



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

ΤΡΙΧΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καλαμάτα 2008

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1	Γενικά περί πρόληψης.....	6
1.1.1	Οι δύο βασικοί κλάδοι της ιατρικής.....	6
1.1.2	Η σημασία της προληπτικής ιατρικής.....	7
1.1.3	Η διαφορά μεταξύ πρωτογενούς, δευτερογενούς, και τριτογενούς πρόληψης.....	8
1.1.4	Μέθοδοι πρόληψης.....	9
1.1.5	Η ελευθερία του ατόμου αναφορικά με την υγεία του.....	12
1.1.6	Σκοπός της πρόληψης.....	13
1.1.7	Αξιολόγηση αναγκαιότητας της πρόληψης.....	17
1.2	Αγωγή υγείας.....	19
1.2.1	Γενικά περί αγωγής υγείας.....	21
1.2.2	Στόχοι αγωγής υγείας.....	21
1.2.3	Στάδια σχεδιασμού και προγράμματα αγωγής υγείας.....	25
1.2.3.1	Αναλυση κοινότητας.....	25
1.2.3.2	Επισημάνση των αναγκών.....	27
1.2.3.3	καθορισμός των στόχων.....	29
1.2.3.4	Αποτίμηση των πόρων.....	30
1.2.3.5	Περιγραφή μεθοδολογίας.....	31
1.2.3.6	Σχεδιασμός της αξιολόγησης.....	31
1.2.4	Μέθοδοι επικοινωνίας.....	34

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1	Επιδημιολογικά δεδομένα.....	43
2.2	Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου.....	49
2.3	Πρόληψη και αγωγής υγείας του καρκίνου του μαστού.....	52
2.4	Προβλήματα στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	53

3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1	Μέθοδοι πληθυσμιακού ελέγχου.....	54
3.1.1	Αυτοεξέταση.....	54
3.1.2	Κλινική εξέταση.....	57
3.1.3	Μαστογραφία.....	59

3.2	Μελέτες που αφορούν τον πληθυσμιακό έλεγχο.....	61
3.3	Στόχοι των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου	62
3.4	Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα πληθυσμιακού ελέγχου.....	67
3.5	Μελλοντικές κατευθύνσεις στον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού. .	68
4.	Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	71
5.	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
5.1	Προγράμματα και δράσεις της ΕΕ κατά του καρκίνου του μαστού.....	76
5.2	Ο πληθυσμιακός έλεγχος εντός του προγράμματος «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου του μαστού».....	78
5.3	Ευρωπαϊκή πολιτική και καρκίνος του μαστού.....	81
6.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	
6.1	Η Οικονομική διάσταση της αντιμετώπισης του καρκίνου αξιολόγηση.....	82
6.2	Η Ποιοτική διάσταση των Προγραμμάτων μαζικού Προσυμπτωματικού ελέγχου.....	88
6.3	Σφαιρική αξιολόγηση: η ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αξιολόγηση των προγραμμάτων Μαζικού Προσυμπτωματικού ελέγχου.....	90
6.4	Αξιολόγηση προγραμμάτων: Παραδείγματα από τη διεθνή βιβλιογραφία.....	94
7.	ΕΡΕΥΝΑ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	97
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	108
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	A1
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	B2
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφοράς, με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης νοσημάτων.

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της ΠΟΥ είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν.

Με τον όρο **πρόληψη** εννοούμε την αποφυγή ασθένειας με τη δημιουργία συνθηκών υγιεινής διαβίωσης, τόσο σε επίπεδο υποδομών, όσο και σε επίπεδο ατομικής συμπεριφοράς, π.χ. εμβολιασμός, προσυμπτωματικός έλεγχος κ.ά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τη μορφή μαστίγας μεταξύ των γυναικών τείνει να προσλάβει ο καρκίνος του μαστού, αφού αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή κακοήθους νόσου που πλήττει το γυναικείο φύλο. Σύμφωνα με στοιχεία προερχόμενα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 35-55 ετών. Δυστυχώς η γλώσσα των αριθμών δεν επιτρέπει κανένα περιθώριο αμφιβολιών: στην Ευρώπη των εικοσιπέντε, το 2002 καταγράφηκαν 269.570 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 87.770 θάνατοι, αντίστοιχα. Εκτιμάται ότι η πιθανότητα να προσβληθεί μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της από καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη είναι μία στις δέκα.

Ο καρκίνος του μαστού όμως έχει ένα πολύ θετικό στοιχείο και αυτό είναι η δυνατότητα πλήρους ίασης της νόσου, υπό την προϋπόθεση της έγκαιρης διάγνωσης, η οποία επιτυγχάνεται με την πρόληψη. Δυστυχώς η ενημέρωση και η πληροφόρηση του πληθυσμού για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα, δεν είναι επαρκής, παρόλο που η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που ασχολήθηκαν με την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Στην εργασία αυτή αναλύονται οι τρόποι με τους οποίους η δημόσια υγεία έχει σκοπό να προλάβει την εκδήλωση της νόσου στον πληθυσμό. Ερευνώνται τα οφέλη της πρόληψης και της αγωγής υγείας στην δημόσια αλλά και σε ατομικό επίπεδο καθώς και προγράμματα πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού: πόσο αυτά λειτουργούν και ποιες είναι οι απαραίτητες αλλαγές που θα έπρεπε να γίνουν σε συνάρτηση με τις σχετικές οδηγίες της ΕΕ για τις χώρες – μέλη της.

Τα ζητήματα με τα οποία θα ασχοληθούμε, θα αναλυθούν παρακάτω σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια γενική αναφορά της προληπτικής ιατρικής και της αγωγής υγείας, ώστε να ασχοληθούμε στα παρακάτω κεφάλαια με την περίπτωση της πρόληψης του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα, με τη βοήθεια διεθνών ερευνών καθώς και στατιστικών στοιχείων.

Στο δεύτερο γίνεται μια γενική αναφορά στην επιδημιολογία, την αιτιολογία και τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού.

Στο τρίτο και πολύ σημαντικό κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του πληθυσμιακού ελέγχου του καρκίνου του μαστού, που είναι το σημαντικότερο εργαλείο για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και στη συνέχεια την έγκαιρη και πιο σωστή αντιμετώπισή του.

Στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο θα ερευνήσουμε κατά πόσο γίνονται οι προσπάθειες στην Ελλάδα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην ΕΕ. Η υπάρχουσα κατάσταση της αγωγής υγείας και πρόληψης του καρκίνου του μαστού στη χώρα μας σε θεσμικό, υγειονομικό επίπεδο καθώς και το υγειονομικό μας σύστημα χαρακτηρίζεται από έλλειψη στρατηγικής, οργάνωσης και συντονισμού των εφαρμοσμένων προγραμμάτων. Διερευνάται επίσης η Ευρωπαϊκή πολιτική για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Εν συνεχεία θα ασχοληθούμε με την αξιολόγηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα με την οικονομική, ποιοτική αλλά και την σφαιρική αξιολόγηση των προγραμμάτων αυτών.

Στο έβδομο κεφάλαιο θα γίνει ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψε από την έρευνα με ερωτηματολόγια με θέμα την πληροφόρηση των Ελληνίδων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε δείγμα 207 γυναικών ηλικίας 21 ετών και άνω. Το δείγμα βρέθηκε με απλή τυχαία δειγματοληψία, σε χώρους συνάθροισης γυναικών. Το ερωτηματολόγιο ερευνά τις τυχόν διαφορές στην ενημέρωση ανά ηλικιακή κατηγορία και τη σχετική πειθάρχηση των ερωτώμενων γυναικών στις ιατρικές οδηγίες για τη σωστή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Για το λόγο αυτό δεν ζητούνται περαιτέρω στοιχεία ταυτότητας του δείγματος.

Η εργασία αυτή στηρίχθηκε στη μελέτη βιβλιογραφίας όπως επίσης και στην έρευνα κοινής γνώμης με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου, η οποία προαναφέρθηκε.

1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Γενικά περί πρόληψης

1.1.1 Οι δύο βασικοί κλάδοι της ιατρικής

Η ιατρική αποτελείται από δύο παράλληλους κλάδους, με ξεχωριστές ο καθένας ιδιότητες-δραστηριότητες, αλλά που αποβλέπουν και οι δύο σε ένα κοινό σκοπό: στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στη διατήρηση της υγείας. Οι δύο αυτοί κλάδοι είναι: η Θεραπευτική ιατρική και η Προληπτική ιατρική. Ο πρώτος κλάδος αφορά αποκλειστικά και μόνο τους γιατρούς και καθετί που αφορά τον κλάδο αυτόν. Αντίθετα, τα θέματα που αφορούν τον κλάδο της Προληπτικής ιατρικής, πρέπει να γίνουν κτήμα του καθενός και μάλιστα αρχής γενομένης από το σχολείο ή και πιο νωρίς ακόμη. Δεν μπορεί να γίνει λόγος για Προληπτική ιατρική εάν δεν αρχίσουμε από το σχολείο. Η επαφή μας με το γιατρό πρέπει να είναι συνεχής κατά κάποιο τρόπο, με την έννοια της πρόληψης, κατά την περίοδο της σχολικής ηλικίας ο γιατρός, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος στη ζωή του μαθητή. Μόνο τότε μπορούμε να έχουμε επιτυχή εφαρμογή των αρχών της Προληπτικής ιατρικής και της δημιουργίας Υγιούς Κοινωνίας.¹

Διακεκριμένος λοιπόν ο γιατρός που, ασχολείται με τη διατήρηση της υγείας. Συνήθης γιατρός, γιατρός της ρουτίνας, εκείνος ο γιατρός που αφήνει να του ξεφύγει ο έλεγχος της υγείας του ατόμου, που του εμπιστεύθηκε την υγεία του και άρχισε να ασχολείται με τη νοσηλεία, με τη θεραπεία της αρρώστιας, με τις γνωστές επιπτώσεις στην ατομική, επαγγελματική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ασφαλισμένου.

Η ολοκλήρωση αυτής της αντίληψης, είναι η κυβερνητική αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας. Σωστή κυβέρνηση είναι εκείνη που ασχολείται με την πρόληψη της αρρώστιας, ενώ κακή κυβέρνηση είναι εκείνη που της διαφεύγει ο έλεγχος της υγείας των πολιτών και σπεύδει εκ των υστέρων να καταστείλει την αρρώστια με τις γνωστές μεθόδους, να θεραπεύσει την εκδηλωθείσα ήδη νόσο, την οποία μπορούσε και όφειλε να είχε προλάβει.

1. Γ. Καραβής, *Προληπτική Ιατρική, θεωρία και πράξη*. Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 1987, σ. 22

1.1.2 Η σημασία της Προληπτικής ιατρικής

Η πρόληψη αλλά και η πρόωγη διάγνωση είναι το σημαντικότερο ίσως μέτρο αποτελεσματικής θεραπείας. Μεταξύ των δύο κλάδων, της Θεραπευτικής και της Προληπτικής ιατρικής υπάρχει απόλυτη αλληλεξάρτηση. Όπου είναι ανεπτυγμένη η Προληπτική Ιατρική, εκεί λιγοστεύουν και οι ανάγκες μας για τη Θεραπευτική. Μειωμένη αντίληψη σχετικά με την Πρόληψη, αύξηση των περιστατικών της Θεραπευτικής, γεμάτα τα νοσοκομεία.²

Για να ελαττώσουμε όμως το βάρος από τους ώμους της Θεραπευτικής, για να συμβάλουμε πραγματικά στη διατήρηση και ανύψωση της στάθμης Υγείας, πρέπει να αντιμετωπίσουμε την Προληπτική Ιατρική στην πραγματική της διάσταση και σημασία, που πρέπει να έχει στην καθημερινή πράξη. Ακόμη όσο αυξάνει ο μέσος όρος επιβίωσης, επιβάλλεται περισσότερο η συστηματοποίηση και επέκταση της Προληπτικής Ιατρικής, γιατί η κοινωνία θα γεμίσει από ηλικιωμένους και ανάπηρους της ζωής. Η επιτυχία της Προληπτικής Ιατρικής θα είναι όχι μόνο η εξασφάλιση της παράτασης της ζωτικότητας. Σήμερα, παρατάθηκε μεν η ζωή, αλλά τα χρόνια νοσήματα αρχίζουν να μας ταλαιπωρούν από τα τριάντα μας χρόνια.

Η Θεραπευτική εξάλλου αποτελεί τον κλάδο εκείνο της Ιατρικής που ασχολείται ειδικά με την θεραπεία των νόσων, ενώ Προληπτική Ιατρική ασχολείται με την Πρόληψη των νόσων γενικά. Την Προληπτική Ιατρική πρέπει κατά κάποιο τρόπο να συμβουλευόμαστε συνεχώς, ενώ τη Θεραπευτική εάν και όταν αρρωστήσουμε από έλλειψη προνοητικότητας.³

2. Προληπτική ιατρική, <http://www.care.gr/mag/articles/2042>, σ. 1

3. Γ. Καραβής, *Προληπτική Ιατρική, θεωρία και πράξη*, ό.π., σ. 25

1.1.3 Η διαφορά μεταξύ πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης

Πρωτογενής πρόληψη είναι η σχεδιασμένη παρέμβαση που αφορά στην πρόληψη μιας παθολογικής κατάστασης πριν την έναρξή της. Παράδειγμα αποτελεί η ενεργητική ανοσοποίηση για την πρόληψη ειδικών λοιμωδών νοσημάτων ή τη χρήση της ζώνης ασφαλείας για την αποφυγή τραυματισμού σε τροχαία ατυχήματα.

Δευτερογενής πρόληψη είναι η σχεδιασμένη παρέμβαση που αφορά στην πρόληψη μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας από κάποια νόσο, με την εφαρμογή θεραπειών κατά τη διάρκεια της ασυμπτωματικής περιόδου της νόσου. Συχνά η πρόωπη παρέμβαση είναι σχετικά απλή και αποτελεί και την περισσότερο αποτελεσματική θεραπεία. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η θεραπεία κακοηθειών όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ο καρκίνος του μαστού αποτελούν παραδείγματα δευτερογενούς πρόληψης.

Τριτογενής πρόληψη είναι η παρέμβαση που αφορά στην πρόληψη επιπλοκών σε ασθενείς με εγκατεστημένη νόσο. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνά αφιερώνουν αρκετό χρόνο ασχολούμενοι με τριτογενή πρόληψη.

Η διαφοροποίηση μεταξύ των διαφόρων τύπων πρόληψης μπορεί να μην είναι απολύτως σαφής. Για παράδειγμα, η θεραπεία της υπέρτασης μπορεί να αποτελεί πρωτογενή πρόληψη της καρδιακής νόσου ή τριτογενή παρέμβαση για την πρόληψη νεφρικής νόσου σε ένα διαβητικό ασθενή.⁴

4. Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, *Προβλήματα Προληπτικής Ιατρικής, βιβλίο τρίτο, Σύγχρονη Εποχή*, Αθήνα χ.χρ., σ. 16

1.1.4 Μέθοδοι πρόληψης

Οι μέθοδοι πρόληψης περιλαμβάνουν λήψη μέτρων τα οποία έχουν σχέση με:

- Την ενημέρωση
- Το περιβάλλον
- Τη μητέρα, εγκυμοσύνη, έμβρυο, νεογνό, παιδί
- Τις λοιμώξεις
- Τη διατροφή τον τρόπο ζωής
- Τη φροντίδα του αρρώστου

Για την εφαρμογή των μεθόδων αυτών αναζητούνται τα αίτια που διαταράσσουν την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, δηλαδή την υγεία είτε του ατόμου είτε του πληθυσμού. Τα αίτια μπορεί να είναι άγνωστα. Στις περιπτώσεις αυτές αναζητούνται διάφοροι παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με τη νόσο, όπως είναι το περιβάλλον, ο τρόπος ζωής, η διατροφή, οι ατομικές συνήθειες, η κληρονομικότητα κ.α.

Η αναζήτηση της αιτίας ή των παραγόντων που έχουν σχέση με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι απαραίτητα για την εφαρμογή κατάλληλης μεθόδου πρόληψης. Εάν αυτό γίνει, οι μέθοδοι πρόληψης έχουν περισσότερες δυνατότητες να είναι πιο αποτελεσματικές, αν και η εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου είναι δύσκολη γιατί τα προληπτικά μέτρα παρεμβαίνουν στον τρόπο ζωής.

Ενημέρωση

Η ενημέρωση της κοινής γνώμης σε αντικείμενα Προληπτικής Ιατρικής πρέπει να αποσκοπεί στην παροχή γνώσεων και κινήτρων στο άτομο και στην κοινότητα, ώστε να κατανοήσουν τις αιτίες ή τους παράγοντες, τόσο αυτούς που προάγουν όσο και εκείνους που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Έτσι, θα είναι σε θέση να κάνουν τις επιλογές τους, ενώ συγχρόνως θα γνωρίζουν τις επιπτώσεις των επιλογών αυτών. Οι επιλογές πρέπει να έχουν στόχο την ελάττωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και τη μείωση των δαπανών υγείας.

Η ενημέρωση του είδους αυτού αποτελείται από τέσσερα βασικά στοιχεία. Την πληροφόρηση, το κίνητρο, την τεχνική βοήθεια και την περιβαλλοντική ενίσχυση. Αυτά αφορούν τόσο τον άρρωστο όσο και τον υγιή.

Υγιής

Ο υγιής πρέπει να ενημερωθεί για να μπορεί να κάνει τις επιλογές του προληπτικά.

Αυτός μπορεί να είναι:

- Ο μαθητής
- Ο σπουδαστής
- Ο φοιτητής
- Ο εργαζόμενος
- Το κοινωνικό σύνολο

Η ενημέρωση των μαθητών της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και των σπουδαστών της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε αντικείμενα Προληπτικής Ιατρικής, είναι δυνατόν να συμβάλλει στην αντιμετώπιση νοσηρών καταστάσεων με περιβαλλοντική εξάρτηση, αν και αυτό αμφισβητείται από μερικούς. Έχει παρατηρηθεί για παράδειγμα, στις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες, ότι η συχνότητα της παχυσαρκίας, ή του καπνίσματος στην παιδική ηλικία είναι μεγαλύτερη τώρα από ότι πριν είκοσι χρόνια, τότε δηλαδή που η ενημέρωση ήταν ελλιπής.

Για το φαινόμενο όμως αυτό ενοχοποιείται περισσότερο ο τρόπος ζωής δυτικού τύπου και λιγότερο η ενημέρωση. Ίσως είναι πληρέστερη από ότι ήταν πριν είκοσι χρόνια.

Η ενημέρωση του εργαζομένου στο χώρο της εργασίας είναι δυνατή. Ενδιαφέρει, εκτός από αυτούς και τους εργοδότες, γιατί έχει σχέση με την παραγωγικότητα. Η πρόληψη ατυχημάτων ή χρόνιων νοσημάτων ωφελεί και τον εργαζόμενο και τον εργοδότη.

Η ενημέρωση της κοινής γνώμης σε αντικείμενα Προληπτικής Ιατρικής είναι μεγάλης σημασίας, αλλά δύσκολη. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει με εκλαϊκευμένες ομιλίες από ειδικό προσωπικό, με τη χορήγηση ειδικών φυλλαδίων, με τον ημερήσιο και περιοδικό τύπο, με το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Συνδυασμός όμως των μεθόδων αυτών με την προσωπική επικοινωνία κάθε ατόμου με το γιατρό είναι πιο αποτελεσματική.

Η ενημέρωση του αρρώστου είναι εύκολη και αποτελεσματική. Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας για παράδειγμα, γίνεται ευκολότερα σε ασθενή με έμφραγμα του μυοκαρδίου παρά σε ασυμπτωματικό άτομο. Ο άρρωστος εφαρμόζει συνήθως με σχολαστικότητα όποιες γνώσεις έχει για τη νόσο του. Υιοθετεί διαιτητικές και ατομικές συνήθειες και γενικά αλλάζει τρόπο ζωής, κάτι που ήταν δύσκολο και ανέφικτο πριν την εκδήλωση της νόσου.⁵

5. Δ. Τριχόπουλος και Α. Τριχοπούλου, *Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή*, Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σ. 90

1.1.5 Η ελευθερία του ατόμου αναφορικά με την υγεία του

Στη ζωή από την ημέρα που γεννιόμαστε ως το τέλος της, οφείλουμε να υπακούμε σε ορισμένους κανόνες, οι οποίοι οπωσδήποτε δεσμεύουν κατά κάποιο τρόπο την ελεύθερη βούληση του ατόμου. Ο άνθρωπος πρέπει να αισθάνεται ελεύθερος, να απολαμβάνει την ελευθερία του, χωρίς να έρχεται σε σύγκρουση με την ελευθερία του άλλου. Αυτή η αρχή πρέπει να ισχύει και σε θέματα υγείας και πρόληψης υγείας.

Ο λόγος που δεν πρέπει το άτομο να δρα μόνο κατά τη δική του βούληση όσον αφορά την υγεία του έχει σχέση με την υγεία όλων μας. Δεν μπορεί κάποιος να καπνίζει, να πίνει ή να παίρνει ναρκωτικά ή να ζει όπως θέλει, τη στιγμή που κάθε του πράξη έχει σχέση με την υγεία του, τη ζωή του, με την οικογένειά του, με την κοινωνία στην οποία δρα και ζει. Καθετί που τον αφορά, έχει άμεση αντανάκλαση και σε όλο το περιβάλλον που μέσα του διαβιώνει.⁶ Για παράδειγμα το να καπνίζει κάποιος, δεν είναι μόνο «δικό του πρόβλημα» όπως συνηθίζουμε να λέμε για τις κακές μας συνήθειες, αλλά πρόβλημα όλων μας, γιατί αν νοσήσει κάποιος με αιτία το τσιγάρων, όλοι μας θα κληθούμε να πληρώσουμε τα νοσήλια (μέσω της Πολιτείας).

Επίσης το παθητικό κάπνισμα είναι ένα ισχυρό παράδειγμα για να καταλάβουμε ότι η ελευθερία του ατόμου αναφορικά με την υγεία του ιδίου και της κοινωνίας, δεν μπορεί να είναι απεριόριστη. Τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος πληρώνουν οι μη καπνιστές ακόμη και με θάνατο. Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας υπολόγισαν ότι 37.000 Αμερικάνοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρδιοπάθειες που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα, ενώ το σύνολο των θανάτων υπολογίζεται σε 55.000 στις ΗΠΑ.⁷ Το πρόβλημα του καθενός αναγκάζεται το κοινωνικό σύνολο (ή/και το κράτος) να το αντιμετωπίσουν. Οπότε καλούμαστε όλοι να συμβάλουμε, να εμπλακούμε σε προβλήματα που δημιούργησε η κακώς εννοούμενη ελευθερία του συμπολίτη μας και η μη πρόληψη της υγείας των πολιτών.

6. Γ. Καραβής, *Προληπτική Ιατρική, θεωρία και πράξη*, ό.π., σ. 65

7. *Πρόληψη η μεγάλη λεωφόρος της υγείας*, Αθήνα 1995, σ. 99

1.1.6 Σκοπός της πρόληψης

Ένας βασικός παράγοντας ο οποίος έχει βοηθήσει στην αναγνώριση της σημασίας της πρόληψης είναι η ανάπτυξη και βελτίωση της επιδημιολογίας. Αυτό φαίνεται από την ανάλυση των αιτιών της νοσηρότητας και της πρόωμης θνησιμότητας. Στο παρελθόν κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας αποτελούσαν τα λοιμώδη νοσήματα. Σήμερα οι ασθένειες του παρελθόντος φαίνεται να έχουν αντικατασταθεί από τις «ασθένειες του πολιτισμού». Το Σχήμα 1 δείχνει την κατανομή των αιτιών θανάτου στο σύνολο του κόσμου και τις αναπτυγμένες χώρες

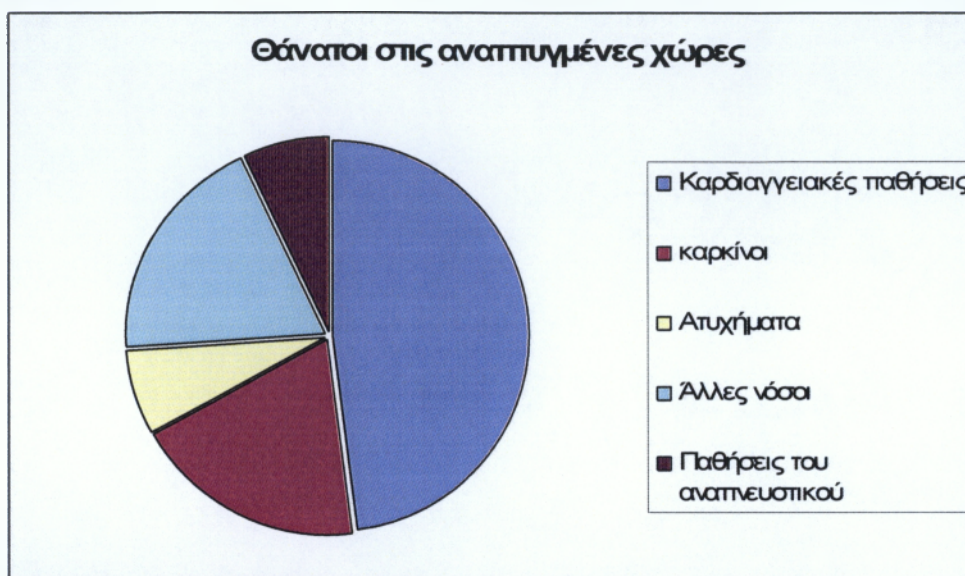
Σχήμα 1.1

Η εκτιμώμενη κατανομή θανάτων από διάφορες αιτίες στις ανεπτυγμένες χώρες και στο κόσμο το 1985



Πηγή: Ίδια έρευνα με δεδομένα από Ν. Παπαϊκονόμου, *Εγχειρίδιον υγιεινής για τις ΜΤΕΝΣ*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα χ.χρ., σ. 57

Σχήμα 1.2



Πηγή: Ιδία έρευνα με δεδομένα από Ν. Παπαϊκονόμου, Εγχειρίδιον υγιεινής για τις ΜΤΕΝΣ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα χ.χρ., σ. 63

Όπως φαίνεται, η βασική αιτία θνησιμότητας σήμερα είναι οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (κυρίως καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια) και οι διάφορες μορφές καρκίνου. Η ατομική συμπεριφορά συνεισφέρει σημαντικά στα αίτια, αλλά σημαντικό ρόλο παίζει και το κοινωνικό περιβάλλον. Η κακή διατροφή, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση μιας νόσου. Επίσης σημαντική αιτία θανάτου συνιστούν τα ατυχήματα και οι αυτοκτονίες. Η εξάπλωση του AIDS, όπως και της σύφιλης στο παρελθόν, αποδεικνύει ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συμμετέχουν σημαντικά στην αύξηση των πρώιμων θανάτων.

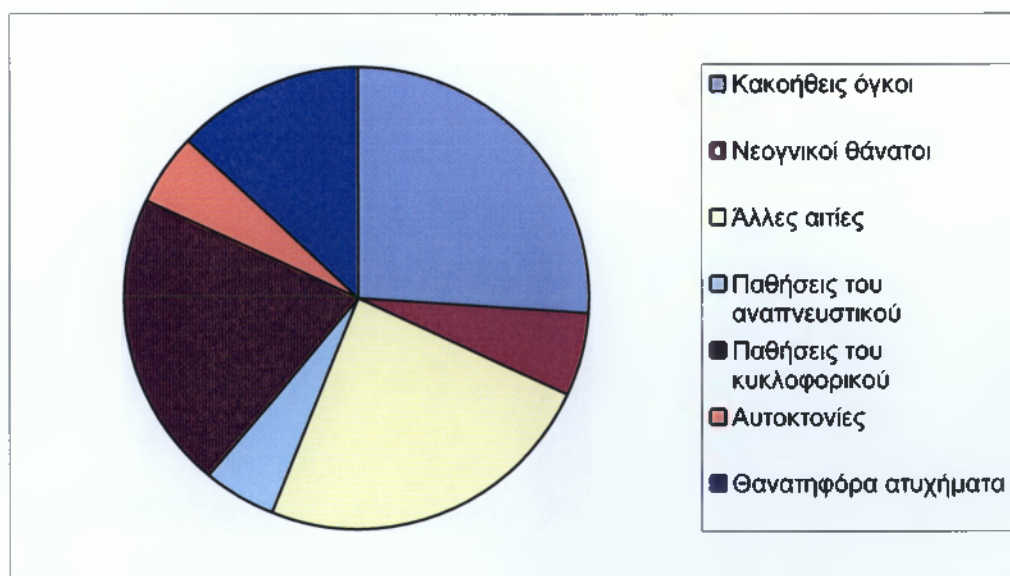
Η μεγαλύτερη πρόκληση της πρόληψης είναι να πείσει και να βοηθήσει το κοινωνικό σύνολο να υιοθετήσει ένα υγιές πρότυπο ζωής. Με βάση τα παραπάνω ο στόχος της πρόληψης μπορεί να ταξινομηθεί ως εξής :

- Κοινωνικο – οικονομικές βελτιώσεις
- Τροποποίηση των ατομικών συνηθειών
- Πρόληψη των ατυχημάτων
- Έλεγχος των λοιμώξεων
- Έλεγχος της ατμοσφαιρικής ρύπανσης
- Δοκιμασία προσυμπτωματικού ελέγχου (έλεγχος μεγάλου μέρους ασυμπτωματικού πληθυσμού για μια ασθένεια με απλές και αναίμακτες μεθόδους)
- Προληπτική χορήγηση φαρμάκων

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός στόχος της πρόληψης σήμερα είναι η ονομαζόμενη «πρόληψη του πρώιμου θανάτου» ή διαφορετικά η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Ας υποθέσουμε ότι η μέση ηλικία συνταξιοδότησης σήμερα είναι τα 65 χρόνια. Όμως ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού πεθαίνει πριν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του. Τα χρόνια που χάθηκαν εξαιτίας θανάτου πριν από αυτήν την ηλικία συνιστούν γόνιμο έδαφος εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης. Το Σχήμα 1.3 παρουσιάζει την κατανομή των αιτιών θανάτου ατόμων που πέθαναν πρόωμα (πριν συμπληρώσουν το 65^ο έτος της ηλικίας τους)

Σχήμα 1.3

Κατανομή αιτιών πρώιμων θανάτων



Πηγή: Ίδια έρευνα με δεδομένα από Π. Κουμεντάκης, *Υγεία για όλους*, Γραφικές Τέχνες, Αθήνα 1994, σ.80

Οι κοινωνικο – οικονομικοί παράγοντες παίζουν βασικό ρόλο στην θνησιμότητα του πληθυσμού. Έχει εκτιμηθεί ότι η θνησιμότητα των κατώτερων οικονομικά στρωμάτων του πληθυσμού είναι περίπου διπλάσια από αυτή των ανώτερων οικονομικά στρωμάτων . αν και η συνολική θνησιμότητα μειώνεται σταθερά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα (γυναικών που προέρχονται από κατώτερα οικονομικά στρώματα) από καρδιαγγειακά παθήσεις ή καρκίνο του λάρυγγα αυξάνεται. Το φαινόμενο αυτό συνιστά σημαντική κοινωνική ανισότητα, η οποία έχει αναγνωριστεί ευρύτατα και επιβάλλει την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης.

Η τροποποίηση των ατομικών συνηθειών, όπως η αποφυγή του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, και η ενθάρρυνση της σωστής διατροφής και της σωματικής άσκησης αποτελούν άμεση προτεραιότητα πρόληψης, καθώς έχει αναγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος των «κακών» συνηθειών στη διαμόρφωση ανεπίτρεπτα υψηλών δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Τα ατυχήματα αποτελούν σταθερή αιτία αύξησης των δεικτών θνησιμότητας. Εδώ ο ρόλος της πρόληψης είναι σημαντικός. Στη Μεγάλη Βρετανία εκτιμήθηκε ότι η χρήση της ζώνης ασφαλείας μειώνει τον κίνδυνο τραυματισμού κατά 25% και τον κίνδυνο θανάτου κατά 35%. Επίσης, έχει εκτιμηθεί ότι το 1/3 των θανάτων από αυτοκινητικά δυστυχήματα οφείλεται σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Κατά το παρελθόν η πιο επιτυχημένη μέθοδος πρόληψης ήταν ο έλεγχος των λοιμώξεων. Αυτός ο έλεγχος επιτεύχθηκε με την πρόληψη της εξάπλωσης των λοιμώξεων μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικού εμβολιασμού. Σήμερα ιδιαίτερο ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην πρόληψη των νεοεμφανισθέντων ιών (όπως του HIV), η οποία περιλαμβάνει την έρευνα για τη δημιουργία εμβολίων, την ενημέρωση του πληθυσμού για τους τρόπους μετάδοσης των ιών, καθώς επίσης και την ασφαλή πρακτική προφύλαξης κατά της μετάδοσής τους. Παράδειγμα τέτοιας μελέτης είδαμε στην υποενοότητα που αναφέρεται στη σχέση μεταξύ αγωγής και προαγωγής της υγείας.⁸

8. Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης, Π. Μαντη, Υπηρεσίες υγείας / νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 67

1.1.7 Αξιολόγηση αναγκαιότητας πρόληψης

Η πολιτική στο χώρο της υγείας την τελευταία δεκαετία δίνει ολοένα αυξανόμενη έμφαση στην πρόληψη, αναγνωρίζοντας τη σημασία της για την ποιότητα της ζωής του κοινωνικού συνόλου. Αυτή η έμφαση βασίζεται στην ερευνητική διαδικασία αναγνώρισης των προβλημάτων υγείας που θα μπορούσαν να επιλυθούν διαμέσου της πρόληψης.

Για παράδειγμα, σε πρόσφατη μελέτη⁹ που εξέδωσε το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας αναγνωρίστηκαν τα ακόλουθα προβλήματα :

- Μεγάλο μέρος του πληθυσμού πεθαίνει πρόωρα ή έχει κακή υγεία εξαιτίας συνθηκών που θα μπορούσαν σε μεγάλο βαθμό να έχουν προληφθεί
- Υπάρχουν σημαντικές γεωγραφικές, κοινωνικές, εθνικές και εργασιακές ανισότητες στην υγεία
- Υπάρχουν ποιοτικές και ποσοτικές διακυμάνσεις στην παρεχόμενη περίθαλψη σε διαφορετικά μέρη της χώρας

Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις η μελέτη έθεσε τους στόχους και τα κριτήρια αξιολόγησης της αναγκαιότητας (και της αποτελεσματικότητας) της πρόληψης της κακής υγείας και προαγωγής της θετικής υγείας.

