

ΧΟΥΛΙΑΡΑ Ζ*, ΠΑΠΑΔΙΩΤΗ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β*,
POWER Κ*, SWANSON V.*1

ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ :

«Η Αυτοεξέταση του Μαστού (BSE) στις Νεότερες Γυναίκες στην Ελλάδα:
Εμπιστοσύνη, Συμπεριφορές και Αναζήτηση Πληροφοριών».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να δώσει βασικές πληροφορίες σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού (Breast Self Examination, BSE) (πρακτική και συχνότητα της πρακτικής) από νεαρές γυναίκες (>30 ετών) στην Ελλάδα και να εξετάσει τους παράγοντες, οι οποίοι πιθανώς μπορούν να προβλέψουν την εφαρμογή και τη συχνότητα της εφαρμογής της αυτοεξέτασης. Η Αυτοεξέταση του Μαστού αναφέρεται σε εξέταση η οποία γίνεται για κάποιο διάστημα, χωρίς συνέχεια (ορίζεται ως μικρή περίοδος) και σε εξέταση η οποία γίνεται σε διάστημα 1 χρόνου (ορίζεται ως μακρά περίοδος).

Στην έρευνα που παρουσιάζουμε συμμετείχαν 85 φοιτήτριες, ηλικίας 19 έως 27 ετών, επιλογή που έγινε με τυχαία δειγματοληψία.

Αποτελέσματα. Ένα ποσοστό φοιτητριών 56,5% ανέφερε ότι έχει εφαρμόσει την Αυτοεξέταση του Μαστού (BSE) σε κάποιο χρονικό σημείο της ζωής τους (πρώτο επίπεδο της εφαρμογής) και ένα 3,5% ότι δεν έχουν δοκιμάσει. Στη μικρή περίοδο, ένα ποσοστό 11,8% ανέφερε ότι δεν εφάρμοσε την Αυτοεξέταση του Μαστού βραχυπρόθεσμα. Το 35,3% των φοιτητριών ανέφερε ότι την εφάρμοσε μερικώς (λιγότερο συχνά από το προτεινόμενο) και το 10,6% ότι την εφάρμοσε σύμφωνα με τις συστάσεις. Ο έντυπος τύπος (περιοδικά και εφημερίδες) ανεφέρθηκε ως η πιο δημοφιλής πηγή πληροφοριών και για τη BSE και για τη μαστογραφία, και ακολουθούν

1. Chouliara, Z., Power, K., Swanson, V., University of Stirling, Department of Psychology, Scotland, UK, Παπαδιώτη - Αθανασίου, Β., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Τμήμα ΦΠΨ, Τομέας Ψυχολογίας.



τα τηλεοπτικά προγράμματα, οι φίλοι/συγγενείς, τα φυλλάδια, ο προσωπικός γιατρός και η νοσοκόμα/μαία.

Συμπεράσματα. Από την έρευνα για την Αυτοεξέταση του Μαστού (BSE) και τη μαστογραφία βρέθηκε ότι υπάρχουν διάφορες παρανοήσεις και κενά στη γνώση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού στις νεαρές Ελληνίδες. Μερικές από αυτές εμφανίστηκαν να συμπίπτουν με αντίστοιχες ασυνέπειες και κενά στους επίσημους οδηγούς και στο πληροφοριακό υλικό. Αν και σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, η γνώση που έχει το άτομο σχετικά με θέματα του μαστού δεν προβλέπει την εφαρμογή της BSE, στη δική μας έρευνα, η γνώση συνδεότανε με συχνή εφαρμογή της αυτοεξέτασης. Με βάση το εύρημα αυτό, θα μπορούσε να δοθεί έμφαση στην παραγωγή πληροφοριακού υλικού, ειδικά προσαρμοσμένου στις νεαρές γυναίκες στην Ελλάδα. Μολονότι επίσης οι ρυθμοί εφαρμογής εμφανίστηκαν υψηλότεροι στην παρούσα μελέτη από ό,τι είχαν αναφερθεί σε προηγούμενες έρευνες, η συχνή εφαρμογή δεν γινότανε στο σωστό χρονικό διάστημα. Το εύρημα αυτό ενισχύει την ανάγκη για οργανωμένη παροχή πληροφοριών με επικέντρωση στις νεαρές γυναίκες. Τα εύρηματα από την έρευνα δίνουν έμφαση στη σημαντικότητα του γιατρού ως χορηγού πληροφοριών. Η επιλογή του γιατρού ως πηγή πληροφόρησης προέβλεψε όχι μόνο το επίπεδο της γνώσης σχετικά με θέματα καρκίνου του μαστού, αλλά επίσης, και την εφαρμογή της αυτοεξέτασης.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ο καρκίνος του μαστού και η αυτοεξέταση του μαστού (*Breast Self Examination, BSE*).

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους περισσότερο συνήθεις τύπους καρκίνου στις γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα (ΕΚ) και ήταν υπεύθυνος για περίπου 21% από όλους τους θανάτους από καρκίνο στις γυναίκες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας το 1992. Είναι επίσης η κύρια αιτία θανάτου για γυναίκες, ηλικίας 35 - 64 ετών. Εκτιμάται ότι κάθε γυναίκα στην ΕΚ έχει 2 - 3% πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των ποσοστών σε πολλά κράτη μέλη, αν και αυτό μπορεί να οφείλεται, εν μέρει, στην αύξηση της ανίχνευσης μέσω της προώθησης προγραμμάτων εξέτασης. (Euro - Statistics, 1995a).

Δεδομένης της ανεπαρκούς γνώσης που υπάρχει σχετικά με τις αιτίες και τους παράγοντες που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού, η δευτερογενής πρόληψη μέσω, της πρώιμης ανίχνευσης, είναι πολύ σημαντική (National Women's Health Report, 1992). Τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι



μέσω της πρώιμης ανίχνευσης και κκολούθως με την επιτυχημένη θεραπεία, η θνησιμότητα και η παραμόρφωση μπορούν να μειωθούν (Beckett et al., 1990). Έχει βρεθεί ότι η Αυτοεξέταση του Μαστού είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για την πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, όταν εφαρμόζεται τακτικά και σωστά (Champion, 1988; Foster & Constanza, 1984).

Έχει επίσης φανεί ότι η Αυτοεξέταση του Μαστού (BSE) έχει πολλά πλεονεκτήματα, τα οποία συντελούν ώστε να προτείνεται και έναντι περισσότερο περίπλοκων τεχνικών (Friedman et al., 1994; Meyerowitz & Chaiken, 1987). Είναι μια δεξιότητα σχετικά απλή και εύκολη για να την μάθει κανείς, η οποία δεν φθείρεται με τον χρόνο και δεν επηρεάζεται από ατομικές διαφορές στην ανατομία του στήθους, π.χ. το μέγεθος και τον όγκο (Hall et al., 1980). Έχει αναφερθεί επίσης, ότι η ευαισθησία της εξέτασης βελτιώνεται με την τακτική χρήση (Manfredi et al., 1977). Επιπλέον, είναι μέθοδος που χρειάζεται σύντομο χρόνο, έχει χαμηλό κόστος, δεν είναι επώδυνη και δεν απαιτεί την ανάμειξη άλλου προσώπου (Salazar, 1994, Friedman et al., 1994). Δεν απαιτεί επίσης κανέναν ειδικό εφοδιασμό και μπορεί να εφαρμοστεί στο σπίτι με άνεση, χωρίς την παρουσία ειδικού ιατρικού εξοπλισμού (Salazar, 1994; Friedman et al., 1994).

1.2. Η σημαντικότητα του BSE για τις νεότερες γυναίκες.

Αν και ο καρκίνος του μαστού, με βάση τις παρούσες συνθήκες, είναι μία από τις πιο κοινές αιτίες θανάτου στις μεγαλύτερες γυναίκες, είναι σπάνια περίπτωση στις έφηβες (Cromer et al., 1992; Hellenic Anti - cancer Institute, 2000) και εκτιμάται ότι αποτελεί ποσοστό μικρότερο του 1% από όλες τις περιπτώσεις καρκίνου (Diehl & Kaplan, 1985). Εξαιτίας της σπανιότητας του καρκίνου του μαστού στις νεότερες γυναίκες, έχει αμφισβητηθεί η αξία της διδασκαλίας και της υποστήριξης της σχετικής συμπεριφοράς στις έφηβες. Ωστόσο, υπάρχουν συγκεκριμένοι ψυχολογικοί, εκπαιδευτικοί και ιατρικοί λόγοι για τους οποίους η αυτοεξέταση μαστού, είναι σημαντική στις νεότερες γυναίκες: Έχει αποδειχθεί ότι οι έφηβες που εφαρμόζουν την BSE εξοικειώνονται με την ανατομία του μαστού τους, κατάσταση που τις βοηθάει στο να αναγνωρίζουν αποκλίσεις του μαστού τους από το κανονικό και να εφαρμόζουν πρακτικές για την υγεία τους οι οποίες μπορούν να τις βοηθήσουν, όταν μεταβαίνουν στην ομάδα της επικίνδυνης ηλικίας για καρκίνο του μαστού (πάνω από τα 45) (Goldbloom, 1985; Mamon & Zapka, 1986). Επίσης, γυναίκες νεαρής ηλικίας δεν μπορούν να κάνουν μαστογραφία, επειδή ο ιστός του μαστού τους είναι πυκνός και δημιουργεί δυσκολία στη διερεύνηση και επομένως και στην ωφέλεια της εξέτασης. Οι κλινικές εξετάσεις μαστού απαιτούν ιατρικά εκπαιδευμένο προσωπικό, είναι χρονοβόρες και κοστίζουν.



Έτσι, η μόνη μέθοδος ανίχνευσης που απομένει για τις νεότερες γυναίκες είναι η Αυτοεξέταση του Μαστού Μ(BSE). Επιπλέον, η BSE είναι πολύ σημαντική για την ανίχνευση και παρακολούθηση ενός αριθμού καλοηθών ασθeneιών του μαστού, σε όλες τις ηλικίες (π.χ. μαστίτιδα, κύστες, ινομυώματα, επεκταταμένη κοκιομάτωση, πόνοι του στήθους και αποστήματα). Αυτές οι καταστάσεις δεν απειλούν την ζωή αλλά μπορούν να γίνουν βασιανιστικές και επώδυνες, αν δεν διαγνωστούν, ενώ κάποιες από αυτές τείνουν να επικρατούν όλο και πιο πολύ στις νεότερες ηλικίες.

1.3. Παράγοντες που συνδέονται με την εφαρμογή της αυτοεξέτασης του μαστού με το πέρασμα της ηλικίας.

Ποικίλοι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με τη δέσμευση για εφαρμογή της BSE. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει μια συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία (π.χ. ηλικία, εθνικότητα, κοινωνικο - οικονομική κατάσταση, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση) και την εφαρμογή της BSE (Ronis & Harol, 1989; Millar & Millar, 1992; Stillman, 1993; Murray & McMillan, 1993). Η Αυτοεξέταση του Μαστού παρουσιάζει υψηλότερους ρυθμούς συχνότητας σε άτομα με προσωπικό ιστορικό καλοηθών ή κακοηθών ασθeneιών του μαστού και με οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο του μαστού. Οι περιπτώσεις αυτές έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη ευπάθεια, υψηλότερη διάθεση να εφαρμοστεί η συμπεριφορά της αυτοεξέτασης και υψηλότερα επίπεδα γνώσης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού (Stillman, 1977; Strauss et al., 1987; Hill & Shugg, 1989; Beckett et al., 1990; Wellisch et al., 1991). Οι απόψεις για την υγεία (η ευπάθεια, η σοβαρότητα, τα οφέλη, τα εμπόδια, τα κίνητρα για την υγεία) έχουν επίσης εξετασθεί σε σχέση με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Οι περισσότερες από τις μελέτες έχουν βρει κάποια σχέση ανάμεσα στις απόψεις για την υγεία και την εφαρμογή της BSE (Nomceck, 1990; Champion, 1984; Calman & Rutter, 1986; Strauss et al., 1987; Friedman et al., 1994; Beckett et al., 1990; Salazar & Carter, 1994; Katz et al., 1995). Η γνώση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, η γνώση για τις συμπεριφορές πρόληψης και η γνώση για τη συμπεριφορά της αυτοεξέτασης (προτεινόμενη διαδικασία / βήματα, χρόνος και συχνότητα) έχουν επίσης συνδεθεί με την εφαρμογή της αυτοεξέτασης (Huilley, 1986; Ronis & Kaiser, 1989). Η μεταβλητή της προσωπικότητας μόνο πρόσφατα έχει γίνει επίκεντρο έρευνας σε σχέση με την αυτοεξέταση του μαστού. Η θέση ελέγχου σε θέματα υγείας και κυρίως η άποψη ότι η υγεία κάποιου εξαρτάται περισσότερο από τους σημαντικούς άλλους, π.χ. από ειδικούς σε θέματα υγείας, όπως και ο ενδοπροσωπικός έλεγχος (η άποψη ότι η υγεία κάποιου καθορίζεται από τις δικές του πρά-



ξεις και αποφάσεις) έχουν βρεθεί, στις περισσότερες μελέτες, να έχουν σημαντική σχέση με την συνχρότητα και την τεχνική της αυτοεξέτασης (Nemceck, 1990; Alagna & Reddy, 1984; Hallal, 1982; Kartz et al., 1995; Bundek et al., 1993). Η επίδραση των παραγόντων αυτών δεν έχει ερευνηθεί άμεσα σε σχέση με την Αυτοεξέταση του Μαστού, αλλά φαίνεται να υπάρχει μια έμμεση σύνδεση. Η έρευνα έχει δείξει μια θετική σχέση ανάμεσα στην εφαρμογή της BSE και την εμπιστοσύνη στον εαυτό (Ronis & Kaiser, 1989; Katz et al., 1995), την αποτελεσματικότητα (Seydel et al., 1990; Manfredi et al., 1977), την αισιοδοξία (Friedman et al., 1994) και την αυτοαντίληψη (Hallal, 1982), χαρακτηριστικά που συνδέονται όλα με θετική σχέση. Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη της εφαρμογής της αυτοεξέτασης έχει συνδεθεί με το να είναι κανείς περισσότερο νευρωτικός/ή, περισσότερο εσωστρεφής, λιγότερο διεκδικητικός/ή, απραγής, λιγότερο συνειδητοποιημένος/η και πολύ αγχώδης, (Barron et al., 1997). Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν αρνητική επίδραση στην αυτοεξέταση. Δυσλειτουργικοί τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων έχουν επίσης συνδεθεί με τη μη χρήση της αυτοεξέτασης (Barron et al., 1997; Davis and Schwatz, 1987; Weinberger 1990), όπως και με καθυστέρηση να αναφερθούν τα αποτελέσματα της αυτοεξέτασης (Magarey et al., 1997).

