

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ»

**«Καρκίνος μαστού σε Βορειο-Ανατολική Ελληνική περιφέρεια:
πρόγραμμα προκλινικού ελέγχου φαίνεται σημαντικό για πρόληψη
και διάγνωση σε μειονοτικούς πληθυσμούς»**

ΕΛΕΝΗ ΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ (ΑΜ: 7450772200007)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ν. Φ. ΑΡΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. Κ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Φ. ΖΑΓΟΥΡΗ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2024

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με τιμή

Ευχαριστώ Θερμά

Τον Καθηγητή κ. Ν. Φ. Αρκαδόπουλο

Τον Καθηγητή κ. Γ. Κ. Ζωγράφο

Την Καθηγήτρια κ. Φ. Ζαγουρή

Η ευγένεια της συνεργασίας τους

μου επέτρεψε την εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης

και πληροί το πρότυπο του Ακαδημαϊκού Διδασκάλου.

Ευγνωμονώ την ευκαιρία ως κοινωνός του συνεχούς επιστημονικού μόχθου.

**Χαίρομαι που επέστρεψα στα έδρανα της μαθητείας
για το εξαιρετο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών
στη χειρουργική και παθολογία του μαστού.**

« Γηράσκω δ' αiei πολλά διδασκόμενος »

Σόλων (630-560 π.Χ.), Αθηναίος νομοθέτης & φιλόσοφος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στον Ελλαδικό χώρο το 2012 η επίπτωση του καρκίνου μαστού ήταν 58,6 νέα περιστατικά/100.000 γυναίκες σύμφωνα με μελέτη σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, με θνησιμότητα που άγγιξε τους 21 θανάτους/100.000 ασθενείς, τοποθετώντας τον καρκίνο μαστού στην πρώτη θέση αιτίας θανάτου από νεοπλασία στις Ελληνίδες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Ελλάδα ο καρκίνος μαστού αντιστοιχούσε σε 11,5% του συνόλου καρκίνου και στο 6,6% της θνησιμότητας από καρκίνο, με 4.924 νέα περιστατικά το 2012 και 7.734 περιστατικά το 2018, αναμένοντας σύμφωνα με τις δηλωμένες καταγραφές αύξηση σε 8.000 νέες διαγνώσεις έως το 2040.

Παρά τα πολλαπλά γνωστά διεθνώς οφέλη των εθνικών προγραμμάτων προκλινικού ελέγχου για τον καρκίνο μαστού, η Ελλάδα δεν έχει υιοθετήσει υποχρεωτικό πρόγραμμα, με αποτέλεσμα να βρίσκεται τα τελευταία 25 χρόνια, μαζί με την Πορτογαλία, μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών με τα πιο χαμηλά ποσοστά πρόληψης έναντι της νόσου.

Οι εθνικές συστάσεις για την πρόληψη του καρκίνου μαστού προτάθηκαν από το 2014 (Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικής-Γυναικολογίας) με ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο σε ηλικίες 50-70 ετών, ενώ εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες στη χειρουργική ογκολογία του μαστού προτάθηκαν ήδη από το 2013 (Γ.Κ.Ζωγράφος και συν., Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ). Η απουσία όμως ενός συστηματικού εθνικού προγράμματος έχει ως αποτέλεσμα τον ευκαιριακό προληπτικό έλεγχο, προτεινόμενο συνηθέστερα από Ιατρούς μεμονωμένα και με κριτήρια παραγόντων κινδύνου, όπως ηλικία, παχυσαρκία, οικογενειακό ιστορικό, πυκνότητα μαζικού αδένου, παρουσία ενθεμάτων μαστού κλπ. Αποτέλεσμα, επίσης, αποτελεί και η απουσία εθνικών δημογραφικών στοιχείων και στατιστικών δεδομένων σε κοινό αρχείο καταγραφής και άντλησης επιστημονικών δεδομένων, ώστε να υπάρχει δυνατότητα βελτίωσης επιβαρυντικών παραμέτρων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι οι Ελληνίδες ακολουθούν διαφορετικές συστάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου ανάλογα με την ειδικότητα του Ιατρού που συμβουλευόμαστε ή χωρίς τέτοια, ανάλογα με το γνωστικό επίπεδο, το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον κόκ. Συγκεκριμένα, τελευταία καταγραφή σε πανελλαδικό επίπεδο το 2009 αναδεικνύει ότι το 53,8% των γυναικών 50-60 ετών είχαν υποβληθεί σε μαστογραφία κατά μέσο

όρο ανά 3έτη, με τετραπλάσια αναλογία στην 4ετία ηλικίας 50-54 ετών και προοδευτική μείωση στα επόμενα χρόνια.

Ιδιαιτερότητα στον δημογραφικό χάρτη της Ελλάδος, που φαίνεται ίσως να αποτελεί και ιδιαιτερότητα στον υγειονομικό χάρτη του καρκίνου μαστού, είναι οι πληθυσμοί μουσουλμανικής θεολογίας σε ομοιογενείς κοινότητες με ιδιαίτερα ήθη και έθιμα και διαφορετική αντίληψη της γυναικείας κοινωνικής παρουσίας στη βόρεια-ανατολική ευρύτερη περιφέρεια. Οι ιδιαιτερότητες στο σύνολό τους και ξεχωριστά φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ενημέρωση αλλά και την αντίληψη της ανάγκης προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο μαστού, ακόμη και την αναγνώριση συμπτωμάτων και σημείων από τον μαστό αλλά και την έγκαιρη αναζήτηση Ιατρικής εκτίμησης. Η Ελληνική αυτή μειονότητα, πολιτικό αποτέλεσμα της Συνθήκης της Λωζάνης (1923), συνεχίζουν να είναι τουρκικής ομιλούσας γλώσσας και να ακολουθούν ένα διαφορετικό μοντέλο ζωής όπου ενσωματώνεται ισχυρά η θέση της γυναίκας.

Επιπλέον, στην Ελλάδα την τελευταία 30ετία έχουν φιλοξενηθεί παροδικά αλλά και μόνιμα πληθυσμοί οι οποίοι έχουν μεταναστεύσει από Ασία και Αφρική και στην πλειοψηφία τους είναι ετερόκλητου πολιτισμικού, αλλά κοινού θεολογικού χαρακτήρα. Η μεταναστευτική αυτή κρίση που έπληξε σοβαρά την χώρα μας έχει σοβαρές συνέπειες και στην υγειονομικό χάρτη και επέβαλε την ανάγκη περίθαλψης και αυτών των πληθυσμών με εξαιρετικά δυσχερή την εφαρμογή ή οργάνωση σε στρατηγικές πρόληψης υγείας.

Στην παρούσα μελέτη, η επίδραση του γλωσσικού, κοινωνικού και θεολογικού υποβάθρου στην αναζήτηση προσυμπτωματικού ελέγχου και στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ελέγχθηκε μέσω των δεδομενων της προσέλευσης και του αιτίου αυτής στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης κατά τα έτη 2018-2022, καθώς και δεδομένων ιατρικού φακέλου και σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού στις ασθενείς που εξετάστηκαν στο Ιατρείο, διαγνώστηκαν με καρκίνο μαστού και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά.

Κατά τα πέντε έτη από το 2018 μέχρι και το 2022, προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού 402 ασθενείς γυναίκες άνω των 25 ετών, από τις οποίες 326 ήταν χριστιανές (80.6%) και 76 ήταν μουσουλμάνες (19.4%). 19.3% των χριστιανών ασθενών προσήλθαν για προληπτικό-προσυμπτωματικό έλεγχο, 63.2% για συμπτωματικό έλεγχο και 17.5% για την

παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης. Συγκριτικά, μόνο 3.9% των μουσουλμάνων ασθενών προσήλθαν για προληπτικό-προσυμπτωματικό έλεγχο, 78.9% για συμπτωματικό έλεγχο και 17.2% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Όσον αφορά στην διάγνωση καρκίνου, με ψηλαφητή μάζα μαστού ($T \geq 2$) προσήλθε το 64.9% των χριστιανών ασθενών και το 96.7% των μουσουλμάνων ασθενών ($OR=15.7$ για τις μουσουλμάνες ασθενείς), ψηλαφητική λεμφαδενική διήθηση ($N > 10$) υπήρχε σε 14.9% των χριστιανών ασθενών και σε 20% των μουσουλμάνων ασθενών ($OR=1.45$), ενώ μεταστατική νόσος παρουσιάστηκε κατά την αρχική διερεύνηση σε 13.55% των χριστιανών ασθενών και σε 20% των μουσουλμάνων ασθενών ($OR=1.6$).

Η μελέτη και καταγραφή και επεξεργασία δεδομένων επιτρέπει τη συνδυαστική αξιολόγηση παραμέτρων που δυνατόν να επιτρέπουν βελτίωση προγραμματισμού οικογενειακής υγείας καθώς ο καρκίνος μαστού είναι η νόσος που σημαντικά και ίσως περισσότερο από άλλες νεοπλασίες επηρεάζει τη δημογραφία της οικογένειας.

Λέξεις Κλειδιά: καρκίνος μαστού, προσυμπτωματικός έλεγχος, γλώσσα, θρησκεία, επίπεδο εκπαίδευσης, εξωτερικό Ιατρείο Μαστού

ABSTRACT

Breast cancer incidence was 58,6 per 100.000, whereas mortality incidences were 21 per 100.000 in 2012, positioning breast cancer as the leading cause of cancer deaths among Greek women. According to *WHO's* Greece's cancer profile breast cancer occurs in 11,5% of total cancer incidences, presenting 6,6% of total cancer mortality. In Greece 4.924 cases of breast cancer were reported in 2012, whilst incidences grew almost double in 2018 with 7.734 cases reported, expecting an increase up to 8.000 incidences of breast cancer cases till 2040. Besides the plethora of advantages raised from regular breast cancer screening programs, Greece has not yet organized a national mass screening strategy. Because of this deficiency Greece showed the lowest performance in breast cancer prevention along with Portugal, among other European countries for the last 25 years.

Breast cancer prevention indications were proposed by the *Hellenic Society of Obstetrics and Gynecology* in 2014 where mammographic control is proposed for women from 50 to 70 years of age in biennial basis, while the National Guidelines in Breast Cancer Surgical Oncology were proposed since 2013 (G.K.Zografos et al, School of Medicine, NKUA). The shortage of a specific national guidance has led Greek women to rely on opportunistic breast cancer screening control recommended by physicians and based on risk factors such as age, family history, mammary density, silicone breast implants, etc. Additionally, the national health system will have no data to collect and analyze from mammography reports in order to plan a better future national strategy towards breast cancer prevention, detection, mortality and care of patients.

Since there is not yet a *Greek National Health Agency* to organize a national breast cancer screening program and to process massively the program's results, all information about breast cancer incidences, their clinical management, treatment and outcomes are derived from clinical trials performed in Greek registries.

Specifically in 2009 in a Greek study 53,8% of women aged 50 to 60 years were recorded to have had a mammography the last 3 years, with the greater attendance between the age group of 50 to 54 that was approximately four times higher.

Greece has indigenous Muslim population. This Muslim Greeks are residing mainly in Western Thrace and their minority communities are a result of the Treaty of Lausanne in 1923, where Greek and Turkish speaking people residing in Western

Turkish shores were deported from the Turkish government. This Greek minority shows all the religious and cultural restrictions in attending to breast cancer screening. Furthermore, Greece has hosted for over 30 years many immigrants and refugees mainly from African and Asian countries with Islamic religion. The absence of formal statistics of this specific population due to constant, growing, illegal migration incommodes the government's plan to program any public health campaigns for this population.

In the present study, the influence of the linguistic, social and theological background on screening and breast cancer diagnosis was tested through the data of attendance and its reason in the Outpatient Breast Clinic of the University Hospital of Alexandroupolis during the years 2018-2022, as well as medical record data and staging of breast cancer in the patients who were examined at the Clinic, diagnosed with breast cancer and treated surgically.

402 female patients over the age of 25 attended the Outpatient Breast Clinic, of which 326 were Christian (80.6%) and 76 were Muslim (19.4%). 19.3% of Christian patients came for preventive-screening, 63.2% for symptomatic control and 17.5% for the monitoring of post-operative or other condition. In comparison, only 3.9% of Muslim patients attended for preventive screening, 78.9% for symptomatic screening, and 17.2% for postoperative or other condition monitoring.

Regarding the diagnosis of cancer, 64.9% of Christian patients and 96.7% of Muslim patients came ($OR=15.7$ for Muslim patients) with a palpable breast mass ($T\geq 2$), palpable lymph node infiltration ($N>10$) was present in 14.9% of Christian patients and 20% of Muslim patients ($OR=1.45$), while metastatic disease was present during the initial investigation in 13.55% of Christian patients and 20% of Muslim patients ($OR=1.6$).

The study, recording and processing of data allows the combined evaluation of parameters that may allow improvement of family health planning as breast cancer is the disease that significantly affects the demography of the family, perhaps more than other neoplasms.

There is an apparent and urgent need in Greece for evidence-based awareness campaigns and health promotion strategies. Reduction of cancer mortality and improvement of survival rates can be achieved by preventive measures.

Keywords: breast cancer, breast screening program, spiritual background, linguistic differences, education, Outpatient Breast Clinic

Πίνακας περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	6
2.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ	7
2.2. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	8
2.3. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	10
2.4. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	13
3.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
3.2. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ	15
3.3. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ (ΗΠΑ)	17
3.4 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΝ ΑΣΙΑ	18
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	27
6.1. ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣΤΟΥ	27
6.1.1. Έτος 2018	27
6.1.2. Έτος 2019	29
6.1.3. Έτος 2020	31
6.1.4. Έτος 2021	33
6.1.5. Έτος 2022	35
6.1.6. Συγκεντρωτικά στοιχεία ετών 2018-2022	37

6.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή κακοήθεια που εμφανίζεται στις γυναίκες στην πλειονότητα των χωρών σε 154 από 185 χώρες παγκοσμίως και το 2018 αποτέλεσε το 24,2% όλων των καρκίνων σε γυναίκες [1], συνιστώντας την κύρια αιτία θανάτου από νεοπλασία στις γυναίκες σε 103 χώρες και την πέμπτη αιτία της συνολικής θνησιμότητας από καρκίνο. Υπολογίζεται ότι περίπου το 10% των γυναικών θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού στη ζωή του. Συγκεκριμένα, για το ίδιο έτος η GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) ανέφερε 2.088.849 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού με 626.679 θανάτους αποδιδόμενους σε αυτόν [2].

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται αντιστοιχεί στο 11,5% των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου και ευθύνεται για το 6,6% της συνολικής θνησιμότητας από νεοπλασία. Κατά το 2012 στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 4.924 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ στη συνέχεια τα περιστατικά ανά έτος σχεδόν διπλασιάστηκαν φτάνοντας σε 7.734 νέες περιπτώσεις το 2018, αριθμός που αντιστοιχεί σε 69,3 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Ο ΠΟΥ προβλέπει μια ελαφρά αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα έως το 2040, που εκτιμάται σε 8.000 νέες διαγνώσεις [3].

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί τη βάση της αύξησης της εμφάνισης του καρκίνου, όπως επίσης και η «δυτικοποίηση» του τρόπου ζωής, η διατροφή, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, το κάπνισμα και η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος [4, 5]. Ιδιαίτερα η αύξηση του μέσου όρου ζωής και ο δυτικός τρόπος ζωής έχουν οδηγήσει σε αύξηση των περιστατικών καρκίνου του μαστού στις χώρες με μέσο ή χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, ενώ ιστορικά η πλειοψηφία των περιστατικών αυτών καταγραφόταν σε χώρες υψηλού εισοδήματος [6].

Η έγκαιρη διάγνωση είναι βασικός παράγοντας για τη βελτίωση της πρόγνωσης του καρκίνου του μαστού, καθώς προλαμβάνεται η διάγνωση σε στάδια τοπικά προχωρημένης ή μεταστατικής νόσου, και παράλληλα δύναται να υπάρξει έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αντιθέτως, η αργοπορημένη διάγνωση συμβαίνει συχνά σε περιπτώσεις που οι γυναίκες φαίνεται να έχουν σημεία παθολογίας του μαστού ακόμη και μήνες πριν αναζητήσουν τη γνώμη από εξειδικευμένο ιατρό. Η καθυστέρηση αυτή μπορεί να οφείλεται σε πολλούς

παράγοντες και είναι δυνατό να επηρεαστεί από προσωπικές, πνευματικές ή και πολιτιστικές επιλογές.

Προς την κατεύθυνση της πρώιμης διάγνωσης η Πρωτοβουλία για τον Καρκίνο του Μαστού της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (European Commission Initiative on Breast Cancer) προτείνει την εφαρμογή οργανωμένου πλάνου ελέγχου, με συγκεκριμένα κριτήρια όπως, για παράδειγμα, με μαστογραφία μετά την ηλικία των 45 ετών σε ασυμπτωματικές γυναίκες με μέτριο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού [7]. Οι συστάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μπορούν να βρουν εφαρμογή στο σχεδιασμό εθνικών προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, αν και σήμερα (2023-2024) δεν ακολουθείται αντίστοιχο πρόγραμμα σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού συσχετίζεται σημαντικά με το φύλο, την ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, τον δείκτη μάζας σώματος (Body Mass Index – BMI), την κατανάλωση αλκοόλ, τη σωματική δραστηριότητα, την προηγούμενη ορμονοθεραπεία και την εθνικότητα [6].

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού διαφέρει στις ηλικιακές ομάδες. Οι ηλικίες άνω των 50 ετών παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επίπτωση του καρκίνου του μαστού και, συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα 50 έως 69 ετών αντιπροσωπεύει το 51% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, ενώ η ηλικιακή ομάδα 70 έως 84 ετών αντιπροσωπεύει το 28% των περιπτώσεων. Αντιθέτως, λιγότερο από 21% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε ηλικιακή ομάδα μικρότερη των 49 ετών, όπως σημειώθηκε στην Ελλάδα το 2018. Παρόμοια εικόνα με τα ελληνικά δεδομένα παρουσιάζουν και τα παγκόσμια στατιστικά στοιχεία, καθώς το 31% των περιπτώσεων σημειώνεται σε ηλικίες 20 έως 49 ετών, το 48% σε ηλικίες 50 έως 69 ετών και το 18% στην ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών. Ο υψηλότερος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε νεότερες ηλικιακές ομάδες στις παγκόσμιες αναφορές θα μπορούσε να ερμηνευτεί από τα αυξημένα ποσοστά καρκίνου του μαστού σε νεαρές γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για τις γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 ετών, τα περιστατικά νεοεμφανιζόμενου καρκίνου του μαστού είναι δύο φορές περισσότερα στις αναπτυσσόμενες σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες [8].

Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί μεγάλης σημασίας παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι συγγενείς πρώτου βαθμού (κόρη, αδερφή, μητέρα) γυναικών που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη αυτής της κακοήθειας. Από όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που αναφέρονται το 5 έως 10% αυτών παρουσιάζει θετικό οικογενειακό ιστορικό, ενώ υψηλότερο κίνδυνο φαίνεται να παρουσιάζουν ιδιαίτερα οι αδερφές ασθενών με καρκίνο του μαστού [9]. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το οικογενειακό ιστορικό είναι μια αμετάβλητη παράμετρος που απαιτεί ειδικό έλεγχο, έντονη επαγρύπνηση και συχνά εξειδικευμένη ιατρική συμβουλή. Από την άλλη πλευρά, παράγοντες κινδύνου όπως το σωματικό βάρος, η ορμονική μεταβολική κατάσταση, το κάπνισμα

ή το αλκοόλ είναι παράμετροι που επιδέχονται μεταβολής και τροποποίησης, οπότε η βελτίωση τους είναι δυνατό να αποτρέψει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, ειδικά στη μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία στο 38% των περιπτώσεων [10]. Επιπλέον η αύξηση του σωματικού βάρους μετά το 50ο έτος της ηλικίας, ανεξάρτητα από τον ΔΜΣ στην ενήλικη ζωή μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 30% [11].