Η επίτευξη αυτών των στόχων εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες : από τις μεταβολές της ατομικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας μέχρι τα ιδιαίτερα μέτρα που θα υιοθετηθούν για την επίλυση ενός συγκεκριμένου προβλήματος. Βασικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία διαδραματίζουν οι υπηρεσίες υγείας.

Είδαμε για παράδειγμα, ότι η πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι υπεύθυνες για το 10% των θανάτων.

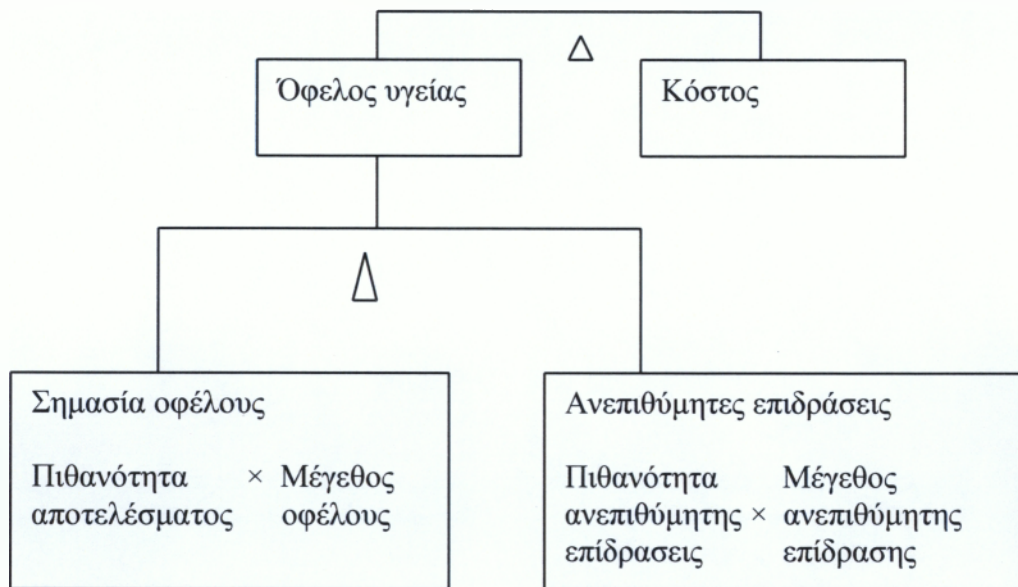
Γι' αυτό είναι σημαντικό να είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Ο τρόπος αξιολόγησης συνήθως διέπεται από την εκτίμηση κόστους-οφέλους. Σε μια τέτοια μελέτη η επίδραση μιας υπηρεσίας υγείας ή μιας θεραπείας κοστολογείται. Με βάση αυτήν την κοστολόγηση είναι δυνατόν να συγκρίνουμε τις οικονομικές επιδράσεις μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας ή θεραπείας με κάποια άλλη. Όμως υπάρχει και μια σειρά άλλων παραγόντων ή κινδύνων (π.χ. ηθικοί) που πρέπει να ληφθούν υπόψη.

9. 2^ο ιατρικό συνέδριο με θέμα: προληπτική ιατρική στον 21^ο αιώνα, www.Synedrio.gr/synedria/2005, σ. 3

Έχει επικρατήσει, την τελευταία δεκαετία, η ανάλυση του κόστους να γίνεται παράλληλα με την ανάλυση των κινδύνων που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη θεραπεία. Η καταλληλότητα λοιπόν ενός προγράμματος υγείας - είτε σε ατομικό είτε σε συλλογικό επίπεδο - εκτιμάται λαμβάνοντας υπόψη το κόστος, τους κινδύνους και το όφελος. Μια απεικόνιση αυτού του μοντέλου αποδίδει το Σχήμα 1.4

Σχήμα 1.4

Αξιολόγηση της καταλληλότητας ενός προγράμματος πρόληψης



Πηγή: Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης, Π. Μαντή, Υπηρεσίες υγείας / νοσοκομείο, ιδιαιτιότητες και προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 91

Αγωγή Υγείας

1.2.1 Γενικά περί Αγωγής Υγείας

Η ανθρώπινη συμπεριφορά και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, όπως ήδη τονίστηκε, αποτελούν αποφασιστικούς παράγοντες στην αιτιολογία και την επιδημιολογία πολλών νοσημάτων μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι βασικότερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας της εποχής μας. Ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά, τα ατυχήματα, τα ψυχικά νοσήματα, τα χρόνια εκφυλιστικά και ορισμένα σύγχρονα λοιμώδη (π.χ. AIDS), θα μπορούσαν να καταπολεμηθούν σε μεγάλο βαθμό αν ο άνθρωπος τροποποιούσε ορισμένες ανθυγιεινές καθημερινές του συνήθειες και βελτίωνε το περιβάλλον του. Γι ' αυτό και η αποτελεσματικότητα κάθε πολιτικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα θέματα που αφορούν την υγεία του και από την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα του καθένα ατομικά και όλων μαζί συλλογικά για εποικοδομητική δράση στην υπόθεση της υγείας.

Αυτή ακριβώς την ανάγκη έρχεται να καλύψει η Αγωγή Υγείας που θα μπορούσε να οριστεί σαν: «η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους».¹⁰

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη ,ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, Θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι ' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

10. Προαγωγή υγείας, <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubASPIS>, σ. 5

Σύμφωνα με την αυστηρότερη ερμηνεία, ο όρος «Αγωγή Υγείας» κατά κανόνα σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Η δεύτερη αυτή ερμηνεία είναι και αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο.

Με βάση το συγκεκριμένο αυτό περιεχόμενο, η Αγωγή Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της Θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με το ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε Θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε Θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός Θεραπευτικού σχήματος, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η ίδια ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής, ισχύει και στον τομέα της χρήσης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα σύστημα υγείας. Χωρίς τη σωστή ενημέρωση του κοινού για τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τη λειτουργία τους, την κατανομή τους κτλ. και χωρίς την υιοθέτηση από το κοινό, στάσεων και συμπεριφορών που να διευκολύνουν την αξιοποίηση των υπηρεσιών, είναι αναπόφευκτο να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα που μπορεί άλλοτε να οδηγούν στη μη αξιοποίηση των υπηρεσιών, άλλοτε στην υπερβολική ζήτησή τους, άλλοτε στη λαθεμένη χρήση τους και όχι σπάνια ακόμα και στην επικίνδυνη κατανάλωσή τους (π.χ. φάρμακα, ακτινογραφίες κ.λ.π.).

Τέλος, Θα πρέπει να τονιστεί ότι στα πλαίσια της αναζήτησης πλουραλιστικών και δημοκρατικών μορφών κοινωνικής οργάνωσης, οι αντιλήψεις για την υγεία δεν μπορεί να είναι ούτε ενιαίες ούτε μονολιθικές. Υπάρχουν σίγουρα περισσότερες από μια μορφές θεραπείας για κάθε πρόβλημα και πολλαπλοί τρόποι κατάκτησης της επιθυμητής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Στα πλαίσια αυτού του προβληματισμού, η Αγωγή Υγείας επιδιώκει τη δυνατότητα ελεύθερων επιλογών, μέσα από τη γνώση και την υπευθυνότητα και όχι την επιβολή ή την προπαγάνδισή κάποιας αλήθειας όσο και αν αυτή τεκμηριώνεται επιστημονικά.

1.2.2 Στόχοι αγωγής υγείας

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:¹¹

1. Ευαισθητοποίηση
2. Παροχή γνώσεων
3. Ιεράρχηση αξιών
4. Αλλαγή απόψεων
5. Λήψη αποφάσεων
6. Αλλαγή συμπεριφοράς
7. Αλλαγή περιβάλλοντος

1. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος.

2. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.

11. Δ. Τριχόπουλος και Τριχοπούλου, *Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή*, ό.π., σ. 40

3. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικό κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

4. Αλλαγή απόψεων

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει το βάρος του επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του παρά να διακινδυνέψει να υποστεί τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας.

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή /και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι, και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.

Όλοι οι παραπάνω στόχοι μπορούν να χωρισθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- α. Στο τι θα θέλαμε να γνωρίζει το κοινό (στόχος 1, 2)
- β. Στο τι θα θέλαμε να αισθανθεί (στόχος 3, 4, 5)
- γ. Στο τι θα θέλαμε να πράξει (στόχος 6, 7)

Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, συνήθως υπάρχει συνδυασμός στόχων και από τις τρεις αυτές κατηγορίες. Για παράδειγμα, σε ένα πρόγραμμα για τη διάδοση του θηλασμού, συνυπάρχουν οι στόχοι για την πληροφόρηση κάθε μητέρας για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, οι στόχοι για την ανατροπή των λαθεμένων απόψεων σχετικά με το Θηλασμό και την παχυσαρκία και τέλος οι στόχοι της πρακτικής εκμάθησης για την προετοιμασία της Θηλής ή για την αντιμετώπιση του πετρώματος του γάλακτος. Έτσι ο εκπαιδευτής υγείας,

επεμβαίνει και στις γνώσεις και στις απόψεις και στις πρακτικές που σχετίζονται με το θηλασμό.

Επίσης, η απαρίθμηση όλων των βασικών στόχων, δεν σημαίνει ότι κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, πρέπει να περνάει διαδοχικά από τον ένα στόχο στον επόμενο. Είναι δυνατό κάποιος να δοκιμάσει μια νέα συμπεριφορά, όπως μια καθημερινή γυμναστική άσκηση και μετά επειδή αισθάνεται σωματική και ψυχική ευεξία, να ενδιαφερθεί να μάθει περισσότερα ή να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις.

Ακόμα, η επίτευξη κάθε στόχου δεν σημαίνει αυτόματα την επίτευξη του επόμενου. Το κοινό μπορεί να γνωρίζει ότι το πολύ αλκοόλ βλάπτει, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι έτοιμο και να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις και συμπεριφορές. Κάθε στόχος της Αγωγής Υγείας θέλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να επιτευχθεί.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι για διαφορετικά άτομα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα και οι εκάστοτε στόχοι. Ένα άτομο που προσέρχεται από μόνο του σ' ένα Κέντρο Υγείας για να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία του, είναι ήδη ευαισθητοποιημένο και αποφασισμένο. Ενώ αντίθετα, σ' ένα σχολείο, πολλά παχύσαρκα παιδιά δεν έχουν επί-γνωση του προβλήματος και άρα θα πρέπει να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα όλοι οι πρωταρχικοί στόχοι που αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση, στην παροχή γνώσεων και στην υιοθέτηση των σχετικών αξιών, απόψεων και αποφάσεων.¹²

12. Προαγωγή υγείας, <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubASPIS>, σ. 30

1.2.3 Στάδια σχεδιασμού

Πριν από την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, είναι απαραίτητος ο λεπτομερής και προσεκτικός σχεδιασμός τους. Κάθε σχεδιασμός περιλαμβάνει ορισμένους βασικούς τομείς, που ο καθένας απ' αυτούς πρέπει να αναλύεται και να καταγράφεται ξεχωριστά σαν ιδιαίτερο κεφάλαιο του σχεδιασμού πριν από την εφαρμογή του προγράμματος.

Η εφαρμογή του προγράμματος που αποτελεί το δεύτερο και σημαντικότερο βήμα στην υλοποίηση της Αγωγής Υγείας, αποτελεί πιστή μεταφορά στην πράξη όσων έχουν διατυπωθεί γραπτά στα πλαίσια του σχεδιασμού.

Το τρίτο και τελευταίο βήμα, είναι η αξιολόγηση κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας, που αφορά όλα τα στάδια σχεδιασμού και εφαρμογής του και κυρίως την αποτίμηση των αποτελεσμάτων του. Ο τρόπος αξιολόγησης αποτελεί επίσης αντικείμενο του σχεδιασμού.

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ανάλυση της κοινότητας
2. Επισήμανση των αναγκών
3. Καθορισμός των στόχων
4. Αποτίμηση των πόρων
5. Περιγραφή της μεθοδολογίας
6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης.¹³

1.2.3.1 Ανάλυση της κοινότητας

Ως κοινότητα μπορεί να θεωρηθούν ομάδες ατόμων που δεν καθορίζονται μόνο γεωγραφικά, αλλά και από χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με το επάγγελμα, τη Θρησκεία, τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, τις κοινές ανάγκες κτλ. Οι κοινότητες αυτές ονομάζονται «Λειτουργικές Κοινότητες». Αντίθετα, οι «Δομικές Κοινότητες» καθορίζονται από συγκεκριμένα γεωγραφικά σύνορα.

13. Π. Κουμεντάκης, *Υγεία για όλους*, ό.π., σ. 37

Αποτελούνται δηλαδή, από ομάδες ατόμων που ζουν σε μια οργανωμένη περιοχή, π.χ. οικισμούς, γειτονιές, ενορίες, χωριά, πόλεις, κράτη. Στις κοινότητες υπάρχουν ποικίλες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων που τις αποτελούν, αλλά και επιδράσεις από εξωγενείς παράγοντες μόνιμους ή παροδικούς.

Μια ολοκληρωμένη περιγραφή του πληθυσμού της κοινότητας πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

α. Ποσοτικά χαρακτηριστικά: Εάν δηλαδή πρόκειται για μεμονωμένα άτομα, για οικογένειες, πληθυσμό ενός χωριού ή μιας πύλης, εργαζόμενους ενός κλάδου κλπ. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να καταγράφεται ο ακριβής αριθμός του πληθυσμού - στόχου.

β. Ηλικία και φύλο: Ποια είναι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, πόσοι άντρες και πόσες γυναίκες; Είναι αυτονόητο, πως αλλιώς θα αντιμετωπιστούν οι μαθητές ενός σχολείου και αλλιώς οι ηλικιωμένοι ενός χωριού. Άλλα προβλήματα είναι πιο σημαντικά να θιγούν σ' ένα γυναικείο ακροατήριο και άλλα σ' ένα αντρικό.

γ. Πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά: Κάθε χώρα έχει τα ιδιαίτερα πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά της, αλλά και πολλές φορές στην ίδια χώρα υπάρχουν πληθυσμοί με διαφορετικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά και διαφορετικές γλώσσες ή διαλέκτους. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι γνωστά τα βασικά ήθη και έθιμα του πληθυσμού-στόχου, καθώς και οι γλωσσολογικές του ιδιαιτερότητες, ώστε να προσαρμόζεται ανάλογα η μεθοδολογία του προγράμματος.

δ. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά: Η μόρφωση, το επάγγελμα, το εισόδημα, ο χώρος κατοικίας και όλα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την κοινωνική προέλευση του πληθυσμού - στόχου, είναι σημαντικά στοιχεία για το σχεδιασμό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

ε. Σχετικές γνώσεις και πείρα: Σπάνια ένας πληθυσμός τελεί σε πλήρη άγνοια σχετικά με το αντικείμενο του εκάστοτε προγράμματος. Άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, υπάρχει μια σχετική γνώση και εμπειρία γύρω από κάθε θέμα, που αφορά την υγεία. Πολλές φορές η γνώση αυτή στηρίζεται σε προκαταλήψεις ή ελλιπή στοιχεία. Γι' αυτό και είναι σκόπιμο να αξιολογούνται κάθε φορά οι γνώσεις και οι εμπειρίες που υπάρχουν.

στ. Υπάρχουσες στάσεις-συμπεριφορές: Οι στάσεις - συμπεριφορές του πληθυσμού που σχετίζονται με το αντικείμενο του προγράμματος, είναι πολύ βασικά δεδομένα για το σωστό σχεδιασμό του. Υπάρχουν πληθυσμοί που ανταποκρίνονται με ενθουσιασμό σε προγράμματα Αγωγής Υγείας, όπως είναι τα παιδιά στις μικρότερες ηλικίες, σε αντίθεση με τους εφήβους που είναι πιο επιφυλακτικοί.

ζ. Στάσεις σε εκπαιδευτικά ζητήματα: Άλλοι πληθυσμοί είναι πιο εξοικειωμένοι με ορισμένες εκπαιδευτικές μεθόδους και άλλοι με άλλες. Υπάρχουν άτομα που λόγω ιδιοσυγκρασίας δεν θέλουν να συμμετέχουν σε ομαδικές - συλλογικές διαδικασίες και προτιμούν μια απρόσωπη ενημέρωση ή επαφή με μεθόδους που δεν προϋποθέτουν τη συμμετοχή τους.

η. Εκπαιδευτικό - πνευματικό επίπεδο: Το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού - στόχου είναι καθοριστικής σημασίας για τον τρόπο σχεδιασμού της μεθοδολογίας. Ανάλογα με το εκάστοτε επίπεδο και τις εκπαιδευτικές ικανότητες πρέπει να σχεδιαστούν και οι ιδιαίτερες μέθοδοι του προγράμματος.

θ. Γενικά χαρακτηριστικά υγείας: Πολλές φορές τα προβλήματα υγείας ενός πληθυσμού καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητά του να ανταποκριθεί στις μεθόδους ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας. Ηλικιωμένοι με δυσκολία στη μετακίνηση ή ανάπηροι, δεν μπορούν να παρακολουθήσουν μια δραστηριότητα που απαιτεί τη μετακίνησή τους εκτός της οικίας τους. Μειωμένη όραση εμποδίζει το διάβασμα κειμένων, μειωμένη ακοή την παρακολούθηση μιας ομιλίας κλπ.¹⁴

1.2.3.2 Επισήμανση των αναγκών

Ο δεύτερος τομέας σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, είναι η επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού, που καλείται το πρόγραμμα να ικανοποιήσει. Η επισήμανση των αναγκών, περιλαμβάνει μια πρώτη εκτίμηση των ειδικών προβλημάτων υγείας που υπάρχουν καθώς και το σχεδιασμό ειδικών ερευνών ή μεθόδων για τη συλλογή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών.

Για να σχεδιαστεί π.χ. ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τη μείωση των εργατικών ατυχημάτων, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί η πραγματική έκταση του προβλήματος. Πόσο εργατικά ατυχήματα συμβαίνουν, ποια συχνότητα παρουσιάζουν σε διάφορες κατηγορίες εργαζομένων ή σε διάφορες ηλικίες εργαζομένων, ποιες είναι οι βασικές τους αιτίες, ποιες είναι οι επιπτώσεις τους κλπ.¹⁵

Απαντήσεις σ' αυτά τα ερωτήματα μπορούν να δοθούν από διαφορετικές κάθε- φορά πηγές. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές είναι:

- α. Οι τακτικές στατιστικές σειρές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.
- β. Οι κοινωνικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν κάθε πληθυσμό.
- γ. Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν το χώρο που κινείται, ζει και εργάζεται ο κάθε πληθυσμός.
- δ. Οι σχετικές απόψεις των ειδικών για κάθε ιδιαίτερο θέμα.
- ε. Οι σχετικές απόψεις του κοινού για το πρόβλημα που το αφορά.
- στ. Οι ειδικές επιδημιολογικές έρευνες.

Σχετικά με τις επιδημιολογικές έρευνες, η σημασία τους είναι ιδιαίτερα σημαντική σ' ότι αφορά τη συλλογή νέων στοιχείων. Τόσο η περιγραφική επιδημιολογία με διάφορες μεθόδους, όπως τα ερωτηματολόγια, η επιτόπια έρευνα κλπ., όσο και η αναλυτική επιδημιολογία με τις πιο σύνθετες έρευνες (αναδρομικές, προοπτικές μελέτες και μελέτες παρέμβασης) δίνουν την επιστημονική δυνατότητα για την αξιολόγηση κάθε συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.¹⁶

Τέλος, για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη αντίληψη των αναγκών θα πρέπει να απαντηθούν τα ακόλουθα 4 ερωτήματα:

- α) Τι είδους ανάγκη είναι;
- β) Ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη;
- γ) Που βασίζεται αυτή η απόφαση;
- δ) Αποτελεί το πρόγραμμα απάντηση σ' αυτήν την ανάγκη;

15. Ε. Ζημάλης, *Ιατρική της εργασίας και του περιβάλλοντος*, Τσιμέντων Τιτάν, Αθήνα 1993, σ. 25

16. Δ. Τριχόπουλος και Α. Τριχοπούλου, *Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή*, ό.π., σ. 30

Τα ερωτήματα αυτά είναι βασικά γιατί όλες οι ανάγκες υγείας δεν είναι ίδιες. Επίσης ο χαρακτήρας των αναγκών, πολλές φορές καθορίζεται διαφορετικά, ανάλογα με το ποιοι αποφασίζουν και με το που στηρίζουν την απόφασή τους. Αλλιώς αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υπέρτασης οι γιατροί που γνωρίζουν τις επιπτώσεις της, και αλλιώς ο πληθυσμός που όσο δεν έχει συμπτώματα συχνά αδιαφορεί. Το τελευταίο ερώτημα, είναι επίσης σημαντικό, γιατί πολλές φορές ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αποτυγχάνει, επειδή ακριβώς δεν σχεδιάστηκε προσεκτικά σε αντιστοιχία με την πραγματική φύση και το μέγεθος των προβλημάτων που επεδίωκε να επιλύσει.

1.2.3.3 Καθορισμός των στόχων

Το στάδιο αυτό του σχεδιασμού, Θα πρέπει να καταγράφονται οι στόχοι που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα καθώς και μια σύντομη περιγραφή του κάθε στόχου. Όπως ήδη τονίστηκε, δεν είναι απαραίτητο κάθε πρόγραμμα να περιλαμβάνει όλους τους στόχους ούτε οι στόχοι να έχουν την ίδια σειρά ακολουθίας. Ποιοι στόχοι λοιπόν επιλέγονται και με ποια σειρά, είναι μια βασική επιλογή του σχεδιασμού.

Στη συνέχεια Θα πρέπει να περιγραφεί όσο γίνεται πιο συγκεκριμένα τι ακριβώς θα πρέπει:

- α. να γνωρίζει ο πληθυσμός - στόχος
- β. να αισθανθεί ο πληθυσμός - στόχος
- γ. να πράξει ο πληθυσμός - στόχος

Εάν για παράδειγμα, σ' ένα αντικαπνιστικό πρόγραμμα, έχει συμπεριληφθεί ο στόχος της παροχής γνώσεων, Θα πρέπει στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, να καταγραφεί συγκεκριμένα ποια νοσήματα Θα αναφερθούν ότι σχετίζονται με το κάπνισμα, σε τι βάθος θα προχωρήσει η παρουσίαση των παθολογο-φυσιολογικών μηχανισμών, τι έκταση Θα δοθεί στην παρουσίαση στατιστικών και επιδημιολογικών στοιχείων κτλ. Ανάλογη λεπτομερειακή περιγραφή των επιδιώξεων του προγράμματος Θα πρέπει να γίνει για κάθε έναν από τους στόχους που επιλέγονται.

1.2.3.4 Αποτίμηση των πόρων

Για τη διεξαγωγή του προγράμματος Αγωγής Υγείας Θα πρέπει να αποτιμηθούν οι ειδικοί πόροι που διαθέτει η κοινότητα ή ο ίδιος ο πληθυσμός - στόχος, καθώς και οι πόροι που προέρχονται από εξωτερικές πηγές. Οι πόροι χωρίζονται σε υλικούς και ανθρώπινους. Οι υλικοί πόροι περιλαμβάνουν χρήματα, εξοπλισμό, κτιριακές ευκολίες κτλ.

Στους ανθρώπινους πόρους συμπεριλαμβάνονται συνήθως οι εξής κατηγορίες:

α) Εκπαιδευτές Υγείας: Πρέπει ο σχεδιασμός να αναφέρει συγκεκριμένα πόσοι εκπαιδευτές υγείας Θα χρησιμοποιηθούν καθώς και την πείρα, τις γνώσεις, τις ικανότητες, το διαθέσιμο χρόνο κλπ., που Θα πρέπει να διαθέτουν.

β) Άλλα στελέχη: Κάθε πρόγραμμα εκτός από τους εκπαιδευτές υγείας, που φέρνουν την κύρια ευθύνη, στηρίζεται συχνά και σε άλλους επιστήμονες (γενικούς γιατρούς, επιδημιολόγους, ψυχολόγους κλπ.) καθώς και σε γραμματειακό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.

γ) Πληθυσμός - στόχος: Πολλές φορές είναι χρήσιμο, για την εκτέλεση ενός προγράμματος να αξιοποιούνται και τα άτομα από τον πληθυσμό - στόχο. Η διαδικασία αυτή, που μπορεί να είναι είτε εθελοντική είτε επ' αμοιβή, είναι σκόπιμη γιατί η συμμετοχή του κοινού πολλές φορές καλύπτει κενά και ανάγκες οργανωτικές και πρακτικές που δύσκολα θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν διαφορετικά.

δ) Άτομα που επηρεάζουν τον πληθυσμό: Στο σχεδιασμό των ανθρώπινων πόρων πρέπει να περιλαμβάνονται και όσα άτομα επηρεάζουν τον πληθυσμό - στόχο σε ότι αφορά το αντικείμενο του προγράμματος. Θα ήταν μεγάλη παράλειψη αν, για παράδειγμα, ένα πρόγραμμα διατροφής για τα παιδιά, δεν επιστράτευε τους γονείς ή τους δασκάλους, προκειμένου να περάσει τα απαραίτητα μηνύματα ή να ενισχύσει τις επιθυμητές συμπεριφορές.

Επιπρόσθετα, στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, Θα πρέπει να καταγραφούν και οι ανασταλτικές δυνάμεις ή τα διάφορα εμπόδια που υπάρχουν ή που πιθανόν να προκύψουν. Η

έλλειψη χρημάτων, η ανεπάρκεια του προσωπικού ή η αρνητική στάση ορισμένων φορέων κτλ. εάν εκτιμηθούν στα πλαίσια του σχεδιασμού, θα διευκολυνθεί η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

1.2.3.5 Περιγραφή μεθοδολογίας

Το στάδιο του σχεδιασμού της μεθοδολογίας αποτελεί ίσως το σημαντικότερο τμήμα του σχεδιασμού, γιατί από τις μεθόδους που θα επιλεγούν και από τον τρόπο που θα εφαρμοστούν, κρίνεται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος.

Η επιλογή της μεθοδολογίας πρέπει να είναι απόρροια των απαντήσεων στα 3 ακόλουθα ερωτήματα:

- α) Ποια είναι τα ενδεικνυόμενα μέσα;
- β) Ποια είναι τα πιο αποδεκτά μέσα;
- γ) Ποια είναι τα πιο οικεία μέσα;

Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση, δίνεται από τη θεωρία της Αγωγής Υγείας, όπου για κάθε στόχο, υπάρχουν ορισμένα μέσα που ενδείκνυται. Πολλές φορές, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (ηλικία, φύλλο, μορφωτικά επίπεδο κτλ.), μπορεί να καθιστούν ορισμένα από τα μέσα που προτείνει η θεωρία τελειώς ακατάλληλα. Σε παιδιά που δεν ξέρουν να διαβάζουν ακόμα, δεν έχει νόημα να μοιραστούν γραπτά κείμενα, όσο και αν η θεωρία τα προτείνει σαν κατάλληλα μέσα για την παροχή γνώσεων. Ακόμα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή των μέσων και η απάντηση στο τρίτο ερώτημα. Με ποια δηλαδή μέσα και μεθόδους, οι εκπαιδευτές υγείας, είναι πιο εξοικειωμένοι, ώστε να μπορούν να τα εφαρμόσουν με επιτυχία.

1.2.3.6 Σχεδιασμός της αξιολόγησης

Ο σχεδιασμός της αξιολόγησης ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας αποτελεί το τελευταίο στάδιο του σχεδιασμού. Η υπόθεση της αξιολόγησης αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο στη σωστή εφαρμογή κάθε προγράμματος και υπηρεσίας υγείας, γιατί είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο δίνεται η δυνατότητα να επισημανθούν τα λάθη ή οι παραλείψεις, να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες τροποποιήσεις και βελτιώσεις και κυρίως να

εκτιμηθεί κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι αρχικές επιδιώξεις και κατά πόσα επήλθαν τα προσδοκώμενα οφέλη. Σε ότι αφορά τον τρόπο αξιολόγησης, η αξιολόγηση δεν μετρά μόνο τα αποτελέσματα, που είναι το τελικό προϊόν ενός προγράμματος, αλλά και τη διαδικασία του προγράμματος καθώς και κάθε ενδιάμεσο στόχο κατά την πορεία εφαρμογής του.

Στην αξιολόγηση της διαδικασίας, αξιολογούνται οι πόροι και οι υπάρχουσες δυνατότητες, σ' ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, την υλικοτεχνική υποδομή κλπ., καθώς και οι διαδικασίες που επιλέγονται για την εφαρμογή του προγράμματος. Αν δηλαδή υπήρχαν επαρκή εποπτικά μέσα, αν τα φυλλάδια ήταν καλοτυπωμένα, εάν οι ομιλητές κράτησαν το ενδιαφέρον του ακροατηρίου κλπ.

Στην αξιολόγηση του αποτελέσματος ενός προγράμματος, ο αιώτερος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος και η βελτίωση της υγείας. Στην αξιολόγηση π.χ. ενός προγράμματος πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων¹⁷, μετράται ο βαθμός μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων μετά την εφαρμογή του προγράμματος ή το ποσοστά μείωσης των θανάτων από τροχαία. Η επιτυχία του προγράμματος δεν κρίνεται όμως από το αν επήλθε ή όχι μείωση του προβλήματος, άλλα αν η μείωση που επήλθε ήταν του μεγέθους που αναμένο-νταν και που είχε προγραμματιστεί. Γι ' αυτό, είναι απαραίτητο για τη σωστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, να υπάρχουν προκαθορισμένοι και συγκεκριμένοι στόχοι και με βάση το βαθμό επίτευξής τους να αποτιμάται: η επιτυχία του κάθε προγράμματος.

Εκτός όμως από την αξιολόγηση της μείωσης του προβλήματος, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει και τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης και όλων των ενδιάμεσων στόχων κάθε προγράμματος. Εάν π.χ. υπάρχει ο στόχος της παροχής γνώσεων, θα πρέπει να αξιολογηθεί σε ποιο βαθμό επιτεύχθηκε ο στόχος αυτός, μετρώντας πόσο αυξήθηκαν οι γνώσεις του πληθυσμού - στόχου μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Το ίδιο ισχύει και για τους υπόλοιπους στόχους της Αγωγής Υγείας.

Η αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας όσο και των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί:

- α. Από τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτο-αξιολόγηση).
- β. Από επιστήμονες ειδικευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών).

17. Εθνικό Θέμα, Χρυσός Συνοδηγός Ασφαλείας, Ιαβέρης, Ειδική Έκδοση, Προσφορά στους χρήστες της Αττικής Οδού, σ. 12

γ. Από τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνε-ται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού).

Όσον αφορά τη μεθοδολογία της αξιολόγησης, υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μεθόδων. Οι πιο συνηθισμένες και βασικές προσεγγίσεις έχουν να κάνουν με δύο κατηγορίες συγκρίσεων:

- α. Με μετρήσεις πριν την εφαρμογή του προγράμματος που συγκρίνονται με μετρήσεις μετά την εφαρμογή.
- β. Με μετρήσεις σε μια περιοχή ή σ' έναν πληθυσμό όπου δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα, που συγκρίνονται με μετρήσεις σε μια αντίστοιχη περιοχή ή πληθυσμό όπου εφαρμόζεται το υπό αξιολόγηση πρόγραμμα.¹⁸

Ο συνδυασμός αυτών των δύο προσεγγίσεων είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης.

Οι μετρήσεις και στις δύο περιπτώσεις συνήθως πραγματοποιούνται με τους εξής τρόπους:

- α. Άμεση επιτόπια παρατήρηση και καταγραφή
- β. Ειδικά ερωτηματολόγια
- γ. Ειδικές προφορικές συνεντεύξεις
- δ. Διάφορα ειδικά τεστ
- ε. Τακτικοί δείκτες (αρχεία, στατιστικές σειρές κλπ.)
- στ. Επιδημιολογικές έρευνες
- ζ. Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις

18. Προληπτική Ιατρική, <http://www.care.gr/mag/articles/2042>, σ. 1

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλέγεται εκείνος ο τρόπος αξιολόγησης ή εκείνος ο συνδυασμός διαφόρων τρόπων που να ανταποκρίνεται καλύτερα σ' αυτό που πρέπει να μετρηθεί και στα μέσα και στις δυνατότητες του εκάστοτε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

1.2.4 Μέθοδοι Επικοινωνίας

Η Αγωγή Υγείας χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Η χρησιμοποίηση κάθε φορά των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή ότι η χρησιμοποίηση περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μια μόνο μέθοδο. Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με την οποία οι εκπαιδευτές υγείας είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι, ο εμπλουτισμός της με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους πρέπει να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση.

Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες¹⁹. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης. Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού. Στις μεθόδους αυτές συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς.

19. Προαγωγή υγείας, <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubASPIS.>, σ. 27

Μέθοδοι Επικοινωνίας είναι οι εξής :

A. Διαλέξεις

Οι διαλέξεις αποτελούν μια από τις παλαιότερες και πιο προσφιλείς μεθόδους διδασκαλίας. Στο παρελθόν, οι διαλέξεις μαζί με τα έντυπα ήταν σχεδόν οι μοναδικές μέθοδοι υγειονομικής διαφώτισης. Σήμερα, στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας, συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο. Η ευρεία τους χρήση οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη μέθοδος, οικονομική, προσαρμόσιμη και πρακτική. Οι διαλέξεις χρησιμεύουν στη μετάδοση πληροφοριών, ευαισθητοποιούν και προβληματίζουν, προσφέρονται για την εισαγωγή ευρύτερων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, στην επεξήγηση πιο σύνθετων τεχνικών και μεθόδων και αποτελούν συχνά τη μόνη λύση, όταν το κοινό δεν είναι σε θέση να αξιοποιήσει άλλα μέσα (π.χ. φυλλάδια σε αναλφάβητους).

