστία ή και τη γιγαντομαστία. Η διάγνωση γίνεται στο 80% αυτών των περιπτώσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η ακριβής αιτία που προκαλεί την υπερτροφία των μαστών δεν είναι γνωστή. Πιθανότατα η μακρομαστία και η γιγαντομαστία οφείλονται σε υπερβολική ευαισθησία του μαστικού αδένου σε ορμονικά ερεθίσματα ή σε διαταραχή της αναλογίας οιστρογόνων/ανδρογόνων κατά την έναρξη της αδρεναρχής (Stidhar & Sinha, 1995). Σε αντίθεση με τις γυναίκες που υποφέρουν κυρίως από σωματικά ενοχλήματα από το υπερβολικό βάρος των μαστών, οι έφηβες υποφέρουν πιο πολλές

φορές από ψυχοκοινωνικά προβλήματα, καθώς το μέγεθος των μαστών μπορεί να τις εμποδίζει από τις σχολικές, αθλητικές και γενικότερα δραστηριότητες. Η διαφορική διάγνωση της μακρομαστίας και της γιγαντομαστίας περιλαμβάνει: τις φλεγμονές του μαστού, το φυλλοειδή όγκο, το ινοαδένωμα, το λέμφωμα, το σάρκωμα και τον καρκίνο του μαστού. Η θεραπεία γίνεται τις περισσότερες φορές με παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη μέχρι την πλήρη ανάπτυξη του μαστού μετά το τέλος της εφηβείας, οπότε και είναι πλέον δυνατή η οριστική χειρουργική θεραπεία με πλαστική μείωσης. Τις περισσότερες φορές, μετά από τέτοιες επεμβάσεις, ιδιαίτερα όταν αυτές είναι εκτεταμένες, ο θηλασμός είναι αδύνατος (Κελλαρτζής και συν., 2007).

### ➤ **Ασυμμετρία Μαστών**

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να παρατηρηθεί ασυμμετρία των μαστών, που ωστόσο δεν έχει σοβαρές επιπτώσεις και με την πάροδο του χρόνου η διαφορά σταδιακά εξομαλύνεται. Μια μικρή ασυμμετρία ωστόσο θεωρείται φυσιολογική. Σπάνια η ασυμμετρία μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη ινοαδενώματος ή κάποιας άλλης καλοήθους βλάβης. Σε περιπτώσεις που έντονη ασυμμετρία των μαστών προκαλεί ψυχολογικά προβλήματα η μικρή ασθενής θα πρέπει καταρχήν να καθησυχαστεί, το έλλειμμα στον μικρότερο μαστό θα πρέπει να συγκαλυφθεί προσωρινά με τεχνητή πρόθεση και η όλη κατάσταση θα πρέπει να αντιμετωπιστεί χειρουργικά μετά το τέλος της εφηβείας. Η χειρουργική θεραπεία στις περιπτώσεις αυτές τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει τη διόρθωση της μίας μόνο πλευράς σε σχέση με την αντίθετη και ανάλογα με τη διάπλαση των μαστών και τις προτιμήσεις της ασθενούς μπορεί είτε να πραγματοποιηθεί αυξητική και στους δύο μαστούς είτε πλαστική μείωσης στον ένα από τους δύο μαστούς (Κελλαρτζής και συν., 2007).

### ➤ **Επίκτητες Διαταραχές**

Στις επίκτητες διαταραχές της εξωτερικής εμφάνισης των μαστών περιλαμβάνονται:

✚ η οζώδης μαστοπάθεια και η

✚ η σωληνώδης διαταραχή.

Η οζώδης μαστοπάθεια είναι πολύ σπάνια διαταραχή που περιγράφεται ως συνδυασμός υπέρμετρης αύξησης της θηλαίας άλω με ταυτόχρονη υποστροφή του υπόλοιπου μαστού. Η σωληνώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από κυλινδρικό σχήμα του ενός εκ των δύο μαστών, με ελαττωμένο ύψος του μαστού, πτώση, άνοδο της υπομαστικής πτυχής, σύμπτυξη της βάσης του μαστού και σχετικά μεγάλη θηλαία άλω. Η διαταραχή αυτή τις περισσότερες φορές γίνεται εμφανής κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η πλαστική χειρουργική αποκατάσταση είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος θεραπείας αυτών των δύο διαταραχών (Κελλαρτζής και συν., 2007).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **2.1. Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας ήταν να καταγραφούν οι παθήσεις του μαστού στο Τακτικό Ιατρείο Μαστού του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Επιμέρους στόχοι ήταν να καταγραφούν οι εξετάσεις που έγιναν σε αυτό το Ιατρείο, κατά τη χρονική περίοδο 2011-2015 καθώς επίσης, να ερευνηθούν και άλλες ασθένειες που τυχόν είχαν οι γυναίκες που επισκέφτηκαν το συγκεκριμένο ιατρείο.

### **2.2. Ερευνητικές υποθέσεις**

Οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας ήταν:

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των γυναικών που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης;
2. Ποιες είναι οι παθήσεις που αντιμετώπιζαν οι γυναίκες που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015;
3. Ποιες ήταν οι εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι γυναίκες αυτές;

### **2.3. Αναδρομική Μελέτη**

Η παρούσα έρευνα είναι αναδρομική καθώς ο ερευνητής προκειμένου να δώσει απαντήσεις στις ερευνητικές υποθέσεις που διατύπωσε ανέτρεξε στις καρτέλες των ασθενών που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015. Οι πληροφορίες που συμπεριλήφθηκαν στο θεωρητικό μέρος της εργασίας αντλήθηκαν ως επί το πλείστον από βάσεις δεδομένων ερευνητικών άρθρων, όπως για παράδειγμα

sciencedirect, pubmed κλπ. Το κύριο μέλημα του ερευνητή ήταν να συγκεντρώσει όλα τα σχετικά με το θέμα του δεδομένα και όλες τις ερμηνείες και με βάση αυτά τα στοιχεία να δώσει απάντηση στο θέμα που ερευνούσε (Παρασκευόπουλος, 1999).

Οι αναδρομικές μελέτες συλλέγουν δεδομένα που αφορούν το παρελθόν. Τα μειονεκτήματα αυτού του είδους της έρευνας είναι πως δεν στηρίζεται σε πρωτογενή στοιχεία, σε δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τα ίδια τ' άτομα, αλλά σε ήδη καταγεγραμμένο υλικό. Ωστόσο παρά τα μειονεκτήματα υπάρχουν και ορισμένα πλεονεκτήματα. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι η αναδρομική έρευνα είναι χρήσιμη, γιατί συστηματοποιεί τις υπάρχουσες, αλλά διάσπαρτες πληροφορίες και δίνει μια συνολική εικόνα της κατάστασης των πραγμάτων στο χώρο που ερευνάται. (Παρασκευόπουλος, 1999).

Η επιτυχία ενός τέτοιου είδους έρευνας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα, πόσο εξαντλητική είναι η αναζήτηση και ο εντοπισμός των στοιχείων, πόσο αυθεντική, χωρίς αλλοιώσεις είναι η παρουσίαση των στοιχείων και με πόση σαφήνεια και ακρίβεια έχει γίνει η καταγραφή των στοιχείων, (Παρασκευόπουλος 1999).

#### **2.4. Τρόπος συλλογής και ανάλυσης δεδομένων**

Το Σεπτέμβριο του 2015 ο ερευνητής της εργασίας έστειλε επιστολή στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης στην οποία του εξηγούσε το σκοπό και τις ερευνητικές του υποθέσεις. Τόνιζε τη σημασία διερεύνησης των ασθενειών που αντιμετώπιζαν οι γυναίκες από το 2011 ως το 2015 ώστε να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα πρόληψής τους. Το Επιστημονικό Συμβούλιο έδωσε την άδεια στον ερευνητή ώστε να συλλέξει τις απαιτούμενες πληροφορίες από τις καρτέλες των ασθενών του Νοσοκομείου.

Η συλλογή δεδομένων του ερευνητή ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2015 και ολοκληρώθηκε το Φεβρουάριο του 2016. Κατά τη διάρκεια αυτών των μηνών ο ερευνητής συνέλλεγε και κατέγραφε τα δεδομένα του σε καθημερινή βάση και για διάστημα περίπου τριών ωρών. Ο περιορισμένος χρόνος που είχε στη διάθεση του ο

ερευνητής ήταν εξαιτίας και των υπόλοιπων επαγγελματικών και οικογενειακών του υποχρεώσεων. Για αυτό το λόγο η διάρκεια της έρευνας κράτησε αρκετούς μήνες.

Η καταγραφή των δεδομένων έγινε σε μια βάση δεδομένων του Excel 2010, από το οποίο δημιουργήθηκαν και όλα τα διαγράμματα που περιγράφουν τα αποτελέσματα και παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο. Όμως προκειμένου να μετρηθούν οι ποσοστιαίες συχνότητες των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23 και πιο συγκεκριμένα για κάθε μία από τις καταγραφές κάθε έτους και στη συνέχεια συνολικά ακολουθήθηκαν τα βήματα: Analyze- Descriptive Statistics – Frequencies (Δαφέρμος, 2005). Κατά συνέπεια στο επόμενο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, αρχικά παρουσιάζονται συνολικά οι ποσοστιαίες συχνότητες κάθε μεταβλητής (ασθένειας, εξέτασης, κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών) και για τα πέντε έτη, στα οποία έγινε η καταγραφή των αποτελεσμάτων και στη συνέχεια παρουσιάζονται διαγράμματα για κάθε ένα έτος ξεχωριστά.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### Ερευνητική υπόθεση 1: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των γυναικών που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης;

Στην έρευνα συμμετείχαν 705 γυναίκες, που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου του Δήμου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015, εκ των οποίων:

✚ το 20,6% εξετάστηκαν το 2011,

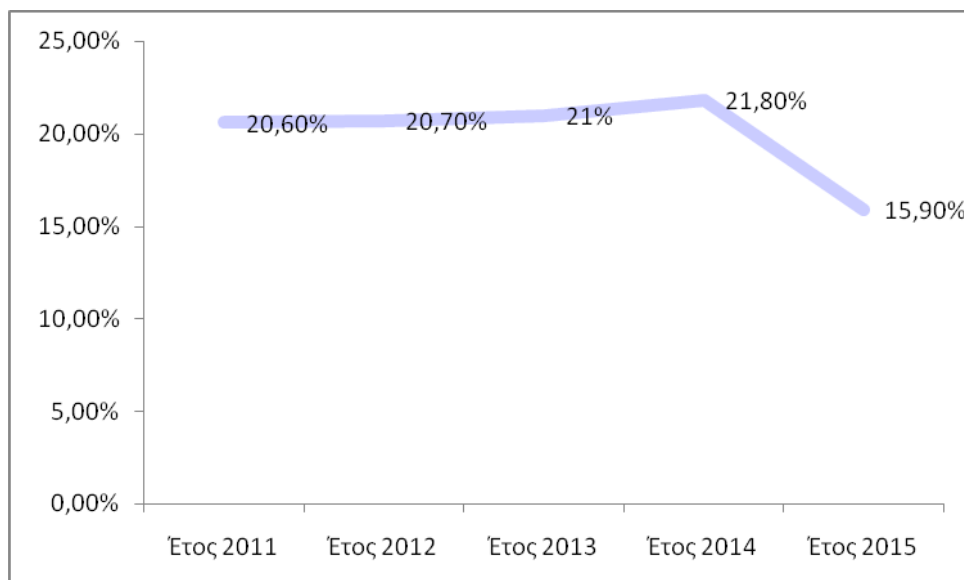
✚ το 20,7% το 2012,

✚ το 21% το 2013,

✚ το 21,8% το 2014 και

✚ το 15,9% το 2015.

Σχεδιάγραμμα 1: Έτη εξέτασης των γυναικών

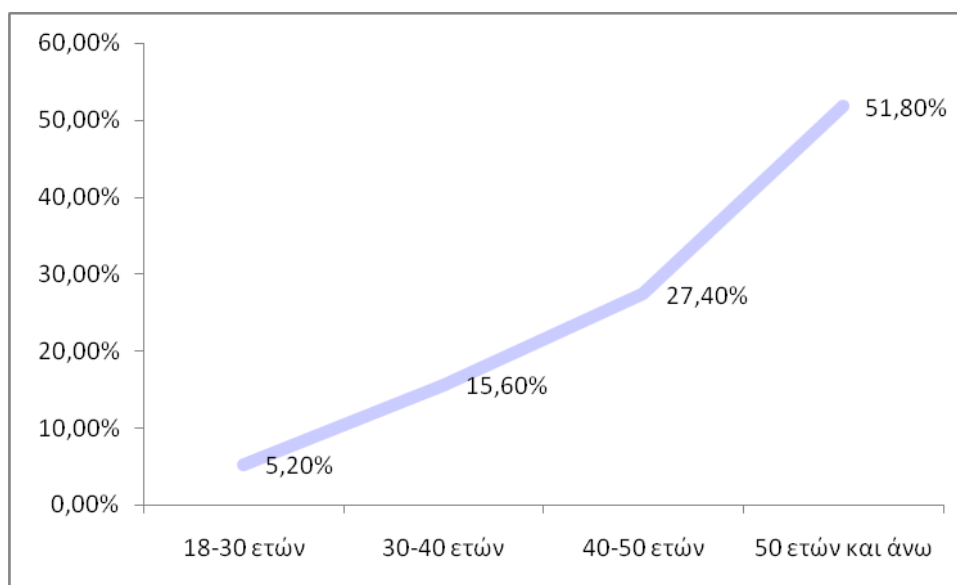


Στο σχεδιάγραμμα 2 παρουσιάζονται τα ποσοστά του συνόλου των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες που είχαν ηλικία:

- ✚ 18-30 έτη ήταν 5,2%,
- ✚ 30-40 έτη ήταν 15,6%,
- ✚ 40-50 έτη ήταν 27,4% και
- ✚ 50 έτη και άνω ήταν 51,8%.

Ως εκ τούτου οι μισοί από τους συμμετέχοντες ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες αυτές επισκέπτονται πιο συχνά το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου της Τρίπολης.

Σχεδιάγραμμα 2: Η συνολική ηλικία των συμμετεχόντων



Στη συνέχεια θα περιγραφούν αναλυτικά οι ποσοστιαίες συχνότητες για κάθε μία χρονιά.

### **Για το 2011**

- ✚ Το 6,2% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 18-30 έτη,

- ✚ το 17,9% από 30-40 έτη,
- ✚ το 23,4% από 40-50 έτη και
- ✚ το 52,4% από 50 έτη και άνω.

#### **Για το 2012**

- ✚ Το 2,7% είχαν ηλικία 18-30 έτη,
- ✚ το 13% → 30-40 έτη,
- ✚ το 34,9% → 40-50 έτη και
- ✚ το 49,3% → 50 έτη και άνω.

#### **Για το 2013**

- ✚ Το 4,7% είχαν ηλικία 18-30 έτη,
- ✚ το 16,2% → 30-40 έτη,
- ✚ το 28,4% → 40-50 έτη και
- ✚ το 50,7% → 50 έτη και άνω.

#### **Για το 2014**

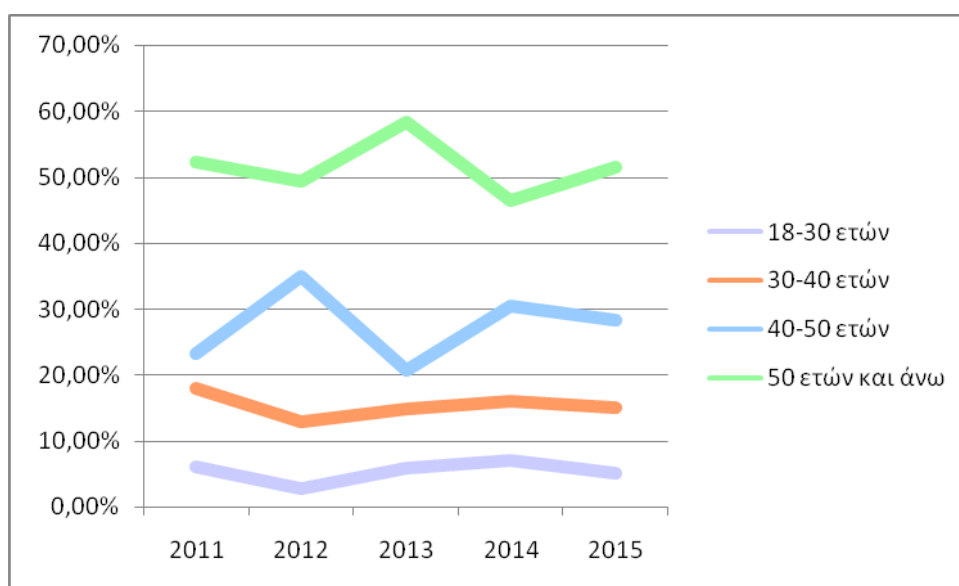
- ✚ Το 5,8% είχαν ηλικία 18-30 έτη,
- ✚ το 14,9% → 30-40 έτη,
- ✚ το 20,8% → 40-50 έτη και
- ✚ το 58,4% → 50 έτη και άνω.

#### **Για το 2015**

- ✚ Το 7,1% είχαν ηλικία 18-30 έτη,
- ✚ το 16,1% → 30-40 έτη,
- ✚ το 30,4% → 40-50 έτη και
- ✚ το 46,4% → 50 έτη και άνω.

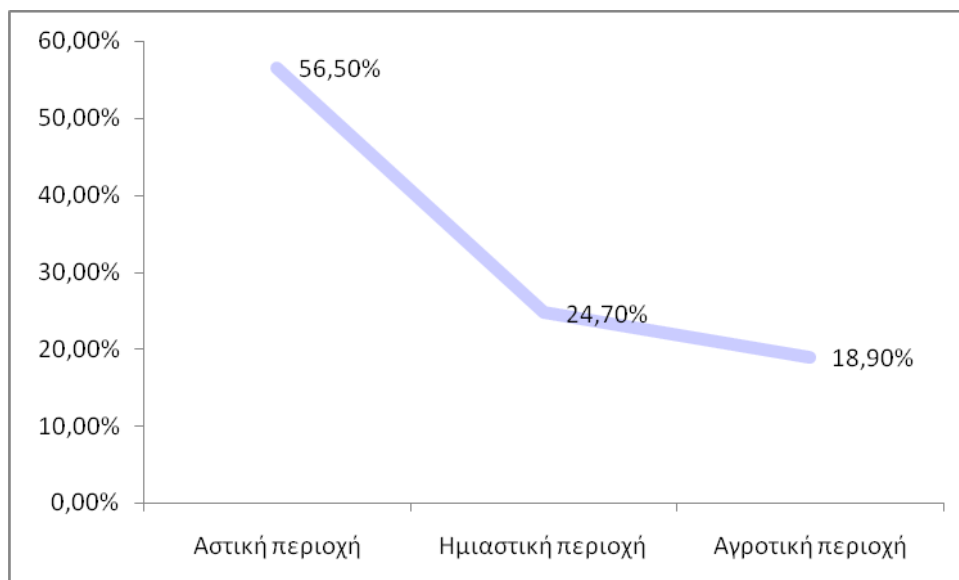
Κατά συνέπεια και όπως φαίνεται από το σχεδιάγραμμα 3, οι ηλικίες 18-40 ετών παρουσιάζουν περίπου τις ίδιες αυξομειώσεις ανά έτος ενώ μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στα έτη παρουσιάζουν οι ηλικίες 40 ως 50 και άνω ετών.

Σχεδιάγραμμα 3: Η ηλικία των γυναικών ανά έτος



Το 58,40% του συνόλου των γυναικών κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή, το 23,80% σε ημιαστική περιοχή και το 17,90% σε αστική περιοχή. Κατά συνέπεια φαίνεται ότι συνολικά όσες γυναίκες κατοικούσαν σε αστική περιοχή επισκέπτονταν πιο συχνά το Γενικό Νοσοκομείο του δήμου Τρίπολης σε σύγκριση με όσες κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην εύκολη πρόσβαση στο Νοσοκομείο, στην ενημέρωση σε θέματα πρόληψης και θεραπείας γυναικολογικών ασθενειών, στις διαφορετικές αντιλήψεις που επικρατούν.

Σχεδιάγραμμα 4: Τόπος κατοικίας συνολικά

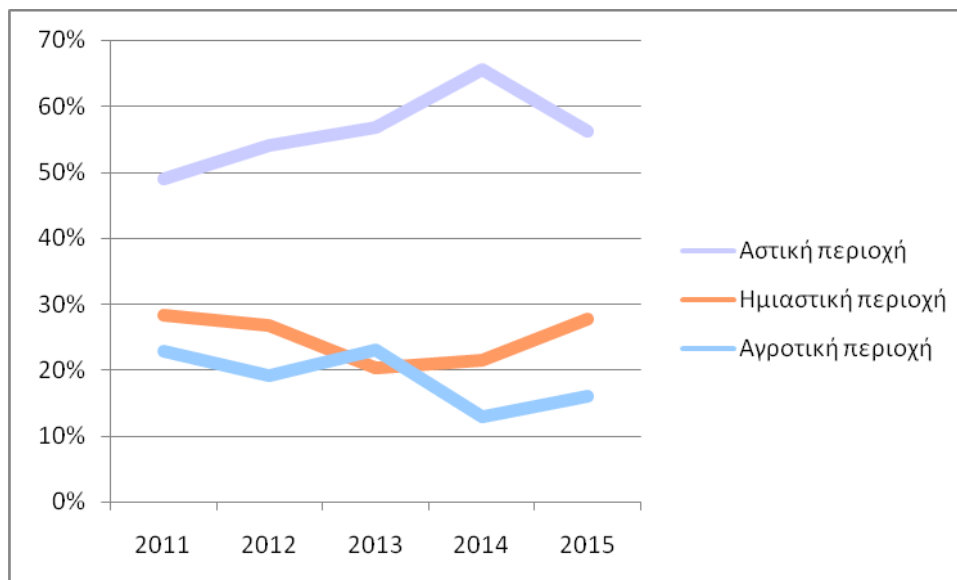




Στη συνέχεια αναφέρονται τα αποτελέσματα ανά έτος καταγραφής (σχεδιάγραμμα 5).

- ✚ Το 2011 49% των γυναικών κατοικούσαν σε αστική περιοχή, 28,3% σε ημιαστική περιοχή και 22,8% σε αγροτική περιοχή.
- ✚ Το 2012 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 54,1%, 26,7% και 19,2% και το
- ✚ 2013 ήταν 56,8%, 20,3% και 23%.
- ✚ Τα αντίστοιχα ποσοστά για το 2014 ήταν 65,6%, 21,4% και 13% και
- ✚ το 2015 ήταν 56,3%, 27,7% και 16,1%.

Σχεδιάγραμμα 5: Τόπος κατοικίας ανά έτος



Όσον αφορά την ηλικία εμμηναρχής των γυναικών:

✚ το 1,2% ήταν κάτω των 11 ετών,

✚ το 7,8% ήταν 11 ετών,

✚ το 23,4% ήταν 12 ετών,

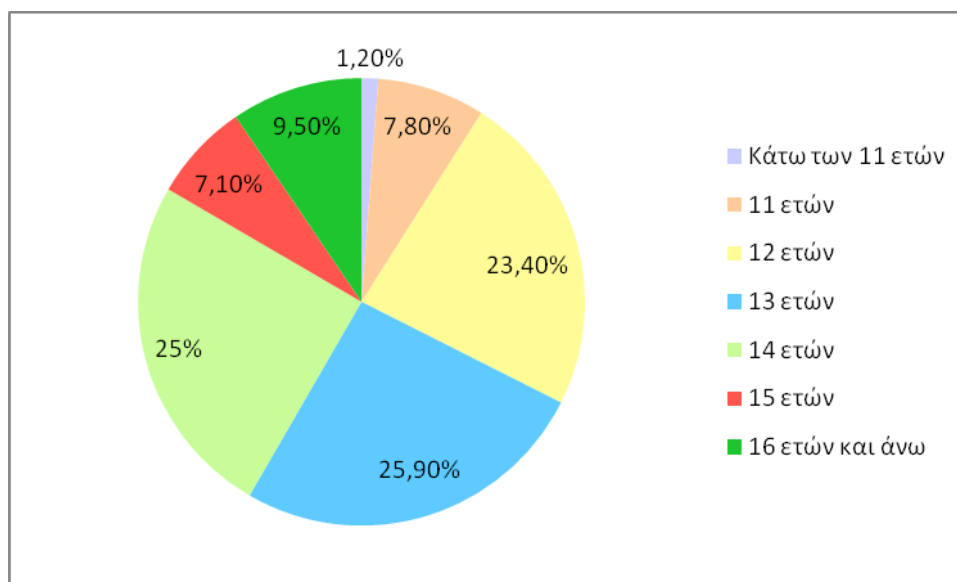
✚ το 25,9% ήταν 13 ετών,

✚ το 25% 14 ετών,

✚ το 7,1% 15 ετών και

✚ το 9,5% 16 ετών και άνω.

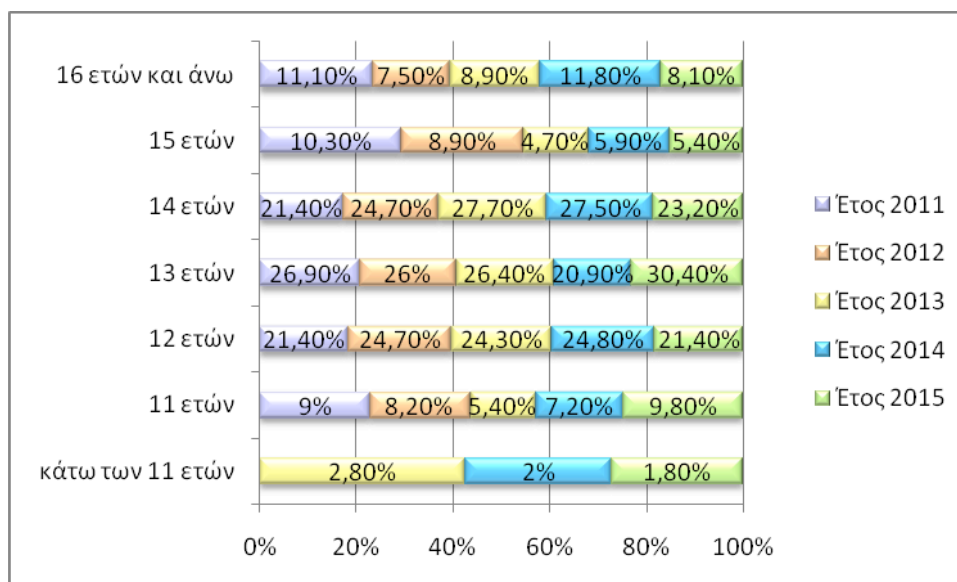
Σχεδιάγραμμα 6: Εμμηναρχή συνολικά



Στο σχεδιάγραμμα 7, παρουσιάζεται η ηλικία εμμηναρχής των γυναικών ανά έτος καταγραφής. Όπως φαίνεται η πλειοψηφία των γυναικών σε όλα τα έτη καταγραφής είχε ηλικία εμμηναρχής τα 12-14 έτη. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό για:

- ✚ το 2011 ήταν 79,7%,
- ✚ το 2012 ήταν 75,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 78,4%,
- ✚ το 2014 ήταν 73,2% και
- ✚ το 2015 ήταν 75%.