1.4. Παράγοντες που συνδέονται με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού (BSE) στις Νεότερες Γυναίκες.

Διεθνώς υπάρχουν μερικές μελέτες οι οποίες εξέτασαν τους παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν την Αυτοεξέταση του Μαστού στις έφηβες και στις νεότερες γυναίκες (Cromer et al., 1992; Cromer et al., 1989; Hailey, 1986; Ronis & Kaiser, 1989; Budden, 1995; Ruda et al., 1992; Katz et al., 1995; Millar & Millar, 1992; Olapedo & Adegoke, 1997; Pitts et al. 1991; Wardle et al., 1995). Θετικά με την εφαρμογή της αυτοεξέτασης, στις νεότερες γυναίκες έχουν συνδεθεί η θέση του ατόμου ότι ασκεί έλεγχο στην υγεία του (Cromer et al., 1992), η αυτοαποτελεσματικότητα (Katz et al., 1995), το προσωπικό και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού (Pitts et al., 1991) και η προσωπική εμπειρία με προβλήματα του μαστού (Olapedo & Adegoke, 1997), η αντίληψη του ατόμου για τα οφέλη και η ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας, (Pitts et al., 1991). Επίσης, η ευαισθησία στον καρκίνο του μαστού (Katz et al., 1995), η πίστη στη σημαντικότητα της Αυτοεξέτασης του Μαστού (Wardle et al., 1995) και η εξοικείωση με τη διαδικασία, η ανησυχία για τον καρκίνο του μαστού και η επιθυμία για αύξηση της γνώσης σχετικά με την αυτοεξέταση (Ronis & Kaires, 1989).



1.5. Οδηγοί για την Αυτοεξέταση του Μαστού στην Ευρώπη και στην Ελλάδα ειδικότερα.

Αν και ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά τού Καρκίνου ενσωματώνει την τακτική εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού για όλες τις γυναίκες, στις προτάσεις για την αποφυγή του καρκίνου (Wardle et al., 1995), η κατάσταση αναφορικά με τους οδηγούς της BSE στην Ευρώπη φαίνεται να είναι αρκετά περίπλοκη. Σε μερικές χώρες, η Αυτοεξέταση του Μαστού προτείνεται σε όλες τις γυναίκες (π.χ. στην Ελλάδα, τη Γερμανία και τη Σουηδία), σε μερικές, μόνο στις γυναίκες πάνω από συγκεκριμένη ηλικία (π.χ. μετά τα 30 στη Νορβηγία) και σε άλλες χώρες μόνο στις γυναίκες που είχαν καρκίνο του μαστού (στη Δανία) (Wardle et al., 1995). Στις Ευρωπαϊκές χώρες που η BSE προτείνεται από τις αρχές Υγείας η προτεινόμενη συχνότητα είναι «μια φορά το μήνα». Στην Ελλάδα, η BSE προτείνεται μηνιαία για τις γυναίκες όλων των ηλικιών από το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο (2000), στους επίσημους οδηγούς του. Δηλώνεται ωστόσο ξεκάθαρα ότι η Αυτοεξέταση τού Μαστού είναι «επιβεβλημένη» για τις γυναίκες μετά τα 30. Στις οδηγίες του, το Ινστιτούτο προτείνει ξεκάθαρα ότι οι κάρτες της BSE που διανέμονται, πρέπει να χρησιμοποιούνται από τις γυναίκες άνω των 35 ετών. Από την άλλη πλευρά, στα δύο πιο δημοφιλή φυλλάδια που δημιουργήθηκαν από το Ινστιτούτο σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού με τίτλο: «Μαστός και Υγεία» και «Για σας κυρία μου: ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΑΠΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΣΩΣΟΥΝ ΜΙΑ ΖΩΗ», δεν δηλώνεται κανένα όριο ηλικίας. Στο πρώτο δίνεται ξεκάθαρα έμφαση στο ότι «η συστηματική αυτο-εξέταση πρέπει να γίνει μέρος του τρόπου ζωής μιας γυναίκας», ότι γυναίκες «Ψάξτε για οποιαδήποτε ασυνήθιστο όγκο ή αλλαγή που δεν υπήρχε στην προηγούμενη εξέταση» και ότι «οι περισσότεροι όγκοι στον μαστό δεν είναι καρκινικοί». Προτείνεται επίσης, ότι η BSE θα έπρεπε να εφαρμόζεται μια φορά το μήνα, μετά την περίοδο και την ίδια μέρα κάθε μήνα, για τις γυναίκες που έχουν περάσει στην εμμηνόπαυση, ενώ «η περιοδική μαστογραφία» προτείνεται για τις γυναίκες «ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών» («Κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών»). Πρόσφατα, προτείνεται η BSE να εφαρμόζεται μία φορά τον μήνα, 5 - 6 ημέρες μετά την περίοδο («Εξεταστείτε μόνη σας μια φορά τον μήνα, 5 - 6 ημέρες μετά την περίοδο»). Και τα δύο φυλλάδια και οι κάρτες της BSE παρέχουν λεπτομερείς οδηγίες με φωτογραφίες αναφορικά με τα προτεινόμενα βήματα /διαδικασίες, οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται για την αποτελεσματικότητα της αυτοεξέτασης.



2. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην εφαρμογή της BSE στις νεότερες γυναίκες (ηλικίας μικρότερης από 30). Σύμφωνα με τις σύγχρονες ιατρικές γνώσεις, η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 30 - 40 ετών. Ωστόσο, αν και οι νεότερες γυναίκες δε θεωρούνται να ανήκουν στην ομάδα ηλικίας υψηλού κινδύνου για να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, πρόσφατες πρωτοβουλίες σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. στην Μ. Βρετανία) έχουν δώσει έμφαση στο ότι οι νεότερες γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αποκτήσουν τη συνήθεια της αυτοεξέτασης (Health Educational Authority, 1988), επειδή συμπεριφορές σχετικά με την υγεία μαθαίνονται στη νεαρή ηλικία (Goldbloom, 1985; Mamon & Zapka, 1986). Επιπρόσθετα, δοθέντος του γεγονότος ότι η μαστογραφία δεν ταιριάζει στις νεότερες γυναίκες εξαιτίας της ανατομίας του μαστού τους, η δέσμευση στις προτάσεις για Αυτοεξέταση του Μαστού, γίνεται όλο και πιο σημαντική, όχι μόνο για την ανίχνευση κακοηθών όγκων, οι οποίοι είναι σπάνιοι έτσι και αλλιώς, αλλά επίσης και καλοηθών ασθενειών του μαστού. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, είναι σημαντικό να μελετηθεί κανείς τις πρακτικές της Αυτοεξέτασης του Μαστού και τις απόψεις των γυναικών οι οποίες δεν βρίσκονται αντικειμενικά στην ομάδα ηλικίας υψηλού κινδύνου, αναφορικά με την ασθένεια. Επιπλέον, αν και η Ελλάδα έχει την μικρότερη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο ρυθμός έχει αυξηθεί από την δεκαετία του 1970 περίπου σε 57%, μια αύξηση που είναι δεύτερη μόνο από την αύξηση της Ισπανίας, που κυμαίνεται στο 73% (The state of women's health in the European Community, 1997). Επίσης, παρόλη τη σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο, η Ελλάδα έχει το μικρότερο συνολικά ρυθμό εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μετά την Ιρλανδία (21,4%). Σύμφωνα με σχετικά δεδομένα (The state of women's health in the European Community, 1997), μόνο το 15,9% από τις Ελληνίδες γυναίκες στην ομάδα ηλικίας από 15 έως 34 ετών έχει εφαρμόσει την Αυτοεξέταση του Μαστού, το 29,6% από 35 - 49 ετών, το 36,5% από τη δεκαετία των 50 - 59 ετών και ένα ποσοστό 11,5% από τις γυναίκες με ηλικία άνω των 60 ετών. Ακόμα πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό γνώσης της BSE από την μικρτερη ομάδα ηλικιών (15 - 34 ετών). Δοθείσης της σημασίας της Αυτοεξέτασης του Μαστού για τις νεαρές γυναίκες, όπως αναφέραμε, πρέπει να ληφθούν μέτρα για την προώθηση της συμπεριφοράς της αυτοεξέτασης σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα. Για την προώθηση ωστόσο μιας καμπάνιας για την Αυτοεξέταση του Μαστού από νεότερες γυναίκες πρέπει να γνω-



ρίζουμε τις συμπεριφορές, απόψεις, γνώσεις και πρακτικές της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού. Επίσης, σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, φαίνεται ιδιαίτέρως απαραίτητο να εξετάσουμε τις απόψεις νεαρών γυναικών με καλή παιδεία, όπως ακριβώς έκανε η παρούσα μελέτη, γιατί αυτή η κοινωνική μονάδα πρωτοπορεί σε θέματα αλλαγών στο χώρο της υγείας, εξαιτίας της μεγαλύτερης πρόσβασης σε πληροφορίες και πηγές (Pitts et al., 1991).

Για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω, ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να επικεντρωθούμε στο βαθμό πρακτικής εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού στις νεότερες γυναίκες στην Ελλάδα. Σχετικά με την αποδοχή της BSE από τις έφηβες, έχουμε λίγες διαθέσιμες πληροφορίες (Cromer et al., 1989) στη Ευρώπη και διεθνώς. Μόνο μερικές μελέτες είναι επικεντρωμένες σε μαθήτριες/νεαρές γυναίκες και τα σχετικά δεδομένα αναφέρονται στη στάση και στο βαθμό συμμόρφωσης και πρακτικής ή στη συσχέτιση ανάμεσα σε ορισμένους παράγοντες και στην πρακτική της αυτοεξέτασης ή στις διαφορές σε ορισμένες μεταβλητές ανάμεσα σε όσες κάνουν χρήση της αυτοεξέτασης σε σύγκριση με όσες δεν κάνουν χρήση (Budden, 1995; Wardle et al., 1995; Ruda et al., 1992; Hailey, 1986; Ronis & Kaiser, 1989; Olapedo & Adegoke, 1997). Επιπλέον, δεν υπάρχουν μελέτες επικεντρωμένες αποκλειστικά στα ελληνικά δείγματα, εκτός από μία Ευρωπαϊκή έρευνα για την Αυτοεξέταση του Μαστού (BSE) από τον Wardle και συνεργάτες (1995) η οποία από 20 ευρωπαϊκές χώρες είχε ένα δείγμα από 358 νεαρές ελληνίδες (μέση ηλικία = 20,7, sdt = 1,8).

Στις προηγούμενες μελέτες, οι οποίες διερεύνησαν τους παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν την συμπεριφορά της αυτοεξέτασης, ένας αριθμός παραγόντων έχουν εξεταστεί σποραδικά και εξατομικευμένα (δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό υγείας, απόψεις σχετικά με την υγεία, γνώσεις και προσωπικότητα). Για τον λόγο αυτό η παρούσα έρευνα ενσωμάτωσε όλους αυτούς τους παράγοντες και εξέτασε την προβλεπτική τους αξία και ως ένα μοντέλο / ομάδα και εξατομικευμένα (Millar, 1997). Ειδικότερα, η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό:

- Να εξετάσει την Αυτοεξέταση του Μαστού σαν μια δυναμική διαδικασία, η οποία εξελίσσεται με τον χρόνο και περνά από διαφορετικά στάδια. Για τον λόγο αυτό, η Αυτοεξέταση του Μαστού ορίστηκε ως τριών επιπέδων μεταβλητή, αποτελούμενη από την εφαρμογή ή όχι της αυτοεξέτασης, την εφαρμογή της σε μικρό χρονικό διάστημα (3 μήνες, μικρή περίοδος) και την εφαρμογή της σε μακρό χρονικό διάστημα (προηγούμενος χρόνος, μεγάλη περίοδος). Η συχνότητα της εφαρμογής (μερική εφαρμογή - λιγότερο συχνή από την προτεινόμενη και εφαρμογή



σύμφωνα με την προτεινόμενη συχνότητα - μία φορά τον μήνα) εξετάστηκε επίσης στην μικρή περίοδο (3 μήνες) και στην μακρά περίοδο (προηγούμενος χρόνος). Στην παρούσα μελέτη η συχνότητα «μια φορά τον μήνα» ορίστηκε ως η προτεινόμενη συχνότητα εφαρμογής, σύμφωνα με τους οδηγούς του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου για τις Ελληνίδες όλων των ηλικιών (Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο: Καρκίνος του Μαστού, 2000).

- Να αναζητήσει τη συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία, τους δείκτες της κατάστασης της υγείας και στην πρακτική της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Διάφορες μελέτες έχουν ερευνήσει αυτή τη σχέση, αλλά τα αποτελέσματα δε συμφωνούν μεταξύ τους. Μερικές μελέτες έχουν βρει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού και σε συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία (Murray & McMillan, 1993, Ronis & Harel, 1989), ενώ άλλες έχουν αποτύχει να στηρίξουν μια τέτοια σχέση (Cromer et al., 1989). Άλλες μελέτες επίσης, δεν έχουν βρει κανένα συσχετισμό μεταξύ του οικογενειακού ιστορικού της ασθένειας και της τακτικής εφαρμογής της αυτοεξέτασης (Budden, 1995; Olapedo & Adegoke, 1997), αν και προτείνεται μια θετική συσχέτιση ανάμεσα σε προηγούμενα προβλήματα του μαστού στο άτομο και στην εφαρμογή της αυτοεξέτασης (Olapedo & Adogoke, 1997).
- Να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στις απόψεις για την υγεία και τη δέσμευση στις προτάσεις για Αυτοεξέταση του Μαστού. Αν και οι απόψεις για την υγεία έχουν εξεταστεί σε σχέση με τη δέσμευση στην αυτοεξέταση τα αποτελέσματα δεν είναι πειστικά. Κάποιοι ερευνητές έχουν βρει συσχέτιση ανάμεσα σε κάποιες απόψεις για την υγεία και την Αυτοεξέταση του Μαστού στις νεότερες γυναίκες (Pitts et al., 1991; Ronis & Kaiser, 1989), ενώ άλλοι απέτυχαν να βρουν σημαντική συσχέτιση (Cromer et al., 1992; Cromer et al., 1989; Ruda et al., 1992). Η διαφορά στα αποτελέσματα οφείλεται, εν μέρει, στη χρήση διαφορετικών κλιμάκων για τη διερεύνηση των απόψεων για την υγεία. Για το λόγο αυτό, στην παρούσα μελέτη, συμπεριλήφθηκαν όλες οι μεταβλητές για τις απόψεις σχετικά με την υγεία (συχνή ευπάθεια, σοβαρότητα, εμπόδια, οφέλη, κίνητρα για την υγεία, υποδείξεις για δράση, αξία της υγείας), ως μεταβλητές του Health Belief Model, το οποίο παρουσιάστηκε από τους Becker et al., (1977 b).
- Να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στη γνώση (σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού και την αυτοεξέταση) και την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, οι νεότερες γυναίκες στην Ευρώπη παρουσιάστηκαν με πολύ μικρή τεκμηριωμένη γνώση για



τον καρκίνο του μαστού και την αυτοεξέτασή του. Ωστόσο, η έρευνα αναφορικά με την γνώση είναι περιορισμένη και έχει κυρίως επικεντρωθεί στην ασυμφωνία μεταξύ των επιπέδων γνώσης και της πραγματικής εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού στις νεότερες γυναίκες (Budden, 1995; Ruda et al., 1992).