Το βασικό μειονέκτημα των διαλέξεων είναι ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματική μέθοδος, όσο συχνά πιστεύεται, ακόμα και για την παροχή γνώσεων. Γι' αυτό και η κατάχρηση των διαλέξεων στα πλαίσια της παραδοσιακής σχολικής ή ακαδημαϊκής διδασκαλίας δεν εξυπηρετεί τους εκάστοτε εκπαιδευτικούς στόχους. Μελέτες αξιολόγησης έχουν καταδείξει μεν την επάρκεια των διαλέξεων στη μετάδοση συγκεκριμένων πληροφοριών, χωρίς όμως να διαπιστώνεται υπεροχή της μεθόδου έναντι άλλων μεθόδων, όπως είναι οι ομάδες συζήτησης, η εκπαιδευτική τηλεόραση, οι κινηματογραφικές ταινίες κ.ά. Άλλες μελέτες αξιολόγησης διαπίστωσαν μικρότερη αποτελεσματικότητα των διαλέξεων, όταν ο στόχος του προγράμματος είχε περισσότερο να κάνει με την αλλαγή στάσεων και την απόκτηση ειδικών ικανοτήτων και λιγότερο με τη μετάδοση γνώσεων.

Άλλα μειονεκτήματα της μεθόδου σχετίζονται με το γεγονός ότι οι διαλέξεις προάγουν τη μονόδρομη επικοινωνία εκπαιδευτή - κοινού και αναπαράγουν παραδοσιακές μορφές εκπαίδευσης που αντιστρατεύονται τη σύγχρονη φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας, καθιστώντας το κοινό παθητικό δέκτη και αντικείμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αντί για ενεργό υποκείμενο και συνδιαμορφωτή του περιεχομένου της. Για όλους αυτούς τους λόγους, οι διαλέξεις πρέπει να περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που πράγματι ενδείκνυνται και εφ' όσον είναι δυνατόν, θα πρέπει να συνδυάζονται και με άλλες μεθόδους.

Ένας σχετικά απλός τρόπος για τον εμπλουτισμό των διαλέξεων είναι η χρήση των ερωταπαντήσεων και της ευρύτερης συζήτησης. Οι ερωτήσεις του εκπαιδευτή προς το κοινό ή του κοινού προς τον εκπαιδευτή άλλοτε μπορεί να γίνονται σκόρπιες κατά τη διάρκεια της

διάλεξης και, άλλοτε σε καθορισμένο χρόνο στη μέση ή στο τέλος της διάλεξης. Ο ρόλος των ερωτήσεων και της συζήτησης που οι ερωτήσεις μπορούν να πυροδοτήσουν, συμβάλλει σημαντικά στην ενεργό συμμετοχή του κοινού και ως εκ τούτου πρέπει να αποτελούν σταθερή επιδίωξη. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, έχει Θεσπιστεί η μεικτή μέθοδος διαλέξεων - συζήτησης (lecture - discussion session), με διαπιστωμένα θετικά αποτελέσματα.

B. Ατομική Διδασκαλία

Η ατομική διδασκαλία (individual instruction) και η παροχή προσωπικών οδηγιών (counseling) έχει χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σε προγράμματα στην κοινότητα, στα πλαίσια επισκέψεων στα σπίτια. Η μέθοδος αυτή, όπως το υποδηλώνει και η ονομασία της, αποτελεί την εκπαιδευτική διαδικασία, κατά την οποία ο εκπαιδευτής βρίσκεται «πρόσωπο με πρόσωπο» με ένα μόνο εκπαιδευόμενο κάθε φορά, γι ' αυτό και αποτελεί την πλέον προσωποποιημένη απ' όλες τις μεθόδους της Αγωγής Υγείας.

Αυτό το χαρακτηριστικό κάνει τη μέθοδο της ατομικής διδασκαλίας ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα που αποτελούν τον πληθυσμό - στόχο. Οι διαφορές μπορεί να σχετίζονται με το ίδιο πρόβλημα, με ιδιαιτερότητες γενικότερου χαρακτήρα ή με δυσκολίες πρακτικής εφαρμογής ενός συλλογικού προγράμματος. Εάν, για παράδειγμα, σ' ένα πρόγραμμα κατά της παχυσαρκίας υπάρχουν ψυχογενή ή παθολογικά αίτια σε μεμονωμένες μόνο περιπτώσεις, τότε τα άτομα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο μέσα από την εξατομικευμένη επαφή και τη διαπροσωπική διδασκαλία. Το ίδιο ισχύει αν στο κοινό υπάρχουν σημαντικές γλωσσικές ιδιαιτερότητες ή μορφωτικές ανισότητες, καθώς και όταν γεωγραφικοί ή άλλου είδους φραγμοί εμποδίζουν τη συνεύρεση των εκπαιδευόμενων σ' ένα κοινό τόπο και χρόνο.

Από τις μελέτες αξιολόγησης της μεθόδου έχει διαπιστωθεί ότι η ατομική διδασκαλία είναι μικρής αποδοτικότητας από τη σκοπιά του παραγόμενου εκπαιδευτικού έργου για το σύνολο του πληθυσμού, αλλά πολύ αποτελεσματική για τον κάθε εκπαιδευόμενο. Σε ασθενείς, η ατομική διδασκαλία με τη μορφή της παροχής οδηγιών από τον γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή άλλους επαγγελματίες υγείας αποτελεί την παλαιότερη και, σύμφωνα με τη μελέτη της American Hospital Association, την πιο προσφιλή μέθοδο Αγωγής Υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα των ΗΠΑ. Στα σχολεία, η ατομική διδασκαλία έχει χρησιμοποιηθεί συχνά, για να

βοηθηθούν μαθητές με ειδικά προβλήματα εκμάθησης καθώς επίσης και για να επιταχυνθεί η εξέλιξη μαθητών με ιδιαίτερες ικανότητες.

Μια σχετικά πρόσφατη παραλλαγή της μεθόδου αποτελεί η εφαρμογή τηλεφωνικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, χάρη στα οποία οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ζητούν πληροφορίες τηλεφωνικά για ορισμένα νοσήματα, όπως ο καρκίνος ή το AIDS.

Γ. Μέσα μαζικής επικοινωνίας

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ) είναι τα κανάλια επικοινωνίας που απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Τα πιο συνήθη ΜΜΕ είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους - ανοιχτούς χώρους. Τα μέσα αυτά, εκτός από το ότι απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων που συνήθως αποτελούν μια αυτοτελή πληροφοριακή μονάδα. Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Είναι, επίσης, πολύ αποδοτικά μέσα γιατί, ενώ η παραγωγή τους είναι δαπανηρή, έχουν χαμηλό κόστος ανά μονάδα καταναλωτή (ή εκπαιδευόμενου στην περίπτωση εκπαιδευτικών μηνυμάτων). Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, που τα ΜΜΕ αποτελούν σήμερα τα κύρια διαφημιστικά και γενικότερα επικοινωνιακά μέσα. Όμως, τα ΜΜΕ, ενώ ευαισθητοποιούν και αυξάνουν τις γνώσεις του κοινού στα θέματα υγείας, δεν έχουν μεγάλη επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Σε μια κλασσική μελέτη για το ρόλο των ΜΜΕ στη δημόσια υγεία, διαπιστώθηκαν σαν βασικά οφέλη, η αύξηση των γνώσεων, η ενίσχυση των ήδη εμποδωμένων στάσεων και η αλλαγή της συμπεριφοράς, μόνο εφόσον υπήρχε μια ευνοϊκή ψυχολογική προδιάθεση. Έχει, επίσης διαπιστωθεί, ότι οι θετικές επιδράσεις που επιτυγχάνονται στη στάση και στη συμπεριφορά, είναι συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας και έχουν αποτελεσματικότητα στην πρώτη φάση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, όταν δηλαδή ένα τμήμα του πληθυσμού - στόχου είναι σχετικά ώριμο να ανταποκριθεί, χωρίς να απαιτούνται πιο σύνθετες εκπαιδευτικές μέθοδοι.

Άλλα μειονεκτήματα των ΜΜΕ είναι ότι απαιτούν πριν από τη χρήση τους μελέτη της αγοράς, που είναι συνήθως χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς και ειδικευμένο προσωπικό και μελετημένη προετοιμασία. Ακόμα, τα ΜΜΕ, όταν προβάλλουν ένα θέμα υγείας, προκαλούν μερικές φορές αντιδράσεις ή/και αντίθετα αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι το κοινό πολλές φορές εκτίθεται στα σχετικά μηνύματα χωρίς τη

δική του εκλογή και συγκατάθεση και συνεπώς μπορεί να βρίσκεται σε αρνητική και απορριπτική διάθεση. Άλλοτε πάλι, όταν τα ΜΜΕ καταπιάνονται με μια αντικοινωνική συμπεριφορά (βία, ναρκωτικά κ.ά.), μερικές φορές βοηθούν στη διάδοσή της σε ευρύτερα στρώματα επειδή μπορεί να λειτουργήσει σαν αντιπρότυπο που έλκει ορισμένες κατηγορίες νέων.

Το ραδιόφωνο έχει επίσης ένα μαζικό κοινό, αλλά σε αντίθεση με την τηλεόραση είναι πολύ πιο επιλεκτικό μέσο που προσαρμόζεται εύκολα σε κάθε τοπικό κοινό. Το κόστος ανά μονάδα χρόνου για το ραδιόφωνο είναι ιδιαίτερα μικρό, ενώ η αποτελεσματικότητά του είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι εφημερίδες είναι ακόμα πιο εκλεκτικό μέσο επικοινωνίας που αντιστοιχεί σε διάφορα μεγέθη πληθυσμού, από τοπικό μέχρι και διεθνές και που διαθέτει ισχυρούς δεσμούς με το αναγνωστικό κοινό. Το κοινό των εφημερίδων τις εμπιστεύεται κατά κανόνα περισσότερο από τα άλλα ΜΜΕ. Τα περιοδικά είναι τα πιο επιλεκτικά μέσα, μια και απευθύνονται σε πολύ πιο ειδικό κοινό. Η αναγνωσιμότητά τους αυξάνει με το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο του αναγνωστικού κοινού, γι' αυτό και είναι πιο αποτελεσματικά μέσα στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η διαφήμιση σε ανοικτούς χώρους θεωρείται η παλαιότερη μέθοδος μαζικής επικοινωνίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να φτάσει το μήνυμα σ' ένα πλατύ μη διαφοροποιημένο κοινό ή και σε πιο ειδικούς πληθυσμούς - στόχους. Η χρήση των μέσων συγκοινωνίας για την προβολή μηνυμάτων θεωρείται πιο οικονομικός αλλά λιγότερο αποτελεσματικός τρόπος δημόσιων διαφημίσεων, μια που λιγότεροι από τους μισούς χρήστες των συγκοινωνιών τις παρατηρούν. Ένα άλλο μέσο μαζικής επικοινωνίας, είναι η ταχυδρόμηση διαφημιστικών επιστολών, οι οποίες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές αλλά και αρκετά δαπανηρές σαν μέθοδος επικοινωνίας ανά μονάδα παραλήπτη.

Με βάση όλες τις παραπάνω διαπιστώσεις, είναι φανερό πως τα ΜΜΕ μπορεί να βοηθήσουν την Αγωγή Υγείας, όχι όμως ως προς το σύνολο των στόχων της και των επιδιώξεών της. Γι' αυτό και θα πρέπει τα ΜΜΕ να αξιοποιούνται σε συνδυασμό και με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους. Οι περιορισμοί όμως αυτοί, δεν θα πρέπει να αποτελέσουν εμπόδιο για την παραπέρα εξάπλωση της χρήσης των ΜΜΕ στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, η οποία παραμένει περιορισμένη μέχρι σήμερα για οικονομικούς και τεχνικούς λόγους.

Δ. Οπτικοακουστικά μέσα

Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά (συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, slides, διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά (κασέτες, δίσκοι) και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο (ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο, οπτικοί δίσκοι κ.ά.).

Τα οπτικοακουστικά μέσα μοιάζουν ως προς ορισμένα τους χαρακτηριστικά με τα ΜΜΕ, έχουν όμως και σημαντικές διαφορές. Απευθύνονται συνήθως σ' ένα πιο περιορισμένο κοινό, όπως είναι οι μαθητές μιας τάξης, οι ασθενείς μιας νοσηλευτικής μονάδας, οι εργαζόμενοι σ' ένα εργοστάσιο. Δεν επαρκούν από μόνα τους σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας, ακόμα και για την παροχή γνώσεων, γι' αυτό και χρησιμοποιούνται πάντα συμπληρωματικά με άλλες βασικές μεθόδους (διαλέξεις, δουλειά σε ομάδες, ειδικά παιχνίδια κ.ά.). Τα εκπαιδευτικά συγγράμματα πλεονεκτούν ως προς την ποσότητα των πληροφοριών και των γνώσεων που παρέχουν, μειονεκτούν όμως στο γεγονός ότι το επίπεδό τους είναι συνήθως υψηλότερο από το επίπεδο του κοινού που τα χρησιμοποιεί και παραμένει αμετάβλητο σε σχέση με το κοινό που συνέχεια μεταβάλλεται και εξελίσσεται. Πρόβλημα τέλος, δημιουργούν και οι διαφοροποιήσεις περιεχομένου και γραφής που παρατηρούνται ανάμεσα στα διάφορα συγγράμματα που απευθύνονται στο ίδιο κοινό.

Το ίδιο πρόβλημα αναντιστοιχίας εκπαιδευτικού μέσου και κοινού, έχει παρατηρηθεί και για άλλα έντυπα μέσα, όπως είναι τα φυλλάδια και οι προκηρύξεις. Άλλα μειονεκτήματα των μέσων αυτών, είναι ότι καταστρέφονται εύκολα, προϋποθέτουν εκδοτικές δυνατότητες, απαιτούν δοκιμαστική εφαρμογή πριν από τη μαζική τους χρήση και εύκολα παραβλέπονται από το κοινό. Στα πλεονεκτήματά τους συγκαταλέγεται το γεγονός ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατ' ιδίαν για αυτοεκπαίδευση, η χρήση τους μπορεί να είναι συνεχής, διακινούνται με ευχέρεια από χέρι σε χέρι, παράγονται και αναπαράγονται σχετικά εύκολα και οικονομικά.

Οι αφίσες και οι χάρτες βοηθούν στην πρόκληση ισχυρών εντυπώσεων που ευαισθητοποιούν το κοινό, δίνουν χρήσιμες παραπεμπτικές πληροφορίες (π.χ. το πού και πότε θα γίνει μια διάλεξη) και είναι σχετικά οικονομικά μέσα. Μειονεκτούν στο ότι καταστρέφονται εύκολα, αγνοούνται όταν το κοινό τα συνηθίσει και δεν προσφέρονται για προβολή πολλαπλών ή σύνθετων μηνυμάτων.

Οι κινηματογραφικές ταινίες, είναι αποτελεσματικά μέσα για την παρουσίαση συγκεκριμένων πληροφοριών και γεγονότων και μπορούν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, ηλικιών και συνθηκών διδασκαλίας. Προσφέρονται ιδιαίτερα για την επίδειξη και κατανόηση κάποιας τεχνικής (π.χ. ανώδυνος τοκετός). Δεν προσφέρονται όμως, για κατ' ιδίαν χρήση, είναι σχετικά δύσκολη και πολυδάπανη η παραγωγή τους, τα μηχανήματα προβολής είναι ακριβά και δυσκολομετακίνητα, γι ' αυτό και η προβολή ταινιών τείνει να αντικατασταθεί από τα βίντεο.

Τα βίντεο, έχουν σχεδόν τα ίδια πλεονεκτήματα με τις ταινίες αλλά επιπλέον μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο κατ' ιδίαν, σταματούν και ξαναρχίζουν πιο εύκολα, είναι πιο οικονομική η παραγωγή τους και δεν απαιτούν πλήρη συσκότιση. Μειονεκτούν στο ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι που δεν είναι πάντα συμβατοί με τον εκάστοτε εξοπλισμό, η μικρή οθόνη προβολής τους περιορίζει το μέγεθος του κοινού, ενώ πολλές φορές η αναπαραγωγή και διακίνησή τους συναντά νομικά ή δεοντολογικά εμπόδια.

Τα slides πλεονεκτούν στην εξαιρετική αναπαραγωγή της εικόνας και των χρωμάτων, είναι σχετικά οικονομικά μέσα, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινά, είναι ευκολόχρηστα και ευκολομεταφερόμενα και με την μεταβολή της σειράς ή του αριθμού τους μπορούν να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε προγράμματος. Μειονεκτούν στο ότι είναι ευαίσθητα και χρειάζονται προφύλαξη, απαιτούν συσκότιση και δεν περιέχουν κίνηση.

Οι διαφάνειες, παράγονται εύκολα και οικονομικά, αξιοποιούνται και σαν σημειώσεις από τον ομιλητή, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινό και δεν απαιτούν απόλυτη συσκότιση. Δεν περιέχουν όμως κίνηση και φθείρονται εύκολα.

Οι πίνακες είναι ίσως το πιο οικονομικά μέσο στην κατηγορία αυτή, σβήνονται και ξαναχρησιμοποιούνται εύκολα, συμπληρώνουν τις ανάγκες μιας διάλεξης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από το ίδιο το κοινό. Στα μειονεκτήματά τους περιλαμβάνεται το μικρό μέγεθος του κοινού, η ανάγκη ευκρινούς γραφικού χαρακτήρα και η παροδική διάρκεια της χρήσης τους.

Οι κασέτες και οι δίσκοι αποτελούν τα πιο πρόσφορα μέσα για κατ' ιδίαν χρήση. Είναι σχετικά οικονομικά μέσα, σταματούν και ξεκινούν εύκολα και προσφέρονται ιδιαίτερα για την εκμάθηση ορισμένων ικανοτήτων. Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζουν αφορούν τη σχετική δύσκολη παραγωγή τους, την ακαταλληλότητά τους σε κοινό με δυσκολίες ακοής (π.χ. υπερήλικες) και βέβαια σαν ακουστικά μέσα είναι λιγότερο αποτελεσματικά απ' ότι είναι τα οπτικά μέσα.

Στο παρελθόν, τα οπτικοακουστικά μέσα και κυρίως το έντυπο υλικό και οι κινηματογραφικές ταινίες, χρησιμοποιούνταν πολύ περισσότερο από τους εκπαιδευτές υγείας απ' ό,τι σήμερα όπου κυριαρχούν τα ΜΜΕ και ορισμένες άλλες μέθοδοι, όπως η δουλειά σε ομάδες. Όμως, η χρησιμότητά τους δεν πρέπει να υποτιμηθεί, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες, όπως η εκμάθηση μιας θεραπευτικής τεχνικής, που όπως ήδη αναφέρθηκε, έχουν θετικά αποτελέσματα.

α) Εκπαιδευτική τηλεόραση

Η εκπαιδευτική τηλεόραση απευθύνεται σε μικρούς ή μεγάλους πληθυσμούς, ανάλογα με την εμβέλεια του τηλεοπτικού δικτύου. Άλλοτε αποτελεί φορέα ολοκληρωμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και άλλοτε αποσκοπεί στο να προκαλέσει το αρχικά ενδιαφέρον και την ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από ένα θέμα, πριν εφαρμοσθούν άλλες μέθοδοι Αγωγής Υγείας.

Αν εξαιρέσει κανείς την αναμφισβήτητη εξοικονόμηση χρόνου που επιτυγχάνεται χάρη στη μέθοδο αυτή, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται στο σχολικό περιβάλλον, η εκπαιδευτική τηλεόραση δεν φαίνεται να υπερέχει σαφώς άλλων μεθόδων. Σε μια ανασκόπηση μελετών αξιολόγησης, δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά αποτελεσματικότητας της εκπαιδευτικής τηλεόρασης σε σύγκριση με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους.

Η χρήση της εκπαιδευτικής τηλεόρασης από τους εκπαιδευτές υγείας είναι προς το παρόν περιορισμένη. Κλειστού κυκλώματος δίκτυα έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένα μαιευτήρια των ΗΠΑ για προγράμματα Αγωγής Υγείας που αφορούν την περιγεννητική φροντίδα.

Η έλλειψη όμως επιστημονικών στοιχείων που να αποδεικνύουν την υπεροχή της, σε συνδυασμό με το υψηλό της κόστος, δεν αφήνουν περιθώρια για να υποστηριχθεί η εξάπλωση της μεθόδου σήμερα.

Θα πρέπει όμως να μελετηθεί περισσότερο η χρήση της σε ελεγχόμενο πειραματικά περιβάλλον, ώστε να ανιχνευθούν πιθανοί τρόποι που να αυξάνουν την αποδοτικότητά της και να την καθιστούν πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική μέθοδο.

β) Προγραμματισμένη εκμάθηση

Ο όρος προγραμματισμένη εκμάθηση (programmed learning), αδόκιμος ίσως ακόμα στην ελληνική πραγματικότητα, αναφέρεται στην εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε

ειδικές μηχανές εκμάθησης, σε προγραμματισμένα τέστ και σε ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Και στις τρεις περιπτώσεις, το εκπαιδευτικό περιεχόμενο αποτελεί αντικείμενο ενός καλά σχεδιασμένου και προσεκτικά αρθρωμένου συστήματος διδασκαλίας που επιτρέπει στον εκπαιδευόμενο να ακολουθήσει το δικό του ρυθμό εκμάθησης. Σε αντίθεση με το συμπληρωματικό ρόλο άλλων εκπαιδευτικών μεθόδων, όπως των οπτικοακουστικών μέσων, η προγραμματισμένη εκμάθηση αποτελεί μια αυτόνομη μέθοδο, όπου η παρουσία του εκπαιδευτή χρειάζεται μόνο όταν υπάρχουν διευκρινιστικές ερωτήσεις από τους εκπαιδευόμενους.

Οι μηχανές εκμάθησης που πρωτοχρησιμοποίησε ο αμερικανός ψυχολόγος Skinner στη δεκαετία του '50, έχουν αντικατασταθεί από άλλες προγραμματισμένες μεθόδους διδασκαλίας που στηρίζονται σε ειδικά έντυπα, που μαζί με slides, ταινίες και κασέτες έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένα σχολικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Η πιο πρόσφατη εφαρμογή των μεθόδων αυτών συνδυάζεται με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Χάρη σε ειδικά προγράμματα μικροϋπολογιστών ή με τη χρήση τερματικών συνδεδεμένων με κεντρικό υπολογιστή, οι εκπαιδευόμενοι έχουν τη δυνατότητα να αξιοποιήσουν τις τεράστιες εκπαιδευτικές δυνατότητες της σύγχρονης ηλεκτρονικής τεχνολογίας. Μέχρι πρόσφατα οι εφαρμογές των υπολογιστών στα πλαίσια της προγραμματισμένης εκμάθησης περιορίζονταν κυρίως στους πανεπιστημιακούς χώρους αν και σύντομα προβλέπεται η εξάπλωσή τους και σε άλλους χώρους (νοσοκομεία Κέντρα Υγείας).

Τα τελευταία χρόνια μέσω των υπολογιστών, διαμορφώθηκαν καινούρια εκπαιδευτικά προϊόντα, που συνδυάζουν εικόνα, ήχο, κίνηση, κείμενο και γραφήματα. Τα προϊόντα αυτά που ανήκουν στην κατηγορία των οπτικοακουστικών πολυμέσων (multimedia), παρέχουν επίσης τη δυνατότητα της αλληλοεπίδρασης (interactivity), επιτρέποντας στον εκπαιδευόμενο να ρωτά, να εξασκείται, να βαθμολογείται και να εκπαιδεύεται σε αντικείμενα δικής του επιλογής. Οι πιο διαδεδομένες μορφές αυτών των προϊόντων είναι οι δίσκοι λέιζερ που στηρίζονται σε αναλογική τεχνολογία και οι οπτικοί δίσκοι (π.χ. CD-ROM) που στηρίζονται σε ψηφιακή τεχνολογία. Στην τελευταία κατηγορία ανήκει και ένα καινούριο προϊόν, το Compact Disc Interactive (CD-I) και μπορεί να προβάλλεται και σε απλές τηλεοράσεις.

Η προγραμματισμένη εκμάθηση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος στις περιπτώσεις όπου απαιτείται εξατομικευμένη διδασκαλία, είτε λόγω των μεγάλων διαφορών και ιδιαιτεροτήτων από άτομο σε άτομο του πληθυσμούστόχου, είτε όταν το περιεχόμενο του προγράμματος είναι εμπιστευτικού χαρακτήρα (αφροδίσια νοσήματα, αντισύλληψη κ.ά.).

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος και η πιο συχνή νόσος που προσβάλλει τις γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αναλογεί σε περισσότερους από 1/4 όλων των καρκίνων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (IARC), περισσότερες από 216.000 γυναίκες παρουσίασαν καρκίνο του μαστού στην ΕΕ το 2000, και περισσότερες από 79.000 πέθαναν από τη νόσο²⁰.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί για τις γυναίκες την πιο συχνή αιτία θανάτου μεταξύ των ηλικιών 35 και 55 ετών. Αναλυτικότερα, η νόσος αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 40-55 ετών, την πρώτη αιτία θανάτου από όλους τους καρκίνους της γυναίκας και τη δεύτερη (μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις) αιτία θανάτου στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει με την ηλικία.

20. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, Αθήνα 2004, σ. 20

Είναι σπάνιος κάτω των 25 ετών ενώ εμφανίζει συνεχή αύξηση μετά τα 30 χρόνια. Τα τρία τέταρτα των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών²¹.

Στην Ελλάδα, κάθε χρόνο πολλές γυναίκες πεθαίνουν από αυτήν την ασθένεια, με ρυθμό συνεχούς αύξησης (το 1990 και 1995 είχαμε αντίστοιχα 1.272 και 1.534 θανάτους)²². Βέβαια σε ότι αφορά την Ελλάδα, δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα και συνήθως χρησιμοποιούνται οι εκτιμήσεις του IARC από τη Λυόν, το οποίο, αξιοποιώντας δεδομένα γειτονικών χωρών και επιμέρους Ελλαδικά στοιχεία, υπολογίζει κατά προσέγγιση τα νέα περιστατικά στις 4.500 και τους θανάτους στους 1.500 ετησίως²³.

Παγκοσμίως οι αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, πλην της Ιαπωνίας, έχουν υψηλή επίπτωση (αριθμός νέων περιπτώσεων – νοσηρότητα - ανά έτος σε 100.000 γυναίκες) της νόσου, αλλά με μεγάλες διαφορές μεταξύ τους. Στην Ευρώπη, οι Δυτικές και Βόρειες χώρες έχουν υψηλότερη επίπτωση από τις χώρες της Νοτίου και Ανατολικής Ευρώπης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι 60% μεγαλύτερος στην Δυτική Ευρώπη από ότι στην Ανατολική. Το 1997 οι χώρες με την μεγαλύτερη επίπτωση ήταν οι Κάτω Χώρες (120,76), η Δανία (113,24), το Βέλγιο (116,03), η Γαλλία (109,56) και η Σουηδία (107,28), ενώ άλλες χώρες – μέρη όπως η Ελλάδα (70,64 με 4.450 νέες περιπτώσεις) και η Ισπανία (69,98) είχαν την χαμηλότερη επίπτωση. Στις περισσότερες χώρες – μέρη της ΕΕ, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού αυξάνεται ετησίως περίπου κατά 1,5%.

Οι ανισότητες στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην ΕΕ, όπου οι γυναίκες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης έχουν διπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν από αυτές της Νοτίου Ευρώπης, μπορεί να αποδοθούν σε παράγοντες κινδύνου που συνδέονται άμεσα με την κοινωνικο – οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας. Ανισότητες εξαιτίας αυτών των παραγόντων εμφανίζονται και μέσα στην ίδια χώρα: Γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές εμφανίζουν περισσότερο καρκίνο του μαστού από αυτές που ζουν σε αγροτικές περιοχές²⁴.

21. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, Α' τόμ., Αθήνα 2002, σ.59

22. Στο ίδιο

23. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία-Εκπαιδευτικό Συμβούλιο, *Διαγνωστικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις στη χειρουργική ογκολογία*, σ. 33

24. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ.20

Πίνακας 2.1

<i>ΧΩΡΕΣ</i>	<i>ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΟ ΕΤΟΣ 1997</i>
<i>Κ. Χώρες</i>	<i>120,79</i>
<i>Δανία</i>	<i>113,24</i>
<i>Βέλγιο</i>	<i>116,03</i>
<i>Γαλλία</i>	<i>109,56</i>
<i>Σουηδία</i>	<i>107,28</i>
<i>Ελλάδα</i>	<i>70,64</i>
<i>Ισπανία</i>	<i>69,98</i>

Πηγή: Ίδια έρευνα με δεδομένα από: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, Αθήνα 2004.

Πίνακας 2.2 Στοιχεία επίπτωσης και θνησιμότητας για τον καρκίνο του μαστού

<i>Καρκίνος του μαστού το 1997 (όλες οι ηλικίες)</i>				
<i>Κράτος μέλος</i>	<i>Αριθμός κρουσμάτων καρκίνου</i>	<i>Κρούσματα καρκίνου ανά 100.000</i>	<i>Αριθμός θανάτων από καρκίνο</i>	<i>Θάνατοι από καρκίνο ανά 100.000</i>
<i>Ευρωπαϊκή Ένωση</i>	<i>220836</i>	<i>97,25</i>	<i>74984</i>	<i>29,12</i>
<i>Αυστρία</i>	<i>4605</i>	<i>90,14</i>	<i>1651</i>	<i>28,81</i>
<i>Βέλγιο</i>	<i>7092</i>	<i>116,03</i>	<i>2562</i>	<i>37,28</i>
<i>Δανία</i>	<i>3535</i>	<i>113,24</i>	<i>1421</i>	<i>40,59</i>
<i>Φινλανδία</i>	<i>3171</i>	<i>102,32</i>	<i>788</i>	<i>23,22</i>
<i>Γαλλία</i>	<i>36738</i>	<i>109,56</i>	<i>10831</i>	<i>27,89</i>
<i>Γερμανία</i>	<i>50551</i>	<i>94,71</i>	<i>18374</i>	<i>30,48</i>
<i>Ελλάδα</i>	<i>4450</i>	<i>70,64</i>	<i>1512</i>	<i>21,62</i>
<i>Ιρλανδία</i>	<i>1622</i>	<i>96,34</i>	<i>634</i>	<i>35,38</i>
<i>Ιταλία</i>	<i>34629</i>	<i>93,37</i>	<i>11339</i>	<i>27,01</i>
<i>Λουξεμβούργο</i>	<i>242</i>	<i>99,67</i>	<i>78</i>	<i>27,12</i>
<i>Κάτω Χώρες</i>	<i>10524</i>	<i>120,76</i>	<i>3574</i>	<i>36,96</i>
<i>Πορτογαλία</i>	<i>4272</i>	<i>73,84</i>	<i>1561</i>	<i>24,91</i>
<i>Ισπανία</i>	<i>15906</i>	<i>69,98</i>	<i>5766</i>	<i>22,67</i>
<i>Σουηδία</i>	<i>5821</i>	<i>107,28</i>	<i>1494</i>	<i>22,88</i>
<i>Ηνωμένο Βασίλειο</i>	<i>37678</i>	<i>108,25</i>	<i>13399</i>	

Πηγή: Πρόταση σύστασης του συμβουλίου σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου 2003/0093 (CNS)

Πίνακας 2.3 Κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού-2002

	Επίπτωση			Θνησιμότητα	
	Κρούσματα	Crude rate	ASR(W)	1-χρόνος	5-χρόνος
Δανία	3879	144.2	88.7	3792	16027
Εσθονία	546	75.2	47.7	515	2042
Φιλανδία	3609	136.4	84.7	3559	15725
Ισλανδία	1162	114.9	90.0	162	712
Ιρλανδία	1874	96.2	74.9	1834	7924
Λετονία	938	72.9	44.3	922	3978
Λιθουανία	1106	57.0	38.5	1086	4700
Νορβηγία	2598	114.5	74.8	2563	11057
Σουηδία	6583	148.1	87.8	6551	29186
Ηνωμένο Βασίλειο	40928	135.5	87.2	37954	156741
Βουλγαρία	2928	73.1	46.2	2776	11118
Τσεχία	5132	97.8	58.4	4830	19006
Ουγγαρία	5411	105.0	63.0	5082	20026
Πολωνία	14358	72.7	50.3	13522	54489
Ρουμανία	7273	64.0	44.3	6883	27519
Σλοβακία	1880	67.8	48.0	1781	7053
Αλβανία	843	54.4	57.4	831	3684
Βοσνία	1622	79.2	58.9	1598	6983
Κροατία	2311	96.3	62.1	2277	9846
Ελλάδα	4543	84.4	51.6	4478	19233
Ιταλία	36634	124.2	74.4	36647	164067
Σκόπια	681	66.6	52.1	671	2941
Μάλτα	231	116.7	76.1	226	975

Προληπτική Ιατρική και Αγωγή της Υγείας

	<i>Επίπτωση</i>			<i>Θνησιμότητα</i>	
	<i>Κρούσματα</i>	<i>Crude rate</i>	<i>ASR(W)</i>	<i>1-χρόνος</i>	<i>5-χρόνος</i>
<i>Πορτογαλία</i>	<i>4309</i>	<i>82.8</i>	<i>55.5</i>	<i>4256</i>	<i>18265</i>
<i>Σερβία</i>	<i>4342</i>	<i>82.3</i>	<i>58.4</i>	<i>4277</i>	<i>18636</i>
<i>Σλοβενία</i>	<i>966</i>	<i>94.9</i>	<i>58.9</i>	<i>935</i>	<i>3868</i>
<i>Ισπανία</i>	<i>15855</i>	<i>77.8</i>	<i>50.9</i>	<i>15753</i>	<i>69993</i>
<i>Αυστρία</i>	<i>4635</i>	<i>112.7</i>	<i>70.5</i>	<i>4577</i>	<i>19840</i>
<i>Βέλγιο</i>	<i>7429</i>	<i>142.1</i>	<i>92.0</i>	<i>7382</i>	<i>32511</i>
<i>Γερμανία</i>	<i>41957</i>	<i>137.4</i>	<i>91.9</i>	<i>41988</i>	<i>188924</i>
<i>Λουξεμβούργο</i>	<i>282</i>	<i>124.3</i>	<i>82.5</i>	<i>282</i>	<i>1239</i>
<i>Σουηδία</i>	<i>4954</i>	<i>137.1</i>	<i>81.7</i>	<i>4966</i>	<i>21990</i>
<i>Ολλανδία</i>	<i>10447</i>	<i>139.9</i>	<i>86.7</i>	<i>10423</i>	<i>46039</i>
<i>Καναδάς</i>	<i>19540</i>	<i>124.0</i>	<i>84.3</i>	<i>19590</i>	<i>89439</i>
<i>Η.Π.Α.</i>	<i>209995</i>	<i>143.8</i>	<i>101.1</i>	<i>211400</i>	<i>968731</i>
<i>Ιαπωνία</i>	<i>32245</i>	<i>49.6</i>	<i>32.7</i>	<i>31651</i>	<i>146847</i>

Πηγή: Globocan 2002-International Agency on Reaserch on Cancer

Πίνακας 2.4

Έκθεση ποσοστών επί της εκατό για τα αποτελέσματα προληπτικών εξετάσεων του καρκίνου του μαστού 1996 και 2002

	Μαστογραφία		Αυτοεξέταση		Κλινική εξέταση	
	1996	2002	1996	2002	1996	2002
ΕΕ	18,8	21,0	38,8	27,7	36,9	32,0
Βέλγιο	16,5	18,8	41,2	33,6	41,0	35,3
Δανία	30,6	11,3	52,8	15,1	63,5	22,2
Γερμανία	20,8	17,2	56,3	49,0	46,3	39,1
Ελλάδα	11,9	13,0	21,4	17,0	31,9	27,9
Ισπανία	18,7	20,5	29,9	18,8	27,2	25,4
Γαλλία	18,2	23,4	46,8	26,9	53,2	38,8
Ιρλανδία	4,5	9,7	15,6	24,9	15,7	16,4
Ιταλία	15,0	25,7	28,0	25,3	29,0	29,1
Λουξεμβούργο	27,1	30,4	51,6	54,4	42,3	57,9
Ολλανδία	18,2	25,8	27,9	11,4	26,4	16,3
Αυστρία	28,4	37,1	52,7	45,8	50,2	54,6
Πορτογαλία	17,9	33,0	24,8	27,7	22,3	19,2
Φιλανδία	17,5	22,9	37,2	25,9	40,4	38,2
Σουηδία	27,5	24,2	33,1	11,2	28,7	28,4
Αγγλία	12,3	12,7	23,2	17,7	31,4	30,4

Πηγή: Eurobarometer 43.0 and 59.0

2.2 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος. Οι περισσότεροι από τους μείζονες παράγοντες κινδύνου που έχουν επισημανθεί δεν μπορούν επηρεαστούν (τροποποιηθούν), γι' αυτό και η πρωτογενής πρόληψη σε αυτόν τον τύπο καρκίνου είναι λιγότερη σημαντική σε σχέση με τη δευτερογενή (την έγκαιρη διάγνωση)²⁵.

Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- Φύλο: είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου, καθώς ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι 100πλάσιος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Αν η νόσος εμφανισθεί σε άνδρα πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα γενετικής προδιάθεσης.
- Ηλικία: η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνει με την ηλικία. Υπολογίζεται ότι το 80% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες άνω των 50 ετών.

Πίνακας 2.5

<i>Πιθανότητα μιας γυναίκας να διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού ανάλογα με την ηλικία</i>		
30-39 ετών	0,44%	1 στις 229
40-49 ετών	1,46%	1 στις 68
50-59 ετών	2,73%	1 στις 37
60-69 ετών	3,82%	1 στις 26

Ίδια έρευνα με δεδομένα από Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, *Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού*. <http://www.mednet.gr/archives/1999-6/574.html>, σ.1

25. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία-Εκπαιδευτικό Συμβούλιο, *Διαγνωστικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις στη χειρουργική ογκολογία*. σ. 34

- Γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες: περίπου το 95% των καρκίνων του μαστού είναι σποραδικοί. Το 15% εκδηλώνονται σε γυναίκες στις οικογένειες των οποίων υπάρχουν και άλλα μέρη που πάσχουν από τη νόσο. Μόνο στο 5-8% περίπου των περιπτώσεων ο καρκίνος του μαστού που οφείλεται σε κληρονομούμενες μεταλλάξεις υψηλής διεισδυτικότητας γονιδίων.
Γυναίκες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού, με βάση το οικογενειακό ιστορικό, είναι όσες αναφέρουν ότι:
 - Έναν οι περισσότεροι συγγενείς 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού που εμφάνισε ΚΜ σε νεαρή ηλικία (μικρότερη των 40-50 ετών πριν την εμμηνόπαυση).
 - ΚΜ και ένα δεύτερο πρωτοπαθή καρκίνο (ιδιαίτερα των ωοθηκών) σε ένα συγγενή 1^{ου} βαθμού.
 - ΚΜ σε άρρενα συγγενή πρώτου βαθμού.
 - Δύο ή περισσότερους συγγενείς που εμφάνισαν ΚΜ σε οποιαδήποτε ηλικία
- Ιστολογικοί παράγοντες κινδύνου: αυξημένος κίνδυνος υφίσταται όταν σε προηγούμενη βιοψία του μαστού έχε τεθεί η διάγνωση διηθητικού καρκίνου ή μη διηθητικού καρκίνου ή άτυπης βιοψίας.
- Ακτινοθεραπεία στο άνω μέρος του κορμού: ο μαστός είναι ένα ακτινοευαίσθητο όργανο, ιδίως σε νεαρή ηλικία. Δέκα με δεκαπέντε έτη, περίπου, μετά από ακτινοθεραπεία στον κορμό νεαρών γυναικών ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται σημαντικά.
- Αναπαραγωγικό ιστορικό: ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει στις περιπτώσεις: εμμηναρχής πριν από την ηλικία των 12 ετών και εμμηνόπαυσης μετά από την ηλικία των 55 ετών, ατεκνίας, πρώτης τελειόμηνης τεκνοποίησης μετά από την ηλικία των 30 ετών
- Μετεμμηνοπαυσιακή χρήση ορμονών
- Βάρος σώματος (παχυσαρκία): ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται στις παχύσαρκες γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (είναι σαφώς λιγότερος προεμμηνοπαυσιακά. Ο αυξημένος κίνδυνος οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων σε αυτές τις γυναίκες. Οι πιθανότητες μιας γυναίκας να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού αυξάνονται κατά 20% όταν είναι παχύσαρκη. Οι γιατροί από το πανεπιστήμιο της

Οξφόρδης εξέτασαν τη σχέση που υπήρχε μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), των επιπέδων των γυναικείων ορμονών και του κινδύνου για καρκίνο του μαστού σε 3.000 γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Ο ΔΜΣ υπολογίζεται σαν το πηλίκο του βάρους σώματος (B) με μονάδα μέτρησης σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους (Y) με μονάδα μέτρησης σε μέτρα στο τετράγωνο. Δηλαδή $\Delta\text{Μ}\Sigma = B/Y^2$. Με βάση το ΔΜΣ, γίνεται ο διαχωρισμός μεταξύ ατόμων κανονικού βάρους, υπέρβαρων και παχύσαρκων ως εξής:

- Κανονικός: ΔΜΣ μεταξύ 18,5 και 24,9
- Υπέρβαρος: ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9
- Παχύσαρκος: ΔΜΣ μεταξύ 30 και 35 και πιο πάνω

Οι γυναίκες που είχαν ΔΜΣ ίσο με 30 είχαν 18% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με εκείνες που είχαν ΔΜΣ ίσο με 25²⁶.

- Κατανάλωση αλκοόλ
- Γεωγραφικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες: φαίνεται ότι υπάρχει μια διαφορά στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Η συχνότητα του είναι υψηλή στη Βόρεια Αμερική και Βόρεια Ευρώπη, μέτρια στη Νότια Ευρώπη και Λατινική Αμερική και χαμηλή στην Ιαπωνία και Αφρική. Αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού ανάμεσα σε λαούς που μεταναστεύουν δείχνουν ότι το περιβάλλον παίζει ενδεχομένως ένα μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξή του. Για παράδειγμα, Γιαπωνέζες πρώτης, δεύτερης και τρίτης γενιάς που ζουν στις ΗΠΑ εμφανίζουν ένα συνεχώς αυξανόμενο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, που πλησιάζει αυτό των Αμερικανίδων²⁷.

26. Ορμόνες που προκαλούν καρκίνο και η παχυσαρκία, http://medlook.net.cy/article.asp?item_id=1120, σ. 1

27. Επιδημιολογία, <http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio2/kefalaio25.htm>, σ. 3

2.3 Πρόληψη και Αγωγή Υγείας του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αν και είναι ο συχνότερος σε εμφάνιση, είναι ιάσιμος εφόσον διαγνωσθεί εγκαίρως. Αυτό όμως άρχισε να το συνειδητοποιεί ο κόσμος τα τελευταία χρόνια. Παλιότερα όλα τα κράτη δαπανούσαν τεράστια χρηματικά ποσά για τη θεραπεία και την έρευνα όσον αφορά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού²⁸.

Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, η θνησιμότητα τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επηρεαστεί. Ο βασικός λόγος αυτής της «αποτυχίας» θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον ίαση στην ασθενή.

Για παράδειγμα κάθε έτος διαγιγνώσκονται περίπου 220.000 περιπτώσεις Ευρωπαίων γυναικών με καρκίνο του μαστού και 75.000 γυναίκες χάνουν τη ζωή τους λόγω της αιτίας αυτής. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ωστόσο, θα μπορούσαν να σωθούν περίπου 25.000 γυναίκες εάν εφαρμόζονταν ορθές πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου σε όλες τις γυναίκες στην ΕΕ²⁹.

Δυστυχώς στην πραγματικότητα ο περισσότερος κόσμος δεν κάνει προληπτικές εξετάσεις όσο συχνά θα έπρεπε. Κάθε χρόνο παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων κατά 3-4%, ενώ οι γυναίκες είναι ανυπεράσπιστες απέναντι στον καρκίνο του μαστού λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης που φτάνει σε ποσοστό 76%. Βασικός σκοπός λοιπόν των κυβερνήσεων και του ιατρικού κλάδου πρέπει να είναι η σωστή ενημέρωση για την πρόληψη και έγκαιρη ενημέρωση³⁰.

28. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, ό.π., σ.59

29. Άσκηση εναντίον του καρκίνου, <http://tovima.dolnet.gr>, σ. 1

30. Πρόληψη του καρκίνου του μαστού, http://iatronet.gr/article.sp?art_id=957, σ. 1

2.4 Προβλήματα στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

- Οι στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού απλώς ενισχύουν την πιθανότητα και όχι την βεβαιότητα της έγκαιρης πρόληψης.
- Υπάρχει έντονος σκεπτικισμός ως προς τα προσδοκώμενα οφέλη. Η γενικευμένη χρήση προληπτικών ελέγχων αυξάνει όχι μόνο άμεσα αλλά και έμμεσα και μακροπρόθεσμα το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών αφού δημιουργεί μια ομάδα ανθρώπων οι οποίοι απαιτούν συχνή συστηματική ιατρική παρακολούθηση, αρχίζουν νωρίτερα τη θεραπεία και μέχρι τώρα δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι το κόστος αυτό αντισταθμίζεται από κάποιο όφελος για το κοινωνικό σύνολο.
- Υπάρχει μεγάλη χρονική απόσταση μεταξύ της διενέργειας των ελέγχων και των πιθανών ωφελειών που θα προκύψουν. Αυτό δημιουργεί σημαντική δυσκολία στην οικονομική κυρίως αξιολόγηση της πρόληψης του καρκίνου του μαστού αφού τα αποτελέσματα της προληπτικής ιατρικής σε αντίθεση με την θεραπευτική δεν εμφανίζονται άμεσα αλλά με το πέρασμα πολλών ετών.

3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1 Μέθοδοι πληθυσμιακού ελέγχου

3.1.1 Αυτοεξέταση του μαστού

Με τον όρο αυτοεξέταση εννοούμε την τακτική και συστηματική εξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα, σύμφωνα με την ειδική εκπαίδευση που έχει υποστεί γι' αυτό το σκοπό.³¹

Η σποραδική, χωρίς μέθοδο, παρατήρηση ή ψηλάφηση των μαστών δεν είναι αυτοεξέταση. Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από την γυναίκα μια φορά το μήνα, μετά την ηλικία των είκοσι ετών, με σκοπό την εξοικείωσή της με την μορφή και τη σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε μορφολογικής ανωμαλίας το γρηγορότερο δυνατό. Η αυτοεξέταση του μαστού είναι απλή, ανώδυνος, ανέξοδος και σώζει ζωές. Το 80-90% από όλες τις βλάβες του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες.³² Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως του 1,2 εκ. ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ, ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 εκ.³³ Επομένως η αυτοεξέταση είναι μια σημαντική μέθοδος για πρόωμη διερεύνηση του καρκίνου του μαστού, δεν έχει όμως μέχρι τώρα αποδειχθεί σε έρευνες που έγιναν ότι μπορεί να ελέγξει την θνησιμότητα.

31. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 34

32. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, ό.π., σ. 345

33. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, ό.π., σ. 60

Η αυτοεξέταση τω μαστών προτάθηκε ως μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού πριν από 70 περίπου χρόνια. Το βασικό σκεπτικό ήταν πως, αφού οι περισσότερες γυναίκες ανακαλύπτουν οι ίδιες την ύπαρξη του καρκίνου στο μαστό τους, θα ήταν καλύτερα η κάθε γυναίκα να μάθει πώς να εξετάζει σωστά το μαστό της, έτσι ώστε να μπορεί να ανακαλύπτει τον καρκίνο σε όσο το δυνατό πιο αρχικό στάδιο. Αυτό το σκεπτικό το ενίσχυσαν κάποιες μελέτες που έγιναν στη συνέχεια, και έδειξαν ότι οι όγκοι που ανακάλυπταν οι γυναίκες με την αυτοεξέταση ήταν όντως μικρότερου μεγέθους.³⁴

Πρόσφατα όμως η αποτελεσματικότητα της εξέτασης αμφισβητήθηκε έντονα, καθώς ορισμένες μελέτες έδειξαν να μην ελαττώνεται η θνητότητα από καρκίνο του μαστού σε όσες γυναίκες έκαναν αυτοεξέταση. Όπως ήταν φυσικό διεξήχθη στη συνέχεια ένας έντονος διάλογος, με αλληλοσυγκρουόμενες θέσεις και απόψεις για την αξία της αυτοεξέτασης. Μια επανειλημμένη κριτική είναι η έλλειψη ηλεγμένων τυχαιοποιημένων μελλοντικών μελετών που εδραιώνουν την αποτελεσματικότητα της αυτοεξέτασης στον περιορισμό της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού. Οι μελέτες που μετρούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας μετά από έλεγχο με αυτοεξέταση ήταν αναδρομικές ή περιγραφικές στο σχεδιασμό. Πολλά αναδρομικά δεδομένα προήλθαν από γυναίκες οι οποίες ανέπτυξαν καρκίνο μαστού.

Η πιο πρόσφατη και ευρέως αναφερθείσα μελέτη για την υποστήριξη της άποψης ότι η κανονική αυτοεξέταση βελτιώνει την επιβίωση διεξήχθη από τον Foster και συνεργάτες στην οποία αυτή ερεύνησαν τη σχέση της BSE με την επιβίωση σε 1,004 προσφάτως διαγνωσμένους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η επιβίωση ανά 5 έτη ήταν το 75% για γυναίκες οι οποίες έκαναν την αυτοεξέταση έναντι 57% για εκείνες που δεν είχαν κάνει. Επιπροσθέτως αυτοί βρήκαν ότι το 90% των γυναικών που έκαναν αυτοεξέταση ανακάλυψαν τον καρκίνο τους και ότι το 50% των αλλοιώσεων ήταν < 2 cm σε διάμετρο όταν διαγνώστηκαν. Αντίθετα το 54% των γυναικών οι οποίες δεν έκανα αυτοεξέταση δυστυχώς ανακάλυψαν τον καρκίνο τους τυχαία.

34. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 34

Η μελέτη της USSR/WHO έδειξε περίπου την ίδια θνησιμότητα για τον καρκίνο του μαστού ανάμεσα σε μια ομάδα εκπαιδευμένη στην αυτοεξέταση και σε μια ομάδα ελέγχου. Ωστόσο η συναίνεση στην αυτοεξέταση ήταν μόνο 18% στο τέταρτο έτος της μελέτης.

Στις πιο πρόσφατα ανακοινωμένες τυχαιοποιημένες μελέτες της Σανγκάι, πάνω από 260.000 γυναίκες επιλέγηκαν τυχαία για μια ομάδα εκπαιδευόμενη στην αυτοεξέταση και μια εκπαιδευόμενη ομάδα ελέγχου σε πρόληψη πόνου της ράχης. Για 5 χρόνια δεν υπήρχε διαφορά στους ρυθμούς θνησιμότητας για καρκίνο του μαστού ανάμεσα στις δυο ομάδες. Ωστόσο περισσότερες καλοήθειες ανωμαλίες αναγνωρίστηκαν στην ομάδα αυτοεξέτασης. Υπήρξαν πολλές δυσκολίες στην διεξαγωγή της μελέτης και οι συγγραφείς κατέληξαν ότι τα δεδομένα ήταν ανεπαρκή για να συστήσουν ή όχι την εκπαίδευση των γυναικών στην αυτοεξέταση του μαστού.²⁶

Παρ' όλα αυτά οι περισσότερες αντικαρκινικές εταιρείες και οργανώσεις συνεχίζουν να συνιστούν την αυτοεξέταση. Την θεωρούν μια χρήσιμη τακτική που δεν πρέπει να εγκαταλειφθεί. Αρκετές μελέτες περιπτώσεων έδειξαν μεγαλύτερους ρυθμούς δετούς επιβίωσης για τις γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση σε σχέση με αυτές που δεν κάνουν.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία εκτιμά ότι οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν τον μαστό τους και επομένως θα πρέπει να μάθουν πώς να το εξετάζουν σωστά. Αν και η αυτοεξέταση δεν είναι ευαίσθητη στο να ανιχνεύσει μικρές πρώιμες βλάβες, η παρεμπόδιση των τοπικά προχωρημένων όγκων είναι πιθανό πλεονέκτημα. Η αυτοεξέταση του μαστού δεν πρέπει να είναι ο πρωταρχικός στόχος ενός προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου λόγω της χαμηλής ευαισθησίας της στους μικρούς όγκους, αλλά μπορεί να ενσωματωθεί σε ένα περιεκτικό πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου που περιλαμβάνει την κλινική εξέταση και την μαστογραφία.

Επίσης ο τακτικός έλεγχος των μαστών με αυτοεξέταση μπορεί να φανεί χρήσιμος σε περιπτώσεις όπως η ανακάλυψη των ενδιάμεσων καρκίνων, δηλαδή των καρκίνων που εμφανίζονται στο μεσοδιάστημα μεταξύ δύο μαστογραφικών προληπτικών ελέγχων

35. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 25

3.1.2 Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται από ειδικό ιατρό που θα γνωρίζει εκτός από την ψηλάφηση, την αντιμετώπιση που χρειάζεται κάθε περιστατικό. Είναι ικανή να ανιχνεύσει τον όγκο σε μέγεθος 1εκ. δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μόνη της σαν μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου. Δεν έχει επίδραση στον έλεγχο της θνησιμότητας.³⁶

Αν και η μαστογραφία έχει δείξει να μειώνει την θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού σε πρώιμη ανίχνευση, ο αντίκτυπος της κλινικής εξέτασης στην μείωση αυτή δεν είναι σαφής. Η κλινική εξέταση έχει συμπεριληφθεί μαζί με τη μαστογραφία σε μερικές από τις τυχαιοποιημένες μελέτες. Ωστόσο δεν ήταν το τμήμα των Σουηδικών μελετών πληθυσμιακού ελέγχου στο οποίο παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη μείωση θνησιμότητας. Ο διαχωρισμός της σχετικής κατανομής της κλινικής εξέτασης από την μείωση της θνησιμότητας είναι δύσκολος. Όπως η μαστογραφία βελτιώθηκε με τον καιρό, έτσι και οι αριθμοί των καρκίνων που ανιχνεύονται με την κλινική εξέταση –οι οποίοι είναι μαστογραφικά ασαφείς-έχουν ελαττωθεί. Στην BCDDP μελέτη το 40% των καρκίνων ανιχνεύτηκε μόνο με τη μαστογραφία και μόνο το 9% με ιατρική εξέταση. Γενικά το 90% των καρκίνων που ανιχνεύτηκαν ήταν ορατοί μαστογραφικά, συγκρινόμενο με μόνο το 50% στη μελέτη της HIP.

Σε σύγκριση με τη μελέτη της HIP, οι πιο εντυπωσιακές διαφορές παρατηρήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 40-49 ετών. Στην μελέτη της HIP το 25% των καρκίνων σε αυτήν την ομάδα ανιχνεύτηκε μόνο με μαστογραφία σε σχέση με το 40% της μελέτης της BCDDP. Στα σύγχρονα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου που ανακοινώθηκαν στη συναινετική συνάντηση το 1997, ο ρυθμός των ψευδώς-αρνητικών για τη μαστογραφία ήταν 13% έως 15% για τις γυναίκες 49-49 ετών σε σχέση με το 7% έως το 12% στις γυναίκες άνω των 50 ετών. Η Καναδική Εθνική Μελέτη Πληθυσμιακού Ελέγχου του Μαστού έδειξε ότι ο συνδυασμός των κλινικών εξετάσεων και της μαστογραφίας, αυξάνουν την ευαισθησία του πληθυσμιακού ελέγχου σε σχέση με την κάθε εξέταση μόνη της. Για τις γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, το 23,5% των καρκίνων ανιχνεύτηκε με μόνο κλινική εξέταση μαστού, το 40% με μόνο μαστογραφία και το 36% και με τις δύο τεχνικές.

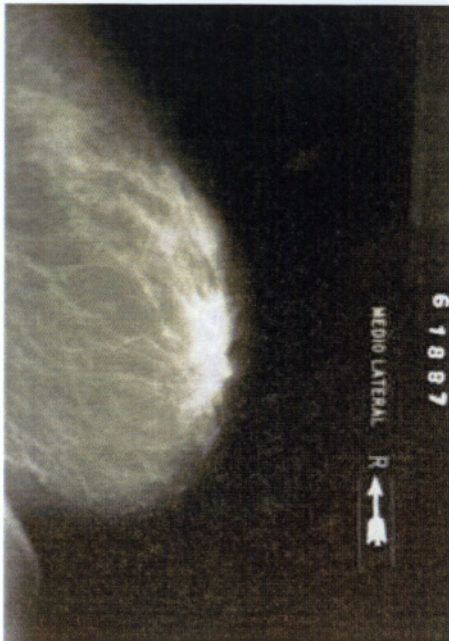
36. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, ό.π., σ. 60

Για τις γυναίκες ηλικίας 50-59 ετών, οι καρκίνοι που ανιχνεύτηκαν με μόνο την κλινική εξέταση ανέρχονται στο 12% των περιπτώσεων και με μόνο την μαστογραφία στο 53%.

Έτσι η κλινική εξέταση μπορεί να ανιχνεύσει καρκίνους που δεν είναι εμφανείς στην μαστογραφία, και αν και η αναλογία των ασαφών μαστογραφικά καρκίνων ελαττώνεται, η προσθήκη της κλινικής εξέτασης στ πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου μπορεί να μειώσει την απώλεια των καρκίνων στον έλεγχο αυτό. Ωστόσο η κλινική εξέταση δεν είναι τόσο αποτελεσματική εάν ο ίδιος ο εξεταστής δεν είναι εκπαιδευμένος. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ιατροί συχνά πιστεύουν ότι η εκπαίδευσή τους δεν είναι επαρκής στο πεδίο της κλινικής εξέτασης του μαστού. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων στην εξέταση του μαστού είναι κρίσιμη για την επιτυχή ανίχνευση ανωμαλιών και γι' αυτό απαιτεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση των ιατρών.³⁷

37. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 24

3.1.3 Μαστογραφία



Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας. Αποτελεί σήμερα την μοναδική εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 χιλιοστών, με συνέπεια την ελάττωση της θνητότητας και της θνησιμότητας.³⁸

Είναι εξέταση απλή, ανώδυνος, ακίνδυνος και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες. Αποτελεί τη βασική απεικονιστική εξέταση και πραγματοποιείται είτε στο πλαίσιο διερεύνησης ενός κλινικού ευρήματος ή συμπτώματος (διαγνωστική μαστογραφία) είτε στο πλαίσιο προληπτικού ελέγχου, πληθυσμιακού ή ατομικού (προληπτική μαστογραφία).

Η μαστογραφία δεν συστήνεται για γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 35 ετών, εκτός αν υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία καρκινώματος. Σε ότι αφορά τον προληπτικό (προσυμπτωματικό) έλεγχο με μαστογραφία, αυτός συνίσταται να αρχίζει από την ηλικία των 40 ετών και να συνεχίζει έως την ηλικία που η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να έχει θετική επίπτωση στο προσδόκιμο επιβίωσης των εξεταζόμενων.

38. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, ό.π., σ. 60

Η μαστογραφία πληρεί τις προδιαγραφές του πληθυσμιακού ελέγχου, εφαρμόζεται γρήγορα ανώδυνα και με χαμηλό κόστος και αποτελεί την εξέταση εκλογής. Δεδομένου ότι στη διεργασία πληθυσμιακού ελέγχου προσκαλούνται «υγιείς» γυναίκες για αν υποβληθούν σε μια εξέταση που στοχεύει στον προσδιορισμό κακοήθους νόσου, είναι σημαντικό τόσο η ευαισθησία όσο και η εξειδίκευση της δοκιμασίας να είναι υψηλές. Αποδείχθηκε ότι και οι δύο αυτές παράμετροι είναι πράγματι υψηλές στον πληθυσμιακό έλεγχο με μαστογραφία, με την προϋπόθεση ότι πραγματοποιούνται από καλά εκπαιδευμένο, έμπειρο προσωπικό το οποίο χρησιμοποιεί εξοπλισμό υψηλής ποιότητας. Από μόνη της όμως δεν μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη καρκίνου στο μαστό, γι' αυτό και πρέπει να πραγματοποιείται στο πλαίσιο της τριπλής εξέτασης (τεστ).

Στον πληθυσμιακό προληπτικό έλεγχο (screening) στις περισσότερες χώρες καλούνται να συμμετάσχουν γυναίκες ηλικίας από 50-65 ετών. Ο προληπτικός ακτινολογικός έλεγχος μπορεί να ξεκινήσει σε νεότερη ηλικία (δηλ. πριν από την ηλικία των 40 ετών) σε γυναίκες με γενετική προδιάθεση ή με οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Η έναρξη του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία από τα 35 έτη για όλες ανεξαιρέτως τις γυναίκες δεν συστήνεται από τις έγκυρες επιστημονικές εταιρείες και υπηρεσίες υγείας.

Το συνιστώμενο μεσοδιάστημα μεταξύ της εκτέλεσης δυο προληπτικών μαστογραφιών δεν είναι το ίδιο στις διάφορες χώρες και στις προτάσεις των διαφόρων εταιρειών και υγειονομικών αρχών. Ο ετήσιος έλεγχος σε γυναίκες ηλικία 40 έως 50 ετών ανταποκρίνεται καλύτερα στο μικρότερο χρόνο διπλασιασμού των καρκίνων αυτής της ηλικίας και φάνηκε ότι μειώνει τους ενδιάμεσους καρκίνους. Όμως η μείωση της θνησιμότητας είναι μικρότερη εκείνης που επιτυγχάνει ο ανά διετία προληπτικός πληθυσμιακό έλεγχος στις γυναίκες άνω των 50 ετών (έως 35%). Τα δε αποτελέσματα του ανά τριετία ελέγχου που προσφέρεται από το αγγλικό ΕΣΥ, παρόλο ότι συχνά δεν αναφέρονται, υπήρξαν εξίσου σημαντικά.

Σε κάθε περίπτωση, για να υπάρχει επιτυχία στο πληθυσμιακό έλεγχο θα πρέπει να υποβάλλεται σε αυτόν τουλάχιστον το 70% των προσκληθέντων γυναικών.

3.2 Μελέτες που αφορούν τον πληθυσμιακό έλεγχο

Ο πληθυσμιακός έλεγχος για το καρκίνο του μαστού με μαστογραφία έχει μελετηθεί σε έναν αριθμό ελεγχόμενων δοκιμών. Κάποιες από αυτές τις μελέτες αναφέρονται παρακάτω:

- Στα μέσα της δεκαετίας του 70 δημοσιεύθηκε η μελέτη της HIP, και έδειξε μειωμένη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού στην ελεγχθείσα ομάδα κατά 30%.
- Τα αποτελέσματα από την μελέτη δύο επαρχιών της Σουηδίας, διαφορετικά σχεδιασμένων, δηλαδή χωρίς κλινική εξέταση και με τη χρήση μιας μόνο απεικόνισης, δημοσιεύθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1980. μια μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού κατά 31% παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα των 40-74, και μια μείωση του 39% στην ηλικιακή ομάδα των 50-69. Αυτά τα αποτελέσματα σχημάτισαν τη βάση για τις πρώτες Σουηδικές οδηγίες για τον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού .
- Στις αρχές της δεκαετίας του 90 δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα από μελέτες στην Αγγλία, στο Malmo, στην Στοκχόλμη και στον Καναδά. Όλες αυτές οι μελέτες ήταν διαφορετικές μεταξύ τους στον σχεδιασμό και στην προσέγγιση και έτσι δεν ήταν εξολοκλήρου συγκρίσιμες μεταξύ τους. Στις αρχές της δεκαετίας του 90 δημοσιεύθηκε μια ανασκόπηση των συνδυασμένων Σουηδικών τυχαιοποιημένων μελετών, και τα αποτελέσματα έδειξαν μια 27% μείωση στο ρυθμό θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού στην ομάδα μελέτης.
- Πρόσφατα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 1/3 όλων των θανάτων από καρκίνο του μαστού, μπορούν να προληφθούν από τακτικό πληθυσμιακό έλεγχο με μαστογραφία στην ηλικιακή ομάδα των 50-69, ενώ στην ομάδα 40-49 τα αποτελέσματα έδειξαν μερική επίδραση, αλλά η οικονομική αποτελεσματικότητα του πληθυσμιακού ελέγχου σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα δεν είναι ξεκάθαρη.⁴⁰

40. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 23

3.3 Στόχοι των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου

Βασικοί στόχοι των προγραμμάτων ΠΕ είναι:

- Η ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%
- Η καλύτερη ποιότητα ζωής για τη γυναίκα. (πρώιμη διάγνωση σημαίνει συντηρητική χειρουργική επέμβαση-όχι μαστεκτομή και λιγότερη χημειοθεραπεία).
- Η ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους

Τα επιστημονικά δεδομένα⁴¹ που αποδεικνύουν την πραγματικότητα αυτών των στόχων προκύπτουν από το πρόγραμμα HIP (Health Insurance Plan) που εφαρμόστηκε στην Αμερική το 1963 και που υπήρξε η πρώτη έρευνα μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου που μελέτησε την πιθανότητα ελάττωσης της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού και την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας και της κλινικής εξέτασης των μαστών. Τα αποτελέσματα υπήρξαν πολύ ενθαρρυντικά. Έδειξαν ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%.

Το Σουηδικό πρόγραμμα που άρχισε το 1977 έδειξε αντίστοιχα ελάττωση κατά 31%, και ελάττωση των Σταδίων 2 και 3 κατά 25%.

Τα αποτελέσματα δύο ερευνών στην Ολλανδία που ανακοινώθηκαν το 1984, έδειξαν μια σημαντική προστασία του γυναικείου πληθυσμού που υπεβλήθη σε μαστογραφικό έλεγχο.

Στην Ολλανδία, Σουηδία, Μ. Βρετανία ανησυχούντες για την αυξανόμενη θνησιμότητα από Κ.Μ και ενθαρρυμένες από τα αισιόδοξα μηνύματα των επιστημονικών ερευνών έχουν οργανώσει προγράμματα μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού με μαστογραφία σε εθνικό επίπεδο, με αντικειμενικό στόχο την ελάττωση της θνησιμότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της γυναίκας.

41. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, ό.π., σ. 60

Πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι αν ο στόχος του προγράμματος Π.Ε είναι να μειωθεί η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού, αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να υπολογισθεί μόνο μετά την πάροδο χρονικού διαστήματος, περίπου, δέκα ετών από την έναρξη του προγράμματος.

Είναι επομένως σημαντικό να οριστούν σαφείς ενδιαμέσοι λειτουργικοί στόχοι για να προσδιοριστούν οι πληροφορίες οι οποίες απαιτούνται για να μετρηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος.

Ενδιάμεσοι λειτουργικοί στόχοι

1. Να προσδιοριστούν και να προσκληθούν οι γυναίκες οι κατάλληλες για τον Π.Ε.
2. Να υποβληθεί σε μαστογραφία το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που προσκαλούνται.
3. Να εξασφαλισθεί ότι επιτυγχάνεται μαστογραφία του υψηλότερου δυνατού επιπέδου.
4. Να υπάρχει παρακολούθηση όλων των γυναικών που παραπέμπονται για περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία.
5. Να ελαχιστοποιηθούν τα δυσάρεστα αποτελέσματα του ελέγχου (άγχος, έκθεση σε ακτινοβολία, περιττές εξετάσεις).
6. Να διαγνωσθούν με ακρίβεια οι καρκίνοι.
7. Να υποστηριχθεί και να πραγματοποιηθεί έρευνα.
8. Να γίνει αποτελεσματική χρήση των πόρων προς όφελος όλου του πληθυσμού.
9. Να ενθαρρυνθεί η παροχή αποτελεσματικής και αποδεκτής θεραπείας η οποία έχει ελάχιστες ψυχολογικές ή λειτουργικές παρενέργειες.
10. Να αξιολογούνται τακτικά οι υπηρεσίες (Επιτροπή ποιοτικού ελέγχου) και τα αποτελέσματα να γνωστοποιούνται στον πληθυσμό που εξυπηρετείται.

