



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**"Γνώση και στάση των γυναικών σχετικά με τη
γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου σε μια αγροτική
περιοχή της Ελλάδας."**

Μεταπτυχιακή	Τριμελής επιτροπή
Φοιτήτρια:	
Παναγιώτα Δημογέροντα	<ol style="list-style-type: none">1. Κυριάκος Σουλιώτης (Επιβλέπων καθηγητής)2. Μαρία Σαρίδη (Επίκουρη καθηγήτρια)3. Αικατερίνη Τόσκα (Επίκουρη καθηγήτρια)

Ιανουάριος 2021

Ευχαριστίες

Για την διεκπεραίωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Σουλιώτη Κυριάκο για την πολύτιμη βοήθεια, την εξαιρετη συνεργασία, τη συνεχή και ουσιαστική καθοδήγηση που μου παρείχε προκειμένου να ολοκληρωθεί η προσπάθεια μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική Υγείας» του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τις πολύτιμες γνώσεις και τα ερεθίσματα που μου παρείχαν.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρη καθηγήτρια κα Σαρίδη Μαρία για την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου, το οποίο αποτέλεσε σημαντικό εργαλείο για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Ένα ακόμη ευχαριστώ ανήκει στην Επίκουρη καθηγήτρια κα Τόσκα Αικατερίνη για την συμβολή της στην συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τις γυναίκες που είχαν την καλοσύνη να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να συμβάλλουν στην διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, αφιερώνω αυτή την εργασία στον σύζυγό μου Αναστάσιο και στα παιδιά μας, Σταύρο και Δημήτρη, για την πίστη τους σε εμένα και την στήριξή τους σε κάθε μου εγχείρημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Ακρωνύμια.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Στοιχεία Ανατομίας Γυναικολογικών οργάνων & Στοιχεία Ανατομίας Γυναικείου Μαστού.....	13
1.1. Εισαγωγή.....	13
1.2. Τα Γυναικολογικά Όργανα – Όργανα Αναπαραγωγής.....	13
1.2.1. Η Μήτρα.....	13
1.2.2. Ο Τράχηλος της Μήτρας.....	13
1.2.3. Ο Κόλπος.....	14
1.2.4. Οι Σάλπιγγες.....	14
1.2.5. Οι Ωοθήκες.....	14
1.3. Ο Γυναικείος Μαστός.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο Καρκίνος των Γυναικολογικών Οργάνων.....	16
2.1. Εισαγωγή.....	16
2.2. Ο Καρκίνος του Ενδομητρίου.....	16
2.2.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	16
2.2.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	17
2.2.3. Πρόληψη.....	19
2.2.4. Συμπτώματα – Διάγνωση.....	19
2.2.5. Θεραπεία.....	20
2.3. Ο Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας.....	20
2.3.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	20
2.3.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	22
2.3.3. Πρόληψη.....	23
2.3.4. Συμπτώματα - Διάγνωση - Θεραπεία.....	26
2.4. Ο Κολπικός Καρκίνος.....	27
2.4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	27
2.4.2. Πρόληψη.....	27
2.4.3. Συμπτώματα - Διάγνωση - Θεραπεία.....	27
2.5. Ο Καρκίνων των Ωοθηκών.....	28

2.5.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία	28
2.5.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	29
2.5.3. Πρόληψη - Συμπτώματα – Διάγνωση.....	29
2.5.4. Θεραπεία	29
2.6. Ο Καρκίνος των Σαλπινγών	30
2.6.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία και Αιτιολογικοί Παράγοντες	30
2.6.2. Διάγνωση - Θεραπεία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο Καρκίνος του Γυναικείου Μαστού	31
3.1. Εισαγωγή	31
3.2. Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	31
3.3. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	31
3.4. Πρόληψη.....	33
3.5. Διάγνωση – Θεραπεία	34
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας.....	37
4.1. Σκοπός Έρευνας.....	37
4.2. Μεθοδολογία Έρευνας.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα Έρευνας	40
5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	40
5.2. Γνώση σχετικά με την σεξουαλική επαφή	41
5.3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	43
5.4. Οικονομικοί παράγοντες πρόληψης.....	52
5.5. Συγκρίσεις Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών Δείγματος με τις γνώσεις και τις στάσεις σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου	57
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74

Ακρωνύμια

CIN	Cervical intraepithelial neoplasia (Τραχηλική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία)
FDA	Food and Drug Administration (Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων.)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας)
HPV	Human Papilloma Virus (Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων)
HSIL	High grade Squamous Intraepithelial Lesion (Πλακώδης Ενδοεπιθηλιακή Βλάβη)
IOM	Institution of Medicines (Ινστιτούτο Ιατρικής Η.Π.Α.)
PFTC	Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes (Πρωτογενής Καρκίνος Σαλπίγγων)
STI	Sexually Transmitted Infection (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα)
Τεστ- Παπ	Τεστ Παπανικολάου
WHO	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο γυναικολογικός καρκίνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας δεδομένου ότι οδηγεί σε υψηλή θνησιμότητα και νοσηρότητα των γυναικών σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, όπως συμβαίνει σε πολλούς άλλους τύπους καρκίνου, ο γυναικολογικός καρκίνος είναι μια ασθένεια που μπορεί να προληφθεί και να θεραπευτεί σε περίπτωση έγκαιρης διάγνωσης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της γνώσης και στάσης των γυναικών σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου σε μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας.

Μεθοδολογία: Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα σε γυναίκες που διαμένουν σε αγροτική περιοχή του νομού Κορινθίας. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sample). Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τις γυναίκες που συμμετείχαν. Η διάρκεια της έρευνας ήταν από τον Σεπτέμβριο έως και τον Νοέμβριο 2020. Το ερωτηματολόγιο μετρούσε τις στάσεις, αντιλήψεις και τους καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς των γυναικών στον έλεγχο γυναικολογικού καρκίνου. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το S.P.S.S. 25.

Αποτελέσματα: Το 32,5% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα >50 ετών και το 30% στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών. 61,34% δήλωσαν ότι ξεκίνησαν τις σεξουαλικές επαφές τους άνω των 18 ετών. Το 52,5% δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Η κύρια ενημέρωση περί σεξουαλικής επαφής προέρχεται από το φιλικό περιβάλλον. Η πλειοψηφία των γυναικών δεν έχει ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (47,5%), ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων (82,5%), ιστορικό κακοήθειας μαστού (80%). Μόνο το 16,6% έχει εμβολιαστεί για HPV. Το 95% θεωρεί απαραίτητο το τεστ-Παπανικολάου όπως και την μαστογραφία και πραγματοποιεί προληπτικούς γυναικολογικούς ελέγχους συνήθως κάθε χρόνο και τα τελευταία αποτελέσματα έδειξαν αρνητικό για κακοήθεια. Η κύρια ενημέρωση περί προληπτικού ελέγχου προέρχεται από τον γυναικολόγο. Το 70,8% απάντησε ότι καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση. Ωστόσο, 68,4% δήλωσε ότι δεν καλύπτεται επαρκώς από τον ασφαλιστικό φορέα όσον αφορά τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Εξ' αυτού επιλέγεται από

το δείγμα ο ιδιωτικός τομέας για έλεγχο Τεστ-Παπ και μαστογραφίας. Θετικό είναι το εύρημα ότι το 78,9% απάντησε ότι δεν έχει επηρεαστεί η συχνότητα προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου λόγω της οικονομικής κρίσης. Η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης ήταν οι δυο σημαντικοί παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν την γνώση και στάση σχετικά με τους γυναικολογικούς καρκίνους.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες της αγροτικής περιοχής είναι ενημερωμένες και ευαισθητοποιημένες ως προς την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου, και συγκεκριμένα το τεστ Παπανικολάου, την μαστογραφία, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον ιό HPV. Ο επιπολασμός στις γυναίκες της αγροτικής περιοχής για κληρονομικούς γυναικολογικούς καρκίνους ήταν αρκετά χαμηλός. Η Πολιτεία και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να ευαισθητοποιήσει τις γυναίκες για έλεγχο των γυναικολογικών καρκίνων και να τις ενθαρρύνει να προγραμματίζουν την τακτική τους παρακολούθηση για έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία.

ABSTRACT

Introduction: Gynecological cancer is a major health problem as it leads to high mortality and morbidity of women worldwide. However, as with many other types of cancer, gynecological cancer is a disease that can be prevented and treated if diagnosed early.

Aim: The aim of this study is to investigate the knowledge and attitude of women as far as gynecological cancer prevention in a rural area of Greece.

Methodology: In order to achieve the goal of the study, a survey was conducted on women living in a rural area of the prefecture of Corinth. The convenience sample was used as the research sampling method. The collection of questionnaires was carried out by the method of self-completion by the women who participated. The duration of the research was from September to November 2020. The questionnaire measured the attitudes, perceptions and determinants of women's behavior in the control of gynecological cancer. Statistical analysis was performed with S.P.S.S. 25.

Results: 32.5% of the women who participated in the study belonged to the age group >50 years and 30% to the age group 21-30 years. 61.34% stated that they started having sex over the age of 18 years. 52.5% of them use precautions. The main information about sexual intercourse comes from the friendly environment. The majority of women do not have history of sexually transmitted diseases (47.5%), history of genital malignancy (82.5%), history of breast malignancy (80%). Only 16.6% have been vaccinated for HPV. 95% consider the Pap test as necessary as the mammogram and performs preventive gynecological examinations usually every year and the latest results showed a negative for malignancy. The main information about the preventive examination comes from the gynecologist. 70.8% answered that they are covered by public insurance. However, 68.4% stated that they are not adequately covered by the insurance company in terms of preventive gynecological examination. From this, the private sector is selected from the sample for Pap test and mammography. An important finding is that 78.9% answered that the frequency of preventive gynecological examinations has not been affected due to the financial crisis. Age and level of education were the two most important factors that appeared to influence knowledge and attitudes about gynecological cancers.

Conclusions: Women in rural areas are informed and aware of gynecological cancer prevention, namely Pap test, mammography, sexually transmitted diseases and HPV vaccination. The prevalence in rural women for hereditary gynecological cancers was quite low. The State and primary health care should raise awareness among women about gynecological cancer control through information channels, increase human and material resources for gynecological cancer control, and strengthen the involvement of women in their care by encouraging them to monitoring for early detection and treatment.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το National Cancer Institute της Αμερικής, οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη ορίζονται ως διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης, τον επιπολασμό και τη θνησιμότητα της ασθένειας και τις σχετικές δυσμενείς συνθήκες υγείας που υπάρχουν μεταξύ συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων (National Cancer Institute 1999).

Το Institution of Medicine (IOM) τεκμηρίωσε τις βασικές αιτίες για τις ανισότητες στην υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) (Smedley et al. 2003). Σύμφωνα με το IOM, οι συστημικοί παράγοντες περιλαμβάνουν διαφορές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών στα νοσοκομειακά συστήματα (π.χ. μεγάλο κέντρο καρκίνου, αντιϊκών κέντρων έναντι νοσοκομείου επαρχιακής περιοχής). Οι παράγοντες των παρόχων περιλαμβάνουν προσδοκίες και πεποιθήσεις που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις (π.χ. διαθέσιμες πρώτες ύλες, εμπειρία υγειονομικού προσωπικού). Οι παράγοντες των ασθενών λαμβάνουν υπόψη τους πολιτιστικούς, εκπαιδευτικούς, κοινωνικοοικονομικούς και γεωγραφικούς φραγμούς στη φροντίδα. Αυτοί οι παράγοντες συχνά αλληλεπικαλύπτονται, αλλά η σχετική επίδραση του καθενός από αυτούς παραμένουν εμφανείς στον γυναικολογικό καρκίνο.

Στο πρώτο μέρος αυτής της διπλωματικής, περιγράφονται τα διάφορα είδη γυναικολογικού καρκίνου και αναλύεται η σημασία της σχετικής πρόληψης. Γίνεται αναφορά στη γυναικολογική φροντίδα του καρκίνου και τα προβλήματα βάσει των διαθέσιμων δεδομένων. Κάποιοι από τους γυναικολογικούς καρκίνους μπορούν να προβλεφθούν και να εξουδετερωθούν σχεδόν ολοκληρωτικά με τον σωστό προληπτικό έλεγχο (καρκίνος του τραχήλου της μήτρας), κάποιοι μπορούν με την σωστή πρόληψη να εντοπιστούν σε αρχικό στάδιο και να αντιμετωπιστούν πιο αποτελεσματικά (καρκίνος των μαστών) και κάποιοι άλλοι δρουν σιωπηλά στο σώμα μας και απαιτείται η εξαιρετική ικανότητα για την πρόληψη και τον εντοπισμό τους (καρκίνος των ωοθηκών). Σε κάθε περίπτωση όμως, η έγκαιρη διάγνωση μέσω προληπτικών εξετάσεων ενισχύει το προσδόκιμο ζωής και την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Στο δεύτερο μέρος παρατίθεται ο σκοπός και μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν. Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, η περιγραφική στατιστική των ερωτήσεων, οι συγκρίσεις των ερωτήσεων με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η εργασία ολοκληρώνεται με την συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και γίνεται σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών και ξένων ερευνών. Επίσης παρατίθενται κάποιες προτάσεις για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των γυναικών σε αγροτικές περιοχές σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου.

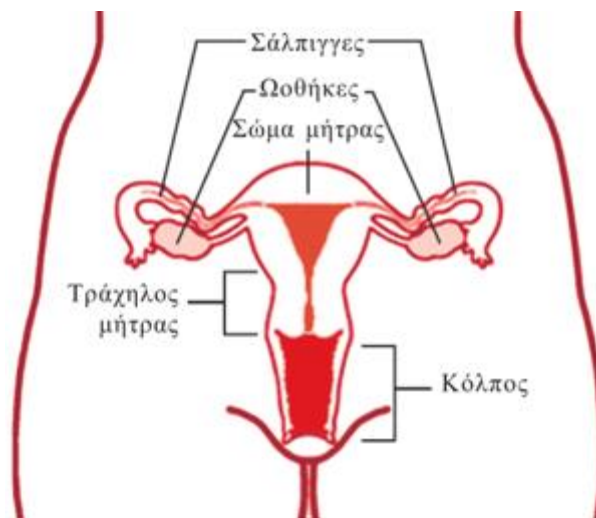
Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στο λόγο που με ώθησε να επιλέξω το συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού για την μελέτη μου, αφορμή στάθηκε το γεγονός ότι λόγω της ίδιας καταγωγής και της ιδιότητάς μου ως μαία πάρα πολλές από αυτές τις γυναίκες είχαν κατά καιρούς απευθυνθεί σε μένα για πληροφορίες αναφορικά με γυναικολογικά θέματα. Έτσι θέλησα να ερευνήσω τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα που αφορούν την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Στοιχεία Ανατομίας Γυναικολογικών οργάνων& Στοιχεία Ανατομίας Γυναικείου Μαστού

1.1. Εισαγωγή

Τα γυναικεία όργανα χωρίζονται σε εσωτερικά και εξωτερικά. Για την πρόοδο της παρούσας έρευνας θα μελετηθούν τα εσωτερικά γυναικεία όργανα, τα οποία είναι ο τράχηλος της μήτρας και η μήτρα, ο κόλπος, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες. Επίσης θα μελετηθούν και οι γυναικείοι μαστοί.



Πηγή: <https://mortakis.hpvinfoscenter.gr/>

1.2. Τα Γυναικολογικά Όργανα – Όργανα Αναπαραγωγής

1.2.1. Η Μήτρα

Η μήτρα, η οποία έχει σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού, βρίσκεται στο κάτω μέρος της κοιλιακής χώρας του γυναικείου σώματος. Το άνω μέρος της ονομάζεται σώμα της μήτρας και είναι το όργανο εκείνο στο οποίο επιτυγχάνεται η ανάπτυξη του εμβρύου κατά τη διάρκεια μίας εγκυμοσύνης.

1.2.2. Ο Τράχηλος της Μήτρας

Στο κάτω μέρος της μήτρας βρίσκεται ο τράχηλος, ο οποίος ενώνει την μήτρα με τον κόλπο. Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 2-3 cm που οδηγεί από την

έξοδο της μήτρας στην είσοδο του κόλπου (γεννητική οδός). Κατά τον τοκετό, ο τράχηλος διαστέλλεται και με αυτό τον τρόπο επιτρέπεται η έξοδος του εμβρύου από το σώμα. Επίσης εκεί παράγεται η τραχηλική βλέννα, η οποία αποτελεί στοιχείο της ωορρηξίας.

1.2.3. Ο Κόλπος

Ο κόλπος (ή κολεός) είναι ένας μυώδης σωλήνας. Το μέγεθος του μπορεί να ποικίλει αλλά συνήθως κυμαίνεται από 8 έως 9 cm. Τα εσωτερικά τοιχώματα του είναι παχιά καθώς αποτελούνται από τέσσερις στιβάδες, οι οποίες είναι 1. το ινώδες στρώμα, 2. το μυϊκό στρώμα, 3. το συνδετικό στρώμα και 4. η έσω στοιβάδα. Τα στρώματα αυτά δημιουργούν πτυχές και παράγουν γαλακτικό οξύ, απαραίτητο για την ρύθμιση του PH του κόλπου και την αποφυγή βακτηριδίων.

1.2.4. Οι Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες είναι τα όργανα στα οποία επέρχεται η γονιμοποίηση πριν μεταφερθεί το γονιμοποιημένο ωάριο στην κοιλότητα της μήτρας. Μοιάζουν με μικρά σωληνάκια τα οποία επικοινωνούν με το ανώτερο μέρος της μήτρας, αριστερά και δεξιά, και συνδέουν την κοιλότητα της μήτρας με την κοιλότητα της κοιλιάς. Έχουν μήκος περίπου 10-13 cm και διακρίνονται τέσσερα τμήματα. Τα τμήματα είναι 1. το ενδομήτριο (διάμεσο) τμήμα της σάλπιγγας, 2. ο ισθμός, 3. η λήκυθος και 4. ο κώδωνας, που το άκρο του καταλήγει στους κροσσούς.

1.2.5. Οι Ωοθήκες

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γυναικείους γεννητικούς αδένες της γυναίκας και η κύρια λειτουργία τους είναι η αναπαραγωγική. Έχουν σχήμα ελλειψοειδές και μέγεθος καρυδιού. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία καθώς περιέχουν τα ωάρια (το γεννητικό υλικό της γυναίκας) και παράγουν τις ορμόνες (κυρίως οιστρογόνα και προγεστερόνη). Κάθε περίπου 28 ημέρες, ένα ώριμο ωάριο εξέρχεται από την ωοθήκη.

1.3. Ο Γυναικείος Μαστός

Ο γυναικείος μαστός είναι ένας αδένας, μία μάζα λίπους με λόβια, για αυτόν τον λόγο λέγεται αλλιώς και μαστικός ή μαζικός αδένας. Η εξωτερική μορφολογία του μαστού περιλαμβάνει τη θηλή και τη θηλαία άλω. Η σκουρόχρωμη περιοχή γύρω από τη θηλή ονομάζεται θηλαία άλως και οφείλει το χρώμα της στο ότι εκεί το δέρμα έχει

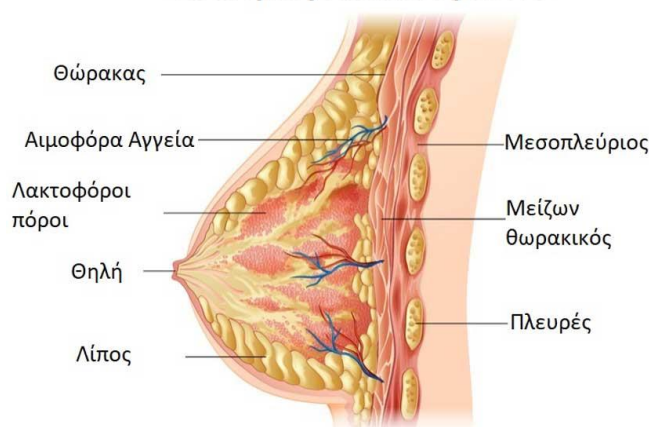
κύτταρα με πυκνότερη εναπόθεση της χρωστικής μελανίνης. Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από τον μαζικό αδένα και από λίπος.

Ο σκοπός του είναι να παράγει γάλα για να θρέψει τους απογόνους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής τους. Το γάλα παράγεται στους λοβιακούς αδένες και μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ρέει προς τη θηλή.

Η πυκνότητά του στη μαστογραφία εξαρτάται από το ποσοστό ινωδών στοιχείων, πόρων και μαζικών λοβίων σε σχέση με το λίπος. Όσο πιο λίγο είναι το λίπος, τόσο πιο πυκνός είναι ένας μαστός στο υπερηχογράφημα μαστών και στη μαστογραφία και τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.

Σε κάθε περίπτωση, η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου δεν σχετίζεται με το μέγεθος του μαστού αλλά με τα γονίδια και τον τρόπο ζωής.

Ανατομία γυναικείου μαστού



(Πηγή: <https://drmarkides.com/el/pathiseis-karkinos-toy-mastoy/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο Καρκίνος των Γυναικολογικών Οργάνων

2.1. Εισαγωγή

Ο γυναικολογικός καρκίνος είναι κάθε καρκίνος που ξεκινά στα αναπαραγωγικά όργανα μιας γυναίκας. Οι πέντε κύριοι τύποι καρκίνου που επηρεάζουν τα αναπαραγωγικά όργανα μιας γυναίκας είναι ο κολπικός καρκίνος, ο καρκίνος της μήτρας (καρκίνος του ενδομητρίου), ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο καρκίνος του κόλπου και ο καρκίνος των ωοθηκών. Ένας άλλος τύπος γυναικολογικού καρκίνου, ο οποίος όμως είναι πολύ σπάνιος, είναι αυτός του καρκίνου των σαλπίγγων. Επίσης, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεωρηθεί με την ευρύτερη έννοια ως γυναικολογικός καρκίνος παρόλο που προσβάλλει και άντρες.

Ο γυναικολογικός καρκίνος προσβάλλει ένα μεγάλο αριθμό γυναικών παγκοσμίως. Όλες οι γυναίκες διατρέχουν κίνδυνο για γυναικολογικούς καρκίνους και ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται καθώς αυξάνεται και η ηλικία τους. Παρόλο που όταν βρεθούν γυναικολογικοί καρκίνοι νωρίς, η θεραπεία είναι συχνά αποτελεσματική, πολλές γυναίκες χάνουν την ζωή τους ως συνέπεια ενός τέτοιου είδους καρκίνου.