Όσον αφορά στο ορμονικό υπόβαθρο των ασθενών φαίνεται ότι για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού η πρόωγη εμμηναρχή και η εμμηνόπαυση είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε εμφάνιση προχωρημένου σταδίου καρκίνου μαστού σε μικρότερη ηλικία. Αυτό το γεγονός περιγράφεται ιδιαίτερα στον γυναικείο πληθυσμό της Ινδίας, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες [12, 13].

Το ιστορικό καπνίσματος επηρεάζει αρνητικά και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι καπνίστριες που δεν έχουν διακόψει το κάπνισμα παρουσιάζουν 5-32% υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, συγκριτικά με τις καπνίστριες που έχουν διακόψει το κάπνισμα, και παρουσιάζουν 5-18 % υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης σε σχέση με μη-καπνίστριες [14-16].

Οι χρήστες αλκοόλ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ιδίως όταν λαμβάνουν μετά εμμηνόπαυση ορμονοθεραπεία, σε σύγκριση με μη χρήστες ηλικίας άνω των 50 ετών [17].

2.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Με την εξαίρεση της γενετικής συσχέτισης (οικογενειακό ιστορικό, αλληλόμορφα πολυμορφικά γονίδια), ο καρκίνος του μαστού συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με τον τρόπο ζωής, κοινωνική συμπεριφορά και περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ υψηλό ΔΜΣ, μειωμένη σωματική δραστηριότητα, απουσία ιστορικού θηλασμού κ.λ.π) που αποτελούν παραμέτρους που μπορούν εύκολα να τροποποιηθούν [18].

Τα περιστατικά καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερα στις γυναίκες με υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο όταν λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, αν και ο κίνδυνος θανάτου σε αυτές τις ομάδες παρατηρείται να είναι χαμηλότερος. Ωστόσο, όταν λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο αποκτά μικρότερη σημασία [19]. Τα αυξημένα, δε, περιστατικά των γυναικών με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο μπορεί να σχετίζονται με την υψηλότερη συμμετοχή αυτών των γυναικών σε

προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου [20]. Όσον αφορά τα ποσοστά καρκίνου του μαστού ως αιτία θανάτου, φαίνεται να είναι σημαντικά μειωμένα στις γυναίκες με υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο [21]. Η μειωμένη θνητότητα σε γυναίκες αυτής της κοινωνικής ομάδας μπορεί να εξηγηθεί πιθανά από υψηλότερο βιοτικό επίπεδο ζωής, έλλειψη σοβαρών συν-νοσηροτήτων, έγκαιρη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά και τα χαρακτηριστικά του όγκου. Εκτός από τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, τα αυξημένα ποσοστά διάγνωσης της νόσου μπορούν επιπλέον να ερμηνευτούν σε συσχέτιση με την ηλικία αναπαραγωγής και δευτερευόντως με τη χρήση ορμονικής θεραπείας [21].

Ένας από τους εξωγενείς και μεταβλητούς παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο μαστού που έχει ιδιαίτερα ερευνηθεί είναι η κατανάλωση καπνού η οποία αυξάνει αναλογικά τον κίνδυνο. Ο αυξημένος αυτός κίνδυνος αυτός μπορεί να σχετίζεται με τη διάρκεια του καπνίσματος, τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα (πακέτο-έτος, pack-year), την ηλικία κατά την έναρξη του καπνίσματος και τη χρήση καπνού πριν από τον πρώτο τοκετό στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το μακροχρόνιο ιστορικό κατανάλωσης καπνού πριν από τον πρώτο τοκετό σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ή το επίπεδο εκπαίδευσης [23].

Όσον αφορά, δε, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο φαίνεται ότι μπορεί να συσχετιστεί ακόμη και με αυξημένο επιπολασμό και πρώιμη έναρξη καπνίσματος και κατανάλωση αμφίβολης ποιότητας προϊόντων καπνού σύμφωνα με το Νορβηγικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας, ενώ στατιστικά συνδέεται και με τα χαμηλά ποσοστά ασθενών που αποφασίζουν να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτά τα γεγονότα, άλλωστε, υποδεικνύουν το ρόλο του καπνίσματος στις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες σε πολλούς τομείς της υγείας [22].

2.2 ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί ισχυρό δείκτη του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και επηρεάζει πολλές παραμέτρους κινδύνου για την εμφάνιση, διάγνωση και επομένως πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, όπως η μεγάλη ηλικία κατά τον πρώτο τοκετό, η απουσία τεκνοποίησης ή η μία μόνο κύηση, η συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ορμονικής θεραπείας [24]. Άλλες

παράμετροι που σχετίζονται με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μπορούν να προάγουν την παθογένεια του καρκίνου του μαστού είναι ο χαμηλότερος ή υψηλότερος του φυσιολογικού ΔΜΣ, το μεγάλο ύψος σώματος, η μικρότερη ηλικία στην εμμηνарχή και η μεγαλύτερη ηλικία στην έναρξη εμμηνόπαυσης [25].

Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται κατά τις προηγούμενες δεκαετίες να παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη συχνότητα διάγνωσης, όσο και στη θνητότητα, αυξάνοντας αυτές τις παραμέτρους. Τις τελευταίες δυο δεκαετίες όμως, φαίνεται ότι οι αντίστοιχες διαφορές αποκλιμακώθηκαν. Παρατηρήθηκε ότι κατά την περίοδο 2000-2009, οι γυναίκες με υψηλότερη εκπαίδευση παρουσίαζαν 38% υψηλότερη συχνότητα καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η μετεμμηνοπαυσιακή ορμονοθεραπεία περιορίστηκε σημαντικά μετά το 2002, ειδικά μεταξύ των γυναικών με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, γεγονός που θα μπορούσε να συσχετιστεί με τη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού σε αυτή την ομάδα κατά τα τελευταία χρόνια [26].

Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει χαμηλή επίδραση στη θνητότητα από καρκίνο του μαστού. Η πρόωγη διάγνωση, με βάση τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στην αναγνώριση των συμπτωμάτων και στην έγκαιρη παραπομπή σε Χειρουργό μαστού, καθώς και οι λιγότερες συν-νοσηρότητες μεταξύ γυναικών με υψηλότερη εκπαίδευση, μπορούν να εξηγήσουν τη χαμηλότερη θνητότητα νόσου συγκριτικά με τις γυναίκες χαμηλότερης εκπαίδευσης. Σήμερα, οι γυναίκες νεότερες των 50 ετών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνητότητας [27]. Οι γυναίκες αυτές χρειάζονται καλύτερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για τον καρκίνο μαστού ώστε να αρχίσουν να αναζητούν ιατρικές συμβουλές για την υγεία του μαστού και την έναρξη και την τήρηση προσυμπτωματικού ελέγχου. Η ευαισθητοποίηση μπορεί να επιτευχθεί με συνεχείς εκστρατείες για τον καρκίνο του μαστού, ποικιλία μέτρων και συνδυασμό ενεργειών σε εθνικό επίπεδο αλλά και σε τοπικό, πέραν των διεθνών οργανισμών και επιστημονικών εταιρειών και ομάδων επαγγελματιών υγείας και ασθενών.

Όταν η ηλικία κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού και η απουσία τεκνοποίησης είναι υπό μελέτη, οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (θεωρείται τέτοιο η τριτοβάθμια εκπαίδευση ή υψηλότερη και για λόγους σύγκρισης και η δευτεροβάθμια εκπαίδευση), παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες χαμηλότερου επιπέδου

εκπαίδευσης (καμία ή πρωτοβάθμια εκπαίδευση και εκπαίδευση τεχνική ή πρακτική). Φαίνεται, όμως ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει σημαντικό ρόλο συγκριτικά με την επίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ, ή ορμονοθεραπείας ή ηλικίας κατά την έναρξη εμμηνόπαυσης [28].

Σε γυναίκες με υψηλής βαθμίδας εκπαίδευσης ο καρκίνος του μαστού που σχετίζεται με το κάπνισμα δεν αυξάνεται σε συχνότητα σύμφωνα με αντίστοιχες μελέτες που αναλύουν την έξη του καπνίσματος [23]. Ανεξάρτητα δηλαδή από το ιστορικό χρήσης καπνού οι γυναίκες με υψηλή εκπαίδευση έχουν παρόμοιο κίνδυνο νόσησης με τις γυναίκες χαμηλότερης εκπαίδευσης. Πιθανή ερμηνεία αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες με υψηλότερη μόρφωση συμμετέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό και με συνέπεια σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τάση που αυξάνει το ποσοστό διάγνωσης πρώιμου καρκίνου του μαστού, και συγχρόνως μειώνει τα ποσοστά θνητότητας και βελτιώνει την πρόγνωση νόσου [29].

2.3 ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας παρέχει άμεση πρόσβαση σε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ιατρική παρακολούθηση, ετήσιο προσυμπτωματικό έλεγχο ή ευκαιριακές εξετάσεις υγείας, δυνατότητες που παρέχονται στους ασφαλισμένους για ευκολότερη συμμετοχή σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου με λιγότερο άγχος, μικρότερη οικονομική επιβάρυνση και καλύτερη συνολικά ποιότητα υγείας. Η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας περιορίζει την πρόσβαση σε οποιεσδήποτε υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την τακτική παρακολούθηση και επομένως τη λήψη της κατάλληλης θεραπείας. Ιδιαίτερα, οι διαφορές αυτές πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας αντανακλάται στην καταγραφή χαμηλότερων ποσοστών καρκίνου στους ανασφάλιστους πολίτες. Τα χαμηλά ποσοστά, δε, διάγνωσης καρκίνου ερμηνεύονται εύκολα από την απουσία προσυμπτωματικού ελέγχου και επομένως στην απουσία έγκαιρης και ενίοτε ορθής διάγνωσης. [30].

Είναι λιγότερο πιθανό οι ανασφάλιστες γυναίκες ή οι γυναίκες που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα να προχωρήσουν σε προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με τις κατάλληλα

ασφαλισμένες. [31]. Συγκεκριμένα, οι υποασφαλισμένες και οι ανασφάλιστες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να παρακολουθήσουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού κατά 6% και 41% αντίστοιχα. Επιπλέον, η ασφάλιση με βάση τον εργοδότη και η Medicare (ασφάλιση για Αμερικανούς πολίτες άνω των 65 ετών) έχουν ισχυρότερη επίδραση στην παρακολούθηση προληπτικών εξετάσεων, συγκριτικά με άλλους τύπους ασφάλισης ή απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης, σύμφωνα με μελέτη σε πληθυσμούς των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Συγκεκριμένα, πάνω από το 82.8% των επαρκώς ασφαλισμένων γυναικών υποβάλλονται σε μαστογραφία, ενώ το ίδιο ισχύει για 74,7% των ανασφάλιστων και το 40.5% των μη ασφαλισμένων γυναικών τους τελευταίους 12 μήνες της σχετικής μελέτης [32].

Στις περιπτώσεις έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης υγείας σε ασθενείς με καρκίνο έχει καταγραφεί ότι αυτή η ομάδα ασθενών διαγιγνώσκεται σε πιο προχωρημένα στάδια νόσου, με αυξημένα επίσης ποσοστά μεταστατικής νόσου και υψηλότερα ποσοστά θνητότητας και θνησιμότητας [34].

Η σημασία, δε, της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας φαίνεται και από τη συμπεριφορά των ασθενών, καθώς αποφεύγουν να αλλάξουν δουλειά ή να παραιτηθούν, ανεξάρτητα από την ικανοποίηση ή την υποστήριξη που τους παρέχει ο φορέας εργασίας τους. Υπάρχουν παράλληλα αναφορές για ασθενείς που αυξάνουν το πρόγραμμα εργασίας τους, ώστε να καλύψουν δαπάνες που σχετίζονται με την υγεία [33]. Από την άλλη πλευρά, η κατάλληλη ασφαλιστική κάλυψη υγείας δεν μπορεί να διασφαλίσει από μόνη της τη συμμετοχή των ασφαλισμένων πολιτών σε δομές υγείας και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ή στις βέλτιστες υπηρεσίες [30].

2.4. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι ένα μέσον ιδιαίτερα μεγάλης σημασίας και αξίας προκειμένου να διαγνωστούν πρώιμα κακοήθειες και είναι απόλυτα ρεαλιστικό ότι συμβάλλουν τα μέγιστα στη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου και της θνητότητας και θνησιμότητας που συνδέεται με αυτόν. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου λόγω της ορθής και πρώιμης διάγνωσης, και σχετίζεται, και με μειωμένα επίπεδα θνησιμότητας. Τα περιστατικά καρκίνου του μαστού πριν τα

τελευταία είκοσι έτη αυξήθηκαν γρήγορα, μια αύξηση που μπορεί να εξηγηθεί από την ευρεία διάδοση του μαστογραφικού προσυμπτωματικού ελέγχου που υιοθετήθηκε σε πολλές χώρες μετά τη δεκαετία του 1980 [35]. Παρά την αύξηση όμως της διάγνωσης νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσίασαν αξιοσημείωτη μείωση στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, πιθανότατα λόγω της έγκαιρης διάγνωσης με διενέργεια μαστογραφικού ελέγχου [36]. Μια σύγκριση μεταξύ γυναικών που ανιχνεύθηκαν σε μαστογραφικό έλεγχο και γυναικών που δεν ακολούθησαν παρακολούθηση μαστογραφική στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ποσοστά 10ετούς επιβίωσης 85.9% έναντι 65.3% αντίστοιχα. Επιπλέον, η μαστογραφία δύναται να μειώσει τη συχνότητα διάγνωσης του καρκίνου μαστού σε προχωρημένα στάδια νόσου κατά 17%, σύμφωνα με μια μελέτη σε Αυστριακές γυναίκες [37].

Οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διασφάλιση της ποιότητας στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού προτείνουν ένα ποσοστό συμμετοχής τουλάχιστον 70% των γυναικών σε αντίστοιχα προγράμματα καλύτερης πρόγνωσης νόσου. Ένας από τους κύριους στόχους του προγράμματος «Υγιείς Άνθρωποι 2020» ήταν η μεγιστοποίηση του ποσοστού των γυναικών ηλικίας 50 έως 74 ετών που ελέγχονται για καρκίνο του μαστού. Η αποχή ή η αποχώρηση από τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου μειώνει τα περιστατικά καρκίνου του μαστού καθώς μειώνει τα ποσοστά διάγνωσης και αυξάνει τα ποσοστά θνησιμότητας [38].

Η μελέτη των διαφόρων ηλικιακών ομάδων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έδειξε ότι οι γυναίκες ηλικίας 50 έως 74 ετών είναι πιο πιθανό να υποβληθούν σε μαστογραφικό έλεγχο και ότι το 71,7% από αυτές έχουν αναφέρει μια πρόσφατη μαστογραφία. Παρόμοια αποτελέσματα στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι περισσότερο από το 70% των γυναικών υποβάλλονται σε μαστογραφία. Το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες της Μέσης Ανατολής είναι αξιοσημείωτα χαμηλότερο καθώς μόνο το 5% των γυναικών στη Σαουδική Αραβία ακολουθούν ή υποβάλλονται σε μαστογραφικό έλεγχο ετησίως [39].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα περιστατικά καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα το 2012 ήταν 58,6 ανά 100.000 γυναίκες, ενώ οι περιπτώσεις θανάτου ήταν 21 ανά 100.000, τοποθετώντας τον καρκίνο του μαστού ως την πρώτη αιτία θανάτων από καρκίνο στις Ελληνίδες [40]. Παρά την τεκμηριωμένη επιστημονικά πληθώρα πλεονεκτημάτων των τακτικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, η Ελλάδα δεν έχει ακόμη οργανώσει μια εθνική στρατηγική μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. Συνέπεια είναι η Ελλάδα να έχει τη χαμηλότερη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη έναντι καρκίνου μαστού μαζί με την Πορτογαλία μεταξύ των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών τα τελευταία 25 χρόνια [41].

Οι πιο πρόσφατες συστάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού προτάθηκαν από την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία το 2014, από την οποία προτάθηκε μαστογραφικός έλεγχος σε γυναίκες 50 έως 70 ετών ανά διετία, συστάσεις που δεν συνάδουν με τις διεθνείς οδηγίες [42]. Η έλλειψη συγκεκριμένης εθνικής στρατηγικής έχει οδηγήσει τις Ελληνίδες να βασίζονται στον ευκαιριακό έλεγχο για τον καρκίνο μαστού που συνιστάται από Ιατρούς συχνά μη εξειδικευμένους και συχνότερα δεν αξιολογείται από ομάδα με αποτελέσματα δυσάρεστα, όπως καθυστερημένη διάγνωση, συστηματική νόσο και επιβάρυνση της πρόγνωσης. Οι ευκαιριακές εξετάσεις οδηγούν σε μια σειρά ανισοτήτων στην υγεία και αποτελούν απαιτητικό πεδίο προκλήσεων, καθώς βασίζονται στην προσωπική πρωτοβουλία και στην υποκειμενική άποψη και διακριτική ευχέρεια του κάθε Ιατρού. Για παράδειγμα προκύπτει ότι οι γυναίκες Ιατροί όλων των ειδικοτήτων στην Ελλάδα συνιστούν, έναντι των ανδρών Ιατρών συναδέλφων τους, συχνότερα μαστογραφικό έλεγχο στις ασθενείς τους και τον υπενθυμίζουν [43].

Είναι απολύτως αναγκαίο επομένως να υπάρχει συγκεκριμένη στρατηγική πρόληψης που να συμβαδίζει με τις διεθνείς οδηγίες και συστάσεις της επιστημονικής κοινότητας της εξειδικευμένης στον καρκίνο μαστού

και να αναθεωρείται αντίστοιχα αυτών χρονικά και ουσιαστικά. Χωρίς ένα κεντρικό εθνικό μητρώο καταγραφής και ελέγχου, όπου να αναφέρονται όλες οι παράμετροι όπως η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, τα χρονικά μεσοδιαστήματα εξέτασης, κ.λ.π, δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν όλες οι γυναίκες στον ενδεικνυόμενο χρόνο οπότε ο ευκαιριακός έλεγχος οδηγεί τις νεότερες γυναίκες να υποβάλλονται σε εσφαλμένο έλεγχο συχνότερα ή αργότερα. Επιπλέον, το εθνικό σύστημα υγείας δεν θα έχει δεδομένα για συλλογή και ανάλυση από αποτελέσματα μαστογραφίας προκειμένου να σχεδιάσει μια καλύτερη μελλοντική εθνική στρατηγική για την πρόληψη, την ανίχνευση, τη θνητότητα και τη θνησιμότητα και τη φροντίδα των ασθενών. [44]. Αυτή η έλλειψη στρατηγικής πρόληψης του καρκίνου του μαστού μαζί με την υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών, όπως η εγκατάλειψη της μεσογειακής διατροφής υπέρ των δυτικών διατροφικών τάσεων, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος, μπορούν να αυξήσουν ακόμη περισσότερο τις ανισότητες και επομένως την αναποτελεσματικότητα του τομέα πρόληψης στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακόμη ελληνικός εθνικός οργανισμός υγείας για τη διοργάνωση εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και τη μαζική επεξεργασία των αποτελεσμάτων του προγράμματος, όλες οι πληροφορίες σχετικά με τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, την κλινική διαχείριση, τη θεραπεία και την έκβαση προέρχονται από λίγες και σποραδικές κλινικές δοκιμές που καταγράφονται σε ελληνικά μητρώα και οργανώνονται με μεμονωμένη πρωτοβουλία παρόχων υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες καταγραφές είναι και οι μόνες πηγές πληροφορίας επιστημονικής.[45, 46].