A. Ομάδα ηλικίας

Υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που αποδεικνύουν τα πλεονεκτήματα του Π.Ε όταν η ομάδα ηλικίας είναι καθορισμένη. Το πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» συνιστά Π.Ε γυναικών ηλικίας άνω των 49 ετών. Δεν καθορίζει ανώτατο όριο. Η ομάδα

ηλικίας 50 έως 65 ετών είναι η ομάδα στην οποία εφαρμόζεται περισσότερο ο Π.Ε. παρά την σύσταση. Η ηλικία της ομάδας ποικίλει, τόσο μεταξύ των κρατών μελών όσο και μεταξύ δύο διαδοχικών ελέγχων, ο προϋπολογισμός και οι αναλύσεις απόδοσης-κόστους.

Β. Μητρώο πληθυσμού

Για να είναι αποτελεσματικός ο Π.Ε είναι απαραίτητο να υπάρχει πλήρες και ακριβές μητρώο πληθυσμού. Με βάσει το μητρώο γίνεται η κλήση με ατομική ταχυδρομική πρόσκληση συμμετοχής των γυναικών καθώς και η επανάκληση αυτών για τον επόμενο γύρο. Χωρίς καθορισμένο πληθυσμό, είναι αδύνατο να υπολογισθεί επακριβώς το ποσοστό προσέλευσης που σύμφωνα με ορισμένες μελέτες είναι καθοριστικός παράγων στη μείωση της θνησιμότητας. Για παράδειγμα εάν η προσέλευση ήταν 100% η μείωση της θνησιμότητας θα ήταν της τάξης του 40%, εάν η προσέλευση ήταν 70% η μείωση θα ήταν 28% ενώ με προσέλευση 60% η μείωση είναι κάτω του 20%.

Γ. Ευαισθητοποίηση των γυναικών

Στα πλαίσια της προσπάθειας για τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή, πρέπει να υπάρξουν μηχανισμοί διαφώτισης και ευαισθητοποίησης του γυναικείου πληθυσμού κάνοντας χρήση όλων των υπάρχοντων μέσων όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τηλεόραση-ραδιόφωνο, ομιλίες ενημερωτικές, φυλλάδια, πανό, αφίσες.

Στη προσπάθεια αυτή θα πρέπει να συμμετέχουν οι τοπικοί φορείς, όπως η Αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, οι ιατρικοί σύλλογοι, τα κέντρα υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γυναικείες οργανώσεις και ότι μπορεί να αυξήσει τη συμμετοχή.

Δ. Μαστογραφία

Πρέπει να εξασφαλισθεί μαστογραφία υψηλού ποιοτικά επιπέδου οι δε τεχνολόγοι χειριστές πρέπει να έχουν εξειδίκευση. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ακτινολόγους με κατάλληλη κατάρτιση και αποδεδειγμένες ικανότητες στον τομέα αυτό. Εξάλλου η μαστογραφία στον Π.Ε προσπαθεί να ανιχνεύσει αλλοιώσεις των 2χιλ.

Πρέπει να γίνεται ποιοτικός έλεγχος των μαστογραφιών σε καθημερινή βάση και σε τακτικά χρονικά διαστήματα των μαστογράφων.

Πρέπει να γίνεται ποιοτικός έλεγχος όλου του συστήματος από κέντρα αναφοράς του εξωτερικού (EUREF).

Για την αύξηση της διαγνωστικής ικανότητας πρέπει να γίνεται διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών από δύο ακτινολόγους οι οποίοι διαβάζουν ανεξάρτητα.

Συνίσταται οι λήψεις να είναι δύο (face-profile) τον πρώτο γύρο και μία στους επόμενους.

Ε. Δείκτες απόδοσης

Τα αποτελέσματα του προγράμματος Π.Ε παρέχουν στατιστικά στοιχεία τα οποία αποτελούν τη βάση του δείκτη απόδοσης των ακτινολόγων. Κατά συνέπεια, ορισμένοι παράμετροι πρέπει να ελέγχονται τακτικά. Οι παράμετροι αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Ρυθμός επανάκλησης των γυναικών με μη φυσιολογικά ευρήματα. Το ποσοστό αυτό πρέπει να είναι μικρότερο του 5% των εξετασθεισών γυναικών.
- 2) Η προγνωστική αξία της μαστογραφίας (πηλίκο θετικών προς αρνητικές βιοψίες) για την σύσταση διενέργειας ανοικτής βιοψίας πρέπει να είναι της τάξης του 50% για τον αρχικό έλεγχο και να αυξάνεται στους επόμενους γύρους ελέγχου.
- 3) Ρυθμός ανίχνευσης μακροσκοπικού καρκίνου. Σε ένα πληθυσμό της βόρειας και δυτικής Ευρώπης ο οποίος δεν έχει προηγουμένως ελεγχθεί, ένα πρόγραμμα ΠΕ πρέπει να ανιχνεύσει όχι λιγότερους από 5 καρκίνους ανά 1000 γυναίκες που ελέγχονται. Στις χώρες της νότιας και ανατολικής Ευρώπης ο ρυθμός ανίχνευσης είναι σχετικά χαμηλότερος.
- 4) Ρυθμός ανίχνευσης μικροσκοπικού καρκίνου. Πρέπει να ανιχνεύσει 1,5 διηθητικούς καρκίνους ανά 1000 ελεγχόμενες γυναίκες, με διάμετρο μικρότερη των 10χιλ. θεωρείται χρήσιμος δείκτης δεδομένου ότι επικεντρώνεται στους μικροσκοπικούς και πρώιμους καρκίνους οι οποίοι είναι δύσκολο να ανιχνευθούν.
- 5) Ρυθμός εμφάνισης ενδιάμεσου καρκίνου. Ως άμεση συνέπεια του μεγάλου μεσοδιαστήματος ελέγχου (2 έως και 3 χρόνια) έχουμε την εμφάνιση ενός αριθμού καρκίνου σ' αυτό το διάστημα. Αποτελεί χρήσιμη ένδειξη για την αποδοτικότητα του προγράμματος. Προϋπόθεση για τον έλεγχο των ενδιάμεσων καρκίνων αποτελεί η ύπαρξη μητρώου νεοπλασιών.

Λειτουργική διαδικασία προγράμματος Π.Ε:

1. ατομική πρόσκληση
2. μαστογραφία
3. απάντηση με επιστολή στις γυναίκες χωρίς ευρήματα

4. επανάκληση

- κλινική εξέταση
- υπερηχογράφημα
- πρόσθετες λήψεις μαστογραφίας
- παρακέντηση με λεπτή βελόνη κυτταρολογική εξέταση
- παρακέντηση με βελόνα μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου

5. ανοικτή βιοψία

- καλοήθειες
- κακοήθειες-θεραπεία βάση πρωτοκόλλου σε κλινικές αναφορές.

6. παρακολούθηση (Follow-up)

3.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα πληθυσμιακού ελέγχου

Ο πληθυσμιακός έλεγχος βοηθάει να διαγνωσθεί ο καρκίνος σε πρώιμο στάδιο, με αποτέλεσμα να επιτρέπει συντηρητική χειρουργική επέμβαση, να ελαττώνει την ανάγκη για συμπληρωματική θεραπεία και να μειώνει το τελικό συμβάν, που σχετίζεται με την εκτεταμένη θεραπεία και την υποτροπή του όγκου⁴². Όσον αφορά την οικονομική της υγείας το σημαντικότερο πλεονέκτημα του πληθυσμιακού ελέγχου είναι η ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους.

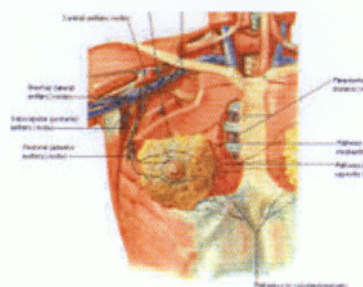
Τα μειονεκτήματα του πληθυσμιακού ελέγχου περιλαμβάνουν την πιθανότητα των ψευδώς-θετικών αποτελεσμάτων, που αυξάνει το κόστος λόγω μη αναγκαίου χειρουργείου (βιοψίες), και της αυξανόμενης ανησυχίας για την ασθενή.

Επίσης ένας άλλος κίνδυνος είναι η πιθανότητα των ψευδώς-αρνητικών αποτελεσμάτων, που μπορεί να καθυστερήσουν την ασθενή και το γιατρό δημιουργώντας λανθασμένη αίσθηση ασφαλείας. Εάν τα μαστογραφικά αποτελέσματα είναι αρνητικά, τότε και η ασθενής και ο γιατρός ίσως καθυστεράσουν με τα ιατρικά ευρήματα καθυστερώντας έτσι την διάγνωση⁴³.

42. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών. *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 23

43. Στο ίδιο

3.5 Μελλοντικές κατευθύνσεις στον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού



Λόγω των ανησυχιών για τους ρυθμούς των ψευδώς-θετικών και των ψευδώς-αρνητικών αποτελεσμάτων στον μαστογραφικό έλεγχο, μεγάλο ενδιαφέρον εκδηλώθηκε για την βελτίωση της απεικόνισης του μαστού. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε ως κύριο άρθρο στο περιοδικό *New England Journal of Medicine* το 1998, υπογράμμισε το πρόβλημα των ρυθμών των ψευδώς-θετικών αποτελεσμάτων. Σε αυτή τη μελέτη το 24% των γυναικών που ελέγχθησαν για μια περίοδο άνω των δέκα χρόνων, είχε ψευδώς-θετική μαστογραφία, το οποίο καθορίστηκε σαν ψευδώς-θετικό με αναφορά που προέκυψε από πρόσθετη εκτίμηση. Αν και τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά, υπάρχουν θετικές πλευρές που μπορούν να δειχτούν από αυτά τα δεδομένα. Την ίδια περίοδο μόνο το 5% των γυναικών χρειάζονταν βιοψία οποιουδήποτε τύπου. Από τους διαγνωσμένους καρκίνους το 17% ήταν πορογενή καρκινώματα *in situ*⁴⁴. Προβληματισμοί ανέκυψαν στους συγγραφείς για τους αυξανόμενους αριθμούς των ψευδώς-θετικών αποτελεσμάτων σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές μελέτες, και πως το άγχος του ασθενή θα μπορούσε να ελαττωθεί. Πολλές τεχνικές βελτιώσεις έχουν ήδη γίνει με ακτίνες X στην μαστογραφία, οι οποίες έκαναν την τεχνική ακόμα καλύτερη από αυτήν που ήταν όταν έγιναν οι τυχαιοποιημένες μελέτες, και οπωσδήποτε καλύτερη από πριν 10 χρόνια. Υπάρχει ενδιαφέρον διερεύνησης άλλων τεχνικών απεικόνισης, που ίσως δώσουν μεγαλύτερη ακρίβεια και ελαττώνουν τους ρυθμούς των ψευδώς-θετικών αποτελεσμάτων και την ανάγκη βιοψίας.

44. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 26

Αυτές οι τεχνικές περιλαμβάνουν :

- Την ψηφιακή μαστογραφία
- Το υπερηχογράφημα
- Την απεικόνιση MR και
- Την ραδιοϊσοτοπική απεικόνιση

Η ψηφιακή μαστογραφία επιτρέπει ευκολότερη αποθήκευση και ανάκτηση των απεικονίσεων, χειρισμό των απεικονίσεων και προγράμματα ηλεκτρικού υπολογιστή, για να βοηθήσει τους ακτινολόγους στην αναγνώριση ανωμαλιών.

Το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται πιο κοινά για την περαιτέρω εκτίμηση βλαβών που αναγνωρίστηκαν με την κλινική εξέταση ή με την μαστογραφία. Ανυποψίαστες βλάβες έχουν αναγνωριστεί με εξέταση υπερηχογραφήματος για γνωστή ανωμαλία. Καθώς η μαστογραφική τεχνική έχει βελτιωθεί με τα χρόνια, έτσι και η τεχνολογία του υπερηχογραφήματος βελτιώθηκε για να αυξήσει την ευαισθησία του.

Η MR απεικόνιση έχει εκτιμηθεί ως ένα ενδιάμεσο εργαλείο διάγνωσης. Όπως και η διαγνωστική υπερηχογραφία, ανύποπτες συχνά πρόσθετες βλάβες αναγνωρίζονται με την αξιολόγηση γνωστής ανωμαλίας.

Το σπινθηρογράφημα έχει ερευνηθεί σαν μέθοδος παροχής πρόσθετης εξειδίκευσης στην διάγνωση των βλαβών που αναγνωρίζονται με μαστογραφία ή κλινική εξέταση.

Καμία από αυτές τεχνικές δεν είναι έτοιμη να αντικαταστήσει την μαστογραφία σαν εργαλείο πληθυσμιακού ελέγχου του μαστού. Καμία από τις τεχνικές απεικόνισης δεν έχει εκτιμηθεί με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες όπως η μαστογραφία. Οι περαιτέρω μελέτες αυτών των τεχνικών πρέπει να εστιαστούν σε γυναίκες των οποίων οι μαστοί απεικονίζονται ανεπαρκώς στην μαστογραφία, και στην καθιέρωση κριτηρίων για την χρήση αυτών των τεχνικών απεικόνισης στον πληθυσμιακό έλεγχο⁴⁵.

Ο πληθυσμιακός έλεγχος του καρκίνου του μαστού έχει δείξει ξεκάθαρα σε τυχαιοποιημένες μελέτες ότι θα μειώνει την θνησιμότητα σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού ελαττώνεται και η αναλογία των καρκίνων πρώιμου σταδίου αυξάνεται. Ωστόσο δεν υπάρχει καθολική συναίνεση των γυναικών με τις υποδεικνυόμενες οδηγίες ελέγχου.

45. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, ό.π., σ. 150

Δυστυχώς οι μεγαλύτερες γυναίκες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι δύσκολο να συναινέσουν από τις νεότερες γυναίκες. Τα δεδομένα της NCI το 1990 έδειξαν ότι παρόλο που το 40% των γυναικών ηλικίας 40-49 ετών ανέφερε ότι έκανε μαστογραφία τον προηγούμενο χρόνο, μόνο το 18% των γυναικών 70-79 ετών ανέφερε κάτι τέτοιο⁴⁶. Οι γυναίκες των μειονοτήτων και οι αγρότισσες είναι λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε πληθυσμιακό έλεγχο. Οι αναφερόμενοι λόγοι για την έλλειψη συναίνεσης στον πληθυσμιακό έλεγχο περιλαμβάνουν έλλειψη ιατρικής υποδείξεως, έλλειψη κατανόησης του πλεονεκτήματος του ελέγχου στην ασυμπτωματική φάση, κόστος, χαμηλό εισόδημα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και δυσκολία πρόσβασης. Η ενεργή συμμετοχή από τον γιατρό στην υπόδειξη του μαστογραφικού ελέγχου και στην διεξαγωγή κλινικής εξέτασης του μαστού, αυξάνει την πιθανότητα συναίνεσης του ασθενή με τις οδηγίες και την ολική επιτυχία των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου. Προγράμματα που θα αυξήσουν την πρόσβαση σε υποανάπτυκτους πληθυσμούς είναι κρίσιμα για μεγαλύτερη ελάττωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού.

46. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 28

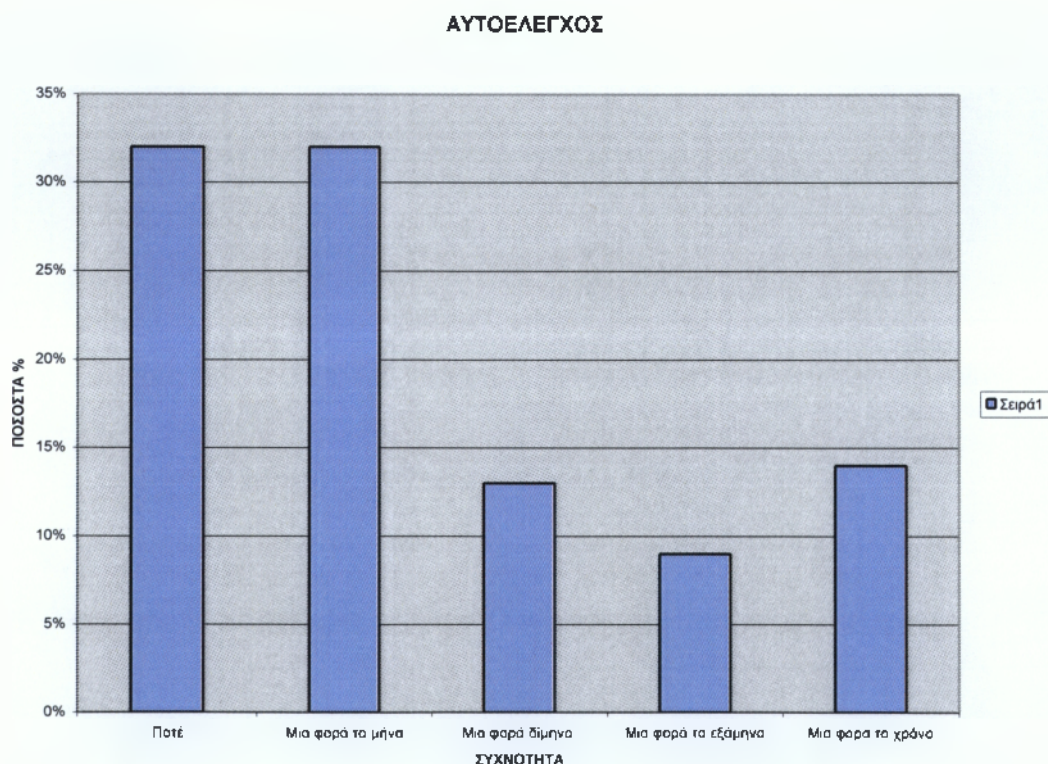
4. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ίδιο φαινόμενο, «της μη πρόληψης» παρατηρείται και στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού ο οποίος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα για τις γυναίκες, κάθε χρόνο 3.000 Ελληνίδες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 1.200 Ελληνίδες πεθαίνουν απ' αυτόν.

Κάθε χρόνο παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων κατά 3 – 4%, ενώ οι γυναίκες είναι ανυπεράσπιστες απέναντι στον καρκίνο του μαστού λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης που φτάνει σε ποσοστό 76%.

Σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας⁴⁷ που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη το Νοέμβριο του 2005 σε δείγμα 452 γυναικών έδωσαν τα εξής αποτελέσματα :

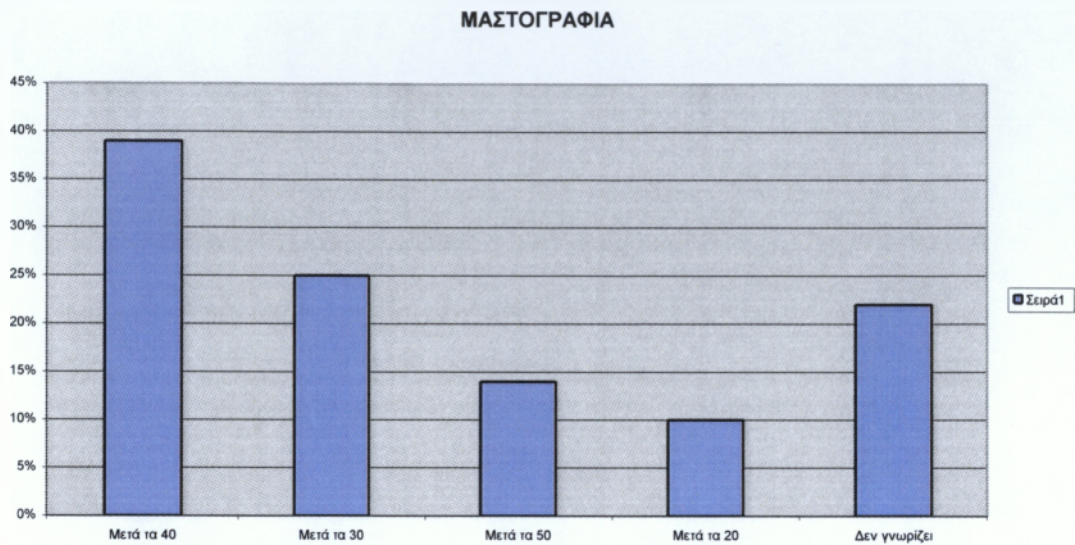
Σχήμα 4.1



Πηγή: <http://news.pathfinder.gr/health/259374.html>. Ο καρκίνος του μαστού δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, σ. 1

47. Ο καρκίνος του μαστού δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, <http://news.pathfinder.gr/health/259374.html>, σ. 1

Σχήμα 4.2



Πηγή: <http://news.pathfinder.gr/health/259374.html>. Ο καρκίνος του μαστού δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, σ. 2

Από τα ποσοστά της έρευνας φαίνεται πραγματικά ότι οι Ελληνίδες έχουν ελλιπή ενημέρωση όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αφού στην ερώτηση «κάθε πότε πρέπει να κάνουν αυτοέλεγχο» απάντησε σωστά μόνο το 32% και στην ερώτηση «σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται μαστογραφία» απάντησε σωστά μόνο το 39%.⁴⁸

Ο αυτοέλεγχος του μαστού πρέπει να γίνεται από την 8^η έως τη 10^η ημέρα του κύκλου από την ηλικία των είκοσι και η μαστογραφία στην ηλικία των 35 σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και στα 40 προς υπόλοιπες γυναίκες. Αυτά τα προληπτικά μέτρα μπορούν να συμβάλλουν στη έγκαιρη διάγνωση προς νόσου αλλά και στην ίαση.

Η κρατική ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού θα έπρεπε να είναι συνεχής και να καλύπτει όλο το γυναικείο πληθυσμό, γιατί αν και ο καρκίνος προς είναι ο συχνότερος σε εμφάνιση είναι ιάσιμος εφόσον διαγνωστεί εγκαίρως.

48. Ο καρκίνος του μαστού δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, <http://news.pathfinder.gr/health/259374.html>, σ. 1

Στην Ελλάδα το πρόγραμμα προληπτικού περιοδικού ελέγχου με μαστογραφία είχε ανατεθεί στην Ελληνική Ογκολογική Εταιρεία με την οικονομική ενίσχυση του Υπ. Υγείας και Πρόνοιας και του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε το 1989 από το Νομό Ηλείας και το Νομό Μεσσηνίας.⁴⁹

Η ΕΟΕ στη συνέχεια ανέπτυξε δικό προς πρόγραμμα το «Ελλάδα κατά του Καρκίνου» και στα δέκα χρόνια 1989-1998 είχε επεκτείνει τον ΠΕ σε πολλούς Νομούς προς χώρας και προς Κύπρο.

Η οικονομική βοήθεια για την υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών από την Ελληνική Ογκολογική Εταιρεία προέρχεται πλέον αποκλειστικά από το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο. Με την δημιουργία του «Ελληνικού Ιδρύματος Ογκολογίας» που ιδρυτικά μέλη είναι το ΕΑΙ και η ΕΟΕ, ελπίζουμε στην απρόσκοπτη συνέχιση και εξάπλωση των προγραμμάτων μέχρις ότου η Πολιτεία αναλάβει την πρωτοβουλία για πραγματοποίηση σε Εθνικό επίπεδο του πληθυσμιακού ελέγχου.

Τα αποτελέσματα των προγραμμάτων κρίνονται πολύ ικανοποιητικά με συνεχή προσπάθεια διασφάλισης της ποιότητας και δικαιώνουν αυτές τις προσπάθειες για να σταματήσει η γυναίκα να πληρώνει με τη ζωή, τη μη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η προαγωγή ενός τέτοιου προγράμματος υγείας για την γυναίκα, προϋποθέτει μια προσέγγιση πολλών ειδικοτήτων που εργάζονται σαν ομάδα. Ακτινολόγοι, χειρουργοί, κυτταρολόγοι, παθολογοανατόμοι, ακτινοφυσικοί, στατιστικοί αναλυτές, προγραμματιστές, επιδημιολόγοι εμπλέκονται στα προγράμματα εξασφαλίζοντας υψηλή ποιότητα σε όλα τα επίπεδα ελέγχου.⁵⁰



49 Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 32

50. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, ό.π., σ. 64

Προς το παρόν έχουν γίνει μεμονωμένες προσπάθειες σε δήμους με στόχο να επεκταθούν σταδιακά σε όλη την Ελλάδα. Τα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού είναι ακόμα πιλοτικά και μη συνεχόμενα.

Το πιλοτικό πρόγραμμα πρόληψης καρκίνου του μαστού που εφαρμόστηκε στο 5^ο Δημοτικό Διαμέρισμα του Δήμου Αθηναίων από το Μάρτιο μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2005 για δωρεάν μαστογραφία σε γυναίκες 45-69 ετών και δωρεάν κλινική εξέταση όλων των ηλικιών είχε τα εξής αποτελέσματα:

- Έστειλαν περισσότερες από 6.000 επιστολές, ενεργοποιώντας προς γυναίκες συμπολίτες προς, προτείνοντάς τους να λάβουν μέρος στο πρόγραμμα πρόληψης.
- Πραγματοποιήθηκαν 1.290 μαστογραφίες,
- 26 υπέρηχοι
- 9 εντοπιστικές και μεγεθυντικές μαστογραφίες
- 8 υπέρηχοι και εντοπιστικές μαστογραφίες

Όλο το μήνα Οκτώβριο, σε κεντρικά σημεία της Αθήνας, στις λεωφόρους Σταδίου, Αμαλίας, Πανεπιστημίου, στην Διονυσίου Αρεοπαγίτου, στις πλατείες Κοτζιά και Συντάγματος και στις εισόδους της πόλης από Κατεχάκη, Κηφισίας και Καβάλας υπήρχε το σήμα του «Στόχου».

Πέντε ενημερωτικά περίπτερα λειτούργησαν προς πλατείες Συντάγματος, Κοτζιά, Κοραή, Κολωνακίου και στον χώρο έξω από το μετρό του Ευαγγελισμού πληροφορώντας το κοινό, ενώ στα επτά δημοτικά ιατρεία, συγκεκριμένες ημέρες και ώρες, οι γιατροί παρείχαν ενημέρωση και έκαναν δωρεάν κλινική εξέταση μαστού.



Επρόκειτο για ένα πρόγραμμα που συνδύαζε την ιδιωτική πρωτοβουλία με τον εθελοντισμό, την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινωνική συμμετοχή. Ήταν στην πραγματικότητα μια ανατροφοδοτούμενη ενέργεια υποστήριξης γυναικών προς γυναίκες. Η αναλογία ήταν τέτοια που ένα T-shirt κάλυπτε το κόστος μιας μαστογραφίας.⁵¹

51. 06/10/2005:Επεκτείνεται σε όλη την Αθήνα το πρόγραμμα του δήμου Αθηναίων για δωρεάν μαστογραφία σε γυναίκες 45-69 ετών, <http://cityofathens.gr/portalsite/AthensPortal> , σ. 1

5. Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 Προγράμματα και δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καρκίνου του μαστού

Στις ενέργειες που τείνουν να διαμορφώσουν, αρχής γενομένης από το 1987, ένα πλαίσιο για την πρόληψη και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας για τον καρκίνο του μαστού, θα μπορούσαν να περιληφθούν:

1987: Το πρώτο πρόγραμμα δράσεις «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου του μαστού», το οποίο ακολουθούν δύο ακόμη ανάλογα προγράμματα (1990-94, 1996-2003) με στόχο τη μείωση, μέχρι το 2000, της θνησιμότητας λόγω του καρκίνου κατά 15% και με προτεραιότητες τον βελτιωμένο ποιοτικό έλεγχο και την ανταλλαγή εμπειριών σχετικά με τις περισσότερο αποτελεσματικές πρακτικές.

1990: Δημιουργία «Δικτύου Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» με στόχο την επέκταση του μαστογραφικού ελέγχου σε όλη την Ευρώπη, το οποίο το 1992 παρουσιάζει τις «Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για την ποιοτική διασφάλιση του μαστογραφικού ελέγχου ανίχνευσης».

2002-2006: Συνεχής χρηματοδότηση και δραστηριότητα για τα Ερευνητικά προγράμματα πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την έρευνα του καρκίνου (για παράδειγμα στο έκτο πρόγραμμα-πλαίσιο δραστηριοτήτων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και επίδειξης διατίθενται συνολικά 400 εκατ.ευρώ για την έρευνα του καρκίνου).

2003: Δημόσια Ημερίδα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου με θέμα «Ανάγκη υιοθέτησης Κατευθυντηρίων Γραμμών για τα Διεπιστημονικά Κέντρα περίθαλψης καρκίνων του μαστού» που στοχεύει στην πρόσβαση όλων των γυναικών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας,

2003-2008: Δημιουργία ολοκληρωμένου «Προγράμματος Κοινωνικής Δράσης στον Τομέα της Δημόσιας Υγείας». ⁵²

52. Προγράμματα και δράσεις της ΕΕ κατά του καρκίνου του μαστού,
<http://mastologia.gr/cms/indx.php?option=com>, σ. 1-2

5.2 Ο πληθυσμιακός έλεγχος του καρκίνου του μαστού εντός του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου».

Ο στόχος του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ» το 1988 ήταν η μείωση της θνησιμότητας από το καρκίνο κατά 15% το έτος 2000. Στον Ευρωπαϊκό κώδικα υπάρχει η σύσταση προς την γυναίκα ότι «πρέπει να ελέγχεις τον μαστό σου τακτικά και να συμμετέχεις σε οργανωμένο πληθυσμιακό έλεγχο εάν είσαι πάνω από 50 χρονών».

Το 1989 το δίκτυο πληθυσμιακού ελέγχου του μαστού δημιουργήθηκε με σκοπό :

- την εξασφάλιση εμπειρίας για εκείνες τις χώρες –μέλη χωρίς υπηρεσίες πληθυσμιακού ελέγχου
- την ανεύρεση μεθόδων υλοποίησής του στα εθνικά συστήματα υγείας
- την δημιουργία σχέσεων για ανταλλαγή πληροφοριών και συμβουλών μεταξύ των μελών των κρατών, και κυρίως
- την ανάπτυξη οδηγιών για την καλύτερη χρήση αυτού

Το αρχικό δίκτυο αποτελούσαν οι εξής χώρες: Βέλγιο, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία.

Η Διασφάλιση της ποιότητας και ποιοτικού ελέγχου ήταν απαραίτητα για να οδηγήσουν το δίκτυο στο επιθυμητό επίπεδο. Το 1992 δημοσιεύθηκε η πρώτη έκδοση των «Ευρωπαϊκών Οδηγιών για τη διασφάλιση Ποιότητας στον Μαστογραφικό Πληθυσμιακό Έλεγχο».

Το 1996 δημοσιεύθηκε μια δεύτερη αναθεωρημένη έκδοση αυτών των οδηγιών σε στενή συνεργασία με την EUREF (European Reference Center). Το 2001 δημοσιεύθηκε και η τρίτη έκδοση που χρησιμοποιείται τώρα από τις περισσότερες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σαν «οδηγία» για την πρακτική του πληθυσμιακού ελέγχου του μαστού.

Το επιθυμητό αποτέλεσμα για κάθε μέλος του δικτύου είναι η δημιουργία μιας εθνικής υπηρεσίας πληθυσμιακού ελέγχου του μαστού η οποία θα λειτουργήσει σαν υπηρεσία ή και κέντρο αναφοράς. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην εκπαίδευση του προσωπικού που ενέχεται στην διαδικασία και έρευνα του πληθυσμιακού ελέγχου.

Οι δραστηριότητες του δικτύου διακρίνονται σε:

- Δραστηριότητες που σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα της διαδικασίας του πληθυσμιακού ελέγχου: βελτίωση της συμμετοχής, διπλό διάβασμα των μαστογραφιών, τεκμηρίωση δραστηριοτήτων, καταγραφή του αριθμού των καρκίνων, παρακολούθηση του φυσικο-τεχνικού ποιοτικού ελέγχου, εκτίμηση και παρακολούθηση των παθολογικών ευρημάτων.
- Δραστηριότητες υποστήριξης: όπως εκπαίδευσης, έλεγχοι από εμπειρογνώμονες, τεχνικός έλεγχος και εθνική ανάπτυξη οδηγιών και πρωτοκόλλων.
- Μελέτες σχετιζόμενες με τον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού: όπως εκτίμηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας, της επίδρασης στην θνησιμότητα, καθώς και τις ηθικές και ψυχολογικές πλευρές του πληθυσμιακού ελέγχου.

Τα διαφορετικά συστήματα υγείας στην Ευρώπη έκαναν αναγκαία την εύρεση διαφορετικών λύσεων στις διάφορες χώρες πάνω σε παρόμοια προβλήματα.

Εάν η αποδοχή του προγράμματος στον πληθυσμό είναι μικρή και συνεπώς μικρό το ποσοστό συμμετοχής, ένα πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου δεν μπορεί ποτέ να είναι οικονομικά αποτελεσματικό. Έτσι έγιναν προσπάθειες για την αύξηση της συμμετοχής χωρίς απώλεια της ποιότητας.

Μετά δέκα ετών εμπειρία του δικτύου, μπορούν να γίνουν οι ακόλουθες συστάσεις:

- ✓ Ο πληθυσμιακός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι πολυδιάστατος, κι η ποιότητα της όλης διαδικασίας (πρόσκληση, διάγνωση, εκτίμηση ύποπτων βλαβών, θεραπεία και παρακολούθηση) χρειάζεται να εξασφαλιστεί πριν την έναρξη του προγράμματος.
- ✓ Η αρχική και συνεχής εκπαίδευση όλου του προσωπικού που ενέχεται είναι υποχρεωτική.
- ✓ Η προσωπική πρόσκληση με καθορισμένο ραντεβού μπορεί να αυξήσει την συμμετοχή και για αυτό συνίσταται.
- ✓ Μηχανισμοί χρειάζονται για την παρακολούθηση της ποιότητας ενός προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου. Γι' αυτό ένα σύστημα παρακολούθησης της έκβασης του προγράμματος είναι υποχρεωτικό.
- ✓ Η ηλικιακή ομάδα στόχος πρέπει να είναι 50 έως 69.
- ✓ Τα μεσοδιαστήματα ελέγχου δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα δύο χρόνια.

- ✓ Συνίσταται μαστογραφία δύο όψεων, τουλάχιστον ως βασική εξέταση, ενώ σε επακόλουθο έλεγχο συνίσταται μιας ή δύο όψεων, εξαρτώμενη από την πυκνότητα του μαστού.
- ✓ Συνίσταται διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών.
- ✓ Όταν τεθεί σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου, η εκτέλεση και η εφαρμογή του θα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς. Αυτό το στοιχείο ενός προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία του, υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτει διαχειριστές προγράμματος με πρόσβαση σε δεδομένα, ώστε να αναγνωρίζουν γρήγορα τα εμφανιζόμενα προβλήματα ποιότητας και προβαίνουν σε διορθωτικές λύσεις.