Η γνώση και η στάση των γυναικών σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Κάθε γυναικολογικός καρκίνος είναι μοναδικός, σε διαφορετικά σημεία και με διαφορετικά συμπτώματα, διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου και διαφορετικές στρατηγικές πρόληψης. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε τα διαφορετικά είδη γυναικολογικού καρκίνου και τον προληπτικό έλεγχο που απαιτείται για κάθε ένα είδος.

2.2. Ο Καρκίνος του Ενδομητρίου

2.2.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Κάθε χρόνο, ο καρκίνος του ενδομητρίου αναπτύσσεται σε περίπου 142.000 γυναίκες παγκοσμίως και περίπου 42.000 γυναίκες πεθαίνουν από αυτόν. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται μετά την εμμηνόπαυση, με την υψηλότερη συχνότητα περίπου την έβδομη δεκαετία της ζωής τους. Σε όλο τον κόσμο, ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι η έβδομη πιο συχνή κακοήθης

διαταραχή (Parkin et al. 1999). Στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, οι παράγοντες κινδύνου είναι λιγότερο συχνοί και ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι σπάνιος, αν και η θνησιμότητα από αυτό το είδος καρκίνου είναι υψηλότερη (Hill et al. 1996, Madison et al. 2004). Συναντάται δέκα φορές περισσότερο στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη από ότι στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Σε αυτές τις περιοχές, αυτός ο καρκίνος είναι ο συνηθέστερος των γυναικείων οργάνων και ο τέταρτος μετά από τον καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα και του παχέος εντέρου (Jemal et al. 2005).

2.2.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες

Οι γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου είναι πιθανό να έχουν εκτεθεί σε μη προτεινόμενα οιστρογόνα. Οι όγκοι που παράγονται από οιστρογόνα είναι ένας ασυνήθιστος παράγοντας κινδύνου. Τα μη προτεινόμενα οιστρογόνα έχουν παύσει πλέον σε μεγάλο βαθμό να χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία μετεμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων σε γυναίκες που δεν έχουν κάνει υστερεκτομή.

Άλλος παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά είναι η παχυσαρκία (National Cancer Institute 2002). Συγκεκριμένα, η υπερβολική κατανάλωση λίπους και το υπερβολικό βάρος, παχυσαρκία, (ορίζεται ως δείκτης μάζας σώματος [ΔΜΣ] τουλάχιστον 25 kg / m²) είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που συναντώνται σχεδόν στο 50% των γυναικών με καρκίνο του ενδομητρίου (Parslow et al. 2000, Kaaks et al. 2002). Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, το υπερβολικό βάρος προκαλεί αντίσταση στην ινσουλίνη, περίσσεια ανδρογόνων των ωοθηκών και χρόνια ανεπάρκεια προγεστερόνης. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, προκαλεί υψηλότερες συγκεντρώσεις κυκλοφορούντων βιοδιαθέσιμων οιστρογόνων από εξωγήινη μετατροπή ανδρογόνων. Αυτή η αλλαγή διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του ενδομητρίου, αναστέλλει την απόπτωση και προάγει την αγγειογένεση. Ο ΔΜΣ άνω των 25 kg / m² διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου και ο ΔΜΣ άνω των 30 kg / m² τριπλασιάζει τον κίνδυνο (Lacey et al. 2004, Gielen et al. 2005).

Η φυσική αδράνεια, η αρτηριακή πίεση άνω των 140/90 mmHg και οι υψηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης στο αίμα είναι κάποιοι επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου, ανεξάρτητοι από τον ΔΜΣ (Furberg & Thune 2003, Hardiman et al. 2003). Μάλιστα, ένα σημαντικό ποσοστό του καρκίνου του ενδομητρίου θα μπορούσε να αποφευχθεί με τη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και με σωματική δραστηριότητα καθ' όλη

τη διάρκεια της ζωής μίας γυναίκας (McTiernan et al. 2004). Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένες συγκεντρώσεις οιστρογόνων. Ωστόσο, οι επιδημιολογικές μελέτες δεν υποστηρίζουν μια θετική αλληλεπίδραση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του καρκίνου του ενδομητρίου, όπως αντίθετα συμβαίνει στον καρκίνο του μαστού (Bandera et al. 2003).

Τα αντισυλληπτικά χάπια που περιέχουν οιστρογόνα και προγεσταγόνα μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου (Deligeoroglou et al. 2003). Μετά την εμμηνόπαυση, οι γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία αντικατάστασης ορμονών με προσθήκη προγεσταγόνων στο οιστρογόνο για 10-14 ημέρες ανά μήνα ή καθημερινά, εξουδετερώνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οιστρογόνων στο ενδομήτριο. Αυτή η στρατηγική μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου, ειδικά εάν οι δύο ορμόνες συνδυάζονται συνεχώς, και ιδιαίτερα στις παχύσαρκες (ΔΜΣ 30 kg / m²) γυναίκες (Anderson et al. 2003).

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί κάποιες φορές να μετασταθεί στο ενδομήτριο και επομένως πρωτογενείς καρκίνοι του ενδομητρίου είναι ένα πιο πιθανό φαινόμενο σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού λόγω των κοινών παραγόντων κινδύνου. Ένας επιπλέον κίνδυνος καρκίνου του ενδομητρίου σχετίζεται με τη χρήση της ταμοξιφαίνης για τον καρκίνο του μαστού. Αυτό το φάρμακο τριπλασιάζει τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου και αυξάνει επίσης την πιθανότητα εμφάνισης καλοήθων αλλοιώσεων του ενδομητρίου (Neven et al. 1998). Επίσης, η πυελική ακτινοθεραπεία ως τρόπος θεραπείας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν αποκλείει τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου (Pothuri et al. 2003).

Το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό είναι χαμηλό παρόλα αυτά παραμένει ως ένας παράγοντας κινδύνου (Hemminki & Granstrom 2004). Ο καρκίνος του ενδομητρίου μπορεί επίσης να είναι φαινόμενο ενός ευρύτερου κληρονομικού ιστορικού. Συγκεκριμένα, ο κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου χωρίς πολύποδα (HNPCC) είναι ένας ακόμα παράγοντας κινδύνου του καρκίνου του ενδομητρίου αλλά και άλλων τύπων καρκίνων (Lynch et al. 1966).

2.2.3. Πρόληψη

Η πρόληψη για το συγκεκριμένο είδος καρκίνου περιλαμβάνει το υπερηχογράφημα της μήτρας (TVU) και τον κυτταρολογικό έλεγχο μέσω των επιχρισμάτων από το τεστ Παπ. Παρόλα αυτά, πρέπει να σημειωθεί οι έχουν περιορισμένη ακρίβεια για τη διάγνωση καρκίνου του ενδομητρίου όταν πρόκειται για ασυμπτωματικό πληθυσμό (Robertson 2003).

Η ενημέρωση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την πρόληψη του καρκίνου του ενδομητρίου, όπως και κάθε άλλου καρκίνου. Ειδικά για αυτό το είδος καρκίνου, πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση σχετικά με τη σημασία της αναζήτησης πιθανών αιτιών εάν εμφανιστεί κολπική αιμορραγία σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Neven&Vergote 1998).

2.2.4. Συμπτώματα – Διάγνωση

Η μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας είναι το πιο συχνό σύμπτωμα του καρκίνου του ενδομητρίου, αλλά πολλές άλλες διαταραχές δημιουργούν το ίδιο σύμπτωμα. Όλες οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κολπική αιμορραγία και εκείνες με μη φυσιολογική αιμορραγία της μήτρας που σχετίζονται με παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου ή υπερπλασία (π.χ. πολυκυστικές ωοθήκες, παχυσαρκία, ηλικία άνω των 40 ετών, ακανόνιστοι κύκλοι, θεραπεία αντικατάστασης ορμονών, χρήση ταμοξιφαίνης) πρέπει να υποβληθούν σε περαιτέρω διαγνωστική ενδομητριακή εκτίμηση. Η πιθανότητα καρκίνου του ενδομητρίου σε γυναίκες που παρουσιάζουν μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία είναι 5-10%, αλλά οι πιθανότητες αυξάνονται όταν προσμετρούνται και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, η παχυσαρκία κλπ. (Gredmark et al. 1995).

Ο καρκίνος του ενδομητρίου διαγιγνώσκεται κυρίως ιστολογικά από ενδομήτριο ιστό που λαμβάνεται με μικροσκοπικές συσκευές βιοψίας ενδομητρίου. Οι εκτιμήσεις σχετικά με την ακρίβεια της βιοψίας του ενδομητρίου είναι καλύτερες σε γυναίκες που έχουν συμπτώματα (π.χ. αιμορραγία) και σε εκείνες που βρίσκονται σε μετεμμηνοπαυσιακό στάδιο (Dijkhuizen et al. 2003).

Εάν το δείγμα βιοψίας δείχνει καρκίνο του ενδομητρίου, απαιτείται θεραπεία. Εάν το δείγμα βιοψίας είναι φυσιολογικό ή μη διαγνωστικό ή εάν η κοιλότητα της μήτρας δεν είναι προσβάσιμη σε μια γυναίκα με μη φυσιολογικό ενδομήτριο

συνίσταται το υπερηχογράφημα με έγχυση αλατούχου ορού ή η υστεροσκόπηση. Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου επιβεβαιώνεται ακόμα όταν υπάρχει μη φυσιολογικό τραχηλικό επίχρισμα. Ένα φυσιολογικό αποτέλεσμα δεν επαρκεί για τον αποκλεισμό καρκίνου του ενδομητρίου σε συμπτωματικές γυναίκες και ένα μη φυσιολογικό αποτέλεσμα συχνά οδηγεί σε προχωρημένη νόσο, καθώς τα καρκινώματα ταξινομούνται ψευδώς ως υπερπλασία (Gu et al. 2001).

2.2.5. Θεραπεία

Η χειρουργική επέμβαση είναι ο κύριος τρόπος θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του ενδομητρίου. Η διαδικασία περιλαμβάνει την εισαγωγή περιτοναϊκού υγρού ή εκπλύσεων για κυτταρολογία, ολική υστερεκτομή συμπεριλαμβανομένου του τραχήλου της μήτρας και διμερή σαλπινγγο-ωοφορεκτομή. Επίσης, η κοιλική υστερεκτομή υποβοηθούμενη από λαπαροσκόπηση είναι μία πιθανή λύση (Yu et al. 2005). Επίσης, μία από τις θεραπείες είναι η ακτινοβολία, η οποία μπορεί να χορηγηθεί εξωτερικά στη λεκάνη ή και σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα ή σε εκτεταμένο πεδίο που περιλαμβάνει τη λεκάνη και την περιοχή της αορτής (Einhorn et al. 2003).

2.3. Ο Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας

2.3.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ασθένειες των παραγωγικών οργάνων των γυναικών παγκοσμίως, παρά το γεγονός ότι μπορεί να προληφθεί. Επιπλέον, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία καρκινικών θανάτων σε ενήλικες γυναίκες παγκοσμίως. Το 2012, υπήρχαν περίπου 527.624 νέες περιπτώσεις και περισσότεροι από 265.672 θάνατοι μεταξύ των γυναικών που καταγράφηκαν ως αποτέλεσμα αυτής της νόσου (WHO / ICO Information Center on HPV and Cervical Cancer 2007). Εκτιμάται ότι πάνω από ένα εκατομμύριο γυναίκες παγκοσμίως έχουν σήμερα καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότερες από αυτές τις γυναίκες δεν έχουν διαγνωστεί, ούτε έχουν πρόσβαση σε θεραπεία που θα μπορούσε να τους θεραπεύσει ή να παρατείνει τη ζωή τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) μεταξύ 1947 και 1949, πριν δηλαδή από την εισαγωγή του τεστ Παπ τη δεκαετία του 1960, ήταν 40/100.000 σε λευκές γυναίκες και 73/100.000 σε έγχρωμες γυναίκες. Αυτά τα ποσοστά έχουν μειωθεί σημαντικά.

Αναλυτικότερα, σε όλο τον κόσμο, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αντιπροσωπεύει περίπου το 12,0% όλων των καρκίνων στις γυναίκες. Είναι ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως, αλλά στις αναπτυσσόμενες χώρες κατέχει την πρώτη θέση. Τουλάχιστον το 85,0% των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συμβαίνει σε αναπτυσσόμενες χώρες με τα περισσότερα περιστατικά να συμβαίνουν στις φτωχότερες περιοχές που περιλαμβάνουν, τη Νότια Ασία, την υποσαχάρια Αφρική (SSA) και τμήματα της Λατινικής Αμερικής (WHO 2014). Ειδικότερα, στην Κένυα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο κοινός καρκίνος ενώ στην υποσαχάρια Αφρική είναι ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος. Η Γουινέα, η Ζάμπια, η Τανζανία, το Μαλάουι και η Μοζαμβίκη έχουν μερικά από τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης αυτού του τύπου καρκίνου στον κόσμο (Ferlay et al. 2008).

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι λιγότερο συχνός στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου εκτιμάται ότι αποτελεί περίπου το 4% των καρκίνων στις γυναίκες, κατατάσσοντας τον έκτο σε επικινδυνότητα. Ακόμα όμως και στην περίπτωση των ανεπτυγμένων χωρών, περισσότερο από το 70% αυτών των θανάτων παρατηρήθηκε στις χώρες εκείνες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα όπου οι διαθέσιμοι πόροι για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου είναι περιορισμένοι (IARC 2005).

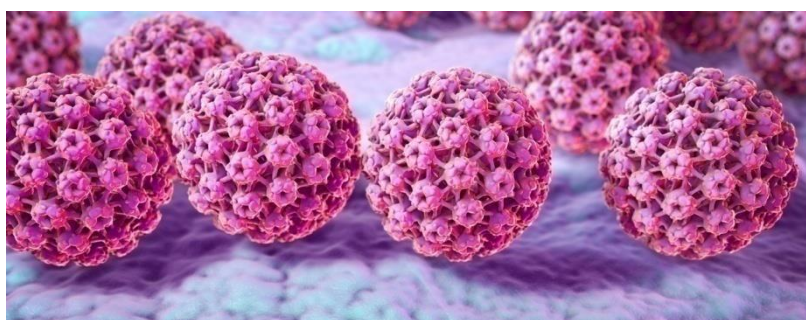
Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι ασθένεια γήρατος, η πλειονότητα των θυμάτων του είναι γυναίκες που βρίσκονται στο αποκορύφωμα των βιολογικών και οικονομικά παραγωγικών σταδίων της ζωής τους. Αυτό σημαίνει, όταν μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεν χάνεται απλά μία ζωή. Αντίθετα, ένας σύζυγος χάνει μια γυναίκα, τα παιδιά χάνουν μια μητέρα και η οικογένεια αποσταθεροποιείται ψυχολογικά, οικονομικά και κοινωνικά. Ταυτόχρονα, οικονομικά υπάρχει απώλεια ενός παραγωγικού ζεύγους χεριών και

επίσης είναι μία απώλεια και για τη χώρα που πληρώνει μεγάλο μέρος του κόστους της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

2.3.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τη συντριπτική πλειοψηφία ή το 99% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV).

Human Papilloma Virus - HPV



(Πηγή:<https://www.ucsfhealth.org>)

Πρόωρη έκθεση νεαρών γυναικών σε σεξουαλική επαφή τις εκθέτουν στον κίνδυνο μόλυνσης από τον HPV (Naik & Kaneda 2015). Ο ιός αυτός μεταδίδεται σεξουαλικά (STD). Σε γυναίκες με ικανότητα ανοσοποίησης, ο ιός μπορεί να αυτοϊαθεί σε 6-24 μήνες στο 70% των γυναικών. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV (Human Immunodeficiency Virus) έχουν υψηλότερο επιπολασμό λοίμωξης από τον HPV και είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν επίμονη λοίμωξη. Επιπλέον, αυτές οι γυναίκες μολύνονται συχνότερα με πολλαπλούς τύπους HPV και συνεπώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (10 φορές πιο αυξημένο κίνδυνο) να αναπτύξουν Τραχηλική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία (CIN).

Διαφορετικοί τύποι HPV αποτελούν προδιαθετικά στοιχεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Bain et al. 2011). Ωστόσο, οι δύο πιο συνηθισμένοι υπότυποι, ο HPV 16 και 18 βρίσκονται σε πάνω από το 70,0% όλων των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται επειδή ο HPV βλάπτει τη φυσιολογική ανάπτυξη των τραχηλικών κυττάρων (American Cancer Society 2016, Al-Naggar 2014). Μπορεί να ανιχνευθεί στο 99,7% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και είναι εξαιρετικά συχνός. Πάνω από το 50,0% των

σεξουαλικά ενεργών γυναικών αποκτούν τον ιό έως την ηλικία των 50 ετών. Τα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα που βρίσκονται σε αυτό το σημείο της μήτρας έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν δυσπλαστικά κύτταρα, εάν εκτίθενται σε καρκινογόνα στοιχεία όπως ο HPV 16 και 18 (Leslea et al 2013).

Εκτός από τον HIV, ο χαμηλός αριθμός κυττάρων CD4+ και το υψηλό επίπεδο HIV-RNA συσχετίζονται με τον κίνδυνο μόλυνσης από HPV και τις σχετικές κυτταρολογικές ανωμαλίες. Έχει αναφερθεί δυσπλασία σε ποσοστό 15% έως 40% των γυναικών που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό ότι η θνησιμότητα έχει μειωθεί αισθητά στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες κυρίως λόγω των εκτεταμένων προληπτικών ελέγχων.

Η παιδεία γύρω από θέματα υγείας, όπως και η τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι ένας παράγοντας που σχετίζεται με την υγεία ενός ατόμου. Όσο πιο μορφωμένο είναι ένα άτομο, τόσο πιθανότερο είναι να αποκτήσει πρόσβαση σε κοινωνικά προνομιούχες θέσεις και έτσι να αποκτήσει την ικανότητα και τις πληροφορίες που θα επηρεάσουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του. Η χαμηλή παιδεία στον τομέα της υγείας συσχετίστηκε με λιγότερες γνώσεις σχετικά με τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Rositch et al. 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ένα από τα εμπόδια στον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Sudenga et al 2013).

Άλλοι κοινωνιολογικοί παράγοντες χαμηλού ποσοστού προσυμπτωματικού ελέγχου που εντείνουν το πρόβλημα στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, περιλαμβάνουν τον φόβο για τη διάγνωση πιθανού καρκίνου, κόστος και πρόσβαση, αντίληψη του τεστ Παπ ως άβολου και περιττού. Πρόκειται για την αντίληψη ότι κανείς δεν μπορεί να κάνει κάτι για να προλάβει και να εμποδίσει έναν ενδεχόμενο καρκίνο και για την φοβία της κολπικής έκθεσης σε τρίτους.

2.3.3. Πρόληψη

Οι προγραμματισμένοι κυτταρολογικοί έλεγχοι επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά προληπτικής κάλυψης χρησιμοποιώντας επιχρίσματα από το τεστ Παπ. Σε συνδυασμό με τη θεραπεία προκαρκινικών βλαβών οδήγησαν σε σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και της θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες (WHO 2002, Parkin et al. 2005).

Ωστόσο, αυτή η επιτυχία του προσυμπτωματικού ελέγχου δεν επεκτείνεται μέχρι τις αναπτυσσόμενες χώρες, γεγονός που αντικατοπτρίζεται σε ένα τεράστιο ποσοστό. (Parkin et al 2005). Ο λόγος αυτού είναι ότι στις ανεπτυγμένες χώρες υπάρχει μέση κάλυψη προληπτικού ελέγχου της τάξης του 63%, σε σύγκριση το αντίστοιχο 19% στις αναπτυσσόμενες χώρες (Gakidou et al. 2008). Πρέπει να σημειωθεί ότι η έγκαιρη προληπτική εξέταση είναι μια αποτελεσματική και αποδεδειγμένα οικονομική στρατηγική ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Kimani et al. 2012).

Στις ανεπτυγμένες χώρες, σημειώθηκε μείωση κατά 75,0% στη συχνότητα και τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τα τελευταία 50 χρόνια. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στον εκτεταμένο θεσμό προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου. Αντίθετα, αυτά τα προγράμματα είναι ουσιαστικά ανύπαρκτα στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες. Για παράδειγμα σε μία σχετική έρευνα που έγινε σε ασθενείς αναπτυσσόμενων χωρών το 54,0% των επεμβατικών ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είχαν ανεπαρκή ιστορικό προσυμπτωματικού ελέγχου ενώ το 42,0% δεν είχαν ελεγχθεί ποτέ (Leslea et al 2013).

Δυστυχώς, ο ανεπαρκής προσυμπτωματικός έλεγχος δεν είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει μόνο στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Σύμφωνα με προηγούμενες σχετικές μελέτες, ακόμα και στον Δυτικό Κόσμο, οι γυναίκες που ζουν σε αγροτικές περιοχές προβαίνουν σε προληπτικό έλεγχο πολύ πιο σπάνια σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με εκείνες που ζουν στα αστικά κέντρα περιοχή, επειδή δεν διαθέτουν επαρκή ενημέρωση (Shrestha et al. 2013).

Το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας είναι μια κατάσταση που αναπτύσσεται στα όρια του τραχήλου της μήτρας. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διηθητικού πρωτογενούς καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι, όπως προαναφέρθηκε, η μόλυνση με τον HPV, η οποία μεταδίδεται σεξουαλικά (Kimani et al. 2012). Οι τραχηλικές αλλαγές εξελίσσονται από ήπιες σε σοβαρές κατά τη διάρκεια αρκετών ετών πριν μεταλλαχθούν σε καρκίνο. Αυτό δείχνει ότι περισσότερο από το 90,0% των τραχηλικών αλλαγών μπορεί να εντοπιστεί νωρίς μέσω τακτικής προληπτικής εξέτασης και μπορεί να αντιμετωπιστεί πριν προχωρήσει σε κακοήθεια (Denny et al. 2010). Οι γυναίκες ενδέχεται να προσβληθούν από τον HPV όταν είναι νέες, αλλά εμφανίζουν καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας μετά την

ηλικία των 35 ετών και άνω (Collimore 2008). Τα προ-καρκινικά στάδια της δυσπλασίας του τραχήλου της μήτρας είναι συχνά ασυμπτωματικά, τονίζοντας τη σημασία για έγκαιρη ανίχνευση.