Προς δεδομένο τέτοιο στην Ελλάδα η ηλικία φαίνεται να παίζει τον κύριο ρόλο για την παρακολούθηση σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο μαστού, ενώ η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η χρήση καπνού, η ασφαλιστική κάλυψη υγείας και η τακτική επίσκεψη σε οικογενειακό γιατρό δεν ελέγχονται και έτσι δεν δείχνουν ιδιαίτερη συσχέτιση. Συγκεκριμένα, το 2009 σε μια ελληνική μελέτη το 53,8% των γυναικών ηλικίας 50 έως 60 ετών καταγράφηκε ότι είχαν κάνει μαστογραφία τα τελευταία 3 χρόνια, με τη μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών 50 έως 54 ετών που ήταν περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερη [47]. Η, δε, πρόσβαση δεν διακρίνεται σε αστικά, περιφερειακά κέντρα ή όχι. Ωστόσο, έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες σποραδικά τα τελευταία 15-20 έτη για να υποστηριχθούν και οι γυναίκες που ζουν σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας ώστε

να ενταχθούν σε ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο που βασίζεται όμως σε κινητές μονάδες χωρίς δυνατότητα συναξιολόγησης άλλης απεικόνισης [48].

Δεδομένο, επίσης, ότι για τις γυναίκες άνω των 69 ετών, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος θνητότητας από καρκίνο του μαστού. Ειδικά στην Ελλάδα αυτή η ομάδα γυναικών είχε 1,15% μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου την περίοδο των πέντε ετών 2006-2010. Παρόμοια ποσοστά ανευρίσκονται μεταξύ των γυναικών αυτής της ηλικιακής ομάδας στις χώρες Κροατία, Λετονία, Πολωνία και Ρουμανία. Η υψηλότερη θνητότητα από καρκίνο του μαστού σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες παρατηρείται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως Εσθονία, Λιθουανία, Σλοβακία και Βουλγαρία [49].

Η πρόβλεψη έκβασης και συγκεκριμένα της θνητότητας από καρκίνο μαστού έως το 2020 έχει δείξει αυξανόμενα ποσοστά σε σύγκριση με τα ποσοστά του 2010 λόγω των συνεχώς αυξανόμενων περιπτώσεων που διαγνώστηκαν την τελευταία δεκαετία (σε γυναίκες άνω των 69 ετών) κυρίως σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Αυτές οι χώρες έχει εκτιμηθεί ότι έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού, ίσως λόγω των ιδιαίτερα χαμηλών ποσοστών διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου και συνεπώς της χαμηλότερης πενταετούς επιβίωσης ως αποτέλεσμα συγκριτικά με τις λοιπές Ευρωπαϊκές χώρες [50, 51].

Πρόσφατα εφαρμόζεται στην Ελλάδα το «Εθνικό Πρόγραμμα για την Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού», το οποίο ιδρύθηκε από την Πολιτεία για να τιμήσει τη μνήμη της κ. Φώφης Γεννηματά και έχει ισχύ μέχρι το 2025. Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών που βρίσκονται στην Ελλάδα και διαθέτουν ΑΜΚΑ και περιλαμβάνει δωρεάν εξέταση με ψηφιακή μαστογραφία και σε περίπτωση ευρήματος κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα για περαιτέρω διερεύνηση [52]. Είναι μια εξαιρετική ευκαιρία να αποτελέσει τη βάση για τον σχεδιασμό και εφαρμογή ενός εθνικού προγράμματος με αναφορά σε κέντρα ή κλινικές ή Μονάδες ή Ιατρεία εξειδικευμένα προς αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων.

3.2. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ

Σύμφωνα με τις συστάσεις και οδηγίες διεθνώς για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου μαστού έχουν παρατηρηθεί διαφορές μεταξύ των στρατηγικών των διαφόρων Ευρωπαϊκών χωρών. Προκειμένου να αποκλιμακωθούν οι ανισότητες των εκάστοτε συστημάτων, το Ευρωπαϊκό

Κοινοβούλιο εξέδωσε ψήφισμα (A5-0159/2003) κα η Ευρωπαϊκή Ένωση πρότεινε ευρεία εφαρμογή οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του μαστού από τα Ευρωπαϊκά κράτη [53].

Ηνωμένο Βασίλειο:

Πριν από το 2000, η Αγγλία και η Ουαλία εφάρμοζαν τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε τριετή βάση για γυναίκες ηλικίας 50 έως 64 ετών, στη συνέχεια το 2001 η ηλικιακή ομάδα επεκτάθηκε στα 70 έτη, ενώ η επέκταση αυτή υιοθετήθηκε από τη Σκωτία δύο χρόνια αργότερα [54]. Από το 2001 το εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού του Ηνωμένου Βασιλείου προτείνει ότι οι γυναίκες γενικού πληθυσμού μεταξύ 50 και 70 ετών πρέπει να κάνουν μαστογραφία οπωσδήποτε μία φορά κάθε τρία χρόνια. Αυτό το πρόγραμμα πέτυχε μείωση 20% στη θνητότητα από καρκίνο του μαστού. Το 2007 το 56% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού που ανιχνεύθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο διαγνώστηκαν μέσω του εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητά του σε σχετικές ηλικίες γυναικών που κλήθηκαν να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο. Σήμερα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος αφορά διетία, εκτός από τις ομάδες γυναικών που απαιτούν ετήσιο έλεγχο [55].

Γαλλία:

Ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου μαστού ξεκίνησε να εφαρμόζεται στη Γαλλία το 2004 και προβλέπει ότι οι γυναίκες ηλικίας μεταξύ 50 και 74 ετών προσέρχονται για να υποβληθούν σε φυσική εξέταση μαζί με μαστογραφία μία φορά κάθε δύο χρόνια [56]. Οι γυναίκες λαμβάνουν ατομικές ταχυδρομικές προσκλήσεις για να προχωρήσουν σε μαστογραφικό έλεγχο σε διαπιστευμένα ακτινολογικά κέντρα. Σε περίπτωση που οι γυναίκες δεν κάνουν τον προληπτικό έλεγχό τους, θα λάβουν επιπλέον πρόσκληση εντός ενός εξαμήνου. Τα αποτελέσματα των μαστογραφιών που προκύπτουν από τον οργανωμένο έλεγχο διαχειρίζονται και παρακολουθούνται από εθνικά κέντρα διαχείρισης. Όλες οι γνωματεύσεις ελέγχονται διπλά για ψευδώς θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα, τυποποιούνται τεχνικά και ποιοτικά και χρησιμοποιούνται για επιδημιολογική ανάλυση που ενισχύει τους μελλοντικούς στόχους της δημόσιας υγείας [57].

Σουηδία:

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού ξεκινά στην ηλικία των 40 ετών και συνιστάται μία φορά κάθε 18 έως 24 μήνες, μέχρι την ηλικία των 74 ετών [58].

3.3. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ (ΗΠΑ)

Ορισμένες χώρες προωθούν έναν τακτικό μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο μαστού, ενώ άλλες βασίζονται σε ατομικούς ευκαιριακούς ελέγχους. Η Προληπτική Ομάδα Εργασίας των Ηνωμένων Πολιτειών συστήνει τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50 και 74 ετών, μία φορά κάθε δύο χρόνια για γυναίκες χωρίς σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Για την ηλικιακή ομάδα 40 έως 49 ετών, η μαστογραφία συνιστάται σε ασθενείς μόνο υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Ωστόσο, η American Cancer Society, η American Society of Breast Surgeons και η American Society of Surgical Oncology συνιστούν μαστογραφία σε μικρότερες ηλικίες, ξεκινώντας από τα 45 έτη και σε ετήσια βάση έως την ηλικία των 55 ετών, οπότε θα γίνεται διετής έλεγχος μέχρι κάποιες ηλικίες που είναι στατιστικά προσαρμοσμένες στο προσδόκιμο ζωής [58]. Εκτός από τις γενικά αποδεκτές ενδείξεις του προσυμπτωματικού ελέγχου, υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες για γυναίκες που έχουν λάβει ακτινοβολία μεταξύ 10 και 30 ετών. Σε αυτές τις γυναίκες προτείνεται να ξεκινήσουν μαστογραφία 8 χρόνια μετά το τέλος των συνεδριών ακτινοβολίας αλλά όχι πριν από το 25^ο έτος ηλικίας. Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού θα πρέπει να ξεκινήσουν τον ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο μια δεκαετία νωρίτερα από την ηλικία της διάγνωσης του συγγενή τους, αλλά όχι πριν από τα 30 έτη. Εκτός από τη συμμετοχή στο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου των ΗΠΑ, η American Cancer Society προτείνει την ετήσια παρακολούθηση του μαστού με μαγνητική τομογραφία για γυναίκες υψηλού κινδύνου, ως συμπληρωματικό προληπτικό μέτρο [59].

Τα νέα ποσοστά εφαρμογής προσυμπτωματικού ελέγχου για γυναίκες ηλικίας 50 έως 74 ετών ήταν 81% έως το 2020 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

3.4 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΝ ΑΣΙΑ

Η Κίνα παρουσιάζει ποσοστό αντίστοιχο του 46% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού παγκοσμίως, ενώ η περιοχή Ασίας-Ειρηνικού παρουσιάζει σχεδόν το ένα τέταρτο των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου του μαστού παγκοσμίως, σύμφωνα με το GLOBOCAN 2012 [60]. Παρά ότι η πλειοψηφία των περιστατικών καρκίνου μαστού παρουσιάζονται στην Ασία, δεν διαθέτουν όλες οι ασιατικές χώρες οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Συγκεκριμένα η Ταϊβάν και η Νότια Κορέα διαθέτουν καλά οργανωμένα προγράμματα ελέγχου με μαστογραφία σε εθνικό επίπεδο [61]. Από την άλλη πλευρά η Κίνα δεν έχει ακόμη οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο μαστού λόγω έλλειψης δημόσιας χρηματοδότησης με σημαντική ανησυχία της επιστημονικής κοινότητας για δυσμενείς συνέπειες, αν και διεξάγονται πολλές μελέτες στον πληθυσμό σχετικά με την κλινική εξέταση μαστού, το υπερηχογράφημα μαστού και τη μαστογραφία με στόχο να καταλήξουν σε συγκεκριμένες εθνικές οδηγίες [62]. Ωστόσο, υπάρχουν εθνικές συστάσεις για την πρόληψη του καρκίνου μαστού που συνιστούν ετήσια μαστογραφία στην ηλικιακή ομάδα 40 έως 49 ετών και διετή προσυμπτωματικό έλεγχο για την ηλικιακή ομάδα 50 έως 69 ετών, καθώς η μέση ηλικία διάγνωσης της νόσου στις γυναίκες στην Κίνα είναι 45 έως 55 ετών σχεδόν δηλαδή μια δεκαετία νωρίτερα από τη μέση ηλικία διάγνωσης στις δυτικές χώρες [63]. Η Κινεζική Αντικαρκινική Ένωση δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού το 2017, οι οποίες προτείνουν οι γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω να παρακολουθούνται με κλινική εξέταση σε συνδυασμό είτε με μαστογραφία είτε με υπερηχογράφημα ετησίως [64]. Επιπλέον, ο κλινικός έλεγχος και το υπερηχογράφημα μαστού είναι τα πρόσφατα συνιστώμενα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου που θα καθορίσουν τις ενδείξεις για μαστογραφικό έλεγχο [65]. Διαφορετικές επαρχίες στην Κίνα εφαρμόζουν διαφορετικές στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα, στην Tianjin, την τέταρτη μεγαλύτερη πόλη της Κίνας, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού βασίζεται στην κλινική εξέταση που παρέχεται στις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας από το 2009, ενώ η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα δεν προτείνονται στους ασθενείς, μια στρατηγική η οποία σχεδιάστηκε από την τοπική κυβέρνηση. Σε περίπτωση ευρημάτων κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης, συνιστάται στις γυναίκες να προχωρήσουν σε μαστογραφικό και υπερηχογραφικό έλεγχο, αν και το

οικονομικό κόστος δεν καλύπτεται από την κυβέρνηση και είναι οικονομική υποχρέωση των ασθενών [66].

Η Κίνα είναι μια τεράστια χώρα με διαφορετική οικονομική και κοινωνικο-πολιτιστική ανάπτυξη και με πολλές ανισότητες στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην ποιότητα ζωής και στο ετήσιο εισόδημα μεταξύ των επαρχιών της. Αυτές οι ανισότητες είναι καλά αποτυπωμένες στην επίπτωση του καρκίνου μαστού σε γυναίκες από διάφορες επαρχίες. Οι γυναίκες που ζουν στην ανατολική Κίνα (που είναι περισσότερη ανεπτυγμένη από τη δυτική Κίνα) ή σε αστικές περιοχές με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν σε μαστογραφικό έλεγχο [67].

Οι Κινέζες χαρακτηρίζονται από σεμνότητα και έχουν συγκεκριμένα πολιτισμικά χαρακτηριστικά που δεν τους επιτρέπουν να μιλήσουν ελεύθερα για θέματα υγείας, ειδικά για θέματα υγείας του μαστού, και επίσης αισθάνονται άβολα, ακόμη και ντρέπονται να εξεταστούν από άνδρες Ιατρούς. Η συνέπεια στη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού στην Κίνα είναι εξαιρετικά χαμηλή μεταξύ των γυναικών ηλικίας 35 έως 69 ετών. Υπολογίζεται ότι μόνο το 22,5% των γυναικών προχωρούν σε προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με μεγάλης κλίμακας κινεζική μελέτη [68].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες ήταν ο πιο διαδεδομένος καρκίνος παγκοσμίως το 2020 ξεπερνώντας πλέον και τον καρκίνο του πνεύμονα. Υπολογίζεται ότι οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ήταν 2,3 εκατομμύρια σε αυτό το έτος, αντιπροσωπεύοντας το 11,7% του συνόλου των περιπτώσεων εμφάνισης οιασδήποτε καρκίνου. Παράλληλα, καταγράφηκε ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν η αιτία θανάτου σε 685.000 περιπτώσεις και επομένως ήταν η πέμπτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας το 6,9% των συνολικών θανάτων από καρκίνο [69]. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με προχωρημένο στάδιο νόσου κατά τη διάγνωση και κατά συνέπεια με χαμηλότερο ποσοστό επιβίωσης των ασθενών και με δυσμενή πρόγνωση. Οι πρόοδοι στις προσεγγίσεις διαχείρισης και προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν το ποσοστό θνητότητας και θνησιμότητας της νόσου μέσω της έγκαιρης διάγνωσης σε πρώιμο στάδιο [70].

Η έγκαιρη διάγνωση είναι επομένως, θεμέλιος λίθος για τη βελτίωση της πρόγνωσης του καρκίνου του μαστού καθώς είναι δυνατή η άμεση έναρξη αποτελεσματικής θεραπείας. Σε αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα, ο έλεγχος με μαστογραφία είναι δύσκολος λόγω αυξημένου κόστους ή δύσκολης πρόσβασης με αποτέλεσμα οι γυναίκες αυτών των χωρών να βασίζονται περισσότερο στην αυτοεξέταση των μαστών ή στην κλινική φυσική εξέταση από οιαδήποτε Ιατρό ή νοσηλεύτρια/τή ως αρχικά μέσα εντοπισμού πιθανής παθολογίας του μαστού. Είναι γνωστό από μελέτες ότι η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση δεν βελτιώνουν την πρόγνωση της νόσου ως εργαλείο ελέγχου, αλλά αποτελούν έναν δείκτη ευαισθητοποίησης για τον έλεγχο της υγείας του μαστού και δύναται να συσχετιστούν με πιο πρώιμο στάδιο διάγνωσης.

Το προχωρημένο στάδιο διάγνωσης είναι συχνότερο σε περιπτώσεις γυναικών που μπορεί να έχουν επίγνωση αλλαγής στο μαστό τους ακόμη και για σημαντικό χρονικό διάστημα όπως μήνες ή έτος, χωρίς να αναζητήσουν Ιατρική εκτίμηση. Αυτή η χρονική καθυστέρηση είναι πολυπαραγοντική και μπορεί να επηρεάζεται από προσωπικές ή πολιτισμικές πεποιθήσεις. Παλαιότερες μελέτες σε χώρες του εξωτερικού (εκτός Ε.Ε) κατέδειξαν ότι οι μουσουλμάνες γυναίκες συχνά διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο νόσου και

παρουσιάζουν υψηλότερη θνητότητα σε σχέση με τις μη μωαμεθανές γυναίκες που συμμετείχαν στις ίδιες μελέτες. Παρά τη διαφορά αυτή, όμως, υπάρχουν πολύ περιορισμένα στοιχεία για τον τρόπο πιθανής συμμετοχής αυτών των γυναικών σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου αλλά και συμπτωματικού ελέγχου του μαστού στα πλαίσια του εν γένει θρησκευτικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος και θεώρησης. Παράλληλα, δεν υπάρχουν αντίστοιχα δεδομένα για πολίτες διαφορετικού θρησκευτικού και πολιτισμικού υποβάθρου στον ευρύτερο Ευρωπαϊκό χώρο αλλά και στην Ελλάδα.

Ο βαθμός συμμετοχής των γυναικών στα προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού έχει αξιολογηθεί σε πολλές μελέτες ως τώρα και έχουν ερευνηθεί οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή τη συμμετοχή σε γυναίκες που προέρχονται από διαφορετικές περιοχές, χώρες, εθνικότητες, και που έχουν διαφορετικό φυλετικό, θρησκευτικό, κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο. Όσον αφορά αυτούς τους παράγοντες, έχει ήδη φανεί η σημασία του οικονομικού παράγοντα στη χαμηλή προσέλευση για προληπτικό έλεγχο για παράδειγμα στην Ιαπωνία [71]. Επιπλέον, παράγοντες όπως η δυνατότητα πρόσβασης σε δομές υγειονομικής περίθαλψης, οι συναισθηματικοί περιορισμοί [72], και το μορφωτικό/εκπαιδευτικό επίπεδο [73] βρέθηκε ότι επηρεάζουν σημαντικά τη συμμετοχή σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου του καρκίνου μαστού μεταξύ γυναικών διαφορετικού κοινωνικού και πολιτιστικού υποβάθρου.

Σε χώρες της Μέσης Ανατολής και της Ασίας, οι γυναίκες μωαμεθανικού θρησκευόμενου αναφέρουν ντροπή, αναστολή και προτίμηση στο φύλο του Ιατρού, απουσία συζήτησης για τον καρκίνο μαστού στην κοινότητα, φόβο για τη διάγνωση του καθώς και απροθυμία των Ιατρών ή επαγγελματιών Υγείας να παρέχουν πληροφορίες για προληπτικό έλεγχο ή εκπαίδευση και ενημέρωση των ιδίων και των γυναικών. Οι παράγοντες αυτοί θεωρείται ότι αποθαρρύνουν τις γυναίκες να συμμετέχουν σε προληπτικούς και συμπτωματικούς ελέγχους και τελικά εμποδίζουν την έγκαιρη, πρώιμη διάγνωση αλλά και την ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση και λοιπή στρατηγική παρακολούθησης.