- Να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (θετική - αρνητική διάθεση, τόπος ελέγχου της υγείας) και την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Σε προηγούμενες έρευνες, οι παράγοντες της προσωπικότητας έχουν σπάνια ληφθεί υπόψη όσον αφορά την Αυτοεξέταση του Μαστού, ειδικά όσον αφορά τις νεότερες γυναίκες. Ωστόσο, υπάρχουν μερικά δεδομένα ότι οι ψυχολογικοί / συναισθηματικοί παράγοντες και ο τύπος της προσωπικότητας είναι πιθανόν να συνδέονται με τη δέσμευση στην Αυτοεξέταση του Μαστού (Cromer et al., 1992; Katz et al., 1995; Ronis & Kaiser, 1989) και γενικότερα με τις προτάσεις για την φροντίδα του μαστού (Baines, 1984).
- Προηγούμενες έρευνες έχουν επισημάνει μία θετική σύνδεση ανάμεσα στην εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού και σε συγκεκριμένες πηγές πληροφόρησης π.χ. γιατροί (Friedman et al., 1994; Duke et al., 1994) νοσοκόμες (Hailey, 1986; Budden, 1995 Duke et al., 1994), φίλοι και οικογένεια (Ronis & Kaiser, 1989; Calman & Moss, 1984), τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τύπος και ηλεκτρονικά) (Hailey, 1986; Meyerowitz & Chaiken, 1987). Ωστόσο, οι προηγούμενες έρευνες έχουν πολύ σπάνια επικεντρωθεί στην προβλεπτική αξία των πηγών πληροφόρησης σε σχέση με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Η παρούσα μελέτη στόχευε να καλύψει αυτό το κενό της έρευνας. Επίσης από την στιγμή που δεν υπάρχουν μελέτες όσον αφορά την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με τα θέματα της φροντίδας του μαστού στην Ελλάδα, η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να προσφέρει βασικά στοιχεία σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης που χρησιμοποιούν οι νεότερες Ελληνίδες για να μάθουν για την Αυτοεξέταση του Μαστού και για την μαστογραφία.

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Δείγμα.

Το δείγμα αποτελείται από 85 γυναίκες, φοιτήτριες από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων - στην Ελλάδα, ηλικίας από 19 έως 27 ετών (η μέση ηλικία ήταν 20,9 (sdt = 1,6)).



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

| | | n = 85(%) |
|---|------------------------------------|-----------|
| Προσωπικό ιστορικό νόσου του μαστού | Ναι | 7(8.2%) |
| | Όχι | 78(91.8%) |
| Τύπος νόσου του μαστού | Κακοήθης | 1(1.2%) |
| | Καλοήθης | 6(7.1%) |
| | Κανένα ιστορικό | 78(91.8%) |
| Προσωπικό ιστορικό καρκίνου (όχι του μαστού) | Ναι | 0(0.0%) |
| | Όχι | 83(97.6%) |
| | Καμία απάντηση | 2(2.4%) |
| Τύπος καρκίνου (όχι του μαστού) | Γυναικολογικός | 0(0.0%) |
| | Άλλος | 1(1.2%) |
| | Κανένα ιστορικό | 83(97.6%) |
| | Καμία απάντηση | 1(1.2%) |
| Οικογενειακό ιστορικό Καρκίνου του μαστού | Συγγενείς α' βαθμού | 2(2.3%) |
| | Συγγενείς β' βαθμού / πιο μακρινοί | 16(18.8%) |
| | Κανένα ιστορικό | 59(69.4%) |
| | Δεν γνωρίζω | 2(2.3%) |
| | Καμία απάντηση | 6(7.2%) |
| Οικογενειακό ιστορικό Καρκίνου (όχι του μαστού) | Συγγενείς α' βαθμού | 12(14.1%) |
| | Συγγενείς β' βαθμού / πιο μακρινοί | 25(29.4%) |
| | Κανένα ιστορικό | 36(42.3%) |
| | Δεν γνωρίζω | 10(11.8%) |
| | Καμία απάντηση | 2(2.4%) |
| Έχουν κάνει μαστογραφία | Ναι | 4(4.7%) |
| | Όχι | 78(91.8%) |
| | Καμία απάντηση | 3(3.5%) |
| Κάπνισμα | Καπνίστριες | 41(48.2%) |
| | Μη καπνίστριες | 44(51.8%) |



| | | |
|---------------------------------|---------------------------|-----------|
| Αριθμός τσιγάρων (ανά ημέρα) | 10 τσιγάρα ή περισσότερα | 29(34.1%) |
| | Λιγότερα από 10 τσιγάρα | 12(14.1%) |
| | Μη καπνιστές /τριες | 44(51.8%) |
| Κατανάλωση αλκοόλ | Ναι | 66(77.6%) |
| | Όχι | 19(22.4%) |
| Αριθμός μονάδων (ανά εβδομάδα) | 21 μονάδες ή περισσότερες | 0(0.0%) |
| | Λιγότερες από 21 | 63(74.1%) |
| | Μη κατανάλωση αλκοόλ | 19(22.3%) |
| | Καμία απάντηση | 3(3.6%) |

Όπως διευκρινίζεται στον Πίνακα 1., μόνο 7 από τις συμμετέχουσες ανέφεραν προσωπικό ιστορικό με προβλήματα στο μαστό (8,2)%. Από αυτές, μία ανέφερε ότι έχει υποφέρει από κακοήγη ασθένεια του μαστού και 6 από καλοήθεις ασθένειες του μαστού (7,1%). Καμία από τις συμμετέχουσες δεν ανέφερε ότι έχει διαγνωστεί να έχει άλλον τύπο καρκίνου, εκτός από καρκίνο του μαστού. Ένα ποσοστό 22,3% των φοιτητριών που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ιστορικό οικογένειας με καρκίνο του μαστού, έναντι 69,4% που δεν ανέφεραν. Ένα ποσοστό 2,3% ανέφεραν ότι δεν νωρίζει και το 6% δεν έδωσε καμία απάντηση. Ένα ποσοστό της τάξεως του 43,5% δήλωσε ιστορικό της οικογένειας με άλλου είδους καρκίνο (από αυτό του μαστού) έναντι 42,3% που ανέφερε ότι δεν υπήρχε αντίστοιχο ιστορικό, 11,8% ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν και ένα ποσοστό 2,4% δεν έδωσε καμία απάντηση. Ως προς τη μαστογραφία, το 4,7% των φοιτητριών που συμμετείχαν ανέφεραν ότι έχουν κάνει μαστογραφία, 91,8% ότι δεν έκαναν και 3,5% δεν απάντησαν.

3.2. Διαδικασία.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, στο Τμήμα της Φιλοσοφίας - Παιδαγωγικής - Ψυχολογίας. Στις φοιτήτριες που επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία δόθηκε ένα ενδεκασέλιδο ερωτηματολόγιο, συνοδευόμενο από ένα πληροφοριακό σημείωμα το οποίο εξηγούσε σύντομα τους σκοπούς της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων από ένα μέλος ΔΕΠ, μέλος της ερευνητικής ομάδας



στην Ελλάδα και ζητήθηκε από τις φοιτήτριες να επιστρέψουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο συγκεκριμένο μέλος της ερευνητικής ομάδας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και εμπιστευτικό.

3.3. Υλικό.

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε είχε πρόσφατα χρησιμοποιηθεί σε παρόμοια έρευνα με δείγμα φοιτήτριες Πανεπιστημίου της Σκωτίας, στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στο αρχικό ερωτηματολόγιο έγιναν μικρές τροποποιήσεις για να καλυφθούν κάποιες διαφορές που υπήρχαν στους οδηγούς και τις υπηρεσίες παροχής υγείας μεταξύ της Σκωτίας και της Ελλάδας (π.χ. οδηγοί σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού και τη μαστογραφία).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά μέρη. Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις για προσωπικές πληροφορίες (π.χ. ηλικία, έτος σπουδών, οικογενειακή κατάσταση) και πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό υγείας (π.χ. προσωπικό ιστορικό σχετικά με προβλήματα του μαστού και καρκίνο, οικογενειακό ιστορικό σχετικά με καρκίνο του μαστού και καρκίνο, εμπειρία μαστογραφίας, κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα). Οι ερωτήσεις που προσδιορίζουν το ιστορικό για τον καρκίνο του μαστού και για τον καρκίνο στην οικογένεια προέκυψαν από τον Strauss et al., (1987).

Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις που προσδιορίζουν την γνώση για τον καρκίνο και για την Αυτοεξέταση του Μαστού. Η γνώση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού προσδιορίστηκε με τη χρήση τεσσάρων ερωτήσεων πολλαπλών επιλογών, που αφορούσαν α) πιθανούς παράγοντες οι οποίοι μπορεί να αυξήσουν την ευπάθεια κάποιου για καρκίνο του μαστού (π.χ. μια γυναίκα είναι πιο πιθανόν να αναπτύξει καρκίνο του μαστού αν: «είναι μόνη», «έχει κάνει υστερεκτομή» κτλ. Βάλτε ένα τικ σε όσες προτάσεις θεωρείτε απαραίτητο), β) την ηλικία κατά την οποία οι κίνδυνοι για καρκίνο του μαστού ουσιαστικά αυξάνουν (π.χ. κατά μέσο όρο, η πιθανότητα να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού γίνεται ουσιαστικά μεγαλύτερη, αφού περάσει ποια γενέθλια; «20στα», «30στα», «40στα», «50στα», «60στα», «δεν έχω ιδέα») και γ) πρόγνωση όγκων του μαστού (π.χ. οι περισσότεροι όγκοι που έχουν βρεθεί στο μαστό εξελίσσονται σε καρκίνο. «Ναι», «Όχι», «Δεν έχω ιδέα»). Βάλτε ένα τικ σε ένα). Αυτές οι ερωτήσεις γνώσεων που αφορούν τον καρκίνο του μαστού προέρχονται από το ερωτηματολόγιο του Stillman (Stillman, 1977). Η γνώση σχετικά με τον προτεινόμενο χρόνο για την Αυτοεξέταση του Μαστού προσδιορίστηκε από τη χρήση μιας ερώτησης: «Ο καλύτερος χρόνος για να πραγματοποιηθεί έλεγχος του μαστού είναι: ακριβώς μετά την περίοδο, ακριβώς πριν την περίοδο, στη μέση του μηνιαίου κύκλου.



Βάλτε τικ σε ένα. «Και η γνώση σχετικά με την προτεινόμενη συχνότητα εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού με την ερώτηση: «Γενικά, πόσο συχνά θα έπρεπε οι γυναίκες να εξετάζουν τους μαστούς τους για πιθανούς όγκους;» Μία φορά, κάθε δεύτερο μήνα, κάθε τρεις μήνες, μία φορά το χρόνο, δεν γνωρίζω. Τσέκαρε ένα» (Το ερωτηματολόγιο του Stillman, όπως παρατίθεται στο Stillman, 1977). Όλες οι πληροφορίες σχετικά με τον προτεινόμενο χρόνο και τη συχνότητα εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού που απαιτούνται με σκοπό να απαντηθούν αυτές οι ερωτήσεις, συμπεριλαμβάνονταν στους οδηγούς και στα φυλλάδια που δημιουργήθηκαν από το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο (2000).

Το τρίτο μέρος προσδιόρισε την γνώση των φοιτητριών του δείγματος σχετικά με την μαστογραφία, με τη χρήση ερώτησης πολλαπλών επιλογών, βασισμένης σε μία σειρά από φυλλάδια που εκδόθηκαν από τις Αρχές Υγείας της Σκοτίας, στο Ηνωμένο Βασίλειο (π.χ. «NHS - Breast screening Programme», After your Breast Screening visit: what now? And «65 or over?»). Ωστόσο, οι περισσότερες πληροφορίες είχαν συμπεριληφθεί στους οδηγούς και στα φυλλάδια από τις Αρχές Υγείας στην Ελλάδα (Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, 2000). Δόθηκαν επίσης στις συμμετέχουσες 4 δηλώσεις - προτάσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εξέτασης του τεστ (π.χ. «η μαστογραφία θα ανιχνεύσει πολλά μη καρκινικά προβλήματα του μαστού, μερικά από τα οποία μπορεί να μην έχουν ανιχνευθεί αλλιώς», «Αν μια γυναίκα έχει μία καθαρή μαστογραφία, δε χρειάζεται καμία άλλη μαστογραφία», «Η μαστογραφία μπορεί να βρεί τον καρκίνο του μαστού πάνω από δύο χρόνια, πριν η γυναίκα προσωπικά ή ο γιατρός της μπορέσει να νιώσει έναν όγκο ή να προσέξει οποιαδήποτε αλλαγή στο μαστό». Στις ερωτήσεις ζητήθηκε να επιλέξουν την κατάλληλη απάντηση γι' αυτές «Σωστό», «Λάθος», ή «Δεν το γνωρίζω».

Στο τέταρτο μέρος, οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν σχετικά με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού (συχνότητα και γνώση της προτεινόμενης διαδικασίας). Το πρώτο επίπεδο της εφαρμογής προσδιορίστηκε με την ερώτηση «Έχετε πραγματοποιήσει ποτέ ελέγχους του μαστού;» (Ναι - Όχι). Η εφαρμογή της μικρής περιόδου προσδιορίστηκε με την ερώτηση «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών πόσες φορές περίπου πραγματοποιήσατε ελέγχους στο μαστό;» (Καμία, Μία φορά, Δύο φορές, Τρεις ή περισσότερες φορές) και η εφαρμογή της μακράς περιόδου με την ερώτηση «Κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου πόσο συχνά ελέγξατε τον μαστό σας;» (Καθόλου, Μία φορά, Δύο φορές, Μία φορά τον μήνα, Μία φορά το δίμηνο). Η γνώση σχετικά με τη διαδικασία προσδιορίστηκε με την παροχή μιας λίστας 12 προτεινόμενων βημάτων, όπως διευκρινίζεται στα φυλλάδια των Αρχών Υγείας και από τα Φιλανθρωπικά Ιδρύματα στο Ηνωμένο Βασίλειο,



και ζητούσαν από τις συμμετέχουσες να δηλώσουν ποιο από αυτά τα βήματα ακολουθούσαν όταν εξέταζαν τους μαστούς τους (π.χ. «Εξετάζω τους μαστούς κατά την διάρκεια του μπάνιου ή του αφροντούς», «Κοιτάζω τους μαστούς μου στον καθρέφτη με τα χέρια στα πλάγια»). Οι ερωτήσεις για τη διαδικασία της Αυτοεξέτασης του Μαστού προέρχονται ακριβώς από τον Friedman et al., (1994) και από τους Calman and Rutter (1986) και έχουν τροποποιηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, όλα τα βήματα αυτοεξέτασης είχαν προταθεί και διεκρινιστεί από το Ελληνικό Αντι-καρκινικό Ινστιτούτο (2000) στους επίσημους οδηγούς και στα φυλλάδια.