Το 2006, η U.S. Food and Drug Administration (FDA) ενέκρινε το πρώτο εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με βάση τη μοριακή βιολογία της νόσου. Το εμβόλιο αυτό είναι διδύναμο και στρέφεται εναντίον των υποτύπων 16, 18, 6 και 11 (McLemore & Monica 2006). Χορηγείται σε άνδρες και γυναίκες από την ηλικία των 9 ετών και πάνω ώστε να αποφευχθούν πιθανές προκαρκινικές αλλοιώσεις (νεοπλασίες) και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού. Στη χώρα μας, το εμβόλιο εντάχθηκε στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού από τον Ιανουάριο του 2007 και απευθύνεται σε παιδιά, έφηβες, και γυναίκες ηλικίας 9 έως 26 ετών. Στις 10 Ιουνίου 2015, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χορήγησε άδεια κυκλοφορίας, η οποία ισχύει σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, για ένα τετράδύναμο εμβόλιο (Gardasil 9) για την προστασία από εννέα τύπους HPV (υπότυποι 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58), το οποίο θεωρείται πιο ισχυρό καθώς προστατεύει και από τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων (EMA 2016).

Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πρέπει να επικεντρώνεται σε πρακτικές που εξαλείφουν ή έστω μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου. Τέτοιες προληπτικές στρατηγικές περιλαμβάνουν τον εμβολιασμό HPV, την ενημέρωση γύρω από θέματα γυναικολογικής υγείας και πρακτικών προστασίας, όπως η χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή, την μη πρόωρη πρώτη σεξουαλική επαφή, την ύπαρξη ενός μόνο σεξουαλικού συντρόφου, τη μη κατανάλωση καπνού (το κάπνισμα σε συνδυασμό με HPV υψηλού κινδύνου αυξάνει τον κίνδυνο σε σύγκριση με τους μη καπνιστές) (Sherman et al. 2008) και την τακτική γυναικολογική εξέταση (Kasebasata & Lady 2013, Ardahan 2016, American Cancer Society 2016).

Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες στην πρόληψη του καρκίνου. Οι γνώσεις και η στάση τους απέναντι στη μέθοδο και τη διαδικασία ελέγχου μπορούν να επηρεάσουν τα άτομα με τα οποία αλληλεπιδρούν είτε θετικά είτε αρνητικά. Μελέτες που διεξήχθησαν σε ξένες χώρες έδειξαν ότι η γνώση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της κάλυψης του προσυμπτωματικού ελέγχου. Τέτοιες

γνώσεις περιλαμβάνουν την κατανόηση των αιτίων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τη χρησιμότητα και τον σκοπό της εξέτασης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τις μεθόδους δοκιμών και τις πληροφορίες σχετικά με το «πότε» και το «πού» διεξάγεται ο έλεγχος και τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Καθώς το προσωπικό υγείας, πχ. γυναικολόγοι και νοσοκόμες, διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στην εκπαίδευση των γυναικών σχετικά με την πρόληψη των ασθενειών και με την προαγωγή της υγείας γενικότερα, επηρεάζουν τη κινητοποίηση των γυναικών σχετικά με θέματα γυναικολογικής υγείας.

2.3.4. Συμπτώματα - Διάγνωση - Θεραπεία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σχηματίζεται στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Συνήθως είναι ένας καρκίνος με αργή ανάπτυξη που μπορεί να μην έχει συμπτώματα, αλλά μπορεί να ανιχνευτεί με τακτικές εξετάσεις όπως το τεστ-Παπ. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται σχεδόν αποκλειστικά από λοίμωξη από τον HPV και είναι κακοήγη νεόπλασμα του τραχήλου της μήτρας.

Τα συμπτώματα ενδέχεται να μην εμφανιστούν παρά μόνο σε προχωρημένο στάδιο, ενώ ένα από αυτά είναι η κολπική αιμορραγία (WHO / ICO Information Center on HPV and Cervical Cancer 2007). Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πραγματοποιείται με χειρουργική επέμβαση (συμπεριλαμβανομένης της τοπικής εκτομής) σε αρχικά στάδια, και στη συνέχεια χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε προχωρημένα στάδια. Ο έλεγχος μέσω του τεστ Παπ μπορεί να εντοπίσει πιθανές προκαρκινικές αλλαγές. Το τεστ μπορεί επίσης να μειώσει τη θνησιμότητα ακόμη και εάν η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συμβεί ενώ ο καρκίνος βρίσκεται ήδη σε κάποιο από τα στάδια του (Shrestha et al. 2013).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι εξετάσεων για τον εντοπισμό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι συνηθέστεροι είναι το HPV-DNA τεστ και τεστ Παπ (Lee-Lin et al. 2007). Το τεστ Παπανικολάου έγινε το πρότυπο για την έγκαιρη ανίχνευση κυτταρικών αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας από τη δεκαετία του 1950 (Sudenga et al 2013). Ο WHO συστήνει τη χρήση του τεστ Παπ για τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επειδή είναι υψηλής ευαισθησίας (Ardahan 2016), ωστόσο το τεστ VIA είναι μια εναλλακτική λύση για τις λιγότερο

ανεπτυγμένες χώρες καθώς είναι πιο οικονομικό (American Cancer Society 2015,Byamugisha et al. 2010,Binagwaho et al. 2013).

2.4. Ο Κολπικός Καρκίνος

2.4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο πρωτογενής καρκίνος του κόλπου είναι σπάνιος, αποτελώντας μόνο το 1% - 2% όλων των κακοηθειών του γυναικείου γεννητικού συστήματος και μόνο το 10% όλων των κακοήθων νεοπλασμάτων του κόλπου (Adhikari 2016). Ορίζεται αυστηρά ως καρκίνος που βρίσκεται στον κόλπο χωρίς παράλληλες κλινικές ή ιστολογικές ενδείξεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή προηγούμενο σχετικό ιστορικό τραχηλικού καρκίνου εντός πέντε ετών(Edge2010).

2.4.2. Πρόληψη

Όπως και με τις προ-κακοήθεις τραχηλικές βλάβες, το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, η επίμονη λοίμωξη από τον HPV - ιδιαίτερα ο υπότυπος HPV 16 - έχει συσχετιστεί με τη μακροχρόνια ανάπτυξη της υψηλής ποιότητας πλακώδους ενδοεπιθηλιακής βλάβης (HSIL) και του καρκινώματος του κόλπου (Hampl 2006, Lamos 2016, Serrano 2015). Η εισαγωγή του εμβολιασμού HPV αποτελεί πρωταρχική στρατηγική πρόληψης στον καρκίνο τόσο του τραχήλου της μήτρας όσο και του καρκίνου του κόλπου (Garland et al. 2016).

2.4.3. Συμπτώματα - Διάγνωση - Θεραπεία

Οι γυναίκες με HSIL είναι συνήθως ασυμπτωματικές και η πλειονότητα των γυναικών είναι άνω των 60 ετών. Το HSIL μπορεί να παρατηρηθεί σε νεότερες γυναίκες, ειδικά σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα (ασθενείς με HIV και μεταμόσχευση). Οι γυναίκες που θα παρουσιάσουν συμπτώματα συνήθως έχουν αιμορραγία ή οσμή, ενώ ο προχωρημένος καρκίνος μπορεί επίσης να οδηγήσει σε πόνο. Σε κάθε περίπτωση, τα συμπτώματα της νόσου εξαρτώνται από τη θέση των μεταστάσεων. Ο κίνδυνος εξέλιξης του HSIL σε κακοήθη καρκίνο κυμαίνεται μεταξύ 2% και 12% (Dodge 2001, Hodeib 2016).

Ο Καρκίνος του κόλπου είναι συνήθως ένα μεταστατικό είδος από άλλη πρωτογενή θέση (π.χ. ωοθήκη, λέμφωμα). Για αυτό και η διάγνωση πρωτογενούς τέτοιου καρκίνου είναι σπάνια. Ωστόσο, όταν πρόκειται για τέτοια περίπτωση, η διάγνωση γίνεται με κατευθυνόμενη βιοψία στις βλάβες και κλινική αξιολόγηση που

διασφαλίζει ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις όγκου στον τράχηλο ή στο αιδοίο. Η βιοψία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε περιβάλλον εξωτερικών ιατρείων. Αν και ο καρκίνος του κόλπου είναι πιο συχνός στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, έχει αναφερθεί αύξηση στις νεαρές γυναίκες που διαγιγνώσκονται με πρωτοπαθή καρκίνο του κόλπου, ειδικά σε χώρες με υψηλό επιπολασμό HIV (Hellman 2004).

Καθώς ο πρωτογενής καρκίνος του κόλπου είναι σπάνιος, η θεραπεία είναι πολύπλοκη, συχνά εξατομικευμένη. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα επηρεάζονται από την εμπειρία της ιατρικής ομάδας στη θεραπεία αυτού του τύπου σπάνιου όγκου, το στάδιο του καρκίνου καθώς και από τον ιστολογικό υπότυπο. (Gardner et al. 2015). Οι βλάβες LSIL απαιτούν παρακολούθηση (επανάληψη επιχρισμάτων και κολποσκόπηση), ειδικά εάν οι γυναίκες έχουν μη ογκογονικά στελέχη του HPV. Οι διάφοροι τρόποι θεραπείας για βλάβες HSIL περιλαμβάνουν αφαίρεση με λέιζερ, χειρουργική εκτομή και τοπικές θεραπείες όπως imiquimod και τοπική χημειοθεραπεία με 5-φθοροουρακίλη (5FU). Η κολποσκόπηση με οξικό οξύ ή/και ιωδίου Lugol ενδείκνυται εάν μια γυναίκα έχει ένα ανώμαλο κολπικό κυτταρικό επίχρισμα ή καμία σοβαρή ανωμαλία.

2.5. Ο Καρκίνων των Ωοθηκών

2.5.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Ο καρκίνος των επιθηλιακών ωοθηκών είναι η τέταρτη πιο κοινή αιτία θανάτου των γυναικών από καρκίνο στον ανεπτυγμένο κόσμο. Ο λόγος για το υψηλό ποσοστό θανάτου είναι η καθυστερημένη διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις, που σημαίνει ότι η νόσος είναι ήδη πλέον ευρέως μεταστατική στην κοιλιακή χώρα.

Κάθε χρόνο 220.000 γυναίκες αναπτύσσουν καρκίνο των επιθηλιακών ωοθηκών παγκοσμίως (International Agency for Research on Cancer. Global cancer statistics 2008). Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου 7.000 γυναίκες εμφανίζουν αυτό το είδος καρκίνου ετησίως (εκ των οποίων 4.200 πεθαίνουν) (Jelovac & Armstrong 2011) ενώ στις ΗΠΑ, περίπου 22.500 γυναίκες διαγιγνώσκονται ετησίως (εκ των οποίων 14.000 πεθαίνουν) (UK Cancer Research 2013).

Η μέση ηλικία των ασθενών στις περισσότερες περιπτώσεις είναι κοντά στα 60 έτη αλλά οι γυναίκες με γενετική προδιάθεση για καρκίνο των ωοθηκών

διαγιγνώσκονται περίπου 10 χρόνια νωρίτερα (Mavaddat 2013). Ευρήματα επιδημιολογικών μελετών έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος καρκίνου των ωοθηκών μειώνεται όταν ακόμα η γυναίκα έχει ωορρηξία (Tsilidis et al. 2011).

2.5.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ο ιός HPV (Anttila et al. 1999) και το κάπνισμα (Beral et al. 2012) έχουν εξαιρεθεί ως αιτίες της νόσου, ενώ ευρήματα επιδημιολογικών και γενετικών αναλύσεων έδειξαν ότι ο καρκίνος των επιθηλιακών ωοθηκών συσχετίζεται με τις μεταλλάξεις BRCA1 και BRCA. Παρόλα αυτά δεν έχει διευκρινιστεί το πώς συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτού του τύπου καρκίνου οι μεταλλάξεις αυτές (Couch et al. 2013, Antoniou et al. 2003).

2.5.3. Πρόληψη - Συμπτώματα – Διάγνωση

Ο καρκίνος των ωοθηκών θεωρείται ως «σιωπηλός δολοφόνος» καθώς παρουσιάζει ασαφή συμπτώματα και οι προληπτικές εξετάσεις δεν έχουν καταφέρει ακόμα να τον εντοπίσουν. Συνήθως, παρουσιάζει κοιλιακούς πόνους για 3-4 μήνες (Goff et al. 2004), που μπορεί λανθασμένα να αποδοθούν σε σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Bankhead et al. 2008). Το UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) έχει συστήσει στους ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα όπως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ειδικά σε εκείνους ηλικίας άνω των 50 ετών, να υποβάλλονται σε μέτρηση των συγκεντρώσεων αντιγόνου 125 (CA-125) ως δευτερεύουσα εξέταση και υπερηχογράφημα πυέλου.

Οι γυναίκες με μεταλλάξεις BRCA1 ή BRCA2 έχουν 40-60% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των επιθηλιακών ωοθηκών. Για αυτό το λόγο έχει μεγάλη σημασία να προβαίνουν σε ετήσιο έλεγχο. Εάν και αυτό δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των επιθηλιακών ωοθηκών, είναι σίγουρα ένας τρόπος για την πιο έγκαιρη αντιμετώπιση του.

2.5.4. Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση με ολική υστερεκτομή, διμερή σαλπινγγο-ωοφορεκτομή, αποφλοιώση όγκων και ομηκτομή (King et al. 2003). Η χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνει από έναν γυναικολόγο-ογκολόγο χειρουργό (Rose et al. 2004). Λεμφαδεκτομή είναι απαραίτητη στη σταδιοποίηση της νόσου και

μπορεί να αποτρέψει την ανάγκη για επικουρική χημειοθεραπεία στη νόσο του σταδίου I (Powless et al. 2011).

Όταν η κατάσταση της ασθενούς είναι κακή, η προεγχειρητική χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται μετά από ιστολογική επιβεβαίωση της ασθένειας με διαδερμική βιοψία. Επίσης, η προεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι ευρέως αποδεκτή όταν η πλήρης χειρουργική αποφλοίωση των όγκων δεν θεωρείται εφικτή.

2.6. Ο Καρκίνος των Σαλπίνγων

2.6.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία και Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ο πρωτογενής καρκίνος των σαλπίνγων (PFTC) είναι σπάνιος, αντιπροσωπεύοντας λιγότερο από 0,2% των καρκίνων που καταγράφονται στις γυναίκες ετησίως (U.S.Cancer Statistics Working Group 2003). Οι αιτιολογικοί παράγοντες που τον προκαλούν είναι ακόμα άγνωστοι κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό. Διάφορες μελέτες έχουν συνδέσει μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 με τον PFTC (Aziz et al. 2001, Levine et al. 2003, Zweemer et al. 2000).

2.6.2. Διάγνωση - Θεραπεία

Η σωστή διάγνωση του PFTC απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στα μακροσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα (Clayton et al. 2005). Τα ιστολογικά και βιολογικά χαρακτηριστικά του PFTC είναι παρόμοια με αυτά του καρκίνου των ωοθηκών (Gadducci et al. 2001), και μάλιστα έχει υποστηριχθεί ότι συχνά γίνεται εσφαλμένη διάγνωση πρωτοπαθή καρκίνου των ωοθηκών αντί για PFTC (McMurray et al. 1986).

Κλινικά, τα καρκινώματα των σαλπίνγων αντιμετωπίζονται με χειρουργική σταδιοποίηση, αποφλοίωση και ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία σύμφωνα με οδηγίες για τη θεραπεία του καρκίνου των επιθηλιακών ωοθηκών (Kosary&Trimble 2002, Karlan et al. 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο Καρκίνος του Γυναικείου Μαστού

3.1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ξεκινήσει είτε από τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων (πορογενές καρκίνωμα) είτε από τα κύτταρα των λοβίων (λοβιακό καρκίνωμα). Εκεί δημιουργούνται μεταλλάξεις που έχουν σαν αποτέλεσμα τα κύτταρα να πολλαπλασιάζονται με γρηγορότερο ρυθμό, κάτι που στην αρχή μπορεί να εμφανιστεί ως προκαρκινική αλλοίωση και που μπορεί να είναι εμφανές στην μαστογραφία ως αποτιτανώσεις.

3.2. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Με περισσότερες από 1 εκατομμύριο νέες περιπτώσεις στον κόσμο κάθε χρόνο, ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος κακοήθης καρκίνος στις γυναίκες. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός καρκίνος και επίσης η κύρια αιτία θνησιμότητας σε γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Αυτό το είδος καρκίνου αποτελεί το 18% όλων των γυναικείων καρκίνων. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου καταγράφεται η υψηλότερη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στον κόσμο, η συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των γυναικών ηλικίας 50 πλησιάζει τις δύο ανά 1.000 γυναίκες ετησίως.

Υπάρχει μια τεράστια απόκλιση στα ποσοστά επιβίωσης του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως, με εκτιμώμενη 5ετή επιβίωση του 80% των περιπτώσεων στις ανεπτυγμένες χώρες ενώ το ποσοστό αυτό είναι κάτω του 40% όταν πρόκειται για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Coleman et al. 2008). Οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν περιορισμό πόρων και υποδομών και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μειωμένη αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης της νόσου ακόμα και όταν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Anderson et al. 2008).

3.3. Αιτιολογικοί Παράγοντες

Το στήθος είναι ένα όργανο ευαίσθητο ως προς τα οιστρογόνα. Πολλές γυναίκες που έχουν λάβει αντισυλληπτικά χάπια, σε συνδυασμό με δίαιτα υψηλή σε περιεκτικότητα λιπαρών και χαμηλή σε φυτικές ίνες μπορεί να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού.

Η ηλικία επίσης είναι ένας άλλος παράγοντας κινδύνου. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερη σε γυναίκες άνω των 50 ετών ενώ εντοπίζεται και πριν από την ηλικία των 20 ετών. Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν πολλά παιδιά έχουν μικρότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού από εκείνες τις γυναίκες που έχουν λιγότερα ή καθόλου παιδιά, όπως επίσης και ο θηλασμός είναι ένα στοιχείο που μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Franca et al. 2012). Ο κίνδυνος αυξάνεται πολλαπλασιαστικά κατά τη διάρκεια της προεμμηνόπαυσιακής ηλικίας. Οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν τις γυναικείες ορμόνες μόλις τεθεί η εμμηνόπαυση και, επομένως, ο κίνδυνος μειώνεται. Παρόλα αυτά σε παχύσαρκες γυναίκες ο λιπαρός ιστός μπορεί να παράγει οιστρογόνο και αυτή η αύξηση της παραγωγής ορμονών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε παχύσαρκες γυναίκες και μετά την εμμηνόπαυση.

Άλλωστε, η διατροφή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ο καρκίνος αυτός εμφανίζεται κυρίως σε παχύσαρκες γυναίκες (Alegre et al. 2013). Έχει συνδεθεί με υψηλά επίπεδα διαιτητικών λιπών και χαμηλό επίπεδο ορισμένων θρεπτικών ουσιών για διάφορα χρόνια (Lee et al. 1991). Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Παρόλα αυτά, αυτή η συσχέτιση θεωρείται δευτερεύουσα με την αύξηση του επιπέδου ορμονών στο αίμα (Zhao et al. 2017).

Το ιστορικό μιας γυναίκας είναι επίσης ένας αιτιολογικός παράγοντας. Οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, του ενδομητρίου ή του παχέος εντέρου έχουν 1-2 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκινώματος του μαστού (Kesley&Bernstein 1996). Μια γυναίκα που είχε καρκίνο του μαστού έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στον άλλο μαστό (Hartmann et al. 2005). Ορισμένες οικογένειες έχουν γενετικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Eberl et al. 2005). Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος εάν το προσβεβλημένο μέλος της οικογένειας είχε καρκίνο του μαστού σε νεανική περίοδο ή εάν είχε καρκίνο και στα δύο στήθη. Τα μέλη της οικογένειας πρώτου βαθμού όπως η κόρη, η αδερφή και η μητέρα είναι σημαντικοί παράγοντες στην εκτίμηση της απειλής. Πολλοί συγγενείς δευτέρου βαθμού, όπως μια θεία και μια γιαγιά με καρκίνο του μαστού, μπορεί επίσης να ενισχύσουν το επίπεδο της απειλής. Οι γυναίκες που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν 2-4 φορές περισσότερες

πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο, ειδικά εάν οι γυναίκες αυτές είναι φορείς των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2 (Key et al. 2001).

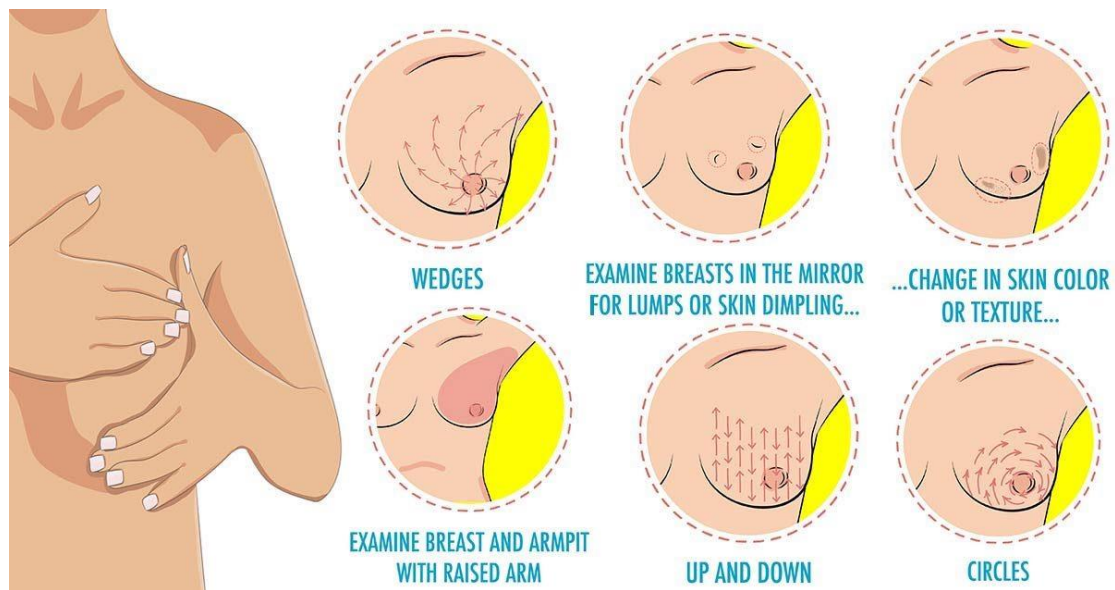
Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η παρουσία ορισμένων ειδών καλοήθων όγκων στο στήθος, η οποία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κακοήθειας (Jacobs et al. 1999). Η έλλειψη έκθεσης στον ήλιο (βιταμίνη D) θεωρείται η σημαντική αιτία καρκίνου του μαστού (Alco et al. 2014). Από την άλλη, η εμμηνόπαυση που προκύπτει από τη χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών (ωοφορεκτομή) μειώνει τον κίνδυνο (Kruk 2007).