Παρά την πληθώρα μελετών για τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο μαστού, οι μελέτες για τη συμμετοχή σε αυτά των μουσουλμάνων γυναικών είναι πολύ περιορισμένες, και οι υπάρχουσες δημοσιευμένες αντιστοιχούν στην πλειοψηφία τους σε χώρες με απόλυτο αριθμό ή υπεροχή του θρησκευόμενου στον

πληθυσμό τους. Επιπλέον, δεν υπάρχουν μελέτες να διερευνούν συστηματικά τις τυχόν παρανοήσεις σε μουσουλμανικές κοινότητες για την αξία και τη σημασία του προληπτικού ελέγχου, ή που αποθαρρύνουν τη συμμετοχή των γυναικών [74]. Σίγουρα, δεν υπάρχουν δεδομένα για τις γυναίκες που ανήκουν σε μουσουλμανικές κοινότητες, όπως στην περιφέρεια της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης στην Ελλάδα.

Όσον αφορά στις γυναίκες μουσουλμανικού θρησκειύματος, υπάρχει επιπλέον η δυσκολία της επικοινωνίας λόγω της ελαττωμένης κατανόησης της γλώσσας, η κοινωνική αποστασιοποίηση, καθώς και η νοοτροπία της μοιρολατρίας. Πολλές μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι ασυμπτωματικές γυναίκες που δεν είναι ευαισθητοποιημένες στον προληπτικό έλεγχο αγνοούν ή αμελούν να πραγματοποιήσουν ακόμα και την απλή αυτοεξέταση του μαστού, ενώ, ακόμα κι αν πραγματοποιήσουν απεικονιστικό έλεγχο με μαστογραφία, δε θα έχουν αναζητήσει Ιατρική συμβουλή πριν ή μετά από αυτή, παρά μόνο αν καθοδηγηθούν από τον Ακτινολόγο Ιατρό λόγω θετικού ή ανησυχητικού απεικονιστικού ευρήματος ενώ αντίθετα δεν θα αξιολογήσουν την παρουσία ή επιμονή ενός κλινικού ευρήματος [75].

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης (Π.Γ.Ν.Α) βρίσκεται στην πρωτεύουσα του Έβρου και αποτελεί κέντρο αναφοράς για το διαμέρισμα της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Στην ευρύτερη αυτή περιοχή υπάρχει ιστορικά μια μεγάλη κοινότητα μωαμεθανικού θρησκειύματος, τα μέλη της οποίας μιλούν κυρίως την τουρκική γλώσσα, μια βουλγαρική διάλεκτο ή τη ρομανί. Στην απογραφή του 1991 καταγράφηκαν 98.000 άτομα σε συνολικό πληθυσμό 338.000 κατοίκων, δηλαδή ο πληθυσμός αποτελεί περίπου 29% του συνολικού πληθυσμού της περιοχής.

Το Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού της Α΄ Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής (Α΄Π.Χ.Κ) του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ), στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης (ΠΓΝΑ), προσφέρει υπηρεσίες ελέγχου γυναικών και ανδρών ασθενών που προσέρχονται είτε για τακτικό προληπτικό έλεγχο, είτε για συμπτωματικό έλεγχο λόγω ανεύρεσης παθολογίας στην αυτοεξέταση ή σε κλινική εξέταση ή σε απεικονιστικό έλεγχο καθώς και στα πλαίσια μετεγχειρητικής παρακολούθησης μετά από χειρουργική αντιμετώπιση καλοήθους ή κακοήθους νόσου του μαστού, αλλά και τακτικής παρακολούθησης σε ομάδες αυξημένου κινδύνου παθολογίας του μαστού.

Η καταγραφή και επεξεργασία των δεδομένων του πληθυσμού γυναικών που εξετάστηκαν / αντιμετωπίστηκαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού είτε για προσυμπτωματικό / προληπτικό έλεγχο, είτε για έλεγχο στα πλαίσια συμπτωματολογίας ή σημειολογίας ή απεικονιστικών ευρημάτων, είτε για έλεγχο παρακολούθησης παθολογίας του μαστού και η συσχέτιση αυτών με το κοινωνικό μοντέλο διαβίωσης και τους παράγοντες ατομικής δημογραφίας μεταξύ των οποίων και της θεολογικής / θρησκευτικής φιλοσοφίας, είναι το αντικείμενο μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική αναζήτηση στο μητρώο καταγραφής περιστατικών που εξετάστηκαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού (Ι.Π.Μ) της Α' Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής (Α' Π.Χ.Κ) του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ), στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης (ΠΓΝΑ), τα τελευταία πέντε έτη κατά το χρονικό διάστημα 2018-2022. Το πρωτόκολλο της μελέτης ελέγχθηκε και πήρε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας και το Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΓΝΑ (ΕΣ5/Θ2/13-04-2020, αρ. πρωτ. 82/06-04-2020). Έγινε έλεγχος και καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών, όπως αυτά καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο, με συμπερίληψη του φύλου, της ηλικίας, του τόπου διαμονής, της κύριας γλώσσας επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, των θρησκευτικών πεποιθήσεων και του αιτίου προσέλευσης στο Ι.Π.Μ. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν οι γυναίκες ηλικίας άνω των 25 ετών, ενώ αποκλείστηκαν οι άνδρες ασθενείς, οι ασθενείς με θετικό γονιδιακό καρκίνο μαστού, καθώς και οι ασθενείς με ελλιπή δεδομένα ιατρικού φακέλου.

Έγινε επεξεργασία των δημογραφικών στοιχείων ανά έτος με τη χρήση του προγράμματος Excel. Η διάκριση των ασθενών έγινε με βάση τις εξής κατηγορίες προσέλευσης:

1. Τακτικός ετήσιος προληπτικός έλεγχος, χωρίς παρουσία συμπτωματολογίας
2. Διαγνωστικός έλεγχος για διερεύνηση υποκείμενης συμπτωματολογίας ή επί ευρημάτων σε απεικονιστικό έλεγχο χωρίς να έχει προηγηθεί κλινική εξέταση
3. Παρακολούθηση γνωστής καλοήθους παθολογίας ή μετεγχειρητική παρακολούθηση για καλοήθη ή κακοήθη νόσο.

Αναζητήθηκαν στο αρχείο του Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομίας ΔΠΘ/ΠΓΝΑ, του Κυτταρολογικού Εργαστηρίου ΠΓΝΑ, του Εργαστηρίου Ιατρικής Απεικόνισης – Ακτινολογικό ΔΠΘ/ΠΓΝΑ, στους ιατρικούς φακέλους της Α' Π.Χ.Κ., καθώς και στο αρχείο χειρουργικών επεμβάσεων και καταγράφηκαν τα ογκολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Α' Π.Χ.Κ. κάνοντας διαχωρισμό αυτών ανάλογα με το κοινωνικό μοντέλο διαβίωσης (ανοικτό ή κλειστό) και τη θεολογική

φιλοσοφία. Στην καταγραφή και επεξεργασία δεν περιελήφθησαν οι ασθενείς που αρνήθηκαν τη θεραπεία ή επέλεξαν άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των υπό εξέταση ομάδων που προέκυψαν πραγματοποιήθηκε με έλεγχο των μέσων όρων και των λόγων σχετικών πιθανοτήτων (Odds Ratio, OR) για τη δύναμη συσχέτισης δυο μεταβλητών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την πενταετία 2018-2022 εξετάστηκαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού 433 ασθενείς, από τους οποίους οι 420 ήταν γυναίκες και οι 18 άνδρες, οι οποίοι αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Παράλληλα, αποκλείστηκαν 13 γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 402 ασθενείς, μέσου όρου ηλικίας 57.3 ετών, εκ των οποίων 324 ήταν χριστιανές (80,1%) και 76 ήταν μουσουλμάνες (18.9%).

6.1. ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣΤΟΥ

Η προσέλευση για εξέταση στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού τόσο των χριστιανών όσο και των μουσουλμάνων ασθενών ελέγχθηκε ξεχωριστά ανά έτος. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που αφορούν ηλικία, τόπο διαμονής και κύρια γλώσσα επικοινωνίας με τον πάροχο υγείας και πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης της θεολογικής φιλοσοφίας των ασθενών με την αιτία προσέλευσης και την παθολογία.

6.1.1. Έτος 2018

Κατά το 2018 προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού 160 ασθενείς, από τις οποίες 129 ήταν χριστιανές (80.6%) και 31 ήταν μουσουλμάνες (19.4%). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Οι χριστιανές ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 57.3 έτη, με 20.2% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 79.8% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 62% των χριστιανών η κατοικία αφορά αστικό κέντρο και 38% αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 90.7% των χριστιανών ασθενών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 26.4% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό / προσυμπτωματικό έλεγχο, 55% για συμπτωματικό έλεγχο και 18.6% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης παθολογίας του μαστού.

Οι μουσουλμάνες ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 49.1 έτη, με 38.7% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 61.3% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 48.4% των μουσουλμάνων η κατοικία αφορά αστικό κέντρο και 51.6% αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 3.2%

των μουσουλμάνων ασθενών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 9.7% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 67.7% για συμπτωματικό έλεγχο και 22.6% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης παθολογίας του μαστού.

Η διαφορά της προσέλευσης ανά αίτιο μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών κατά το έτος 2018 απεικονίζεται στο Γράφημα 1.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2018. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

2018		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝ ΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝ ΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	26	12	36
	≥45	103	19	122
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	80	15	100
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	49	16	60
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙ ΑΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	117	1	118
	ΑΛΛΗ	12	30	42
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	34	3	37
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚ ΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	71	21	92
	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗ ΣΗ	24	7	31
ΣΥΝΟΛΟ		129	31	160



Γράφημα 1.

Σχηματική απεικόνιση του αιτίου προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2018 στις υπό έλεγχο ομάδες. 1: Χριστιανές – Προληπτικός έλεγχος. 2. Χριστιανές – Συμπτωματικός έλεγχος 3. Χριστιανές – Παρακολούθηση. 4: Μουσουλμάνες – Προληπτικός έλεγχος. 5. Μουσουλμάνες – Συμπτωματικός έλεγχος 6. Μουσουλμάνες – Παρακολούθηση.

6.1.2. Έτος 2019

Κατά το 2019 προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού 165 ασθενείς, από τις οποίες 128 ήταν χριστιανές (77.6%) και 37 ήταν μουσουλμάνες (22.4%). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Οι χριστιανές ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 58.3 έτη, με 14.1% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 85.9% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 54.7% των χριστιανών η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε 45.3% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 96.1% του συνόλου των χριστιανών ασθενών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 21.1% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 57% για συμπτωματικό έλεγχο και 21.9% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Οι μουσουλμάνες ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 51.4 έτη, με 35.1% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 64.9% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 54.1% των μουσουλμάνων η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε

45.9% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 10.8% του συνόλου των μουσουλμάνων ασθενών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 5.4% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 73% για συμπτωματικό έλεγχο και 21.6% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Η διαφορά της προσέλευσης ανά αίτιο μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών κατά το έτος 2019 απεικονίζεται στο Γράφημα 2.

Πίνακας 2.

Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού κατά το 2019. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

2019		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝ ΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝ ΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	18	13	31
	≥45	110	24	134
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	70	20	90
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	58	17	75
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	123	4	127
	ΑΛΛΗ	5	33	38
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	27	2	29
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	73	27	100
	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	28	8	36
ΣΥΝΟΛΟ		128	37	165



Γράφημα 2.

Σχηματική απεικόνιση του αιτίου προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2019 στις υπό έλεγχο ομάδες. 1: Χριστιανές – Προληπτικός έλεγχος. 2. Χριστιανές – Συμπτωματικός έλεγχος 3. Χριστιανές – Παρακολούθηση. 4: Μουσουλμάνες – Προληπτικός έλεγχος. 5. Μουσουλμάνες – Συμπτωματικός έλεγχος 6. Μουσουλμάνες – Παρακολούθηση.

6.1.3. Έτος 2020

Κατά το 2020 προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού 39 ασθενείς, από τις οποίες 28 ήταν χριστιανές (71.8%) και 11 ήταν μουσουλμάνες (28.2%). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Οι χριστιανές ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 61 έτη, με 7.1% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 92.9% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 39.3% των χριστιανών η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε 60.7% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 92.9% του συνόλου των χριστιανών γυναικών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 42.9% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 32.1% για συμπτωματικό έλεγχο και 25% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Οι μουσουλμάνες ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 52 έτη, με 27.3% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 72.7% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 36.4% των μουσουλμάνων η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε 63.6% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 9.1% του συνόλου των μουσουλμάνων γυναικών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 0% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 45.5% για συμπτωματικό έλεγχο και 54.5% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Σημειώνεται ότι η περίοδος 2020-2021 αφορά την πανδημία Covid-19.

Πίνακας 3.

Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2020. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

2020		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝ ΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝ ΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	2	3	5
	≥45	26	8	34
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	11	4	15
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	17	7	24
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	26	1	27
	ΑΛΛΗ	2	10	12
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	12	0	12
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	9	5	14
	ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ	7	6	13
ΣΥΝΟΛΟ		28	11	39



Γράφημα 3.

Σχηματική απεικόνιση του αιτίου προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2020 στις υπό έλεγχο ομάδες. 1: Χριστιανές – Προληπτικός έλεγχος. 2. Χριστιανές – Συμπτωματικός έλεγχος 3. Χριστιανές – Παρακολούθηση. 4: Μουσουλμάνες – Προληπτικός έλεγχος. 5. Μουσουλμάνες – Συμπτωματικός έλεγχος 6. Μουσουλμάνες – Παρακολούθηση.

6.1.4. Έτος 2021

Κατά το 2021 προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού 74 ασθενείς, από τις οποίες 60 ήταν χριστιανές (81.1%) και 14 ήταν μουσουλμάνες (18.9%). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Οι χριστιανές ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 56.8 έτη, με 21.7% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 78.2% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 66.7% των χριστιανών η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε 33.3% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 93.3% του συνόλου των χριστιανών γυναικών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 18.3% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 51.7% για συμπτωματικό έλεγχο και 30% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Οι μουσουλμάνες ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 53.5 έτη, με 14.3% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 85.7% αυτών ήταν 45

ετών και άνω. Σε 28.6% των μουσουλμάνων η κατοικία αφορά αστικό κέντρο και σε 71.4% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας δεν ήταν η ελληνική για καμία από τις μουσουλμάνες ασθενείς (0%). Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, καμία ασθενής (0%) δεν προσήλθε για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 50% προσήλθαν για συμπτωματικό έλεγχο και 50% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Σημειώνεται ότι η περίοδος 2020-2021 αφορά την πανδημία Covid-19.

Πίνακας 4.

Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2021. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

2021		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	13	2	15
	≥45	47	12	59
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	40	4	44
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	20	10	30
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	56	0	56
	ΑΛΛΗ	4	14	18
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	11	0	11
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	31	7	38
	ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ	18	7	25
ΣΥΝΟΛΟ		60	14	74



Γράφημα 4.

Σχηματική απεικόνιση του αιτίου προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού κατά το 2021 στις υπό έλεγχο ομάδες. 1: Χριστιανές – Προληπτικός έλεγχος. 2: Χριστιανές – Συμπτωματικός έλεγχος 3. Χριστιανές – Παρακολούθηση. 4: Μουσουλμάνες – Προληπτικός έλεγχος. 5. Μουσουλμάνες – Συμπτωματικός έλεγχος 6. Μουσουλμάνες – Παρακολούθηση.

6.1.5. Έτος 2022

Κατά το 2022 προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού 109 ασθενείς, από τις οποίες 90 ήταν χριστιανές (82.6%) και 19 ήταν μουσουλμάνες (17.4%). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Οι χριστιανές ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 58.4 έτη, με 13.3% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 86.7% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 65.6% των χριστιανών η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε 34.4% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 93.3% του συνόλου των χριστιανών γυναικών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 15.6% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 52.2% για συμπτωματικό έλεγχο και 32.2% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Οι μουσουλμάνες ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 49.8 έτη, με 36.8% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 63.2% αυτών ήταν 45

ετών και άνω. Σε 47.4% των μουσουλμάνων η κατοικία εντοπιζόταν σε αστικό κέντρο και η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 15.8% του συνόλου των μουσουλμάνων γυναικών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 0% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 52.6% για συμπτωματικό έλεγχο και 47.4% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Πίνακας 5.

Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2022. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

2022		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝ ΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝ ΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	12	7	19
	≥45	78	12	90
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	59	9	68
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	31	10	41
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	84	3	87
	ΑΛΛΗ	6	16	22
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	14	0	47
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	47	10	39
	ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ	29	9	33
ΣΥΝΟΛΟ		90	19	109



Γράφημα 5.

Σχηματική απεικόνιση του αιτίου προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά το 2022 στις υπό έλεγχο ομάδες. 1: Χριστιανές – Προληπτικός έλεγχος. 2. Χριστιανές – Συμπτωματικός έλεγχος 3. Χριστιανές – Παρακολούθηση. 4: Μουσουλμάνες – Προληπτικός έλεγχος. 5. Μουσουλμάνες – Συμπτωματικός έλεγχος 6. Μουσουλμάνες – Παρακολούθηση.

6.1.6. Συγκεντρωτικά στοιχεία ετών 2018-2022

Στην πενταετία 2018 – 2022, με την σημείωση της πανδημίας Covid-19 (2020-2021) προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού 402 ασθενείς γυναίκες άνω των 25 ετών, από τις οποίες 326 ήταν χριστιανές (80.6%) και 76 ήταν μουσουλμάνες (19.4%). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Οι χριστιανές ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 58.3 έτη, με 17.8% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 82.2% αυτών ήταν 45 ετών και άνω. Σε 66% των χριστιανών η κατοικία αντιστοιχεί σε αστικό κέντρο, ενώ σε 34% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 92.9% του συνόλου των χριστιανών γυναικών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 19.3% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 63.2% για συμπτωματικό έλεγχο και 17.5% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Οι μουσουλμάνες ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 53.2 έτη, με 35.5% αυτών να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 25-44 έτη, ενώ 64.5% αυτών ήταν 45 ετών

και άνω. Σε 44.7% των μουσουλμάνων η κατοικία αφορά αστικό κέντρο, ενώ σε 65.3% αφορά αγροτική περιοχή. Η κύρια γλώσσα επικοινωνίας ήταν η ελληνική σε 9.2% του συνόλου των ασθενών αυτών. Όσον αφορά το αίτιο προσέλευσης, 3.9% των ασθενών προσήλθαν για προληπτικό/προσυμπτωματικό έλεγχο, 78.9% για συμπτωματικό έλεγχο και 17.2% για την παρακολούθηση μετεγχειρητικής ή άλλης κατάστασης.

Πίνακας 6.

Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά τα έτη 2018-2022. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

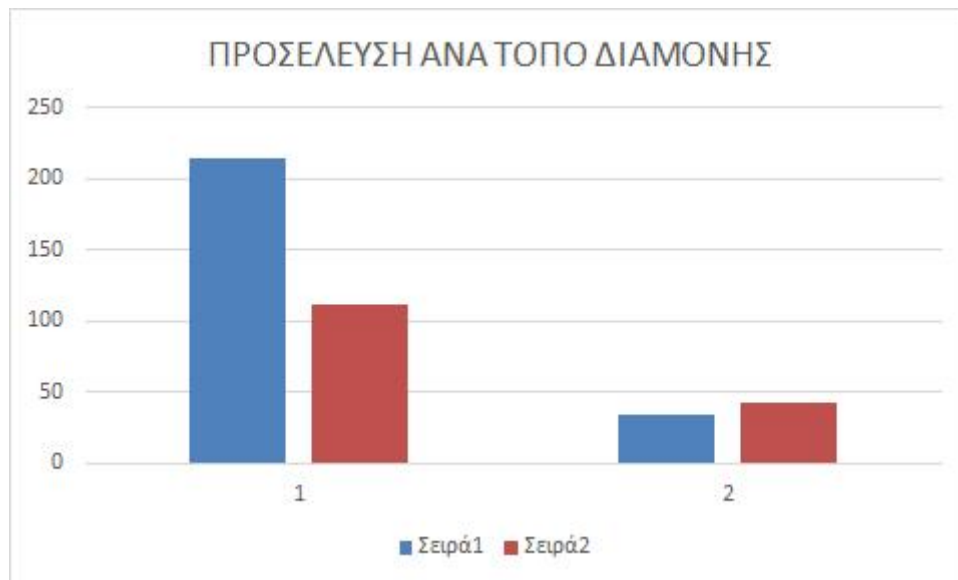
		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝ ΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝ ΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	58	27	85
	≥45	268	49	317
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	215	34	249
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	111	42	153
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ Σ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	303	7	310
	ΑΛΛΗ	23	69	92
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ Σ ΕΛΕΓΧΟΣ	63	3	66
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙ ΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	206	60	266
	ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣ Η	57	13	70
ΣΥΝΟΛΟ		326	76	402

2020-2021: πανδημία Covid-19

ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ:

Οι μουσουλμάνες ασθενείς που προσήλθαν στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Μαστού παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική αρνητική διαφορά με τις χριστιανές ασθενείς ως προς την κύρια γλώσσα επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό [$OR=(7/69)/(300/23)=0.03$], ενώ φαίνεται ότι υστερούν τόσο στον προληπτικό έλεγχο [$OR=(3/73)/(63/263)=0.17$], όσο και συνολικά στον

προληπτικό έλεγχο και στην παρακολούθηση χωρίς οξεία συμπτωματολογία [OR=(16/60)/(120/206)=0.27]. Οι διαφορές αυτές απεικονίζονται στα Γραφήματα 6-9.



Γράφημα 6.

Διαφορά στην προσέλευση κατά τα έτη 2018-2022 μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.

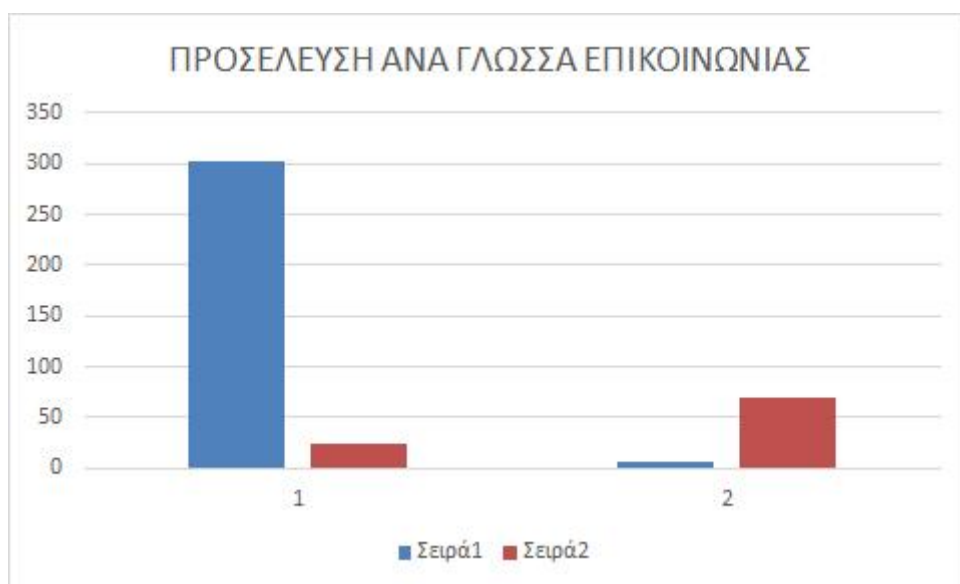
1^η ομάδα: Χριστιανές ασθενείς – 2^η ομάδα: Μουσουλμάνες ασθενείς. Μπλε: Ομάδα 25-44 ετών. Κόκκινο: Ομάδα ≥ 45 ετών



Γράφημα 7.

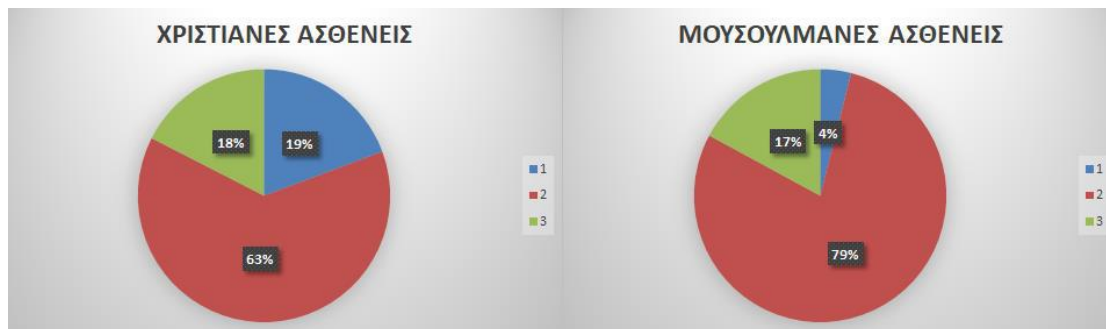
Διαφορά στην προσέλευση κατά τα έτη 2018-2022 σχετικά με τον τόπο διαμονής.

1^η ομάδα: Χριστιανές ασθενείς – 2^η ομάδα: Μουσουλμάνες ασθενείς. Μπλε: Αστικό κέντρο. Κόκκινο: Αγροτική περιοχή.



Γράφημα 8.

Διαφορά στην προσέλευση κατά τα έτη 2018-2022 σχετικά με την κύρια γλώσσα επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. 1^η ομάδα: Χριστιανές ασθενείς – 2^η ομάδα: Μουσουλμάνες ασθενείς. Μπλε: Ελληνική γλώσσα. Κόκκινο: Άλλη γλώσσα.



Γράφημα 9.

Διαφορά στην προσέλευση κατά τα έτη 2018-2022 σχετικά με το αίτιο προσέλευσης.

1^η ομάδα: Χριστιανές ασθενείς – 2^η ομάδα: Μουσουλμάνες ασθενείς. Μπλε:

Προληπτικός έλεγχος. Κόκκινο: Συμπτωματικός έλεγχος. Πράσινο: Παρακολούθηση.

6.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά τα έτη 2018-2022 υπήρξε ταυτόχρονη κλινική, κυτταρολογική και ιστολογική επιβεβαίωση κακοήθειας του μαστού σε 141 ασθενείς. Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών αυτών εμφανίζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7.

Δημογραφικά στοιχεία – Αίτια προσέλευσης στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού κατά τα έτη 2018-2022 ασθενών με νεοδιαγνωσθέντα καρκίνο μαστού. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΧΡΙΣΤΙΑΝ ΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝ ΕΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	25-44	3	6	9
	≥45	101	31	132
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	61	10	71
	ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	43	27	70
ΚΥΡΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙ ΑΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	99	1	100
	ΑΛΛΗ	5	36	41
ΑΙΤΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	3	0	3
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚ ΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	90	34	124
	ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ	22	3	25
ΣΥΝΟΛΟ		104	37	141

Τα βασικά στοιχεία σταδιοποίησης κατά TNM καταγράφηκαν σε 104 ασθενείς, οι οποίες υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή / ογκεκτομή (Πίνακας 8). Οι υπόλοιπες 37 ασθενείς υποβλήθηκαν προς διάγνωση τεκμηριωμένη σε βιοψία διά βελόνης (guided core needle biopsy) και μετά Ογκολογικό Συμβούλιο ακολούθησαν νέο-επικουρική (neoadjuvant) θεραπεία από Παθολόγους Ογκολόγους ή αρνήθηκαν την περαιτέρω αντιμετώπιση στο Νοσοκομείο.

Πίνακας 8.

Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού σε ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. T1: όγκος <2cm, T2: όγκος 2-5cm, T4: όγκος >5cm. N3: >10 διηθημένοι λεμφαδένες, ψηλαφητική λεμφαδενική διήθηση. M1: μεταστατική νόσος. Διάκριση μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων ασθενών.

2018 - 2022		ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ	
		ΧΡΙΣΤΙΑΝΕΣ	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΕΣ
Μέγεθος όγκου	T1	26	1
	T2	33	23
	T3	11	5
	T4	4	2
Ψηλαφητική λεμφαδενική διήθηση	N3	11	6
Μεταστάσεις	M1	10	6
Σύνολο		74	30

ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ:

Με ψηλαφητή μάζα μαστού και $T \geq 2$ προσήλθε το 64.9% των χριστιανών ασθενών και το 96.7% των μουσουλμάνων ασθενών [$OR = (29/1)/(48/26) = 15.7$ για τις μουσουλμάνες ασθενείς]. Διηθημένοι λεμφαδένες (ALND: $N > 10$) υπήρχαν σε 14.9% των χριστιανών ασθενών και σε 20% των μουσουλμάνων ασθενών [$OR = (6/24)/(1/64) = 1.45$ για τις μουσουλμάνες ασθενείς].

Τέλος, μεταστατική νόσος παρουσιάστηκε κατά την αρχική διερεύνηση προεγχειρητικά σε 13.55% των χριστιανών ασθενών και σε 20% των μουσουλμάνων ασθενών [$OR = (6/24)/(10/64) = 1.6$ για τις μουσουλμάνες ασθενείς].

Συνεπώς, οι μουσουλμάνες ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά για τον καρκίνο του μαστού προσήλθαν στο ειδικό Ιατρείο λόγω ευρήματος ψηλαφητής μάζας ως πρώτο σύμπτωμα της νόσου και μάλιστα παρουσίασαν μεγαλύτερης διαμέτρου μάζα μαστού και είχαν υψηλότερο ποσοστό ψηλαφητής κλινικά λεμφαδενικής μασχαλιαίας νόσου (N positive, N3 , N>10) και είχαν σε μεγαλύτερη συχνότητα μεταστατική νόσο (M positive) με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η προσπάθεια διερεύνησης, καταγραφής και μελέτης είχε ως κίνητρο τη διαφορετική κλινική παρατήρηση μεταξύ γυναικών ασθενών που προσέρχονται σε ειδικό Ιατρείο για παθήσεις και καρκίνο μαστού σε ένα δημόσιο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο (ΠΓΝΑ) με στόχο να προσδιορίσει τις διαφορές στις πρακτικές και στις αντιλήψεις για την υγεία του μαστού μεταξύ των ασθενών διαφορετικών θρησκευτικών πεποιθήσεων και πολιτισμικού υποβάθρου στη βορειοανατολική Ελλάδα, όπως αυτές απεικονίζονται από την αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παθήσεων Μαστού του Δ.Π.Θ στο ΠΓΝΑ του μοναδικού εξειδικευμένου ιατρείου στην χειρουργική ογκολογία του μαστού στην ίδια Δ.Υ.ΠΕ. (4^η) εκτός Θεσσαλονίκης. Με την αναγνώριση των δεδομένων στην πενταετία παρά την ιδιαιτερότητα της περιόδου πανδημίας Covid-19 και των συνεπειών αυτής με αργοπορημένη διάγνωση όλων των νεοπλασιών, με την αργοπορημένη δυνατότητα του συστήματος για χειρουργική αντιμετώπιση αλλά και ογκολογική εν γένει θεραπεία, και με την “φυγή” ογκολογικών ασθενών για θεραπεία προς ιδιωτικό τομέα, κρίνεται δυνατή και ικανή η εξαγωγή συμπερασμάτων και η ισχυροποίηση της ανάγκης λήψης μέτρων για τη βελτίωση της συμμετοχής σε πρωτοβουλίες προσυμπτωματικού ελέγχου, της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου μαστού, της μείωσης νοσηρότητας και θνητότητας της νόσου και της βελτίωσης της πρόγνωσης ακόμη περισσότερο σε ειδικούς πληθυσμούς πολιτών στην βορειοανατολική Ελλάδα, αλλά και κατ’ επέκταση σε ολόκληρη τη χώρα.

Η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη, σωστή θεραπεία μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την πιθανότητα μακρόχρονης επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Σε αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό εισόδημα, στις οποίες υπάρχει περιορισμένη διαθεσιμότητα της προληπτικής μαστογραφίας, δίνεται συχνά έμφαση στην τακτική αυτοεξέταση του μαστού, που αποτελεί μια καθόλου δαπανηρή και πιο πρακτική μέθοδο, ως κομμάτι μιας στρατηγικής ευαισθητοποίησης των γυναικών, αλλά και των ανδρών, στις αλλαγές της υγείας του μαστού [76]. Η μέθοδος αυτή, με τη σειρά της, μπορεί να ενισχύσει τη συμμετοχή σε άλλα προληπτικά μέτρα και να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση υποκείμενης παθολογίας [77]. Εκτός από την αυτό-εξέταση, η κλινική εξέταση από εξειδικευμένο Χειρουργό μαστού, ακόμα και χωρίς απεικονιστικό έλεγχο επί απουσίας των αναγκαίων μέσων, είναι μια πολύτιμη εξέταση για την πρώιμη ανίχνευση παθολογίας του μαστού. Υπάρχουν

κάποιες μελέτες που αμφισβητούν την χρησιμότητα της πρακτικής της αυτοεξέτασης του μαστού ως διαγνωστικό εργαλείο, όμως, υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες που υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που υιοθετούν την τακτική αυτοεξέτασης του μαστού παρουσιάζονται με μικρότερου μεγέθους όγκο στις περιπτώσεις καρκίνου, ενώ φαίνεται επίσης να παρουσιάζονται σε μικρότερη συχνότητα με παθολογικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά τη διάγνωση του καρκίνου μαστού [78].

Εκτός από την αποφυγή της τακτικής κλινικής εξέτασης από εξειδικευμένο Ιατρό, αρκετές γυναίκες αποφεύγουν την πραγματοποίηση ακόμα και προληπτικής μαστογραφίας. Αυτή η απροθυμία είναι δυνατό να αποδοθεί αρχικά στην απουσία συμπτωματολογίας, η οποία δημιουργεί ψευδώς μια αίσθηση ευεξίας και σιγουριάς ότι η μαστογραφία δεν απαιτείται ως μέσο πρόληψης. Παράλληλα, παίζει ρόλο η δυσκολία ή η αργοπορία πρόσβασης των γυναικών σε κέντρα που πραγματοποιούν μαστογραφικό έλεγχο, λόγω άτακτης κατανομής τέτοιων κέντρων, πρωτοβουλίας της γυναίκας για ραντεβού, άρνησης παραπεμπτικού από ιδιωτικά κέντρα αλλά και διαβίωσης σε περιοχές μακριά από αστικό κλοιό. Πολλές γυναίκες επίσης επικαλούνται τον περιορισμένο προσωπικό χρόνο λόγω φόρτου εργασίας, οικογενειακών υποχρεώσεων και ευθυνών, που φαίνεται να τους αναγκάζει να αναβάλουν τον προληπτικό έλεγχο τους ενέργεια που δεν αποτελεί προτεραιότητα και σε αυτό το γεγονός εδράζεται η αξία του εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου με πρόσκληση ραντεβού.

Η πιο σημαντική μελέτη που αμφισβήτησε την αποτελεσματικότητα της αυτοεξέτασης του μαστού ως τεχνική διάγνωσης ή πρόληψης αποτελεί μια μεγάλη μελέτη στην Κίνα προ εικοσαετίας που περιέλαβε 266.064 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν σε ομάδες αυτοεξέτασης ή απουσίας αυτής και υποβλήθηκαν σε παρακολούθηση τριών ετών, με συχνή υπενθύμιση και επίβλεψη από κατάλληλους εκπαιδευτές. Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από γυναίκες οι οποίες δεν είχαν ποτέ εκπαιδευτεί στην επίσημη τεχνική αυτοεξέτασης των μαστών, και οι οποίες παρά τούτο μπόρεσαν να εντοπίσουν παθολογία του μαστού σε πρώιμα στάδια. Συγκεκριμένα, το 41,6% των γυναικών αυτής της ομάδας που παρουσίασε καρκίνο του μαστού, διαγνώστηκε με όγκο διαμέτρου μικρότερης από 2 εκατοστά [79]. Άλλες μελέτες αναφέρονται σε περιπτώσεις μεγάλης διαμέτρου όγκων, με προχωρημένο στάδιο νόσου και σε κάποιες περιπτώσεις ήδη εξελκωμένων σε μη εκπαιδευμένες σε αυτοεξέταση αλλά και μη ενημερωμένες γυναίκες. Ως εκ τούτου, πρέπει να θεωρείται ασφαλής η αυτοεξέταση του μαστού και να παραμένει μεταξύ

των απλών συστάσεων από ομάδες υγείας συμπεριλαμβανομένου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας για την Υγεία του Μαστού (Breast Health Global Initiative) [80].

Άλλο δεδομένο αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες που διαβιούν στις χώρες της Ανατολικής Μεσογείου δεν συμμετέχουν ενεργά σε τακτικά ή ευκαιριακά προγράμματα προσυμπτωματικού προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού [81]. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να εξηγηθεί από την έλλειψη γνώσης για τη νόσο και από την έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης σχετικά με τα ίδια τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, την έλλειψη εμπιστοσύνης στους Ιατρούς και στα συστήματα Υγείας ή ακόμη και στην απουσία ευέλικτων και λειτουργικών συστημάτων και λοιπών δομών υγείας ή και ακόμη και στην αδυναμία χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς φοβούνται ιδιαίτερα την ίδια τη διαδικασία της εξέτασης, την οποία θεωρούν επώδυνη και αγχωτική, λόγω της πιθανότητας παθολογικών ευρημάτων. Αυτό το άγχος και η αμηχανία παίζουν, αρνητικό ρόλο στη συμμετοχή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αλλά και σε προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού [82].

Εξίσου σημαντικοί λόγοι που ευθύνονται για την καθυστερημένη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι: 1. η έλλειψη ευαισθητοποίησης του γενικότερου πληθυσμού, 2. η μη επιμελής στάση απέναντι σε θέματα υγείας σε γυναίκες χαμηλού μορφωτικού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου 3. η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, 4. η δυσκολία στην πρόσβαση σε κατάλληλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με εξειδίκευση στις παθήσεις μαστού, 5. οι εθιμοτυπικές αναστολές ή θρησκευτικές προκαταλήψεις [83]. Τα χαμηλότερα ποσοστά προσέλευσης σε προληπτικούς ελέγχους σε μια μελέτη στη Βόρεια Ιρλανδία φαίνεται να εντοπίζονται μεταξύ των γυναικών που κατοικούν σε λιγότερο εύπορες περιοχές, σε γυναίκες που αλλάζουν τον τόπο κατοικίας τους συχνά και στις ανύπαντρες και διαζευγμένες γυναίκες [84].