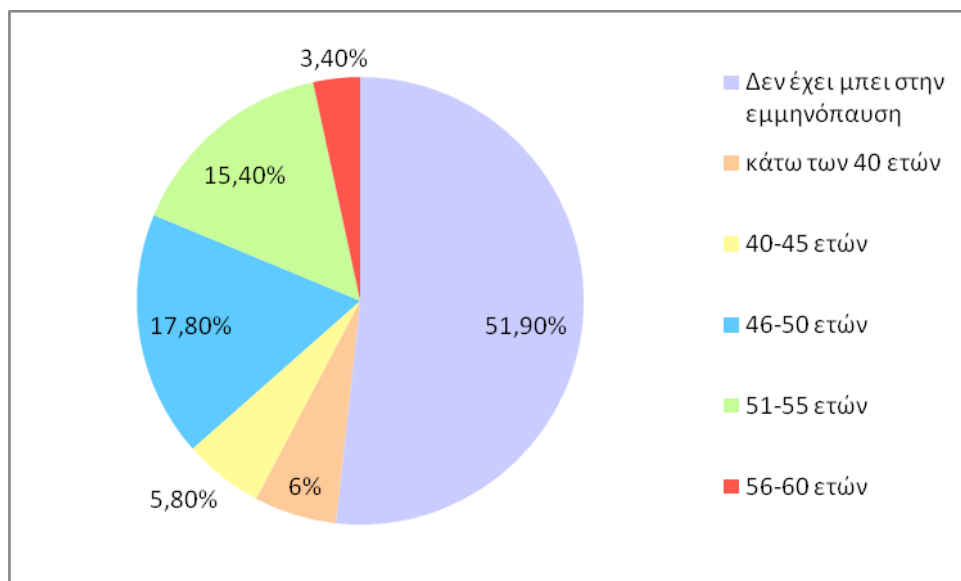
Σχεδιάγραμμα 7: Εμμηναρχή ανά έτος



Το σχεδιάγραμμα 8, απεικονίζει πως:

- ✚ Το 51,9% των γυναικών δεν είχε μπει στην εμμηνόπαυση.
- ✚ Από όσες γυναίκες είχαν εισέλθει σε αυτή το 6% είχε ηλικία κάτω των 40 ετών,
- ✚ το 5,8% είχε ηλικία 40-45 έτη,
- ✚ το 17,8% είχε ηλικία 46-50 έτη,
- ✚ το 15,4% είχε 51-55 έτη και
- ✚ το 3,4% είχε 56-60 έτη.

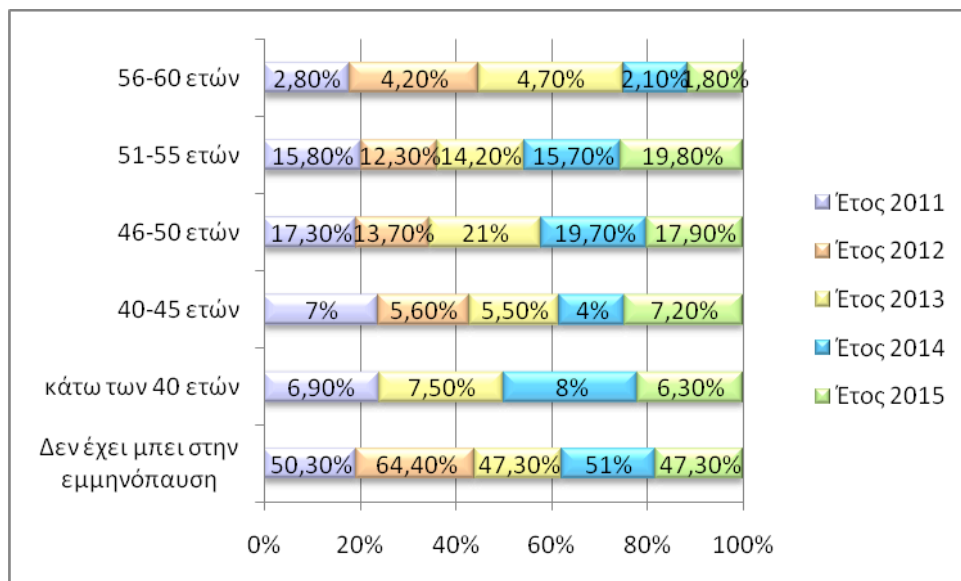
Σχεδιάγραμμα 8: Εμμηνόπαυση συνολικά



Το σχεδιάγραμμα 9, απεικονίζει την ηλικία εμμηνόπαυσης των γυναικών ανά έτος. Όπως φαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών εισήλθε στην εμμηνόπαυση στο ηλικιακό εύρος 46-55 έτη. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 46-55 ετών:

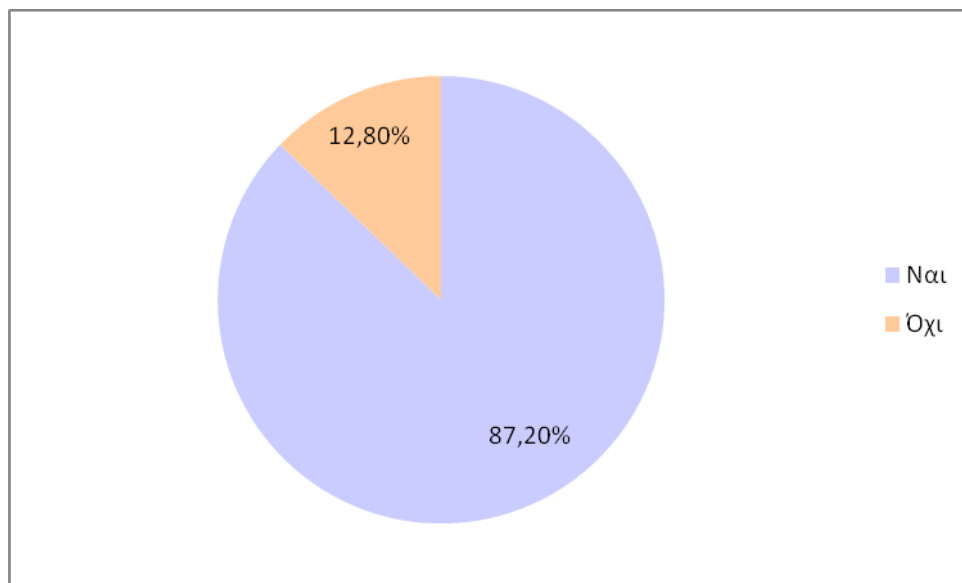
- ✚ το 2011 που εισήλθαν στην εμμηνόπαυση ήταν 33,1%,
- ✚ το 2012 ήταν 26%,
- ✚ το 2013 ήταν 35,2%,
- ✚ το 2014 ήταν 35,4% και
- ✚ το 2015 ήταν το 37,7%.

Σχεδιάγραμμα 9: Εμμηνόπαυση ανά έτος



Η πλειοψηφία των γυναικών, που επισκέφτηκε το Τακτικό Ιατρείου του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης, είχε παιδιά (87,2%) έναντι του 12,8% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 10: Παιδιά συνολικά



Στο σχεδιάγραμμα 11 παρουσιάζεται το ποσοστό των γυναικών ανά έτος που είχαν παιδιά και επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

✚ Το 2011 το ποσοστό αυτό ήταν 88,3%,

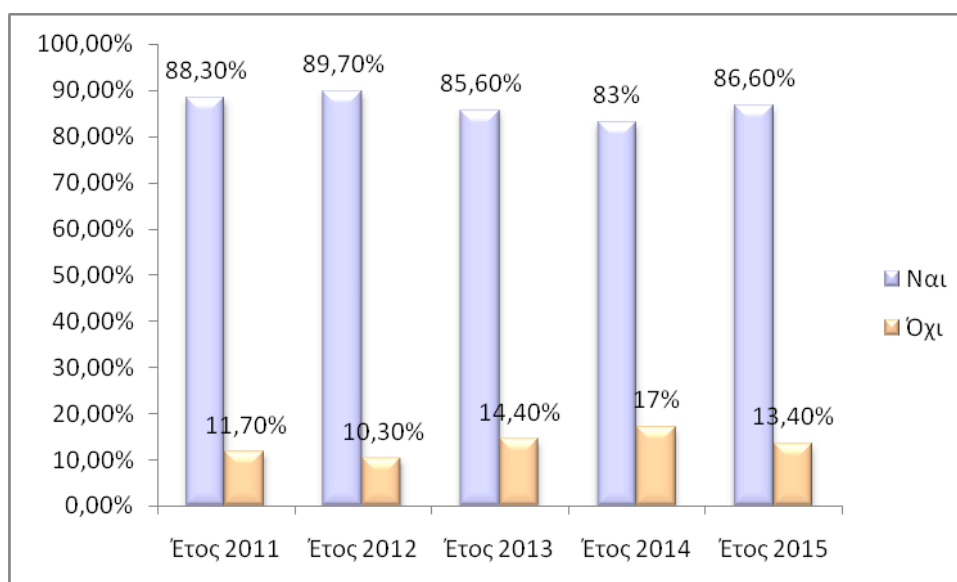
✚ το 2012 ήταν 89,7%,

✚ το 2013 ήταν 85,6%,

✚ το 2014 ήταν 83% και

✚ το 2015 ήταν 86,6% .

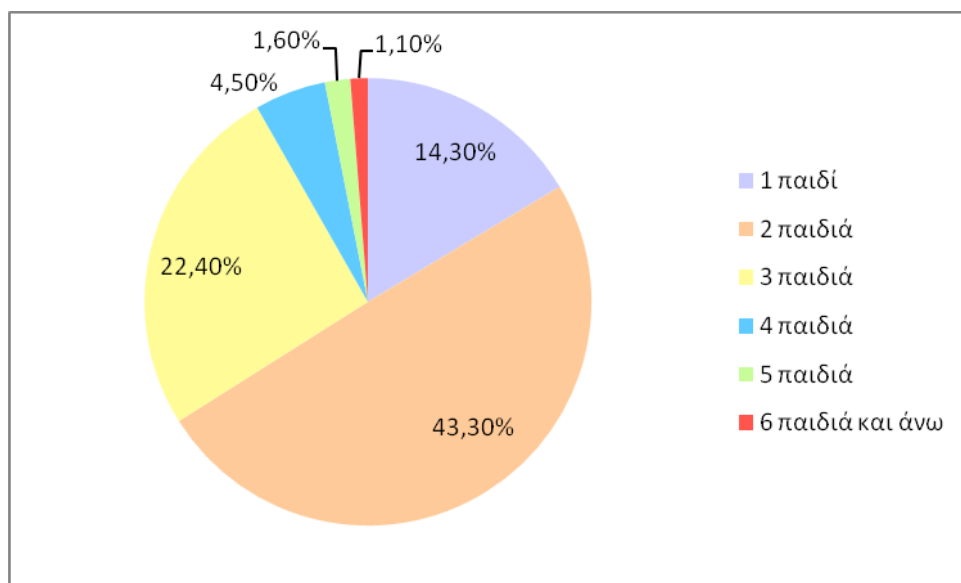
Σχεδιάγραμμα 11: Παιδιά ανά έτος



Η πλειοψηφία των γυναικών, που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015 είχαν 2 παιδιά (43,7%).

- ✚ Το 14,3% είχε 1 παιδί,
- ✚ το 22,4% είχε 3 παιδιά,
- ✚ το 4,5% είχε 4 παιδιά,
- ✚ το 1,6% είχε 5 παιδιά και
- ✚ το 1,1% είχε 6 παιδιά και πάνω.

Σχεδιάγραμμα 12: Αριθμός παιδιών συνολικά



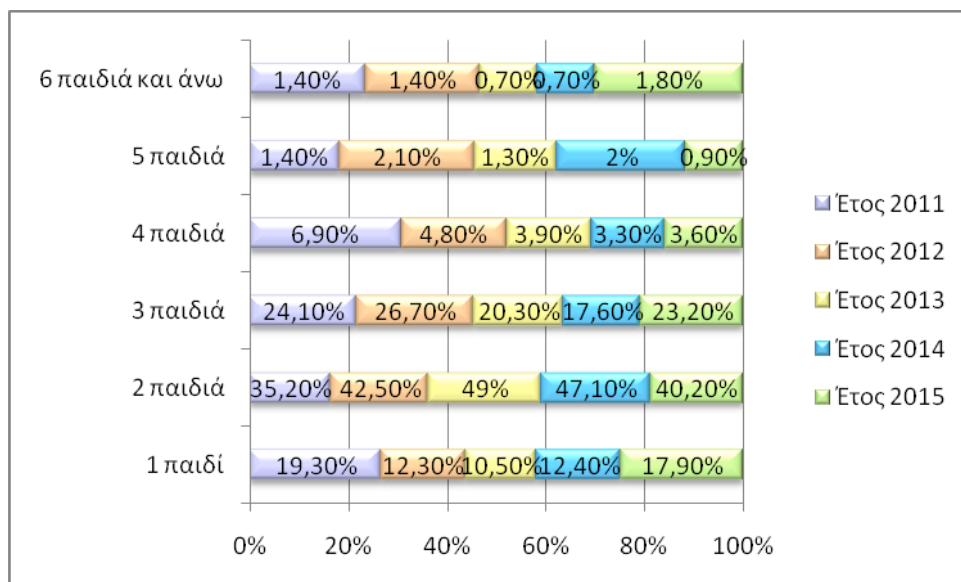


Στο σχεδιάγραμμα 13 παρουσιάζεται ο αριθμός παιδιών των γυναικών που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης ανά έτος. Οι γυναίκες με 1 παιδί:

- ✚ το 2011 ήταν 19,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 12,3%,
- ✚ το 2013 ήταν 10,5%,
- ✚ το 2014 ήταν 12,4% και
- ✚ το 2015 ήταν 17,9%.

Τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών με 2 παιδιά ήταν 35,2%, 42,5%, 49%, 47,1% και 40,2% και τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών με 3 παιδιά ήταν 24,1%, 26,7%, 20,3%, 17,6% και 23,2%.

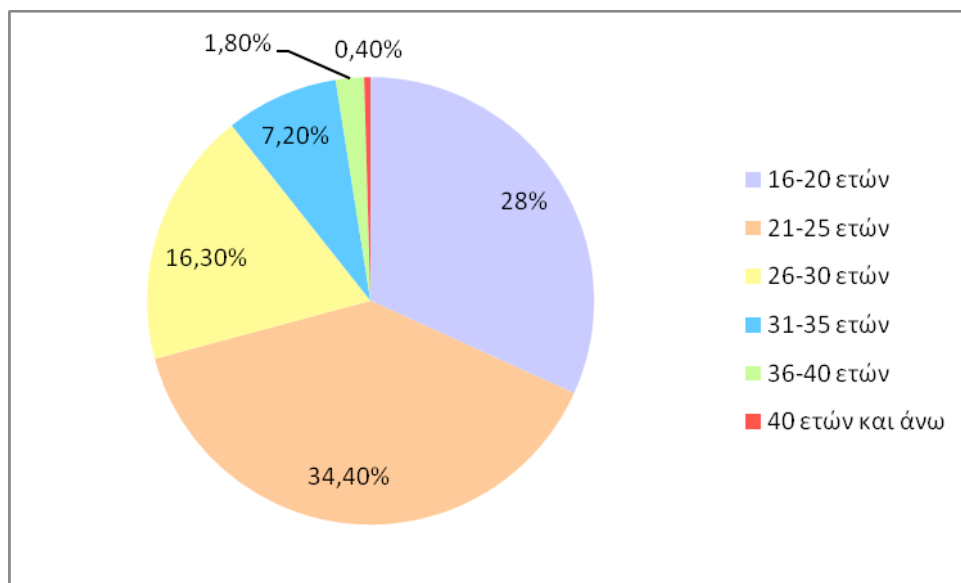
Σχεδιάγραμμα 13: Αριθμός παιδιών ανά έτος



Η ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης στο σύνολο των γυναικών ήταν:

- ✚ 16-20 ετών για το 28% των γυναικών,
- ✚ 21-25 ετών για το 34,4% των γυναικών,
- ✚ 26-30 ετών για το 16,3% των γυναικών,
- ✚ 31-35 ετών για το 7,2% των γυναικών,
- ✚ 36-40 ετών για το 1,8% των γυναικών και
- ✚ 40 ετών και άνω για το 0,4% των γυναικών.
- ✚

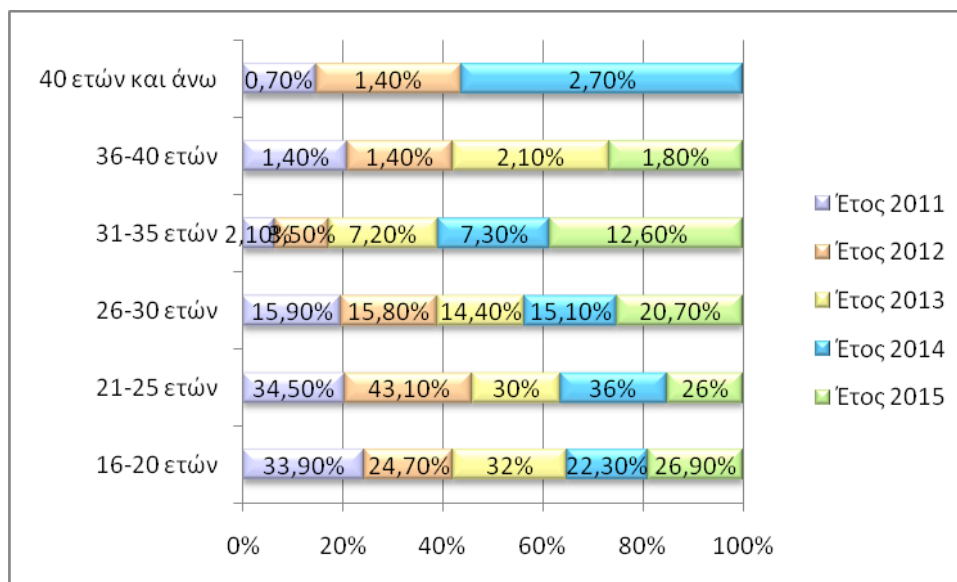
Σχεδιάγραμμα 14: Ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης συνολικά



Στο σχεδιάγραμμα 15 παρουσιάζεται η ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης των γυναικών ανά έτος. Αυτό που μπορεί να παρατηρήσει κανείς είναι ότι όσο τα έτη παρνούν τόσο μειώνεται η ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης και πιο συγκεκριμένα όταν αναφερόμαστε σε γυναίκες ηλικίας 16-25 ετών. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών:

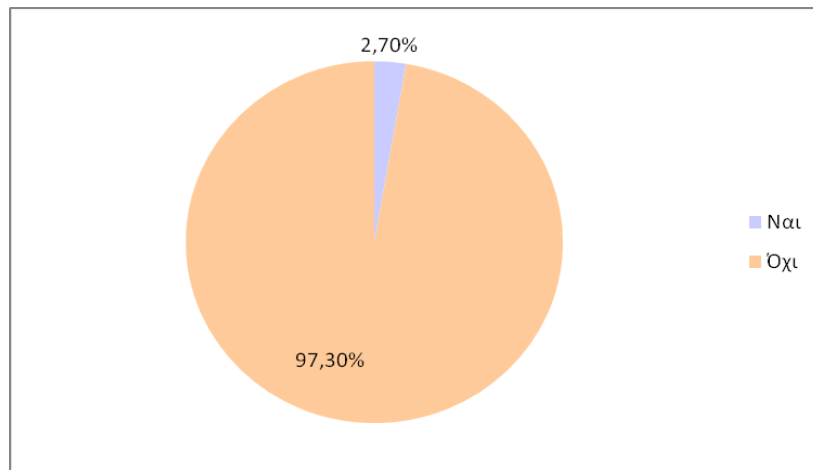
- ✚ το 2011 ήταν 68,4%,
- ✚ το 2012 ήταν 67,8%,
- ✚ το 2013 ήταν 62%,
- ✚ το 2014 ήταν 58,3% και
- ✚ το 2015 ήταν 52,9%.

Σχεδιάγραμμα 15: Ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης ανά έτος



Το 97,3% των γυναικών είχαν υποβληθεί σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έναντι του 2,7% που δεν είχαν υποβληθεί σε αντίστοιχη επέμβαση.

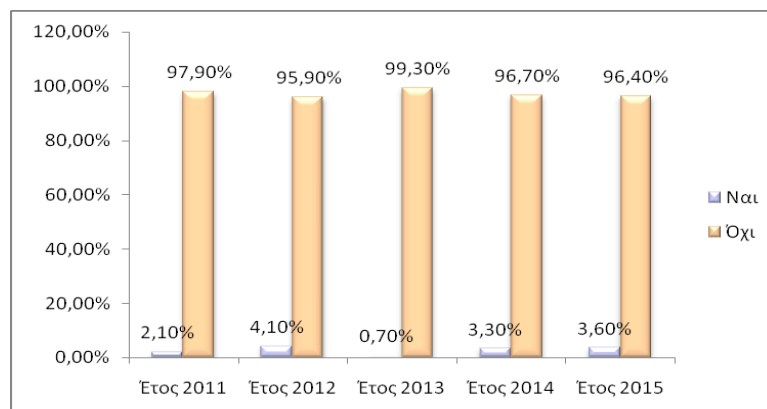
Σχεδιάγραμμα 16: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συνολικά



Το 2012 σημειώθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (4,1%). Στη συνέχεια βρίσκεται:

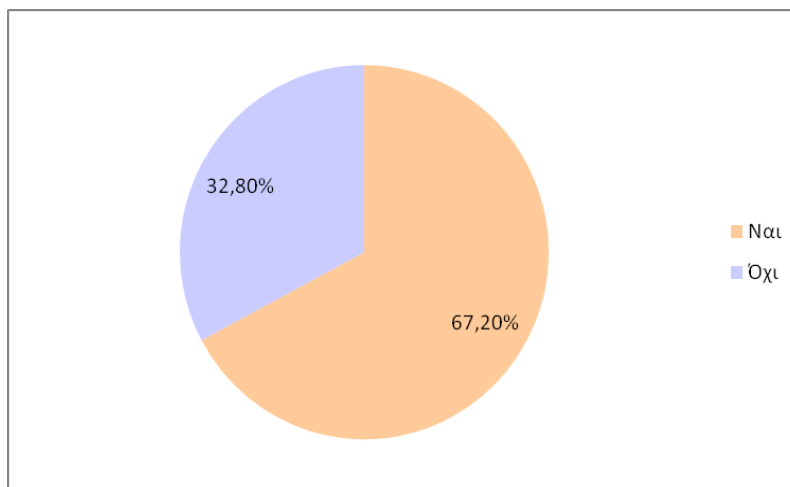
- ✚ το έτος 2015 με ποσοστό 3,6%,
- ✚ το έτος 2014 με ποσοστό 3,3%,
- ✚ το 2011 με ποσοστό 2,1% και
- ✚ το έτος 2013 με ποσοστό 0,7%.

Σχεδιάγραμμα 17: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ανά έτος



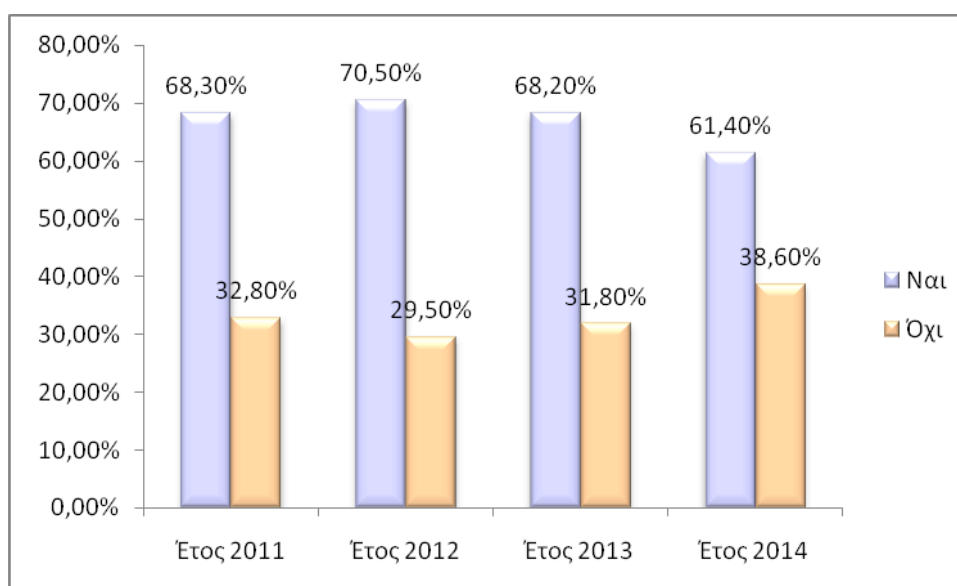
Το 67,2% των γυναικών θήλασε τα παιδιά του ενώ το 32,8% όχι.

Σχεδιάγραμμα 18: Θηλασμός συνολικά



- ✚ Το 68,3% των γυναικών θήλασε τα παιδιά του το 2011,
- ✚ το 70,5% το 2012,
- ✚ το 68,2% το 2013 και
- ✚ το 61,4% το 2014.
- ✚ Δεν υπήρχαν πληροφορίες για το 2015.