3.4. Πρόληψη

Το κλινικό ιστορικό ασθενών με καρκίνο του μαστού βοηθά στην πρόληψη καθώς διερευνά την απειλή του καρκίνου αυτού (Kerlikowske et al. 1993). Το προσωπικό ιστορικό καθώς και το οικογενειακό ιστορικό πρέπει να ελέγχονται λεπτομερώς. Το προσωπικό ιστορικό περιλαμβάνει την ηλικία κατά τη διάγνωση καρκίνου του μαστού, προηγούμενες βιοψίες του μαστού και θεραπεία άλλων καρκίνων με χρήση ακτινοβολιών. Το οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνει ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών και καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Η φυσική εξέταση που πραγματοποιούνται από κλινικούς ιατρούς περιλαμβάνει έλεγχο των μαστών, της περιοχής γύρω από το λαιμό και τις μασχάλες (Kolb et al. 2002).

Σημαντικό μέτρο πρόληψης αποτελεί η αυτοεξέταση των μαστών. Οι περισσότεροι γιατροί εκπαιδεύουν τις γυναίκες να πραγματοποιούν μόνες τους μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών τους ώστε να μπορούν να εντοπίσουν ανωμαλίες στο μέγεθος και το σχήμα κατά την αυτοεξέταση (Gursoy et al. 2009). Η αυτοεξέταση συνίσταται από την ηλικία των 18 και εφόρου ζωής, ενώ πρέπει να συνδυάζεται με υπερηχογράφημα μαστών από την ηλικία των 25 και με μαστογραφία από την ηλικία των 35 και έπειτα.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ



(Πηγή: <https://christoscharisis.gr/karkinos-mastou-xeirourgeio/>)

Ο υγιεινός τρόπος ζωής είναι επίσης ένα προληπτικό μέτρο κατά του καρκίνου του μαστού. Η σωστή διατροφή (με έμφαση στην κατανάλωση ξηρών καρπών και Ω3/ψάρια), η μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ, η γυμναστική, η διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους και η μη χρήση καπνού είναι κάποιες από τις συνήθειες που μπορούν να υιοθετήσουν προληπτικά οι γυναίκες.

3.5. Διάγνωση – Θεραπεία

Σε ασθενείς που έχουν ταυτοποιηθεί με όγκο μαστού, χρησιμοποιούνται διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως στοχευμένη θεραπεία, ορμονική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση (λομεκτομή, μαστεκτομή) και χημειοθεραπεία.

Διατίθενται διάφορα σύγχρονα φάρμακα για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η ιατρική θεραπεία του καρκίνου του μαστού με αντιοιστρογόνα όπως η ραλοξιφαίνη ή η ταμοξιφαίνη μπορεί να θωρακίσουν ακόμα και άτομα που έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου αυτού (Peng et al. 2009). Παρόλα αυτά, τα φάρμακα συχνά παρέχουν προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων, επιμήκυνση της ζωής και περιστασιακά θεραπεύουν την ασθένεια (Mehta et al. 2010). Αυτή είναι η πρωταρχική στρατηγική διαχείρισης για άτομα των οποίων ο καρκίνος

του μαστού δεν έχει επεκταθεί σε άλλες περιοχές του σώματος (Houssami et al. 2017).

Σε άτομα με μετάσταση, ο χειρισμός στοχεύει συνήθως στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής και της διάρκειας επιβίωσης (Reeder&Vogel 2008). Οι δυσάρεστες παρενέργειες της θεραπείας με καρκίνο του μαστού είναι ένας από τους πιο παρακινητικούς παράγοντες για την εξεύρεση εναλλακτικών μεθόδων. Η χρήση βοτάνων για τη θεραπεία ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού θεωρείται φυσική εναλλακτική λύση, διότι ορισμένα φυτά μπορεί να περιέχουν ιδιότητες που φυσικά έχουν την ικανότητα να θεραπεύουν τον καρκίνο του μαστού (Abdull&Noor 2013).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της γνώσης και στάσης των γυναικών σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου σε μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας.

Ερευνητικά ερωτήματα

Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης, διατυπώθηκαν οι ακόλουθοι στόχοι:

1. Έχουν οι γυναίκες επαρκείς γνώσεις σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου;
2. Ποια είναι η στάση των γυναικών ως προς την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου;
3. Ποιες πρακτικές ακολουθούν οι γυναίκες σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου;
4. Ποιοι είναι οι κοινωνικοοικονομικοί δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη γνώση και τη στάση των γυναικών όσον αφορά την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου;

4.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα σε γυναίκες που διαμένουν σε αγροτική περιοχή του νομού Κορινθίας. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sample). Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τις γυναίκες που συμμετείχαν. Η διάρκεια της έρευνας ήταν από τον Σεπτέμβριο έως και τον Νοέμβριο 2020.

Δείγμα έρευνας

Κριτήρια εισόδου

- Γυναίκες άνω των 18 ετών
- Μόνιμη διαμονή σε αγροτική περιοχή

- Γυναίκες πρόθυμες να συμμετάσχουν και να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στη μελέτη

Κριτήρια αποκλεισμού

- Γυναίκες κάτω των 18 ετών
- Δεν διέμεναν μόνιμα σε αγροτική περιοχή
- Γυναίκες που δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στη μελέτη

Συνολικά συμμετείχαν στην έρευνα 120 γυναίκες, που διέμεναν σε αγροτική περιοχή του νομού Κορινθίας.

Εργαλεία έρευνας

Το ερωτηματολόγιο, που επιλέχθηκε για αυτήν τη μελέτη ως εργαλείο μέτρησης των στάσεων, αντιλήψεων και καθοριστικών παραγόντων της συμπεριφοράς των γυναικών στον έλεγχο γυναικολογικού καρκίνου, έχει χρησιμοποιηθεί σε παρόμοια έρευνα από την M. Saridi et al. (2017), σε αστική περιοχή της Ελλάδας. Για την χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε άδεια από την συγγραφέα. Το ερωτηματολόγιο αρχικά περιλαμβάνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με: κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων, κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού, ιστορικό λοίμωξης με HPV, HPV εμβολιασμός, τεστ Παπανικολάου, μαστογραφία, προληπτικοί έλεγχοι. Στην επόμενη ενότητα οι συμμετέχουσες έπρεπε να απαντήσουν ως προς τους οικονομικούς παράγοντες πρόληψης. Για πληρέστερη κατανόηση των απαντήσεων, προστέθηκαν τρεις ανοιχτές ερωτήσεις.

Ηθική και Δεοντολογία

Η ερευνήτρια επισκέφθηκε τις οικίες των γυναικών και τις ενημέρωσε για το στόχο της μελέτης, τα οφέλη και τη σημασία της. Οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν σχετικά με το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε σημείο της μελέτης. Οι αρχές της ευεργεσίας, του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της δικαιοσύνης και της ενημερωμένης συναίνεσης τηρήθηκαν για την προστασία των ερωτηθέντων της μελέτης. Ο σεβασμός, το απόρρητο, η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των ερωτηθέντων τηρήθηκαν και προστατεύθηκαν σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις γυναίκες εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences) προκειμένου να διεξαχθεί η στατιστική τους επεξεργασία και τα τελικά συμπεράσματα.

A) Περιγραφική στατιστική

Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με ποσοστιαίες κατανομές, μέσες τιμές ή τυπικές αποκλίσεις που αφορούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά του δείγματος και τις απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια της έρευνας.

B) Επαγωγική στατιστική

Στοχεύοντας στη διαφορά μεταξύ των γνώσεων και στάσεων των γυναικών σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Τα δεδομένα ήταν ονομαστικές ή διατάξιμες μεταβλητές και για αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Pearson's χ^2 test. Το επίπεδο σημαντικότητας της έρευνας τέθηκε σε 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα Έρευνας

5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 32,5% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα >50 ετών και το 30% στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών. Η πλειοψηφία ήταν Ελληνίδες. Το 35% είχε ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση. Το 51,7% είχε οικογενειακό εισόδημα από €500-1000. Το 51,7% του δείγματος ήταν έγγαμες. Το 58,3% είχε παιδιά και από αυτές το 67,1% είχε έως 2 παιδιά.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

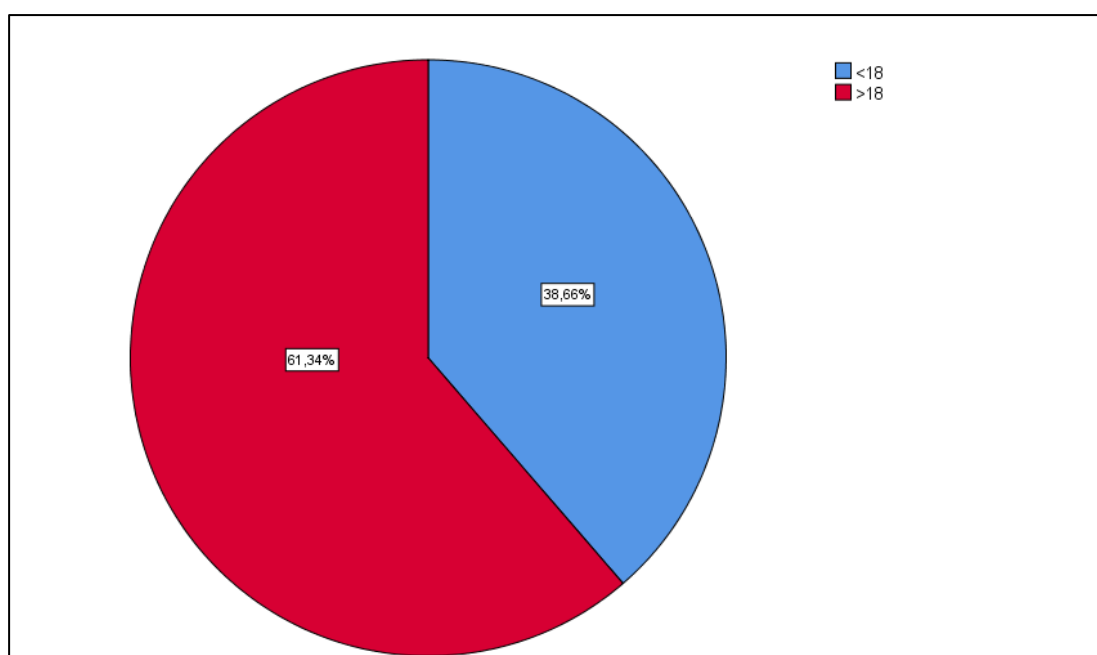
	Αριθμός	Ποσοστό
Ηλικία		
<20 ετών	7	5,8
21-30 ετών	36	30,0
31-40 ετών	19	15,8
41-50 ετών	19	15,8
>50 ετών	39	32,5
Εθνικότητα		
Ελληνική	108	90,0
Άλλη	12	10,0
Μορφωτικό επίπεδο		
Βασική εκπαίδευση	26	21,7
Μέση εκπαίδευση	42	35,0
Ανώτερη εκπαίδευση	28	23,3
Ανώτατη εκπαίδευση	24	20,0
Οικογενειακό εισόδημα		
<500 €	35	29,2
από 500-1000	62	51,7
από 1000-1500	15	12,5
από 1500-2000	5	4,2
>2000 €	3	2,5
Οικογενειακή κατάσταση		

Ελεύθερη	41	34,2
Έγγαμη	62	51,7
Διαζευγμένη	8	6,7
Χήρα	9	7,5
Ύπαρξη παιδιών		
Όχι	50	41,7
Ναι	70	58,3
Αριθμός παιδιών		
Έως 2	47	67,1
>2	23	32,9

5.2. Γνώση σχετικά με την σεξουαλική επαφή

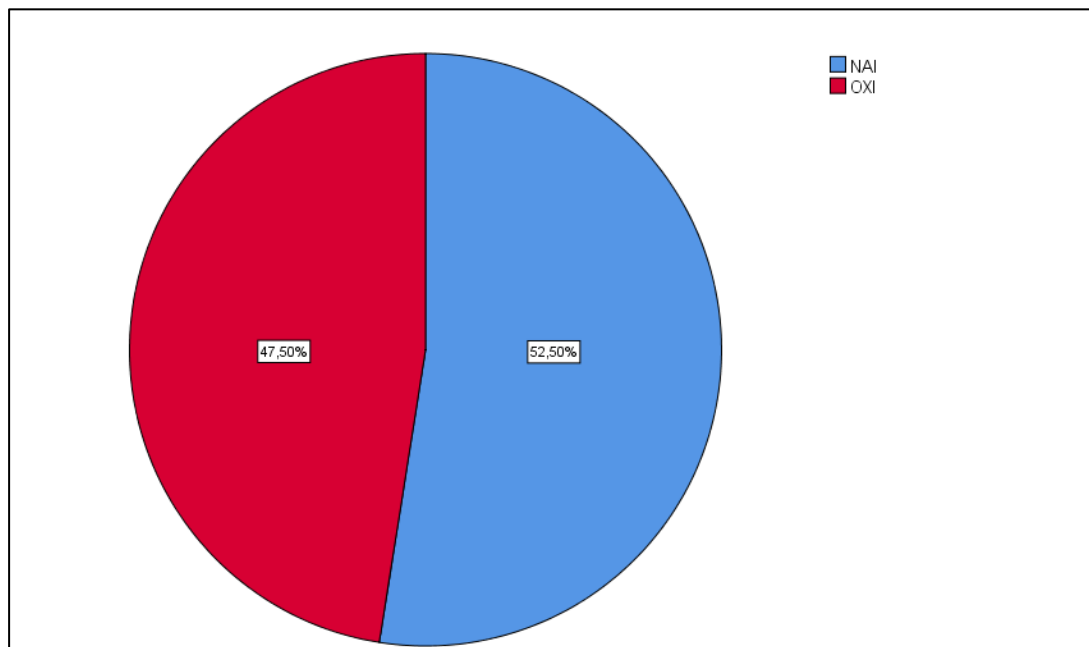
Το 61,34% των γυναικών δήλωσαν ότι ξεκίνησαν τις σεξουαλικές επαφές τους άνω των 18 ετών.

Διάγραμμα 1. Ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών



Το 52,5% των γυναικών δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό, ενώ το 47,5% απάντησε αρνητικά.

Διάγραμμα 2.Χρήση προφυλακτικού

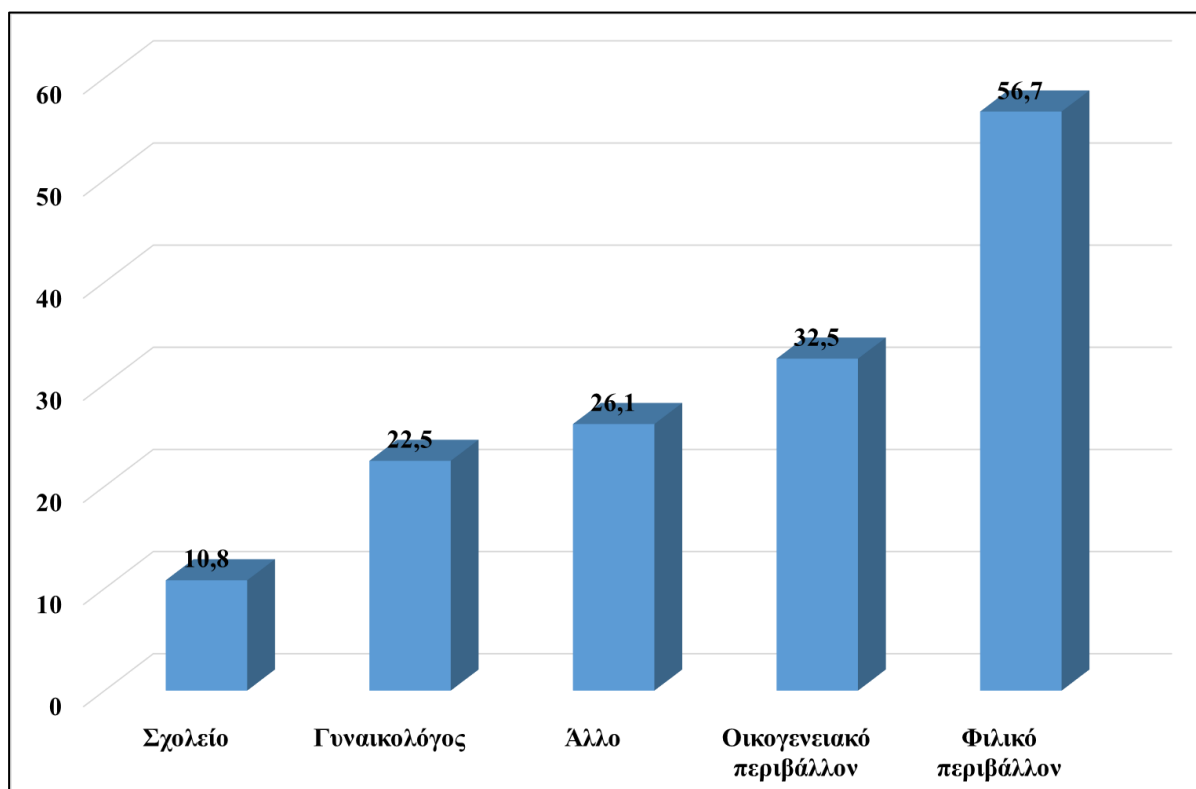


Η πλειοψηφία των γυναικών (56,7%) απάντησαν ότι ενημερώθηκαν περί σεξουαλικής επαφής από το φιλικό περιβάλλον και το 32,5% από το οικογενειακό περιβάλλον.

Πίνακας 2.Ενημέρωση περί σεξουαλικής επαφής

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σχολείο	10,8	89,2
Φιλικό περιβάλλον	56,7	43,3
Οικογενειακό περιβάλλον	32,5	67,5
Γυναικολόγος	22,5	77,5
Άλλο	26,1	73,9

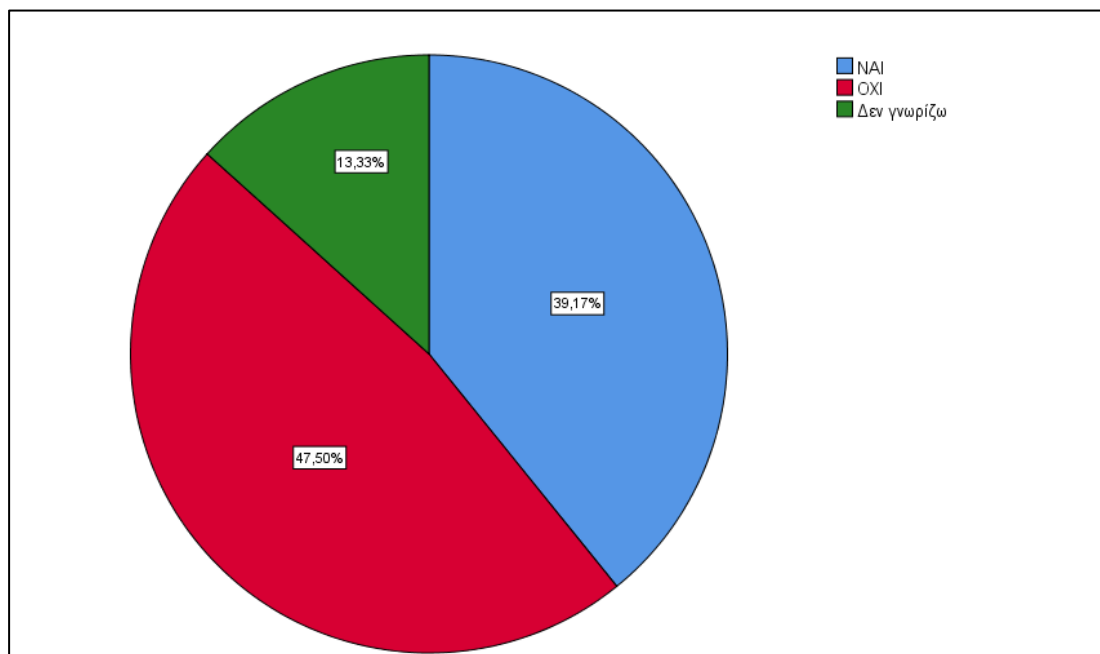
Διάγραμμα 3. Ενημέρωση περί σεξουαλικής επαφής



5.3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Το 47,5% των γυναικών δεν έχει ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ το 39,17% έχει και το 13,3% δεν γνώριζε.

Διάγραμμα 4. Ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

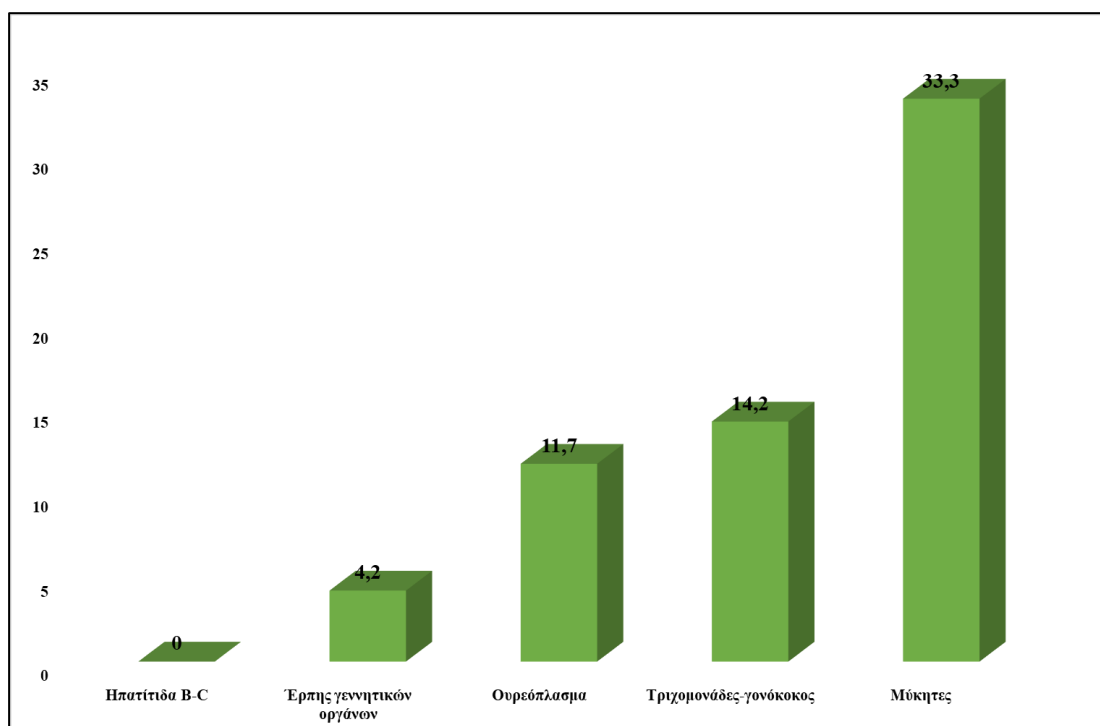


Συγκεκριμένα, το 33,3% δήλωσε μύκητες και το 14,2% τριχομονάδες-γονόκοκκος, ενώ χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά στα υπόλοιπα μεταδιδόμενα νοσήματα.