Η συνεχιζόμενη αξιολόγηση του προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μέτρα, αλληλοσυσχετιζόμενα. Στα βραχυπρόθεσμα μέτρα τα προγράμματα πρέπει να παρακολουθούν τον ρυθμό συναίνεσης των ατόμων στον πληθυσμιακό έλεγχο, και να εκτιμούν προσεκτικά βασικές παραμέτρους, συμπεριλαμβανομένων του ρυθμού ανίχνευσης, των στοιχείων σταδιοποίησης, της ευαισθησίας, της εξειδίκευσης, της επίπτωσης των ενδιάμεσων καρκίνων, και της προγνωστικής αξίας των εφαρμοζόμενων εξετάσεων. Τα προγράμματα πρέπει να παρακολουθούν την αλλαγή του ρυθμού της προχωρημένης νόσου και τις τάσεις του ρυθμού θνησιμότητας.⁵³

53. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, ό.π., σ. 29

5.3 Ευρωπαϊκή πολιτική για την αντιμετώπιση του καρκίνου

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο καρκίνος αποτελεί θέμα άμεσης προτεραιότητας για κοινοτική δράση. Η αντιμετώπισή του απαιτεί ταυτόχρονα διεθνή συντονισμό και εθνικές δράσεις.

Από το 1986, η Ευρωπαϊκή Οργάνωση για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου υποστηρίζει τις προσπάθειες για τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον η διασφάλιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών συμπεριλαμβάνεται στους βασικούς στόχους του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Δράσης κατά του καρκίνου.

Η μελέτη των επισήμων κειμένων στα οποία διατυπώνονται οι στόχοι και το πρόγραμμα δράσης κατά του καρκίνου, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μας επιτρέπει να δούμε ότι, η έμφαση δίνεται στο συντονισμό, στη συνεργασία και το κυριότερο στη βελτίωση της ποιότητας της αγωγής των καρκινοπαθών σε όλα τα στάδια της θεραπείας και της παρηγορητικής αγωγής.

Οι κύριοι στόχοι αυτού του προγράμματος είναι :

- Ανάπτυξη δικτύων και μηχανισμών που θα επιτρέπουν τη σύγκριση και την αξιολόγηση των νέων μεθόδων αγωγής ιδίως νέων θεραπευτικών ουσιών και τεχνολογιών.
- Βελτίωση της ποιότητας της αγωγής που παρέχεται στον καρκινοπαθή συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής αγωγής.
- Υποστήριξη ευρωπαϊκών μελετών και διάδοση των συμπερασμάτων τους, με σκοπό την απόκτηση καλύτερης κατανόησης για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων του ποιοτικού ελέγχου στη διάγνωση και στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής αγωγής όπου λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη η ποιότητα ζωής των ασθενών.⁵⁴

54. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, ό.π., σ. 327

6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

6.1 Οικονομική διάσταση της αντιμετώπισης του καρκίνου

Τα Οικονομικά της Υγείας, ως υποστηρικτικό εργαλείο και μέσο, μπορούν να αποτελέσουν ένα ακόμη όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου. Βασικός σκοπός μιας οικονομικής αξιολόγησης είναι ο προσδιορισμός, η μέτρηση, η αξιολόγηση και η εκτίμηση του κόστους και του οφέλους από τις διάφορες επί μέρους εναλλακτικές λύσεις και προσεγγίσεις. Από την οικονομική αξιολόγηση μπορούν να προκύψουν χρήσιμες πληροφορίες για τους ασχολούμενος με την πολιτική υγείας, για την φαρμακευτική βιομηχανία, για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και για τους άμεσα ενδιαφερόμενους ασθενείς και χρήστες του συστήματος υγείας. Το ζητούμενο δεν είναι ο περιορισμός του κόστους των προσφερόμενων φροντίδων αλλά η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των πόρων για την κάλυψη ενός ευρύτατου φάσματος υπηρεσιών που περιλαμβάνουν την ενημέρωση, την πρόληψη, την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την υποστηρικτική αγωγή για ένα μεγάλο αριθμό συνανθρώπων μας.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Το Κόστος (cost)⁵⁵ : το κόστος μιας νόσου (cost of illness) ισοδυναμεί με το κόστος των κοινωνικών πόρων, οι οποίοι απορροφήθηκαν, κατέστησαν αδρανείς ή χάθηκαν εξαιτίας αυτής της νόσου.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η διάκριση του κόστους αυτού σε άμεσο (direct cost) και σε έμμεσο κόστος (indirect cost). Το άμεσο κόστος αφορά τα στοιχεία εκείνα τα οποία σχετίζονται άμεσα με τη θεραπεία της νόσου. Εξίσου σημαντικό όμως είναι το έμμεσο ή κοινωνικό κόστος κι αφορά μια σειρά συνεπειών στην οικονομία εξαιτίας της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας που επιφέρει η νόσος. Κι όμως το έμμεσο κόστος σπάνια λαμβάνεται υπόψη στον καθορισμό της υγειονομικής πολιτικής.

55. Οικονομικά της υγείας, <http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/48pdf>, σ. 1

Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών και μπορεί περαιτέρω να αναλυθεί σε : κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης, εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, κλπ. Στην περίπτωση των προσυμπτωματικών ελέγχων το άμεσο κόστος αποτελείται από τις δαπάνες για την αποζημίωση του απασχολημένου προσωπικού, τα αναλώσιμα που απαιτούνται για τις επιμέρους εξετάσεις, των βιοϊατρικό εξοπλισμό, τα κτίρια, τις κινητές μονάδες κλπ. Τις δαπάνες απόσβεσης των μηχανημάτων, τα λειτουργικά έξοδα κλπ. Συχνά γίνεται διάκριση ανάμεσα στο άμεσο ιατρικό (direct medical cost) και μη ιατρικό κόστος (direct nonomedical cost).

Η εκτίμηση του κόστους θα ήταν ατελείς χωρίς την επιβάρυνση στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς που σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη νόσο. Τέτοιες δαπάνες που συνήθως δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, αφορούν σε : πληρωμή συμμετοχής σε ιατρικές εξετάσεις ή φάρμακα, καταβολή διαφοράς για αλλαγή θέσης νοσηλείας, έξοδα μετακινήσεων, έξοδα για βελτιωμένη διατροφή ή επιπλέον ανάγκες που προκύπτουν από τη νόσο, έξοδα συνοδών, απώλεια εργασίας για μέλη της οικογένειας, κλπ. Και στην περίπτωση των προσυμπτωματικών ελέγχων έχουμε τέτοιου είδους δαπάνες που αφορούν μετακινήσεις ή εξετάσεις που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τέλος ιδιαίτερη σημασία έχει και η αναφορά μας στο αποκαλούμενο «κρυφό κόστος» (indigible gost). Δηλαδή το κόστος που δεν μπορεί εύκολα να εκφρασθεί με ποσοτικούς όρους όπως π.χ ο πόνος και η ψυχική οδύνη. Το άγχος που συχνά προκαλείται σε πολλούς ασυμπτωματικούς και φαινομενικά υγιείς ανθρώπους από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου και η αγωνία μέχρι την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων εντάσσεται σε αυτήν την κατηγορία

Το «προϊόν» των υπηρεσιών υγείας. Το αποτέλεσμα (output-outcome) μιας νοσηλείας ή μιας υγειονομικής παρέμβασης είναι πολυπαραγοντικό (multi-product) και θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ο ορισμός και η μέτρησή του παρουσιάζουν πολλά μεθοδολογικά προβλήματα .

Συνήθως αναφερόμαστε στο «τελικό προϊόν» (outcome) και στο «μετρήσιμο προϊόν» (thought-output) ή στα «ενδιάμεσα προϊόντα»,(intermediate outputs).

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση των Koontz και O' Donell⁵⁶, η παροχή υπηρεσιών υγείας, μπορεί σχηματικά να αποδοθεί ως : ΕΙΣΡΟΕΣ – ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΕΚΡΟΕΣ – ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ.⁵⁷

Οι εισροές (inputs), είναι η παραγωγικοί πόροι που χρησιμοποιούνται, πχ ιατρικό προσωπικό, εγκαταστάσεις, φάρμακα, βιοϊατρικός εξοπλισμός, κλπ.

Οι διαδικασίες (process) αφορά στις ενέργειες, στις δράσεις μέσω των οποίων οι εισροές μετατρέπονται σε εκροές, πχ θεραπευτικά πρωτόκολλα, χρήση βιοϊατρικού εξοπλισμού, αξιοποίηση υποδομής κλπ.

Οι εκροές (outputs) ή ενδιάμεσες εκροές (intermediate outputs) είναι τα μετρήσιμα προϊόντα, τα οποία συνδέονται με τις εισροές (πχ αριθμός διενεργηθέντων ελέγχων, ποσοστό κάλυψης γυναικείου πληθυσμού συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, αριθμός και ποσοστό επανελέγχων, κλπ).

Τα αποτελέσματα (outcomes) είναι ουσιαστικά οι αλλαγές στο επίπεδο υγείας ή τα τελικά στάδια, (end-points) τα οποία όμως – και εδώ είναι η βασική διαφορά τους με τα ενδιάμεσα προϊόντα , δεν συνδέονται υποχρεωτικά με τις εισροές, τις εκροές ή τη διαδικασία του συστήματος υγείας (όπως πχ η νοσηρότητα ή η θνησιμότητα).

56. H. Koontz και C. O' Donnel (1984), *Οργάνωση και διοίκηση. Μια συστημική και ενδεχόμενη ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών*, Παπαζήσης, Αθήνα β' έκδοση, σ. 45

57. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, Α' τόμ., Αθήνα 2002, σ. 167

Η Παραγωγικότητα (productivity)⁵⁸ : ως παραγωγικότητα ορίζεται ως ο λόγος του προϊόντος το οποίο παράγεται προς το σύνολο των εισροών(πόρων) οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν.

Η Αποτελεσματικότητα (effectiveness) : η αποτελεσματικότητα μετρά το βαθμό στον οποίο μπορεί να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα μιας ιατρικής παρέμβασης κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες.

Η Αποδοτικότητα (efficiency) : αναφέρεται στην άριστη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά το οικονομικό μέρος μετράται σε μακρο-επίπεδο(macro-economic efficiency) με βάση την αναλογία δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και σε μικρο-επίπεδο(micro-economic efficiency) ανάλογα με τον εκ των προτέρων καθορισμένο δείκτη αποτελέσματος ή απόδοσης είτε ενός συγκεκριμένου «παραγωγού», πχ του γιατρού, είτε ενός οργανωμένου συνόλου υπηρεσιών πχ νοσοκομείου, κλινικής κλπ. Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας αφορά συνήθως στη διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων για την άριστη κατανομή των πόρων. Έτσι, η αξιολόγηση βασίζεται στη διεπιστημονική προσέγγιση προσπαθώντας να διακρίνει και να συνενώσει όλες τις πτυχές(ιατρική, διοικητική, οικονομική κλπ) και παράλληλα να αντλήσει πληροφορίες και εργαλεία για τη μέτρησή της.

Τρόποι Μέτρησης του Κόστους των Υπηρεσιών Υγείας⁵⁹ : οι σημαντικότεροι τύποι οικονομικής ανάλυσης, στο χώρο της υγείας, παρουσιάζονται στη συνέχεια :

Η οικονομική ανάλυση της ιατρικής τεχνολογίας ή της ιατρικής φροντίδας αξιολογεί μια ιατρική υπηρεσία συγκρίνοντας κατ' αρχήν το χρηματικό κόστος με το αντίστοιχο κέρδος που επιτεύχθηκε (Ανάλυση Κόστους-Οφέλους).

58. Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, <http://www.nosokomia.gr/web/index.php>, σ. 1

59. Γ. Υφαντόπουλος, *Οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική*, Τυποθήτω, Αθήνα 2003, σ. 104

Η Ανάλυση κόστους οφέλους συγκρίνει τα έξοδα επιμέρους προγραμμάτων και αποτιμά σε οικονομικά μεγέθη (νομισματικές μονάδες) όλα τα αποτελέσματα και την αλλαγή της κατάστασης στο επίπεδο υγείας αυτών οι οποίοι συμμετείχαν στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ή γενικότερα έλαβαν τις υπηρεσίες. Η ανάλυση κόστους οφέλους είναι μια ευρύτερα διαδεδομένη μορφή οικονομικής αξιολόγησης η οποία επιτρέπει στους ειδικούς να συγκρίνουν τα οφέλη επιμέρους επενδύσεων στο χώρο της υγείας καθώς και να συγκρίνουν επενδύσεις μεταξύ διαφορετικών τομέων δραστηριότητας (πχ ανάμεσα στους τομείς της Υγείας, της Παιδείας, της Άμυνας, κλπ). Βασικό μειονέκτημα παραμένει το γεγονός ότι η ανθρώπινη ζωή και τα οφέλη από τις υγειονομικές παρεμβάσεις συμπεριλαμβανομένης και της «ποιότητας ζωής» πρέπει να αποτιμηθούν σε οικονομικές μονάδες. Πολλοί βρίσκουν αυτού του είδους την αποτίμηση δύσκολη ακόμη και μη ηθική δεδομένου ότι η ανθρώπινη ζωή δεν έχει τιμή και ο καθένας αξιολογεί και μετρά διαφορετικά τη δική του ζωή. Έτσι η ανάλυση κόστους/οφέλους χρησιμοποιείται λιγότερο εν συγκρίσει με την ανάλυση κόστους οφέλους στην ιατρική βιβλιογραφία.

Συχνότερα υπολογίζεται το οικονομικό (χρηματικό) κόστος μιας υγειονομικής παρέμβασης και συγκρίνεται με τα επιτευχθέντα αποτελέσματα (Ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας, Cost-Effectiveness Analysis). Η Ανάλυση Κόστους-αποτελεσματικότητας, παρέχει μια εναλλακτική προσέγγιση στο δίλημα της αποτίμησης σε νομισματικές μονάδες των αποτελεσμάτων μιας υγειονομικής παρέμβασης ή θεραπείας. Σ' αυτήν την περίπτωση τα αποτελέσματα μπορούν να αποτιμηθούν σε μία μονάδα όπως για παράδειγμα τα «έτη κερδισμένης ζωής⁶⁰». Έτσι χρησιμοποιείται για τη συγκριτική αξιολόγηση επί μέρους παρεμβάσεων. Από τη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις που αφορούν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του ορθού κλπ.

Άλλες φορές πάλι λοιπόν μετράται το οικονομικό κόστος μιας υγειονομικής παρέμβασης και συγκρίνεται με τη χρησιμότητα ή ποιοτικά αποτελέσματα (Ανάλυσης Κόστους-Χρησιμότητας, Cost-Utility Analysis). Συνιστά παραλλαγή της ανάλυσης κόστους αποτελεσματικότητας. Προσθέτει την έννοια της «ποιότητας ζωής».

60. Μ. Γείτονα και Γ. Κυριόπουλος, *Managment-οικονομικά*, Αθήνα 2008, σ. 76

Η χρησιμότητα αναφέρεται στην επιθυμία ή την προτίμηση την οποία το άτομο ή η κοινωνία αποδίδει σε ορισμένο αποτέλεσμα. Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση του καρκίνου όπου το ζητούμενο δεν είναι μόνο η παράταση της ζωής, η επιβίωση αλλά, η επιβίωση χωρίς επιβάρυνση νόσου (disease-free survival), και η ποιότητα ζωής προστιθέμενων ετών (QUALY's⁶¹). Η παράμετρος της ποιότητας ζωής, μέσω των QUALY's (προστιθέμενα έτη ποιοτικής ζωής), χρησιμοποιείται τόσο για την εκτίμηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων όσο και της υποστηρικτικής αγωγής. Ο δείκτης αυτός συνδυάζει ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία, ο υπολογισμός του όμως παρουσιάζει πολλές εγγενείς αδυναμίες και μεθοδολογικά προβλήματα.

Ο απλούστερος τρόπος οικονομικής ανάλυσης παραμένει ο προσδιορισμός κόστους όπου απλώς υπολογίζει το κόστος των πόρων που καταναλώθηκαν. Χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της φθηνότερης από τις εναλλακτικές προσεγγίσεις και οι μετρήσεις μεταφράζονται σε όρους κόστους ανά προαναφερθείσα υπηρεσία, πχ το κόστος ανά εξεταζόμενο άτομο, το κόστος ανά εντοπιζόμενο καρκίνο, το συνολικό κόστος ενός προγράμματος.

61. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, ό.π., σ. 327

6.2 Η Ποιοτική Διάσταση των Προγραμμάτων Μαζικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου

Η παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αξιολογείται στη λογική αυστηρών οικονομιών προσεγγίσεων και αναλύσεων κόστους αλλά είναι ένα ευρύτερο ζήτημα όπου εξίσου σημαντική θέση καταλαμβάνει η ποιοτική διάσταση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο O'Leary προτείνει ένα σύστημα μέτρησης το οποίο βασίζεται στο κλασικό θεωρητικό πλαίσιο του Donabedian. Ο πρωτοπόρος στοχαστής και ερευνητής σε θέματα ποιότητας και ιατρικής φροντίδας Avedis Donabedian παρουσίασε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στο θέμα της μέτρησης. Σύμφωνα με το υπόδειγμά του, η ποιότητα εξαρτάται από τρεις παραμέτρους.

α) Τη δομή (structure) :

Στη δομή συμπεριλαμβάνονται τα κτίρια, ο εξοπλισμός, οι διαθέσιμοι πόροι, ο αριθμός των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορίες, η κατάρτισή τους (εκπαίδευση και εμπειρία) καθώς και η οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκηση, των καταμερισμό των δραστηριοτήτων, τη διαδικασία επιλογής του προσωπικού κλπ.

Η υποδομή είναι βασικής σημασίας για μια ασθένεια όπως ο καρκίνος όπου οι εξελίξεις και οι επιστημονικές ανακαλύψεις θεωρούνται ταυτόσημες της υψηλής ποιότητας φροντίδας. Αυτό συνεπάγεται υψηλής ποιότητας υποδομή και εξοπλισμό, ειδικά καταρτισμένο κα ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένο προσωπικό και σύγχρονη οργανωτική και λειτουργική οργάνωση. Η μέτρηση τω δομικών παραμέτρων, θεωρείται ότι αποτελεί το πρώτο απαραίτητα στάδιο σε κάθε προσπάθεια αξιολόγησης σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

β) Τη διαδικασία (process) :

Η διαδικασία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες πρόληψης. Η έμφαση στη διαδικασία φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, δεδομένου ότι οι διαφορετικές προσεγγίσεις για την ίδια μορφή καρκίνου οδηγούν σε διαφορετικά αποτελέσματα και μάλιστα με μεγάλες αποκτήσεις κόστους.

γ) Την έκβαση (outcome)⁶² :

Δηλαδή τα αποτελέσματα, η μεταβολή τρέχουσα ή μελλοντική στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή η οφειλόμενη στην ιατρική παρέμβαση ή η προηγηθείσα υπηρεσία φροντίδας. Εδώ περιλαμβάνεται η ικανοποίηση του πολίτη και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής του. Επίσης υπολογίζεται η αξία του αποτελέσματος σε σχέση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Εφόσον απώτερος στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, η μέτρηση της έκβασης αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μέτρησης της ποιότητας. Εξάλλου οι αλλαγές στα συστήματα υγείας με συνεπακόλουθο στην έμφαση στον περιορισμό του κόστους και τον ανταγωνισμό επιβάλλουν την έμφαση στα αποτελέσματα.⁶³

Το πλαίσιο του Donabedian, μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των προσφερόμενων φροντίδων σε επίπεδο κλινικής, όμως η συνολική ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου επιβάλλει την έμφαση και σε άλλες παραμέτρους, όπως είναι τα μοντέλα Maxwell και Hopkins, επειδή προσφέρονται καλύτερα για την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης.⁶⁴

62. Βλ. Ο' Leary (1989), στο Γ. Τούντας, *Η ποιότητα στην υγεία*,

<http://www.oskarditsas.gr/pages/enthiaferontakeimena>, σ. 3

63. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, ό.π., σ. 171

64. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, ό.π., σ. 331

6.3 Η Ολοκληρωμένη Προσέγγιση στην Αξιολόγηση των Προγραμμάτων Μαζικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου

Η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών όπως ακριβώς και η αντιμετώπιση του καρκίνου πρέπει να είναι σφαιρική, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους : ιατρικές, ηθικές, νομικές, οργανωτικές και οικονομικές. Σε αυτήν την κατεύθυνση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τα μοντέλα των Maxwell και Hopkins.

Το θεωρητικό μοντέλο του Maxwell περιλαμβάνει έξι παραμέτρους, οι οποίες προσδιορίζουν την ποιότητα ενός συστήματος ή μιας υπηρεσίας Υγείας. Οι διαστάσεις αυτές είναι :

- Πρόσβαση : η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών) προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Η ισότητα : η παροχή υπηρεσιών που εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.
- Κοινωνική αποδοχή : η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται.
- Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες : συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας που αναπτύσσεται και γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία που παρέχεται για την αντιμετώπισή της.
- Αποδοτικότητα : το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένη ιατρική πράξη.
- Τεχνική αποτελεσματικότητα : η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή⁶⁵.

Η ισχύς αυτού το ορισμού είναι ότι μπορεί να είναι χρήσιμος σε πολλά επίπεδα στο σύστημα υγείας από την απλή κλινική φροντίδα μέχρι την σύγκριση των συστημάτων υγείας διαφορετικών χωρών.

65. Βλ. Maxwell (1994), στο Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περιόδου Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, ό.π., σ. 173

Ο Hopkins⁶⁶, προσεγγίζει την ποιότητα αναφερόμενος κατ' αρχήν στις παραμέτρους : ιδανική αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.

- **Ιδανική αποτελεσματικότητα** : είναι η δυνατότητα μιας συγκεκριμένης χειρουργικής ή συντηρητικής ιατρικής παρέμβασης να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα σε έναν συγκεκριμένο ασθενών, κάτω από ιδανικές συνθήκες (πχ σε μια κλινική μελέτη).
- **Αποτελεσματικότητα** : με δεδομένο ότι η παροχή φροντίδων καθημερινά δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτω από ιδανικές συνθήκες πειράματος όπου η αποτελεσματικότητα θα εξισώνονταν με την ικανότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης, η αποτελεσματικότητα μετρά τον βαθμό στον οποίο μπορεί να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα μιας ιατρικής παρέμβασης, κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες. Η ικανότητα και η αποτελεσματικότητα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις τεχνικές ικανότητες και την κατάρτιση του προσωπικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας.
- **Αποδοτικότητα** : αναφέρεται στην άριστη αξιοποίηση των πόρων, ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Στη συνέχεια ο Hopkins αναφέρεται σε μια δεύτερη, εξίσου σημαντική ομάδα παραμέτρων, στην οποία περιλαμβάνονται : Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Το δικαίωμα στην παροχή φροντίδων υγείας. Ηθική φροντίδα. Σημασία. Δίκαιη κατανομή. Η δυνατότητα πρόσβασης. Η συνέχεια και η οργάνωση. Ο κοινωνικά αποδεκτός τρόπος .
- **Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας** : ενδεδειγμένη κρίνεται η παροχή υπηρεσιών υγείας όταν το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενή, το οποίο μπορεί να εκφράζεται ως ανακούφιση από πόνο, παράταση ζωής, καλύτερη ποιότητας ζωή, είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αρνητικές επιπτώσεις (νοσηρότητα, θάνατοι, παρενέργειες). Στην περίπτωση που το αναμενόμενο όφελος είναι μεγαλύτερο, δικαιολογείται η ιατρική παρέμβαση.

66. Βλ. Hopkins (1990), στο The quality of care, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract.260/12/1743>,

- Το δικαίωμα στην παροχή φροντίδων υγείας : το δικαίωμα όλων των πολιτών για προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους. Η φτώχεια συνεπάγεται μια αυξημένη επίπτωση του καρκίνου και αυξημένη θνητότητα. Οι οικονομικά αδύναμοι έχουν μεγαλύτερα ποσοστά σε ορισμένες μορφές καρκίνου και χαμηλότερους δείκτες επιβίωσης. Υπάρχουν πολλοί λόγοι : έλλειψη απασχόλησης, έλλειψη πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη, χρόνιος υποσιτισμός, μοιρολατρική στάση. Επίσης, άτομα οικονομικά ασθενέστερα είναι πιθανότερο να διαγνωστούν σε προχωρημένο στάδιο όταν οι πιθανότητες είναι περιορισμένες.
- Ηθική φροντίδα : μια διάσταση που αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις μέρες μας όπου κυριαρχεί ο διάλογος για τις εξελίξεις της γενετικής και την κλωνοποίηση. Μπορεί άραγε να θεωρηθεί ηθική φροντίδα που παρασχέθηκε με ιδιαίτερη ποιότητα, είχε άριστα αποτελέσματα για τον ασθενή στηρίχθηκε όμως σε μεθόδους και πρακτικές που στερούνται ηθικής (πχ μεταμόσχευση νεφρού με μόσχευμα που προέρχεται από εμπόριο) ; Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων πρόληψης εξετάζει και τις νομικές και, ηθικές οικονομικών επιδράσεις.
- Σημασία : η συνάφεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ιδιαίτερες ανάγκες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας.
- Η δίκαιη κατανομή : η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από διακρίσεις φυλετικές, κοινωνικο-οικονομικές, φιλοσοφικών και πολιτικών πεποιθήσεων κλπ.
- Η δυνατότητα πρόσβασης : η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η πρόσβαση αναφέρεται σε εμπόδια τοπικά, χρονικά και οικονομικά. Οι Berkman and Sampson, (1993), αναφερόμενοι στην αντιμετώπιση του καρκίνου στις ΗΠΑ, αναφέρουν χαρακτηριστικά. «Ως έθνος οφείλουμε να διασφαλίσουμε σε όλους όσους έχουν ανάγκη ανεξαιρέτως δυνατοτήτων πρόσβαση κα κάλυψη στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση». Στην ενημέρωση και τον έλεγχο για τον καρκίνο συχνά το κράτος πρέπει να πάει στον πολίτη κι όχι ο πολίτης στις Υπηρεσίες Υγείας. Από τη διεθνή βιβλιογραφία έχουμε παραδείγματα προγραμμάτων σε εργασιακούς χώρους με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι κινητές μονάδες

γενικά έχουν εξίσου καλά αποτελέσματα. Πολλές φορές δεν απαιτείται η συμμετοχή μόνο του υγειονομικού προσωπικού αλλά και της κοινωνίας, του εκπαιδευτικού συστήματος, ακόμη και της εκκλησίας. Στις ΗΠΑ, με πρωτοβουλία του National Cancer Institute (NCI) είχαν αξιόλογα αποτελέσματα από προγράμματα ενημέρωσης γυναικών σε θέματα καρκίνου σε χώρους όπως κομμωτήρια και ινστιτούτα αισθητικής.

- Η συνέχεια και η οργάνωση : η διάσταση αυτή αποκτά ξεχωριστή σημασία σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας όπως ο καρκίνος. Αναφέρεται στο βαθμό που ο ίδιος ασθενής παρακολουθείται μακροπρόθεσμα από το ίδιο ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό καθώς και στη δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας που τον παρακολουθούν.⁶⁷

67. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, ό.π., σ. 173

6.4 Αξιολόγηση προγραμμάτων : παραδείγματα από τη διεθνή βιβλιογραφία

Σύμφωνα με την άποψη του Φιλόπουλου, στη χώρα μας, τόσο η πρωτογενής όσο και η δευτερογενής πρόληψη ασκούνται περιστασιακά και αποσπασματικά από μεμονωμένους φορείς και γιατρούς, κι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει εμπειρία από συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης. Θα περιοριστούμε συνεπώς σε πρωτοβουλίες από άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά και παραδείγματα από αναπτυσσόμενες χώρες, όπως παρουσιάζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η πρακτική της ευρείας εφαρμογής προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) σε αρκετές περιπτώσεις καρκίνου, κυρίως όμως στον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου για τις γυναίκες, υπόκεινται σε συστηματική οικονομική αξιολόγηση.

Ο υπολογισμός αυτός έχει αρκετές δυσκολίες, δεδομένου ότι αρκετές οικονομικές αξιολογήσεις εκτιμήσεις της ιατρικής πρακτικής κρίνονται αναξιόπιστες και δεν χρησιμοποιούν τις κατάλληλες αναλυτικές τεχνικές. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συγκριτικές αξιολογήσεις μεταξύ διαφορετικών ευρωπαϊκών χωρών και οι παρατηρούμενες διαφορές και διακυμάνσεις τόσο στο κόστος όσο και στα αποτελέσματα.

Σ' ότι αφορά ειδικότερα τον καρκίνο του μαστού, προγράμματα υψηλής ποιότητας, υπάρχουν σε αρκετές χώρες και μπορούν να προσφέρουν μια σημαντική ευκαιρία στο να αξιολογήσουμε τη δραστηριότητα και σε μακροπρόθεσμη βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου σε όρους μείωσης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τη νόσο. Επί του παρόντος υπάρχουν 22 χώρες σε όλο τον κόσμο που τρέχουν εθνικά, τοπικά ή πιλοτικά προγράμματα μαζικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Το Διεθνές Δίκτυο Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Μαστού (International Breast Cancer Screening Network IBSN), μια διεθνής εθελοντική συλλογική προσπάθεια η οποία διευθύνεται από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των ΗΠΑ (National Cancer Institute) έχει ξεκινήσει μια σημαντική προσπάθεια με σκοπό την συλλογή και τη επεξεργασία δεδομένων διεθνώς αναφορικά με τις ακολουθούμενες πολιτικές, τη χρηματοδότηση και την οργάνωση, καθώς και τα αποτελέσματα από τα αντίστοιχα προγράμματα

Από την πρωτοβουλία αυτή προκύπτει ότι τα προγράμματα διαφέρουν ως προς τον τρόπο οργάνωσης και υπέστησαν αλλαγές από το 1990 έως το 1995. Η πιο χαρακτηριστική αλλαγή, είναι η αύξηση στον αριθμό των χωρών που έχουν ή που προγραμματίζουν να οργανώσουν προγράμματα μαζικού ελέγχου για τον καρκίνο του

μαστού. Μια δεύτερη σημαντική αλλαγή είναι στις κατευθύνσεις ως προς το κατώτερο όριο ηλικίας για τη διενέργεια της μαστογραφίας καθώς και χρήση της κλινικής εξέτασης και της αυτοεξέτασης ως συμπληρωματικές μεθόδους ανίχνευσης.

Σε εθνικό επίπεδο ενδιαφέρουσα είναι η μελέτη του Norum, για την αξιολόγηση προγραμμάτων screening για τον καρκίνο του μαστού στη Νορβηγία. Η αξιολόγηση στηρίχθηκε στους παρακάτω δείκτες :

1. μείωση αριθμού χειρουργικών επεμβάσεων για καρκίνο του μαστού
2. μείωση θνητότητας οφειλόμενης στον καρκίνο του μαστού
3. κερδισμένα έτη ζωής
4. κόστος ανά εξεταζόμενη γυναίκα
5. κόστος ανά εντοπιζόμενο καρκίνο
6. κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής

Σε αντίστοιχη μελέτη από τη Φιλανδία, με σκοπό την εκτίμηση από κοινωνικής άποψης του κόστους αποτελεσματικότητας, του φιλανδικού εθνικού προγράμματος screening καρκίνου του μαστού, τα αποτελέσματα μετρήθηκαν σε κερδισμένα έτη ζωής από τα 1987 έως το 2020, για το πρόγραμμα το οποίο ολοκληρώθηκε το 1992. συνολικά 90.000 γυναίκες ηλικίας 50-59 κλήθηκαν για screening τη διάρκεια των ετών 1987-1989. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 76.000. Το κύριο μέτρο εκτίμησης ήταν το κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής. Εκτιμήθηκε ότι κερδίθηκαν 578 έτη ή 3.2 έτη κερδισμένης ζωής/1000 ελέγχους. Το συνολικό κόστος προγράμματος έφτασε τα 11 εκατ.δολάρια ανά 100.000 ελέγχους.