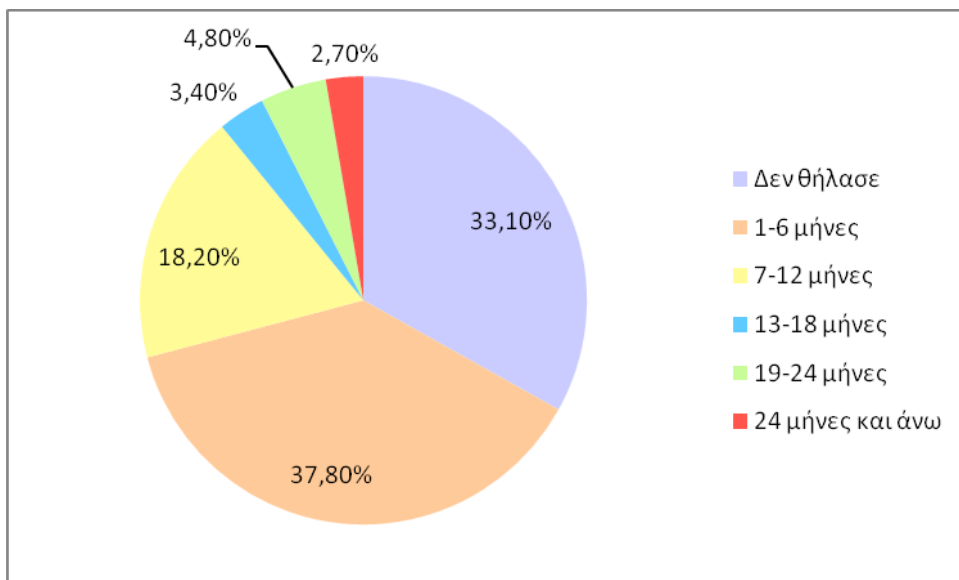
Σχεδιάγραμμα 19: Θηλασμός ανά έτος



Όσον αφορά τη διάρκεια του θηλασμού στο σύνολο των γυναικών

- ✚ το 33,1% δεν θήλασε,
- ✚ το 37,8% θήλασε για 1-6 μήνες,
- ✚ το 18,2% για 7-12 μήνες,
- ✚ το 3,4% για 13-18 μήνες,
- ✚ το 4,8% για 19-24 μήνες και
- ✚ το 2,7% πάνω από 24 μήνες.

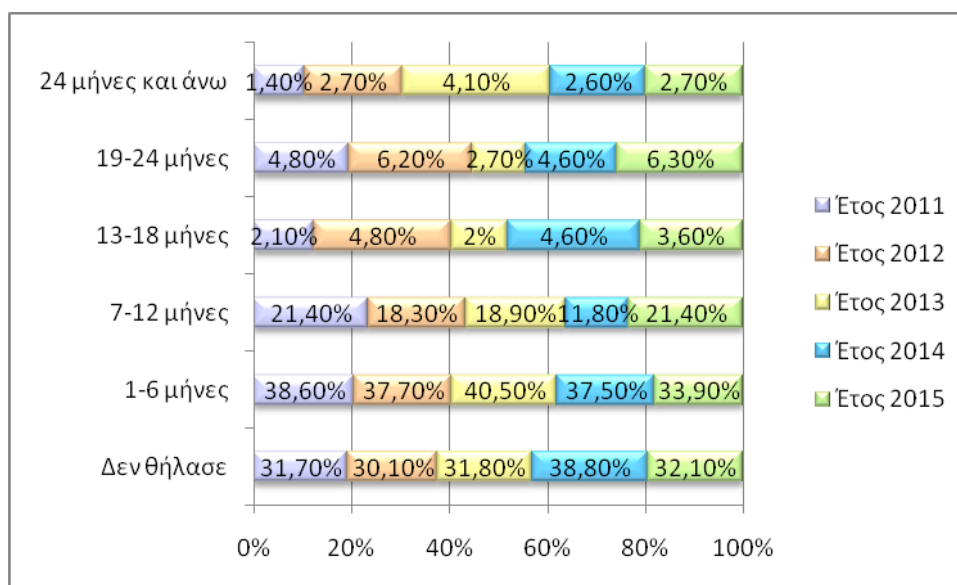
Σχεδιάγραμμα 20: Διάρκεια θηλασμού συνολικά



Η σημασία του θηλασμού φαίνεται πως είναι γνωστή για τις γυναίκες και για αυτό το λόγο η πλειοψηφία των γυναικών θηλάζει τα παιδιά τους τον πρώτο χρόνο της ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών που θήλασε τα παιδιά του τον πρώτο χρόνο της ζωής τους:

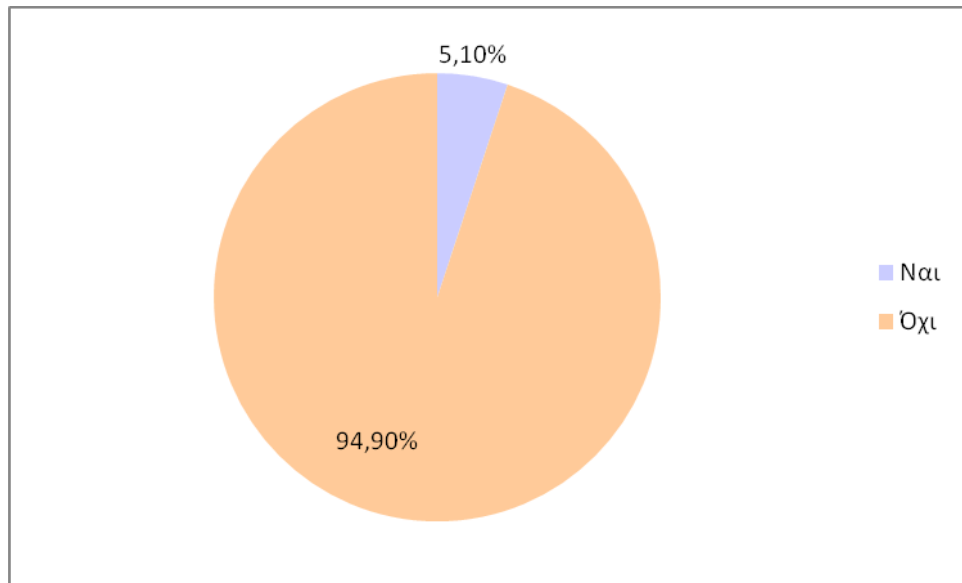
- ✚ το 2011 ήταν 60%,
- ✚ το 2012 56%,
- ✚ το 2013 59,4%,
- ✚ το 2014 49,3% και
- ✚ το 2015 55,3%.

Σχεδιάγραμμα 21: Διάρκεια θηλασμού ανά έτος



Το 94,9% των γυναικών που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης δεν είχαν υποβληθεί σε ορμονική υποκατάσταση έναντι του 5,1% που είχαν υποβληθεί.

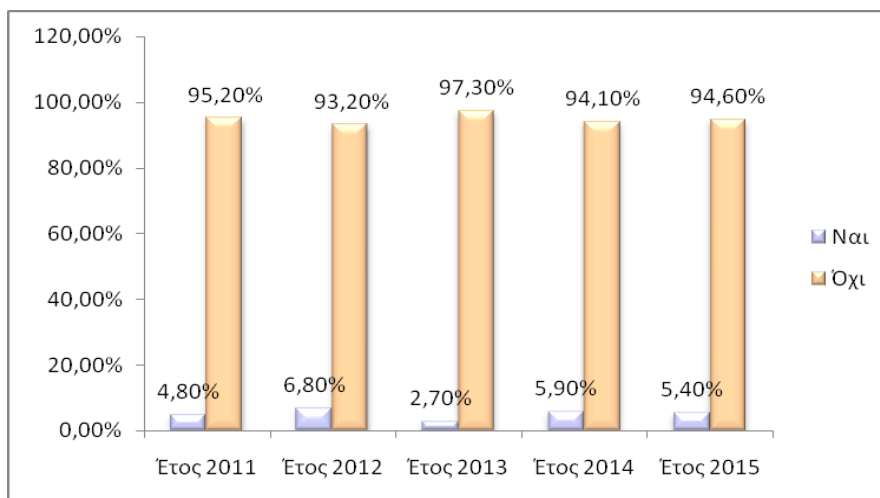
Σχεδιάγραμμα 22: Ορμονική υποκατάσταση συνολικά





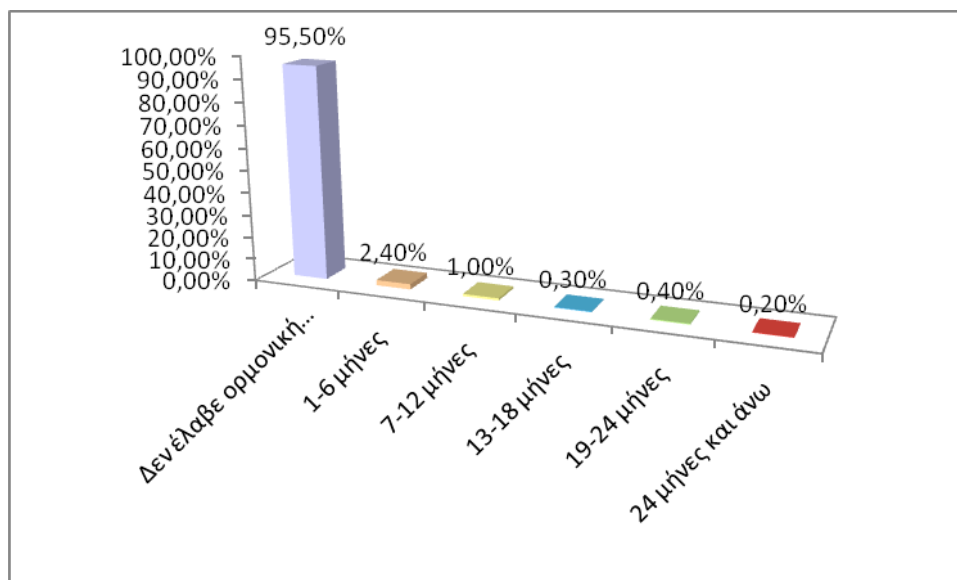
- ✚ Το 2012 το 6,8% υπεβλήθει σε ορμονική υποκατάσταση. Με άλλα λόγια το 2012 παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που υποβλήθηκαν σε ορμονική υποκατάσταση.
- ✚ Το αντίστοιχο ποσοστό το 2011 ήταν 4,8%,
- ✚ το 2013 ήταν 2,7%,
- ✚ το 2014 ήταν 5,9% και
- ✚ το 2015 5,4%.

Σχεδιάγραμμα 23: Ορμονική υποκατάσταση ανά έτος



- ✚ Το 95,5% των γυναικών δεν έλαβε ορμονική υποκατάσταση ή δεν υπήρχαν στοιχεία για την διάρκειά της.
- ✚ Το 2,4% των γυναικών έλαβανα αντίστοιχη θεραπεία για 1-6 μήνες,
- ✚ το 1% για 7-12 μήνες,
- ✚ το 0,3% για 13-18 μήνες,
- ✚ το 0,4% για 19-24 μήνες και
- ✚ το 0,2% για πάνω από 24 μήνες.

Σχεδιάγραμμα 24: Διάρκεια ορμονικής υποκατάστασης συνολικά



Το σχεδιάγραμμα 25 παρουσιάζει τη διάρκεια της ορμονικής υποκατάστασης των γυναικών ανά έτος. Φαίνεται ότι ορμονική υποκατάσταση για διάρκεια ενός έτους έλαβαν:

✚ το 2011 → 4,9% των γυναικών,

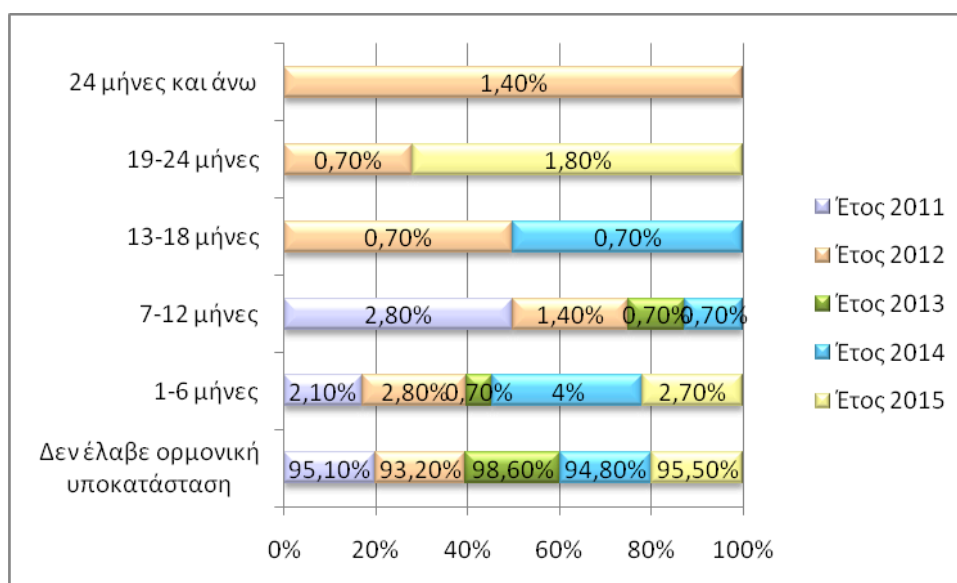
✚ το 2012 → 4,2%,

✚ το 2013 → 1,4%,

✚ το 2014 → 4,7% και

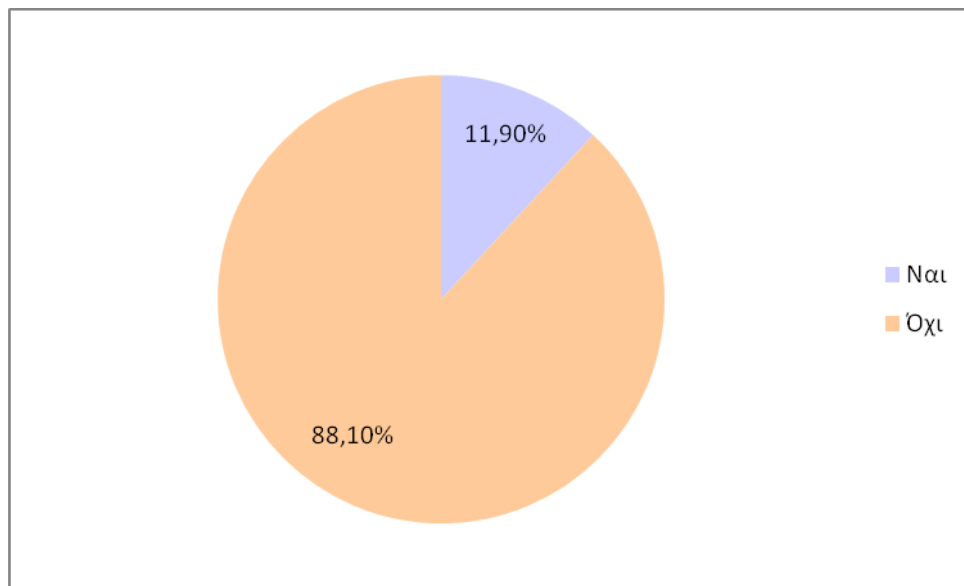
✚ το 2015 → 2,7%.

Σχεδιάγραμμα 25: Διάρκεια ορμονικής υποκατάστασης ανά έτος



Το 88,1% των γυναικών, που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης, δεν έλαβαν αντισυλληπτικά χάπια έναντι του 11,9% που έλαβαν για κάποιο χρονικό διάστημα.

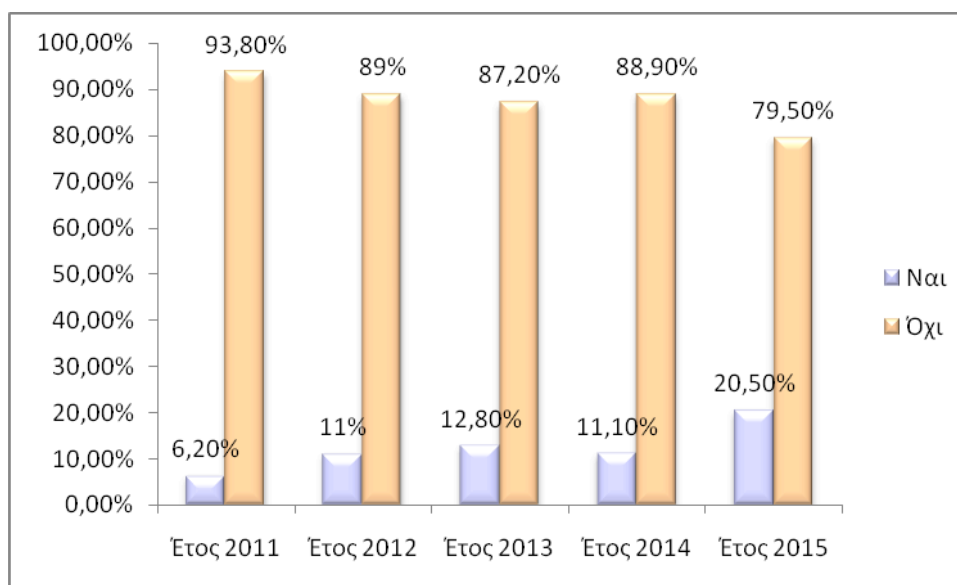
Σχεδιάγραμμα 26: Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών συνολικά



Καθώς τα έτη πειρατούν φαίνεται ότι αυξάνεται με σταθερό ρυθμό ο αριθμός των γυναικών που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε πολλούς λόγους, όπως για παράδειγμα καλύτερη ενημέρωση από τους γιατρούς, εξέλιξη αυτών των φαρμάκων με αποτέλεσμα την αποφυγή παρενεργειών κλπ.

- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών ήταν 6,2%,
- ✚ το 2012 ήταν 11%,
- ✚ το 2013 ήταν 12,8%,
- ✚ το 2014 ήταν 11,1% και
- ✚ το 2015 ήταν 20,5%.

Σχεδιάγραμμα 27: Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών ανά έτος



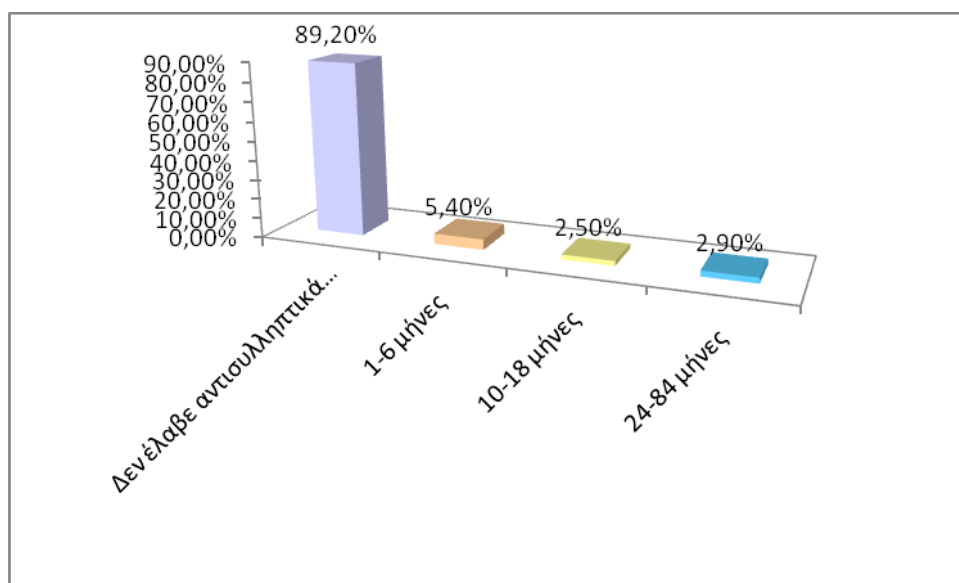
Το 89,2% των γυναικών δεν έλαβαν αντισυλληπτικά χάπια ή δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με τη διάρκεια της λήψης τους. Από τις γυναίκες που έλαβαν αντισυλληπτικά χάπια:

✚ το 5,4% τα έλαβε για 1-6 μήνες,

✚ το 2,5% για 10-18 μήνες και

✚ το 2,9% για 24-84 μήνες.

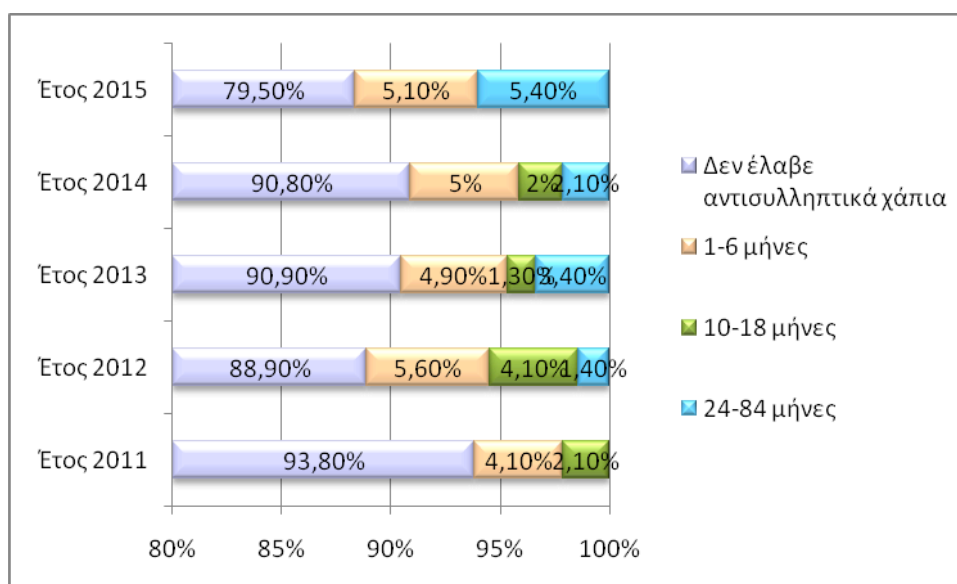
Σχεδιάγραμμα 28: Διάρκεια λήψης αντισυλληπτικών χαπιών συνολικά



Οι γυναίκες που έλαβαν αντισυλληπτικά χάπια στην πλειοψηφία τους το έκαναν για 1-6 μήνες. Τα αντίστοιχα ποσοστά ανά έτος, που παρουσιάζονται στο σχεδιάγραμμα 29 είναι για:

- ✚ το 2011 ήταν 4,1%,
- ✚ για το 2012 ήταν 5,6%,
- ✚ για το 2013 ήταν 4,9%,
- ✚ για το 2014 ήταν 5% και
- ✚ για το 2015 ήταν 5,1%.

Σχεδιάγραμμα 29: Διάρκεια λήψης αντισυλληπτικών χαπιών ανά έτος



Το 2011 οι άλλες παθήσεις που φαίνεται ότι είχαν οι γυναίκες και επιβεβαιώθηκαν και τα υπόλοιπα έτη είναι:

- + η αμυγδαλεκτομή,
- + η χολοκυστεκτομή,
- + η ολική υστερεκτομή,
- + η θυρεοειδεκτομή,
- + η σκωληκοειδεκτομή,
- + η μαστεκτομή,
- + η αφαίρεση ινομώματος και
- + η καισαρική τομή.

Επιπλέον αναφέρθηκαν:

- + η ογκεκτομή,
- + η αγγειεκτομή,
- + η αφαίρεση σάλπιγγας, αδενώματος, ωοθηκών,
- + η θυρεοειδοπάθεια,
- + το λέμφωμα,
- + η αρτηριακή υπέρταση,
- + ο καρκίνος παχέως εντέρου και
- + η αναιμία (Carmichael et al., 2004)

Το 2012 επιπρόσθετες ασθένειες ήταν:

- + η εντερεκτομή,
- + η σαφηνεκτομή,
- + η υστερεκτομή,



- + η αφαίρεση πολύποδα μήτρας,
- + η κύστη ωοθήκης,
- + ο πολύποδας τραχήλου και
- + οι αλλοιώσεις του τραχήλου.

Το 2013 αναφέρθηκαν επιπλέον οι ασθένειες:

- + η σπληνεκτομή – ειλεός,
- + η νεφρεκτομή,
- + η οστεομυελίτιδα,
- + η αμυγδαλίτιδα,
- + η κολίτιδα,
- + η αφαίρεση αιματώματος,

Αφαίρεση:

- + κύστης στη μήτρα,
- + πολύποδα μήτρας,
- + αριστερής σάλπιγγας και
- + ωοθήκης,
- + πνεύμονα,
- + ογκίδιου μαστού,
- + η ηπατίδα Β,
- + η αρθροπλαστική γονάτων,
- + ο ερυθηματώδης λύκος,
- + το περιεδρικό απόστημα,
- + ο όγκος κοιλιάς,

- + η υπο(υπερ)θυρεοειδισμός,
- + η αρτηριακή υπέρταση,
- + το έλκος δωδεκάδαχτυλου,
- + το βρογχικό άσθμα,
- + η αρθροπλαστική,
- + ο καρκίνος ουροδόχου κύστης,
- + η ομφαλοκήλη,
- + η βαλβιδοπάθεια,
- + η οστεοπενία,
- + η κατάθλιψη.

Το 2014 οι επιπρόσθετες ασθένειες που αναφέρθηκαν είναι η αφαίρεση:

- + πολύποδα τραχήλου,
- + σαλπίγγων και ωοθηκών,
- + κύστης,
- + η παγκρεατεκτομή,
- + η λοβεκτομή,
- + η ογκεκτομή,
- + το έμφραγμα,
- + οι κίρσοι,
- + το ινομύωμα κύστης,
- + η οστεοπόρωση,
- + η θεραπευτική απόξεση,
- + ο υποθυρεοειδισμός,

- + η υπερλιπιδαιμία,
- + η ρευματοειδής αρθρίτιδα,
- + η κολίτιδα,
- + η οστεοαρθρίτιδα,
- + η αρθροπλαστική,
- + η αρτηριακή υπέρταση,
- + η οστεοπενία,
- + ο σακχαρώδης διαβήτης,
- + η κατάθλιψη,
- + το βρογχικό άσθμα,
- + το επισκληρίδιο αιμάτωμα,
- + ο μονήρης νεφρός,
- + η βουβωνοκήλη,
- + η αγγειοπλαστική,
- + η άμβλωση,
- + το ινομύωμα μήτρας,
- + το αλλεργικό άσθμα,
- + η ψωρίαση,
- + η μυοπάθεια, η μαστίτιδα και η καρδιοπάθεια.