Πίνακας 3. Λοιμώξεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

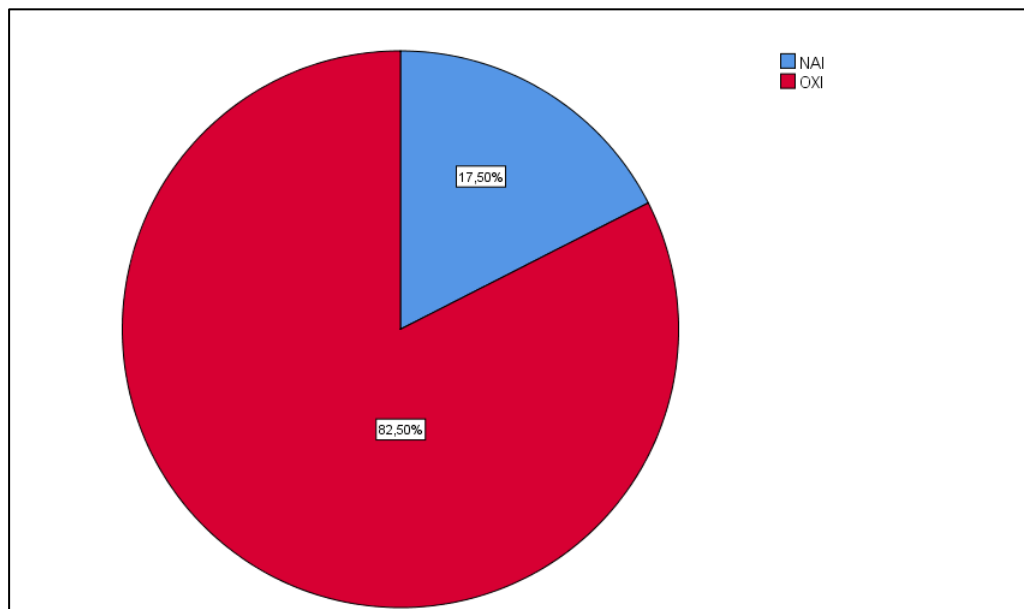
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μύκητες	33,3	66,7
Τριχομονάδες-γονόκοκκος	14,2	85,8
Ουρεόπλασμα	11,7	88,3
Ηπατίτιδα Β-С	0	100,0
Έρπης γεννητικών οργάνων	4,2	95,8

Διάγραμμα 5. Λοιμώξεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα



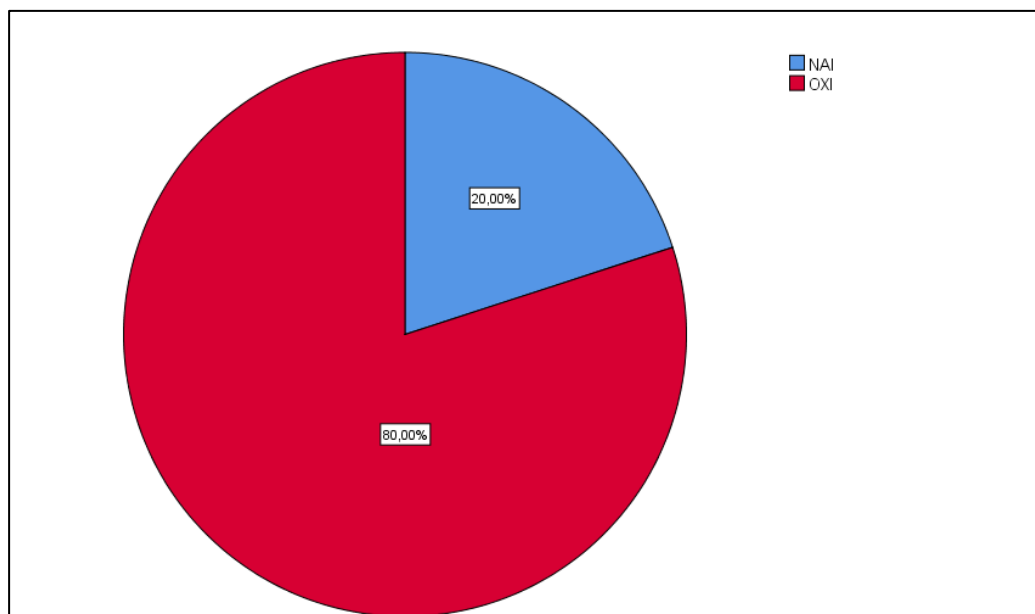
Το 82,5% των γυναικών δεν έχει κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων, ενώ το 17,5% έχει κληρονομικό.

Διάγραμμα 6. Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων



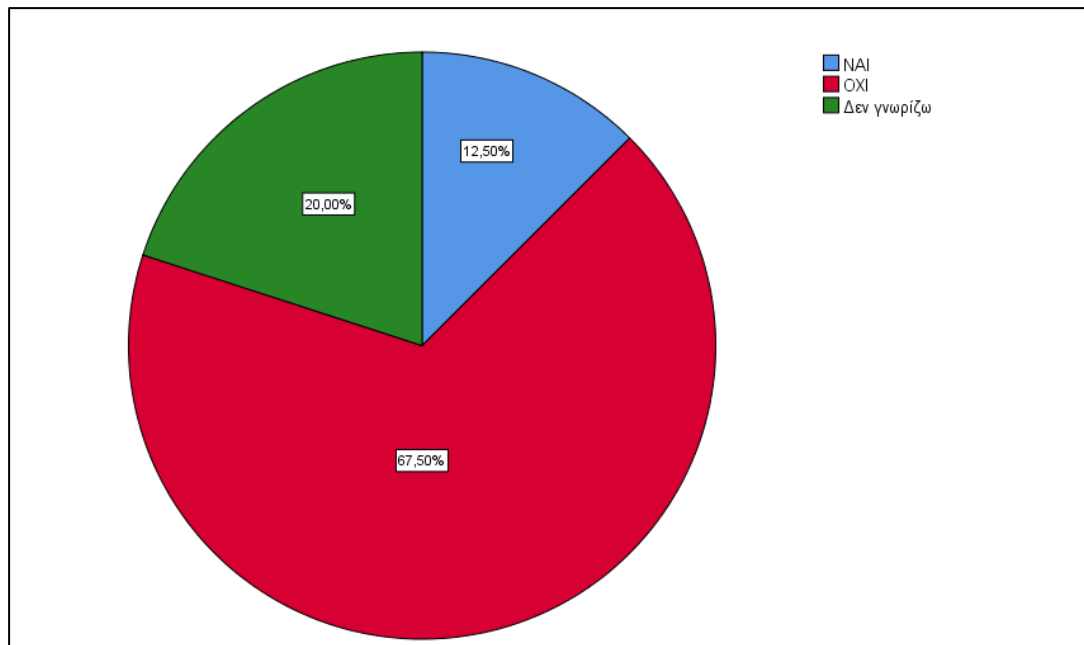
Το 80% των γυναικών δεν έχει κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού.

Διάγραμμα 7. Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού



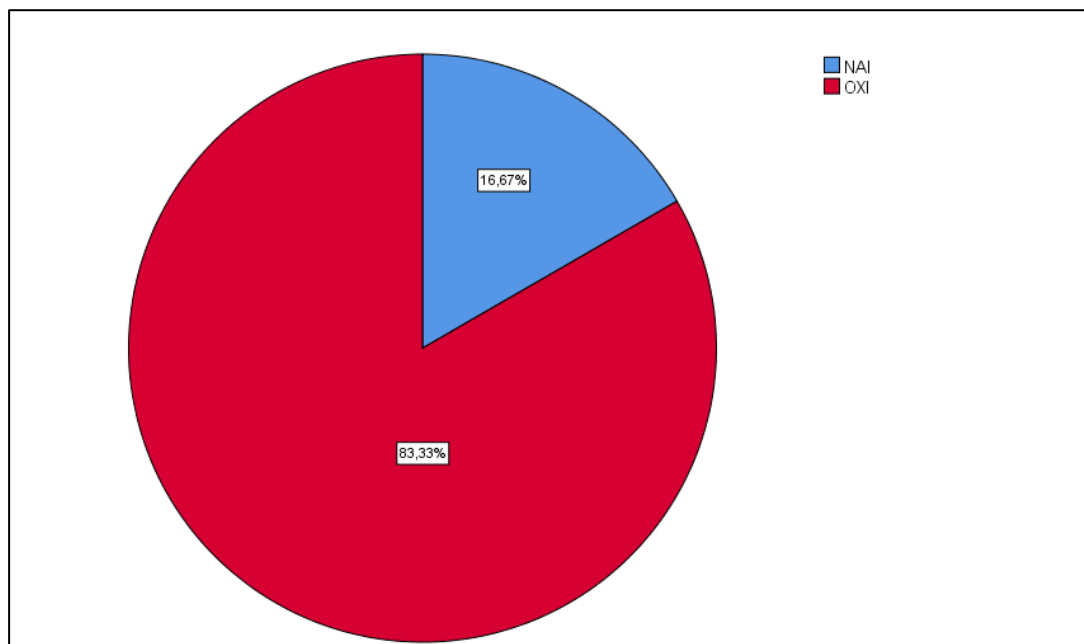
Το 67,5% των γυναικών δεν έχει ιστορικό λοίμωξης με HPV, ενώ το 12,5% έχει.

Διάγραμμα 8. Ιστορικό λοίμωξης με HPV



Το 83,3% των γυναικών δεν έχει εμβολιαστεί για HPV, ενώ μόνο το 16,6% έχει εμβολιαστεί.

Διάγραμμα 9. HPV εμβολιασμός



Το 62,5% των γυναικών που δεν έχει εμβολιαστεί, δήλωσε ότι θα ήθελε να εμβολιαστεί ή να εμβολιάσει τα παιδιά της, σε σύγκριση με το 27,5% που απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 4. Εάν δεν έχετε εμβολιαστεί, θα κάνατε το εμβόλιο εσείς ή το παιδί σας

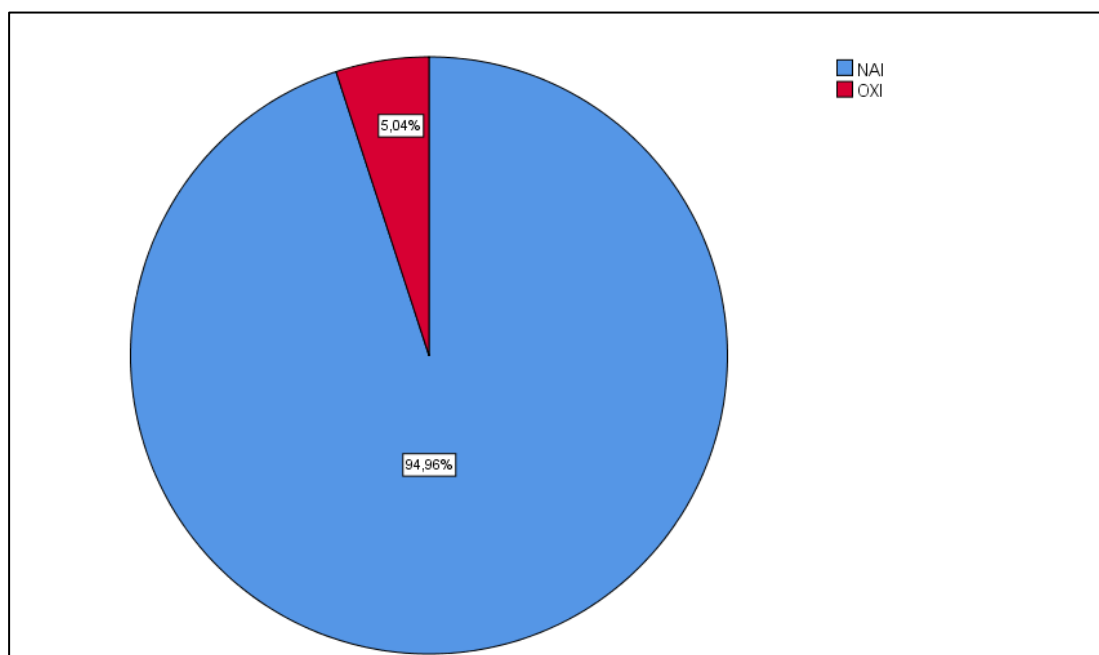
	Αριθμός	Ποσοστό
ΝΑΙ	75	62,5
ΟΧΙ	33	27,5
Καμία απάντηση	12	10,0

Οι γυναίκες που απάντησαν ότι δεν επιθυμούν να εμβολιαστούν ανέφεραν τους παρακάτω λόγους:

- *ακολουθώ τις οδηγίες του γιατρού μου ο οποίος θεωρεί πως έχει πολλές παρενέργειες*
- *γιατί δεν έχει τύχει*
- *δεν πιστεύω στη χρησιμότητα του εμβολίου*
- *δεν χρειάστηκε*
- *διότι και εγώ και τα παιδιά μου παίρνουμε προφυλάξεις*
- *διότι καλύπτει ορισμένα στελέχη του ιού κ ενώ νομίζεις ότι είσαι προφυλαγμένη δεν χρησιμοποιείς προφυλακτικό*
- *έχω ακούσει για σοβαρές παρενέργειες και φοβάμαι*
- *λόγω παρενεργειών*
- *το έχω αμελήσει είναι στα άμεσα σχέδια μου*
- *το θεωρώ σημαντικό απλά το αμελώ*
- *φόβος για παρενέργειες*

Το 95% των γυναικών θεωρεί απαραίτητο το τεστ-Παπ και μόνο το 5% απάντησε αρνητικά.

Διάγραμμα 10. Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-Παπ



Το 46,1% του δείγματος δήλωσε ότι έκανε πρώτη φορά τεστ Παπανικολάου από τα 20 έως τα 30 έτη και το 29,6% πριν τα 20 έτη.

Πίνακας 5. Εάν ΝΑΙ πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-Παπ

	Αριθμός	Ποσοστό
<20	34	29,6
από 20-30	53	46,1
από 30-40	14	12,2
από 40-50	11	9,6
>50	3	2,6

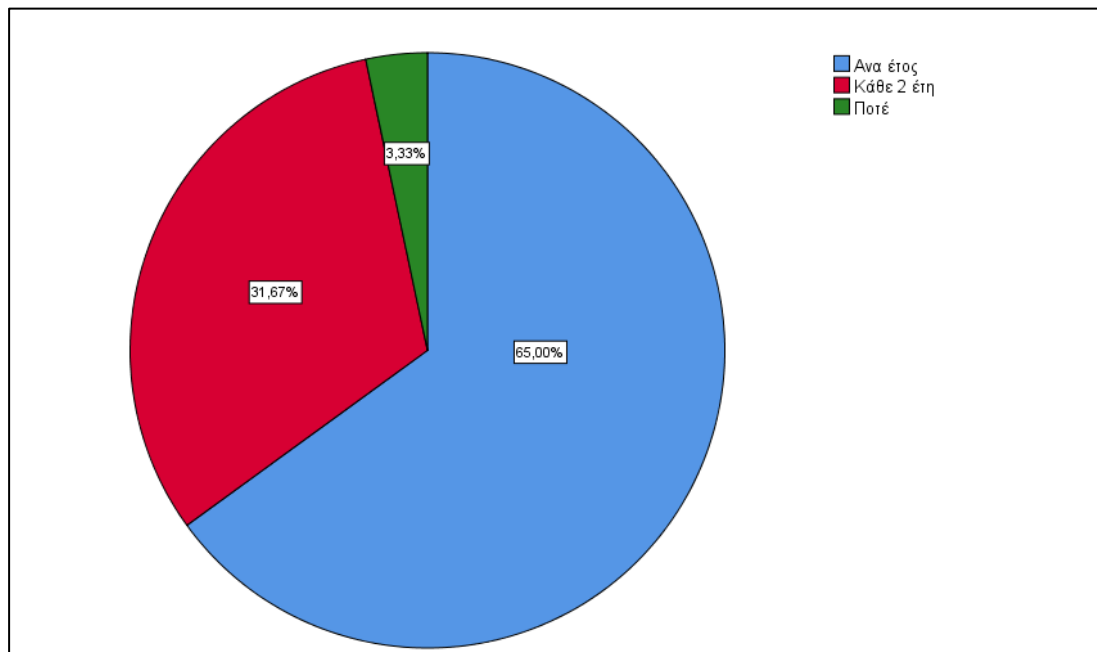
Το 87,8% των γυναικών απάντησε ότι το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ-Παπ ήταν αρνητικό για κακοήθεια και μόνο 5,2% απάντησε ότι ήταν θετικό.

Πίνακας 6. Ποιο το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ-Παπ

	Αριθμός	Ποσοστό
Αρνητικό για κακοήθεια	101	87,8
Θετικό για κακοήθεια	6	5,2
Πιθανή λοίμωξη από HPV	8	7,0

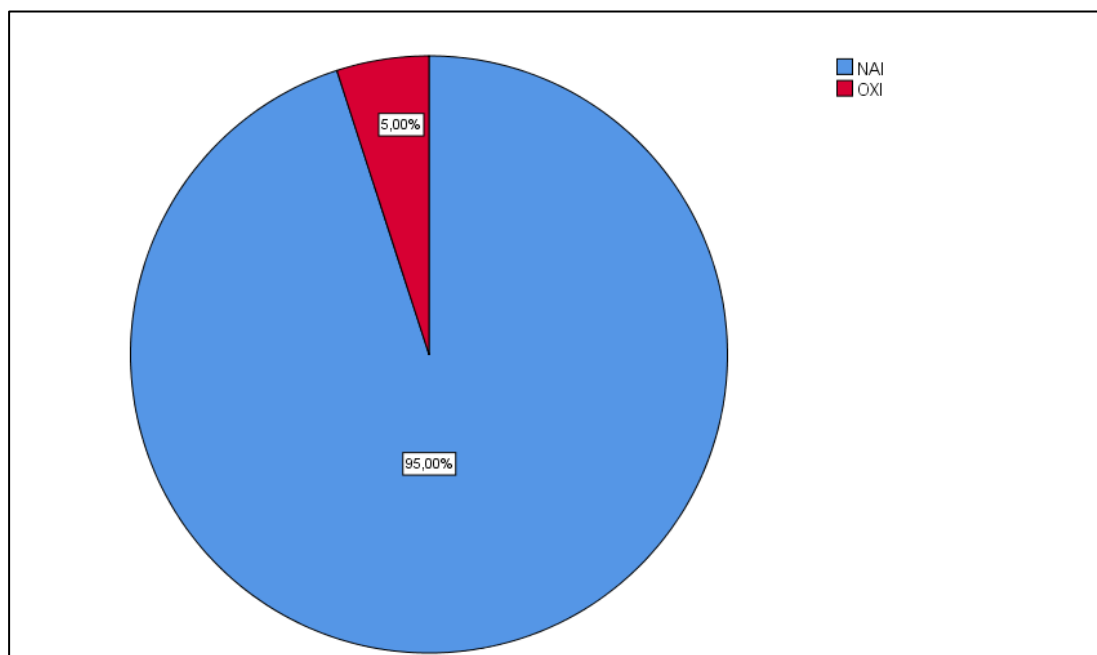
Το 65% του δείγματος εξετάζεται με τεστ Παπανικολάου κάθε χρόνο, το 32% κάθε 2 έτη και μόνο το 3,3% απάντησε ποτέ.

Διάγραμμα 11. Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ



Το 95% των γυναικών θεωρεί απαραίτητη τη μαστογραφία και μόνο το 5% απάντησε αρνητικά.

Διάγραμμα 12. Θεωρείτε απαραίτητη τη μαστογραφία



Το 51,7% απάντησε ότι έχει κάνει μαστογραφία, το 4,2% απάντησε αρνητικά και το 44,2% δεν έδωσε καμία απάντηση.

Πίνακας 7. Έχετε κάνει μαστογραφία

	Αριθμός	Ποσοστό
ΝΑΙ	62	51,7
ΟΧΙ	5	4,2
Καμία απάντηση	53	44,2

Οι λόγοι που δεν έχουν κάνει μαστογραφία οι γυναίκες είναι:

- ❖ *γιατί δεν έχει τύχει*
- ❖ *δεν χρειάστηκε*
- ❖ *το έχω αμελήσει είναι στα άμεσα σχέδια μου*
- ❖ *το θεωρώ σημαντικό απλά το αμελώ*

Το 35% των γυναικών απάντησε ότι το αποτέλεσμα της τελευταίας μαστογραφίας ήταν αρνητικό για κακοήθεια και μόνο 2,5% απάντησε ότι ήταν θετικό. Σημαντικό είναι και το 14,2% όπου απάντησε ότι βρέθηκαν καλοήγη όγκοι που παρακολουθούνται.

Πίνακας 8. Αν ΝΑΙ, ποιο το αποτέλεσμα της τελευταίας μαστογραφίας;

	Αριθμός	Ποσοστό
Αρνητικό για κακοήθεια	42	35,0
Θετικό για κακοήθεια	3	2,5
Καλοήγη όγκοι που παρακολουθούνται	17	14,2
Καμία απάντηση	58	48,3

Το 26,7% του δείγματος δήλωσε ότι έκανε πρώτη φορά μαστογραφία σε ηλικία άνω των 40 ετών.