Θεωρείται ότι μια σειρά κοινωνικών, θρησκευτικών, πολιτιστικών και ηθικών παρανοήσεων μπορεί να οδηγήσει σε ελαττωμένη αποδοχή των στρατηγικών πρόληψης του καρκίνου του μαστού μεταξύ των μουσουλμάνων γυναικών. Πράγματι, θεωρείται ότι η υιοθέτηση πρακτικών προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού μεταξύ των μουσουλμάνων φαίνεται να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Αρχικά, η ίδια

η έννοια της υγείας είναι διαφορετική μεταξύ των ανθρώπων ξεχωριστά, καθώς για κάποιους η υγεία θεωρείται ως η απουσία ασθένειας, ενώ, για άλλους, ο άνθρωπος θεωρείται υγιής εάν δεν έχει σημεία και συμπτώματα της νόσου. Αυτοί οι ασθενείς θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή επί έλλειψης διάγνωσης και επομένως δεν χρειάζονται ιατρική συμβουλευτική [85]. Αυτή η θεώρηση, όμως, μπορεί να καθυστερήσει την έγκαιρη διάγνωση, καθώς ο ασθενής δε δύναται να αναγνωρίσει την υποκείμενη παθολογία της όποιας νόσου και να απευθυνθεί έγκαιρα προς αντιμετώπιση. Σε χώρες της Μέσης Ανατολής, οι γυναίκες θεωρούν ότι είναι υγιείς όταν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές εργασίες τους, ενώ, σύμφωνα με παλιότερη μελέτη σε μουσουλμάνες γυναίκες, η υγεία δεν είναι η απουσία νόσου, αλλά η δυνατότητα να εκτελούν τα καθήκοντά τους απέναντι στην οικογένειά τους [86]. Αυτό βρίσκει εφαρμογή και στην περίπτωση της απροθυμίας της συμμετοχής σε προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού επί απουσίας υποκειμενικής συμπτωματολογίας, αλλά και στις περιπτώσεις που, ανεξαρτήτως συμπτωμάτων, οι γυναίκες μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ευθύνες [87]. Αυτές οι λανθασμένες αντιλήψεις για τον ορισμό της υγείας επηρεάζουν αρνητικά τη συμμετοχή στις στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Εκτός από τον λανθασμένο ορισμό της υγείας, οι λανθασμένες αντιλήψεις για τη φύση του καρκίνου του μαστού μπορούν επίσης να επηρεάσουν την απόφαση των γυναικών για τη συμμετοχή τους στις στρατηγικές προληπτικού ελέγχου για τη νόσο. Ενώ θα ήταν λογικό να θεωρήσει κανείς ότι η απόφαση συμμετοχής σε μέτρα πρόληψης έγκειται μόνον στην προσωπική βούληση, φαίνεται ότι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την άποψη για την υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, την κατανόηση για αναζήτηση Ιατρικής βοήθειας, την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, την παρουσία κέντρων υγειονομικής περίθαλψης χωρίς περιορισμό παίζουν σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση. Σχετικές μελέτες σε μουσουλμάνες γυναίκες έχουν περιγράψει ότι ο δισταγμός συμμετοχής σε μέτρα πρόληψης οφείλεται σε φόβο ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού θα τις στιγματίσει [88], καθώς υπάρχει σε κοινότητες τους όπως στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα η θεώρηση ότι είναι μια μεταδιδόμενη νόσος, ενώ στο Ομάν θεωρείται ότι οφείλεται στο «κακό μάτι» και στη ζήλεια προς τις νέες ή ανύπαντρες γυναίκες. Αυτές οι προλήψεις και δεισιδαιμονίες χαρακτηρίζουν συχνότερα γυναίκες χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης και διαβίωσης [89].

Η θρησκεία και η εθνικότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συμμετοχή των γυναικών σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Τόσο οι μουσουλμάνοι όσο και οι χριστιανοί αντιμετωπίζουν την κατάσταση της υγείας τους με πνευματικό τρόπο, αλλά η επιθυμία για απεικονιστικό έλεγχο με μαστογραφία επηρεάζεται και εμποδίζεται από πολιτιστικές και θρησκευτικές παραδόσεις [90]. Οι μοιρολατρικές ενίοτε πεποιθήσεις και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετικά με τον καρκίνο φαίνεται να οδηγούν τις γυναίκες να μη λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν την ανάγκη πρόληψης, την προδιάθεση που παρουσιάζουν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, αλλά ακόμα και τη σημασία που έχει ο καρκίνος του μαστού στη συνολική υγεία τους [91]. Ιδιαίτερα πρέπει να σημειωθεί ότι γυναίκες που ισχυρίζονται ότι έχουν βαθύτερο θρησκευτικό αίσθημα ή που χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη θρησκεία ως εργαλείο ζωής για την αντιμετώπιση των μεγάλων δυσκολιών, όπως είναι τα σοβαρά ιατρικά ζητήματα, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού τα τελευταία δύο χρόνια, σύμφωνα με μελέτη των Padela A et al στη Βόρεια Αμερική [92].

Εκτός από τις κοινωνικο-οικονομικές δυσκολίες που κρατούν τις γυναίκες μακριά από τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, υπάρχει ένα ποσοστό γυναικών που πιστεύει ότι ο καρκίνος είναι μια κατάσταση αναπόφευκτη, οπότε η γυναίκα είναι αναγκασμένη να δεχτεί τη μοίρα της, ενώ θεωρεί, παράλληλα, ότι δεν υπάρχει τίποτα που να εμποδίζει αυτή την κακή τύχη και επομένως δεν έχει νόημα ο προληπτικός έλεγχος. Αυτή η μοιρολατρία κρατά κάποιες γυναίκες μακριά από τις εκστρατείες και τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και προληπτικών μέτρων για τον καρκίνο του μαστού. Πέρα από αυτή τη μοιρολατρία, η θρησκεία και η κουλτούρα πληθυσμιακών υπο-ομάδων είναι δυνατόν να συμπληρώνουν τα στοιχεία που επιτείνουν την αποφυγή των προληπτικών μέτρων για τον καρκίνο, καθώς αυτός θεωρείται ως σημάδι πνευματικής ή ηθικής αποτυχίας και ως εκ τούτου εκλαμβάνεται ως “τιμωρία” από τον Θεό ή αλλιώς μια θεόσταλη δοκιμασία, επομένως μόνο ο ίδιος ο Θεός θα μπορούσε να επιτρέψει τη θεραπεία. Τέτοιες μοιρολατρικές ή εθμικές απόψεις περιγράφονται στη θεώρηση των μουσουλμάνων γυναικών ότι η νόσος είναι “μοιραία” σταλμένη από το Θεό, επομένως η πρόληψη είναι μάταιη και παρεμβαίνει στο θέλημα του Θεού, οπότε είναι ανεπίτρεπτη. Δημιουργείται ένα αίσθημα αδυναμίας στις γυναίκες μουσουλμάνες, ενώ ιδιαίτερα ανίσχυρες να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους φαίνονται όσες

έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και διαβιών σε κλειστά κοινωνικά πρότυπα. [93,94,95]. 4. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η << πίστη >> της ματαιότητας που συνυπάρχει σε θρησκείες ή κλειστές κοινωνικά ομάδες επηρεάζει αρνητικά τη συμμετοχή των γυναικών αυτών των ομάδων σε εκστρατείες και προγράμματα πρόληψης του καρκίνου μαστού [93,94].

Η συσχέτιση της “μοιρολατρικής” θεώρησης και της συμμετοχής σε χαμηλά ποσοστά σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού έχει αιτιολογηθεί όχι μόνο από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, αλλά και από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών σε κλειστές μουσουλμανικές κοινότητες, όπως από το χαμηλό οικονομικό προφίλ και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι Gullate et al. αναφέρουν ότι, όταν η συμπεριφορά της μοιρολατρίας συγκρίθηκε με το οικογενειακό ιστορικό, την παρουσία συμπτωμάτων, την οικογενειακή κατάσταση, την ασφαλιστική κάλυψη υγείας, την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης, φάνηκε πως η μοιρολατρία δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στον χρόνο αναζήτησης ιατρικής συμβουλευτικής για τον καρκίνο του μαστού [96]. Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να εξηγηθούν από την ισχυρή συσχέτιση των θρησκευτικών πεποιθήσεων ενός μικρότερου κοινωνικού συνόλου με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό ή μορφωτικό επίπεδο που μπορεί αυτό να παρουσιάζει.

Σύμφωνα με μια άλλη ανάλυση ασθενών μειονότητας μεταναστών στην περιοχή του Michigan των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, η έλλειψη ασφάλειας υγείας, η έλλειψη ευαισθητοποίησης, ο φόβος για τη διαδικασία της κλινικής και απεικονιστικής εξέτασης, ο φόβος για τα ενδεχόμενα παθολογικά ευρήματα μαζί με την αμηχανία και την απουσία σαφούς καθοδήγησης από πλευράς των Ιατρών έχουν αναδειχθεί ως οι κύριες αιτίες χαμηλής προσέλευσης αυτής της ομάδας γυναικών σε προσυμπτωματικό έλεγχο. Αντίστοιχες μελέτες μεταξύ μεταναστριών μουσουλμάνων γυναικών στο Σικάγο των ΗΠΑ δείχνουν ότι σχεδόν το ένα τρίτο αυτών δεν είχε ποτέ υποβληθεί σε μαστογραφία, ενώ περισσότερες από τις μισές αναφέρουν ότι δεν έκαναν μαστογραφία τα τελευταία 2 χρόνια [97]. Φαίνεται ότι ακόμη και η έλλειψη μέσων μεταφοράς συμβάλλει ίσως και περιλαμβάνεται στην αιτιολόγηση των ιδίων των γυναικών για τη μικρή συμμετοχή τους στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού. [98].

Οι πολιτισμικές, με ή χωρίς θρησκευτικές, πεποιθήσεις που είναι διαδεδομένες σε ορισμένες μουσουλμανικές κοινότητες φαίνεται πως

επηρεάζουν επίσης ανασταλτικά την υιοθέτηση των μέτρων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου. Τέτοιες πεποιθήσεις περιλαμβάνουν την πίστη ότι η θεραπεία μπορεί να επιτευχθεί μέσα από φυτικά φάρμακα, ξόρκια ή αγιασμό, ή πίστη στη “μαύρη μαγεία”. Για παράδειγμα, σε σχετική μελέτη στη Μαλαισία η χαμηλή συμμετοχή σε στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού φαίνεται να σχετίζεται με αυτές τις συγκεκριμένες πεποιθήσεις, την αμφισβήτηση της σύγχρονης ιατρικής και την στροφή προς τις παραδοσιακές “εμπειρικές” θεραπευτικές τεχνικές. Αποτέλεσμα είναι ακόμα και ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού αρνούνται την εφαρμογή χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, ακόμα κι αν έχουν αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματικά μέτρα συμπληρωματικής αντιμετώπισης, καθώς θεωρούν ότι οι εναλλακτικές θεραπείες είναι πιο ασφαλείς και καλύπτουν περισσότερο τις ψυχολογικές τους ανάγκες [99].

Σε πολλές περιπτώσεις η κουλτούρα των μουσουλμάνων γυναικών είναι τέτοια ώστε να εκδηλώνουν απροθυμία να συζητήσουν για την υγεία των μαστών του και σε συνέχεια για την πραγματοποίηση προληπτικού ελέγχου, ενώ κάποιες μπορεί να αισθάνονται ντροπή και αμηχανία για αντίστοιχες συζητήσεις ιδιαίτερα σε άνδρα Ιατρό. Αυτό πιθανόν συμβαίνει γιατί σύμφωνα με την κουλτούρα τους ο μαστός είναι ένα πολύ “προσωπικό” όργανο που πρέπει να επιδεικνύεται μόνον στους συζύγους τους, οπότε δεν θα πρέπει να συζητούν για αυτό, όπως και για το σώμα τους. [100]. Αυτή η θεώρηση τους αποτρέπει, επομένως, να απευθυνθούν σε στρατηγικές πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης παθήσεων του μαστού, ή τους οδηγεί να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Άλλωστε, είναι κομμάτι των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων η συστολή σε θέματα παρεμβάσεων υγείας, με αποτέλεσμα να αρνούνται ακόμη και την εξέταση από άνδρες Ιατρούς. Άλλωστε στην κουλτούρα της μουσουλμανικής οικογένειας υπάρχει η λογική ότι η γυναίκα-μητέρα πρέπει να τοποθετεί τα υπόλοιπα μέλη της πολυπληθούς συνήθως οικογένειας πάνω από τη δική της υγεία, κι έτσι η συνεχής ενασχόληση με οικιακές εργασίες, αλλά και αγροτικές συχνά, η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων, καθιστούν σχεδόν αδύνατη τη δυνατότητα ελεύθερου χρόνου προς ευκαιρίες ενημέρωσης και άρα και συμμετοχής σε προληπτικές εξετάσεις [101].

Επιπλέον, υπάρχει ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού, με μελέτες να δείχνουν ανησυχία των γυναικών που εξετάζονται για καρκίνο του μαστού σε περίπτωση που το υγειονομικό προσωπικό ανήκει στην ίδια κοινότητα ή σε περίπτωση που γίνουν αντιληπτές από ανθρώπους που τις γνωρίζουν προσωπικά και

καταλάβουν ότι ελέγχονται για παθήσεις του μαστού. Σε περίπτωση διάγνωσης καρκίνου του μαστού, αρκετές μουσουλμάνες έχει βρεθεί ότι ανησυχούν ιδιαίτερα για την αλλοίωση της εμφάνισής τους χάνοντας τον έναν ή και τους δύο μαστούς, καθώς οι μαστοί θεωρούνται, πολιτισμικά, σημείο γονιμότητας, θηλυκότητας και ασφάλειας. Έτσι, μπορεί να θεωρηθεί ότι το «στίγμα» του καρκίνου του μαστού προκαλεί μια ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση στις μουσουλμάνες [102]. Οι φόβοι και οι αναστολές ίσως είναι η αιτία που αρκετές μουσουλμάνες επικαλούνται τον φόβο της επώδυνης εξέτασης της μαστογραφίας ως αιτία αποφυγής πραγματοποίησης αυτής της εξέτασης [103].

Στην πραγματικότητα οι αποθαρρυντικές πεποιθήσεις ευθύνονται για το γεγονός ότι ακόμα και οι γυναίκες που προσέρχονται για έλεγχο του μαστού φοβούνται την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανησυχούν για τον κοινωνικό στιγματισμό της οικογένειάς τους και ντρέπονται να θεαθούν σε ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης ελέγχου για νόσο μαστών καθώς και να εμφανιστούν στην κοινότητά τους μετά το χειρουργείο ή τη θεραπεία με απώλεια της κόμης, παρά την κάλυψη της κεφαλής τους [104, 105]. Η ασθένεια θεωρείται ανεπάρκεια και έτσι οι γυναίκες προσπαθούν να προστατεύσουν την αξιοπρέπειά τους και να αποφύγουν την ενδεχόμενη κοινωνική τους αμηχανία.

Ο φόβος του στιγματισμού και, στην συνέχεια, ο φόβος της καθυστερημένης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού οδηγούν σε χαμηλή συμμετοχή των μουσουλμάνων γυναικών στον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού. Φαίνεται ότι ο φόβος αυτός φτάνει σε σημείο οι μουσουλμάνες να «παραλύουν» ακόμα και στο άκουσμα της νόσου, ενώ επίσης παίζει ρόλο και η αλλαγή της εμφάνισης, όχι μόνο από την παραμόρφωση των μαστών, αλλά και από την απώλεια των μαλλιών. Σε αυτό το ενδεχόμενο προστίθεται και ο φόβος της απόρριψης από το οικογενειακό τους περιβάλλον και τους συζύγους τους σε περίπτωση διάγνωσης με καρκίνο του μαστού. Όλοι αυτοί οι παράγοντες ενισχύουν την απροθυμία των γυναικών να συμμετάσχουν σε προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού [106].

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των γυναικών στα προληπτικά μέτρα ελέγχου της υγείας του μαστού ανεξάρτητα από τη θρησκεία και την κοινωνική τους ομάδα είναι η ηλικία και η ψυχική υγεία. Υπάρχει μια συζήτηση σχετικά με τις γυναίκες άνω των 60 ετών οι οποίες έχουν μειωμένη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις, που αντικατοπτρίζεται και στη μειωμένη

προσέλευση για γυναικολογική εξέταση. Η απουσία ενθάρρυνσης από τους Ιατρούς αυτής της ειδικότητας να φροντίζουν για την υγεία των μαστών επιδεινώνει την αποφυγή προσυμπτωματικού ελέγχου σε ειδικό Ιατρείο [107]. Επιπλέον, η ψυχική υγεία έχει βρεθεί να επιδρά σημαντικά στην συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού. Οι ψυχικές ασθένειες προκαλούν μείωση κατά 29% στη συμμετοχή των γυναικών ασθενών στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου μαστού [108, 109].

Η Ελλάδα φιλοξενεί για πάνω από 30 χρόνια πολλούς μετανάστες και πρόσφυγες κυρίως από αφρικανικές και ασιατικές χώρες με ισλαμική θρησκεία. Η απουσία επίσημων στατιστικών για αυτόν τον συγκεκριμένο πληθυσμό λόγω της συνεχούς και αυξανόμενης παράνομης μετανάστευσης δυσχεραίνει το σχέδιο της Πολιτείας να προγραμματίσει πιθανές εκστρατείες δημόσιας υγείας για αυτόν τον πληθυσμό. Παρόλα αυτά, κατά τα τελευταία χρόνια όλοι οι μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα έχουν τη δυνατότητα δημόσιας ασφαλιστικής κάλυψης των εξόδων υγείας ως μέτρο προστασίας για την προστασία της υγείας του γενικού πληθυσμού και την μείωση της επιβάρυνσης οικονομικά του συστήματος υγείας λόγω νόσησης. Εκτός από μουσουλμάνους μετανάστες, η Ελλάδα έχει γηγενή μουσουλμανικό πληθυσμό. Αυτοί οι μουσουλμάνοι Έλληνες κατοικούν κυρίως στη Δυτική Θράκη και οι μειονοτικές τους κοινότητες είναι αποτέλεσμα της Συνθήκης της Λωζάνης το 1923, όπου ελληνόφωνοι και τουρκόφωνοι που κατοικούσαν στις δυτικές τουρκικές ακτές απελάθηκαν από την τουρκική κυβέρνηση. Αυτή η μουσουλμανική μειονότητα δείχνει όλους τους θρησκευτικούς και πολιτιστικούς περιορισμούς που αναλύθηκαν στην παρακολούθηση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου μαστού.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει προς το παρόν ένα αναγνωρισμένο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού, προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Προς αυτή την κατεύθυνση, η μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών και η περιοδική κλινική εξέταση από εξειδικευμένους Χειρουργούς μαστού είναι δυνατό να βοηθήσουν σε αρχικό στάδιο προσέγγισης για την έγκαιρη διάγνωση. Τόσο η αυτό-εξέταση, όσο και η κλινική εξέταση σε Εξωτερικά Ιατρεία Μαστού μπορούν να γίνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα εφόσον αυξηθεί η ευαισθητοποίηση των γυναικών και η κατανόηση από πλευράς τους της αξίας των απλών αυτών μέτρων για την υγεία τους. Ίσως θρησκευτικές ομάδες που σχετίζονται με κάθε πληθυσμό διαφορετικών πεποιθήσεων θα μπορούσαν να κινητοποιήσουν αποτελεσματικά μεγάλο αριθμό

μελών τους για να ενημερωθούν και να συμμετέχουν σε αντίστοιχα προγράμματα πρόληψης παθήσεων του μαστού. Βέβαια οι τοπικές εκστρατείες ενημέρωσης δεν είναι δυνατό να αντικαταστήσουν αλλά μπορούν επιτυχώς να υποβοηθήσουν ένα μελλοντικό εθνικό σχέδιο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνου του μαστού.

Ο προληπτικός έλεγχος δεν είναι το μόνο εργαλείο που διαθέτει η Ιατρική επιστήμη, αλλά χαρακτηριστικό προηγμένων οργανωμένων κοινωνιών. Επομένως σε εθνικό επίπεδο θα πρέπει να οργανωθεί και να εφαρμοστεί μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού-στόχου μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, παρεμβάσεων για παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και μέσα από την εκπαίδευση για την αναπαραγωγική υγεία ειδικά σε χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες, με μικρό ή ελάχιστο επίπεδο ευαισθητοποίησης, εκπαίδευσης και οικονομικής ικανότητας να φροντίσουν την υγεία τους.

Απαραίτητη η οργάνωση κεντρικού μητρώου υπό κρατικό συντονισμό συνδεδεμένο με τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ώστε να δίδεται πρόσκληση στις γυναίκες για τακτική παρακολούθηση με μέτρα πρόληψης, και ανάλογα της ηλικίας και των ιδιαιτεροτήτων [43].