Το 2015 οι επιπρόσθετες ασθένειες που αναφέρθηκαν είναι:

- + η υστερεκτομή,
- + η σπληνεκτομή,
- + η παλίνδρομος κύηση,

- + η αυτοάνοση ηπατίτιδα,
- + οι κήλες,
- + οι κηρσοί,
- + τα ινομύματα,
- + η τυμπανοπλαστική,
- + ο μονήρης νεφρός,
- + η ολική αρθροπλαστική,
- + η αρθροπλαστική ώμου,
- + το χειρουργηθέν υποσκληρίδιο αιμάτωμα,
- + η κωνοειδής εκτομή τραχήλου μήτρας,
- + ο ακρωτηριασμός δαχτύλου,
- + η λιθοτριψία,
- + ο σακχαρώδης διαβήτης,

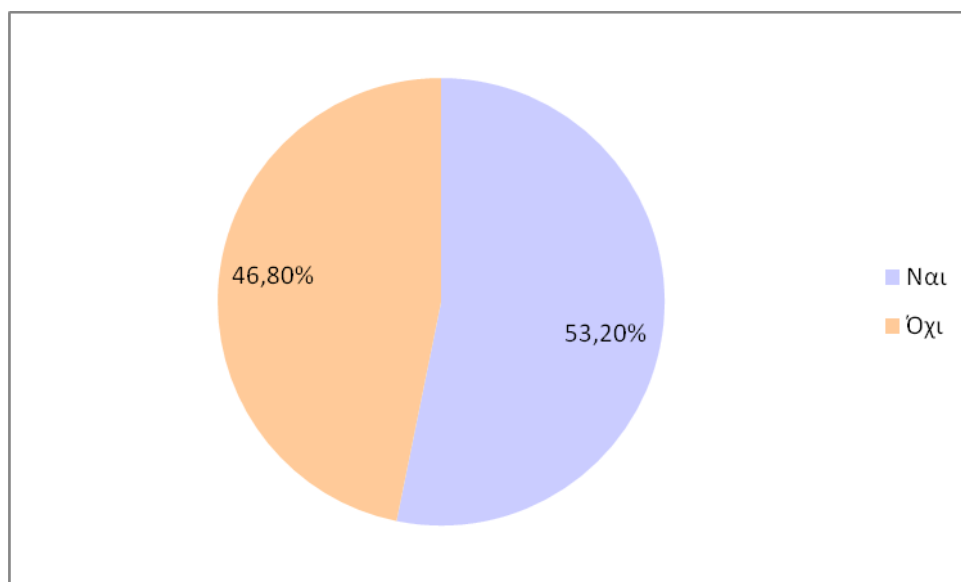
Η αφαίρεση:

- + όζων,
- + αιματώματος,
- + θηλώματος μαστού,
- + πολύποδα ορθού,
- + πολύποδα μήτρας,
- + πολύποδα εντέρου,
- + πολύποδα κόλπου,
- + η ομφαλοκήλη,
- + η θρομβοφιλία,

- + το λέμφωμα,
- + οι κύστες ωοθηκών,
- + η κύστη κόκκυγος,
- + η δυσλειτουργία μαστού,
- + η φλεβίτιδα κάτω άκρων,
- + η κατάθλιψη,
- + το απόστημα μαστού και
- + οι πολύποδες φωνητικών χορδών.

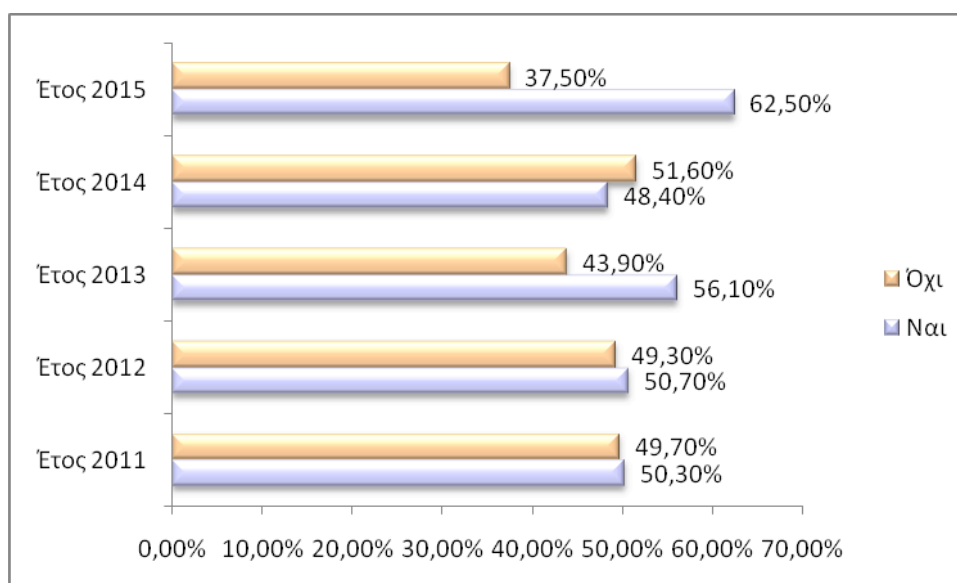
Το 53,2% των γυναικών έλαβε φάρμακα για άλλες αιτίες έναντι του 46,8% που δεν έλαβε φάρμακα για άλλες παθήσεις.

Σχεδιάγραμμα 30: Λήψη φαρμάκων για άλλες αιτίες συνολικά



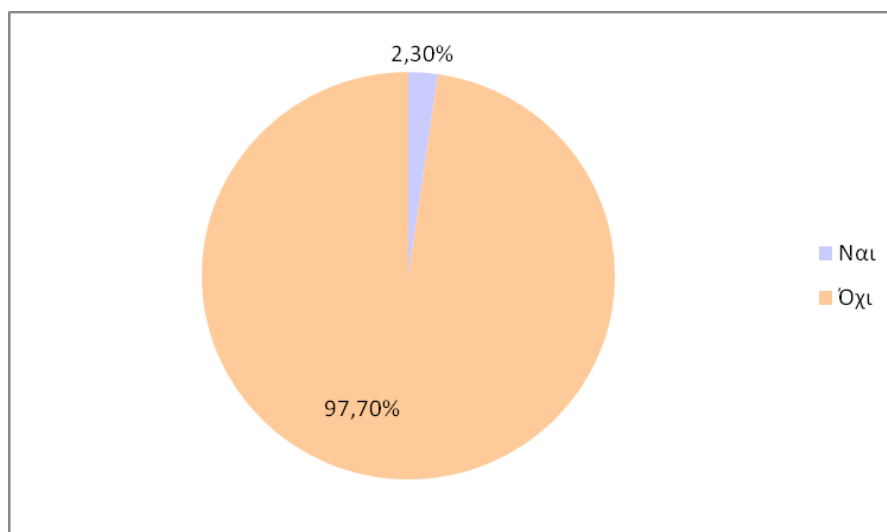
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που έλαβαν φάρμακα για άλλες αιτίες ήταν 50,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 50,7%,
- ✚ το 2013 ήταν 56,1%,
- ✚ το 2014 ήταν 48,4% και
- ✚ το 2015 ήταν 62,5%.

Σχεδιάγραμμα 31: Λήψη φαρμάκων για άλλες αιτίες ανά έτος



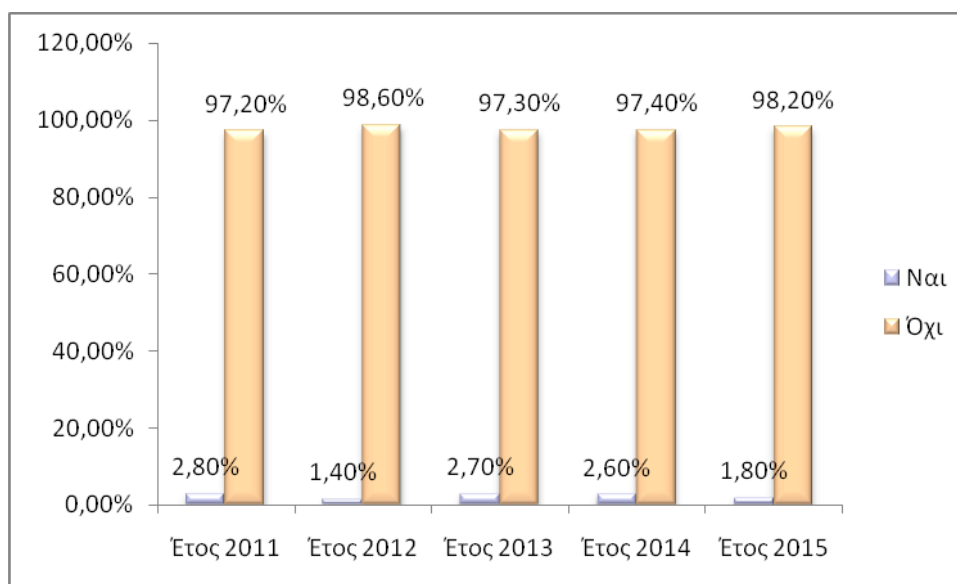
Το 97,7% επί του συνόλου των γυναικών δεν κατανάλωσαν αλκοόλ έναντι του 2,3%.

Σχεδιάγραμμα 32: Κατανάλωση αλκοόλ συνολικά



- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που κατανάλωσε αλκοόλ ήταν 2,8%, τ
- ✚ το 2012 ήταν 1,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 2,7%,
- ✚ το 2014 ήταν 2,6% και
- ✚ το 2015 ήταν 1,8%.

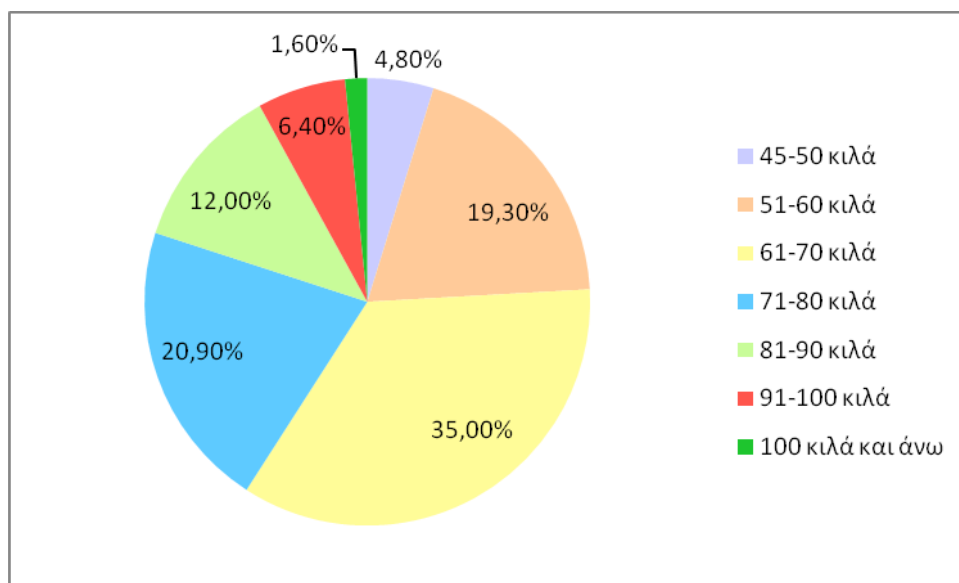
Σχεδιάγραμμα 33: Κατανάλωση αλκοόλ ανά έτος



Το συνολικό βάρος των γυναικών παρουσιάζεται στο σχεδιάγραμμα 34.

- ✚ Το 4,8% των γυναικών είχαν βάρος 45-50 κιλά,
- ✚ το 19,3% ήταν 51-60 κιλά,
- ✚ το 35% ήταν 61-70 κιλά,
- ✚ το 20,9% ήταν 71-80 κιλά,
- ✚ το 12% ήταν 81-90 κιλά,
- ✚ το 6,4% ήταν 91-100 κιλά και
- ✚ το 1,6% ήταν 100 κιλά και άνω.

Σχεδιάγραμμα 34: Βάρος συνολικά





Η πλειοψηφία των γυναικών είχαν βάρος 51-70 κιλά. Πιο συγκεκριμένα:

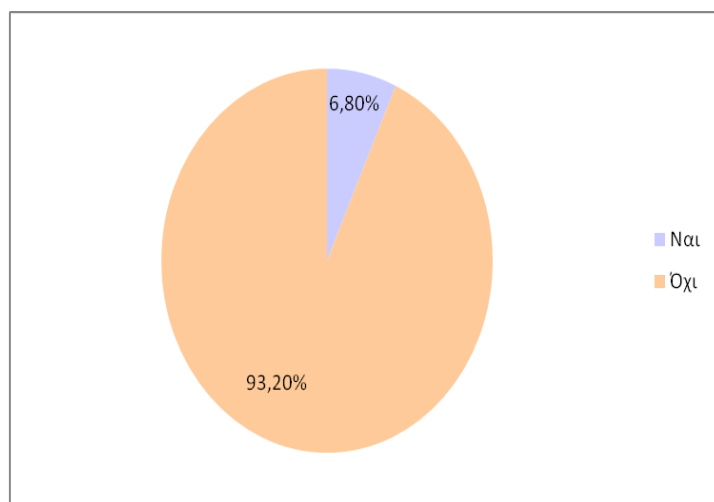
- ✚ το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν βάρος από 51-70 κιλά ήταν 56,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 53,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 58,2%,
- ✚ το 2014 ήταν 56,6% και
- ✚ το 2015 ήταν 48,6%.

Σχεδιάγραμμα 35: Βάρος ανά έτος



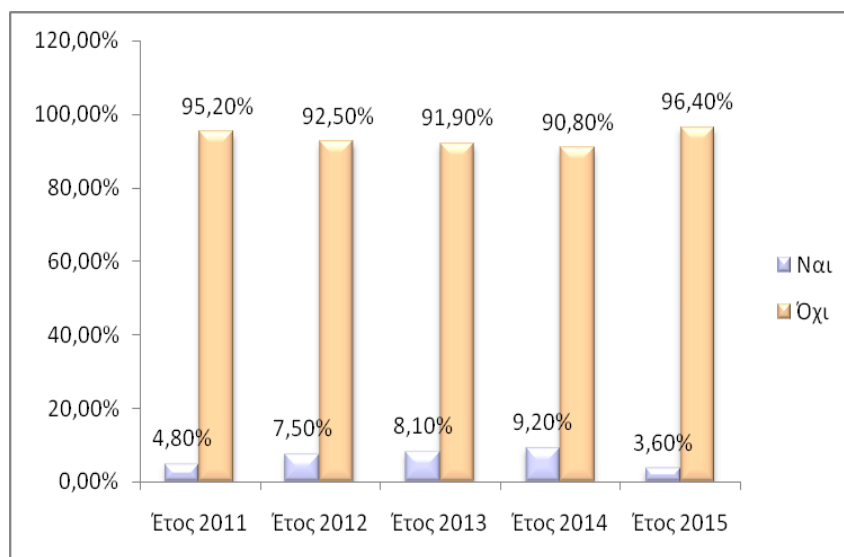
Το 93,2% δεν είχε λάβει μεγάλη δόση ακτινοβολίας έναντι του 6,8% που είχε λάβει.

Σχεδιάγραμμα 36: Μεγάλη δόση ακτινοβολίας συνολικά



- ✚ Το 2011 το συνολικό ποσοστό των γυναικών που είχαν λάβει μεγάλη δόση ακτινοβολίας ήταν 4,8%,
- ✚ το 2012 ήταν 7,5%,
- ✚ το 2013 ήταν 8,1%,
- ✚ το 2014 ήταν 9,2% και
- ✚ το 2015 ήταν 3,6%.

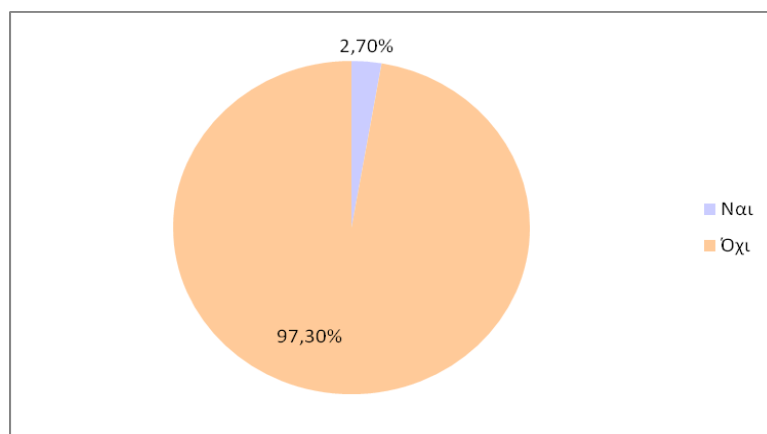
Σχεδιάγραμμα 37: Μεγάλη δόση ακτινοβολίας ανά έτος



## Ερευνητική υπόθεση 2: Ποιες είναι οι παθήσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που επισκέφτηκαν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015;

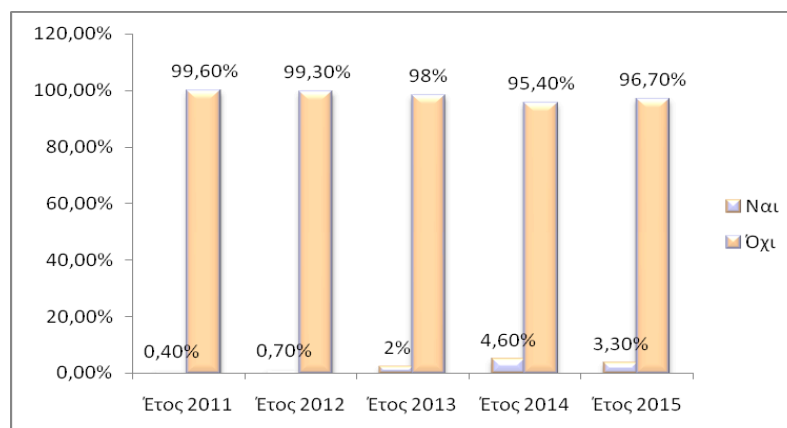
Το 97,3% των γυναικών δεν είχαν καρκίνο του μαστού έναντι του 2,7%.

Σχεδιάγραμμα 38: Καρκίνος του μαστού συνολικά



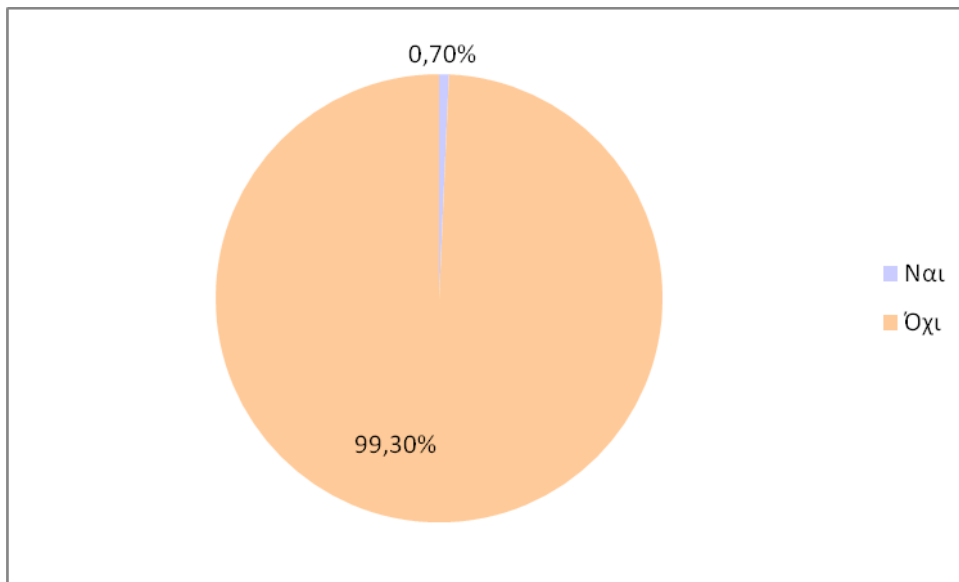
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν καρκίνο του μαστού ήταν 0,4%,
- ✚ το 2012 ήταν 0,7%,
- ✚ το 2013 ήταν 2%,
- ✚ το 2014 ήταν 4,6% και
- ✚ το 2015 ήταν 3,3%.

Σχεδιάγραμμα 39: Καρκίνος του μαστού ανά έτος



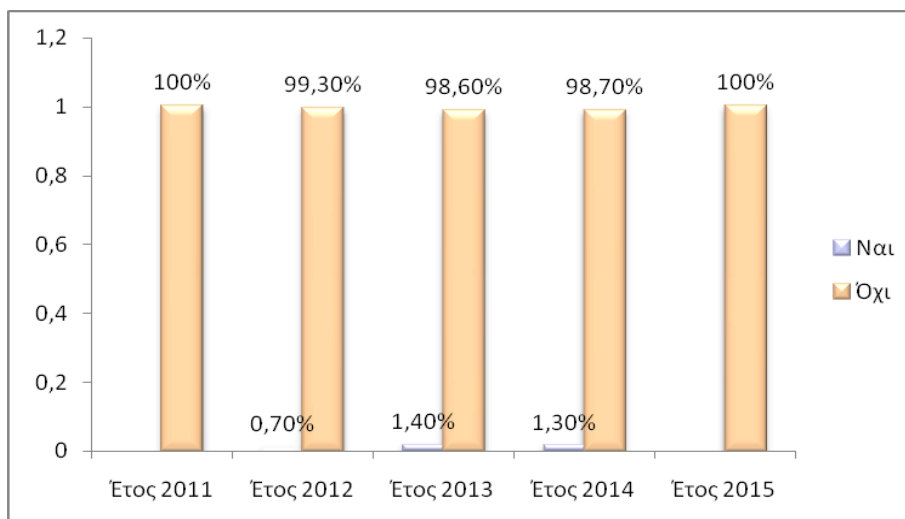
Το 0,7% είχε αδενοκαρκίνωμα έναντι του 99,3% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 40: Αδενοκαρκίνωμα συνολικά



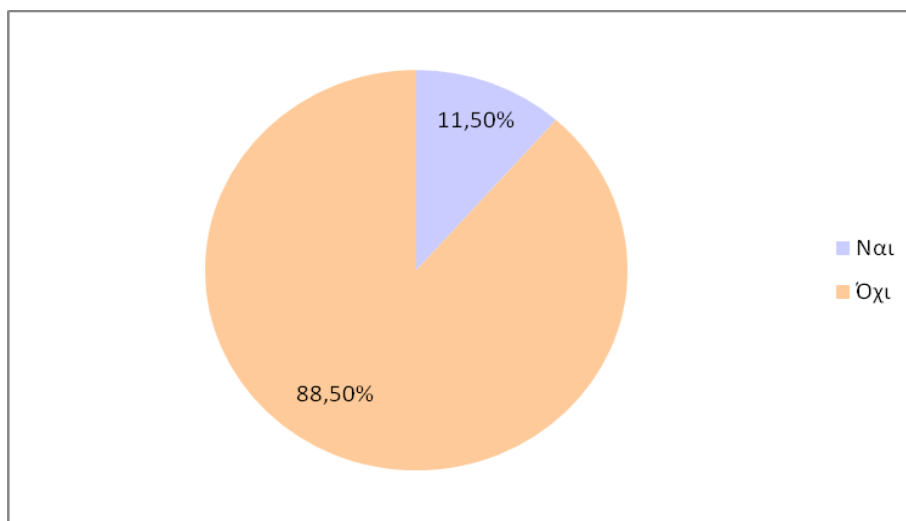
- ✚ Το 2012 το ποσοστό των γυναικών που είχαν αδενοκαρκίνωμα ήταν 0,7%,
- ✚ το 2013 ήταν 1,4% και
- ✚ το 2014 ήταν 1,3%.

Σχεδιάγραμμα 41: Αδενοκαρκίνωμα ανά έτος



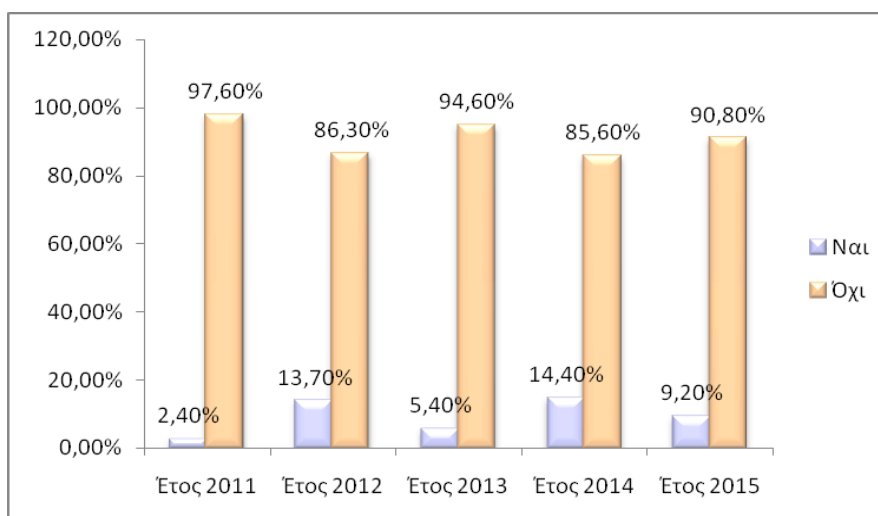
Το 11,5% των γυναικών είχε μόρφωμα έναντι του 88,5% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 42: Μόρφωμα συνολικά



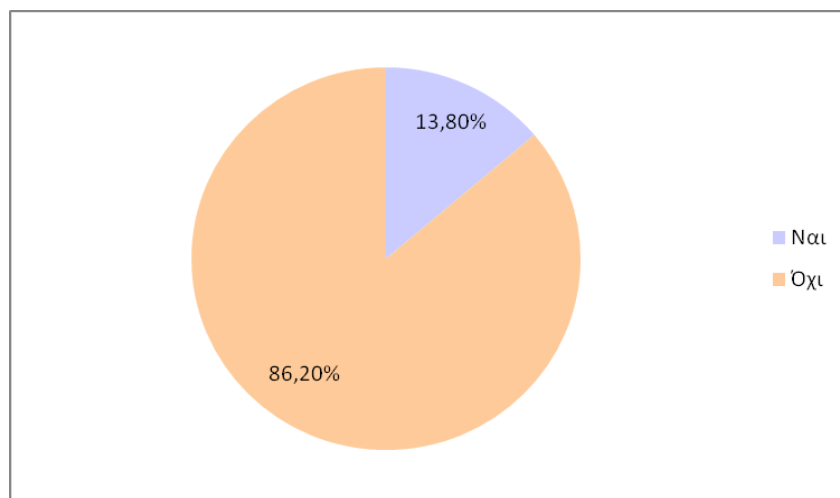
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε μόρφωμα ήταν 2,4%,
- ✚ το 2012 ήταν 13,7%,
- ✚ το 2013 ήταν 5,4%,
- ✚ το 2014 ήταν 14,4% και
- ✚ το 2015 ήταν 9,2%.