Πίνακας 9. Ηλικία έναρξης μαστογραφίας

	Αριθμός	Ποσοστό
<35	22	18,3
>40	32	26,7
>50	8	6,7
Καμία απάντηση	58	48,3

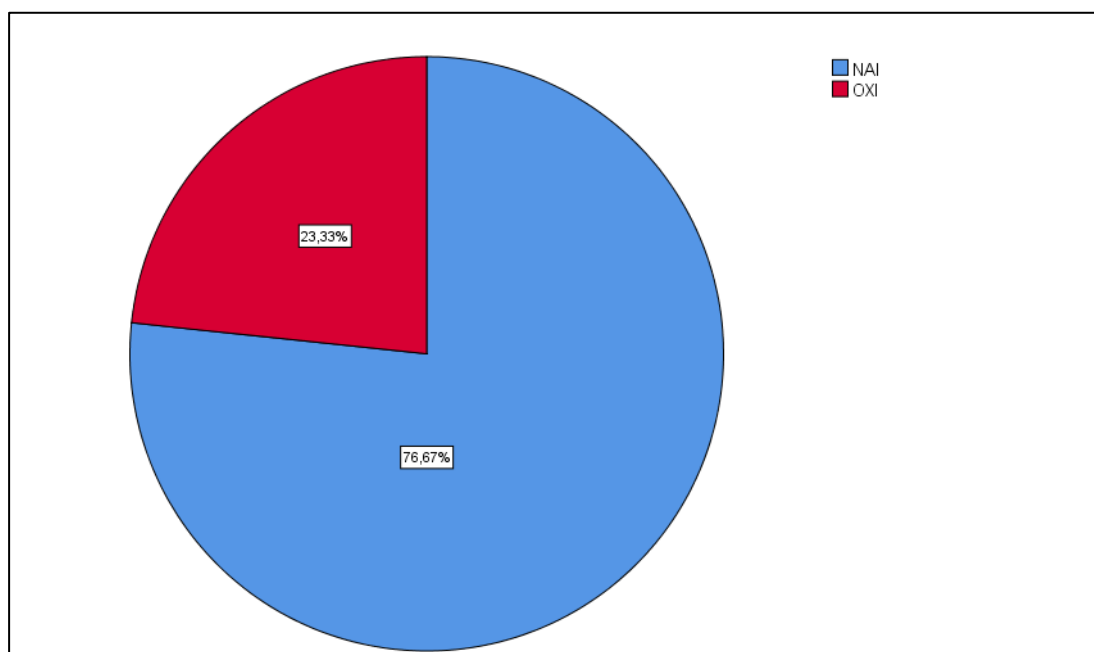
Το 26,7% του δείγματος πραγματοποιεί μαστογραφία κάθε 2 έτη και το 25% κάθε χρόνο.

Πίνακας 10. Συχνότητα εξέτασης μαστογραφίας

	Αριθμός	Ποσοστό
Ανά έτος	30	25,0
Κάθε 2 έτη	32	26,7
Ποτέ	2	1,7
Καμία απάντηση	56	46,7

Το 76,7% απάντησε ότι ψηλαφίζει τους μαστούς, ενώ το 23,3% απάντησε αρνητικά.

Διάγραμμα 13. Ψηλάφηση μαστών



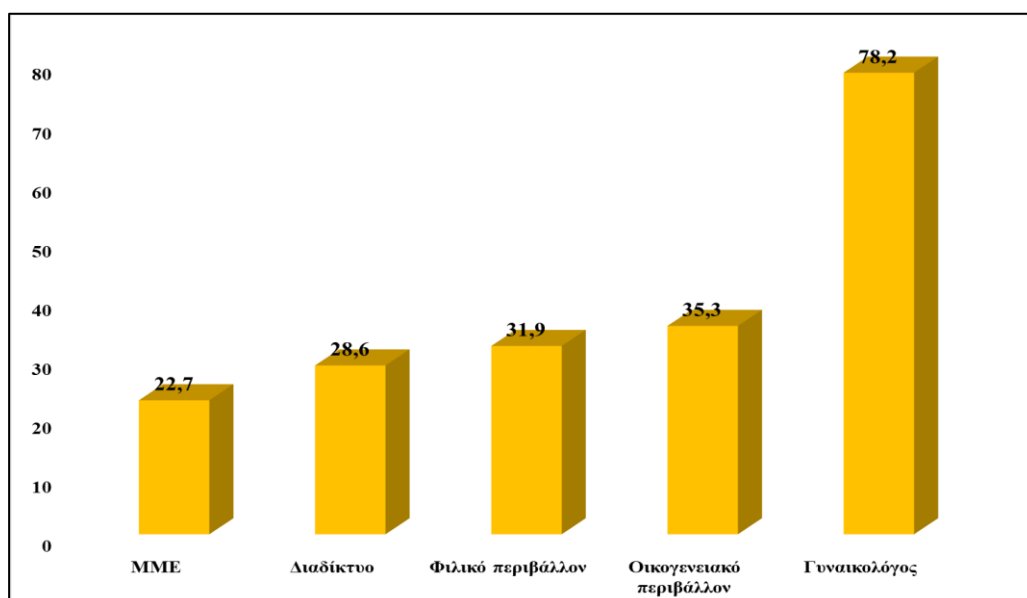
Το 78,3% των γυναικών ενημερώθηκε περί προληπτικού ελέγχου από τον γυναικολόγο, 35,3% από το οικογενειακό περιβάλλον και 31,9% από φιλικό περιβάλλον.

Πίνακας 11. Ενημέρωση περί προληπτικού ελέγχου

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φιλικό περιβάλλον	31,9	68,1
Γυναικολόγος	78,2	21,8
Οικογενειακό περιβάλλον	35,3	64,7

MME	22,7	77,3
Διαδίκτυο	28,6	71,4

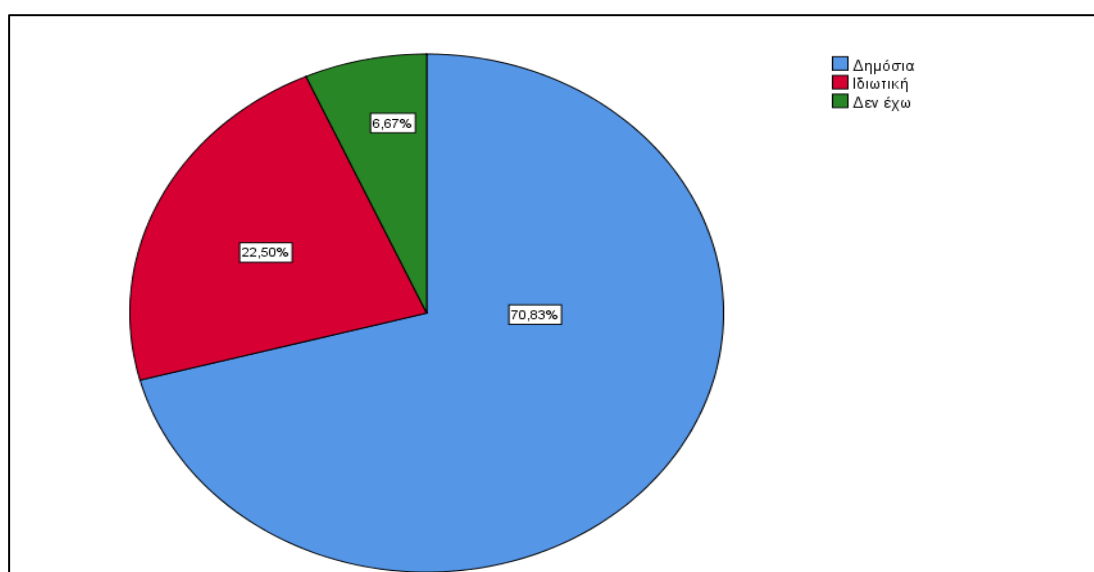
Διάγραμμα 14. Ενημέρωση περί προληπτικού ελέγχου



5.4. Οικονομικοί παράγοντες πρόληψης

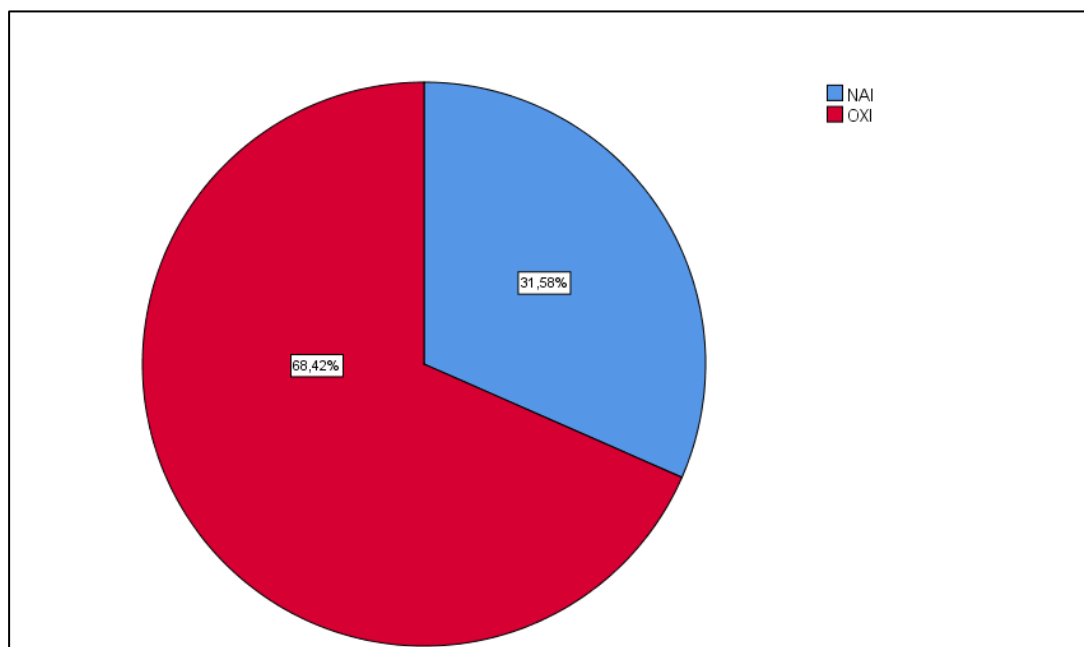
Το 70,8% απάντησε ότι καλύπτεται από δημόσια ασφάλιση και 22,5% από ιδιωτική, ενώ το 6,6% απάντησε ότι δεν έχει ασφάλιση.

Διάγραμμα 15. Ποιο είναι το είδος ασφάλισης που σας καλύπτει



Το 68,4% απάντησε ότι δεν καλύπτεται επαρκώς από τον ασφαλιστικό φορέα όσον αφορά τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο και το 31,5% απάντησε θετικά.

Διάγραμμα 16. Θεωρείτε ότι καλύπτεστε επαρκώς από τον ασφαλιστικό σας φορέα όσον αφορά τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο



Το δείγμα που απάντησε ότι δεν καλύπτεται επαρκώς δήλωσε λόγω μερικής ασφαλιστικής κάλυψης (89,5%).

Πίνακας 12. Αν ΟΧΙ αναφέρετε τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μερική ασφαλιστική κάλυψη	89,5	10,5
Δυσκολία πρόσβασης σε γιατρό (για συνταγογράφηση)	26,3	73,7
Έλλειψη ενημέρωσης στη διαδικασία συνταγογράφησης	7,9	92,1

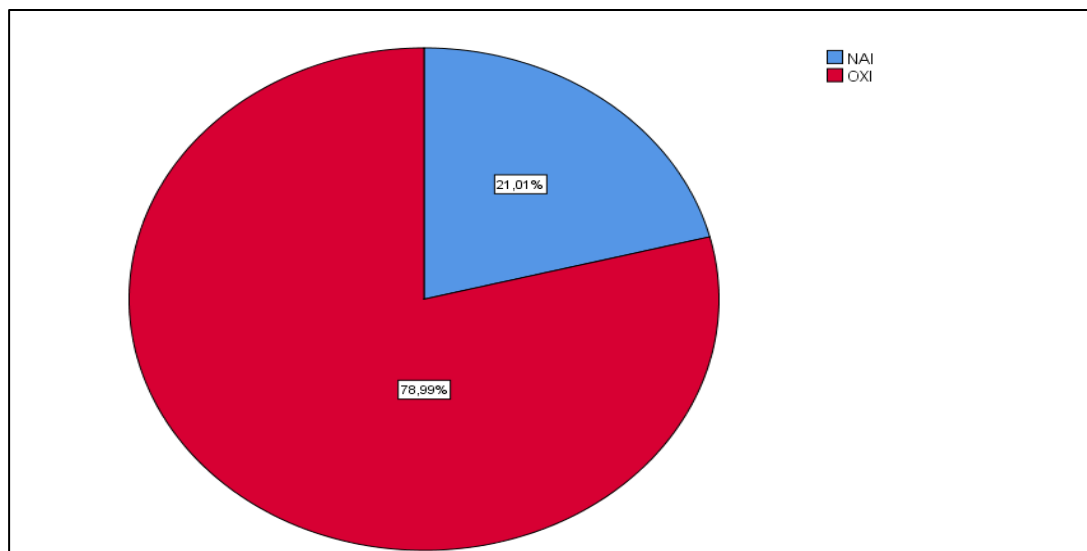
Το 78,3% και το 74% επιλέγει ιδιωτικό τομέα για έλεγχο τεστ-Παπ και μαστογραφίας.

Πίνακας 13. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο

	Δημόσιο	Ιδιωτικό
τεστ-Παπ	21,7	78,3
Μαστογραφία	26,0	74,0

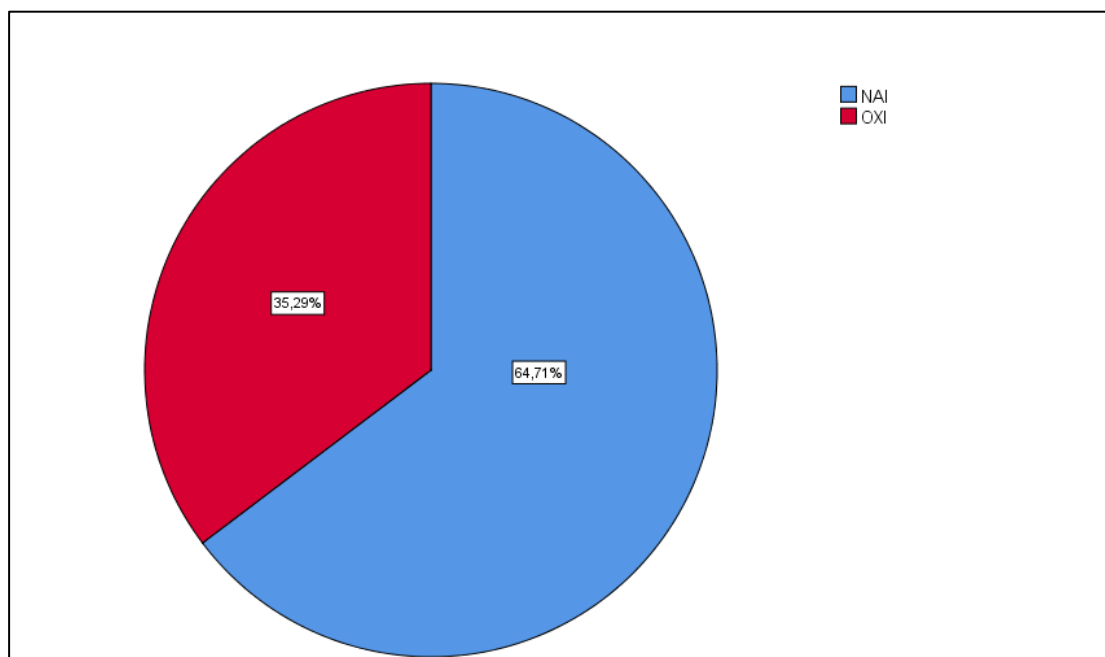
Το 78,9% απάντησε ότι δεν έχει επηρεαστεί η συχνότητα προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου λόγω της οικονομικής κρίσης, ενώ το 21% απάντησε ότι έχει επηρεαστεί.

Διάγραμμα 17. Πριν την οικονομική κρίση κάνατε πιο συχνά προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο



Το 64,7% θεωρεί ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου.

Διάγραμμα 18. Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου



Οι λόγοι που θεωρούν ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου είναι οι ακόλουθοι:

- αμελούν τον γυναικολογικό έλεγχο λόγω έλλειψης χρημάτων.
- αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα λόγω οικονομικών δυσκολιών καθώς θεωρώ ότι πρέπει να γίνονται πιο συχνοί έλεγχοι και όχι μια φορά ανά 2-3 έτη.
- γιατί δεν έχουμε λεφτά.
- γιατί δεν υπάρχουν χρήματα.
- δεν είναι εύκολο να βρεις γιατρό του δημοσίου για επαρκή κ ικανοποιητικό έλεγχο ώστε να είναι μικρό το κόστος εξέτασης.
- δεν υπάρχουν χρήματα.
- δεν υπάρχουν χρήματα για προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους
- είναι ελάχιστοι οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ οπότε το κόστος του τεστ Παπ και ο γυναικολογικός έλεγχος επιβαρύνουν αποκλειστικά τους ασφαλισμένους
- έλλειψη χρημάτων
- η έλλειψη χρημάτων είναι η αίτια οπού ο προληπτικός γυναικολογικός έλεγχος έρχεται σε δεύτερη μοίρα
- η μέση γυναικά δεν αμείβεται επαρκώς και βάζει άλλες προτεραιότητες (σύζυγο, σπίτι, ανάγκες παιδιών) με αποτέλεσμα να αμελεί την υγεία της
- λόγω ανεργίας
- λόγω έλλειψης χρημάτων
- λόγω οικονομικών δυσκολιών
- λόγω της οικονομικής κρίσης, κάποιες γυναίκες αδυνατούν να διαθέσουν χρήματα για τον σκοπό αυτό
- μειωμένο εισόδημα σε συνδυασμό με υψηλό κόστος εξέτασης -αδυναμία προληπτικού ελέγχου
- ναι γιατί ίσως για πολλές γυναίκες δεν είναι κάτι τόσο αναγκαίο σε σύγκριση με άλλες ανάγκες που μπορεί να έχουν και λόγω οικονομικής κατάστασης να χρειάζεται να τεθούν σε αναμονή τέτοια θέματα
- ναι διότι δεν επαρκούν τα χρήματα
- ναι διότι δεν επαρκούν τα χρήματα να τα διαθέσεις για πρόληψη
- ναι διότι οι γυναίκες δίνουν προτεραιότητα σε άλλες ανάγκες

- *ναι διότι το εισόδημα μου πλέον δεν επαρκεί για προληπτικούς γυναικολογικούς ελέγχους*
- *ο γυναικολογικός έλεγχος ιδιωτικά είναι ακριβός και έτσι οι γυναίκες με οικονομικά προβλήματα τον αμελούν*
- *οι γυναίκες δεν έχουν χρήματα για γυναικολογικό έλεγχο λόγω της οικονομικής κρίσης και ο δημόσιος φορέας δεν τις καλύπτει επαρκώς*
- *πολλές γυναίκες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν τον γυναικολογικό έλεγχο λόγω οικονομικών δυσκολιών*
- *πολλές γυναίκες έμειναν άνεργες και σαν αποτέλεσμα δεν έχουν χρήματά για να κάνουν τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο*
- *πολλές γυναίκες λόγω των οικονομικών προβλημάτων και στην προσπάθεια τους να καλύψουν βασικές τους ανάγκες αμελούν τον εαυτό τους*
- *προφανώς διότι ο γυναικολογικός έλεγχος που οφείλουν όλες οι γυναίκες να κάνουν ετησίως είναι ιδιαίτερα ακριβός*
- *σαφέστατα μιας και ο ασφαλιστικός φορέας δεν καλύπτει επαρκώς τον γυναικολογικό έλεγχο*
- *σαφώς καθώς η οικονομική κατάσταση επηρεάζει τη συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου*
- *συχνά αναβάλλουμε τους προληπτικούς ελέγχους για την υγεία μας λόγω οικονομικών δυσκολιών*

5.5. Συγκρίσεις Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών Δείγματος με τις γνώσεις και τις στάσεις σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου

❖ Ηλικιακές ομάδες

Η πλειοψηφία των γυναικών <30 ετών χρησιμοποιούν προφυλακτικό, σε σύγκριση με τις γυναίκες 31+ ετών που χρησιμοποιούν λιγότερο. Σημαντικό είναι ότι το 76,9% των γυναικών 50+ ετών δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό.

Πίνακας 14. Χρήση προφυλακτικού σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Χρήση προφυλακτικού		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<20 ετών	Αριθμός	6	1	0,001
	%	85,7%	14,3%	
21-30 ετών	Αριθμός	28	8	
	%	77,8%	22,2%	
31-40 ετών	Αριθμός	9	10	
	%	47,4%	52,6%	
41-50 ετών	Αριθμός	11	8	
	%	57,9%	42,1%	
>50 ετών	Αριθμός	9	30	
	%	23,1%	76,9%	

Το 42,1% των γυναικών ηλικίας 41-50 ετών δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 15. Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<20 ετών	Αριθμός	1	6	0,015
	%	14,3%	85,7%	

21-30 ετών	Αριθμός	3	33
	%	8,3%	91,7%
31-40 ετών	Αριθμός	1	18
	%	5,3%	94,7%
41-50 ετών	Αριθμός	8	11
	%	42,1%	57,9%
>50 ετών	Αριθμός	8	31
	%	20,5%	79,5%

Οι περισσότερες γυναίκες κάτω των 20 ετών έχουν εμβολιαστεί για HPV, σε σύγκριση με τις γυναίκες 21+ ετών.

Πίνακας 16. HPV εμβολιασμός σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		HPV εμβολιασμός		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<20 ετών	Αριθμός	5	2	<i>0,001</i>
	%	71,4%	28,6%	
21-30 ετών	Αριθμός	7	29	
	%	19,4%	80,6%	
31-40 ετών	Αριθμός	7	12	
	%	36,8%	63,2%	
41-50 ετών	Αριθμός	1	18	
	%	5,3%	94,7%	
>50 ετών	Αριθμός	0	39	
	%	0,0%	100,0%	

Το 100% των γυναικών ηλικίας 21-50 ετών θεωρούν απαραίτητο το τεστ-Παπ, ενώ χαμηλότερα είναι τα ποσοστά στις γυναίκες <20 ετών και 51+ ετών.

Πίνακας 17. Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-Παπ σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-Παπ		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<20 ετών	Αριθμός	6	1	<i>0,037</i>
	%	85,7%	14,3%	
21-30 ετών	Αριθμός	36	0	
	%	100,0%	0,0%	
31-40 ετών	Αριθμός	19	0	
	%	100,0%	0,0%	

41-50 ετών	Αριθμός	19	0
	%	100,0%	0,0%
>50 ετών	Αριθμός	34	5
	%	87,2%	12,8%

Οι πιο μεγάλες σε ηλικία γυναίκες φαίνεται ότι έχουν καθυστερήσει ηλικιακά να κάνουν πρώτη φορά τεστ-Παπ, σε σύγκριση με τις νεότερες.

Πίνακας 18. Εάν ΝΑΙ πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-Παπ σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Εάν ΝΑΙ πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-Παπ					P value
		<20	από 20-30	από 30-40	από 40-50	>50	
<20 ετών	Αριθμός	5	1	0	0	0	0,001
	%	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	
21-30 ετών	Αριθμός	15	20	0	0	0	
	%	42,9%	57,1%	0,0%	0,0%	0,0%	
31-40 ετών	Αριθμός	9	9	1	0	0	
	%	47,4%	47,4%	5,3%	0,0%	0,0%	
41-50 ετών	Αριθμός	2	11	5	1	0	
	%	10,5%	57,9%	26,3%	5,3%	0,0%	
>50 ετών	Αριθμός	3	12	8	10	3	
	%	8,3%	33,3%	22,2%	27,8%	8,3%	

Η πλειοψηφία των γυναικών ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας δήλωσε ότι το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ-Παπ ήταν αρνητικό για κακοήθεια, ωστόσο το 33,3% των γυναικών <20 ετών δήλωσε πιθανή λοίμωξη από HPV, όπως και το 21,1% των γυναικών 41-50 ετών.