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη κόστους αποτελεσματικότητας για screening καρκίνου του μαστού σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες (Ισπανία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ολλανδία) διενεργήθηκε από το Institute for Medical Technology Assesment, Erasmus University Rotterdam, στην Ολλανδία. Υπολογίσθηκαν οι σχετική αποτελεσματικότητα (έτη κερδισμένης ζωής / 1000 ελέγχους) καθώς και το κόστος εξέτασης. Ενδιαφέρον έχουν τα στοιχεία, τα οποία μας δείχνουν και τις παρατηρούμενες διαφορές ανάμεσα στις χώρες αυτές. Έτσι η σχετική αποτελεσματικότητα βρέθηκε υψηλότερη στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου έχουμε 16,55 έτη κερδισμένης ζωής / 1000 ελέγχους και χαμηλότερη στην Ισπανία 8,23 έτη κερδισμένης ζωής / 1000 ελέγχους. Αντίστοιχες διαφορές παρατηρήθηκαν στο κόστος του ελέγχου που υπολογίσθηκε σε 38 λίρες Αγγλίας για την Ισπανία και 18 για την Ολλανδία καθώς και το κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής με υψηλότερο στην Ισπανία και

χαμηλότερο στην Ολλανδία . Σε αντίστοιχη πλέον πρόσφατη μελέτη εκτίμησης κόστους ανά έτος κερδισμένης ζωής, παρατηρήθηκε εξίσου μεγάλη διακύμανση και τα ποσά κυμάνθηκαν από 2.650 euros στην Ισπανία έως 9.650 στη Γερμανία.⁶⁸

68. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περιόδου Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, ό.π., σ. 160 και σ. 177

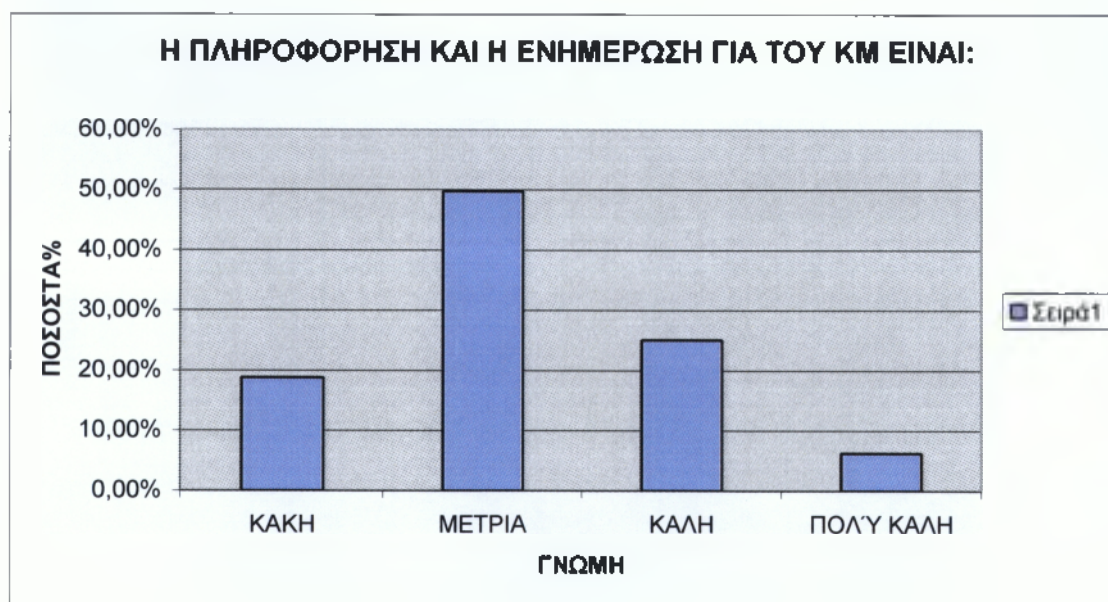
7. ΕΡΕΥΝΑ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στο διάγραμμα 7.1 βλέπουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου. Από τις 207 γυναίκες που ερωτήθηκαν ηλικίας 21 ετών και άνω, να πουν τη γνώμη τους για την πληροφόρηση και την ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα, το 50% την θεωρεί μέτρια.

Αν θεωρήσουμε ότι η «μέτρια» και η «κακή» ενημέρωση υποδηλώνουν πως η ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα είναι ελλιπής, και αντίστοιχα η «καλή» και η «πολύ καλή» υποδηλώνουν ότι είναι επαρκής, τότε έχουμε:

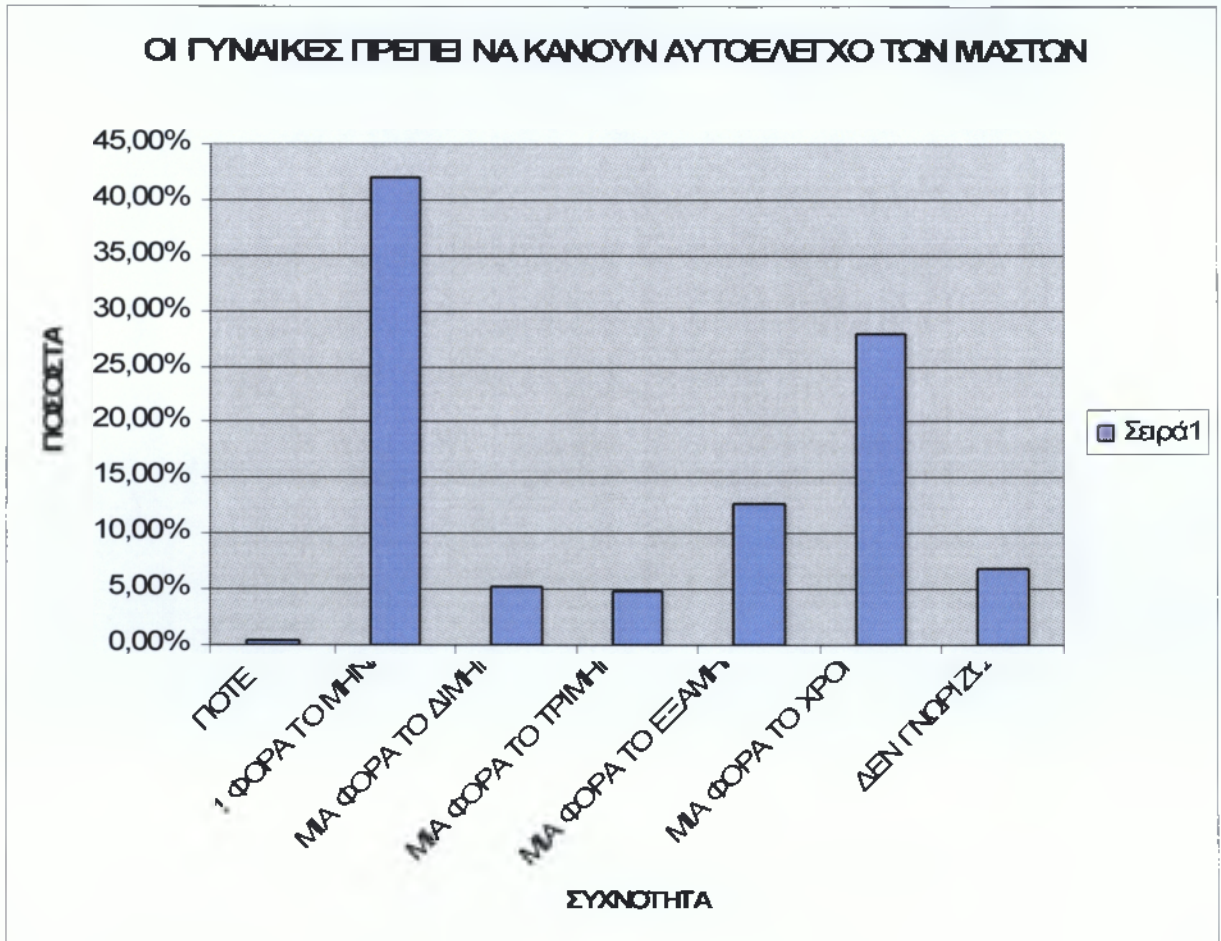
Το 68% λοιπόν των Ελληνίδων θεωρούν πως η πληροφόρηση και η ενημέρωση για την πληροφόρηση του καρκίνου του μαστού είναι ελλιπής, έναντι του 32% που την θεωρεί επαρκή.

Σχήμα 7.1



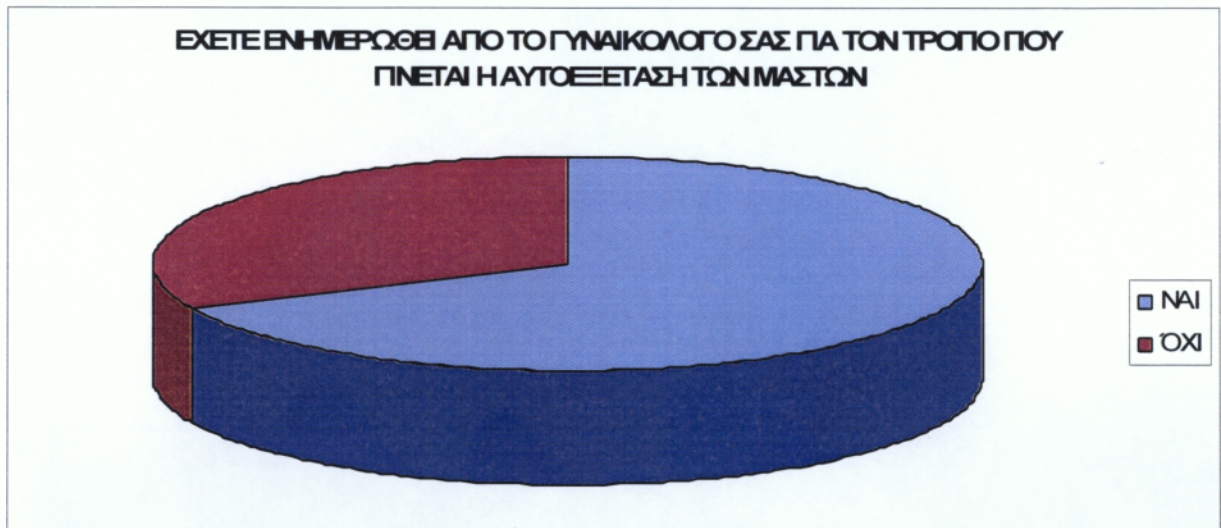
Το διάγραμμα 7.2 αναφέρεται στην ερώτηση κάθε πότε πρέπει να κάνουν γυναίκες αυτοέλεγχο των μαστών απάντησε σωστά το 42,02%. Δεν είναι κακό το πολύ χαμηλό το ποσοστό αυτό, δεν είναι όμως και υψηλό αν αναλογισθούμε ότι είναι η πιο απλή, ανώδυνη και με μηδέν κόστος μέθοδο πρόληψης.

Σχήμα 7.2



Το διάγραμμα 7.3 αναφέρεται στην ερώτηση αν έχουν ενημερωθεί από το γυναικολόγο τους πώς να κάνουν αυτοέλεγχο των μαστών, το 68% απάντησε «ναι». Το 68% είναι πολύ σημαντικό ποσοστό διότι δείχνει ότι η πλειοψηφία των γιατρών ασχολούνται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και κάνουν σωστά τη δουλειά τους ενημερώνοντας τις ασθενείς τους για την σωστή πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Σχήμα 7.3



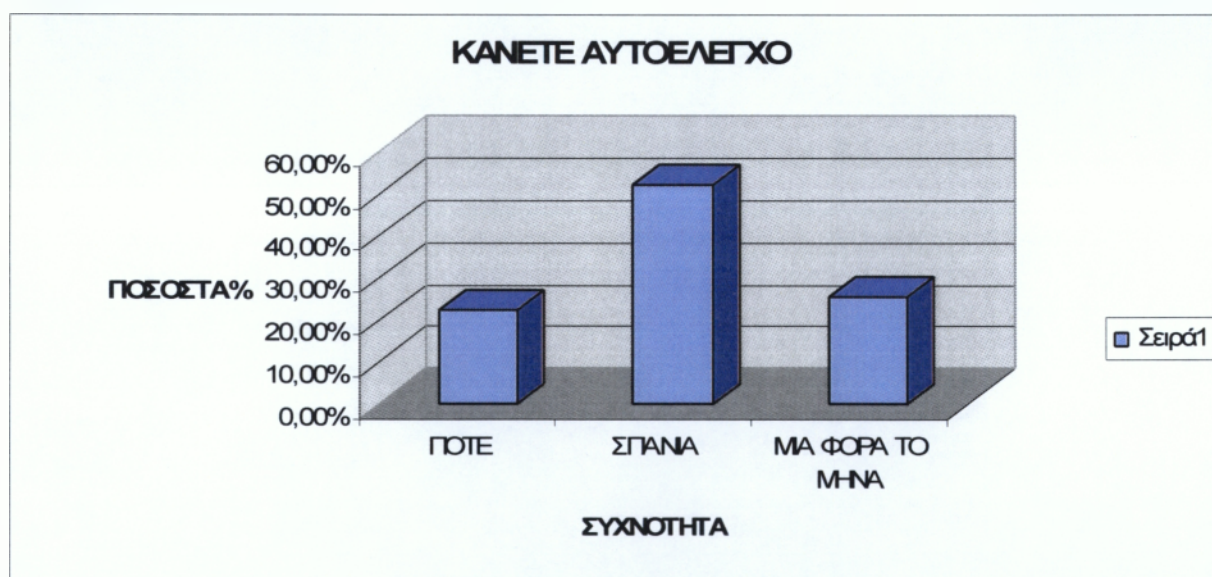
Το διάγραμμα 7.4 αναφέρεται στην ερώτηση κάθε πότε κάνουν αυτοέλεγχο οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, μόνο το 25,60% κάνει αυτοέλεγχο μια φορά το μήνα σύμφωνα με τις οδηγίες της ΕΕ .

Εδώ παρατηρούμε το εξής περίεργο:

- Από τη ερώτηση 2 συμπεράναμε πως το 42,02% γνωρίζει κάθε πότε πρέπει να κάνει αυτοεξέταση των μαστών.
- Από την ερώτηση 3 μάθαμε πως το 68,11% έχει ενημερωθεί από το γυναικολόγο του πως γίνεται η αυτοεξέταση των μαστών.
- Παρ' όλα αυτά απ' την ερώτηση 4 φαίνεται πως μόνο το 25,60% κάνει αυτοέλεγχο των μαστών μια φορά το μήνα.

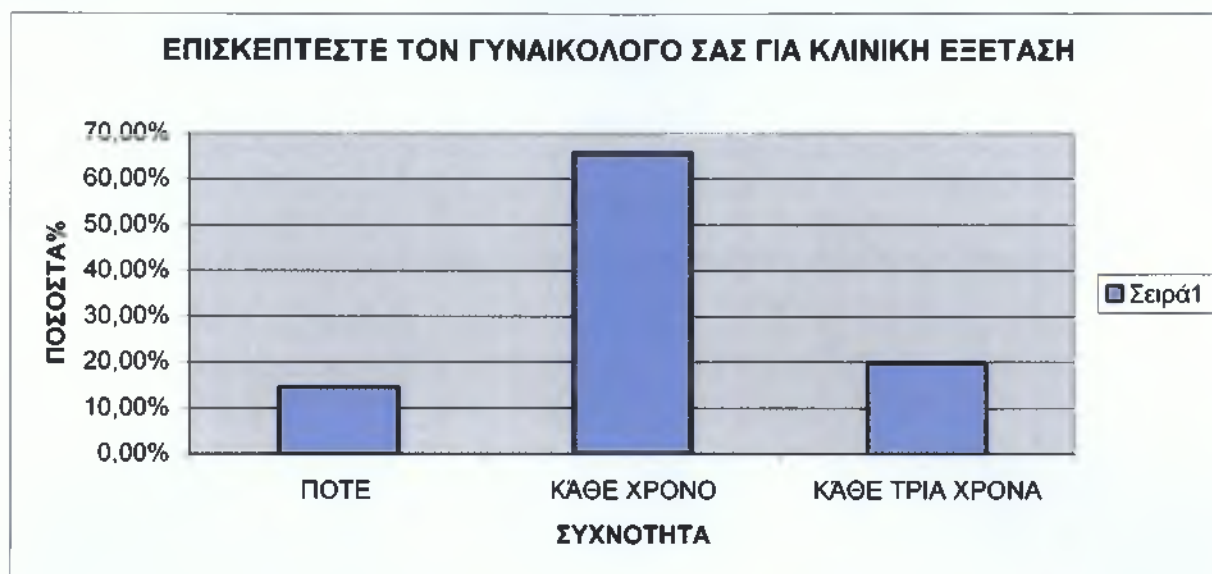
Η διαφορά στα ποσοστά αυτά μας δείχνει ότι μπορεί η ενημέρωση να μην είναι η ιδανικότερη, αλλά το σημαντικότερο πρόβλημα είναι ότι η Ελληνίδα δεν συμμορφώνεται στις οδηγίες της ΕΕ για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Γνωρίζει αλλά δεν πειθαρχεί.

Σχήμα 7.4



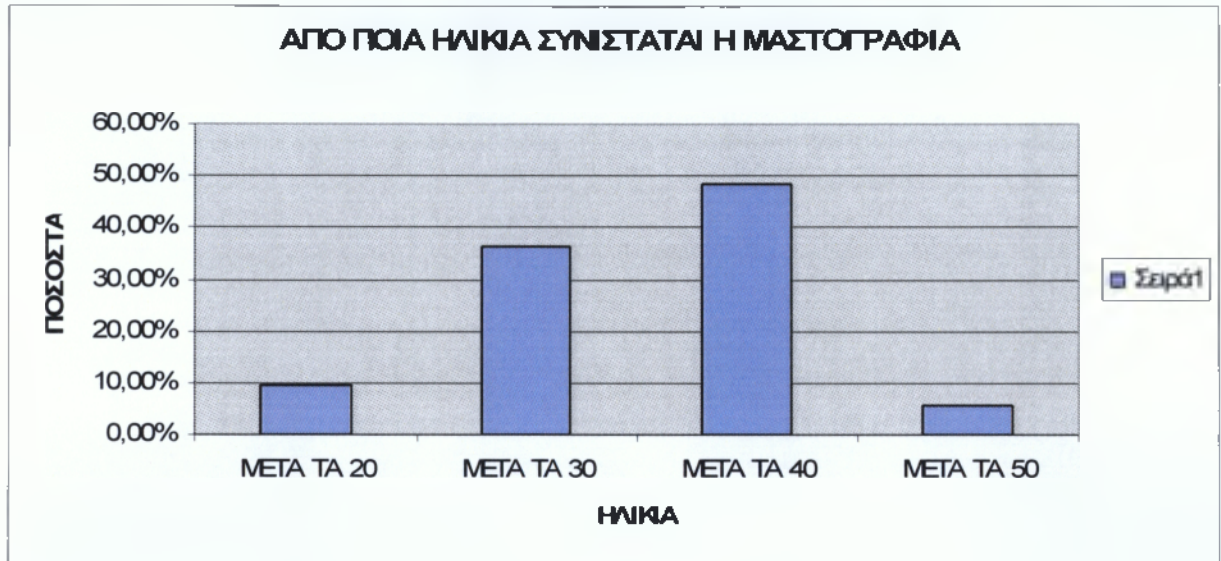
Το διάγραμμα 7.5 αναφέρεται στην ερώτηση 5 τα ποσοστά είναι πολύ καλά, το 75,50% απάντησε σωστά. Το 65,70% επισκέπτονται τον γυναικολόγο κάθε χρόνο και το 19,80% κάθε τρία χρόνια που είναι μέσα στα όρια της πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού.

Σχήμα 7.5



Το διάγραμμα 7.6 αναφέρεται στην ερώτηση 6 από ποια ηλικία συνίσταται η μαστογραφία, το 48,30% απάντησε σωστά (μετά τα 40). Το 36,23% απάντησε μετά τα 30, το οποίο δεν είναι και τελείως λάθος γιατί για τις ομάδες υψηλού κινδύνου στα 35 γίνεται η πρώτη μαστογραφία αναφοράς.

Σχήμα 7.6



Το διάγραμμα 7.7 αναφέρεται στην ερώτηση 7 κάθε πότε πρέπει να κάνετε μαστογραφία μετά τα 40, σύμφωνα με τις οδηγίες της ΕΕ είναι κάθε 1-2 χρόνια. άρα το 94,68% (71,01% + 23,67%) απάντησε σωστά.

Σχήμα 7.7



Το διάγραμμα 7.8 αναφέρεται στην ερώτηση 8 αν έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία λάβαμε υπόψιν τις απαντήσεις μόνο των γυναικών οι οποίες είναι άνω των 40 ετών και πρέπει να κάνουν μαστογραφία. Από τις 95 γυναίκες άνω των 40 το μεγαλύτερο ποσοστό έχει κάνει μαστογραφία.

Σχήμα 7.8

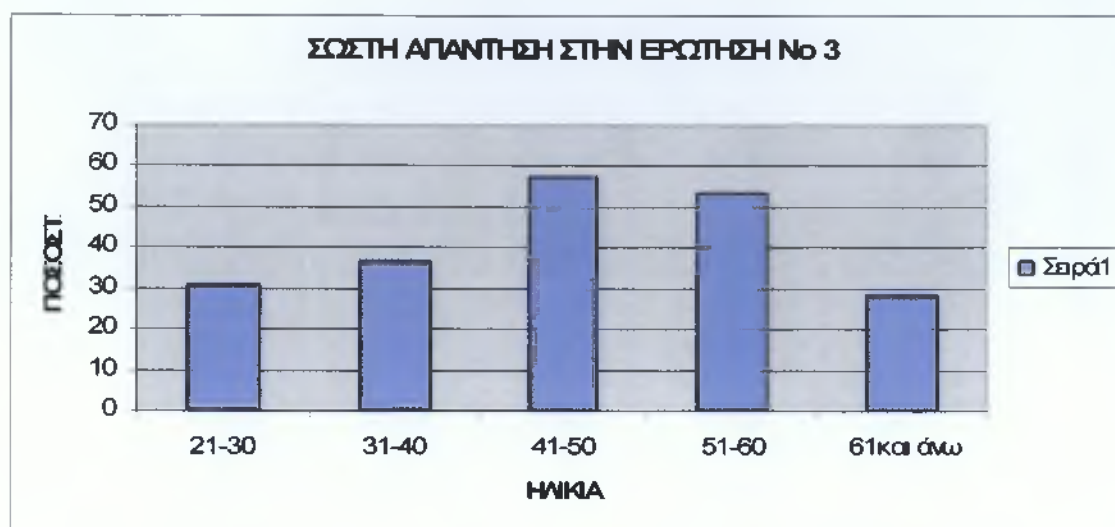


Στο διάγραμμα 7.9 βλέπουμε τα ποσοστά των γυναικών που απάντησαν σωστά στην ερώτηση κάθε πότε πρέπει να κάνουν αυτοέλεγχο των μαστών κατά ηλικία.

Παρατηρούμε λοιπόν πως καλύτερα ενημερωμένες είναι οι γυναίκες ηλικίας 41-60 παρόλο που τα τελευταία χρόνια γίνονται περισσότερες προσπάθειες για την καλύτερη ενημέρωση και πληροφόρηση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αυτό όμως μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι μετά τα 40 οι γυναίκες αρχίζουν να ασχολούνται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού όχι μόνο γιατί ωριμάζουν, αλλά, κυρίως γιατί πλέον ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, αφού όπως προαναφέρθηκε η ηλικία είναι ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού.

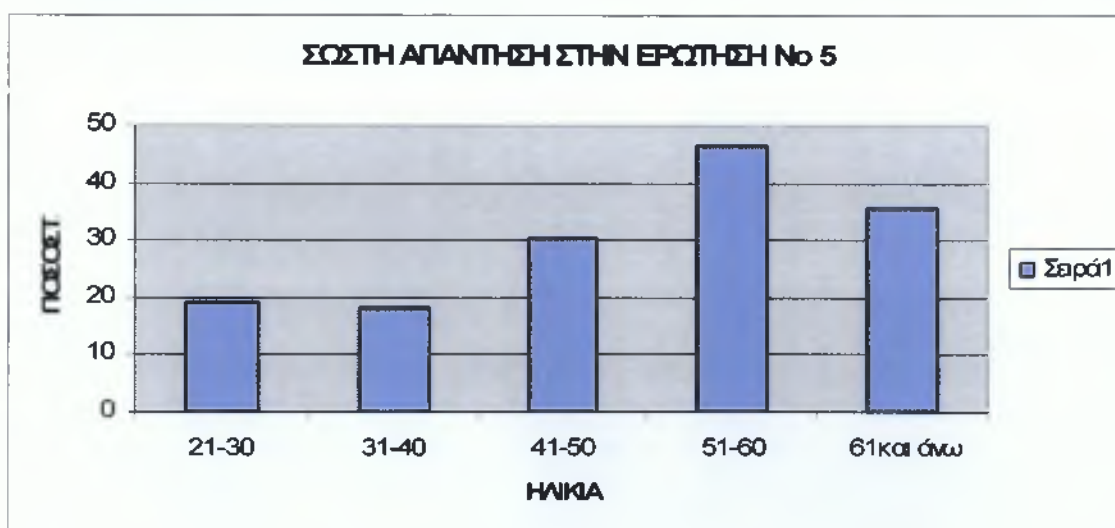
Παρατηρούμε επίσης ότι τα ποσοστά μειώνονται πολύ, μετά την ηλικία των 61. αυτή η μείωση ίσως να οφείλεται στο ότι παλιά δεν υπήρχε ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αλλά και στο γεγονός ότι η γενιά αυτή ζούσε με τόσα ταμπού και προκαταλήψεις που οι γυναίκες δύσκολα επισκέπτονταν τον γυναικολόγο ακόμα κι όταν είχαν πρόβλημα υγείας.

Σχήμα 7.9



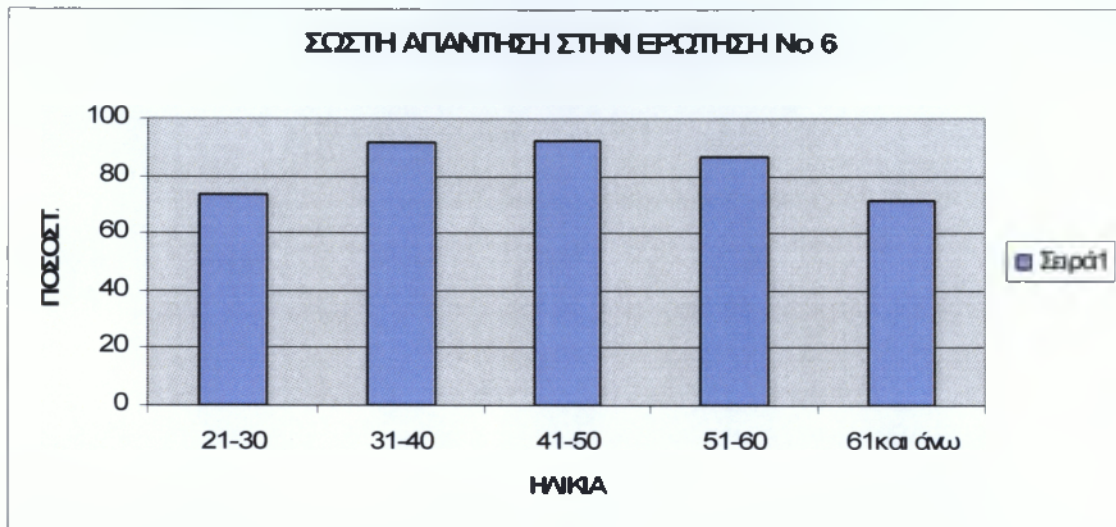
Στο διάγραμμα 7.10 ισχύουν τα ίδια περίπου με το διάγραμμα 9 με τη διαφορά ότι εδώ είναι ανεβασμένο το ποσοστό που κάνει αυτοέλεγχο στις γυναίκες άνω των 61 ετών, ενώ στο προηγούμενο διάγραμμα τα αποτελέσματα έδειχναν ότι οι γυναίκες άνω των 61 ετών δεν γνωρίζουν κάθε πότε πρέπει να κάνουν αυτοέλεγχο των μαστών.

Σχήμα 7.10



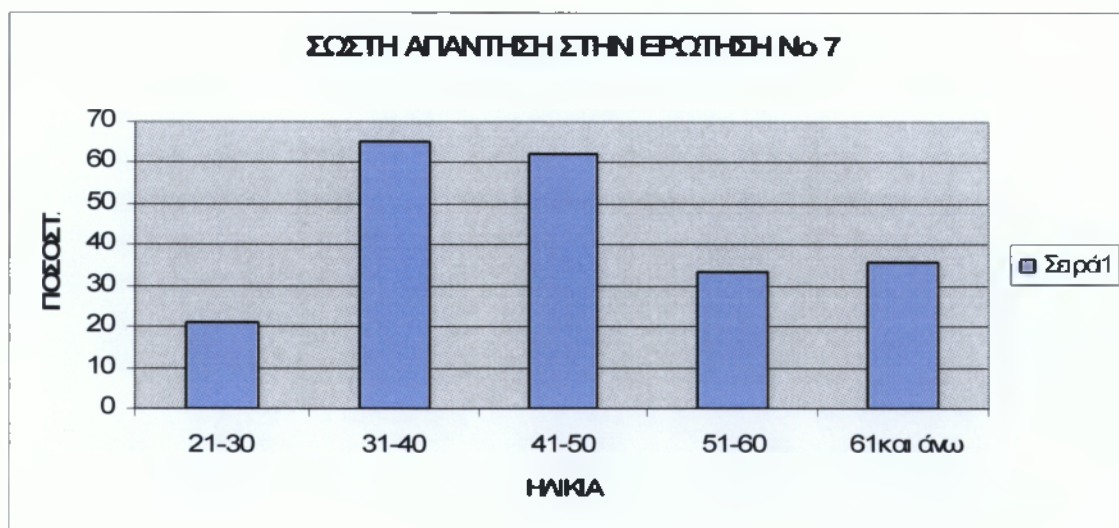
Στο διάγραμμα 7.11 είναι αισιόδοξα τα ποσοστά γιατί φαίνεται ότι οι Ελληνίδες όλων των ηλικιών επισκέπτονται κάθε χρόνο το γυναικολόγο καθώς η κλινική εξέταση είναι πολύ σημαντική μέθοδος για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Σχήμα 7.11



Στο διάγραμμα 7.12 βλέπουμε ότι απάντησαν σωστά στην ερώτηση από ποια ηλικία πρέπει να κάνουν μαστογραφία, κυρίως οι γυναίκες 31-50 ετών. Ίσως το ποσοστό που γνωρίζει στην ηλικία των 31-40, να αυξήθηκε εδώ γιατί στα 35 γίνεται μια μαστογραφία αναφοράς στις γυναίκες υψηλού κινδύνου ή αν το ζητήσει ο γυναικολόγος.

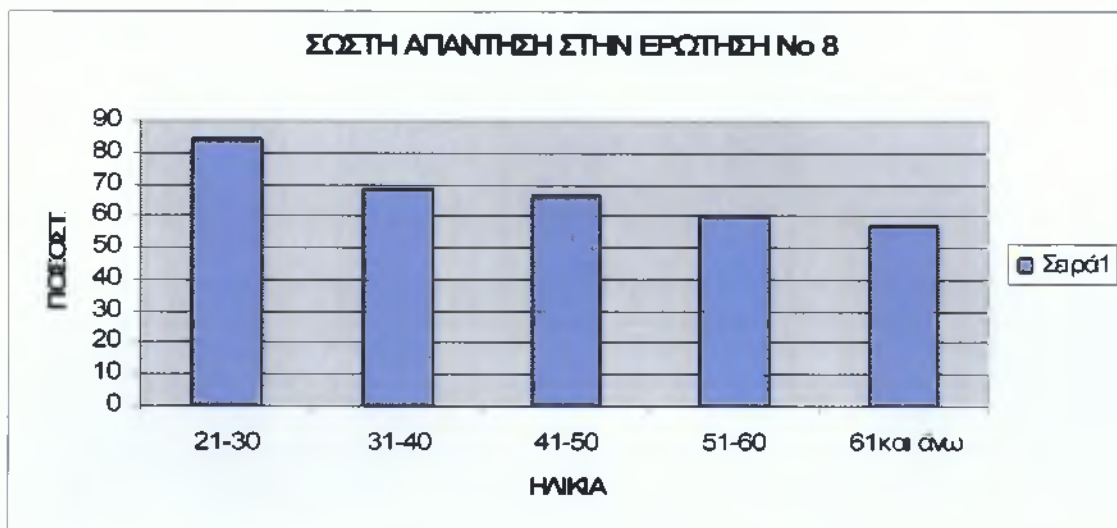
Σχήμα 7.12



Το διάγραμμα 7.13 αναφέρεται στην ερώτηση κάθε πότε πρέπει να κάνουν οι γυναίκες μαστογραφία μετά τα 40 απάντησαν σωστά οι περισσότερες γυναίκες όλων των ηλικιών.

Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι όταν μιλάμε για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού το μυαλό όλων μας πάει στην μαστογραφία. Όχι μόνο γιατί είναι η κυριότερη μέθοδος πρόληψης και εντοπίζει όγκους στο μικρότερο δυνατό μέγεθος αλλά και γιατί τα ΜΜΕ έχουν ασχοληθεί κατά καιρούς κυρίως με τη μαστογραφία.

Σχήμα 7.13



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βασικό συμπέρασμα αυτής της εργασίας είναι ότι στην Ελλάδα η ενημέρωση και η πληροφόρηση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού δεν είναι επαρκείς. Σίγουρα έχουν γίνει κάποια βήματα για την καλύτερη ενημέρωση ώστε να κατανοήσουν ότι η Πρόληψη μπορεί να σώσει ζωές, να δημιουργήσει καλύτερη ποιότητα ζωής με πιο συντηρητικές επεμβάσεις καθώς και να λιγοστέψει τις ανάγκες μας για την Θεραπευτική Ιατρική.

Επιμέρους συμπεράσματα είναι τα εξής:

A. Στη χώρα μας , τόσο η πρωτογενής όσο και η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου ασκούνται περιστασιακά κι αποσπασματικά από μεμονωμένους φορείς και γιατρούς, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει εμπειρία από συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης, ούτε και τα επιθυμητά αποτελέσματα.

B. Η Ελλάδα δυστυχώς δεν έχει ακολουθήσει ακόμα τις κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Παρόλο που έρευνες έχουν δείξει ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του μαστού μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα έως και 30%.

Γ. Η μείωση της θνησιμότητας προϋποθέτει δύο βασικούς παράγοντες όπου στην Ελλάδα δεν πληρούνται.

- ✓ Σε ατομικό επίπεδο η Ελληνίδα πρέπει να πειθαρχήσει στις αρχές της πρόληψης του καρκίνου του μαστού.
- ✓ Σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας πρέπει να λαμβάνει μέρος σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου. Στην Ελλάδα τα προγράμματα πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού είναι ακόμα πιλοτικά και χωρίς μεγάλη χρονική διάρκεια.

Βασικός σκοπός των κυβερνήσεων και του ιατρικού κλάδου, είναι να δημιουργήσουν πολιτικές και στρατηγικές για σωστή ενημέρωση πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

Για να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα θα πρέπει:

- ✓ Η κρατική ενημέρωση, για τον καρκίνο του μαστού, να είναι συνεχής και να καλύπτει όλο το γυναικείο πληθυσμό καθώς και να συμμετέχουν οι Ελληνίδες σε οργανωμένα πληθυσμιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

- ✓ Να υπάρξουν μηχανισμοί διαφώτισης και ευαισθητοποίησης του γυναικείου πληθυσμού, για την καλύτερη πληροφόρηση και τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης, με βασικό εργαλείο την Αγωγή Υγείας κάνοντας χρήση όλων των υπάρχοντων μέσων, όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόρασης-ραδιόφωνο-internet), ενημερωτικές ομιλίες, φυλλάδια, αφίσες.
- ✓ Να συμμετέχουν οι τοπικοί φορείς, όπως η τοπικοί αυτοδιοίκηση οι ιατρικοί σύλλογοι, τα κέντρα υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γυναικείες οργανώσεις, η εκκλησία και ότι μπορεί να αυξήσει τη συμμετοχή.