Το πέμπτο μέρος εξέταζε τις απόψεις για την υγεία (ευπάθεια, σοβαρότητα, οφέλη, εμπόδια, κίνητρα για την υγεία, υπαινιγμοί για δράση) σε σχέση με την Αυτοεξέταση του Μαστού με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου για τις απόψεις για την υγεία. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε θέματα στα οποία αναφέρονταν προηγούμενες σχετικές κλίμακες (Champion, 1992; Horton et al., 1996; King et al., 1995; Rakowski et al., 1992; Price, 1994; Aiken et al., 1994) και είχαν προηγουμένως χρησιμοποιηθεί από ερευνητές σε έρευνες με φοιτήτριες, και άτομα που υποβλήθηκαν ή όχι σε μαστογραφία στην Σκοτία και σε ένα δείγμα ατόμων που υποβλήθηκαν σε μαστογραφία στην Ελλάδα. Αποτελείται από 36 θεματικές ενότητες και διαιρείται σε 6 υπό - κλίμακες (ευαισθησία, σοβαρότητα, οφέλη της χρησιμοποίησης της Αυτοεξέτασης του Μαστού, οφέλη της μαστογραφίας, εμπόδια στην αυτοεξέταση, εμπόδια στην εξέταση της μαστογραφίας, κίνητρα για την υγεία). Η κάθε μία από τις υπό - κλίμακες αποτελούνταν από 6 θέματα των 4 σημείων συμφωνώ - διαφωνώ, σύμφωνα με την κλίμακα τύπου Likert (π.χ. «Είμαι πιο ευαίσθητη στον καρκίνο του μαστού, συγκριτικά με άλλες ασθενείς»). Το πέμπτο μέρος περιελάμβανε επίσης μία κλίμακα του Lau RR & Hartman, KA, (1986) για την αξία της υγείας, αποτελούμενη από 4 θέματα, σε μία κλίμακα Likert 6 σημείων συμφωνώ - διαφωνώ, για παράδειγμα: «Αν δεν έχεις την υγεία σου, δεν έχεις τίποτε». Το έκτο μέρος αποτελείται από την κλίμακα Θετικής - Αρνητικής Διάθεσης (PANAS) των Watson, Clark και Tallengen (1988). Η κλίμακα αποτελείται από 20 επίθετα, 10 μετρούν θετική (π.χ. αποφασισμένος/η, υπερήφανος/η) και 10 μετρούν αρνητική διάθεση (π.χ. λυπημένος/η, ευερέθιστος/η). Το έβδομο μέρος περιελάμβανε την πολυδιάστατη κλίμακα Εστίας Ελέγχου της Υγείας (MHLOC - Multidimensional Health Locus of Control scale), (Form A) του Wallston et al., (1978) και υπο - κλίμακες οι οποίες επιλέχθηκαν από την Cope scale του Carver et al., (1989). Η κλίμακα MHLOC αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις ως προς το κέντρο ελέγχου της υγείας: Εσωτερικότητα (ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι το κέντρο ελέγχου της υγείας εξαρτάται από το ίδιο το άτομο είναι δηλαδή Εσωτερικό), Τύχη (η πίστη στην τύχη ή



σε εξωτερικούς παράγοντες για την κατάσταση της υγείας) και οι Σημαντικοί Άλλοι (η πίστη ότι η υγεία κάποιου εξαρτάται από άλλους Σημαντικούς και συγκεκριμένα τους ειδικούς - επαγγελματίες στην υγεία). Κάθε διάσταση αποτελείται από 6 προτάσεις σε μια κλίμακα 6 σημείων Likert. Τέλος χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα *Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων*. Από τις 13 υπο - κλίμακες της κλίμακας χρησιμοποιήθηκαν οι έξι, τρεις που μετράνε «θετικούς» και τρεις «αρνητικούς» τρόπους αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (π.χ. η δραστηριοποίηση προσδιορίζει την ανάληψη δράσης και την άσκηση προσπαθειών για την μετακίνηση ή ματαίωση της στρεσογόνου κατάστασης. Η αναζήτηση της συναισθηματικής στήριξης προσδιορίζει την εξασφάλιση συμπάθειας ή συναισθηματικής υποστήριξης από κάποιον, η αποδοχή προσδιορίζει την αποδοχή του γεγονότος ότι το στρεσογόνο γεγονός έχει ολοκληρωθεί και είναι πραγματικότητα και η άρνηση προσδιορίζει μια προσπάθεια για απόρριψη της πραγματικότητας του στρεσογόνου γεγονότος και τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών). Κάθε υπό - κλίμακα αποτελείται από 4 προτάσεις σε μία κλίμακα 6 σημείων τύπου Likert. Τελικά, ζητήθηκε από όσες συμμετείχαν στην έρευνα να δηλώσουν ξεχωριστά τις πηγές πληροφορόρησης που χρησιμοποίησαν για να μάθουν σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού και τη μαστογραφία («Από πού μάθατε για τους ελέγχους του μαστού / μαστογραφία; Από φίλο ή συγγενή, Προσωπικό (οικογενειακό) γιατρό, Νοσοκόμα / Μαία, από τηλεοπτικό πρόγραμμα, Περιοδικά / Εφημερίδες, Φυλλάδια / προσπέκτους, Άλλο, Δεν θυμάμαι»).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Εφαρμογή και Γνώση.

Ένα ποσοστό 56,5% (48 φοιτήτριες) ανέφεραν ότι έχουν δοκιμάσει την Αυτοεξέταση του Μαστού κάποια στιγμή της ζωής τους και 43,5% (37 φοιτήτριες) ανέφεραν ότι δεν έχουν ποτέ δοκιμάσει να την εφαρμόσουν. Ένα ποσοστό 11,8% ανέφεραν ότι εφάρμοσαν την αυτοεξέταση μία φορά ή δύο φορές, 21,2% μία φορά κάθε δεύτερο μήνα και 10,6% μία φορά το μήνα, η οποία είναι και η προτεινόμενη συχνότητα. Στη μακρά περίοδο (μέσα σε ένα χρόνο), ένα ποσοστό 7,0% δεν εφάρμοσε την αυτοεξέταση καθόλου, 24,7% την εφάρμοσε μία φορά ή δύο, 15,3% μία φορά κάθε δεύτερο μήνα και 11,8% μία φορά το μήνα. Παρατηρούμε ότι, στη μικρή περίοδο, το 11,8% των φοιτητριών του δείγματος δεν έκανε εφαρμογή, 35,3% ανέφερε κάποια εφαρμογή, λιγότερο συχνή από την προτεινόμενη και το 10,6% έκανε πρακτική σύμφωνα με την προτεινόμενη. Στην μακρά περίοδο το 7,0% δεν την εφάρμοσε καθόλου, το 40,0% εφάρμοσε την Αυτοεξέταση του Μαστού



λιγότερο συχνά από την προτεινόμενη και το 11,8% έκανε εφαρμογή μία φορά τον μήνα.

Ως προς τη γνώση για τους παράγοντες που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού, παρατηρούμε ότι: η μεγάλη πλειοψηφία των φοιτητριών του δείγματος (96,5%) απέτυχε να αναγνωρίσει ότι «το να είσαι μόνος» (να μην έχεις δηλαδή μια σχέση που να σου εξασφαλίζει οικειότητα) είναι ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Επίσης, το 87,1% και το 52,9% με ανακρίβεια, δήλωσαν ότι το «να μην έχεις παιδιά» και να «έχεις εμμηνόπαυση», αντίστοιχα, δεν συνιστούν επικίνδυνο παράγοντα. Ωστόσο, το 74,1%, με ακρίβεια, αναγνώρισε το οικογενειακό ιστορικό του καρκίνου του μαστού ως παράγοντα που μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία στην ασθένεια. Ένα ποσοστό 82,4%, σωστά ανέφερε ότι η υστερεκτομή δεν είναι επικίνδυνος παράγοντας, αν και το 52,9% απέτυχε να αναγνωρίσει το σωστό, ότι το να «έχεις εμμηνόπαυση» είναι πιθανός επικίνδυνος παράγοντας για καρκίνο. Ένα ποσοστό 69,4% ανέφερε τη λανθασμένη άποψη ότι τα αντισυλληπτικά που χορηγούνται από το στόμα αυξάνουν τις πιθανότητες του καρκίνου του μαστού, ενώ ένα ποσοστό 88,2% ανέφερε ότι «το να έχεις χτυπήσει το στήθος» δεν είναι επικίνδυνος παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Ένα ποσοστό 45,9% των φοιτητριών του δείγματος, σωστά αναγνώρισαν έναν από τέσσερις συνολικά επικίνδυνους παράγοντες. Δύο παράγοντες αναγνωρίστηκαν από ένα ποσοστό της τάξεως του 32,9% και τρεις από 6 άτομα. Και οι τέσσερις παράγοντες ωστόσο αναγνωρίστηκαν από ένα μόνο άτομο. Ένα ποσοστό της τάξεως του 12,9% απέτυχε να αναγνωρίσει σωστά κάποιον από τους τέσσερις επικίνδυνους παράγοντες. Το «σαράντα - τριάντα» αναγνωρίστηκε σωστά από το 75,3% του δείγματος, σαν την ηλικία που ο κίνδυνος ανάπτυξης της ασθένειας αυξάνεται σημαντικά. Ένα ποσοστό 78,8% πίστευε ότι μόνο μερικοί όγκοι του μαστού βρίσκονται να είναι καρκινικοί. Όσον αφορά τη γνώση για την Αυτοεξέταση του Μαστού, το 49,4% των φοιτητριών που συμμετείχαν εμφανίστηκαν να γνωρίζουν τον προτεινόμενο χρόνο για την Αυτοεξέταση του Μαστού («Μετά την περίοδο») και το 41,2% την προτεινόμενη συχνότητα («Μία φορά το μήνα»). Οι συμμετέχουσες μπορούσαν να αναγνωρίσουν κατά μέσο όρο 4 στα 5 από τα 12 προτεινόμενα βήματα για την Αυτοεξέταση του Μαστού (μέσος όρος = 4,5, sdt, = 1,9). Ένα ποσοστό 87,5% από τις συμμετέχουσες, αναγνώρισαν πάνω από 6 από τα προτεινόμενα βήματα, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 12,5% αναγνώρισε 7-12 από τα προτεινόμενα βήματα. Καμία από τις συμμετέχουσες δεν αναγνώρισε όλα, και τα 12 βήματα, και η γνώση για την διαδικασία διακυμάνθηκε από 1 σε 10 βήματα το πολύ. Η μεγάλη πλειοψηφία (84,7%) σωστά δήλωσε ότι η μαστογραφία είναι ικανή να ανιχνεύσει καλοήθεις καταστάσεις του μαστού, οι οποίες δεν θα μπορούσαν να ανιχνευθούν με άλλο τρόπο,



ενώ μια αναλογία της τάξεως του 96,5% συμφώνησε ότι μία καθαρή μαστογραφία δεν είναι αρκετή και η εξέταση χρειάζεται να επαναλαμβάνεται τακτικά. Ένα ποσοτό 76,5% δεν συμφώνησε ότι η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο του μαστού στο πρώιμο στάδιο, και το 68,2% δεν γνώριζε ότι η μαστογραφία προτείνεται για τις μεγαλύτερες γυναίκες.

Η πιο δημοφιλής πηγή πληροφοριών για την Αυτοεξέταση του Μαστού ήταν τα περιοδικά /εφημερίδες (53,0%), ακολουθούν τα τηλεοπτικά προγράμματα (47,0%), οι φίλοι - συγγενείς (42,3%), τα φυλλάδια (35,3%), ο προσωπικός /οικογενειακός γιατρός (28,2%) και η νοσοκόμα /μαία (2,3%). Μία αναλογία της τάξεως του 3,5% ανέφερε ότι έχει μάθει για την Αυτοεξέταση του Μαστού από άλλες πηγές από αυτές που προηγουμένως αναφέρθηκαν, ενώ το 5,9% δε θυμάται. Η πιο δημοφιλής πηγή πληροφοριών για την μαστογραφία ήταν πάλι τα περιοδικά και οι εφημερίδες (49,4%), ακολουθούν τα τηλεοπτικά προγράμματα (40,0%), οι φίλοι /συγγενείς (37,6%), τα φυλλάδια (27,0%), ο προσωπικός /οικογενειακός γιατρός (24,7%) και η νοσοκόμα /μαία (3,5%). Μία αναλογία της τάξεως του 2,3% κατέφυγαν σε άλλες πηγές και το 11,8% δε θυμάται. Ένα ποσοστό 28,2% ανέφερε ότι έχει αποκτήσει σχετικές πληροφορίες για την Αυτοεξέταση του Μαστού από μία μόνο πηγή, το 34,1% από δύο, το 16,5% από τρεις, το 8,2% από τέσσερις, το 1,2% από πέντε διαφορετικές πηγές, το 1,2% δεν έδωσε καμία απάντηση και το 10,69% δεν θυμάται να χρησιμοποιήσει καμία πηγή. Μία αναλογία της τάξεως του 25,9% ανέφερε ότι έχει ακούσει για τη μαστογραφία από μία πηγή, το 30,6% από δύο, το 30,6% από τρεις διαφορετικές πηγές, το 3,5% από τέσσερις, το 3,5% από πέντε, το 1,2% δεν έδωσε καμία απάντηση και το 4,75% δε θυμάται να χρησιμοποιήσει καμία πηγή. Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχουσες είχαν χρησιμοποιήσει δύο διαφορετικές πηγές πληροφοριών για την Αυτοεξέταση του Μαστού (μέσος όρος = 1,9, sdt = 1,1) και δύο για τη μαστογραφία (μέσος όρος = 2,1, sdt = 1,1).

4.2. Στατιστική ανάλυση.