Σχεδιάγραμμα 43: Μόρφωμα ανά έτος



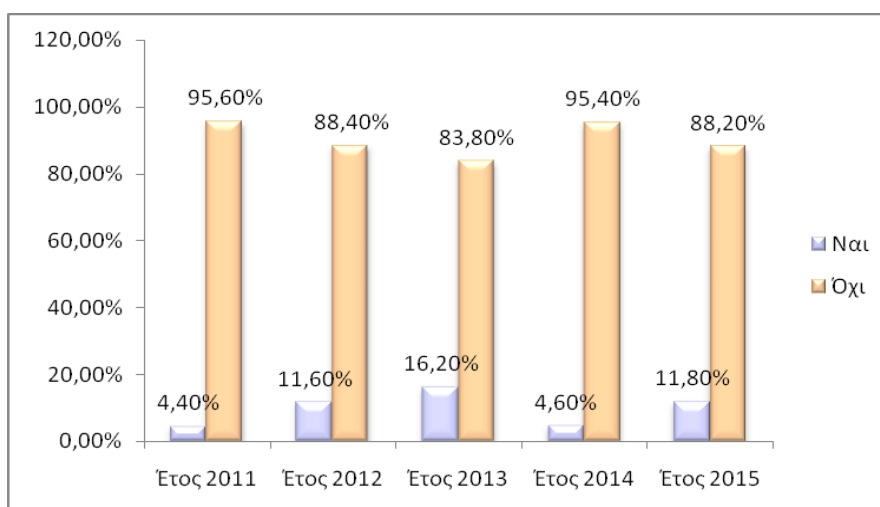
Το 13,8% των γυναικών είχε ινοκυστικές αλλοιώσεις έναντι του 86,2% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 44: Ινοκυστικές αλλοιώσεις συνολικά



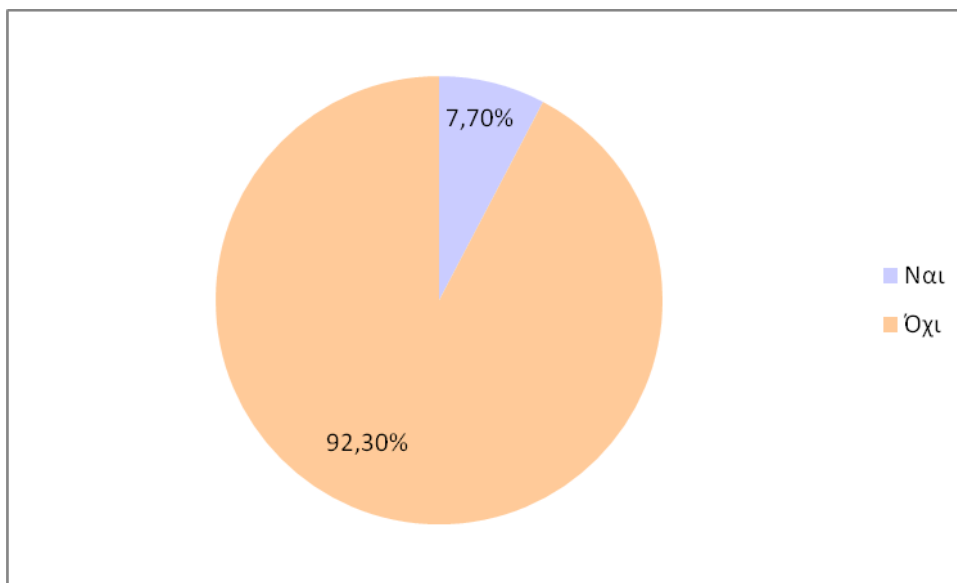
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε ινοκυστικές αλλοιώσεις ήταν 4,4%,
- ✚ το 2012 ήταν 11,6%,
- ✚ το 2013 ήταν 16,2%,
- ✚ το 2014 ήταν 4,6% και
- ✚ το 2015 ήταν 11,8%.

Σχεδιάγραμμα 45: Ινοκυστικές αλλοιώσεις ανά έτος



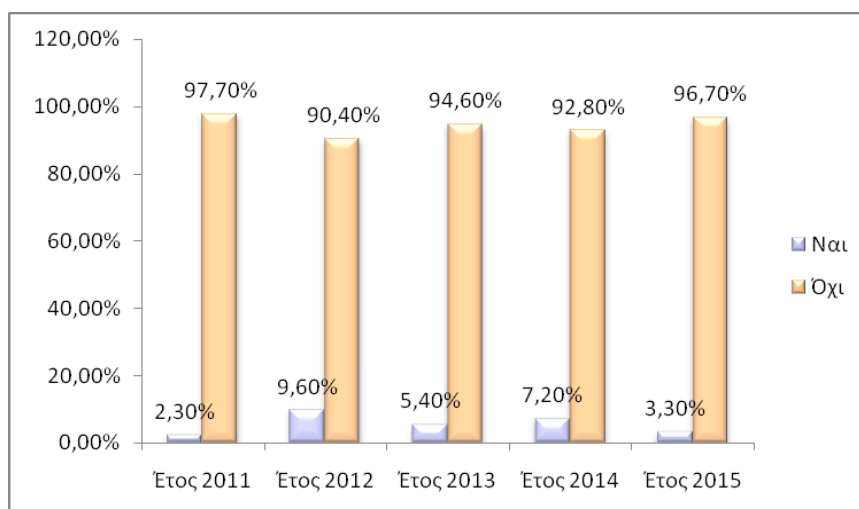
Το 7,7% είχε κύστη έναντι του 92,3% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 46: Κύστη συνολικά



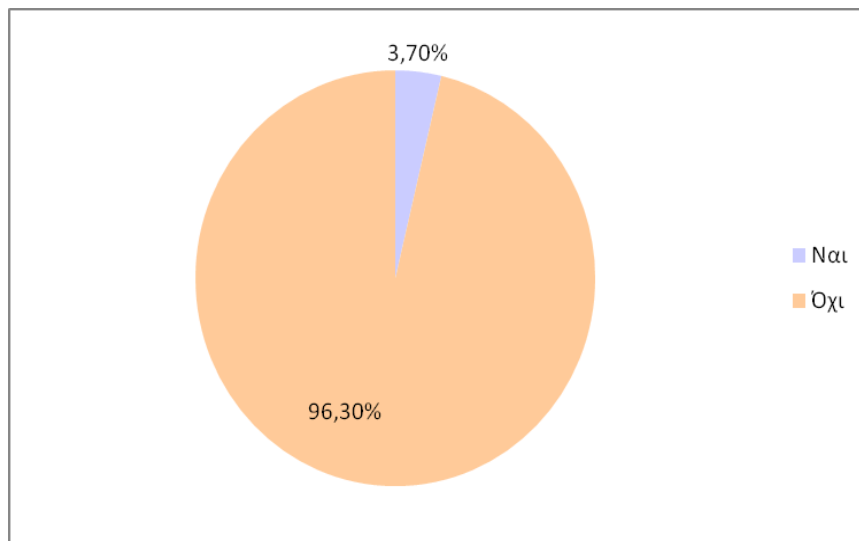
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε κύστη ήταν 2,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 9,6%,
- ✚ το 2013 ήταν 5,4%,
- ✚ το 2014 ήταν 7,2% και
- ✚ το 2015 ήταν 3,3%.

Σχεδιάγραμμα 47: Κύστη ανά έτος



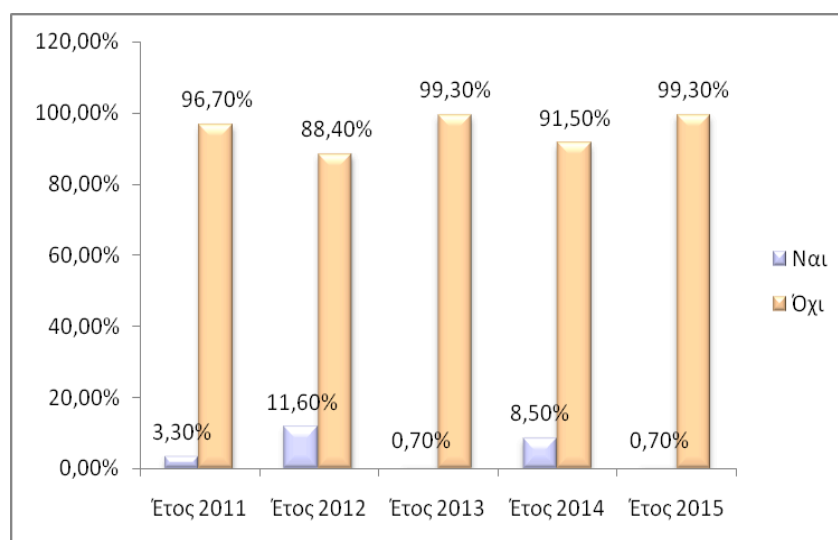
Το 3,7% των γυναικών είχαν σκίαση έναντι του 96,3% που δεν είχε

Σχεδιάγραμμα 48: Σκίαση συνολικά



- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε σκίαση ήταν 3,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 11,6%,
- ✚ το 2013 ήταν 0,7%,
- ✚ το 2014 ήταν 8,5% και
- ✚ το 2015 ήταν 0,7%.

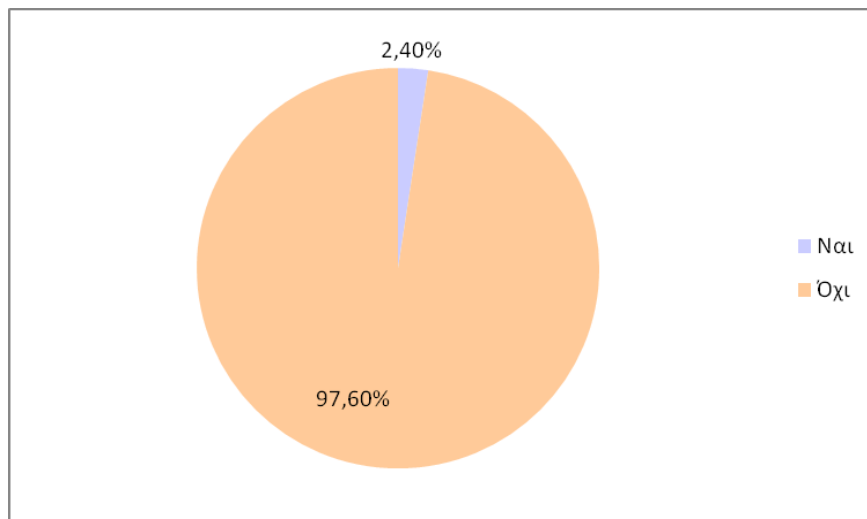
Σχεδιάγραμμα 49: Σκίαση ανά έτος





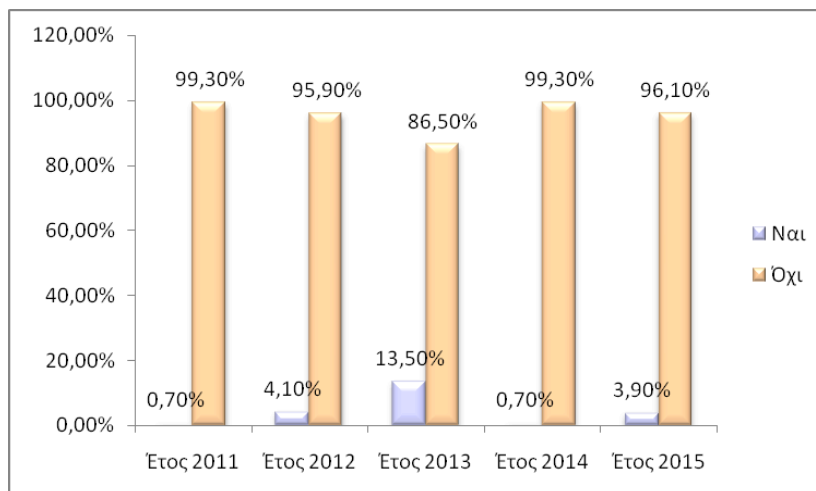
Το 2,4% των γυναικών είχε φλεγμονή έναντι του 97,6% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 50: Φλεγμονή συνολικά



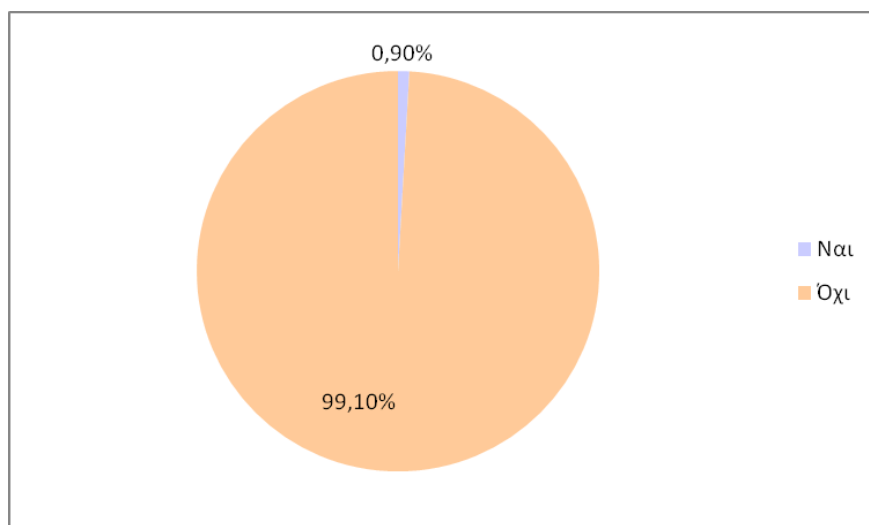
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε φλεγμονή ήταν 0,7%,
- ✚ το 2012 ήταν 4,1%,
- ✚ το 2013 ήταν 13,5%,
- ✚ το 2014 ήταν 0,7% και
- ✚ το 2015 ήταν 3,9%.

Σχεδιάγραμμα 51: Φλεγμονή ανά έτος



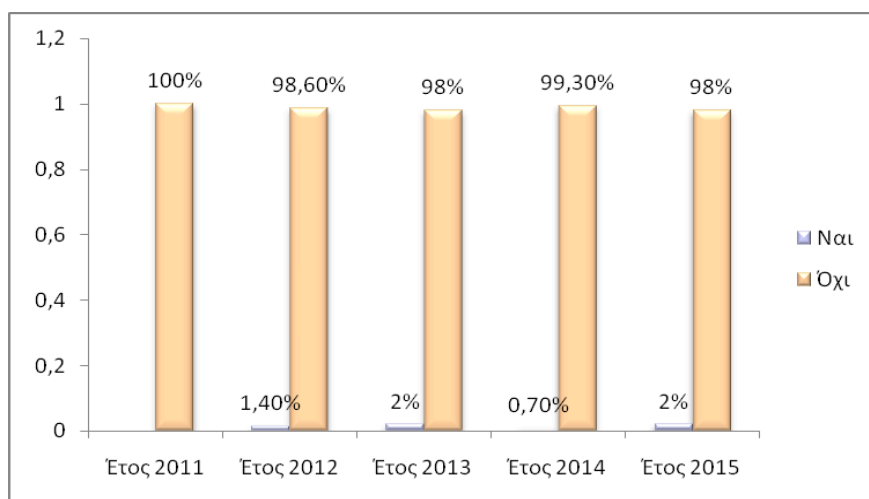
Το 0,9% των γυναικών είχε ασβεστοματικές αλλοιώσεις έναντι του 99,1% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 52: Ασβεστοματικές αλλοιώσεις συνολικά



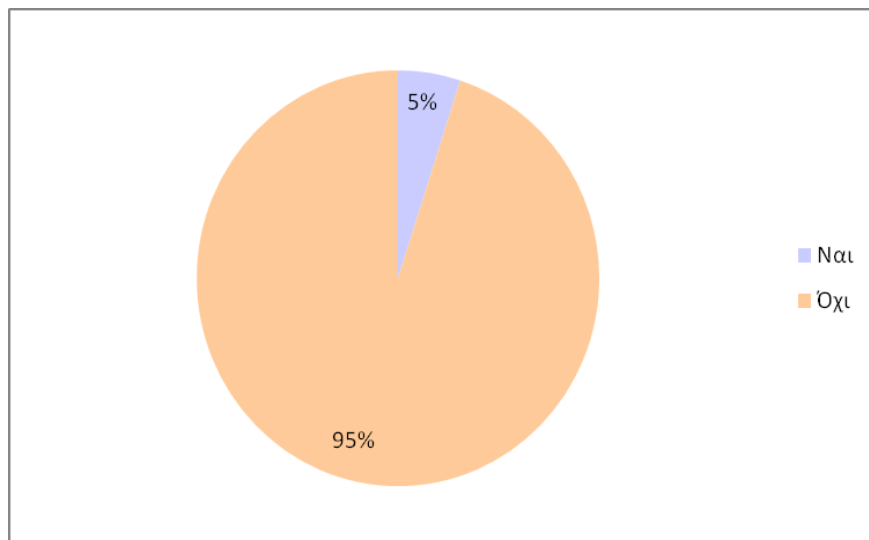
- ✚ Το 2012 το ποσοστό των γυναικών που είχε ασβεστοματικές αλλοιώσεις ήταν 1,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 2%,
- ✚ το 2014 ήταν 0,7% και
- ✚ το 2015 ήταν 2%.

Σχεδιάγραμμα 53: Ασβεστοματικές αλλοιώσεις ανά έτος



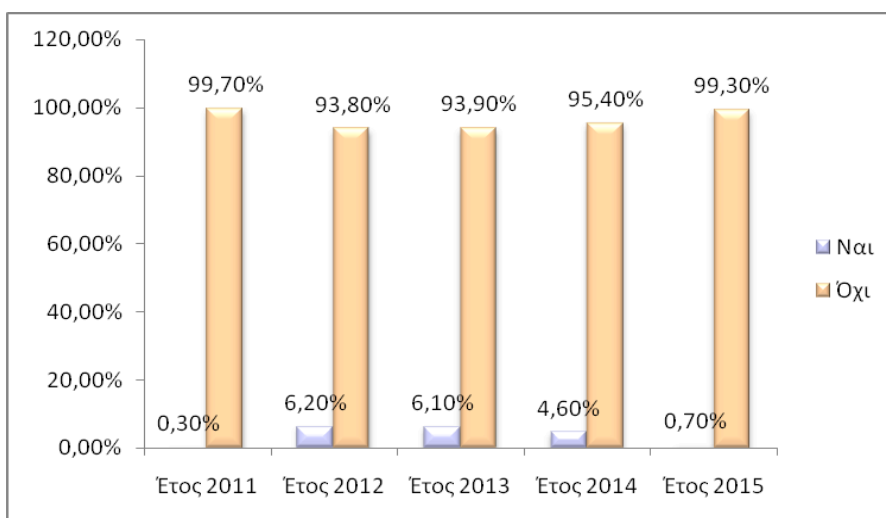
Το 5% των γυναικών είχε ινοαδένωμα έναντι του 95% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 54: Ινοαδένωμα συνολικά



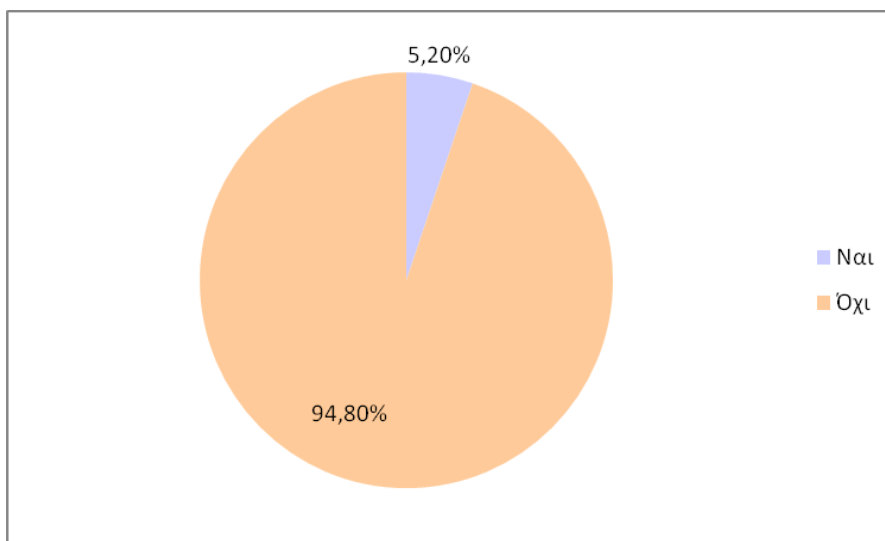
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε ινοαδένωμα ήταν 0,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 6,2%,
- ✚ το 2013 ήταν 6,1%,
- ✚ το 2014 ήταν 4,6% και
- ✚ το 2015 ήταν 0,7%.

Σχεδιάγραμμα 55: Ινοαδένωμα ανά έτος



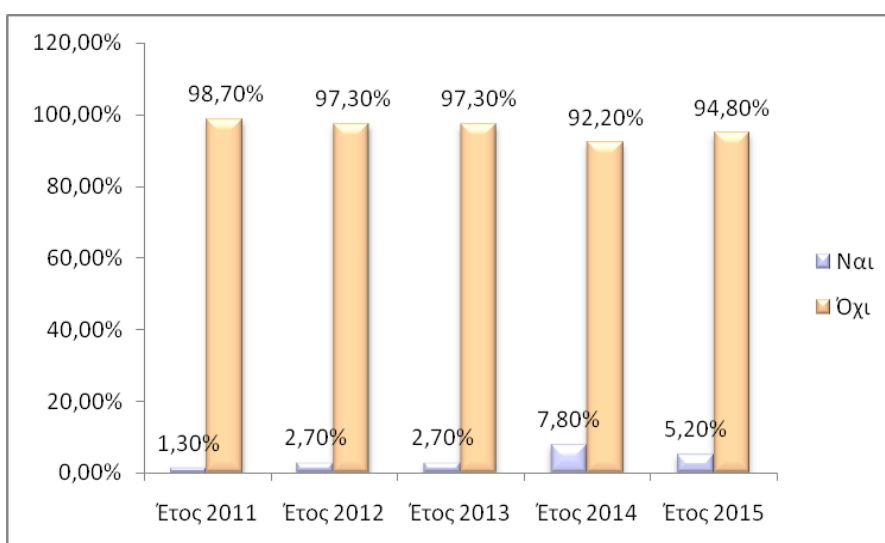
Το 5,2% των γυναικών είχε αποτιτανώσεις μαστού έναντι του 94,8% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 56: Αποτιτανώσεις μαστού συνολικά



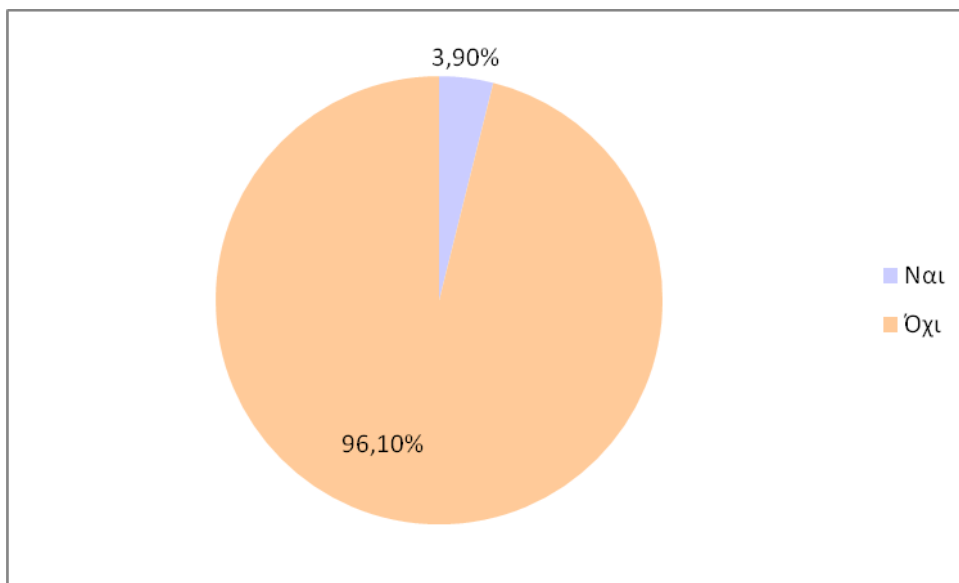
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε αποτιτανώσεις μαστού ήταν 1,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 2,7% όπως επίσης και το 2013,
- ✚ το 2014 ήταν 7,8% και
- ✚ το 2015 ήταν 5,2%.

Σχεδιάγραμμα 57: Αποτιτανώσεις μαστού ανά έτος



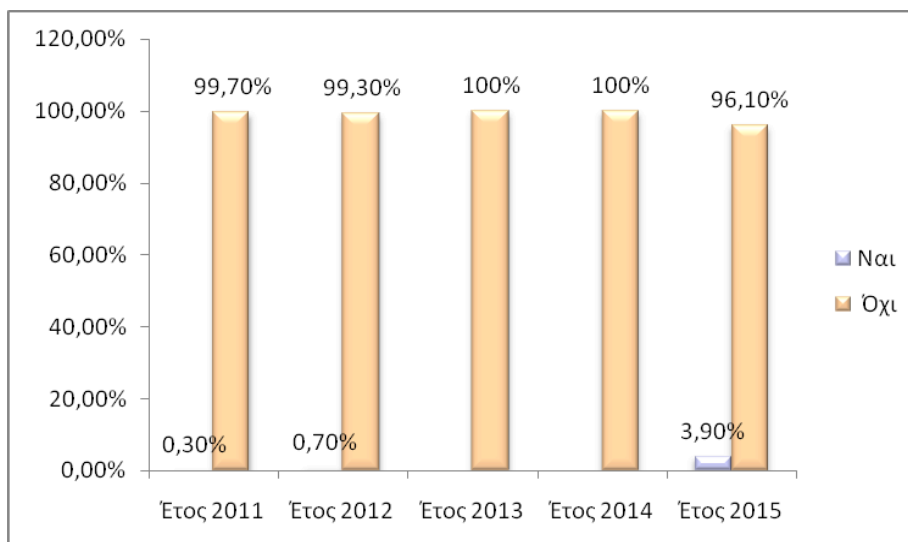
Το 3,9% των γυναικών είχε αδένωμα έναντι του 96,1% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 58: Αδένωμα συνολικά



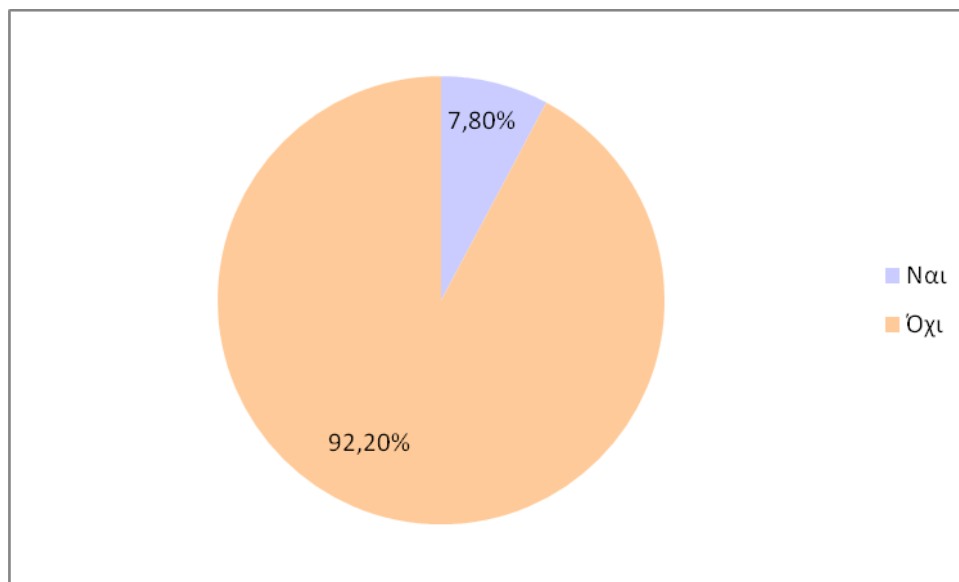
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε αδένωμα ήταν 0,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 0,7% και
- ✚ το 2015 ήταν 3,9%.