Πίνακας 19. Ποιο το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ-Παπ, σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Ποιο το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ-Παπ			P value
		Αρνητικό για κακοήθεια	Θετικό για κακοήθεια	Πιθανή λοίμωξη από HPV	
<20 ετών	Αριθμός	4	0	2	0,001
	%	66,7%	0,0%	33,3%	

21-30 ετών	Αριθμός	35	0	0
	%	100,0%	0,0%	0,0%
31-40 ετών	Αριθμός	17	0	2
	%	89,5%	0,0%	10,5%
41-50 ετών	Αριθμός	12	3	4
	%	63,2%	15,8%	21,1%
>50 ετών	Αριθμός	33	3	0
	%	91,7%	8,3%	0,0%

Οι νεότερες σε ηλικία γυναίκες φαίνεται ότι εξετάζονται με τεστ-Παπ κάθε έτος, σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία.

Πίνακας 20. Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ			P value
		Ανά έτος	Κάθε 2 έτη	Ποτέ	
<20 ετών	Αριθμός	6	0	1	0,005
	%	85,7%	0,0%	14,3%	
21-30 ετών	Αριθμός	25	11	0	
	%	69,4%	30,6%	0,0%	
31-40 ετών	Αριθμός	16	3	0	
	%	84,2%	15,8%	0,0%	
41-50 ετών	Αριθμός	15	4	0	
	%	78,9%	21,1%	0,0%	
>50 ετών	Αριθμός	16	20	3	
	%	41,0%	51,3%	7,7%	

Οι γυναίκες ηλικίας <20 έως 40 ετών έχουν ενημερωθεί περί ελέγχου από το οικογενειακό περιβάλλον, σε σύγκριση με τις γυναίκες 41+ ετών.

Πίνακας 21. Ενημέρωση περί προληπτικού ελέγχου-Οικογενειακό περιβάλλον σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Ενημέρωση περί προληπτικού ελέγχου-Οικογενειακό περιβάλλον		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<20 ετών	Αριθμός	4	3	0,008
	%	57,1%	42,9%	
21-30 ετών	Αριθμός	17	18	
	%	48,6%	51,4%	

31-40 ετών	Αριθμός	9	10
	%	47,4%	52,6%
41-50 ετών	Αριθμός	1	18
	%	5,3%	94,7%
>50 ετών	Αριθμός	11	28
	%	28,2%	71,8%

Όσο αυξάνει η ηλικία παρατηρείται ότι οι γυναίκες επιλέγουν και τον δημόσιο τομέα για προληπτικό έλεγχο τεστ-Παπ.

Πίνακας 22. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο τεστ-Παπ σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο η ιδιωτικό ιατρικό κέντρο -τεστ-Παπ		P value
		Δημόσιο	Ιδιωτικό	
<20 ετών	Αριθμός	0	6	0,017
	%	0,0%	100,0%	
21-30 ετών	Αριθμός	3	32	
	%	8,6%	91,4%	
31-40 ετών	Αριθμός	3	16	
	%	15,8%	84,2%	
41-50 ετών	Αριθμός	5	14	
	%	26,3%	73,7%	
>50 ετών	Αριθμός	14	22	
	%	38,9%	61,1%	

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με την μαστογραφία. Όσο αυξάνει η ηλικία παρατηρείται ότι οι γυναίκες επιλέγουν και τον δημόσιο τομέα για προληπτικό έλεγχο μαστογραφίας.

Πίνακας 23. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο Μαστογραφία σε σύγκριση με ηλικιακές ομάδες

		Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο η ιδιωτικό ιατρικό κέντρο Μαστογραφία		P value
		Δημόσιο	Ιδιωτικό	
<20 ετών	Αριθμός	0	2	0,018
	%	0,0%	100,0%	
21-30 ετών	Αριθμός	0	7	
	%	0,0%	100,0%	
31-40 ετών	Αριθμός	1	11	
	%	8,3%	91,7%	
41-50 ετών	Αριθμός	3	16	
	%	15,8%	84,2%	
>50 ετών	Αριθμός	16	21	
	%	43,2%	56,8%	

❖ Μορφωτικό επίπεδο

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αυξάνει και η χρήση προφυλακτικού.

Πίνακας 24. Χρήση προφυλακτικού σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Χρήση προφυλακτικού		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	3	23	0.001
	%	11,5%	88,5%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	25	17	
	%	59,5%	40,5%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	16	12	
	%	57,1%	42,9%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	19	5	
	%	79,2%	20,8%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών μειώνεται το κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων.

Πίνακας 25.Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	7	19	<i>0.001</i>
	%	26,9%	73,1%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	13	29	
	%	31,0%	69,0%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	1	27	
	%	3,6%	96,4%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	0	24	
	%	0,0%	100,0%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αυξάνεται και η πιθανότητα να έχουν εμβολιαστεί κατά του HPV.

Πίνακας 26.HPV εμβολιασμός σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		HPV εμβολιασμός		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	0	26	<i>0.024</i>
	%	0,0%	100,0%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	6	36	
	%	14,3%	85,7%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	7	21	
	%	25,0%	75,0%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	7	17	
	%	29,2%	70,8%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αυξάνεται και η πιθανότητα να θεωρούν απαραίτητο το τεστ-Παπ.

Πίνακας 27.Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-Παπ σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-Παπ		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	21	5	0.002
	%	80,8%	19,2%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	41	1	
	%	97,6%	2,4%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	28	0	
	%	100,0%	0,0%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	24	0	
	%	100,0%	0,0%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αυξάνεται και η πιθανότητα να έχουν πραγματοποιήσει πρώτη φορά τεστ Παπ σε νεότερη ηλικία.

Πίνακας 28.Εάν ΝΑΙ πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-Παπ σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Εάν ΝΑΙ πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-Παπ					P value
		<20	από 20-30	από 30-40	από 40-50	>50	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	0	10	6	5	2	0.008
	%	0,0%	43,5%	26,1%	21,7%	8,7%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	15	17	5	4	0	
	%	36,6%	41,5%	12,2%	9,8%	0,0%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	9	16	2	0	0	
	%	33,3%	59,3%	7,4%	0,0%	0,0%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	10	10	1	2	1	
	%	41,7%	41,7%	4,2%	8,3%	4,2%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αυξάνεται και η πιθανότητα να πραγματοποιούν τεστ- Παπ κάθε χρόνο.

Πίνακας 29. Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ			P value
		Ανά έτος	Κάθε 2 έτη	Ποτέ	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	6	17	3	0.001
	%	23,1%	65,4%	11,5%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	33	8	1	
	%	78,6%	19,0%	2,4%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	20	8	0	
	%	71,4%	28,6%	0,0%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	19	5	0	
	%	79,2%	20,8%	0,0%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αυξάνεται και η πιθανότητα να θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία.

Πίνακας 30. Θεωρείτε απαραίτητη τη μαστογραφία σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Θεωρείτε απαραίτητο τη μαστογραφία		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	22	4	0.034
	%	84,6%	15,4%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	40	2	
	%	95,2%	4,8%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	28	0	
	%	100,0%	0,0%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	24	0	
	%	100,0%	0,0%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, επιλέγουν περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα για προληπτικό έλεγχο τεστ-Παπ.

Πίνακας 31. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο τεστ-Παπ σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο τεστ-Παπ		P value
		Δημόσια	Ιδιωτική	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	14	9	0.001
	%	60,9%	39,1%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	7	34	
	%	17,1%	82,9%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	3	24	
	%	11,1%	88,9%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	1	23	
	%	4,2%	95,8%	

Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, επιλέγουν περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα για τον προληπτικό έλεγχο της μαστογραφίας.

Πίνακας 32. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο Μαστογραφία σε σύγκριση με μορφωτικό επίπεδο

		Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο η ιδιωτικό ιατρικό κέντρο Μαστογραφία		P value
		Δημόσια	Ιδιωτική	
Βασική εκπαίδευση	Αριθμός	16	6	0.001
	%	72,7%	27,3%	
Μέση εκπαίδευση	Αριθμός	2	27	
	%	6,9%	93,1%	
Ανώτερη εκπαίδευση	Αριθμός	1	13	
	%	7,1%	92,9%	
Ανώτατη εκπαίδευση	Αριθμός	1	11	
	%	8,3%	91,7%	

❖ Οικονομική κατάσταση

Όσο αυξάνει η οικονομική κατάσταση των γυναικών, επιλέγουν περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα για τον προληπτικό έλεγχο της μαστογραφίας.

Πίνακας 33. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο Μαστογραφία σε σύγκριση με οικονομική κατάσταση

		Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο η ιδιωτικό ιατρικό κέντρο Μαστογραφία		P value
		Δημόσιο	Ιδιωτικό	
<500 €	Αριθμός	12	9	0.003
	%	57,1%	42,9%	
από 500-1000	Αριθμός	7	28	
	%	20,0%	80,0%	
από 1000-1500	Αριθμός	1	14	
	%	6,7%	93,3%	
από 1500-2000	Αριθμός	0	4	
	%	0,0%	100,0%	
>2000 €	Αριθμός	0	2	
	%	0,0%	100,0%	

❖ Οικογενειακή κατάσταση

Οι περισσότερες ελεύθερες γυναίκες χρησιμοποιούν προφυλακτικό, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των έγγαμων, διαζευγμένων και σε χηρεία γυναικών.

Πίνακας 34. Χρήση προφυλακτικού σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

		Χρήση προφυλακτικού		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ελεύθερη	Αριθμός	36	5	0.001
	%	87,8%	12,2%	
Έγγαμη	Αριθμός	24	38	
	%	38,7%	61,3%	
Διαζευγμένη	Αριθμός	1	7	
	%	12,5%	87,5%	

Χήρα	Αριθμός	2	7
	%	22,2%	77,8%

Οι περισσότερες ελεύθερες και έγγαμες γυναίκες πραγματοποιούν εξέταση τεστ-Παπ κάθε χρόνο, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των διαζευγμένων και σε χηρεία γυναικών.

Πίνακας 35. Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

		Συχνότητα εξέτασης τεστ-Παπ			P value
		Ανά έτος	Κάθε 2 έτη	Ποτέ	
Ελεύθερη	Αριθμός	32	8	1	0.004
	%	78,0%	19,5%	2,4%	
Έγγαμη	Αριθμός	40	21	1	
	%	64,5%	33,9%	1,6%	
Διαζευγμένη	Αριθμός	4	4	0	
	%	50,0%	50,0%	0,0%	
Χήρα	Αριθμός	2	5	2	
	%	22,2%	55,6%	22,2%	

Οι περισσότερες ελεύθερες και έγγαμες γυναίκες επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα για προληπτικό έλεγχο τεστ-Παπ, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των διαζευγμένων και σε χηρεία γυναικών.

Πίνακας 36. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο τεστ-Παπ σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

		Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο τεστ-Παπ		P value
		Δημόσιο	Ιδιωτικό	
Ελεύθερη	Αριθμός	2	37	0.005
	%	5,1%	94,9%	
Έγγαμη	Αριθμός	16	45	
	%	26,2%	73,8%	
Διαζευγμένη	Αριθμός	4	4	
	%	50,0%	50,0%	
Χήρα	Αριθμός	3	4	
	%	42,9%	57,1%	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής ήταν η διερεύνηση της γνώσης και στάσης των γυναικών σχετικά με την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου σε μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι γυναίκες της αγροτικής περιοχής είναι ενημερωμένες και ευαισθητοποιημένες ως προς την γυναικολογική πρόληψη του καρκίνου, και συγκεκριμένα το τεστ Παπανικολάου, την μαστογραφία, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και τον ιό HPV. Ωστόσο η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο αποτελούν σημαντικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις αυτών.

Ειδικότερα, η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε ότι χρησιμοποιεί προφυλακτικό. Το ανωτέρω αποτέλεσμα συνάδει και με την ξένη βιβλιογραφία. Σε έρευνα των Bekar et al. (2013) το 1/3 των γυναικών γνώριζαν τη σημασία της προστασίας από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Στην παρούσα μελέτη ο επιπολασμός HPV ήταν 12%, ενώ σε αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία ο επιπολασμός ήταν διπλάσιος (23%) (Dursun et al., 2009), επιπλέον 8 στις 10 γυναίκες δεν έχει εμβολιαστεί για HPV ίσως γιατί η έρευνα απευθύνονταν σε όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας, ενώ το εμβόλιο στοχεύει σε μικρότερες ηλικίες. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι νεαρές γυναίκες δήλωσαν ότι επιθυμούν να εμβολιαστούν, ενώ μελέτη των Donders et al.,(2009) αναφέρει ότι όταν αυτές ενημερώθηκαν ότι ο HPV είναι ένας από τους παράγοντες που ευθύνονται για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού του εμβολιασμού σε 80% το 2008 από 50% που ήταν το 2007.

Όσον αφορά το τεστ Παπανικολάου, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών το θεωρεί απαραίτητο και πραγματοποιεί το τεστ Παπανικολάου κάθε χρόνο, που σημαίνει ότι το δείγμα της αγροτικής περιοχής είναι ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο ως προς τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα από την μελέτη των Follow field et al. (2010) όπου σχεδόν όλες οι γυναίκες (99,4%) πιστεύουν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός και πραγματοποιούν τεστ Παπανικολάου. Αντίθετα, σε άλλες

μελέτες, η γνώση των γυναικών για γυναικολογικό καρκίνο και πρόωπη διάγνωση είναι ανεπαρκής (EftekharveYarandi2004, Kebede et al. 2011).

Σχετικά με την εξέταση της μαστογραφίας, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών την θεωρεί απαραίτητη και την πραγματοποιεί κάθε 2 χρόνια, όπως ενδείκνυται στην κλινική πρακτική. Το ανωτέρω εύρημα μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι το δείγμα της αγροτικής περιοχής είναι ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο ως προς τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού. Έρευνα σε υπό ανάπτυξη χώρα έδειξε ότι οι γυναίκες δεν γνώριζαν τα οφέλη από την μαστογραφία και δεν ελέγχονταν (Davis et al., 1996), ενώ σε άλλη μελέτη αναπτυγμένης χώρας φάνηκε ότι οι γυναίκες είναι ευαισθητοποιημένες ως προς τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού (Al-Mousa et al., 2020). Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί η έρευνα των Domeyer et al. (2013) που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, σε 81 ασθενείς οι οποίες υποβλήθηκαν σε βιοψία μαστού υπό αναρρόφηση, με στόχο να αξιολογήσει τις γνώσεις σχετικά με το διαγνωστικό έλεγχο. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική έλλειψη γνώσης στη μαστογραφία (60,5%) και στο τεστ Παπανικολάου (59,3%). Ομοίως, παρατηρήθηκε έλλειψη γνώσεων σχετικά με τους ελέγχους και συγκεκριμένα στην αυτοεξέταση μαστού (92,6%), και στη μαγνητική τομογραφία μαστού (60,5%).

Κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι παρόλο που η πλειονότητα των γυναικών διαθέτει δημόσια ασφάλιση, 7 στις 10 γυναίκες δηλώνουν ότι δεν καλύπτονται επαρκώς από τον ασφαλιστικό φορέα όσον αφορά τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Συνεπώς οι γυναίκες επιλέγουν για έλεγχο τεστ Παπ και μαστογραφίας κυρίως τον ιδιωτικό τομέα, ενώ ο κύριος ανασταλτικός παράγοντας του προληπτικού ελέγχου είναι η έλλειψη χρημάτων και η σηματοδότηση άλλων προτεραιοτήτων όπως οι ανάγκες των παιδιών και της οικογένειας. Η έλλειψη χρημάτων αναφέρθηκε και σε αντίστοιχη έρευνα των Davis et al., (1996) όπου το κόστος ήταν μια μεγάλη ανησυχία γενικά, καθώς το 41% όλων των συμμετεχόντων ανησυχούσε πολύ για το κόστος. Το αίσθημα ανασφάλειας λόγω κόστους που δημιουργείται στις γυναίκες κατά τους προσυμπτωματικούς ελέγχους, δυστυχώς συνεχίζεται και στην περίπτωση που νοσήσουν από καρκίνο. Ειδικότερα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Souliotis et al., (2013) έδειξε ότι περίπου το 31% των ασθενών με καρκίνο ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για θεραπεία καρκίνου τους τελευταίους 12 μήνες. Τα κύρια εμπόδια περιελάμβαναν τον

μεγάλο χρόνο αναμονής για ιατρικό ραντεβού (51%) και την αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη ιατρό λόγω της ανικανότητας να πληρώσουν το κόστος της επίσκεψης (44%).

Οι γυναίκες καλύτερης οικονομικής κατάστασης επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα για τον προληπτικό τους έλεγχο, καθώς στο δημόσιο υπάρχουν λίστες αναμονής και δεν μπορούν να εξετασθούν άμεσα. Ενώ η μελέτη των Breitkorph et al. (2005) δείχνει τις γυναίκες με κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση να έχουν ανεπαρκή γνώση σχετικά με τον γυναικολογικό καρκίνο, όπως επίσης παρουσιάστηκε στη μελέτη του Hawkins (2005) οι γνώσεις των γυναικών, οι οποίες είναι στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 34 ετών με φτωχό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και χαμηλό εισόδημα, είναι ανεπαρκείς ως προς τον γυναικολογικό καρκίνο.

Τέλος, μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ του επιπέδου γνώσης, της εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης και της ηλικίας των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου, και τη γνώση αναφορικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (Al-Sairafi 2009, Chigbu et al. 2011, Mbamara et al., 2011). Στην έρευνα αποδείχθηκε ότι όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών είναι περισσότερο προσεκτικές με την γυναικολογική πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Επίσης όπως περιγράφεται σε πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών θεωρείται σημαντικός παράγοντας επηρεάζοντας τους μέσους βαθμούς γνώσης τους σχετικά με τον γυναικολογικό καρκίνο (Breitkorph et al. 2005, Parker et al. 2006, Lacour et al., 2008).

Είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί στην παρούσα έρευνα. Πρώτος περιορισμός είναι ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια μόνο αγροτική περιοχή του νομού Κορινθίας στην Ελλάδα και δεν μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευθούν σε όλες τις γυναίκες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές. Ένας δεύτερος περιορισμός είναι το γεγονός ότι η μελέτη είναι συγχρονική και αποτυπώνει την υφιστάμενη κατάσταση στην εν λόγω αγροτική περιοχή. Ωστόσο, επειδή οι γνώσεις και οι στάσεις εναλλάσσονται είναι απαραίτητο να διεξαχθούν και άλλες παρόμοιες έρευνες σε αγροτικές περιοχές της χώρας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία των γυναικών είναι ενήμερες για τον κίνδυνο από τους γυναικολογικούς καρκίνους, είχε ορθή γνώση και θετική στάση πρόληψης, ωστόσο υπήρχαν γυναίκες κυρίως ηλικίας 50+ που δεν ακολουθούσαν τις τεκμηριωμένες οδηγίες σχετικά με την πρόληψη, συμπεριλαμβανομένου του τεστ Παπανικολάου, της μαστογραφίας και του εμβολιασμού κατά του ιού HPV. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες που αναφέρθηκαν από τις συμμετέχουσες στη μελέτη και ειδικότερα σε οικονομικές δυσκολίες, στην έλλειψη ενημέρωσης και τη μη ευκολία συνάντησης με ιατρό του δημόσιου τομέα. Ο επιπολασμός στις γυναίκες της αγροτικής περιοχής για ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων, κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού ήταν αρκετά χαμηλός. Το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον και ο γυναικολόγος ήταν τα κύρια μέσα ενημέρωσης περί σεξουαλικής επαφής και προληπτικού ελέγχου αντίστοιχα ωστόσο η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης ήταν οι δυο σημαντικοί παράγοντες που φάνηκαν να επηρεάζουν την γνώση και στάση σχετικά με τον προσυμπτωματικό γυναικολογικό έλεγχο.