Στόχοι της έρευνας ήταν: η περιγραφή της εφαρμογής (εφάρμοσα την Αυτοεξέταση του Μαστού / δεν την εφάρμοσα) και η συχνότητα της εφαρμογής. Ένας προσδιορισμός της γνώσης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, την Αυτοεξέταση του Μαστού και τη μαστογραφία και τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την άντληση πληροφοριών για την Αυτοεξέταση του Μαστού και στη μαστογραφία. Η διερεύνηση επίσης της σχέσης ανάμεσα στην εφαρμογή και συχνότητα εφαρμογής της Αυτοεξέτασης και σε συγκεκριμένες μεταβλητές (π.χ. δημογραφικά στοιχεία, δείκτες υγείας, απόψεις για την υγεία, προσωπικότητα), σε μία προσπάθεια να αναγνωρίσουμε τους παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να προβλέψουν την πρακτική της συμπερι-



φοράς και τη συχνότητα της εφαρμογής. Η εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού προσδιορίστηκε σε τρία επίπεδα (έχω /δεν έχω εφαρμόσει την Αυτοεξέταση του Μαστού προηγούμενα, εφαρμογή σε μικρή περίοδο και εφαρμογή σε μακρά περίοδο). Η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε να προσδιορίσει το πρώτο επίπεδο αποτελείται από τις κατηγορίες 1= «έχω εφαρμόσει» και 2= «δεν το έχω ποτέ εφαρμόσει», το δεύτερο επίπεδο από τις κατηγορίες 1= «το εφάρμοσα μέσα στον προηγούμενο χρόνο» και 2= «δεν το εφάρμοσα μέσα στον προηγούμενο χρόνο. Η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε για να προσδιορίσει την συχνότητα της πρακτικής στο δεύτερο επίπεδο (μικρή περίοδος) αποτελείται από τέσσερις κατηγορίες (1= «καθόλου», 2= «μία φορά», 3= «δύο φορές», 4= «τρεις φορές ή περισσότερες»). Η συχνότητα της πρακτικής στο τρίτο επίπεδο (μακρά περίοδος), προσδιορίστηκε επίσης από τέσσερις κατηγορίες (1= «καθόλου», 2= «μία φορά», 3= «μία φορά κάθε δεύτερο μήνα», 4= «μία φορά το μήνα»). Ωστόσο, για να έχουμε μια περισσότερο ουσιαστική ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η συχνότητα της πρακτικής των μεταβλητών διαμορφώθηκε σε μεταβλητές των τριών κατηγοριών, από ενοποιημένες κατηγορίες. Έγινε ενοποίηση και της συχνότητας της μικρής περιόδου και της μεγάλης περιόδου, αποτελούμενες από 1= «καμία εφαρμογή», 2= «μερική εφαρμογή - λιγότερο συχνή από την προτεινόμενη» (ενοποιώντας τη «μία φορά» με τις «δύο φορές» για την μικρή περίοδο και «μία φορά /δύο φορές» με την «μία φορά κάθε δεύτερο μήνα» για την μακρά περίοδο), 3= «προτεινόμενη συχνότητα, μία φορά τον μήνα».

Για τους παράγοντες που θα μπορούσαν να κάνουν πρόβλεψη της εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού στα τρία επίπεδα που αναφέρθηκαν παραπάνω (έχω /δεν έχω εφαρμόσει την Αυτοεξέταση του Μαστού στην μικρή περίοδο, έχω /δεν έχω εφαρμόσει την Αυτοεξέταση του Μαστού στη μακρά περίοδο) χρησιμοποιήθηκε η Logistic Regression Analysis. Για τους παράγοντες που θα μπορούσαν να κάνουν πρόβλεψη της συχνότητας της εφαρμογής στην μικρή περίοδο και στην μακρά περίοδο χρησιμοποιήθηκε η Linear Regression Analysis. Αρχικά, οι ατομικοί παράγοντες και η σχέση τους με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού και τη συχνότητα της εφαρμογής εξετάστηκαν από τα univariate test (χ^2 and one way Anova). Η ανάλυση αυτή έδωσε τη δυνατότητα να αποκλειστούν ασήμαντοι παράγοντες. Για τους παράγοντες οι οποίοι βρέθηκαν να έχουν σημαντική σχέση με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού / συχνότητα, έγινε χρήση της Regression Analysis, για καθένα χωριστά και ως ομάδες. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS - X. Όλες οι δημογραφικές μεταβλητές και οι μεταβλητές σχετικά με την κατάσταση της υγείας, εκτός από το «οικογενειακό ιστορικό του



καρκίνου του μαστού», «το οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο γενικά», «το κάπνισμα», «το αλκοόλ», αποκλείστηκαν από την ανάλυση, επειδή οι κατηγορίες τους ήταν μη αντιπροσωπευτικές.

4.3. Πρώτο Επίπεδο της Στατιστικής Ανάλυσης:

Συσχέτιση ανάμεσα στην εφαρμογή /συχνότητα της Αυτοεξέτασης του Μαστού και στην κατάσταση της υγείας, τις απόψεις για την υγεία, το κέντρο ελέγχου υγείας, τους τρόπους αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (coping), την επιρροή και την επιλογή των πηγών πληροφόρησης.

Από τον πίνακα 2 παρατηρούμε ότι η επιλογή του προσωπικού (οικογενειακού) γιατρού, ως πηγή πληροφόρησης σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού, ήταν η μόνη μεταβλητή η οποία είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης στο πρώτο επίπεδο. ($\chi^2 = 9,4$, $df = 1$, $p = 0,002$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

| ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ BSE | χ^2/F | df | p< | Scheffe for ANOVAs |
|---|------------|----|---------|--------------------|
| ΠΡΩΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | | | | |
| Γιατρός ως πηγή πληροφόρησης για BSE | 9.4 | 1 | 0.002** | |
| ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | | | | |
| Σημαντικοί άλλοι ως πηγή ελέγχου υγείας | 4.4 | 1 | 0.042* | |
| ΤΡΙΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | | | | |
| Μη σημαντικές συσχετίσεις | | | | |
| ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ BSE | | | | |
| | F | df | p< | Scheffe for ANOVAs |
| ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | | | | |
| Μη σημαντικές συσχετίσεις | | | | |
| ΤΡΙΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | | | | |
| Αξία υγείας | 6.3 | 2 | 0.004** | 2-3** |
| Άρνηση | 3.5 | 2 | 0.039* | |

* $p < .05$ επίπεδο, ** $p < .01$ επίπεδο, *** $p < .001$ επίπεδο.



Οι φοιτήτριες που ανέφεραν τον γιατρό τους σαν μία από τις πηγές που προτιμούν για να μάθουν για την Αυτοεξέταση του Μαστού, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν εφαρμόσει την συμπεριφορά σε κάποιο σημείο της ζωής τους. ($\chi^2 = 9,4$, $df = 1$, $p = 0,002$). Η εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού στην μικρή περίοδο, συσχετιζόταν σημαντικά με τους ειδικούς άλλους ως προς το κέντρο της υγείας ($F = 4,4$, $df = 1$, $p = 0,042$). Οι φοιτήτριες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού στην μικρή περίοδο, έδωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στους ειδικούς άλλους στη μεταβλητή του κέντρου ελέγχου υγείας (μέσος όρος για τις συμμετέχουσες = 21,9, μέσος όρος για τις μη συμμετέχουσες = 19,2). Καμία από τις μεταβλητές που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού στην μακρά περίοδο.

Η συχνότητα εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού στην μικρή περίοδο δεν είχε υψηλή συσχέτιση με καμία από τις μεταβλητές που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, αν και η συχνότητα της πρακτικής στη μακρά περίοδο είχε σημαντική συσχέτιση με την αξία της υγείας ($F = 6,3$, $df = 2$, $p = 0,004$) και την άρνηση ($F = 3,5$, $df = 2$, $p = 0,039$). (Scheffe, σελ. 26). Οι φοιτήτριες που ανέφεραν κάποια - μερική εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού στη μακρά περίοδο και αυτές που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού στην προτεινόμενη, διέφεραν σημαντικά ως προς την αξία που έδιναν στην υγεία (Μέσος όρος για αυτές που εφάρμοσαν μερικώς την Αυτοεξέταση του Μαστού = 21,8, μέσος γι' αυτές που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού κατά το προτεινόμενο = 18,7). Διαφορές στην άρνηση δεν υπήρξαν σε καμία από τις δύο ομάδες. Ωστόσο, οι φοιτήτριες που ανέφεραν ότι δεν εφάρμοσαν καθόλου την Αυτοεξέταση του Μαστού στη μακρά περίοδο, παρουσίασαν τον υψηλότερο μέσο όρο στην άρνηση και ακολούθησαν αυτές που ανέφεραν μερική εφαρμογή, και αυτές που ανέφεραν ότι έχουν εφαρμόσει την αυτοεξέταση σύμφωνα με το προτεινόμενο («καμία εφαρμογή», μέσος όρος = 8,8, «μερική εφαρμογή» = μέσος όρος 8,3, «προτεινόμενη εφαρμογή» = μέσος όρος 5,9).

4.4. Δεύτερο Επίπεδο της Στατιστικής Ανάλυσης: Πρόβλεψη της Εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού / Συχνότητα Εφαρμογής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Λογιστικής Ανάλυσης Παλινδρόμησης (Logistic Regression Analysis), η επιλογή του γιατρού ως πηγή πληροφόρησης σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού (Model $P = 0,0014$) είχε υψηλό βαθμό πρόβλεψης για την εφαρμογή στο πρώτο επίπεδο (έχω/δεν έχω εφαρμόσει τη συμπεριφορά προηγουμένως) και ερμήνευσε το 15,0% της διακύμανσης (βλ. πίνακα 3). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, η μεταβλητή



αυτή παρουσίασε υψηλή ακρίβεια πρόβλεψης με το 61,9% των φοιτητριών που συμμετείχαν να είναι στη σωστή κατηγορία, ως άτομα που έχουν / δεν έχουν εφαρμόσει την αυτοεξέταση σε αυτό το επίπεδο της εφαρμογής. Υψηλότερη ακρίβεια πρόβλεψης βρέθηκε για την ομάδα που δεν είχε εφαρμόσει την αυτοεξέταση (το 88,9) αυτών που δεν εφάρμοσαν την αυτοεξέταση ήταν σωστά ταξινομημένες). Η εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού στην μικρή περίοδο, θα μπορούσε επιτυχώς να προβλεφθεί με βάση την απόδοση του κέντρου υγείας στους σημαντικούς άλλους (Model P = 0,0349), η οποία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

| ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|----------------|----|-----------|-------------------------------|--|---|---|------|------|
| BSE | Παράγοντες | Μοντέλο | df | Μοντέλο P | Negelkerke/ R ² | % Overall ¹ correctly Classified | % Practisers ² correctly Classified | % Non Practisers ³ correctly Classified | B | S.E. |
| ΑΣΚΗΣΗ | προβλεψιμότητας | χ ² | | | | | | | | |
| ΠΡΩΤΟ ¹ | Γιατρός ως πηγή | 10.2 | 1 | 0.0014** | 0.153 | 61.9 | 41.7 | 88.9 | -1.7 | 0.6 |
| ΕΠΙΠΕΔΟ | πληροφόρησης | | | | | | | | | |
| ΔΕΥΤΕΡΟ ¹ | Σημαντικοί άλλοι | 4.4 | 1 | 0.0349* | 0.138 | 81.2 | 10.0 | 100.0 | 0.2 | 0.1 |
| ΕΠΙΠΕΔΟ | ως πηγή ελέγχου υγείας | | | | | | | | | |
| ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ | | | | | | | | | | |
| BSE | Παράγοντες | F | df | P | R ² | | | B | S.E. | |
| ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | προβλεψιμότητας | | | | | | | | | |
| ΤΡΙΤΟ ¹ | Αξία υγείας | 7.0 | 1 | 0.011** | 0.127 | | | -7.5 | 0.0 | |
| ΕΠΙΠΕΔΟ | | | | | | | | | | |
| | Άρνηση | 5.6 | 1 | 0.022* | 0.109 | | | -6.7 | 0.0 | |
| | Αξία υγείας | 4.6 | 2 | 0.015** | 0.171 | | | -5.8 | 0.0 | |
| | Άρνηση | | | | | | | -4.5 | 0.0 | |

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

¹ Συνολικός αριθμός με σωστή κατηγοριοποίηση

² Εφαρμόζουσες την πρακτική

³ Μη εφαρμόζουσες την πρακτική

ερμηνεύει το 14,0% της διακύμανσης. Η μεταβλητή αυτή παρουσίασε υψηλή ακρίβεια πρόβλεψης, με 81,2% των φοιτητριών να είναι σωστά ταξινομημένες ως άτομα που εφάρμοσαν την αυτοεξέταση ή δεν την εφάρμοσαν.

Σύμφωνα με την στατιστική επεξεργασία της Γραμμικής Ανάλυσης Παλινδρόμησης (Linear Regression Analysis), η αξία της υγείας και η άρνηση



έκαναν σημαντική πρόβλεψη για την συχνότητα της εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού στην μακρά περίοδο ($F = 4,6$, $df = 2$, $p = 0,015$). Οι δύο μεταβλητές μαζί ερμήνευσαν το 17,0% της διακύμανσης (βλ. Πίνακα 3). Η άρνηση είχε μια σημαντική ξεχωριστή πρόβλεψη ($F = 5,6$, $df = 1$, $p = 0,022$) και μόνη της ερμήνευσε το 11% της διακύμανσης. Η αξία της υγείας είχε επίσης μια σημαντική πρόβλεψη ($F = 7,0$, $df = 1$, $p = 0,011$) και ερμήνευσε το 13% της διακύμανσης (βλ. Πίνακα 3).

4.5. Επιπρόσθετη Στατιστική Ανάλυση.

α) *Σχέση ανάμεσα στην εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού και τη Γνώση σχετικά με την Προτεινόμενη διαδικασία και τον (προτεινόμενο) Χρόνο.*

Η σχέση ανάμεσα στην εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού και τη γνώση σχετικά με την προτεινόμενη διαδικασία και τον χρόνο, εξετάστηκε με την χρήση του One - way ANOVA. Η εφαρμογή της Αυτοεξέτασης στη μικρή και την μακρά περίοδο δεν βρέθηκε να έχει σχέση με την γνώση σχετικά με την προτεινόμενη διαδικασία για τη συμπεριφορά ($F = 0.031$, $df = 1$, $p = 0,860$ και $F = 0.1$, $df = 1$, $p = 0.7$) ούτε με τη γνώση σχετικά με τον προτεινόμενο χρόνο ($F = 1.1$, $df = 1$, $p = 0.298$ και $F = 1.1$, $df = 1$, $p = 0.300$).