Σχεδιάγραμμα 59: Αδένωμα ανά έτος



Το 7,8% των γυναικών είχε διόγκωση λεμφαδένων έναντι του 92,2% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 60: Διόγκωση λεμφαδένων συνολικά



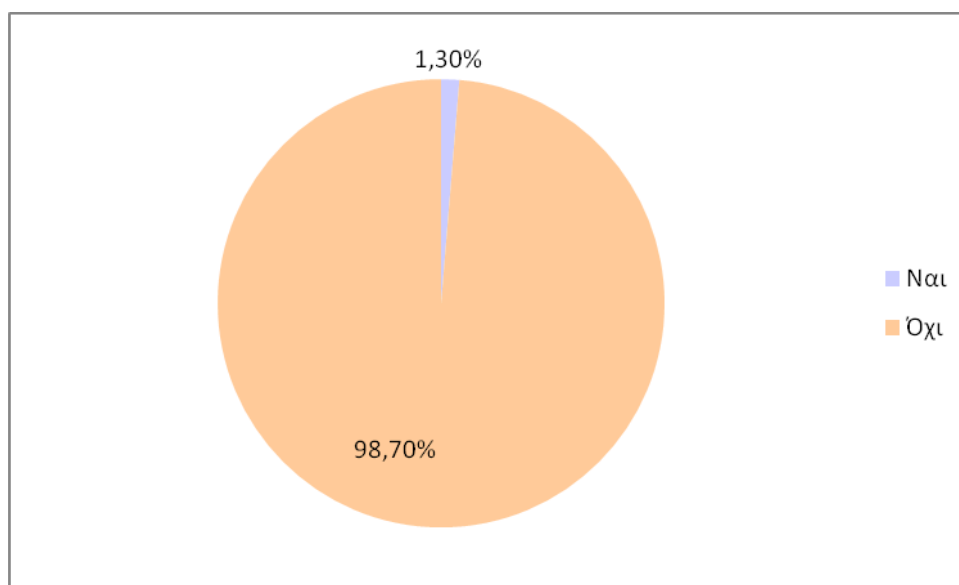
- ✚ Το 2013 το ποσοστό των γυναικών είχε διόγκωση λεμφαδένων ήταν 3,4%,
- ✚ το 2014 ήταν 2,6% και
- ✚ το 2015 ήταν 0,7%.

Σχεδιάγραμμα 61: Διόγκωση λεμφαδένων ανά έτος



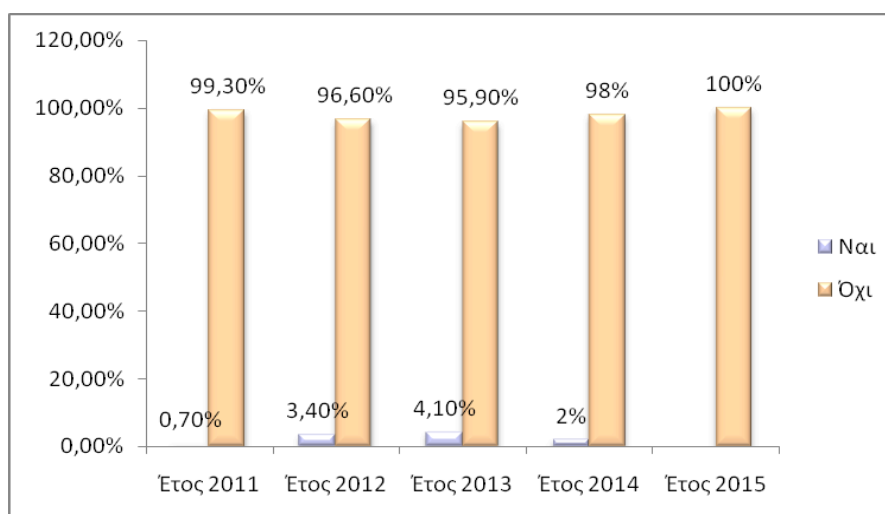
Το 1,3% των γυναικών είχε λιπώδη υποστροφή μαστού έναντι του 98,7% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 62: Λιπώδης υποστροφή μαστού συνολικά



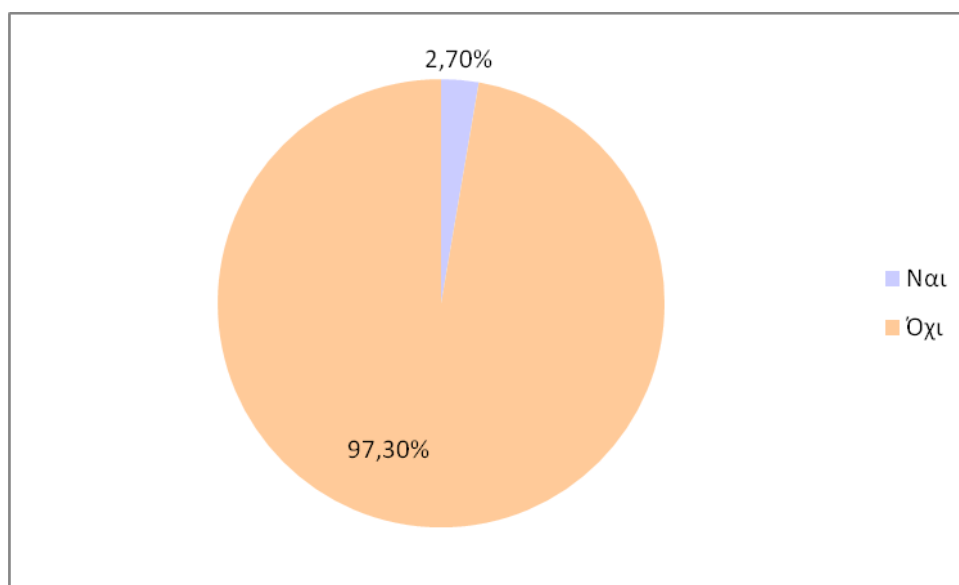
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε λιπώδη υποστροφή μαστού ήταν 0,7%,
- ✚ το 2012 ήταν 3,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 4,1% και
- ✚ το 2014 ήταν 2%.

Σχεδιάγραμμα 63: Λιπώδης υποστροφή μαστού ανά έτος



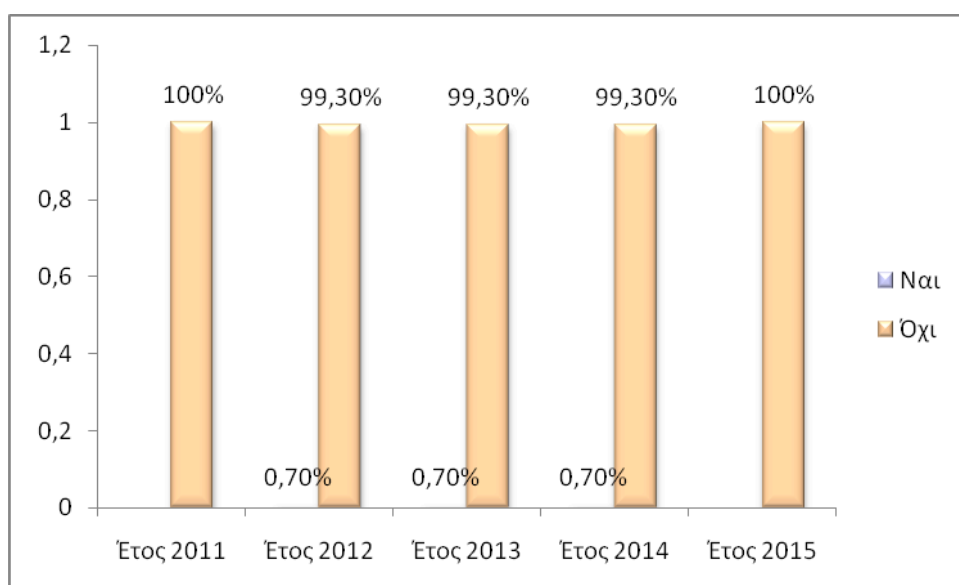
Το 2,7% των γυναικών είχε αλλοιώσεις γυναικομαστίας έναντι του 97,3% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 64: Αλλοιώσεις γυναικομαστίας συνολικά



✚ Το 2012 το ποσοστό των γυναικών που είχε αλλοιώσεις γυναικομαστίας ήταν 0,7% όπως επίσης και το 2013 και το 2014.

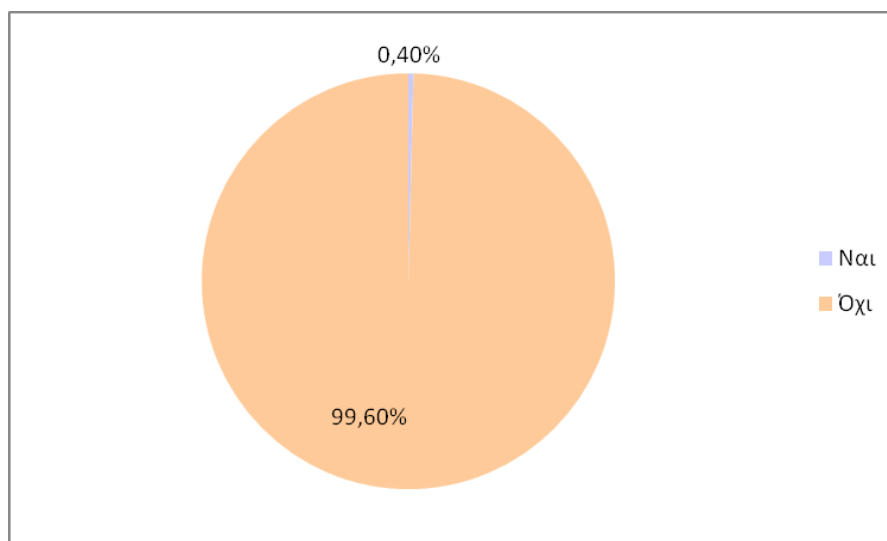
Σχεδιάγραμμα 65: Αλλοιώσεις γυναικομαστίας ανά έτος





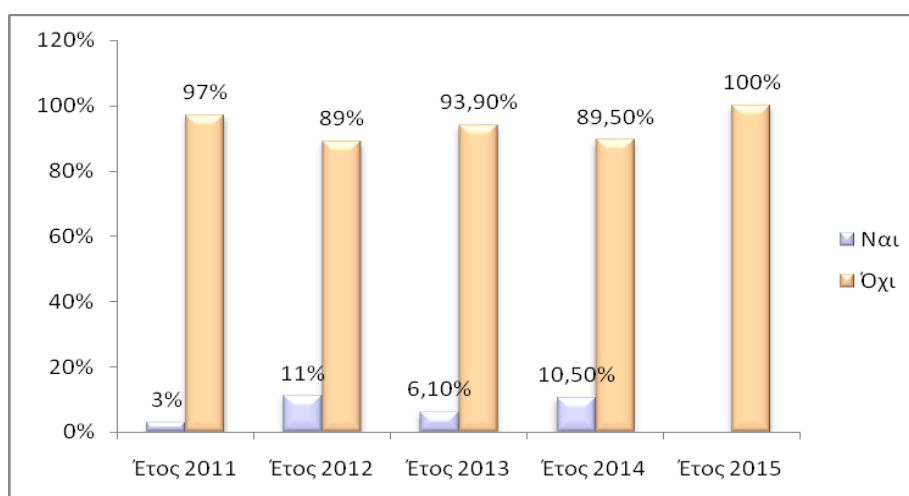
Το 0,4% των γυναικών είχε ινώδη και αδενικά στοιχεία έναντι του 99,6% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 66: Ινώδη και αδενικά στοιχεία συνολικά



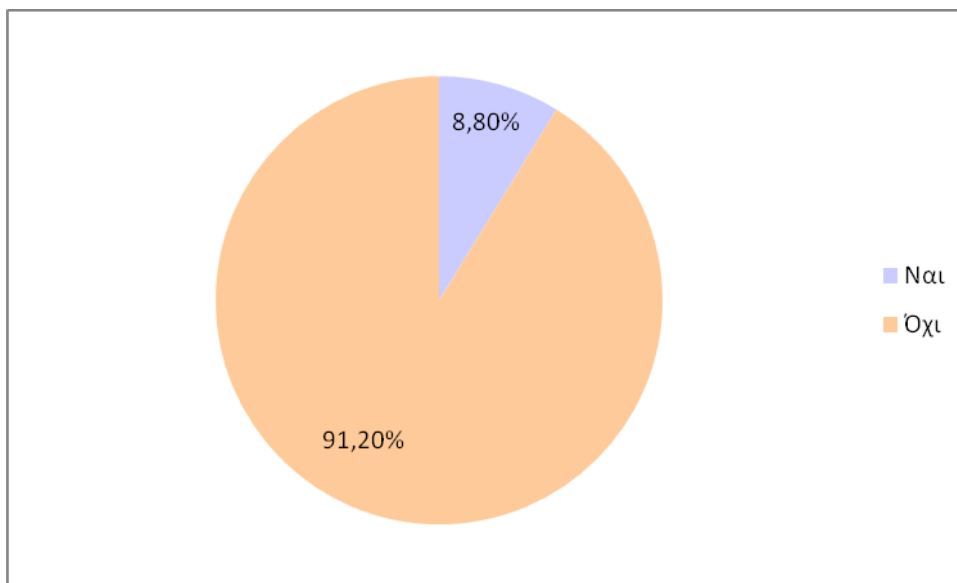
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε ινώδη και αδενικά στοιχεία ήταν 3%,
- ✚ το 2012 ήταν 11%,
- ✚ το 2013 ήταν 6,1% και
- ✚ το 2014 ήταν 10,5%.

Σχεδιάγραμμα 67: Ινώδη και αδενικά στοιχεία ανά έτος



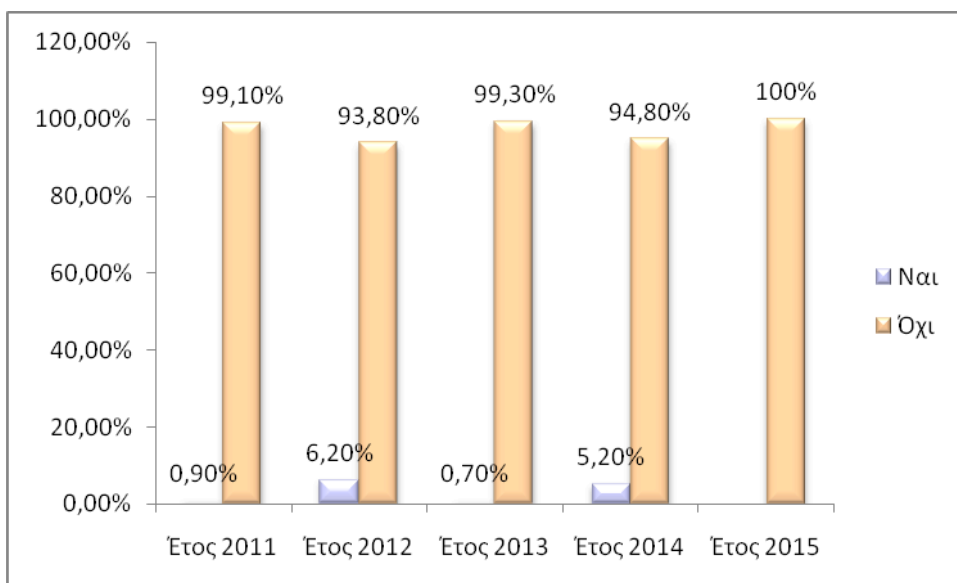
Το 8,8% των γυναικών είχε οζίδιο μαστού έναντι του 91,2% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 68: Οζίδιο μαστού συνολικά



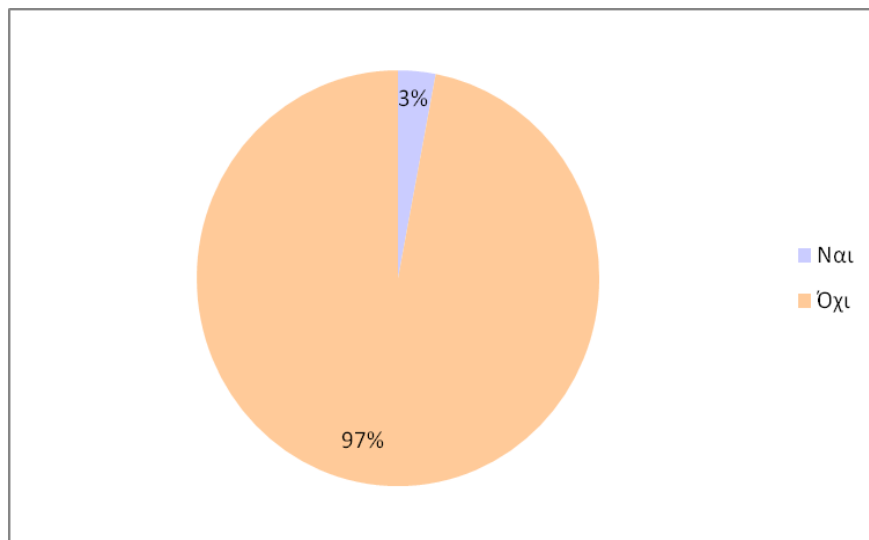
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν οζίδιο μαστού ήταν 0,9%,
- ✚ το 2012 ήταν 6,2%,
- ✚ το 2013 ήταν 0,7% και
- ✚ το 2014 ήταν 5,2%.

Σχεδιάγραμμα 69: Οζίδιο μαστού ανά έτος



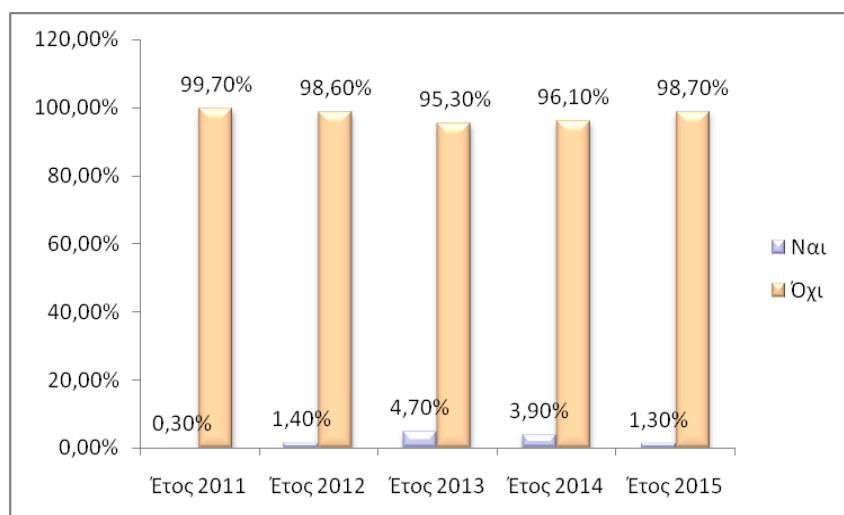
Το 3% των γυναικών είχε ογκίδιο μαστού έναντι του 97% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 70: Ογκίδιο μαστού συνολικά



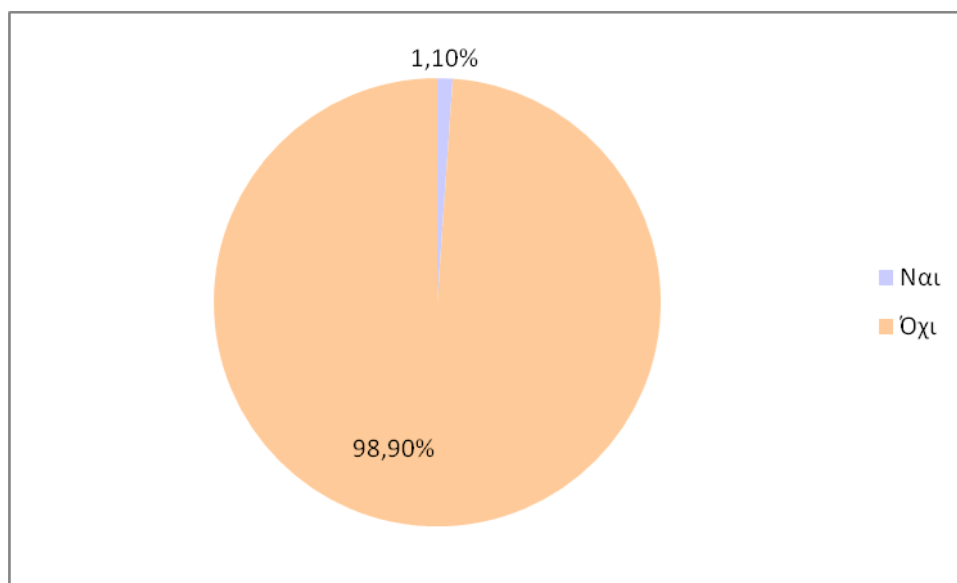
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν ογκίδιο μαστού ήταν 0,3%,
- ✚ το 2012 ήταν 1,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 4,7%,
- ✚ το 2014 ήταν 3,9% και
- ✚ το 2015 ήταν 1,3%.

Σχεδιάγραμμα 71: Ογκίδιο μαστού ανά έτος



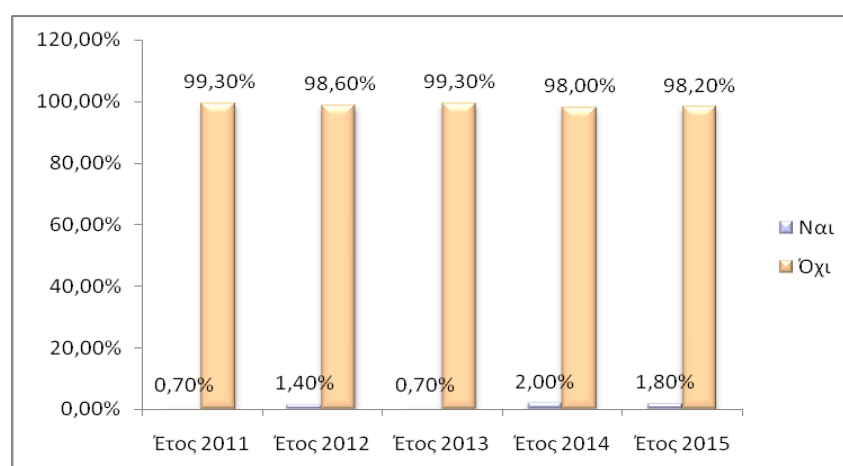
Το 1,1% είχαν CA ενδομητρίου έναντι του 98,9% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 72: CA ενδομητρίου συνολικά



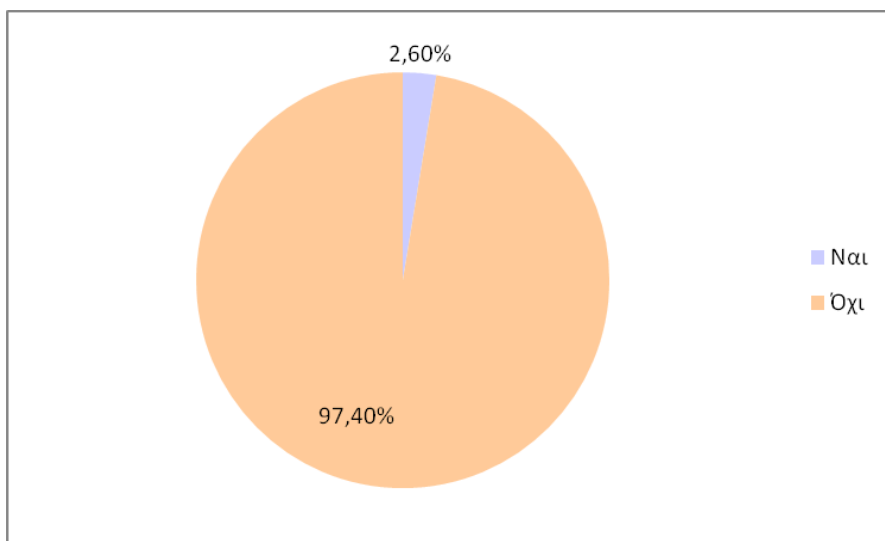
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν CA ενδομητρίου ήταν 0,7% όπως επίσης και το 2013,
- ✚ το 2012 ήταν 1,4%,
- ✚ το 2014 ήταν 4% και
- ✚ το 2015 ήταν 1,8%.

Σχεδιάγραμμα 73: CA ενδομητρίου ανά έτος



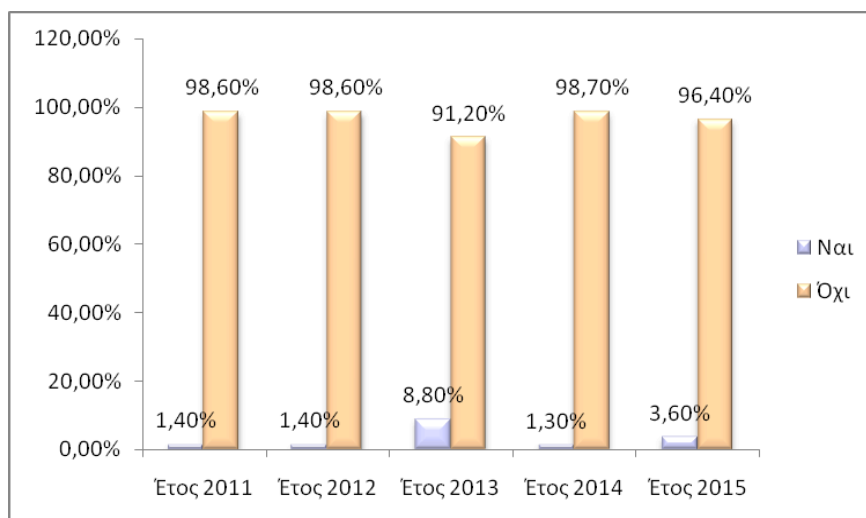
Το 2,6% των γυναικών είχε ογκίδιο μαστού έναντι του 97,4% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 74: Ογκίδιο μαστού συνολικά



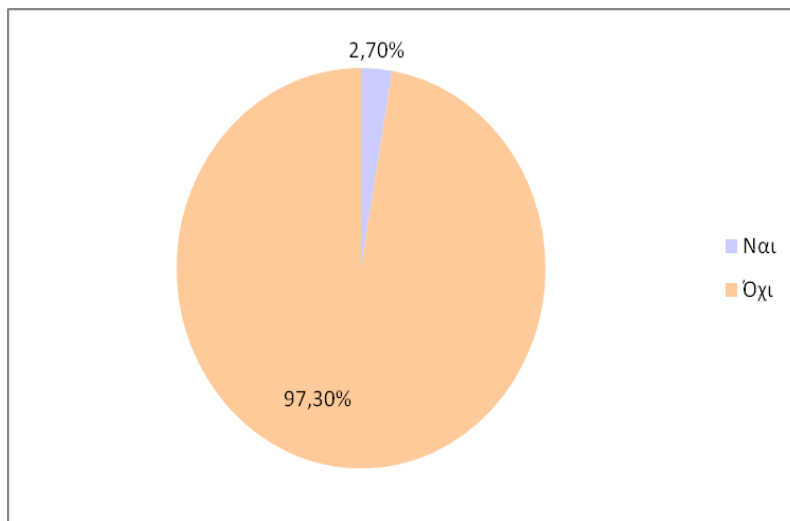
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν ογκίδιο μαστού ήταν 1,4% όπως και το 2012,
- ✚ το 2013 ήταν 8,8%,
- ✚ το 2014 ήταν 1,3% και
- ✚ το 2015 ήταν 3,6%.