Απαραίτητο είναι ένα εθνικό σύστημα υγείας να προβλέπει μαζικό προληπτικό πρόγραμμα για τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού ώστε να μπορέσει να αποκτήσει δεδομένα από τις προληπτικές μαστογραφίες για συλλογή και ανάλυση, προκειμένου να σχεδιάσει μια καλύτερη μελλοντική εθνική στρατηγική για την πρόληψη, την πρόωπη διάγνωση και θεραπεία και αποθεραπεία των ασθενών με μείωση της θνητότητας και του οικονομικού κόστους αντιμετώπισης της νόσου [44].

Οι κινητές μονάδες μαστογραφίας μπορούν να μειώσουν τις ανισότητες των διαφόρων κοινωνικών ομάδων ως προς τη συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους. Με τη συμμετοχή ειδικών και εξειδικευμένων φορέων υγείας η ευαισθητοποίηση και η πρόληψη μπορούν να υπερβούν τα πολιτισμικά, θρησκευτικά, και οικονομοκοινωνικά εμπόδια [110]. Οι μετανάστριες και άλλες κλειστές κοινωνικές ομάδες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια για να έχουν πρόσβαση σε φορέα υγειονομικής περίθαλψης και να προχωρήσουν στη συνέχεια σε προληπτικό έλεγχο λόγω γλωσσικών διαφορών, οικονομικών δυσκολιών, ελάχιστης ευαισθητοποίησης σε θέματα καρκίνου του μαστού ή πολιτισμικών περιορισμών [93]. Οι εκστρατείες εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης είναι οι δύο θεμελιώδεις

στρατηγικές για την επιτυχία του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και σε αυτές τις ομάδες.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η συμπεριφορά και η θετική στάση των Ιατρών, μαζί με τις επικοινωνιακές δεξιότητες, μπορούν να αυξήσουν την ενημέρωση και την εκδήλωση ενδιαφέροντος σχετικά με τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου σε ομάδες - στόχους [111]. Χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί ότι πολλές γυναίκες, όχι μόνο μετανάστριες, περιγράφουν ότι η εξήγηση της διαδικασίας πριν και κατά τη διάρκεια της μαστογραφίας τις βοήθησε να μειώσουν το φόβο και το άγχος τους, ενώ έπαιξε σημαντικό ρόλο η φιλική στάση κατανόησης του Ιατρικού και νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού [86].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη θεραπευτική στρατηγική στα νεοπλάσματα και συγκεκριμένα στον καρκίνο μαστού έχει ως ακρογωνιαίο λίθο βελτιωμένης πρόγνωσης και βελτίωσης της έκβασης τη διάγνωση πρώιμου καρκίνου μαστού και κατά συνέχεια αυτής τις σύγχρονες και πιθανότατα νέες ογκοπλαστικές τεχνικές διατήρησης μαστού, την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική μασχάλης με στοχευμένη εκτομή μασχαλιαίων λεμφαδένων, την ανοσοβιολογική συμπληρωματική θεραπεία και τη γονιδιακή ταυτοποίηση και χειρουργική μείωσης κινδύνου έως τη μελλοντική πιθανή γονιδιακή θεραπεία νεο-επικουρική στα πλαίσια μιας εξατομικευμένης Ιατρικής. Έως τον χρόνο που η Ιατρική επιστήμη, η Χειρουργική και η Ογκολογία επιτρέψουν νέες προοπτικές και συστάσεις ή οδηγίες η έγκαιρη διάγνωση είναι πλέον τεκμηριωμένο ότι αντιστοιχεί σε τακτικές υγείας με στόχο και πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Τα δεδομένα της μελέτης, καταγραφής και σύγκρισης στοιχείων διάγνωσης καρκίνου μαστού σε πληθυσμούς γυναικών διαφορετικής κοινωνικής προέλευσης και κοινωνικής διαβίωσης σε μια ιδιαίτερη περιοχή της Ελλάδας με κοινότητες κλειστές κοινωνικά διαφορετικής ιδεολογίας και θυμοσοφίας, απότοκου εν μέρει ιδεολογισμού θρησκευτικού, καταδεικνύουν για τις γυναίκες στο κλειστό πρότυπο διαβίωσης στις μουσουλμανικές κοινότητες των νομών Ξάνθης, Ροδόπης, Έβρου, μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά προσέλευσης σε εξειδικευμένο ιατρείο μαστού δημόσιου φορέα υγείας αναφορικά με μια παράμετρο δημογραφική (18,9% μουσουλμάνες vs 80,1 % χριστιανές) η οποία αναλύεται σε επιμέρους παραμέτρους συσχέτισης:

1. μοντέλο διαβίωσης. Η επίπτωση του καρκίνου μαστού συνδέεται με λιγότερους παράγοντες επιβάρυνσης, όπως η ηλικία τεκνοποίησης, ο αριθμός κυήσεων, ο θηλασμός, η χρήση ορμονικής θεραπείας, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η εποχική έντονη δραστηριότητα (αγροτικές εργασίες), ενώ διαφέρει η συσχέτιση με παράγοντες όπως ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος και η τακτική άσκηση.
2. γλώσσα. Η δυσκολία επικοινωνίας λεκτικής με υπηρεσίες και λειτουργούς υγείας, με αδυναμία ή άρνησης γνώσης της Ελληνικής γλώσσας, με συνέπεια την αμηχανία των ιδίων των γυναικών να επισκεφτούν δομές υγείας. Επιπλέον,

η επιθυμία ή η ανάγκη συνήθως να συναντήσουν Ιατρό συνεπάγεται ομολογία του προβλήματος υγείας στον σύζυγο και στην οικογένεια ώστε άνδρας να συνοδέψει την ασθενή. Επιπλέον, ο δισταγμός να αναφερθεί η ασθένεια έχει ως συνέπεια να δηλώνεται το πρόβλημα όταν είναι πλέον σοβαρή ενόχληση και όχι ήπιο σύμπτωμα, επομένως η διάγνωση να είναι αργοπορημένη.

3. έθιμα. Η θυμοσοφία και τα έθιμα στις μουσουλμανικές κοινότητες χαρακτηρίζονται από «προστατευμένη» θέση της γυναίκας στην οικογένεια και στο σύνολο της κοινότητας, με περιορισμό των δραστηριοτήτων στη διαχείριση της οικιακής καθημερινότητας και στην ανατροφή των παιδιών και στη φροντίδα των ηλικιωμένων και επομένως χωρίς προσωπική επαγγελματική ή άλλη απασχόληση ή καριέρα.
4. ήθη. Ο καρκίνος μαστού συνδέεται με αίσθημα ντροπής των ασθενών να ομολογήσουν σύμπτωμα ή σημείο από τον μαστό ή να εξεταστούν από Ιατρό, ιδιαίτερα του αρσενικού φύλου. Η ντροπή αφορά και την θέση τους στην ευρύτερη οικογένεια όπου δεν θέλουν και δεν επιτρέπουν τα ήθη να συζητείται η εικόνα του σώματος ή το σώμα της γυναίκας. Συνδέεται επιπλέον με έντονο φόβο για την ίδια την πιθανή διάγνωση της «κακιάς αρρώστιας», αλλά και του οικογενειακού και του κοινωνικού στίγματος της «ασθενούς» μητέρας και της επέκτασης του στίγματος της νόσου στην άμεση οικογένεια και τα στα θηλυκά νεότερα μέλη αυτής ως φορείς «κακής» υγείας αναπαραγωγής. Χαρακτηριστικό των μουσουλμάνων γυναικών-ασθενών με καρκίνο μαστού είναι η καταθλιπτική αντίδραση ντροπής και φόβου για την εικόνα τους ως μητέρα-γονιμότητα και όχι ως γυναίκα-ωραιότητα που χαρακτηρίζει περισσότερο την ψυχική αντίδραση των γυναικών του δυτικού πολιτισμού. Ο φόβος και η ανασφάλεια για το μέλλον τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την εξάρτηση των αποφάσεων υγείας από τον άνδρα της οικογένειας.
5. θρησκεία. Η θεολογική ιδεολογία αλλά με μεγαλύτερη ακρίβεια η θρησκεία θέτει την γυναίκα στα όρια της μοιρολατρίας. Οι ίδιες οι ασθενείς πολύ συχνά πιστεύουν ότι η ασθένειά τους προέρχεται από τον Θεό και ως τέτοια οφείλουν να την υπομένουν και να αποδεχθούν χωρίς αμφισβήτηση την εξέλιξη αλλά και την δυσμενή έκβαση. Ο θάνατος από καρκίνο μαστού μοιάζει αποδεκτός περισσότερο εύκολα στις μουσουλμάνες ασθενείς συγκριτικά με τις χριστιανές οι οποίες αρνούνται με σθένος να αποδεχθούν

ακόμη και την ίδια τη διάγνωση της νόσου. Αυτή η θρησκευτική σκέψη σε συνδυασμό με τη θυμοσοφία που προκύπτει φαίνεται να συνδέεται άρρηκτα με την αργοπορημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, όπως και με την μικρή συμμετοχή σε εξετάσεις πρόληψης.

6. εκπαίδευση. Η εκπαίδευση χαμηλού επιπέδου (ίσως και συνήθως μόνον πρωτοβάθμια) και το πολύ μικρό ποσοστό γυναικών μουσουλμάνων σε υψηλότερες εκπαιδευτικές βαθμίδες συνάδει με την υιοθέτηση εύκολα ή αδιαμαρτύρητα λογικών μοιρολατρείας. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι μικρότερες ηλικίες συμμετέχουν και στοχεύουν σε υψηλότερη εκπαίδευση, μετακίνηση σε αστικά κέντρα, γνώση της Ελληνικής και άλλης γλώσσας, και μόνον αυτή η ομάδα προσέρχεται σε προληπτικό ή σε έγκαιρο ιατρικό έλεγχο ή καθοδηγεί και συνοδεύει θηλυκά άτομα της οικογένειας ή της κοινότητας σε έλεγχο. Αυτό αναδεικνύεται στη συγκριτική μελέτη και ετησίως και στο σύνολο των ασθενών.
7. κόστος. Η οικονομική επιβάρυνση ή συμμετοχή ως έξοδα υγείας δεν φαίνεται να αποτελεί κρίσιμη παράμετρο που να συσχετίζεται με τη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις για καρκίνο μαστού. Χαρακτηριστικά, φαίνεται η φιλοσοφία και η θυμοσοφία της θρησκείας και της κουλτούρας των μουσουλμάνων γυναικών ευνοεί την επίσκεψη για εξετάσεις σε ιδιώτη Ιατρό ως συνήθη πρώτη επιλογή, ενώ η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης ή ογκολογικής θεραπείας ευνοεί τη δημόσια δομή υγείας στη συντριπτική πλειοψηφία. Και είναι δεδομένο ότι πρόκειται για πληθυσμούς με χαμηλό κόστος διαβίωσης και χαμηλό συνήθως εισόδημα επίσημα.

Παρά τις ανωτέρω διαφορές σε αρνητική συσχέτιση με τις μειονοτικές κοινωνικές ομάδες συγκριτικά με τον λοιπό γυναικείο πληθυσμό αντίστοιχης ηλικιακής κατανομής και ίδιας γεωγραφικής περιοχής δεν υποτιμάται η ανάδειξη του χαμηλού ποσοστού συμμετοχής των Ελληνίδων σε προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου μαστού σε ποσοστό υποδιπλάσιο του ποσοστού γυναικών που αναζητούν έλεγχο ιατρικό σε εξειδικευμένο ιατρείο λόγω συμπτώματος ή σημείου από τον μαστό. Η διαφορά αυτή παρατηρήθηκε ετησίως και στο σύνολο χρόνου της μελέτης. Αντίθετα, η διαφορά αυτή ανατράπηκε στη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 (έτος 2020), πιθανότατα λόγω αποφυγής προσέλευσης για χειρουργική εξέταση-επέμβαση σε ιατρείο ή κλινική νοσοκομείου αναφοράς Covid-19, όπως ήταν το ΠΓΝΑ, μια διαφοροποίηση που δεν αφορά καθόλου τις μουσουλμάνες γυναίκες

(2020: προληπτικός έλεγχος-προσέλευση 0% vs συμπτωματικός έλεγχος-προσέλευση 45,5%) με μηδενική προσέλευση σε προληπτική εξέταση μαστού. Στο σύνολο της μελέτης, η καταγραφή προαιρετικής συμμετοχής σε έλεγχο πρόληψης/προσυμπτωματικό για τον καρκίνο μαστού είναι απογοητευτική με μόλις 19,3% των Ελληνίδων, με μέσο όρο ηλικίας τα 50 έτη, μη-μειονοτικής κοινότητας, εκ των οποίων 66% εντός αστικού κλοιού.

Υπάρχει προφανής και άμεση ανάγκη στην Ελλάδα για στρατηγικές πρόληψης έναντι του καρκίνου μαστού, με ενημέρωση και κοινωνική ευαισθητοποίηση με στόχο την προαγωγή της υγείας. Η μείωση της θνητότητας από καρκίνο μαστού και η βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης μπορούν να επιτευχθούν με οργανωμένη υπηρεσία υγείας σε εθνικό επίπεδο προσυμπτωματικού ελέγχου με τακτική πρόσκλησης των εξεταζομένων γυναικών σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες και συστάσεις ανά ηλικιακή ομάδα, ομάδα κινδύνου νόσου αλλά σε όλες τις πληθυσμιακές κοινότητες της χώρας.

Ο προληπτικός έλεγχος βέβαια δεν είναι το μόνο «μέσον-εργαλείο» που διαθέτει η ιατρική και θα πρέπει να συνδέεται με επιπλέον εθνική στρατηγική ευαισθητοποίησης όλων των γυναικών για την παχυσαρκία, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα το αλκοόλ και αναπαραγωγική υγεία. Η στρατηγική αυτή οφείλει να στοχεύει πλέον αυστηρά στις ευαίσθητες κοινωνικο-οικονομικά ομάδες στις οποίες οι γυναίκες έχουν συχνότερα χαμηλό επίπεδο γνώσης, ενημέρωσης, εκπαίδευσης, οικονομικής ικανότητας και αυτονομίας να φροντίζουν για την πρόληψη και την υγεία των μαστών τους. Σε έναν τέτοιο στρατηγικό σχεδιασμό οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της ενημέρωσης για την πρόληψη και στην οργάνωση της επίσκεψης σε ειδικό ή εξειδικευμένο έλεγχο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. IARC, International Association of Cancer Registries (IACR). World Health Organization (WHO). The Global Cancer Observatory (GCO). <https://gco.iarc.fr/> Retrieved: November 2023.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(6):394-424.
3. WHO, GREECE'S CANCER PROFILE https://www.who.int/cancer/country-profiles/GRC_2020.pdf?ua=1. Retrieved: November 2023.
4. Kulhánová I, Bray F, Fahdil I, Al-Zahrani AS, El-Basmy A, Anwar WA, Al-Omari A, Shamseddine A, Znaor A, Soerjomataram I. Profile of cancer in the Eastern Mediterranean region: The need for action. *Cancer Epidemiol*. 2017.; 47:125-132.
5. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Bcheraoui CE, Moradi-Lakeh M, Khalil I, Afsin A, Tuffaha M, Charara R, Barber RM, Wagner J, Cercy K, Kravitz H, Coates MM, Robinson M, Estep K, Steiner C, Jaber S, Mokdad AA, O'Rourke KF, Murray CJL. Health in times of uncertainty in the eastern Mediterranean region, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Glob Health*. 2016; 4(10):704-13.
6. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. *N Engl J Med*. 2008; 358:213-216.
7. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/en/ecibc/european-breast-cancer-guidelines> . Retrieved: November 2023.
8. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez ad, Murray CJL, Naghavi M. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2011; 378(9801):1461-84.
9. Rebora P, Czene K, Reilly M. Timing of familial breast cancer in sisters. *J Natl Cancer Inst*. 2008; 100(10): 721-727.
10. Musaiger AO, Al-Hazzaa HM. Prevalence and risk factors associated with nutrition-related noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean region. *Int J Gen Med*. 2012; 5:199-217.

11. Ahn J, Schatzkin A, Lacey Jr JV, Albanes D, Ballard – Barbash R, Adams KF, Kipnis V, Mouw T, Hollenbeck AR, Leitzmann MF. Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med.* 2007; 167(19):2091-2102.
12. Chatterjee S, Arunsingh M, Agrawal S, Dabkara D, Mahata A, Arun I, Shrimali RK, Achari R, Mallick I, Ahmed R. Outcomes Following a Moderately Hypofractionated Adjuvant Radiation (START B Type) Schedule for Breast Cancer in an Unscreened Non-Caucasian Population. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2016; 28(10):165-72.
13. Malvia S, Bagadi SA, Dubey US, Saxena S. Epidemiology of breast cancer in Indian women. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2017; 13(4): 289-295.
14. Nyante SJ, Gierach GL, Dallal CM, Freedman ND, Park Y, Danforth KN, Hollenbeck AR, Brinton LA. Cigarette smoking and postmenopausal breast cancer risk in a prospective cohort. *Br J Cancer.* 2014; 110(9): 2339-2347.
15. Bjerkaas E, Parajuli R, Weiderpass E, Engeland A, Maskarinec G, Selmer R, Gram IT. Smoking duration before first childbirth: an emerging risk factor for breast cancer? Results from 302,865 Norwegian women. *Cancer Causes Control.* 2013; 24(7): 1347-1356.
16. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, Gram IT, Vilier A, Fervers B, Manjer J, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Chang-Claude J, Boeing H, Steffen A, Trichopoulou A, Lagiou P, Sarantopoulou M, Palli D, Berrino F, Tumino R, Vineis P, Mattiello A, Bueno-de-Mesquita HB, van Duijnhoven FJ, Bakker MF, Peeters PH, Weiderpass E, Bjerkaas E, Braaten T, Menéndez V, Agudo A, Sanchez MJ, Amiano P, Tormo MJ, Barricarte A, Butt S, Khaw KT, Wareham N, Key TJ, Travis RC, Rinaldi S, McCormack V, Romieu I, Cox DG, Norat T, Riboli E, Clavel-Chapelon F. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: results from the EPIC cohort. *Int J Cancer.* 2014; 134(8): 1871-1888.
17. Hvidtfeldt UA, Tjønneland A, Keiding N, Lange T, Andersen I, Sørensen TI, Prescott E, Hansen ÅM, Grønbæk M, Bojesen SE, Diderichsen F, Rod NH. Risk of breast cancer in relation to combined effects of hormone therapy, body mass index, and alcohol use, by hormone-receptor status. *Epidemiology.* 2015; 26(3):353-361.