β) *Σχέση ανάμεσα στη Συχνότητα της εφαρμογής και τη Γνώση σχετικά με την προτεινόμενη Συχνότητα, Διαδικασία και Χρόνο.*

Η one - way ANOVA στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε επίσης για να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στη συχνότητα της εφαρμογής και τη γνώση σχετικά με την προτεινόμενη συχνότητα, τη διαδικασία και το χρόνο. Η συχνότητα της εφαρμογής και στη μικρή ($F = 1.0$, $df = 1$, $p = 0.3$) και στην μακρά περίοδο ($F = 0.5$, $df = 1$, $p = 0,5$) δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την γνώση της προτεινόμενης συχνότητας. Ωστόσο, αν και η συχνότητα της εφαρμογής στην μικρή περίοδο ($F = 0.0$, $df = 1$, $p = 0.930$) δεν σχετίζεται σημαντικά με τη γνώση της προτεινόμενης διαδικασίας/ βημάτων για την Αυτοεξέταση του Μαστού, η συχνότητα στη μακρά περίοδο ήταν σημαντική ($F = 4.2$, $df = 1$, $p = 0.046$). Οι φοιτήτριες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού σύμφωνα με το προτεινόμενο, ήταν περισσότερο ενήμερες σχετικά με την προτεινόμενη διαδικασία (μέσος όρος = 5.4) συγκριτικά με εκείνες που την εφάρμοσαν λιγότερο συχνά από το προτει-



προτεινόμενο (μέσος όρος = 4.2). Η συχνότητα της εφαρμογής στη μικρή περίοδο ($F = 4.2$, $df = 1$, $p = 0.048$) είχε σημαντική συσχέτιση με τη γνώση του προτεινόμενου χρόνου, ενώ η συχνότητα στη μακρά - περίοδο δεν είχε υψηλή συσχέτιση ($F = 4.2$, $df = 1$, $p = 0.114$). Οι φοιτήτριες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού σύμφωνα με την προτεινόμενη συχνότητα, εμφανίστηκαν να γνωρίζουν λιγότερο τον προτεινόμενο χρόνο της Αυτοεξέτασης του Μαστού (μετά την περίοδο) (μέσος όρος = 0.2) από αυτές που την εφάρμοσαν λιγότερο συχνά από το προτεινόμενο (μέσος όρος = 0.6).

γ) Σχέση ανάμεσα στις πηγές πληροφόρησης που προτιμούνται και στα επίπεδα γνώσης.

Η one - way ANOVA επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στην προτίμηση των πηγών πληροφόρησης σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού (φίλοι / συγγενείς, γιατρός, νοσοκόμα / μαία, τηλεόραση, περιοδικά / εφημερίδες, φυλλάδια) και τη γνώση για την Αυτοεξέταση του Μαστού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η επιλογή των φυλλαδίων ως πηγή πληροφόρησης σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού είχε θετική συσχέτιση με τη γνώση για την αυτοεξέταση ($F = 10.8$, $df = 1$, $p = 0.002$). Οι φοιτήτριες που επέλεξαν τα φυλλάδια ως μια από τις προτεινόμενες πηγές πληροφόρησης σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού εμφανίστηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα γνώσης αναφορικά με την Αυτοεξέταση (μέσος όρος = 6.5), σε αντίθεση με τις φοιτήτριες που δεν είχαν κάνει την ίδια επιλογή (μέσος όρος = 4.9). Καμία από τις άλλες πηγές πληροφόρησης δεν είχε σημαντική συσχέτιση με τη γνώση σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού. Η σχέση μεταξύ των προτιμώμενων πηγών πληροφόρησης σχετικά με τη μαστογραφία και τη γνώση σχετικά με τη μαστογραφία εξετάστηκε με τη χρήση της One -Way ANOVA. Η μόνη πηγή πληροφόρησης, η οποία βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με τη γνώση αναφορικά με τη μαστογραφία, ήταν ο γιατρός ($F = 8.6$, $df = 1$, $p = 0.004$). Οι φοιτήτριες που είχαν διαλέξει τον γιατρό τους ως μία από της πηγές πληροφόρησης για να μάθουν σχετικά με τη μαστογραφία έδειξαν ότι έχουν υψηλότερα επίπεδα γνώσης σχετικά με τη διαδικασία αυτή (μέσος όρος = 2.7) σε σύγκριση με εκείνες που δεν είχαν επιλέξει το γιατρό ως πηγή πληροφόρησης (μέσος όρος = 2.2).

Η σχέση ανάμεσα στην επιλογή της πηγής πληροφόρησης και τη συνολική γνώση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού (παράγοντες που αυξάνουν την ευπάθεια, η ηλικία που ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά, η πρόγνωση όγκων του στήθους) εξετάστηκαν επίσης με τη χρήση της one - way ANOVA



επεξεργασίας. Οι φοιτήτριες που επέλεξαν το γιατρό τους ως πηγή πληροφόρησης για την Αυτοεξέταση του Μαστού έδειξαν υψηλότερη γνώση για τον καρκίνο του μαστού (μέσος όρος = 3.7) από εκείνες που δεν είχαν την ίδια επιλογή (μέσος όρος = 2.6) ($F = 14.1, df = 1, p = 0.000$). Επίσης, οι φοιτήτριες που επέλεξαν το γιατρό τους ως μία από τις προτιμώμενες πηγές σχετικά με την μαστογραφία εμφανίστηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα γνώσης για τον καρκίνο του μαστού (μέσος όρος = 3.5) από αυτές που δεν είχαν την ίδια επιλογή (μέσος όρος = 2.7). ($F = 8,3, df = 1, p = 0.005$). Επιπλέον, οι φοιτήτριες που επέλεξαν το γιατρό τους ως μια από τις προτιμώμενες πηγές πληροφόρησης και για την Αυτοεξέταση του Μαστού και για την μαστογραφία είχαν περισσότερες πιθανότητες να γνωρίζουν περισσότερα για τον καρκίνο του μαστού (μέσος όρος = 3.8) από αυτές που δεν τον είχαν επιλέξει (μέσος όρος = 2.7) ($F = 13.0, df = 1, p = 0.001$).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

Ένας από τους κύριους σκοπούς της παρούσας έρευνας ήταν να προσδιορίσει την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού σε ένα δείγμα νεαρών γυναικών στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ένα ποσοτό 56,5% ανέφερε ότι έχουν εφαρμόσει τη συμπεριφορά της αυτοεξέτασης σε κάποιο σημείο της ζωής τους. Ένα ποσοτό 10,6% εφάρμοσε την Αυτοεξέταση του Μαστού, μέσα σε ένα διάστημα τριών μηνών, σύμφωνα με την προτεινόμενη συχνότητα, ενώ το 11,8% την εφάρμοσε σύμφωνα με την προτεινόμενη συχνότητα μέσα σε ένα χρόνο. Οι ρυθμοί της εφαρμογής που βρέθηκαν σε αυτή τη μελέτη εμφανίστηκαν πολύ πιο αισιόδοξοι από αυτούς που αναφέρθηκαν από τον Wardle και τους συνεργάτες του (1995), στην έρευνα των οποίων φάνηκε ότι οι νεαρές Ελληνίδες που εφάρμοζαν τακτικά την Αυτοεξέταση του Μαστού αποτελούσαν μόνο το 4% του δείγματος, ενώ το ποσοτό των γυναικών που δεν εφάρμοσαν καθόλου την Αυτοεξέταση του Μαστού ήταν υψηλό, έφτανε στο 70%. Οι ρυθμοί εφαρμογής στην παρούσα έρευνα εμφανίστηκαν επίσης πολύ πιο υψηλοί από τις αναφορές Euro - Statistics (1995a), όπου αναφέρεται ότι το ποσοτό των Ελληνίδων αυτής της ηλικίας που δηλώνουν ότι έκαναν αυτοεξέταση μέσα σε ένα χρόνο ήταν μόνο 15,9%. Οι ρυθμοί που αναφέρονται στην παρούσα μελέτη, συγκρινόμενοι με εκείνους που βρέθηκαν στις άλλες χώρες στην Ευρώπη και παγκοσμίως, εμφανίζονται να είναι αρκετά όμοιοι. Σύμφωνα με τον Wardle και συνεργάτες (1995), οι οποίοι συνέλεξαν δεδομένα από γυναίκες ηλικίας 17 έως 30 ετών, από 19 άλλες ευρωπαϊκές χώρες και από την Ελλάδα, τα ποσοστά της τακτικής εφαρμογής εκτείνονται από 6% έως 15%, με σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες. Σύμφωνα με τους ρυθμούς που βρέθηκαν ως μέρος της πρώτης φάσης της European



Health και Behaviour Survey (Steptoe et al., 1994), το 8,3% από τις φοιτήτριες που ερωτήθηκαν, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο Βέλγιο, στη Φινλανδία και στη Νορβηγία, ανέφεραν ότι έκαναν εξέταση του μαστού, τουλάχιστον 10 φορές το χρόνο, ποσοστό το οποίο είναι κοντά στα ποσοστά που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη. Ένα θέμα που προέκυψε από προηγούμενες μελέτες για την Αυτοεξέταση του Μαστού, ιδιαίτερα στις νεότερες γυναίκες είναι η ασυμφωνία ανάμεσα στην πραγματική εφαρμογή και στην εφαρμογή σύμφωνα με το προτεινόμενο, όσον αφορά τη συχνότητα, το χρόνο και τη διαδικασία / βήματα (Cromer et al., 1989). Η Αυτοεξέταση του Μαστού, για να είναι αποτελεσματική, χρειάζεται να εφαρμόζεται τακτικά (μία φορά το μήνα), τη σωστή χρονική στιγμή σε σχέση με τον εμμηνορροϊκό κύκλο (μετά την περίοδο ή την ίδια χρονική στιγμή κάθε μήνα για τις γυναίκες που βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση) και να ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα / διαδικασία. Διαφορετικά, μπορεί να είναι ανεπιτυχής στην ανίχνευση ασυνήθιστων αλλαγών του μαστού ή μπορεί να οδηγήσει σε λύπη και αγωνία, εξαιτίας λανθασμένων φόβων. Προηγούμενες μελέτες έχουν βρει ότι, ακόμα και εκείνες οι γυναίκες που ανέφεραν ότι εφάρμοζαν τη συμπεριφορά, δεν ακολουθούσαν τις υποδείξεις όσον αφορά τη συχνότητα (Cromer et al., 1989; Ruda et al., 1992; Katz et al., 1995) και το χρόνο (Cromer et al., 1989; Budden, 1995), ενώ η γνώση τους σχετικά με τα προτεινόμενα βήματα ήταν αρκετά περιορισμένη (Olapedo & Adegoke, 1997). Αν και η παρούσα μελέτη προσδιόρισε την εφαρμογή και τη συχνότητα της εφαρμογής, ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αναφέρουν τις γνώσεις τους σχετικά με την προτεινόμενη χρονική στιγμή και τα βήματα και όχι σχετικά με το χρόνο και τα ακριβή βήματα που εκείνες ακολούθησαν στην εφαρμογή τους. Για το λόγο αυτό, δεν μπορούμε να έχουμε πληροφορίες σχετικά με το εάν εκείνες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού, την εφάρμοσαν τακτικά και σωστά. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της αναφερθείσας εφαρμογής και συχνότητας της αναφερθείσας εφαρμογής και της γνώσης σχετικά με τη σωστή εφαρμογή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι φοιτήτριες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού δεν διέφεραν στη γνώση σχετικά με την προτεινόμενη διαδικασία ή τη χρονική στιγμή από εκείνες που δεν ανέφεραν κάποια εφαρμογή της αυτοεξέτασης και στην μικρή (τους τελευταίους 3 μήνες) και στην μακρά περίοδο (τον τελευταίο χρόνο). Από την άλλη πλευρά, η συχνότητα της εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού είχε σημαντική συσχέτιση με τη γνώση για την Αυτοεξέταση του Μαστού. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτήτριες, που εφάρμοζαν την προτεινόμενη συχνότητα εφαρμογής (μία φορά το μήνα), στη μικρή περίοδο, εμφανίστηκαν να γνωρίζουν περισσότερο τα προτεινόμενα βήματα, σε σύγκριση με εκείνες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού λιγότερο συχνά. Τα υψηλά επίπεδα της γνώσης της δια-



δικασίας έχουν συσχετιστεί στο παρελθόν με υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης (Ronis & Kaiser, 1989), ενώ η αυτοεκτίμηση (Katz et al., 1995), η αποτελεσματικότητα και ο έλεγχος (Cromer et al., 1992) έχουν συνδεθεί με την περισσότερο συχνή εφαρμογή. Για το λόγο αυτό, μπορούσε να προταθεί ότι οι φοιτήτριες που αισθάνονται ότι γνωρίζουν πώς να εφαρμόσουν την διαδικασία, αναμένεται, επίσης, να είναι πιο σίγουρες για τις ικανότητές τους να εφαρμόσουν την Αυτοεξέταση του Μαστού, και έτσι να είναι περισσότερο άνετες στο να την εφαρμόζουν συχνά (Ronis & Kaiser, 1989). Από την άλλη πλευρά, το αντίστροφο είναι επίσης πιθανό. Έχει βρεθεί ότι η Αυτοεξέταση του Μαστού τελειοποιείται με την πρακτική (Hall et al., 1980). Αν ευσταθεί η συνθήκη ότι «η εφαρμογή το κάνει τέλειο», τότε οι φοιτήτριες που εφαρμόζουν συχνά την αυτοεξέταση είναι πιο πιθανό να γνωρίζουν επίσης καλύτερα και τα βήματα που απαιτούνται. Ένα άλλο σημαντικό εύρημα που συνδέει την αναφερθείσα συχνότητα με τη γνώση των συστάσεων, είναι ότι οι φοιτήτριες που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού, σύμφωνα με την προτεινόμενη συχνότητα, εμφανίστηκαν ανεπαρκείς στη γνώση τους σχετικά με την προτεινόμενη χρονική στιγμή για την εφαρμογή της. Αν και, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, δεν μπορούμε να κάνουμε μια απευθείας σύνδεση στη βάση αυτού του ευρήματος, το εύρημα θα μπορούσε να είναι ενδεικτικό ότι μπορεί και να μην έκαναν την εφαρμογή στην προτεινόμενη χρονική στιγμή. Το παραπάνω εύρημα γίνεται ακόμα πιο ανησυχητικό, από τη στιγμή που το 49.4% των φοιτητριών φάνηκε ότι γνώριζε την προτεινόμενη χρονική στιγμή (μετά την περίοδο). Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύει τα προηγούμενα δεδομένα που αφορούν την ασυμφωνία ανάμεσα στη γνώση σχετικά με την εφαρμογή και την πραγματική πρακτική. Οι συμμετέχουσες εμφανίστηκαν να έχουν αρκετά περιορισμένες γνώσεις και παρανοήσεις αναφορικά με τους παράγοντες που πιθανώς αυξάνουν την ευπάθεια για τον καρκίνο του μαστού. Περισσότερο συγκεκριμένα, ο μόνος παράγοντας ευπάθειας που αναγνωρίστηκε από τις συμμετέχουσες ήταν το να έχεις οικογενιακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, ενώ το να μην έχεις μια στενή σχέση, να μην έχεις παιδιά και το να βρίσκεσαι μετά την εμμηνόπαυση, δεν θεωρήθηκαν ότι αποτελούν πιθανούς επικίνδυνους παράγοντες. Ένα μεγάλο ποσοστό (69,4%) πίστευε ότι η αντισύλληψη με χάπια θα μπορούσε να αυξήσει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Αξίζει να σημειώσουμε ότι, αν και μία τέτοια σύνδεση αποκλείεται από τους οδηγούς του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου (2000), όπου δηλώνεται καθαρά ότι «μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει ότι το χάπι δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού», καμία παρόμοια πληροφορία δεν περιλαμβάνεται στα φυλλάδια, όπου οι γυναίκες αναμένεται να έχουν πιο εύκολη πρόσβαση. Δε γνωρίζουμε αν η παραπάνω ασυμφωνία έχει κάποια επίδραση στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου με