Σχεδιάγραμμα 75: Ογκίδιο μαστού ανά έτος



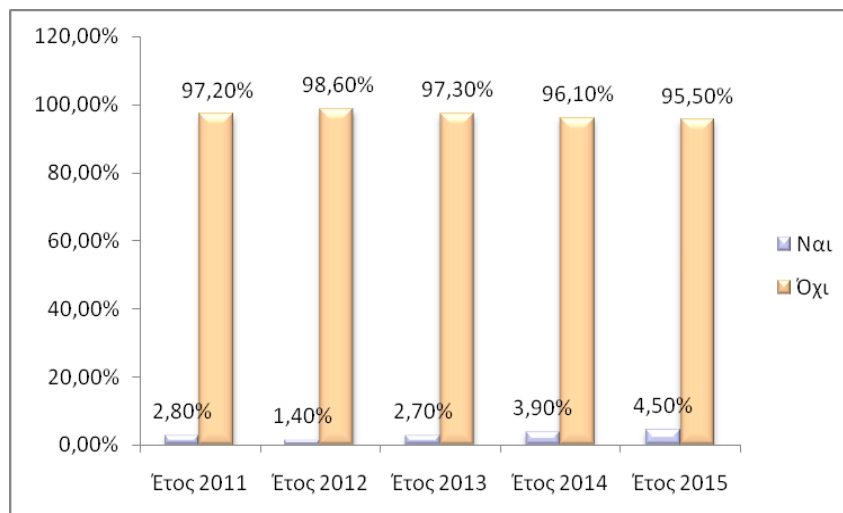
Το 2,7% των γυναικών είχε CA μαστού έναντι του 97,3% που δεν είχε.

Σχεδιάγραμμα 76: CA μαστού συνολικά



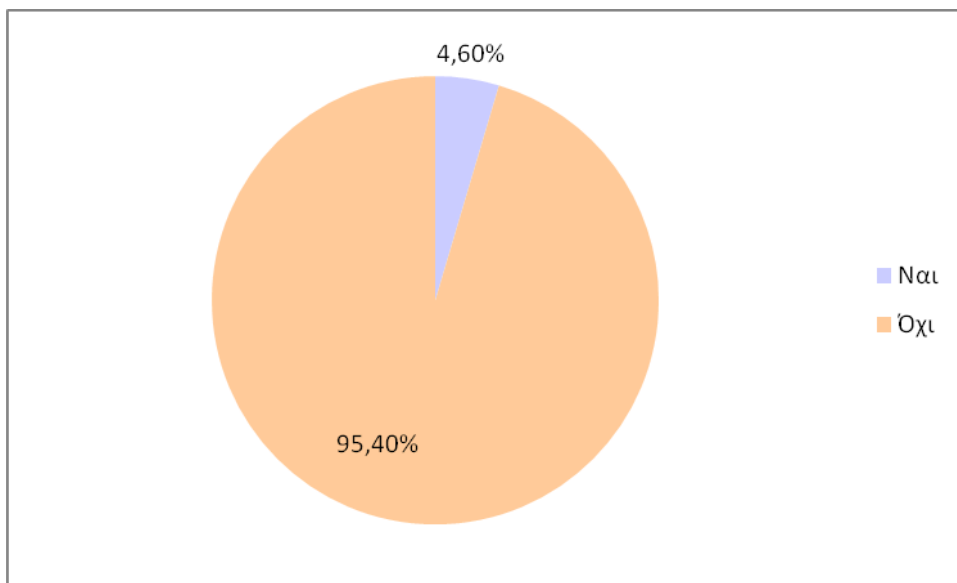
- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχε CA μαστού ήταν 2,8%,
- ✚ το 2012 ήταν 1,4%,
- ✚ το 2013 ήταν 2,7%,
- ✚ το 2014 ήταν 3,9% και
- ✚ το 2015 ήταν 4,5%.

Σχεδιάγραμμα 77: CA μαστού ανά έτος

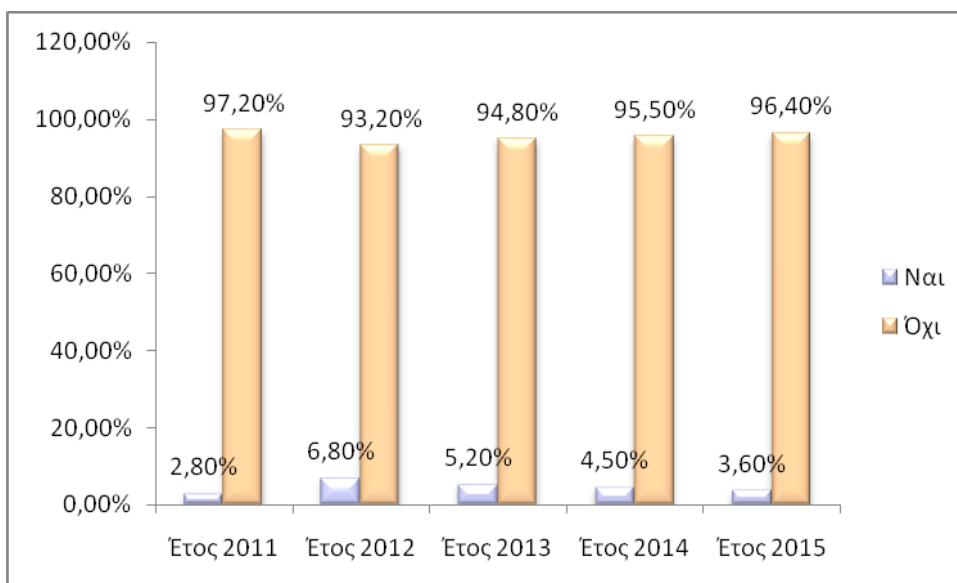


Το 4,6% των γυναικών είχε CA μαστού μητέρας έναντι του 95,4% που δεν είχε.

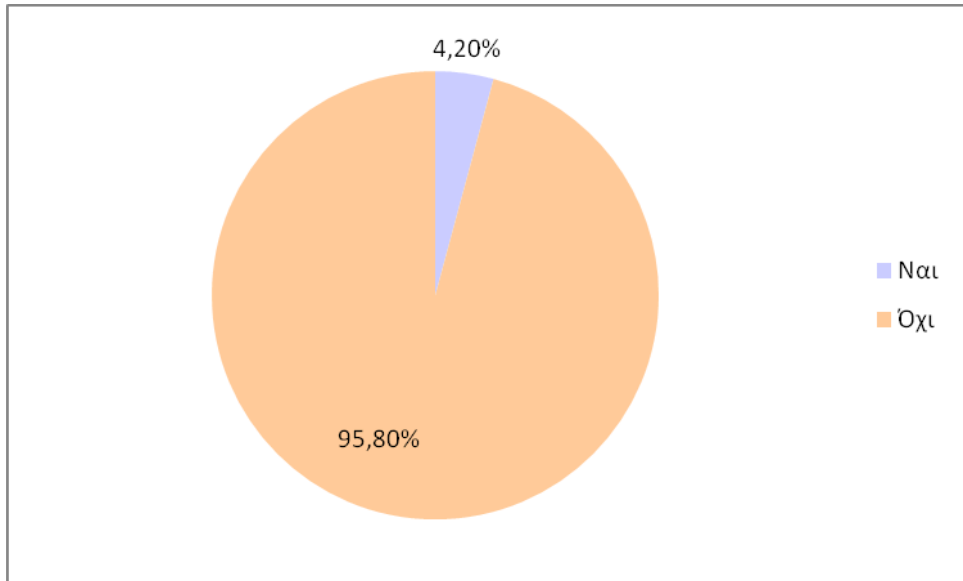
Σχεδιάγραμμα 78: CA μαστού μητέρας συνολικά



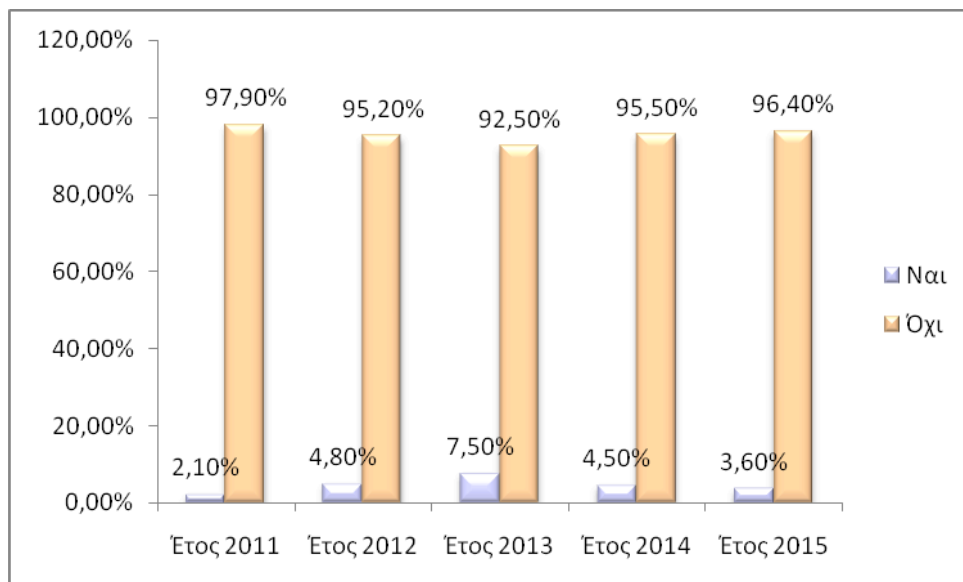
Σχεδιάγραμμα 79: CA μαστού μητέρας ανά έτος



Σχεδιάγραμμα 80: CA μαστού αδερφής συνολικά



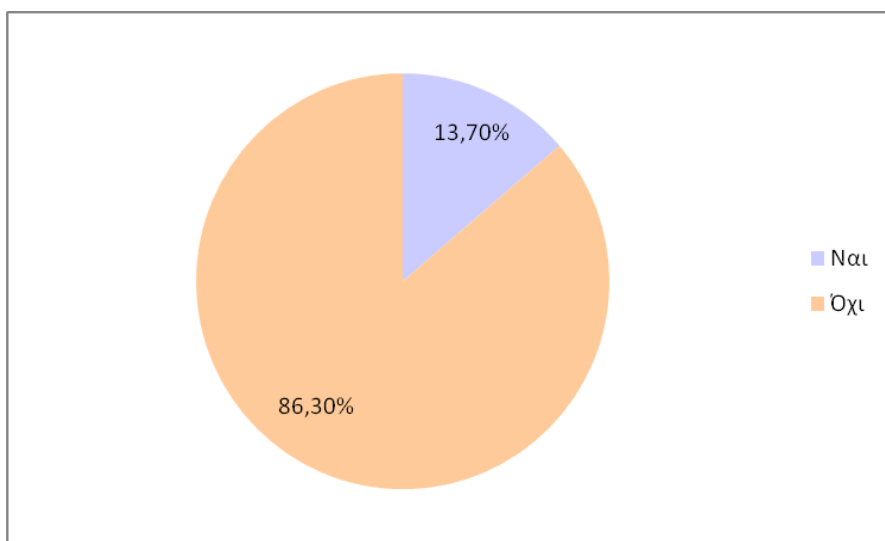
Σχεδιάγραμμα 81: CA μαστού αδερφής ανά έτος





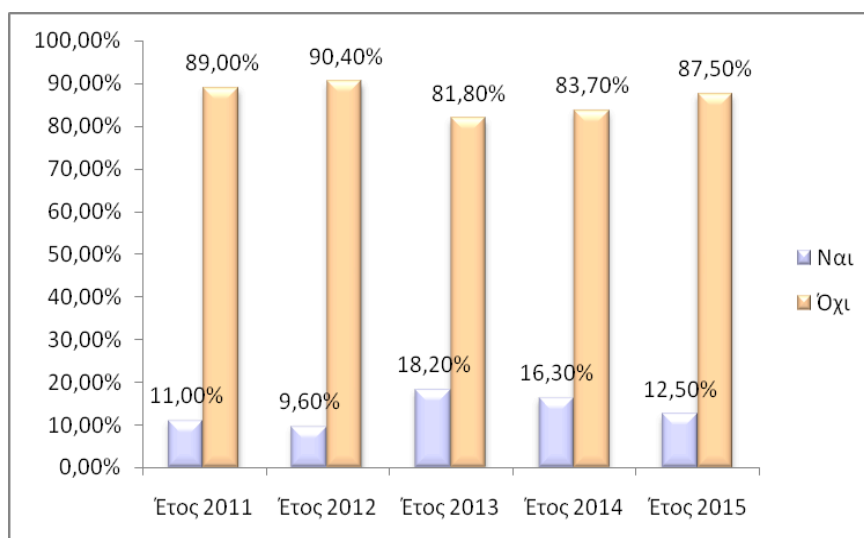
Το 13,7% είχε υποβληθεί σε βιοψία μαστού έναντι του 86,3% που δεν υποβληθεί σε ανάλογη εξέταση.

Σχεδιάγραμμα 82: Βιοψία μαστού συνολικά



- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που είχαν κάνει βιοψία μαστού ήταν 11%,
- ✚ το 2012 ήταν 9,6%,
- ✚ το 2013 ήταν 18,2%,
- ✚ το 2014 ήταν 16,3% και
- ✚ το 2015 ήταν 12,5%.

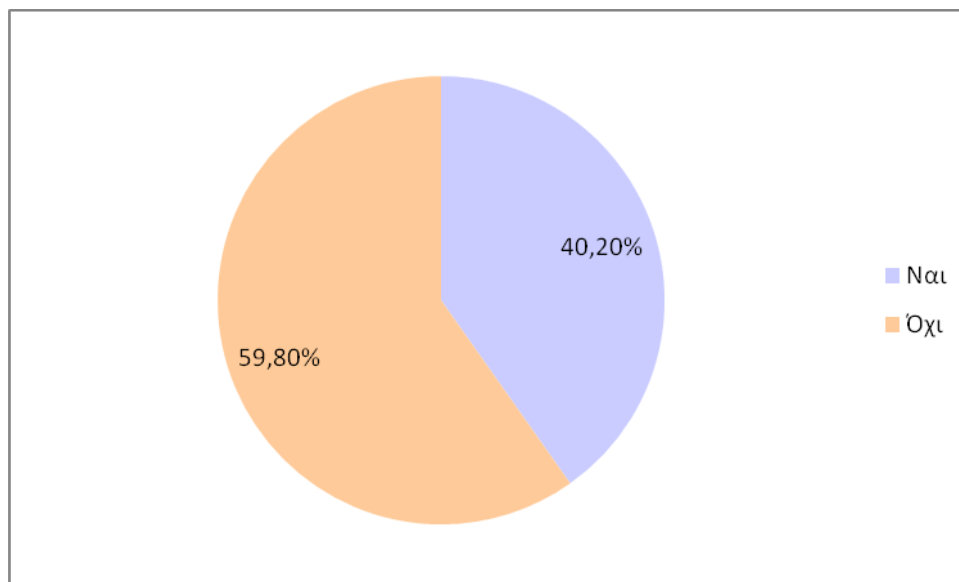
Σχεδιάγραμμα 83: Βιοψία μαστού ανά έτος



### Ερευνητική υπόθεση 3: Ποιες ήταν οι εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι γυναίκες αυτές;

Το 59,8% των γυναικών δεν πήγε στο Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης για προληπτικό έλεγχο έναντι του 40,2% που το επισκέφτηκε για αυτό το λόγο.

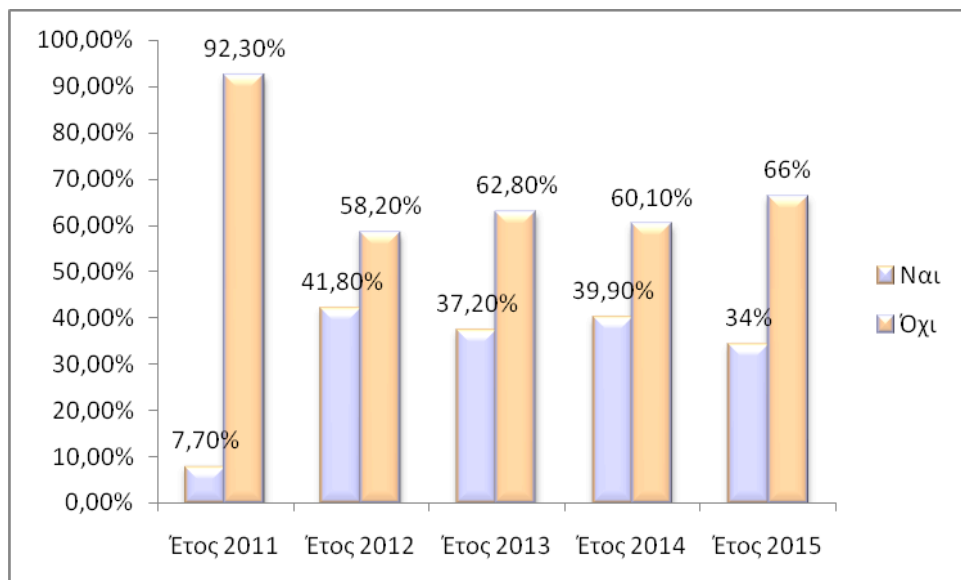
Σχεδιάγραμμα 84: Προληπτικός έλεγχος συνολικά



Ποσοστό γυναικών το οποίο έκανε προληπτικό έλεγχο.

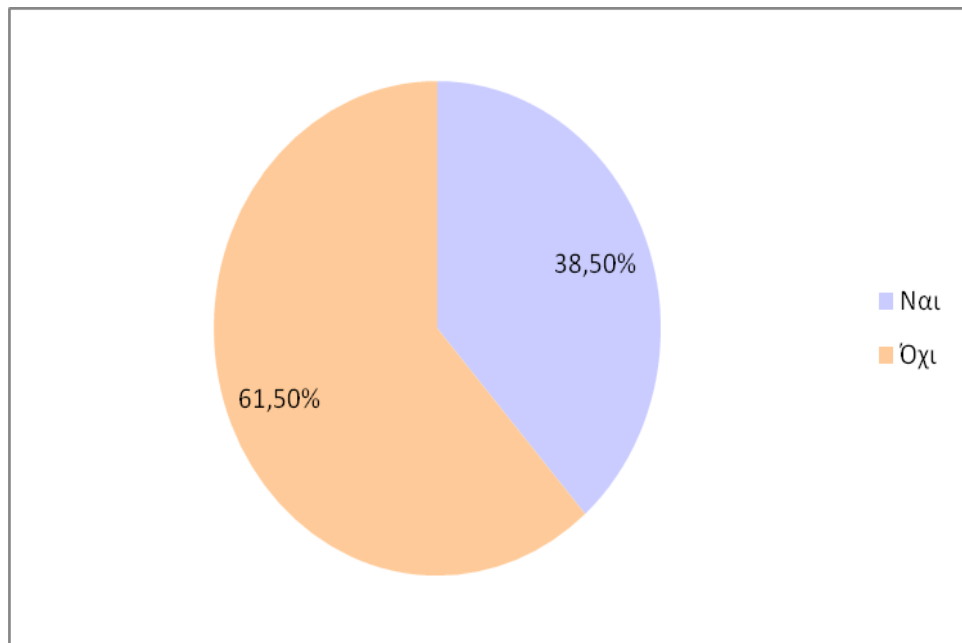
- ✚ Το 2011 το 7,7% των γυναικών έκαναν προληπτικό έλεγχο,
- ✚ το 2012 το 41,8% των γυναικών,
- ✚ το 2013, το 37,2%
- ✚ το 2014, το 39,9% και
- ✚ το 2015 το 34% .

Σχεδιάγραμμα 85: Προληπτικός έλεγχος ανά έτος



Το 61,5% δεν υποβλήθηκε σε υπέρηχο μαστών έναντι του 38,5% που υποβλήθηκε σε υπέρηχο.

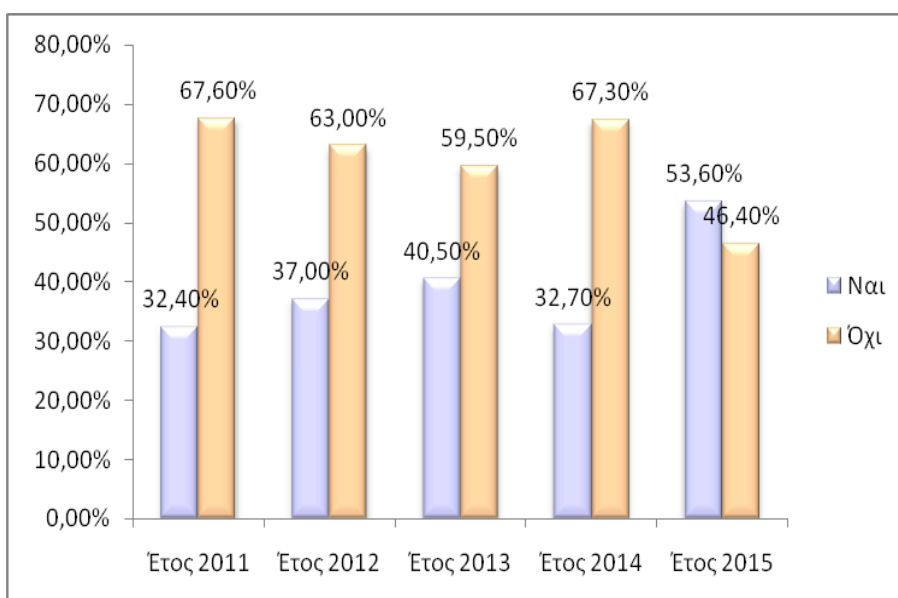
Σχεδιάγραμμα 86: Υπέρηχος Μαστών συνολικά



Ποσοστό γυναικών που υποβλήθηκε σε υπέρηχο μαστών.

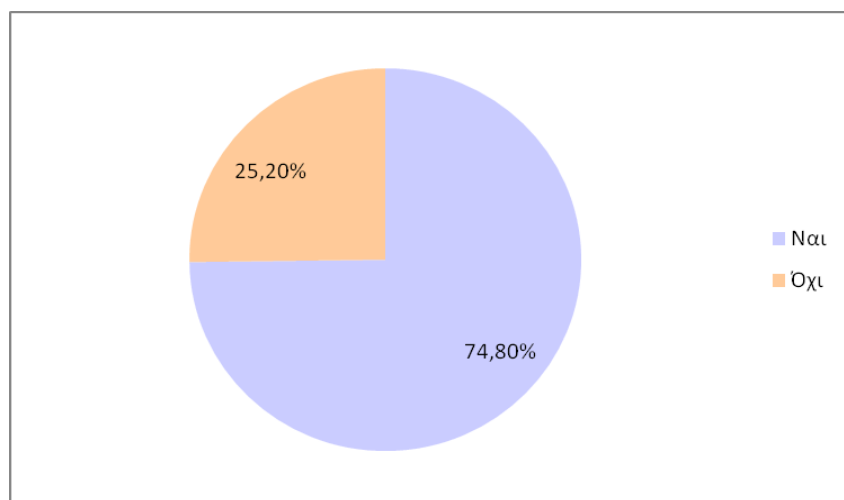
- ✚ Το 32,4% των γυναικών υποβλήθηκε σε υπέρηχο το 2011,
- ✚ το 37% το 2012,
- ✚ το 40,5% το 2013,
- ✚ το 32,7% το 2014 και
- ✚ το 53,6% το 2015.

Σχεδιάγραμμα 87: Υπέρηχος Μαστών ανά έτος



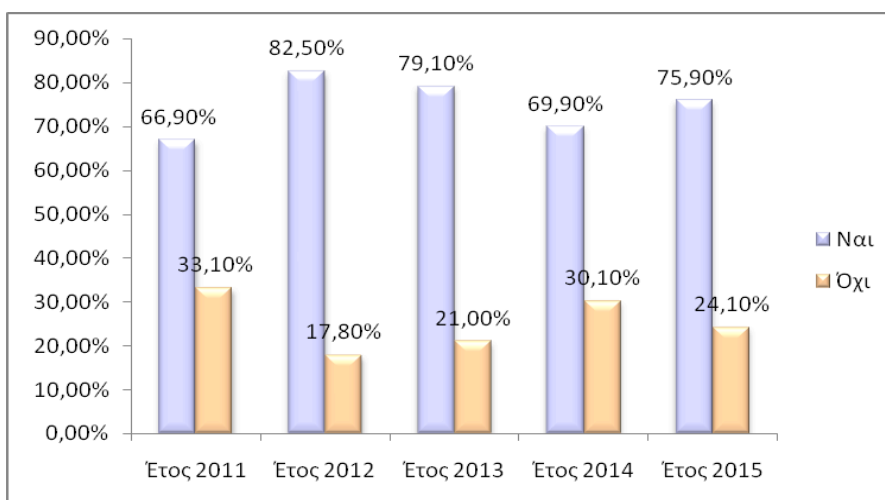
Μαστογραφία έκαναν το 74,8% των γυναικών έναντι του 25,2% που δεν έκανε.