Αρχικά λοιπόν, θα πρέπει να καταφέρει η Ελλάδα να καθιερώσει σε πανεθνική κλίμακα τον μαστογραφικό έλεγχο ανίχνευσης, παρέχοντας ανά διετία σε όλες τις γυναίκες μεταξύ 50 και 69 ετών μαστογραφικό έλεγχο, με κινητές μαστογραφικές μονάδες που θα επισκέπτονται τα κέντρα υγείας ξεπερνώντας κάθε γεωγραφικό εμπόδιο, και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ για εξασφάλιση ποιοτικού ελέγχου. Ο επόμενος στόχος πρέπει να είναι η δημιουργία κέντρων μαστού πολλαπλών ειδικοτήτων, δεδομένου ότι μια θεραπευτική αγωγή σε αυτά τα κέντρα βελτιώνει αποδεδειγμένα τις πιθανότητες επιβίωσης και την ποιότητα ζωής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ημερομηνία γεννήσεως ___ / ___ / ___

2. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση και η πληροφόρηση για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι :
 - Κακή
 - Μέτρια
 - Καλή
 - Πολύ καλή

3. Κάθε πότε πρέπει να κάνουν οι γυναίκες αυτοέλεγχο των μαστών :
 - Ποτέ
 - Μια φορά το μήνα
 - Μια φορά το δίμηνο
 - Μια φορά το τρίμηνο
 - Μια φορά το εξάμηνο
 - Μια φορά το χρόνο
 - Δεν γνωρίζω

4. Έχετε ενημερωθεί από το γυναικολόγο σας για τον τρόπο που γίνεται ο αυτοέλεγχος των μαστών ;
 - Ναι
 - Όχι

5. Εσείς κάνετε αυτοέλεγχο : Ποτέ
 - Σπάνια
 - Μια φορά το μήνα

6. Επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας για κλινική εξέταση :

- Ποτέ
- Κάθε χρόνο
- Κάθε τρία χρόνια

7. Από ποια ηλικία συνίσταται η μαστογραφία :

- Μετά τα 20 έτη
- Μετά τα 30 έτη
- Μετά τα 40 έτη
- Μετά τα 50 έτη

8. Κάθε πότε πρέπει να κάνετε μαστογραφία μετά την κατάλληλη ηλικία :

- Κάθε χρόνο
- Κάθε δύο χρόνια
- Κάθε τρία χρόνια
- Κάθε τέσσερα χρόνια

9. Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία ; Ναι

Όχι

10. Εάν δεν έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία είναι λόγω :

- Ηλικίας
- Άγνοιας
- Φόβου
- Αμέλειας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Καρκίνος του μαστού P5_TA(2003)0270 A5-0159/2003

Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τον καρκίνο του μαστού στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2002/2279(INI))

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο,

- έχοντας υπόψη το άρθρο 152 της Συνθήκης ΕΚ, όπως αυτό έχει τροποποιηθεί από την Συνθήκη της Νίκαιας,
- έχοντας υπόψη το άρθρο 35 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
- έχοντας υπόψη το ψήφισμά του της 9ης Μαρτίου 1999 για την έκθεση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με την κατάσταση της υγείας των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα,
- έχοντας υπόψη το ψήφισμά του της 13ης Φεβρουαρίου 2003 επί της ανακοίνωσης της Επιτροπής σχετικά με τα κοινοτικά και εθνικά μέτρα για τα εμφυτεύματα στήθους,
- έχοντας υπόψη το ψήφισμά του της 4ης Οκτωβρίου 2001 σχετικά με την ευρεσιτεχνιακή προστασία των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 ("καρκίνος του μαστού"),
- έχοντας υπόψη το ψήφισμά του της 15ης Ιανουαρίου 2003 σχετικά με την ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας,
- έχοντας υπόψη την απόφαση αριθ. 646/96/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 29ης Μαρτίου 1996, για τη θέσπιση σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καρκίνου εντός του πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000)(6) που έλαβε παράταση με την απόφαση αριθ. 521/2001/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου,
- έχοντας υπόψη την απόφαση αριθ. 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Σεπτεμβρίου 2002, για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008),
- έχοντας υπόψη την απόφαση αριθ. 1513/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Ιουνίου 2002, για το έκτο πρόγραμμα πλαίσιο δραστηριοτήτων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και επίδειξης της Ευρωπαϊκής

Κοινότητας, με σκοπό τη συμβολή στη δημιουργία του ευρωπαϊκού χώρου έρευνας και στην καινοτομία (2002-2006),

- έχοντας υπόψη την οδηγία 2001/20/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 4ης Απριλίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά την εφαρμογή ορθής κλινικής πρακτικής κατά τις κλινικές δοκιμές φαρμάκων προοριζομένων για τον άνθρωπο,
- έχοντας υπόψη τον Χάρτη κατά του Καρκίνου, ο οποίος ενεκρίθη στις 4 Φεβρουαρίου 2000 στην Πρώτη Παγκόσμια Διάσκεψη Κορυφής κατά του Καρκίνου στο Παρίσι,
- έχοντας υπόψη τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για την διασφάλιση της ποιότητας του μαστογραφικού ελέγχου,
- έχοντας υπόψη τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Μαστολογίας (European Society of Mastology, EUSOMA) με τον τίτλο: "Οι ανάγκες μονάδας ειδικευμένης σε παθήσεις του μαστού",
- έχοντας υπόψη τις συστάσεις σχετικά με τον έλεγχο του καρκίνου στην Ευρωπαϊκή Ένωση της Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Πρόληψη του Καρκίνου,
- έχοντας υπόψη το άρθρο 163 του Κανονισμού του,
- έχοντας υπόψη την έκθεση της Επιτροπής για τα Δικαιώματα της Γυναίκας και τις Ίσες Ευκαιρίες (A5-0159/2003),

Α. εκτιμώντας ότι το άρθρο 152 της Συνθήκης ΕΚ ορίζει ότι, κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου, καθώς και ότι η δραστηριότητα της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει την δράση των κρατών μελών, περιλαμβάνει την καταπολέμηση των περισσότερο εξαπλωμένων σοβαρών ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος, στο πλαίσιο δε αυτής της δράσης προωθούνται η διερεύνηση των αιτιών, η πρόληψη καθώς και η ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση για θέματα υγείας,

Β. έχοντας υπόψη ότι, σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), το 2000 περισσότερες από 216.000 γυναίκες προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού στην Ευρωπαϊκή Ένωση και 79.000 γυναίκες έχασαν την ζωή τους από την νόσο αυτή, ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ότι μία στις εννέα γυναίκες προσβάλλεται από αυτή την μορφή καρκίνου, καθώς και ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση,

Γ. εκτιμώντας, ότι ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναγνωρίζει σε κάθε άτομο το δικαίωμα πρόσβασης σε προληπτική υγειονομική περίθαλψη και σε ιατρική φροντίδα,

Δ . εκτιμώντας ότι κάθε γυναίκα, ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής της, την κοινωνική της θέση, το επάγγελμα και το μορφωτικό της επίπεδο, πρέπει να έχει πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες για την έγκαιρη ανίχνευση, αντιμετώπιση και μετέπειτα παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού· εκτιμώντας, όμως, ταυτόχρονα ότι σήμερα υφίστανται δραματικές διαφορές μεταξύ των κρατών μελών, των περιφερειών, ακόμα και μεταξύ των νοσοκομείων της ίδιας πόλης, όσον αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης για τον καρκίνο του μαστού και, επομένως, και τις πιθανότητες επιβίωσης των γυναικών,

Ε . εκτιμώντας ότι, η μελέτη της Eurocare του 1999 κατέδειξε ότι υφίστανται απαράδεκτες διαφορές, έως και της τάξεως του 16%, μεταξύ των κρατών μελών στα ποσοστά επιβίωσης ασθενών με καρκίνο του μαστού, διαφορές οι οποίες μεταξύ άλλων αποδίδονται σε διαφορές στην πρόσβαση στην έγκαιρη ανίχνευση, την διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση,

ΣΤ . έχοντας υπόψη ότι η έρευνα δεν έχει αναδείξει μέχρι στιγμής αποτελεσματικά μέτρα για την πρόληψη ή για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού, ανεξαρτήτως του σταδίου του καρκίνου κατά την στιγμή της διάγνωσης, καθώς και ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ιάσιμος σε ποσοστό έως 90%, όταν αναγνωρίζεται σε πρώιμο στάδιο και αντιμετωπίζεται κατάλληλα,

Ζ . εκτιμώντας ότι το κοινοτικό πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου" έχει προσφέρει σημαντική ώθηση στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού, ενώ οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για την διασφάλιση της ποιότητας του μαστογραφικού ελέγχου, που αναπτύχθηκαν για πρώτη φορά το 1992, αποτελούν εξαιρετικό παράδειγμα για τα κριτήρια ποιότητας και την βέλτιστη πρακτική στην ευρωπαϊκή πολιτική δημόσιας υγείας,

Η . έχοντας υπόψη ότι ο ποιοτικά διασφαλισμένος μαστογραφικός έλεγχος, δηλαδή η σε τακτά χρονικά διαστήματα πρόσκληση των γυναικών να υποβληθούν σε οικειοθελή και δωρεάν μαστογραφία και περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο, στο πλαίσιο οργανωμένου περιφερειακού ή εθνικού προγράμματος που απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, μπορεί, σύμφωνα με την ΠΟΥ, να μειώσει την θνησιμότητα που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού κατά 35% σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών και, σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, κατά 20% σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών,

Θ . εκτιμώντας ότι στις γυναίκες που φέρουν εμφύτευμα μαστού πρέπει να προσφέρεται η δυνατότητα εξετάσεων με υπερηχογράφημα, δεδομένου ότι η μαστογραφία δεν είναι εύκολο να πραγματοποιηθεί λόγω του εμφυτεύματος,

Ι . εκτιμώντας ότι η αυτοεξέταση του μαστού από την γυναίκα συμβάλλει σημαντικά στην αντίληψη της κατάστασης της υγείας της, αν και δεν μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική λύση στην έγκαιρη διάγνωση μέσω ανιχνευτικού ελέγχου, καθώς και ότι η ΠΟΥ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν ακόμα επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η κλινική εξέταση του μαστού ή η αυτοεξέταση μειώνει την θνησιμότητα που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού·

ΙΑ . εκτιμώντας ότι η εξέταση με ψηλάφηση αποτελεί σημαντικό μέσο για την έγκαιρη αναγνώριση καρκινωμάτων κατά το χρονικό διάστημα που παρεμβάλλεται ανάμεσα σε δύο δοκιμασίες ανίχνευσης, καθώς επίσης και σε γυναίκες οι οποίες,

εξαιτίας της ηλικίας τους, δεν δικαιούνται να συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα ανίχνευσης,

ΙΒ . εκτιμώντας ότι η πρόωμη διάγνωση, η θεραπευτική αντιμετώπιση και η μετέπειτα παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού θα έπρεπε να γίνονται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών ιατρών, καθώς με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αυξηθούν σημαντικά τα ποσοστά επιβίωσης των γυναικών,

ΙΓ . έχοντας υπόψη ότι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στον τομέα του καρκίνου του μαστού οδηγεί μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα σε εξοικονόμηση πόρων στο σύστημα υγείας, δεδομένου ότι αποφεύγονται περιττές εξετάσεις και θεραπευτικές αγωγές, καρκινώματα του μαστού αναγνωρίζονται σε πρωιμότερο στάδιο και, ως εκ τούτου, απαιτούνται λιγότερο δαπανηρές εγχειρήσεις και μετεγχειρητικές αγωγές,

ΙΔ . έχοντας υπόψη ότι πρέπει να επιτευχθεί μια όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής για την ασθενή, καθώς η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού συνδέεται με μεγάλη σωματική και ψυχική επιβάρυνση,

ΙΕ . εκτιμώντας ότι οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού πρέπει να ενημερώνονται δεόντως από τον θεράποντα ιατρό σχετικά με την διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση, και να συμμετέχουν στην απόφαση για την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής έχοντας πλήρη επίγνωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών,

ΙΣΤ . εκτιμώντας ότι δεν έχουν θεσπίσει ακόμα όλα τα κράτη μέλη ειδική νομοθεσία σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τα εν λόγω δικαιώματα είναι επί του παρόντος μη ορατά για τους ασθενείς,

1. καλεί τα κράτη μέλη και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να αναγάγουν την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού σε προτεραιότητα στο πλαίσιο της πολιτικής δημόσιας υγείας, καθώς επίσης και να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για τον καρκίνο του μαστού, με στόχο την καλύτερη πρόληψη, την πρόωμη αναγνώριση, την διάγνωση, την αντιμετώπιση και την μετέπειτα παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού, ούτως ώστε να διασφαλιστεί υψίστης ποιότητας περίθαλψη για τον καρκίνο του μαστού σε ολόκληρη την Ευρώπη·

2. καλεί τα κράτη μέλη να θέσουν ως στόχο την επίτευξη, μέχρι το 2008, των αναγκαίων προϋποθέσεων, ώστε να μειωθεί κατά 25% το μέσο ποσοστό θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού στην ΕΕ και να περιοριστούν σε 5% οι υπάρχουσες διαφορές μεταξύ των κρατών μελών στην πενταετή επιβίωση·

3. επικρίνει το γεγονός ότι, μέχρι σήμερα, μόνον 8 από τα 15 κράτη μέλη έχουν λάβει μέτρα, βασιζόμενα στις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για την διασφάλιση της ποιότητας του μαστογραφικού ελέγχου, με στόχο την εισαγωγή εθνικών προγραμμάτων ανίχνευσης· για τον λόγο αυτό, καλεί τα κράτη μέλη να παράσχουν, το συντομότερο δυνατόν, σε όλες τις γυναίκες ηλικίας μεταξύ 50 έως 69 ετών, τουλάχιστον, την δυνατότητα μαστογραφικού ελέγχου ανά διετία, στο πλαίσιο προγράμματος που θα απευθύνεται σε όλον τον πληθυσμό, όπου η εθελοντική

συμμετοχή στο πρόγραμμα θα επιτύχει ποσοστό συμμετοχής άνω του 70%, βάσει των ακολούθων κριτηρίων ποιότητας:

- ο ανιχνευτικός έλεγχος θα λαμβάνει χώρα σε ειδικά προβλεπόμενες και πιστοποιημένες για τον σκοπό αυτό μονάδες, μόνιμες ή κινητές μονάδες, που θα εξαρτώνται από ειδικά κέντρα, ενώ ο περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος περιστατικών όπου έχουν διαπιστωθεί ύποπτα αποτελέσματα θα διεξάγεται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών ιατρών σε εξειδικευμένες μονάδες,

- κάθε μαστογραφία θα αναλύεται ανεξάρτητα και βάσει της τυφλής δοκιμασίας από δύο ακτινολόγους, έκαστος των οποίων θα αναλύει μαστογραφίες τουλάχιστον 5.000 γυναικών ετησίως,

- ο εξοπλισμός για τις εξετάσεις ανίχνευσης θα ελέγχεται τακτικά ως προς την ποιότητα της εικόνας και το φορτίο ακτινοβολίας, ενώ πρέπει να ελέγχεται και η διαδικασία εμφάνισης της εικόνας,

- οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχουν σε τακτική βάση σε προγράμματα επιμόρφωσης·

4. ζητεί, στο πλαίσιο των προγραμμάτων ανίχνευσης, να διατίθενται και ειδικά μηχανήματα για την πραγματοποίηση υπερηχογραφημάτων στην περίπτωση γυναικών που φέρουν εμφύτευμα μαστού αδιαπέραστο από τις ακτίνες X·

5. αξιώνει όπως κάθε γυναίκα που έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού έχει το δικαίωμα να παρακολουθείται από διεπιστημονική ομάδα και, για το λόγο αυτό, καλεί τα κράτη μέλη να οργανώσουν γενικό δίκτυο πιστοποιημένων διεπιστημονικών κέντρων για τον καρκίνο του μαστού, τα οποία πρέπει να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια ποιότητας:

- κάθε κέντρο μαστού θα χειρουργεί ανά έτος τουλάχιστον 150 περιστατικά πρωτοεμφανιζόμενου καρκίνου του μαστού,

- το κέντρο μαστού θα διευθύνεται από δεόντως καταρτισμένο ιατρό με εξειδίκευση στις παθήσεις του μαστού· η διεπιστημονική ομάδα θα αποτελείται από ιατρούς πεπειραμένους στην χειρουργική του μαστού, οι οποίοι χειρουργούν αποκλειστικά παθήσεις του μαστού, και από ακτινολόγους, ογκολόγους, παθολόγους, νοσηλευτές και βοηθούς ακτινολογικών εργαστηρίων, επίσης εξειδικευμένους στις παθήσεις του μαστού, καθώς και από έναν διαχειριστή δεδομένων,

- τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα θα λαμβάνουν χώρα διεπιστημονικές διασκέψεις, κατά τις οποίες θα συζητείται ένα περιστατικό, τόσο κατά το προεγχειρητικό, όσο και κατά το μετεγχειρητικό στάδιο,

- η ποιότητα των αποτελεσμάτων θα διασφαλίζεται μέσω κλινικής έρευνας,

- οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό θα συμμετέχουν σε τακτική βάση σε προγράμματα επιμόρφωσης,

- ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό θα συμμετέχουν τακτικά σε εξετάσεις, προκειμένου να αποδεικνύουν ότι διαθέτουν επαρκείς ενημερωμένες γνώσεις και ικανότητες·

- οι δοκιμασίες ελέγχου και μετέπειτα παρακολούθησης θα εκτελούνται σε στενή συνεργασία με το εκάστοτε διεπιστημονικό κέντρο μαστού,

- οι ασθενείς θα δικαιούνται να έχουν ψυχο-ογκολογική συμβουλευτική, ψυχολογική στήριξη καθώς και πρόσβαση σε φυσιοθεραπευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες·

6. χαιρετίζει το γεγονός ότι στο πλαίσιο του έκτου ερευνητικού προγράμματος-πλαισίου διατίθενται συνολικά 400 εκατ. ευρώ για την έρευνα στον τομέα του καρκίνου, και καλεί την Επιτροπή και τα κράτη μέλη:

α) να διασφαλίσουν καλύτερο συντονισμό εθνικής και ευρωπαϊκής έρευνας,

β) να εξασφαλίσουν ότι η βασιζόμενη σε αποδεικτικά στοιχεία ιατρική θα αποτελέσει και στην Ευρώπη την βάση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού,

γ) να μεταφέρουν το συντομότερο δυνατόν τις προόδους της βασικής έρευνας στο επίπεδο της θεραπείας και να ενισχύσουν περαιτέρω την κλινική έρευνα, ιδιαίτερα τις κλινικές έρευνες που συντονίζονται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC) και πραγματοποιούνται σε αντικαρκινικά κέντρα και σε κλινικές στην Ευρωπαϊκή Ένωση,

δ) να διαθέσουν περισσότερα μέσα απ' ό,τι μέχρι σήμερα για την έρευνα στον τομέα του καρκίνου του μαστού, ώστε

- να εντατικοποιηθεί η αναζήτηση των αιτίων και μεθόδων θεραπείας,

- να βελτιωθεί η προβλεψιμότητα της έκβασης της θεραπείας και η βεβαιότητα του αποτελέσματος,

- να διερευνηθεί περαιτέρω η σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και δυνητικών παραγόντων κινδύνου όπως ο καπνός, η διατροφή, οι ορμόνες και ο τρόπος ζωής (βάρος, σωματική δραστηριότητα),

- να ενισχυθεί η έρευνα σχετικά με την έκβαση της θεραπευτικής αγωγής σε εσωτερικές και εξωτερικές ασθενείς, ώστε οι ασθενείς στο μέλλον να μην ταλαιπωρούνται πλέον άσκοπα από ελλείψεις στο χώρο της κλινικής ή των εξωτερικών ιατρείων,

- να αναπτυχθεί μέθοδος για την τυποποιημένη εκτίμηση του κινδύνου σε γυναίκες με πιθανή κληρονομική επιβάρυνση για καρκίνο του μαστού·

7. καλεί τα κράτη μέλη, στο πλαίσιο της ευθύνης τους: α) να συμμορφωθούν με τις συστάσεις της ΠΟΥ και να καταρτίσουν εθνικά σχέδια δράσης για την καταπολέμηση του καρκίνου με συμμετοχή όλων των σημαντικών φορέων,

β) να αναπτύξουν και να εκσυγχρονίζουν διαρκώς, βάσει ερευνητικών στοιχείων, περαιτέρω κατευθυντήριες γραμμές για την πρόωμη αναγνώριση, την διάγνωση, την αντιμετώπιση και την μετέπειτα παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού, να θεσπίσουν εθνικό πλαίσιο συντονισμού για τον καρκίνο του μαστού και να διασφαλίσουν την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών μέσω διαφανούς διαδικασίας ελέγχου,

γ) στοχεύοντας στην ψυχική ευεξία και την σωματική ακεραιότητα των γυναικών, να διασφαλίσουν:

- ότι κάθε γυναίκα ενημερώνεται για το πόρισμα της ανιχνευτικής δοκιμασίας, καθώς επίσης και των κλινικών εξετάσεων, εντός 5 εργάσιμων ημερών, και ότι καμία γυναίκα, για την οποία έχει διαγνωσθεί καρκίνος του μαστού, δεν θα αναμένει περισσότερο από 4 εβδομάδες για την έναρξη της θεραπείας,

- ότι κάθε γυναίκα θα έχει, σε περιπτώσεις όπου αυτό είναι ιατρικά ενδεδειγμένο, την δυνατότητα επιλογής μιας επέμβασης με διατήρηση του μαστού, ώστε να μειωθεί ο αριθμός των μη απαραίτητων ριζικών μαστεκτομών, και ότι ο μαστός θα αναπλάθεται, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό, το ταχύτερο δυνατό με αυτομόσχευμα,

- ότι κάθε γυναίκα θα λαμβάνει ασφαλή διάγνωση προ της επεμβάσεως (κυρίως με βιοψία με λεπτή βελόνη),

- ότι οι ασθενείς που φέρουν εμφύτευμα μαστού θα λαμβάνουν δελτίο, στο οποίο θα αναφέρονται οι ιδιαίτερες ιδιότητες του εμφυτεύματος και η αναγκαία μετεγχειρητική παρακολούθηση,

δ) να διασφαλίσουν ότι θα καλύπτονται τα έξοδα για συμπληρωματικά εξαρτήματα, όπως είναι οι περούκες και τα ενθέματα στηθόδεσμου, καθώς και η λεμφική παροχέτευση κατά την παρακολούθηση της ασθενούς μετά την θεραπεία,

ε) να προωθήσουν ιατρικές ειδικότητες, όπως αυτές του ειδικού χειρουργού για επεμβάσεις μαστού, της νοσοκόμας για την περίθαλψη παθήσεων του μαστού ή του ογκοψυχολόγου, που έχουν ήδη καθιερωθεί σε ορισμένα κράτη μέλη, μέσω της προσφοράς αντίστοιχων δυνατοτήτων κατάρτισης και επιμόρφωσης,

στ) να δημιουργήσουν κέντρα παροχής ιατρικών συμβουλών και ψυχολογικής στήριξης σε γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού, και να παράσχουν εντατικό πρόγραμμα πρόληψης σε γυναίκες στις οποίες ο διαγνωστικός έλεγχος είχε θετικό αποτέλεσμα,

ζ) να θεσπίσουν ειδικές ρυθμίσεις για τα ατομικά δικαιώματα των ασθενών, που θα αναγνωρίζουν στους ασθενείς τα ακόλουθα δικαιώματα:

- το δικαίωμα στην κατάλληλη και ποιοτική ιατρική περίθαλψη από καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό σε κατάλληλα εξοπλισμένα και οργανωμένα ιατρεία και νοσοκομεία,

- το δικαίωμα στην κατανοητή, τεκμηριωμένη και επαρκή πληροφόρηση καθώς και σε ιατρικές συμβουλές, πριν, κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία,

- το δικαίωμα στην αυτόνομη λήψη αποφάσεων κατόπιν πλήρους ενημέρωσης,

- το δικαίωμα στην τεκμηρίωση της θεραπευτικής αγωγής, στην οποία θα έχει πρόσβαση ο ασθενής,

- το δικαίωμα στην τήρηση του απορρήτου και την προστασία των δεδομένων,

- το δικαίωμα στην υποβολή καταγγελίας,

- το δικαίωμα σε μια δεύτερη ιατρική γνώμάτευση σε περίπτωση προσβολής από καρκίνο,

η) να συμπεριλάβουν τις οργανώσεις ασθενών – σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι συμβαίνει σήμερα - στην διαδικασία λήψεως αποφάσεων σε θέματα πολιτικής της δημόσιας υγείας, και να στηρίξουν δεόντως το έργο αυτών,

θ) να μεριμνήσουν για την βελτίωση της αρχειοθέτησης των δεδομένων και να ιδρύσουν το συντομότερο δυνατόν εθνικά μητρώα καρκίνου τα οποία θα πληρούν τα κριτήρια του Ευρωπαϊκού Δικτύου Μητρώων Καρκίνου (ENCR), ούτως ώστε να δημιουργηθούν τελικά εντός της ΕΕ αξιόπιστα και συγκρίσιμα ευρωπαϊκά δεδομένα για την ανάπτυξη καρκίνου και καρκίνου του μαστού·

8. καλεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:

α) στο πλαίσιο του προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), να προωθήσει και στο μέλλον δεόντως τα πρωτοποριακά προγράμματα που εκπορεύονται από το μέχρι τώρα υφιστάμενο πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου", όπως το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καρκίνου του Μαστού (EBCN), το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Μητρώων Καρκίνου (ENCR) και το Δίκτυο Ευρωπαϊκών Προοπτικών Μελετών σχετικά με τον Καρκίνο και την Διατροφή (EPIC)·

β) να συντονίσει τις τρέχουσες δραστηριότητες των Γενικών Διευθύνσεων Υγείας, Έρευνας και Κοινωνίας της Πληροφορίας και να δημιουργήσει ενιαία ιστοσελίδα της ΕΕ για τον καρκίνο, στην οποία τόσο ιδιώτες και μη ειδικοί όσο και ιατροί και

ερευνητές θα μπορούν να ανευρίσκουν πληροφορίες για τον καρκίνο που έχουν συλλέξει ευρωπαϊκοί και εθνικοί φορείς έρευνας, ενώσεις ιατρών, οργανώσεις ασθενών κ.ά., και οι οποίες περιέχουν ευκολονόητη ορολογία και έχουν συνταχθεί σε διάφορες γλώσσες·

γ) να υποβάλει σε σύντομο χρονικό διάστημα πρόταση σύστασης του Συμβουλίου σχετικά με τον διαγνωστικό έλεγχο του καρκίνου, η οποία θα βασίζεται στις συστάσεις της Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Πρόληψη του Καρκίνου σχετικά με τον έλεγχο του καρκίνου στην Ευρωπαϊκή Ένωση και θα δίδει έμφαση σε μια οργανωμένη και συνεπή προσέγγιση του διαγνωστικού ελέγχου του καρκίνου (καρκίνου του μαστού, καρκίνου του τραχήλου, ορθοκολικού καρκίνου και καρκίνου του προστάτη)· θεωρεί θεμελιώδη μια πανευρωπαϊκή συντονισμένη προσέγγιση, προκειμένου να αποτραπεί ο αναποτελεσματικός, χαμηλής ποιότητας και καιροσκοπικός διαγνωστικός έλεγχος· ζητεί να συμμετάσχει σε αυτήν την διαδικασία·

9. υπογραμμίζει την πρωταρχική σημασία των κλινικών μελετών για την ιατρική πρόοδο· χαιρετίζει την έγκριση της προαναφερθείσης οδηγίας 2001/20/EK· θεωρεί ότι κατά την εκπόνηση των διατάξεων εφαρμογής πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των ερευνητικών ιδρυμάτων· εκφράζει την ανησυχία του διότι δεν επιτυγχάνεται ο στόχος της εναρμόνισης των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων για την κλινική έρευνα και δεν αίρονται τα υφιστάμενα κωλύματα στην διεξαγωγή κλινικών μελετών με την συμμετοχή πολλών κρατών μελών·

10. καλεί τα κράτη μέλη με περιοχές του Στόχου 1 να διαθέσουν περισσότερους πόρους διαρθρωτικών ταμείων για την χρηματοδότηση των υποδομών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, λαμβάνοντας υπόψη τις σημαντικές περιφερειακές διαφορές ως προς την πρόσβαση στην έγκαιρη ανίχνευση, την διάγνωση και την θεραπεία του καρκίνου του μαστού·

11. εκφράζει εκ νέου την ανησυχία του σχετικά με τις πιθανές συνέπειες της χορήγησης διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας για τα γονίδια BRC 1 και BRC A2 ("καρκίνος του μαστού") από το Ευρωπαϊκό Γραφείο Διπλωμάτων Ευρεσιτεχνίας· καλεί το ΕΓΔΕ να επανεξετάσει την πιθανότητα χορήγησης διπλώματος ευρεσιτεχνίας για τα εν λόγω γονίδια και καλεί το Συμβούλιο, την Επιτροπή και τα κράτη μέλη να εξασφαλίσουν ότι ο ανθρώπινος γενετικός κώδικας θα διατεθεί ελεύθερα για έρευνα σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι οι ιατρικές εφαρμογές ορισμένων ανθρωπίνων γονιδίων δεν θα εμποδίζονται από μονοπώλια που βασίζονται σε διπλώματα ευρεσιτεχνίας·

12. καλεί την Επιτροπή να οργανώσει διάσκεψη, σε συνεργασία με την Ιταλική Προεδρία, στα τέλη του 2003, οπότε λήγουν τα τελευταία προγράμματα, ώστε και ενόψει του νέου προγράμματος δράσης για την δημόσια υγεία (2003-2008) να πραγματοποιηθεί τελικός απολογισμός του προγράμματος "Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου"·

13. εκφράζει την ανησυχία του για τα συγκριτικά χαμηλά ποσοστά επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού στις υπό ένταξη χώρες και καλεί τα υπό ένταξη κράτη να εντείνουν τις προσπάθειές τους για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού· ζητεί από την Επιτροπή να οργανώσει μια δομημένη διαδικασία ανταλλαγής εμπειριών με τα μελλοντικά κράτη μέλη·

14. καλεί την Επιτροπή να συντάξει, σε συνεργασία με τα κράτη μέλη, μέχρι την εαρινή σύνοδο κορυφής του 2006, έκθεση για τα μέτρα που έχουν ληφθεί από τα κράτη μέλη, και με βάση τις επιτευχθείσες προόδους να λάβει αποφάσεις σχετικά με τα επόμενα βήματα στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού.
15. αναθέτει στον Πρόεδρό του να διαβιβάσει το παρόν ψήφισμα στο Συμβούλιο, στην Επιτροπή καθώς και στα κοινοβούλια των κρατών μελών.¹

1. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, <http://www.furdeleurope.parlament.gv>, σ. 1-9

ΠΗΓΕΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., *Management-Οικονομικά*, Παπαζήσης, Αθήνα 2008

ΕΘΝΙΚΟ ΘΕΜΑ, Χρυσός Συνοδηγός Ασφαλείας, Ιαβέρης, Ειδική Έκδοση, Προσφορά στους χρήστες της Αττικής Οδού

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, Αθήνα 1999

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001*, Α' τόμ., Αθήνα 2002

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΤΟΜΕΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ και ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ, *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, Αθήνα 2004

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, *Προβλήματα Προληπτικής Ιατρικής, Σύγχρονη Εποχή*, Αθήνα 1989

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ, *Διαγνωστικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις στη χειρουργική ογκολογία*

ΖΗΜΑΛΗΣ, Ε., *Ιατρική της εργασίας και του περιβάλλοντος*, Τιμμέντων Τιτάν, Αθήνα 1993

ΚΑΡΑΒΗΣ, Γ., *Προληπτική Ιατρική: Θεωρία και πράξη*, Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 1987

ΚΟΟΝΤΖ, Η., Ο' DONNEL, C.(1984), *Οργάνωση και διοίκηση: Μια συστημική και ενδεχόμενη αντίληψη των διοικητικών λειτουργιών*, Παπαζήσης, β' έκδοση, Αθήνα 2002

ΚΟΥΜΕΝΤΑΚΗΣ, Π., *Υγεία για όλους, Γραφικές Τέχνες*, Αθήνα 1994

ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν., *Εγχειρίδιον Υγιεινής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας*, Αθήνα 1992

Πρόληψη η μεγάλη λεωφόρος της υγείας, Αθήνα 1995

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Δ., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ, Α., *Προληπτική Ιατρική: αγωγή υγείας, κοινωνική ιατρική, δημόσια υγιεινή*, Παρισιάνος, Αθήνα 1986

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., *Οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική*, Τυποθήτω, Αθήνα 2003

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

The quality of care, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract.260/12/1743>

2ο ιατρικό συνέδριο με θέμα: προληπτική ιατρική στον 21ο αιώνα,
<http://www.SYNEDRIO.gr/synedria/2005-06.asp>

06/10/2005:Επεκτείνεται σε όλη την Αθήνα το πρόγραμμα του δήμου Αθηναίων για δωρεάν μαστογραφία σε γυναίκες 45-69 ετών,
<http://cityofathens.gr/portalsite/AthensPortal>

Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, <http://www.nosokomia.gr/web/index.php>

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού, <http://www.mednet.gr/archives/1999-6/574.html>

Γ. Τούντας, Η ποιότητα στην υγεία,
<http://www.oskarditsas.gr/pages/enthiaferontakeimena>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, <http://www.furdeleurope.parlament.gv>

Επιδημιολογία, <http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio2/kefalaio25.htm>

Ο καρκίνος του μαστού δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα,
<http://news.pathfinder.gr/health/259374.html>

Οικονομικά της υγείας, <http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/48pdf>

Ορμόνες που προκαλούν καρκίνο και η παχυσαρκία,
http://.medlook.net.cy/article.asp?item_id=1120

Προαγωγή υγείας, <http://asclepieion,mpl.uoa.gr/pubASPIS>

Προγράμματα και δράσεις της ΕΕ κατά του καρκίνου του μαστού,
<http://mastologia.gr/cms/indx.php?option=com>

Προληπτική ιατρική, <http://www.care.gr/mag/articles/2042>

Πρόληψη του καρκίνου του στήθους, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=957.