Προτάσεις

Πολιτεία

- Ευαισθητοποίηση από την Πολιτεία σχετικά με τον έλεγχο των γυναικολογικών καρκίνων μέσω καναλιών ενημέρωσης όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το σχολείο, η τηλεόραση, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.
- Απαραίτητη η δέσμευση του Υπουργείου Υγείας να αυξήσει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού προκειμένου να διατηρηθεί η παροχή πόρων ελέγχου σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες.
- Επαρκής διαθεσιμότητα ανθρωπίνων και υλικών πόρων για τον έλεγχο των γυναικολογικών καρκίνων. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση και τη διατήρηση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών-χρηστών και παρόχων υπηρεσιών.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση του κοινού και στην προώθηση προληπτικών πρακτικών. Εάν δεν συμβεί αυτό, κοινοποιούνται λανθασμένες ή ασυνεπείς πληροφορίες.
- Οργάνωση προγραμμάτων προσυπνωματικού ελέγχου για τις γυναίκες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές και παροχή ενημέρωσης από την κοινότητα.
- Ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού (απεικονίζοντας ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν υπηρεσίες προσυπνωματικού ελέγχου) που θα πρέπει να εμφανίζονται σε στρατηγικά σημεία για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.
- Παροχή γραπτών φυλλαδίων για τα οφέλη του εμβολίου HPV, της μαστογραφίας και του τεστ Παπανικολάου.
- Βελτίωση της κατάλληλης ανατροφοδότησης ή συμβουλευτικής ακολουθώντας τη διαδικασία έτσι ώστε οι γυναίκες να εμπλέκονται στη φροντίδα τους και να ενθαρρύνονται να προγραμματίζουν τακτική παρακολούθηση για έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία.
- Ανάγκη παροχής εκπαίδευσης σχετικά με τα συμπτώματα των γυναικολογικών καρκίνων σε όλες τις ηλικίες των γυναικών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdull R, Noor N. Cruciferous vegetables: dietary phytochemicals for cancer prevention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:1565–70.
- Adhikari P, Vietje P, Mount S. Premalignant and malignant lesions of the vagina. *Diagn Histopathology.* 2016;23:28–34.
- Al Sairafi M (2009). Knowledge, attitudes and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. *Int J Kuwait University,* 18, 35-42.
- Alco G, Igdem S, Dincer M. Vitamin D levels in patients with breast cancer: importance of dressing style. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15:1357–62.
- Alegre M, Knowles M, Robison R, O'Neill K. Mechanics behind breast cancer prevention-focus on obesity, exercise and dietary fat. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:2207–12.
- Al-Mousa, D. S., Alakhras, M., Hossain, S. Z., Al-Sa'di, A. G., Al Hasan, M., Al-Hayek, Y., & Brennan, P. C. (2020). Knowledge, Attitude and Practice Around Breast Cancer and Mammography Screening Among Jordanian Women. *Breast Cancer: Targets and Therapy,* 12, 231.
- Al-Naggar, R.A., 2014. Principles and Practice of Cancer Prevention and Control Cervical Cancer 1–12.
- American Cancer Society, 2016. Cancer Facts & Figures 2016. Cancer Facts Fig. 2016 1–9. doi:10.1097/01.NNR.0000289503.22414.79
- Anderson B, Yip C, Smith R, Shyyan R, Sener S, Eniu A, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle income countries: overview of the breast health global initiative global summit 2007. *Cancer.* 2008;113:2221–43.
- Anderson GL, Judd HL, Kaunitz AM, et al. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA* 2003; 290: 1739–48.
- Antoniou A, Pharoah PDP, Narod S, et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected

- for family history: a combined analysis of 22 studies. *Am J Hum Genet* 2003; 72: 1117–30.
- Anttila M, Syrjanen S, Ji H, Saarikoski S, Syrjanen K. Failure to demonstrate human papillomavirus DNA in epithelial ovarian cancer by general primer PCR. *Gynecol Oncol* 1999; 72: 337–41.
- Ardahan, M., 2016. Incidence, Risk Factors, Diagnostic Criteria, and Prevention Methods in Cervical Cancer.
- Aziz S, Kuperstein G, Rosen B, Cole D, Nedelcu R, McLaughlin J, et al. A genetic epidemiological study of carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 2001;80:341–5.
- Bain, CM, Burton, K &Mcgavigan, CJ. 2011. *Gynaecology illustrated*. 6th edition. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Bandera EV, Kushi LH, Olson SH, Chen WY, Muti P. Alcohol consumption and endometrial cancer: some unresolved issues. *Nutr Cancer* 2003; 45: 24–29.
- Bankhead CR, Collins C, Stokes-Lampard H, et al. Identifying symptoms of ovarian cancer: a qualitative and quantitative study. *BJOG* 2008; 115: 1008–14.
- Bekar, M., Guler, H., Evcili, F., Demirel, G., & Duran, O. (2013). Determining the knowledge of women and their attitudes regarding gynecological cancer prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14(10), 6055-9.
- Beral V, Gaitskell K, Hermon C, et al, for the Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and smoking: individual participant meta-analysis including 28 114 women with ovarian cancer from 51 epidemiological studies. *Lancet Oncol* 2012; 13: 946–56.
- Binagwaho, A., Ngabo, F., Wagner, C.M., Mugeni, C., Gatera, M., Nutt, C.T., Nsanzimana, S., 2013. Integration of comprehensive women’s health programs into health systems: cervical cancer prevention, care, and control in Rwanda. *Bull. World Health Organ.* 91, 697–703. doi:10.2471/BLT.12.116087
- Breitkopf CR, Pearson HC, Breitkopf DM (2005). Poor knowledge regarding the pap test among low-income women undergoing routine screening perspectives on sexual and reproductive health. *Perspect Sex Reprod Health*, 37, 78-84.

- Byamugisha, R., Tylleskär, T., Kagawa, M., 2010. RESEARCH ARTICLE Open Access 12, 77–80.
- Chigbu CO, Aniebue U (2011). Why southeastern Nigerian women who are aware of cervical cancer screening do not go for cervical cancer screening. *Int J Gynecol Cancer*, 21, 1282-6.
- Clayton NL, Jaaback KS, Hirschowitz L. Primary fallopian tube carcinoma—the experience of a UK cancer centre and a review of the literature. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:694–702.
- Coleman M, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*. 2008;9:730–56.
- Collymore, Y. 2008. Removing barriers to early detection: Key to cervical cancer prevention. Population Reference Bureau. Available from: [http://www.org/Articles/2004/ Removing barriers to early detection key to cervical cancer](http://www.org/Articles/2004/Removing_barriers_to_early_detection_key_to_cervical_cancer) (accessed November 2020).
- Couch FJ, Wang X, McGuffog L, et al, and the kConFab Investigators, and the SWE-BRCA, and the Ontario Cancer Genetics Network, and the HEBON, and the EMBRACE, and the GEMO Study Collaborators, and the BCFR, and the CIMBA. Genome-wide association study in BRCA1 mutation carriers identifies novel loci associated with breast and ovarian cancer risk. *PLoS Genet* 2013; 9: e1003212.
- Davis, T. C., Arnold, C., Berkel, H. J., Nandy, I., Jackson, R. H., & Glass, J. (1996). Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 78(9), 1912-1920.
- Deligeoroglou E, Michailidis E, Creatsas G. Oral contraceptives and reproductive system cancer. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 997: 199–208.
- Denny, L, Kuhn, L, Hu, CC, & Tsai, WY. 2010. Human papilloma virus-based cervical cancer prevention: Long-term results of a randomised screening trial. *National Cancer Institution* 102:1557-1567.

- Dijkhuizen FP, Mol BW, Broilman HA, Heintz AP. Costeffectiveness of the use of transvaginal sonography in the evaluation of postmenopausal bleeding. *Maturitas* 2003; 45: 275–82.
- Dodge JA, Eltabbakh GH, Mount SL, Walker RP, Morgan A. Clinical features and risk of recurrence among patients with vaginal intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol.* 2001;83:363–369.
- Domeyer, P. J., Sergentanis, T. N., Katsari, V., Souliotis, K., Mariolis, A., Zagouri, F., & Zografos, G. C. (2013). Screening in the era of economic crisis: misperceptions and misuse from a longitudinal study on Greek women undergoing benign vacuum-assisted breast biopsy. *Asian Pac J Cancer Prev, 14*, 5023-9.
- Donders GG, Bellen G, Declerq A, Berger J (2009). Change in knowledge of women about cervix cancer, human papilloma virus (HPV) and HPV vaccination due to introduction of HPV vaccines. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol*, 145, 93-5
- Dursun P, Senger SS, Arslan H, Kuşçu E, et al (2009). Human papillomavirus (HPV) prevalence and types among Turkish women at a gynecology outpatient unit. *BMC Infect Dis*, 9, 191.
- Eberl M, Sunga A, Farrell C, Mahoney M. Patients with a family history of cancer: identification and management. *JABFM.* 2005;18:211–7.
- Edge SB, Compton CC The American Joint Committee on Cancer: The 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol.* 2010;17:1471–1474.
- Eftekhari Z, Yarandi F (2004). Knowledge and concerns about cancer in patients with primary gynecologic cancers. *Asian Pac J Cancer Prev*, 5, 213-6.
- Einhorn N, Trope C, Ridderheim M, Boman K, Sorbe B, Cavallin Stahl E. A systematic overview of radiation therapy effects in uterine cancer (corpus uteri). *Acta Oncol* 2003;42: 557–61.
- EMA (see European Medicines Agency)

- European Medicines Agency EMA/192711/2016 EMEA/H/C/003852 Περίληψη της Ευρωπαϊκής Δημόσιας Έκθεσης Αξιολόγησης (EPAR) για το κοινό Gardasil 9 9-δύναμο εμβόλιο του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (ανασυνδυασμένο, προσροφημένο) https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/gardasil-9-epar-summary-public_el.pdf (accessed December 2020)
- Fallowfield L, Fleissig A, Barrett J, et al (2010). Awareness of ovarian cancer risk factors, beliefs and attitudes towards screening: baseline survey of 21715 women participating in the UK collaborative trial of ovarian cancer screening. *Bri J Cancer*, 103, 454-61.
- Ferlay, J, Shin, HR, Bray, F, Forman, D, Mathers, C & Parkin, DM. 2008. GLOBOCAN, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 10. Lyon.
- Franca A, Ferreira M, Franca J, Franca E, Honorio-Franca A. Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13:5327–32.
- Furberg AS, Thune I. Metabolic abnormalities (hypertension, hyperglycemia and overweight), lifestyle (high energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *Int J Cancer* 2003; 104: 669–76.
- Gadducci A, Landoni F, Sartori E, Maggino T, Zola P, Gabriele A, et al. Analysis of treatment failures and survival of patients with fallopian tube carcinoma: a cooperation task force (CTF) study. *Gynecol Oncol* 2001;81:150–9.
- Gakidou, E, Nordhagen, S & Obermeyer, Z. 2008. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. *PLoS Med* 5(6):0863-0868.
- Gardner CS, Sunil J, Klopp AH, et al. Primary vaginal cancer: Role of MRI in diagnosis, staging and treatment. *Br J Radiol*. 2015;88:20150033.
- Garland SM, Paavonen J, Jaisamrarn U, et al. Prior human papillomavirus-16/18 AS04-adjuvanted vaccination prevents recurrent high grade cervical intraepithelial neoplasia after definitive surgical therapy: Post-hoc analysis from a randomized controlled trial. *Int J Cancer*. 2016;139:2812–2826.

- Gielen SC, Hanekamp EE, Blok LJ, Huikeshoven FJ, Burger CW. Steroid-modulated proliferation of human endometrial carcinoma cell lines: any role for insulin-like growth factor signaling? *J Soc GynecolInvestig*2005; 12: 58–64.
- Gil KM, Yeropoli S, Fish B, et al (2010). Knowledge of cancer risk factors. *J Clinical Oncol*, 28, 15.
- Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA* 2004; 291: 2705–12.
- Gredmark T, Kvint S, Havel G, Mattson LA. Histopathological findings in women with postmenopausal bleeding. *BJOG* 1995; 102: 133–36.
- Gu M, Shi W, Barakat RR, Thaler HT, Saigo PE. Pap smears in women with endometrial carcinoma. *Acta Cytol*2001; 45: 555–60.
- Gursoy A, Hindistan S, Nurall N. A comparison of three educational interventions on breast self examination knowledge and health belief. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10:765–72.
- Hampl M, Sarajuuri H, Wentzensen N, Bender HG, Kueppers V. Effect of human papillomavirus vaccines on vulvar, vaginal, and anal intraepithelial lesions and vulvar cancer. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1361–1368.
- Hardiman P, Pillay OC, Atiomo W. Polycystic ovary syndrome and endometrial carcinoma. *Lancet* 2003; 361: 1810–12.
- Hartmann L, Sellers T, Frost M, Lingle W, Degnim A, Suman V. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *New Engl J Med*. 2005;353:229–37.
- Hawkins NA, Cooper CP, Saraiya M, et al (2011). Why the Pap test? Awareness and use of the Pap test among women in the United States. *J Women's Health*, 20, 511-5.
- Hellman K, Silfversward C, Nilsson B, Hellstrom AC, Frankendal B, Pettersson F. Primary carcinoma of the vagina: Factors influencing the age at diagnosis. The radiumhemmet series 1956–96. *Int J GynecolCancer*. 2004;14:491–501.
- Hemminki K, Granstrom C. Familial clustering of ovarian and endometrial cancers. *Eur J Cancer* 2004; 40: 90–95.

- Hill HA, Eley JW, Harlan LC, Greenberg RS, Barrett RJ II, Chen VW. Racial differences in endometrial cancer survival: the black/white cancer survival study. *ObstetGynecol*1996; 88: 919–26.
- Hodeib M, Cohen JG, Mehta S, et al. Recurrence and risk of progression to lower genital tract malignancy in women with high grade VAIN. *Gynecol Oncol*. 2016;141:507–510.
- Houssami N, Turner R, Morrow M. Meta-analysis of pre-operative magnetic resonance imaging (MRI) and surgical treatment for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;6:1–11.
- IARC (see International Agency for Research on Cancer)
- International Agency for Research on Cancer. 2005. *IARC Handbook of cancer prevention, Cervical Cancer Screening*. 2005;10. IARC Press.
- International Agency for Research on Cancer. *Global cancer statistics*. 2008. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx (accessed December 2020).
- Jacobs T, Byrne C, Colditz G, Connolly J, Schnitt S. Radial scars in benign breast-biopsy specimens and the risk of breast cancer. *New Engl J Med*. 1999;340:430–6.
- Jelovac D, Armstrong DK. Recent progress in the diagnosis and treatment of ovarian cancer. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 183–203.
- Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10–30.
- Kaaks R, Lukanova A, Kurzer MA. Obesity, endogenous hormones and endometrial cancer risk: a synthetic review. *Cancer EpidemiolBiomarkPrev*2002; 11: 1531–43.
- Karlan BY, Markman MA, Eifel PJ. Ovarian cancer, peritoneal carcinoma, and fallopian tube carcinoma. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer principles and practice of oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 1364–97.

- Kaseba-sata, C., Lady, F., 2013. issue brief business and cervical cancer : opportunities to save lives.
- Kebede S (2011). Assessment of knowledge of major reproductive cancers, early detection measures and associated factors among women of gondar town, North West Ethiopia 2010. *J ObstetricGynecologic And Neonatal Nursing*, 40, 89.
- Kelsey J, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Ann Rev Public Health*. 1996;17:47–67.
- Kerlikowske K, Grady D, Barclay J, Sickles EA, Eaton A, Ernster V. Positive predictive value of screening mammography by age and family history of breast cancer. *JAMA*. 1993;270(20):2444–50.
- Key T, Verkasalo P, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *The lancet Oncol*. 2001;2:133–40.
- Kimani, F, Sharif, SK & Bashir, I. 2012. *Ministry of Public Health and Sanitation and Ministry of Medical Services National Cervical Cancer Prevention Program in Kenya: Strategic Plan 2012-2015*. Nairobi, Kenya.
- King M-C, Marks JH, Mandell JB, Group TNYBCS, for the New York Breast Cancer Study Group. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science* 2003; 302: 643–46.
- Kolb T, Lichy J, Newhouse J. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology*.2002;225:165–75.
- Kosary C, Trimble EL. Treatment and survival for women with Fallopian tube carcinoma: a population-based study. *Gynecol Oncol*2002;86:190–1.
- Kruk J. Association of lifestyle and other risk factors with breast cancer according to menopausal status: a case-control study in the region of Western Pomerania (Poland). *Asian Pac J Cancer Prev*.2007;8:513–4.
- Lacey JV Jr, Potischman N, Madigan MP, et al. Insulin-like growth factors, insulin-like growth factor-binding proteins, and endometrial cancer in postmenopausal women: results from a US case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*2004; 13: 607–12.

- Lacour RA, Daniels MS, Westin SN, et al (2008). What women with ovarian cancer think and know about genetic testing. *Gynecologic Oncol*, 111, 132-6.
- Lamos C, Mihaljevic C, Aulmann S, et al. Detection of human papillomavirus infection in patients with vaginal intraepithelial neoplasia. *PLoS ONE*. 2016;11:e0167386.
- Lee H, Lee J, Gourley L, Duffy S, Day N, Estve J. Dietary effects on breast-cancer risk in Singapore. *Lancet*. 1991;8(337):1197–200.
- Lee-Lin, F, Pett, M, Menon, U, Lee, S & Nail, L. 2007. Cervical cancer beliefs and Pap test screening practices among Chinese American immigrants. *Oncology Nursing Forum* 34:1203-1209.
- Leslea, P, Donna, FL, Donna, C & Rachel, W. 2013. *Screening for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis*. Published online 2013 May 24. doi:10.1186/2046-4053-2-35PMCID:PMC3681632.
- Levine DA, Argenta PA, Yee CJ, Marshall DS, Olvera N, Bogomolny F, et al. Fallopian tube and primary peritoneal carcinomas associated with BRCA mutations. *J Clin Oncol* 2003;21:4222–7.
- Lynch HT, Shaw MW, Manguson CW, Larsen AL, Krush AJ. Hereditary factors in cancer. *Arch Intern Med* 1966; 117:206–12.
- Madison T, Schottenfeld D, James SA, Schwartz AG, Gruber SB. Endometrial cancer: socioeconomic status and racial/ethnic differences in stage at diagnosis, treatment, and survival. *Am J Public Health* 2004; 94: 2104–11.
- Mavaddat N, Peock S, Frost D, et al, and the EMBRACE. Cancer risks for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from prospective analysis of EMBRACE. *J Natl Cancer Inst* 2013;105: 812–22.
- Mbamara SU, Ikpeze OC, Okonkwo JE, et al (2011). Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among women attending gynecology clinics in a tertiary level medical care center in southeastern Nigeria. *J Reprod Med*, 56, 491-6.
- McLemore, Monica R. 2006 Gardasil: Introducing the New Human Papillomavirus Vaccine. *Clinical Journal of Oncology Nursing* .2006;10:5, p559-560. 2p.

- McMurray EH, Jacobs AJ, Perez CA, Camel HM, Kao MS, Galakatos A. Carcinoma of the fallopian tube. Management and sites of failure. *Cancer* 1986;58:2070–5.
- McTiernan A, Tworoger SS, Ulrich CM, et al. Effect of exercise on serum estrogens in postmenopausal women: a 12-month randomized clinical trial. *Cancer Res* 2004; 64: 2923–28.
- Mehta R, Murillo G, Naithani R, Peng X. Cancer chemoprevention by natural products: how far have we come. *Pharm Res.*2010;27:950–61.
- Naik, R., Kaneda, T., 2015. Noncommunicable Diseases in Africa: Youth are key to curbing the epidemic and achieving sustainable development 2014.
- National Cancer Institute, Cancer Health Disparities, Bethesda (MD): National Institute of Health; 1999. Available at <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/disparities/cancer-health-disparities> (accessed December, 2020)
- National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, Surveillance, Epidemiology, and End Results Program Public-Use Data (1973–1999), released April 2002, based on the November 2001 submission. Available at: <http://seer.cancer.gov/canques/> (accessed December, 2020).
- Neven P, De Muylder X, Van Belle Y, Van Hooff I, Vanderick G. Longitudinal hysteroscopic follow-up during tamoxifen treatment. *Lancet* 1998; 351: 36.
- Neven P, Vergote I. Should tamoxifen users be screened for endometrial lesions? *Lancet* 1998; 351: 155–57.
- Paolino M, Arrossi S (2011). Women’s knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. *Women & Health*, 51, 72-87.
- Parker PA, Kudelka A, Basen-Engquist K, et al (2006). The associations between knowledge, CA125 preoccupation, and distress in women with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 100, 495-500.
- Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1999; 49: 33–64.

- Parkin, MD, Freddie, B, Ferlay, J & Pisani, P. 2005. Global cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinician* 2002;55(2):74-108.
- Parslov M, Lidegaard O, Klintorp S, et al. Risk factors among young women with endometrial cancer: a Danish case-control study. *Am J ObstetGynecol*2000; 182: 23–29.
- Peng J, Sengupta S, Jordan VC. Potential of selective estrogen receptor modulators as treatments and preventives of breast cancer. *Anti-Cancer Agents Med Chem.* 2009;9:481–99.
- Phongsavan K, Phengsavanh A, Wahlström R, Marions L (2010). Women’s perception of cervical cancer and its prevention in Rural Laos. *Int J Gynecological Cancer*, 20, 821-6.
- Pothuri B, Ramondetta L, Martino M, et al. Development of endometrial cancer after radiation treatment for cervical carcinoma. *ObstetGynecol*2003; 101: 941–45.
- Powless CA, Aletti GD, Bakkum-Gamez JN, Cliby WA. Risk factors for lymph node metastasis in apparent early-stage epithelial ovarian cancer: implications for surgical staging. *Gynecol Oncol* 2011;122: 536–40.
- Rama CH, Villa LL, Pagliusi S, et al (2010). Awareness and knowledge of HPV, cervical cancer, and vaccines in young women after first delivery in São Paulo, Brazil. *BMC Women’s Health*, 10, 35-41.
- Reeder J, Vogel V. Breast cancer prevention. *Cancer Treat Res.* 2008;141:149–64.
- Robertson G. Screening for endometrial cancer. *Med J Aust* 2003;178: 657–59.
- Rose PG, Nerenstone S, Brady MF, et al, and the Gynecologic Oncology Group. Secondary surgical cytoreduction for advanced ovarian carcinoma. *N Engl J Med* 2004; 351: 2489–97.
- Rositch, AF, Gatuguta, A & Choi, RY. Knowledge and acceptability of Pap smears, self-sampling and HPV Vaccination among adult women in Kenya. *Plos One* 2012;7:22-35.
- Serrano B, de Sanjose S, Tous S, et al. Human papillomavirus genotype attribution for HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. *Eur J Cancer.* 2015;51:1732–1741.

- Sherman JF, Mount SL, Evans MF, Skelly J, Simmons-Arnold L, Eltabbakh GH. Smoking increases the risk of high-grade vaginal intraepithelial neoplasia in women with oncogenic human papillomavirus. *Gynecol Oncol.* 2008;110:396–401.
- Shrestha, J., Saha, R., Tripathi, N. Knowledge, Attitude, and Practice regarding Cervical Cancer Screening Amongst Women visiting Tertiary Centre in Kathmandu, Nepal. *Nepal J. Med. Sci.* 2013;2(2):85-90
doi:10.3126/njms.v2i2.8941
- Smedley, BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal Treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academies Press: 2003
- Souliotis, K., Agapidaki, E., & Papageorgiou, M. (2015, December). Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. In *Forum of Clinical Oncology* (Vol. 6, No. 4, pp. 7-11). Sciendo.
- Sudenga, SL, Rositch, AF, Otieno, WA & Smith, JS. 2013. Knowledge, attitude, practices and perceived risk of cervical cancer among Kenyan women. *International Journal of Gynaecology*23(5):895-899.
- Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, et al. Oral contraceptive use and reproductive factors and risk of ovarian cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Br J Cancer* 2011; 105: 1436–42.
- U.S.CancerStatisticsWorking Group. United States cancer statistics: 2003 incidence and mortality. Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2006;1–467.
- UK Cancer Research. Ovarian cancer incidence statistics. 2013. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/ovary/incidence/uk-ovarian-cancer-incidence-statistics> (accessed December 2020).
- WHO. Cervical cancer screening in developing countries. Geneva: 2002.WHO.

- WHO. Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice. 2nd edition. Geneva: 2014 WHO.
- WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer. HPV Information Centre: author summary report on HPV and cervical cancer statistics in Tanzania. 2007.
- Yu CK, Cutner A, Mould T, Olaitan A. Total laparoscopic hysterectomy as a primary surgical treatment for endometrial cancer in morbidly obese women. *BJOG* 2005; 112: 115–17.
- Zhao M, Howard E, Parris A, Guo Z, Zhao Q, Yang X. Alcohol promotes migration and invasion of triple-negative breast cancer cells through activation of p38 *MAPK* and *JNK*. *Mol Carcinogen*. 2017;56:849–62.
- Zweemer RP, van Diest PJ, Verheijen RH, Ryan A, Gille JJ, Sijmons RH, et al. Molecular evidence linking primary cancer of the fallopian tube to BRCA1 germline mutations. *Gynecol Oncol* 2000;76:45–50.