το να τις αποθαρρύνει από το χάπι, επειδή, προς το παρόν τουλάχιστον, στοιχεία για τη χρήση των προφυλακτικών δεν είναι διαθέσιμα στην Ελλάδα (The State of women's health in the European Community, 1997). Ανεξάρτητα από τις παραπάνω ασυμφωνίες, η μεγάλη πλειοψηφία (75.3%) ήταν ενήμερη ότι τα 30 - 40 είναι η ηλικία όπου ο κίνδυνος για ανάπτυξη της ασθένειας έχει βρεθεί να αυξάνεται σημαντικά και ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό όγκων του μαστού είναι κακοήθεις (78.8%). Σχετικές πληροφορίες αναφορικά με την ηλικία, ως επικίνδυνο παράγοντα για καρκίνο του μαστού, περιλαμβάνονται στους επίσημους οδηγούς του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου (2000), όπου δηλώνεται καθαρά ότι «η συχνότητα της ασθένειας αυξάνεται με την ηλικία» και ότι «ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου για τις γυναίκες ηλικίας 35 έως 54 ετών». Στο φυλλάδιο «ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ» το οποίο έγινε από το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, είναι επίσης καταγραμμένο ότι «οι περισσότεροι όγκοι του στήθους δεν είναι καρκινικοί». Οι συμμετέχουσες στην παρούσα μελέτη ήταν ενήμερες ότι η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει επίσης και πολλές καλοήθεις καταστάσεις του στήθους (84,7%) και οι μαστογραφίες πρέπει να επαναλαμβάνονται τακτικά ώστε να είναι αποτελεσματικές (96,5%). Ωστόσο, ένα ποσοστό 76,5% δεν ήταν ενήμερο ότι η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει μια δυσμορφία / ανωμαλία σε μη — ψηλαφητό στάδιο και το 68.2% δεν γνώριζε ότι η μαστογραφία ταιριάζει περισσότερο στις μεγαλύτερες γυναίκες. Στα φυλλάδια υπάρχει έλλειψη πληροφοριών που αφορούν την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας σε γυναίκες νεότερες των 35 ετών. Στο «ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ» αναφέρεται ότι μόνο οι γυναίκες ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερες πρέπει να κάνουν μαστογραφία κάθε δύο χρόνια και ότι οι γυναίκες ηλικίας 35 - 40 ετών θα πρέπει να έχουν μία βασική μαστογραφία να υπάρχει για αναφορά στον ιατρικό τους φάκελο. Στο «Για εσάς Κυρία μου» δεν υπάρχει καμία απολύτως αναφορά στη μαστογραφία. Στο επίσημο έγγραφο του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου (2000), δεν υπάρχει καμία αναφορά για τις γυναίκες που είναι νεότερες από 35 ετών, όσον αφορά τους οδηγούς για τις μαστογραφίες. Ξεχωριστοί οδηγοί παρέχονται για τις γυναίκες που είναι άνω των 50 ετών (μία μαστογραφία το χρόνο), αλλά δεν παρέχεται καμία εξήγηση για το γιατί οι μαστογραφίες δεν είναι εξίσου αποτελεσματικές για τις νεότερες γυναίκες.

Στην παρούσα έρευνα, η δέσμευση στην Αυτοεξέταση του Μαστού έχει εξεταστεί όσον αφορά την εφαρμογή / μη εφαρμογή και τη συχνότητα της εφαρμογής. Η εφαρμογή έχει εξεταστεί σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο, εξετάστηκε, αν οι νεότερες γυναίκες προσπάθησαν να εφαρμόσουν τη συμπεριφορά σε κάποιο σημείο πριν την έρευνα, στο δεύτερο επίπεδο, αν εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού στην μικρή περίοδο (μέσα σε 3



μήνες πριν την έρευνα) και στο τρίτο επίπεδο, αν εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση στην μακράν περίοδο (το χρόνο πριν την έρευνα). Η συχνότητα της εφαρμογής στη μικρή και στη μακρά περίοδο εξετάστηκε επίσης, όσον αφορά την εφαρμογή σύμφωνα με τους οδηγούς (μία φορά το μήνα) και τη λιγότερο συχνή εφαρμογή από την προτεινόμενη.

Από τα παρόντα αποτελέσματα, ο ρόλος του γιατρού ως η προτιμώμενη πηγή πληροφόρησης για τις νεότερες γυναίκες, έχει φανεί ως ο μόνος προβλεπτικός παράγοντας για τον αρχικό πειραματισμό στις νεότερες γυναίκες. Η σημαντικότητα των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας τονίζεται από διάφορες μελέτες. Έχει προταθεί ότι η σύσταση από τον γιατρό μπορεί να εντείνει την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού (Friedman et al., 1994; Duke et al., 1994). Αν και, αντίθετα προς την παρούσα μελέτη, η ικανότητα της επιλογής πηγών πληροφόρησης για την πρόβλεψη της εφαρμογής, δεν έχει εξεταστεί από τις άλλες μελέτες, η παρούσα έρευνα δηλώνει ότι η επιλογή του γιατρού ως πηγή πληροφόρησης θα μπορούσε να προβλέψει μόνο την έναρξη της συμπεριφοράς, αλλά δεν θα μπορούσε να εξηγήσει την διατήρηση της εφαρμογής στη μικρή ή στη μακρά περίοδο ή τη συχνότητα της εφαρμογής. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα προηγούμενα ευρήματα, τα οποία μνημονεύουν τους γιατρούς ως πηγή της αρχικής έκθεσης στην Αυτοεξέταση του Μαστού και όχι στην παραπέρα εφαρμογή. Επιπλέον, σύγχρονες και προηγούμενες μελέτες δεν έχουν διασαφηνίσει αν οι γιατροί παρέχουν πληροφορίες για την Αυτοεξέταση του Μαστού μετά από δική τους πρωτοβουλία ή μετά από απαίτηση της γυναίκας. Αν το τελευταίο ισχύει, η παρούσα έρευνα μπορεί να μην μέτρησε τη θετική επιρροή του γιατρού γενικά, αλλά τη συμπεριφορά της συγκεκριμένης ομάδας γυναικών οι οποίες αναζητούν ενεργά πληροφορίες. Αυτό το επιχείρημα θα μπορούσε να ενισχυθεί επιπλέον από το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος που αποτελείται από φοιτήτριες πανεπιστημίου, διότι τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης έχουν συσχετισθεί με μεγαλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Lynch et al., 1997; Stronegger et al., 1997; Blaxter, 1990; Taylor, 1991).

Ως προς το κέντρο ελέγχου της υγείας η εφαρμογή της Αυτοεξέτασης στη μικρή περίοδο, θα μπορούσε να προβλεφθεί σημαντικά μόνο από την εμπιστοσύνη στους ειδικούς. Το εύρημα αυτό συνεπάγεται ότι οι σημαντικοί άλλοι, ειδικά οι γιατροί, έχουν μεγάλη επιρροή στην υγεία και την ευημερία του ατόμου. Σύμφωνα με τα παρόντα αποτελέσματα, οι φοιτήτριες που πίστευαν ότι οι γιατροί συνεισφέρουν σημαντικά στην υγεία τους, ήταν πιο πιθανό να έχουν εφαρμόσει την Αυτοεξέταση του Μαστού. Ο τύπος του κέντρου ελέγχου υγείας, γενικά, σπάνια έχει χρησιμοποιηθεί στην έρευνα για την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού από τις νεαρές γυναίκες. Στις περιπτώσεις, επίσης, που έχει εξεταστεί δεν έχει βρεθεί σημαντική συσχέτιση



(Katz et al., 1995). Αν και δεν υπάρχουν μελέτες που να εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στη στάση για τους σημαντικούς άλλους και την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού στις νεαρές γυναίκες, υπάρχουν μελέτες για τις μεγαλύτερες γυναίκες οι οποίες δείχνουν σημαντική συσχέτιση (Nemceck, 1990; Alagna & Reddy, 1984; Hallal, 1982). Αυτό θα μπορούσε να συνδεθεί με το προηγούμενο εύρημα, ότι δηλαδή οι φοιτήτριες που επέλεξαν το γιατρό τους ως μια από τις προτιμώμενες πηγές πληροφόρησης, ήταν πιο πιθανό να έχουν στην πραγματικότητα εφαρμόσει τη συμπεριφορά. Μια τέτοια επιλογή θα μπορούσε να δικαιολογηθεί και να ενισχυθεί από την άποψη ότι ο γιατρός μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην υγεία τους. Αν αυτό ισχύει, επιπλέον λόγοι δίνονται και στα δύο παραπάνω ευρήματα. Αν και η παρούσα μελέτη έχει προσδιορίσει τους προβλεπτικούς παράγοντες της Αυτοεξέτασης του Μαστού στο πρώτο και στο δεύτερο επίπεδο, έχει αποτύχει να κάνει το ίδιο στο τρίτο επίπεδο (μακρά περίοδος). Για το σκοπό αυτό χρειάζεται επιπλέον έρευνα που να αναζητήσει τους παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού των νεότερων γυναικών στη μακρά περίοδο (για περίοδο μεγαλύτερη από ένα χρόνο), εξετάζοντας μεταβλητές που δεν εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη. Μερικές μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν σημαντικές για τις νεότερες γυναίκες από προηγούμενες έρευνες ήταν η πίστη στον έλεγχο της υγείας (Cromer et al., 1989) η αυτο-αποτελεσματικότητα (Katz et al., 1995), η εμπιστοσύνη στην ικανότητα για εφαρμογή της συμπεριφοράς (Ronis & Kaiser, 1989; Mamon & Zapka, 1986). Η εμπιστοσύνη και η αυτοεκτίμηση θεωρούνται ότι είναι πολύ σημαντικά θέματα για τις έφηβες και νεαρές γυναίκες και έτσι θα μπορούσαν ίσως να συνεισφέρουν στην εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Η παρούσα μελέτη απέτυχε επίσης να προσδιορίσει τους παράγοντες που θα μπορούσαν να προβλέψουν την συχνότητα της εφαρμογής στο επίπεδο της μικρής περιόδου. Αυτή η αποτυχία θα μπορούσε να αποδοθεί στους ίδιους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Ωστόσο, η συχνότητα στη μακρά περίοδο, θα μπορούσε να προβλεφθεί από την αξία της υγείας και την άρνηση, οι οποίες μαζί ερμήνευσαν το 17% της διακύμανσης. Η αξία της υγείας υπήρξε ένας περισσότερο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, καθώς μόνος του αιτιολογούσε το 13% της διακύμανσης, ακολουθούμενος από την άρνηση, η οποία ερμήνευε το 11%. Δυστυχώς, η προηγούμενη έρευνα στις νεαρές γυναίκες και στις έφηβες δεν επικεντρώθηκε καθόλου στην προβλεπτική ικανότητα της αξίας της υγείας σε σχέση με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Όμως υπάρχουν δεδομένα από προηγούμενες έρευνες σε μεγαλύτερες γυναίκες που δείχνουν ότι η πίστη στην αξία της υγείας συνδέεται θετικά με την εφαρμογή προληπτικών συμπεριφορών για την υγεία γενικά, αν και δεν υπάρχει καμία αναφορά συγκεκριμένα για την Αυτοεξέταση του Μαστού. Η υπόθεση που



γίνεται είναι ότι το να δίδεται υψηλή αξία στην υγεία είναι αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή συγκεκριμένων συμπεριφορών για την υγεία (Lau, RR & Hartman, KA 1986). Ο Kristiansen (1985) αναφέρει ότι η θέση ως προς την αξία της υγείας συνδέεται άμεσα με την εφαρμογή, ενώ, σύμφωνα με τον Lau & Hartman (1986), η αξία της υγείας επηρεάζεται, και διαμεσολαβείται επομένως, από τη μεταβλητή Κέντρο Ελέγχου Υγείας. Αντίθετα από τις αναφορές αυτές, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η αξία της υγείας μπορεί να διαδραματίσει αρνητικό ρόλο στην εφαρμογή των συμπεριφορών για την υγεία. Οι απόψεις για την υγεία γενικά, είναι πιθανόν να εξαρτώνται από την κουλτούρα, επειδή αποτελούν μια λειτουργία εμπειριών μακράς περιόδου με ασθένειες και συνήθειες για την υγεία (Lau, 1982, Lau, RR & Hartman, KA, 1986). Συνεπώς, εξαιτίας της έλλειψης ερευνητικών στοιχείων αναφορικά με τις απόψεις για την υγεία στην Ελλάδα, είναι αρκετά δύσκολο να δώσουμε μια ολοκληρωμένη εξήγηση αυτού του ευρήματος. Από την άλλη πλευρά, προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η αξία της υγείας αλλάζει με το χρόνο και με βάση την κατάσταση της υγείας, και για το λόγο αυτό, προσδιορίζεται καλύτερα με μακροχρόνιους σχεδιασμούς. Η παρούσα μελέτη έχει προσδιορίσει την κατάσταση της υγείας σε σχέση με την ασθένεια του μαστού, αλλά όχι με άλλες καταστάσεις. Ως αποτέλεσμα, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε τη γενική κατάσταση της υγείας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, κατά το χρόνο της διεξαγωγής της έρευνας και πώς η κατάσταση αυτή επηρέασε την αξία τους για την υγεία. Ωστόσο, μια υποθετική εξήγηση του παρόντος ευρήματος θα μπορούσε να είναι ότι τα άτομα που εκτιμούν την υγεία τους σε υψηλά επίπεδα, μπορεί να ανησυχούν και να ενδιαφέρονται για συγκεκριμένες όψεις της ζωής τους. Υπερβολικές ανησυχίες (Siegler & Costa, 1994), ανησυχία /νευρωτισμός (Barron et al., 1997) και αρνητικά συναισθήματα (Millar, 1997) έχουν συσχετιστεί αρνητικά με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Αυτή η σειρά παραγόντων θα μπορούσε να εξηγήσει πώς τα υψηλότερα επίπεδα ως προς την αξία της υγείας συνδέονται με χαμηλότερη συχνότητα εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Με βάση τον παράγοντα της άρνησης, οι φοιτήτριες που ανέφεραν συχνή εφαρμογή παρουσίαζαν χαμηλότερο βαθμό άρνησης από αυτές που εφάρμοσαν την Αυτοεξέταση του Μαστού λιγότερο συχνά. Το εύρημα αυτό είναι παρόμοιο με το προηγούμενο και έχει σχέση με δυσλειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και ιδιαίτερα με αμυντικό άγχος για τη μη συμμόρφωση στις συστάσεις για την Αυτοεξέταση του Μαστού (Barron et al., 1997) και επίσης με την καθυστέρηση στην αναφορά των συμπτωμάτων (Magarey et al., 1997).