18. Mills S, Donnan P, Buchanan D, Smith BH. Age and cancer type: associations with increased odds of receiving a late diagnosis in people with advanced cancer. *BMC Cancer*. 2023; 23(1):1174.
19. Lundqvist A, Andersson E, Ahlberg I, Nilbert M, Gerdtham U. Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe-a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2016; 26(5):804-813.
20. Meijer M, Bloomfield K, Engholm G. Neighbourhoods matter too: the association between neighbourhood socioeconomic position, population density and breast, prostate and lung cancer incidence in Denmark between 2004 and 2008. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67(1):6-13.
21. Aarts MJ, Voogd AC, Duijm LE, Coebergh JW, Louwman WJ. Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands--associations with stage at diagnosis and survival. *Breast Cancer Res Treat*. 2011; 128(2):517-525.
22. Kulik MC, Menvielle G, Eikemo TA, Bopp M, Jasilionis D, Kulhánová I, Leinsalu M, Martikainen P, Östergren O, Mackenbach JP; EURO-GBD-SE Consortium. Educational inequalities in three smoking-related causes of death in 18 European populations. *Nicotine Tob Res*. 2014; 16(5):507-518.
23. Bjerkaas E, Parajuli R, Engeland A, Maskarinec G, Weiderpass E, Gram IT. Social inequalities and smoking-associated breast cancer - Results from a prospective cohort study. *Prev Med*. 2015; 73:125-129.
24. Anderson KN, Schwab RB, Martinez ME. Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2014; 144(1):1-10.
25. Ceylan B, Özerdoğan N. Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turk J Obstet Gynecol*. 2015; 12(1):43-49.
26. Sakshaug S. Drug consumption in Norway 2010-2014. Norway: Norwegian Institute of Public Health; 2010-2014.
27. Trewin CB, Strand BH, Weedon-Fekjær H, Ursin G. Changing patterns of breast cancer incidence and mortality by education level over four decades in Norway, 1971-2009. *Eur J Public Health*. 2017; 27(1):160-166.
28. Dong JY, Qin LQ. Education level and breast cancer incidence: a meta-analysis of cohort studies. *Menopause*. 2020; 27(1):113-118.

29. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghatta S, Davidson B, Montgomery RC, Crowley MJ, McCrory DC, Kendrick A, Sanders GD. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA*. 2015; 314(15):1615-1634.
30. Hall IJ, Tangka FKL, Sabatino SA, Thompson TD, Graubard BI, Breen N. Patterns and Trends in Cancer Screening in the United States. *Prev Chronic Dis*. 2018; 15:E97.
31. Sabatino S, White M, Thompson T, Klabunde C. Cancer screening test use - United States, 2013. *Morb Mortal Wkly Rep*, 2015. 64(17):464-468.
32. Zhao G, Okoro CA, Li J, Town M. Health Insurance Status and Clinical Cancer Screenings Among U.S. Adults. *Am J Prev Med*. 2018; 54(1):11-19.
33. Tangka FKL, Subramanian S, Jones M, Edwards P, Flanigan T, Kaganova Y, Smith KW, Thomas CC, Hawkins NA, Rodriguez J, Fairley T, Guy GP. Insurance Coverage, Employment Status, and Financial Well-Being of Young Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020; 29(3):616-624.
34. Altice CK, Banegas MP, Tucker-Seeley RD, Yabroff KR. Financial Hardships Experienced by Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst*. 2016; 109(2):djw205.
35. Weedon-Fekjær H, Bakken K, Vatten LJ, Tretli S. Understanding recent trends in incidence of invasive breast cancer in Norway: age-period-cohort analysis based on registry data on mammography screening and hormone treatment use. *BMJ*. 2012; 344:e299.
36. Hofvind S, Ursin G, Tretli S, Sebuødegård S, Møller B. Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*. 2013; 119(17):3106-3112.
37. Oberaigner W, Geiger-Gritsch S, Edlinger M, Daniaux M, Knapp R, Hubalek M, Siebert U, Marth C, Buchberger W. Reduction in advanced breast cancer after introduction of a mammography screening program in Tyrol/Austria. *Breast*. 2017; 33:178-182.
38. Healthy People, 2022. Washington (DC): US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/cancer/objectives> 2017. . Retrieved: November 2023.

39. So VHT, Channon AA, Ali MM, Merdad L, Al Sabahi S, Al Suwaidi H, Al Ajeel A, Osman N, Khoja TAM. Uptake of breast and cervical cancer screening in four Gulf Cooperation Council countries. *Eur J Cancer Prev.* 2019; 28(5):451-456.
40. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer.* 2013; 49(6):1374-1403.
41. Boyle P, d'Onofrio A, Maisonneuve P, Severi G, Robertson C, Tubiana M, Veronesi U. Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? *Ann Oncol.* 2003; 14(8):1312-1325.
42. Vrachnis N, Vlachadis N. Guidelines on cervical and breast cancer screening in Greece. *Lancet.* 2015; 385(9970):772.
43. Kamposioras K, Mauri D, Alevizaki P, Ferentinos G, Karampoiki V, Kouiroukidou P, Zorba E, Proiskos A, Chasioti D, Panou C, Gkinosati A, Chatziioannou I, Aggelinas G, Xilomenos A. Cancer screening in Greece. Guideline awareness and prescription behavior among Hellenic physicians. *Eur J Intern Med.* 2008; 19(6):452-60.
44. Chamot E, Charvet AI, Perneger TV. Who gets screened, and where: a comparison of organised and opportunistic mammography screening in Geneva, Switzerland. *Eur J Cancer.* 2007; 43(3):576-84.
45. Pentheroudakis G, Fountzilas G, Kalofonos HP, Golfopoulos V, Aravantinos G, Bafaloukos D, Papakostas P, Pectasides D, Christodoulou C, Syrigos K, Economopoulos T, Pavlidis N; Hellenic Cooperative Oncology Group. Palliative chemotherapy in elderly patients with common metastatic malignancies: A Hellenic Cooperative Oncology Group registry analysis of management, outcome and clinical benefit predictors. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008; 66(3):237-47.
46. Dafni U, Grimani I, Xyrafas A, Eleftheraki AG, Fountzilas G. Fifteen-year trends in metastatic breast cancer survival in Greece. *Breast Cancer Res Treat.* 2010; 119(3):621-31.
47. Dimitrakaki C, Boulamatsis D, Mariolis A, Kontodimopoulos N, Niakas D, Tountas Y. Use of cancer screening services in Greece and associated social

- factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *Eur J Cancer Prev.* 2009; 18(3):248-257.
48. Mousiama T, Loakimidou S, Largatzi E, Kaitelidou D, Liaropoulus L. Health technology assessment in the area of prevention: selected screening cases in Greece. *Int J Technol Assess Health Care.* 2001; 17(3):338-57.
 49. Clèries R, Rooney RM, Vilardell M, Espinàs JA, Dyba T, Borrás JM. Assessing predicted age-specific breast cancer mortality rates in 27 European countries by 2020. *Clin Transl Oncol.* 2018; 20(3):313-321.
 50. Arnold M, Karim-Kos HE, Coebergh JW, Byrnes G, Antilla A, Ferlay J, Renehan AG, Forman D, Soerjomataram I. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. *Eur J Cancer.* 2015; 51(9):1164-87.
 51. Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczeck B, Bielska-Lasota M, Dimitrova N, Innos K, Katalinic A, Langseth H, Larrañaga N, Rossi S, Siesling S, Minicozzi P; EUROCORE-5 Working Group;. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999-2007: Results of the EUROCORE-5 study. *Eur J Cancer.* 2015; 51(15):2191-2205.
 52. <https://mastografia.gov.gr/> . Retrieved: November 2023.
 53. Recommendations on cancer screening in the European union. Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur J Cancer.* 2000; 36(12):1473-1478.
 54. Carney P, O'Neill C. Income inequality in uptake of voluntary versus organised breast cancer screening: evidence from the British Household Panel Survey. *BMC Public Health.* 2018; 18(1):252.
 55. Lawrence G, Kearins O, Lagord C, Cheung S, Sidhu J, Sagar C. Association of Breast Surgery; London, UK: 2011. The second all breast cancer report.
 56. Poiseuil M, Coureau G, Payet C, Savès M, Debled M, Mathoulin-Pelissier S, Amadeo B. Deprivation and mass screening: Survival of women diagnosed with breast cancer in France from 2008 to 2010. *Cancer Epidemiol.* 2019; 60:149-155.
 57. Moutel G, Duchange N, Darquy S, de Montgolfier S, Papin-Lefebvre F, Jullian O, Viguiet J, Sancho-Garnier H; GRED French National Cancer Institute. Women's participation in breast cancer screening in France--an ethical approach. *BMC Med Ethics.* 2014; 15:64.

58. Sitt JC, Lui CY, Sinn LH, Fong JC. Understanding breast cancer screening--past, present, and future. *Hong Kong Med J*. 2018; 24(2):166-174.
59. Expert Panel on Breast Imaging;; Mainiero MB, Moy L, Baron P, Didwania AD, diFlorio RM, Green ED, Heller SL, Holbrook AI, Lee SJ, Lewin AA, Lourenco AP, Nance KJ, Niell BL, Slanetz PJ, Stuckey AR, Vincoff NS, Weinstein SP, Yepes MM, Newell MS. ACR Appropriateness Criteria® Breast Cancer Screening. *J Am Coll Radiol*. 2017; 14(11S):S383-S390.
60. Youlden DR, Cramb SM, Yip CH, Baade PD. Incidence and mortality of female breast cancer in the Asia-Pacific region. *Cancer Biol Med*. 2014; 11(2):101-115.
61. Yen AM, Tsau HS, Fann JC, Chen SL, Chiu SY, Lee YC, Pan SL, Chiu HM, Kuo WH, Chang KJ, Wu YY, Chuang SL, Hsu CY, Chang DC, Koong SL, Wu CY, Chia SL, Chen MJ, Chen HH, Chiou ST. Population-Based Breast Cancer Screening With Risk-Based and Universal Mammography Screening Compared With Clinical Breast Examination: A Propensity Score Analysis of 1 429 890 Taiwanese Women. *JAMA Oncol*. 2016; 2(7):915-21.
62. Dai H, Yan Y, Wang P, Liu P, Cao Y, Xiong L, Luo Y, Pan T, Ma X, Wang J, Yang Z, Liu X, Chen C, Huang Y, Li Y, Wang Y, Hao X, Ye Z, Chen K. Distribution of mammographic density and its influential factors among Chinese women. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(4):1240-51.
63. Fan L, Strasser-Weippl K, Li JJ, St Louis J, Finkelstein DM, Yu KD, Chen WQ, Shao ZM, Goss PE. Breast cancer in China. *Lancet Oncol*. 2014; 15(7):e279-289.
64. National Health Commission Of The People's Republic Of China. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of breast cancer 2018 (English version). *Chin J Cancer Res*. 2019; 31(2):259-277.
65. Song QK, Wang XL, Zhou XN, Yang HB, Li YC, Wu JP, Ren J, Lysterly HK. Breast Cancer Challenges and Screening in China: Lessons From Current Registry Data and Population Screening Studies. *Oncologist*. 2015; 20(7):773-779.
66. Yang L, Wang J, Cheng J, Wang Y, Lu W. Quality assurance target for community-based breast cancer screening in China: a model simulation. *BMC Cancer*. 2018; 18(1):261.

67. Wu Z, Liu Y, Li X, Song B, Ni C, Lin F. Factors associated with breast cancer screening participation among women in mainland China: a systematic review. *BMJ Open*. 2019; 9(8):e028705.
68. Bao HL, Wang LH, Wang LM, Fang LW, Zhang M, Zhao ZP, Cong S. [Study on the coverage of cervical and breast cancer screening among women aged 35-69 years and related impact of socioeconomic factors in China, 2013]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2018; 39(2):208-212.
69. Sung H, Ishak D, Lie D, Menon S, Courtney Em Li, ST, Ngeow J. The influence of Malay cultural beliefs on breast cancer screening and genetic testing: A focus group study. *Psychooncology*. 2018; 27:2855-2861.
70. Maroni R, Massat NJ, Parmar D, Dibden A, Cuzick J, Sasieni P, Duffy S. A case-control study to evaluate the impact of the breast screening programme on mortality in England. *Br J Cancer*. 2021; 124:736-743.
71. Satoh M, Sato N. Relationship of attitudes toward uncertainty and preventive health behaviors with breast cancer screening participation. *BMC Womens Health*. 2021; 21:1-11.
72. O'Hara J, McPhee C, Dodson S, Cooper A, Wildey C, Hawkins M, Fulton A, Pridmore V, Cuevas V, Scanlon M, Livingston PM, Osborne RH, Beauchamp A. Barriers to breast cancer screening among diverse cultural groups in Melbourne, Australia. *Int Environ Res Public Health*. 2018; 15:1-13.
73. Özkan I, Taylan S. Barriers to women's breast cancer screening behaviors in several countries: A meta-synthesis study. *Health Care Women Int*. 2021; 42:1013-1043.
74. Ferreira CS, Rodrigues J, Moreira S, Ribeiro F, Longatto-Filho A. Breast cancer screening adherence rates and barriers of implementation in ethnic, cultural and religious minorities: A systematic review. *Mol Clin Oncol*. 2021; 15:1-9.
75. Jong FC, Kotzur M, Amiri R, Robb K. Using a participatory approach to encourage uptake of breast, colorectal, and cervical cancer screening for Scottish muslim women: a pilot qualitative study. *Lancet*. 2023; 402(1):S12.
76. Gyedu A, Gaskill CE, Boakye G, Abdulai AR, Anderson BO, Stewart B. Differences in perception of breast cancer among muslim and Christian women in Ghana. 2018; 4:1-9.

77. Akinyemiju TF: Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: Analysis of the World Health Survey. *PLoS One*. 2012; 7:e48834.
78. Smith RA, Brooks D, Cokkinides V, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2013: A review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63:88-105.
79. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, Porter P, Hu YW, Zhao GL, Pan LD, Li W, Wu C, Coriaty Z, Evans I, Lin MG, Stalsberg H, Self SG. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002; 94(19):1445-1457.
80. Anderson BO, Jakesz R. Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World J Surg*. 2008; 32(12):2578-2585.
81. Widiasih R, Nelson K. Muslim Husbands' Roles in Women's Health and Cancer: The Perspectives of Muslim Women in Indonesia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(6):1703-1709.
82. Suleiman AK. Awareness and attitudes regarding breast cancer and breast self-examination among female Jordanian students. *J Basic Clin Pharm*. 2014 Jun;5(3):74-8.
83. Gupta A, Shridhar K, Dhillon PK. A review of breast cancer awareness among women in India: Cancer literate or awareness deficit? *Eur J Cancer*. 2015; 51(14):2058-66.
84. Coyle C, Kinnear H, Rosato M, Mairs A, Hall C, O'Reilly D. Do women who intermittently attend breast screening differ from those who attend every invitation and those who never attend? *J Med Screen*. 2014; 21(2):98-103.
85. Islam N, Patel S, Brooks-Griffin Q, Kemp P, Raveis V, Riley L, Gummi S, Nur PQ, Ravenell J, Cole H, Kwon S. Understanding barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening among Muslim women in New York City: Perspectives from key informants. *SM J Community Med*. 2017; 3:1-14.
86. Shirazi M, Bloom J, Shirazi A, Popal R. Afghan immigrant women's knowledge and behaviors around breast cancer screening. *Psycooncology*. 2013; 22:1705-17.

87. Madkhali NA, Santin O, Noble H, Reid J. Breast health awareness in an Arabic culture: A qualitative exploration. *J Adv Nurs*. 2019;75:1713–1722.
88. Al-Amoudi S, Cañas J, Hohl SD, Distelhorst SR, Thompson B. Breaking the silence: Breast cancer knowledge and beliefs among Somali Muslim women in Seattle, Washington. *Health Care Women Int*. 2015; 36:608-616.
89. Alkhasawneh E, Siddiqui ST, Leocadio M, Seshan V, Al-Farsi Y, Al-Moundhri MS. I Do Not Even Say "It" - a Mixed Methods Study on Breast Cancer Awareness of Omani Women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(4):2247-54.
90. Padela AI, Gunter K, Killawi A, Heisler M. Religious values and healthcare accommodations: voices from the American Muslim community. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(6):708-715.
91. Padela AI, Malik S, Ally SA, Quinn M, Hall S, Peek M. Reducing Muslim Mammography Disparities: Outcomes From a Religiously Tailored Mosque-Based Intervention. *Health Educ Behav*. 2018; 45(6):1025-1035.
92. Padela AI, Peek M, Johnson-Agbakwu CE, Hosseinian Z, Curlin F. Associations between religion-related factors and cervical cancer screening among Muslims in greater Chicago. *J Low Genit Tract Dis*. 2014; 18(4):326-32.
93. Vahabi M, Lofters A, Kim E, Wong JP, Ellison L, Graves E, Glazier RH. Breast cancer screening utilization among women from Muslim majority countries in Ontario, Canada. *Prev Med*. 2017; 105:176-183.
94. Soffer M, Cohen M, Azaiza F. The role of explanatory models of breast cancer in breast cancer prevention behaviors among Arab-Israeli physicians and laywomen. *Prim Health Care Res Dev*. 2020;21:1–7.
95. Kissal A, Ersin F, Koç M, Vural B, Çetin Ö. Determination of women's health beliefs, breast cancer fears, and fatalism associated with behaviors regarding the early diagnosis of breast cancer. *Int J Cancer Manag*. 2018;11:1–9.
96. Gullatte MM, Brawley O, Kinney A, Powe B, Mooney K. Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. *J Relig Health*. 2010; 49(1):62-72.
97. Hasnain M, Menon U, Ferrans CE, Szalacha L. Breast cancer screening practices among first-generation immigrant muslim women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014; 23(7):602-12.
98. Saadi A, Bond BE, Percac-Lima S. Bosnian, Iraqi, and Somali Refugee Women Speak: A Comparative Qualitative Study of Refugee Health Beliefs on

- Preventive Health and Breast Cancer Screening. *Womens Health Issues*. 2015; 25(5):501-8.
99. Shaw T, Ishak D, Lie D, Menon S, Courtney E, Li ST, Ngeow J. The influence of Malay cultural beliefs on breast cancer screening and genetic testing: A focus group study. *Psychooncology*. 2018; 27(12):2855-2861.
 100. Zorogastua K, Sriphanlop P, Reich A, Aly S, Cisse A, Jandorf L. Breast and cervical cancer screening among US and non-US born African American Muslim women in New York City. *AIMS Public Health*. 2017; 4:78–93.
 101. Padela AI, Vu M, Muhammad H, Marfani F, Mallick S, Peek M, Quinn MT. Religious beliefs and mammography intention: Findings from a qualitative study of a diverse group of American Muslim women: Islam and mammography intention. *Psychooncology*. 2016; 25:1175–82.
 102. Amini-Tehrani M, Zamanian H, Daryaafzoon M, Andikolaei S, Mohebbi M, Imani A, Tahmasbi B, Foroozanfar S, Jalali Z. Body image, internalized stigma and enacted stigma predict psychological distress in women with breast cancer: A serial mediation model. *J Adv Nurs*. 2021; 77(8):3412-3423.
 103. Mukem S, Meng Q, Sriplung H, Tangcharoensathien V. Low coverage and disparities of breast and cervical cancer screening in Thai women: Analysis of national representative household surveys. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16:8541–51.
 104. Kwok C, Endrawes G, Lee CF. Cultural Beliefs and Attitudes About Breast Cancer and Screening Practices Among Arabic Women in Australia. *Cancer Nurs*. 2016; 39(5):367-74.
 105. Hwang JJ, Donnelly TT, Ewashen C, McKiel E, Raffin S, Kinch J. Sociocultural Influences on Arab Women's Participation in Breast Cancer Screening in Qatar. *Qual Health Res*. 2017; 27(5):714-726.
 106. Moey SF, Sowtali SN, Mohamad Ismail MF, Hashi AA, Mohd Azharuddin NS, Che Mohamed N. Cultural, Religious and Socio-Ethical Misconceptions among Muslim Women towards Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022; 23(12):3971-3982.
 107. Duport N, Ancelle-Park R. Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *Eur J Cancer Prev*. 2006; 15(3):219-224.

108. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *Am J Prev Med.* 2013; 44(4):392-398.
109. Mitchell AJ, Pereira IE, Yadegarfar M, Pepereke S, Mugadza V, Stubbs B. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry.* 2014; 205(6):428-35.
110. Peek ME, Han JH. Disparities in screening mammography. Current status, interventions and implications. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(2):184-94.
111. Chawla N, Breen N, Liu B, Lee R, Kagawa-Singer M. Asian American women in California: a pooled analysis of predictors for breast and cervical cancer screening. *Am J Public Health.* 2015; 105(2):e98-e109.