Σχεδιάγραμμα 88: Μαστογραφία συνολικά



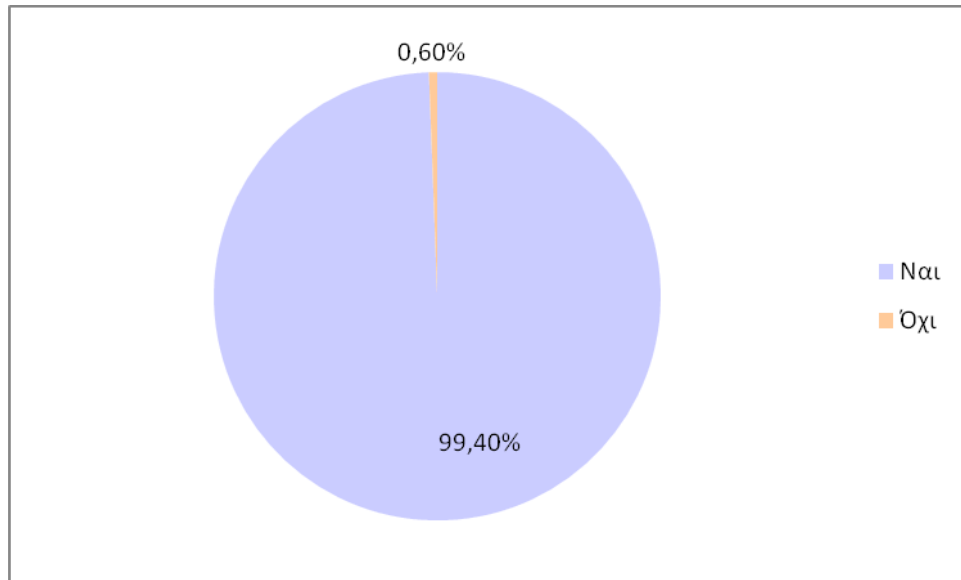
- ✚ Το 2011 έκανε μαστογραφία το 66,9% των γυναικών,
- ✚ το 2012 το 82,5%,
- ✚ το 2013 το 79,1%,
- ✚ το 2014 το 69,9% και
- ✚ το 2015 το 75,9%.

Σχεδιάγραμμα 89: Μαστογραφία ανά έτος



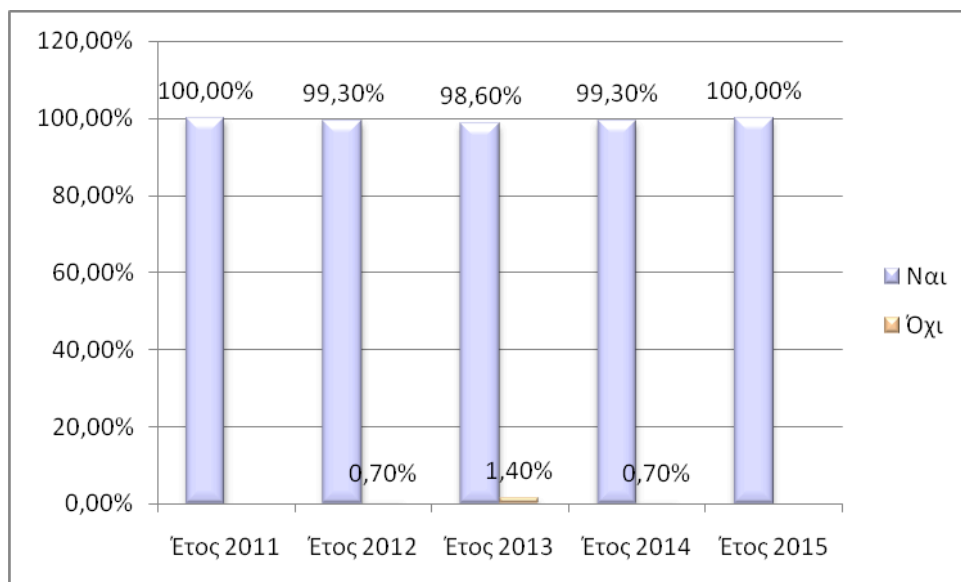
Μόλις το 0,6% των γυναικών δεν υποβλήθηκε σε κλινική εξέταση.

Σχεδιάγραμμα 90: Κλινική εξέταση συνολικά



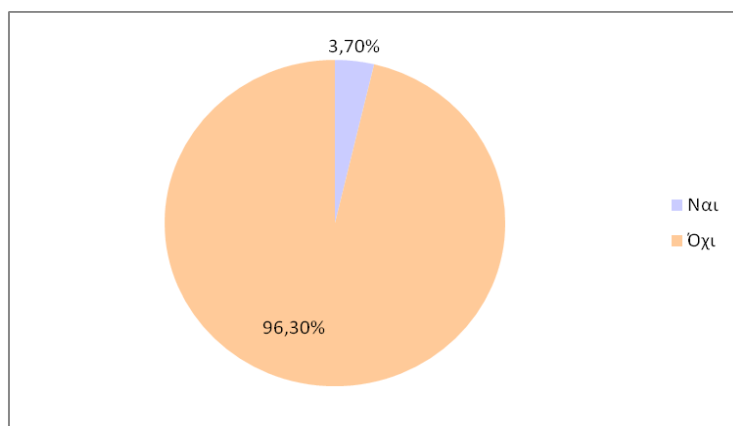
Το 0,7% των γυναικών το 2012 δεν υποβλήθηκε σε κλινική εξέταση, το 1,4% το 2013 και το 0,7% το 2014.

Σχεδιάγραμμα 91: Κλινική εξέταση ανά έτος



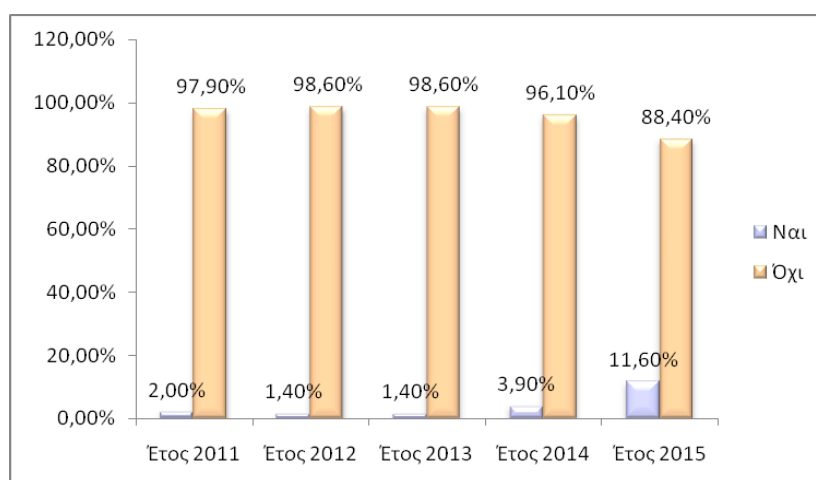
Το 3,7% των γυναικών υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία των μαστών έναντι του 96,3% που δεν υποβλήθηκε σε αυτού του είδους την εξέταση.

Σχεδιάγραμμα 92: MRI μαστού συνολικά



- ✚ Το 2011 το ποσοστό των γυναικών που υποβλήθηκε σε εξέταση MRI του μαστού ήταν
- ✚ Το 2% το 2011
- ✚ το 1,4% το 2012
- ✚ το 1,4% το 2013
- ✚ το 3,9% το 2014 και
- ✚ το 11,6% το 2015.

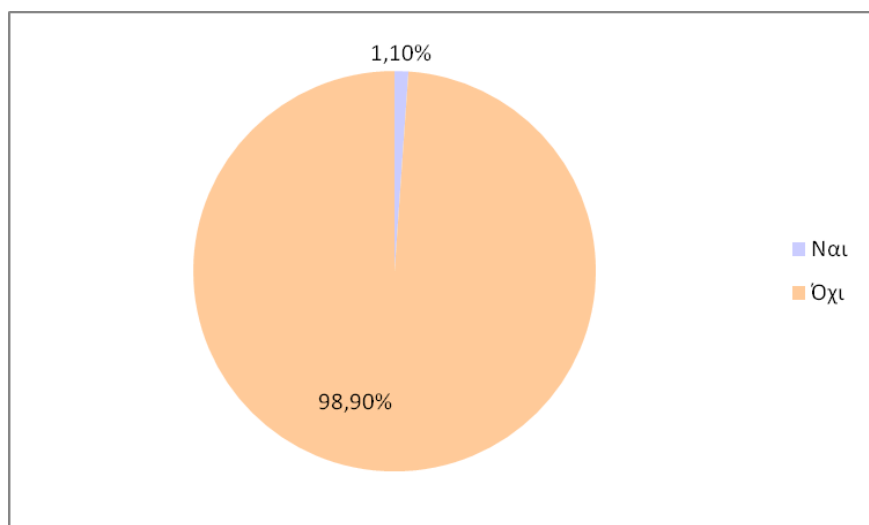
Σχεδιάγραμμα 93: MRI μαστού ανά έτος





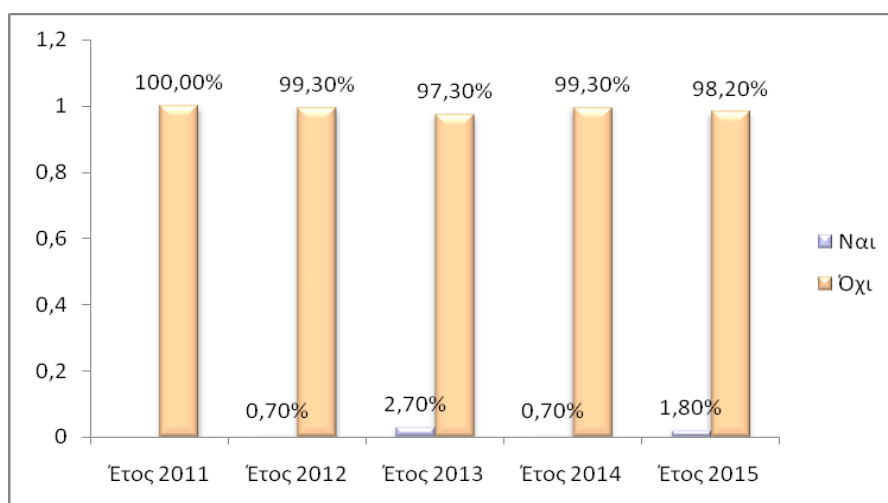
Το 1,1% των γυναικών υποβλήθηκε σε εξέταση PET/CT μαστού έναντι του 98,9% που δεν υποβλήθηκε σε αυτού του είδους την εξέταση.

Σχεδιάγραμμα 94: CT μαστού συνολικά



- ✚ Το 2012 το ποσοστό των γυναικών που υποβλήθηκε σε εξέταση PET-CT μαστού ήταν 0,7% όπως επίσης και το 2014,
- ✚ το 2013 ήταν 2,7%,
- ✚ το 2015 ήταν 1,8%.

Σχεδιάγραμμα 95: CT μαστού ανά έτος



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία είχε ως σκοπό να καταγράψει τις παθήσεις του μαστού των γυναικών που επισκέπτονταν το Τακτικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης από το 2011 ως το 2015. Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν ότι το 51,8% των συμμετεχόντων ήταν άνω των 50 ετών και πολλοί λίγοι ήταν αυτοί που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18-30 έτη. Κατά πάσα πιθανότητα αυτό συμβαίνει γιατί οι μικρές σε ηλικία γυναίκες δεν είναι καλά ενημερωμένες για την πρόληψη των γυναικολογικών ασθενειών ή γιατί απλά παραμελούν να κάνουν αντίστοιχες εξετάσεις.

Το 56,8% των γυναικών ζούσαν σε αστική περιοχή ενώ πολύ λιγότερες ήταν οι γυναίκες που ζούσαν σε αγροτική περιοχή. Αυτό ενδεχομένως θα επηρεάσει τα αποτελέσματα της εργασίας γιατί οι γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές έχουν πιο εύκολη πρόσβαση στο Νοσοκομείο και είναι πιο ενημερωμένες σε θέματα πρόληψης και θεραπείας γυναικολογικών ασθενειών. Ως εκ τούτου το παρεμβατικό πρόγραμμα που θα δημιουργηθεί θα πρέπει να εστιάσει στις μικρές ηλικίες και σε γυναίκες που προέρχονται από αγροτικές περιοχές.

Οι περισσότερες γυναίκες είχαν εμμηναρχή περίπου στα 12-14 έτη και το 51,9% δεν είχε μπει ακόμα στην εμμηνόπαυση. Ωστόσο το 33,2% των γυναικών ηλικίας 46-55 έτη είχαν μπει στην εμμηνόπαυση. Το 87,2% των γυναικών είχαν παιδιά έναντι του 12,8 που δεν είχε. Το 34,4% είχε ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης τα 21-25 έτη και το 97,3% δεν είχε υποβληθεί σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Το 67,2% θήλασε και πιο συγκεκριμένα το 37,8% θήλασε για μισό χρόνο περίπου. Το 88,1% δεν έλαβε αντισυλληπτικά χάπια και το 94,9% δεν υποβλήθηκε σε ορμονική υποκατάσταση. Το 53,2% λάμβανε φάρμακα για άλλες αιτίες, ανάμεσα στις πιο συνηθισμένες ήταν:

- ✚ η ολική υστερεκτομή,
- ✚ η θυρεοειδεκτομή,
- ✚ η μαστεκτομή,
- ✚ η αφαίρεση ινομώματος.

Το 97,7% των γυναικών δεν κατανάλωνε αλκοόλ και το 44,3% είχε βάρος από 51-70 κιλά. Το 93,2% δεν είχε λάβει μεγάλη δόση ακτινοβολίας.

Όσον αφορά τις ασθένειες που καταγράφηκαν ότι είχαν οι γυναίκες αυτές:

✚ το 13,8% είχε ινοκυστικές αλλοιώσεις,

✚ το 11,5% είχε μόρφωμα,

✚ το 8,8% είχε οζίδιο μαστού,

✚ το 7,8% είχε διόγκωση λεμφαδένων,

✚ το 7,7% είχε κύστη,

✚ το 5,2% είχε αποτιτανώσεις μαστού και

✚ το 5% είχε ινοαδένωμα.

Μικρότερα ποσοστά κατείχαν οι άλλες παθήσεις και πιο συγκεκριμένα:

✚ το 3,9% είχε αδένωμα,

✚ το 3,7% είχε σκίαση,

✚ το 3% είχε ογκίδιο μαστού,

✚ το 2,7% είχε καρκίνο του μαστού ή αλλοιώσεις γυναικομαστίας,

✚ το 2,4% είχε φλεγμονή,

✚ το 1,3% είχε λιπώδη υποστροφή μαστού,

✚ το 0,9% είχε ασβεστοματικές αλλοιώσεις,

✚ το 0,7% είχε αδενοκαρκίνωμα και

✚ το 0,4% είχε ινώδη και αδενικά στοιχεία.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 700 πεθαίνουν απ' αυτόν. Στις ΗΠΑ οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι 90000 και 34000. Η πιθανότητα μιας Ελληνίδας να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5%, ενώ η αντίστοιχη

πιθανότητα μιας Αμερικανίδας ξεπερνά το 7%. (Kesley, 1993; Miller et al., 2006; Pike et al., 2004).

Ως προς το φύλο το καρκίνωμα του μαστού είναι σπάνιο στους άρρενες και αντιστοιχεί σε ποσοστό μικρότερο του 1,0% επί των κακοηθών νεοπλασιών των ανδρών. Αντίθετα, στις γυναίκες, η υψηλή συχνότητα αποτελεί και συνιστά ένα σοβαρό σκέλος της παθολογίας των θηλέων. Συνεχεία έρευνες σε δείγματα γυναικείου πληθυσμού έχουν δείξει ότι σε μία γενεά 1.000 γυναικών, οι 60-80 θα εμφανίσουν τη νόσο και 35-40 θα καταλήξουν λόγω της πάθησης. Η νόσος επιολάζει μετά το 20ο-25ο έτος και η επίπτωση αυξάνει με ταχύ ρυθμό μετά το 30ο έτος (Αποστολίδης, 2000; Κατσουγιαννόπουλος, 1993; Κωσταντινίδης, 2006).

Επιπλέον, το καρκίνωμα του μαστού αποτελεί μορφή νεοπλασίας, η οποία αφορά σε αμφότερα τα φύλα, (Πετρίδου, 2000). Παρουσιάζοντας, όμως, συχνότητα εκδήλωσης πολλαπλασιώς υψηλότερη στις γυναίκες καταλαμβάνει πρωτεύουσα θέση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του γυναικείου φύλου, σε βαθμό που θα μπορούσε να του αποδοθεί επιδημικός χαρακτήρας. Η ταύτιση του μαστού, διαχρονικά, με την εικόνα της καλαισθησίας του γυναικείου σώματος, με τη διαδικασία της μητρότητας και, εν γένει, με την υγεία της γυναίκας, εγείρει, σε περιπτώσεις εκδήλωσης καρκινώματος του μαστού, σύνθετες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και προβλήματα στην πάσχουσα, στο οικογενειακό της περιβάλλον και στην κοινωνία ευρύτερα. Η μελέτη της επιδημιολογίας του καρκινώματος του μαστού και η ανάλυση των πορισμάτων της παρέχει δυνατότητες αποσαφήνισης της έκτασης και της οξύτητας του προβλήματος και δημιουργεί έγκυρα σημεία αναφοράς για την ανάπτυξη προγραμμάτων, στοχευμένης για την περίπτωση, πρόληψης και αγωγής υγείας. Το καρκίνωμα του μαστού αποτελεί τον συχνότερο τύπο νεοπλασίας μεταξύ των γυναικών των ανεπτυγμένων χωρών του κόσμου. Στη Βόρειο Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική η επίπτωση κυμαίνεται περί τις 100 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος, ενώ η διά βίου πιθανότητα νόσησης είναι 1:9 γυναίκες. Η χαμηλότερη συχνότητα απαντάται στην Ιαπωνία και την Ταϊβάν, κυμαινόμενη γύρω από τις 15 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος, ενώ στις χώρες της Ανατολικής, Κεντρικής και Νότιας Ευρώπης η επίπτωση λαμβάνει ενδιάμεσες τιμές (Φαχαντίδης και συν., 2006).

Το 40,2% των γυναικών είχε επισκεφτεί το Ιατρείο με σκοπό να κάνει προληπτικό έλεγχο. Το 38,5% είχε κάνει υπέρηχο, το 13,7% βιοψία μαστού και το 74,8% μαστογραφία. Το 99,4% είχε υποβληθεί σε κλινική εξέταση, το 3,7% σε MRI μαστού και το 1,1% σε CT μαστού.

Ένας πιθανός περιορισμός της έρευνας είναι ότι το δείγμα της έρευνας προέρχεται μόνο από ένα Νοσοκομείο μιας συγκεκριμένης περιοχής της Ελλάδας και κατά συνέπεια τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι δυνατόν να μην μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού. Ένας ακόμα περιορισμός είναι τα έτη στα οποία έγινε η καταγραφή των παθήσεων του μαστού. Ενδεχομένως αν είχαν επιλεγεί διαφορετικά έτη για τη μελέτη τότε τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά. Ωστόσο θα μπορούσαν να μετρηθούν ξεχωριστά οι απόψεις και οι γνώμες των γυναικών σχετικά με τις γυναικολογικές ασθένειες. Όλα αυτά προκειμένου να αντιμετωπιστούν θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες των οποίων ο σχεδιασμός θα τα λαμβάνει υπόψη του.

Επιπλέον έρευνες χρειάζεται να γίνουν εστιάζοντας σε άλλες γυναικολογικές παθήσεις ή σε άλλα ζητήματα που αφορούν τις γυναίκες (πχ. υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, εγκυμοσύνη, κύηση, τοκετός κλπ.). Καλύτερο όμως θα ήταν στις έρευνες αυτές να συμμετέχουν γυναίκες τόσο από τα μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας όσο και από μικρές κωμοπόλεις και χωριά ώστε τα αποτελέσματα να είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού. Μόνο με αυτό τον τρόπο θα μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες γενικεύσεις.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες, στις οποίες έχει αναδειχθεί θετική συσχέτιση της συχνότητας της νόσου με γυναίκες υψηλού κοινωνικού, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Η συγκεκριμένη θετική συσχέτιση θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη ομάδα γυναικών έχει υιοθετήσει την επιλογή της σύναψης γάμου και της τεκνοποιίας σε μεγαλύτερη ηλικία. Στην Ελλάδα η επίπτωση του καρκινώματος του μαστού ανά 100.000 γυναίκες για το έτος 2008 υπολογίζεται σε 82,5 και η θνησιμότητα σε 18,6. Τα δεδομένα αυτά συνηγορούν στο γεγονός ότι η νόσος αποτελεί τη συχνότερη νεοπλασία του γυναικείου πληθυσμού στη χώρα. Επισημαίνεται, όμως, ότι η Ελλάδα καταλαμβάνει, ενδιάμεση θέση ως προς τη συχνότητα, την επίπτωση και τη θνησιμότητα του καρκινώματος του μαστού.

Για να εφαρμοστούν όμως προληπτικά μέτρα σ' ένα νόσημα, πρέπει να είναι γνωστοί οι αιτιολογικοί του παράγοντες και παρά τις μακροχρόνιες έρευνες, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού του ανθρώπου παραμένει σκοτεινή. Η μελέτη της επιδημιολογίας του καρκίνου του μαστού έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί τα αιτιολογικά δεδομένα για τα πειραματόζωα δεν ισχύουν πάντοτε για τον άνθρωπο. Έτσι η μελέτη της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού της γυναίκας πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα ανθρώπινων πληθυσμών και να γίνεται με επιδημιολογικές (μη πειραματικές) μεθόδους.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν οργανωμένα από φορείς (Υπουργείο Υγείας) προγράμματα screening με αποτέλεσμα η πρόληψη εναποτίθεται στους συνειδητοποιημένους ιατρούς και κυρίως γυναικολόγους που θα συστήσουν στις γυναίκες τις κατάλληλες εξετάσεις. Οι γυναικολόγοι, ως «φροντιστές» της υγείας της γυναίκας, είναι περισσότερο εξοικειωμένοι από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων με τον προληπτικό έλεγχο και είναι εκείνοι που πρέπει να αφυπνήσουν τον γυναικείο πληθυσμό για την αξία της πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Ο μαστογραφικός έλεγχος, σε τακτά χρονικά διαστήματα για διαγνωστικό έλεγχο, στο πλαίσιο οργανωμένου περιφερειακού ή εθνικού προγράμματος που απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, μπορεί, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ΠΟΥ, να μειώσει τη θνησιμότητα που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού κατά 35% σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών και, σύμφωνα με νεότερες μελέτες, κατά 20% σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών. Επιπλέον, η αυτοεξέταση του μαστού από τη γυναίκα συμβάλλει σημαντικά στη πρόληψη. Η ΠΟΥ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η κλινική εξέταση του μαστού ή η αυτοεξέταση μειώνει τη θνησιμότητα που οφείλεται σε κακοήθεις παθήσεις του μαστού. Η κλινική εξέταση με ψηλάφηση έχει αναγνωρισθεί ότι αποτελεί σημαντικό μέσο για την έγκαιρη διάγνωση καρκινωμάτων ακόμα και σε γυναίκες που λόγω ηλικίας δεν περιλαμβάνονται στα προγράμματα screening.

Με τα δεδομένα αυτά θεωρείται ότι η πρόωγη διάγνωση, η θεραπευτική αντιμετώπιση και η παρακολούθηση συγκεκριμένης πάθησης του μαστού θα πρέπει να γίνονται από μια διεπιστημονική ομάδα ειδικών ιατρών, καθώς με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αυξηθούν σημαντικά τα ποσοστά επιβίωσης αλλά και καλύτερης ποιότητας ζωής των γυναικών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adami HO, Signorello LB, Trichopoulos D. (1998) Towards an understanding of breast cancer etiology. *Semin Cancer Biol* 8:255-262.
2. Carmichael AR, Bates T.(2004) Obesity and breast cancer. A review of the literature. *Breast* 13:85-92.
3. Corriveau, S. & Jacobs, J.S. (1990). Macromastia in adolescence. *Clinical Plastic Surgery*, 17: 151-160.
4. Hall, J.G. & Gilchrist, D.M. (1990). Turner syndrome and its variants. *Pediatrics Clinical North America*, 37: 1421-1440.
5. Kelsey JL. (1993) *Epidemiology Reviews: Breast Cancer*. Baltimore Maryland, USA 1-263.
6. Miller AB, Buldruok R. (2006) The epidemiology and etiology of breast cancer. *N Engl J Med* 2006; 303:1246-1250.
7. Moore, K.L. & Dalley, A.F. (1999). Breasts. In Moore, K.L. & Dalley, A.F. (Eds.), *Clinically oriented anatomy* (pp. 72-77). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Osborne, M.P. (1996). Breast development and growth. In Harris, J.R., Lippman, M.E. & Morrow, M. (Eds.), *Diseases of the breast* (pp. 1-14). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
9. Pike MC, Pearce CL, Wu AH. (2004) Prevention of cancers of the breast, endometrium and ovary. *Oncogene* 23:6379- 6399.
10. Rainer, C., Gardetto, A., Fruhwirth, M., Trawoger, R., Meirer, R., Fritsch, H. & Piza-Katzer, H. (2003). Breast deformity in adolescence as a result of pneumothorax drainage during neonatal intensive care. *Pediatrics*, 111: 80-86.

11. Sridhar, G.R. & Sinha, M.J. (1995). Macromastia in adolescent girls. *Indian Pediatrics*, 32: 496-499.
12. Stevens, D.B., Fink, B.A. & Prevel, C. (2000). Poland's syndrome in one identical twin. *Journal of Pediatrics Orthoscopy*, 20: 392-395.
13. Wiebke, E.A., Niederhuber, J.E. & Glasser, G.A. (2000). Breast disease: benign and malignant. In: Koehler-Carpenter and Rock (Eds.), *Pediatric and adolescent gynecology* (pp. 463-487). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
14. Αποστολίδης Στ.(2000) Επιδημιολογία του καρκινώματος του μαστού. Στο: Κ. Κατσώχης και συν. Χειρουργικές παθήσεις μαστού. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 173-179.
15. Κατσουγιαννόπουλος Β. (1993) *Ο καρκίνος του μαστού*. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας. Θεσσαλονίκη 26-35.
16. Κελλαρτζής, Δ., Ζαφράκας, ., Παπανικολάου, Α., Τζεβελέκης, Φ. & Τορλατζής, Β. (2009). Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 21(2): 115-121.
17. Κελλαρτζής, Δ., Ζαφράκας, Μ. & Μπόντης, Ι. (2007). Συγγενείς και επίκτητες διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 19: 377-383.
18. Κωνσταντινίδης Θ. (2006) Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στον κόσμο. Στο: Θ. Αγοραστός, Δ. Βαβίλης, Ι. Μπόντης. *Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 19-27.
19. Πετρίδου Ε, Τριχόπουλος Δ. (2000) Καρκίνος του μαστού. Στο: Δ. Τριχόπουλος, Β. Καλαποθάκη, Ε. Πετρίδου. *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα, 144-146.



20. Φαχαντίδης Ε, Παραμυθιώτης Δ, Παπαδόπουλος Β. (2006) Παράγοντες κινδύνου, ομάδες υψηλού κινδύνου και στρατηγικές πρόληψης του καρκινώματος του μαστού. Στο: Θ. Αγορα-στός, Δ. Βαβίλης, Ι. Μπόντης. *Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 383-392.
21. Χατζημπούγιας, Ι. (2000). Ο μαστός. Στο Χατζημπούγιας, Ι. (Εκδ.), *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου* (σσ. 267-276). Θεσσαλονίκη: GM Designs.