Οι φοιτήτριες του δείγματος ανέφεραν ότι τα περιοδικά και οι εφημερίδες είναι οι πιο υψηλά προτιμώμενες πηγές πληροφόρησης, όχι μόνο σχετικά



με την Αυτοεξέταση του Μαστού, αλλά επίσης και με τη μαστογραφία. Ακολουθούν τα τηλεοπτικά προγράμματα, οι φίλοι / συγγενείς, τα φυλλάδια, ο προσωπικός γιατρός και η νοσοκόμα / μαία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επαγγελματίες της υγείας γενικά, εμφανίζονται ως η τελευταία επιλογή. Η σειρά επιλογής ήταν ακριβώς η ίδια και για την Αυτοεξέταση του Μαστού και για τη μαστογραφία. Διάφορες μελέτες τονίζουν τη σημαντικότητα των ΜΜΕ στην προώθηση της Αυτοεξέτασης του Μαστού και στη δημοτικότητά τους ανάμεσα στις επιλογές των πηγών πληροφόρησης των γυναικών (Hailey, 1986; Budden, 1995; Meischke & Johnson, 1995; Duke et al., 1994). Ειδικά, τα γυναικεία περιοδικά μπορεί να είναι κατάλληλα μέσα για την σύσταση της συμπεριφοράς, ειδικά στις νεότερες γυναίκες, όπως φάνηκε και από την παρούσα μελέτη (Hailey, 1986). Ένα μεγάλο μέρος γυναικών έχουν αναφερθεί από προηγούμενη έρευνα να έχουν αναζητήσει πληροφορίες από δημοφιλή περιοδικά και βιβλία (Meischke & Johnson, 1995; Budden, 1995). Ωστόσο, προηγούμενη έρευνα έχει επίσης επισημάνει διάφορα μειονεκτήματα στη χρήση των εντύπων ΜΜΕ ως πηγή πληροφόρησης για τον καρκίνο του μαστού, της μαστογραφίας και του καρκίνου γενικά. Ο Yeaton και οι συνεργάτες (1990) βρήκαν ότι το 40% των αναγνωστών παρερμηνεύουν αναφορές ερευνών για τις θεραπείες του καρκίνου στο λαϊκό / δημοφιλή Τύπο, αν και το δείγμα τους αποτελούνταν από άτομα μορφωμένα (φοιτήτριες κολεγίου). Ο Moyet και οι συνεργάτες (1995), μετά από μία μακροχρόνια εκτίμηση της ακρίβειας και της καταλληλότητας των πληροφοριών που δίδονται στο κοινό από τα περιοδικά και τις εφημερίδες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και τη μαστογραφία, ανέφερε ότι οι αναφερθείσες πληροφορίες ήταν χαμηλής ποιότητας και είχαν ανακρίβειες στο περιεχόμενό τους. Ωστόσο, όσο ανησυχητικά κι αν μπορεί να εμφανίζονται τα παραπάνω δεδομένα, οι Ελληνίδες φαίνεται ότι μπορεί να έχουν στραφεί στα ΜΜΕ, με σκοπό να συμπληρώσουν τα κενά που υπάρχουν στην παροχή πληροφοριών. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μια οργανωμένη καμπάνια για την προώθηση των συμπεριφορών για την φροντίδα στην Ελλάδα από τις υγειονομικές αρχές, ενώ δεν υπάρχει κανένα πρόγραμμα μαστογραφίας σε εθνικό επίπεδο, όπως στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο (Pitts et al., 1991). Από την άλλη πλευρά, στην παρούσα μελέτη, αν και τα ΜΜΕ, είναι η πιο δημοφιλής πηγή πληροφόρησης που επιλέγουν για την Αυτοεξέταση του Μαστού, δεν φάνηκε ότι μπορεί να προβλέψουν την εφαρμογή της συμπεριφοράς, ούτε επηρέασαν τα επίπεδα των γνώσεων αυτών που συμμετείχαν σχετικά με την Αυτοεξέταση του Μαστού ή με τον καρκίνο του μαστού. Αντίθετα, η επιλογή του γιατρού, αποτελούσε έναν παράγοντα πρόβλεψης της εφαρμογής της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Δε μπορούμε να έχουμε συγκριτικά δεδομένα από προηγούμενες έρευνες γιατί οι σχετικές μελέτες μετρούν



τη δημοτικότητα / προτίμηση των πηγών πληροφοριών και όχι την προβλεπτική αξία σε σχέση με την εφαρμογή (Hailey, 1986).

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι, αν και η επιλογή κάποιων πηγών πληροφόρησης δεν είχε άμεση συσχέτιση με την εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού, ούτε με την συχνότητα της εφαρμογής, φαίνεται, ωστόσο, να έχει μια επίδραση στο επίπεδο της γνώσης σχετικά με τη συμπεριφορά, η οποία συσχετίστηκε με πιο συχνή εφαρμογή στην παρούσα μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες εκείνες που επέλεξαν να μάθουν για την Αυτοεξέταση του Μαστού από τα φυλλάδια, εμφανίστηκαν να γνωρίζουν περισσότερο για την Αυτοεξέταση του Μαστού και τα υψηλότερα επίπεδα της γνώσης συνδεότανε με την υψηλότερη συχνότητα της αυτοεξέτασης. Αν και η στατιστική μας ανάλυση δεν εξέτασε τους παράγοντες που διαμεσολαβούν για την εμπιστοσύνη στους οδηγούς της Αυτοεξέτασης, θα μπορούσαμε προσεκτικά να προτείνουμε ότι η προτίμηση /επιλογή συγκεκριμένων πηγών πληροφόρησης μπορεί να αυξήσει την τήρηση των συστάσεων ως προς τη συχνότητα. Επιπλέον έρευνα χρειάζεται για την αναζήτηση της πιθανότητας μιας τέτοιας σύνδεσης.

Συνοψίζοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αξίζει να σημειωθεί ότι διάφορες εσφαλμένες απόψεις και κενά στη γνώση για τον καρκίνο του μαστού, την Αυτοεξέταση του Μαστού και τη μαστογραφία, ανιχνεύθηκαν σε νεότερες Ελληνίδες. Μερικές από αυτές εμφανίστηκαν να συμπίπτουν με σχετικές αντιφατικότητες και κενά στους επίσημους οδηγούς και στα φυλλάδια. Από τη στιγμή που δεν υπάρχει ένα εθνικό πρόγραμμα στην Ελλάδα, οι εσφαλμένες απόψεις θα μπορούσαν να εξηγηθούν ως αποτέλεσμα μιας έλλειψης οργανωμένης πολιτικής στην παροχή πληροφοριών. Αν και η γνώση δεν προέβλεψε την πρακτική της Αυτοεξέτασης του Μαστού, προέβλεψε τη συχνή εφαρμογή, και στη βάση αυτού του ευρήματος, το παραπάνω επιχείρημα για το πληροφοριακό υλικό θα έπρεπε να είναι ειδικά φτιαγμένο για τις νεαρές γυναίκες στην Ελλάδα.

Ωστόσο, η συχνή εφαρμογή μπορεί να μη συμπίπτει με τη χρήση της σωστής χρονικής στιγμής, διακινδυνεύοντας την αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς για εκείνες που εφαρμόζουν την Αυτοεξέταση του Μαστού συχνά. Το εύρημα αυτό ενισχύει την ανάγκη για οργάνωση της παροχής πληροφοριών με επικέντρωση στις νεαρές γυναίκες, όπως δηλώθηκε παραπάνω.

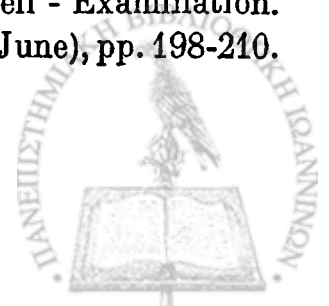
Τα παραπάνω ευρήματα έδειξαν τη σημασία του γιατρού ως πηγή παροχής πληροφοριών. Η επιλογή του γιατρού ως πηγή πληροφοριών προβλέπει όχι μόνο τα επίπεδα γνώσης για θέματα του μαστού, αλλά επίσης και την πραγματική εφαρμογή της Αυτοεξέτασης του Μαστού. Η ισχυρή προβλεπτική αξία των γιατρών ως πηγής δεν συμπίπτει, ωστόσο, με τη δημοτι-



κόττητά τους ανάμεσα στις νεαρές Ελληνίδες του δείγματός μας. Από τη στιγμή που οι μορφωμένες γυναίκες τείνουν να αναζητούν ενεργά πληροφορίες, μπορεί να ισχύει ότι η ικανότητα των Ελλήνων γιατρών να είναι προσιτοί πρέπει να αυξηθεί. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται επιπλέον από το εύρημα ότι οι φοιτήτριες της παρούσας έρευνας πίστευαν στη σημαντική συνεισφορά που ο γιατρός μπορούσε να προσφέρει στην υγεία τους.

REFERENCES

- Aiken, LS; West, SG; Woodward, CK; Reno, RR (1994). Health Beliefs and Compliance with Mammography — Screening Recommendations in Asymptomatic Women. *Health Psychology*, Vol. 13 (2), pp. 122-129.
- Alagna, SW & Reddy, DM (1984). Predictors of proficient technique and successful lesion detection in breast self - examination. *Health Psychology*, Vol. 3 (2), pp. 113-127.
- Baines, CJ (1984). Impediments to Recruitment in the Canadian National Breast Screening Study: Response and Resolution. *Controlled Clinical Trials*, Vol. 5, pp. 129-138.
- Barron, CR; Houfek, JF & Foxall, MJ (1997). Coping style, health beliefs, and breast self - examination. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 18, pp. 331-350.
- Becker, MH; Haefner, DP; Mainman, LA (1977b). The health belief model in prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 18, pp. 348-366.
- Beckett, M; Redman, S; Lee, C. (1990). Breast self - examination, cancer knowledge and breast disease in a sample of Hunter Valley women. *Behavior Change*, Vol. 2, pp. 136-142.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Tavistock, London.
- Budden, L (1995). Young Women's Breast Self - Examination Knowledge and Practice. *Journal of Community Health Nursing*, Vol. 12 (1), pp. 23-32.
- Bundek, NI; Marks, G. & Richardson, JL (1993). Role of the Health Locus of Control Beliefs in Cancer Screening of Elderly Hispanic Women. *Health Psychology*, Vol. 12 (3), pp. 193-199.
- Calman, MW & Moss, S (1984). The Health Belief Model and Compliance with Education Given at a Class in Breast Self - Examination. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 25 (June), pp. 198-210.



- Calman, M & Rutter, DR (1986). Do health beliefs predict health behavior? An analysis of breast self - examination. *Social Science and Medicine*, Vol. 22 (6), pp. 673-678
- Carver, CS; Scheier, MF; Weintraub, JK (1989). Assessing coping strategies: a theoretically - based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 56 (2), pp. 267-283.
- Champion, V. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*, Vol. 6, 73-85.
- Champion, V (1988). Attitudinal variables related to intention, frequency and proficiency of breast self - examination in women 35 and over. *Research in Nursing and Health*, Vol. 11, pp. 283-291.
- Champion, V (1992). The role of breast self - examination in breast cancer screening. *Cancer*, Vol. 69, pp. 1985-1991.
- Cromer, BA; Frankel, ME; Keder, BA (1989). Compliance with Breast Self - Examination Instruction in Healthy Adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, Vol. 10, pp. 105-109.
- Cromer, BA; Frankel, ME; Hayes, J & Brown, RT (1992). Compliance with Breast Self - Examination Instruction in High School Students. *Clinical Pediatrics*, Vol. 31 (40), pp. 215-220.
- Davis, PJ & Schwartz, GE (1987). Repression and the inaccessibility of affective memories. *Journal Personality and Social Psychology*, Vol. 52, pp. 155-162.
- Diehl, T & Kaplan, D (1985). Breast masses in adolescent females. *Journal of Adolescent Health Care*, Vol. 6, pp. 353-357.
- Duke, SS; Gordon - Sosby, K; Reynolds, KD & Grant, IT (1994). A study of breast cancer practices and beliefs in black women attending public health clinics. *Health Education Research*, Vol. 9 (3), pp. 331-342.
- Euro - Statistics (1995a). *Women and men in the European Union*, Office for official publications of the European Community, Luxembourg.
- Foster, RS & Constanza, MC (1984). Breast self - examination practices and breast cancer survival. *Cancer*, Vol. 53, pp. 999-1005.
- Friedman, LC; Nelson, DV; Webb, JA; Hoffman, LP; Baer, PE (1994). Dispositional optimism, self - efficacy, and health beliefs as predictors of breast self - examination. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 10 (3), pp. 130-135.



- Goldbloom, R (1985). Self - examination by adolescents. *Paediatrics*, Vol. 76, pp. 126-128.
- Hailey, BJ (1986). Breast Self - Examination Among College Females. *Women and Health*, Vol. 11 (3-4), pp. 55-65.
- Hall, SC; Adams, CK; Stein, CH; Stepherson, HS; Goldstein. MK & Pennybaker, HS (1980). Improved detection of human breast lesions following experimental training. *Cancer*, Vol. 46, pp. 408-414.
- Hallal, JC (1982). The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control, and Self Concept to the Practice of Breast Self - Examination in Adult Women. *Nursing Research*, Vol. 31 (3), pp. 127-142.
- Health Education Authority (1988). *A Guide to Examining your Breasts*.
- Hellenic Anticancer Institute (2000). *Breast Cancer*.
- Hill, DJ & Shugg, D (1989). Breast self - examination practices and attitudes among breast cancer, benign breast disease and general practice patients. *Health Education Research: Theory and Practice*, Vol. 4 (20), pp. 193-203.
- Horton, JA; Cruess, DF; Romans, MC (1996). Compliance with Mammography Screening Guidelines: 1995 Mammography Attitudes and Usage Study Report. *Women's Health Issues*, Vol. 6 (5), pp. 239-245.
- Katz, RC; Kelly, M; Walls J. (1995). Cancer Awareness and Self - Examination Practices in Young Men and Women. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 18 (4), pp. 377-384.
- King, ES; Ross, E; Seay, J; Balshem, A; Rimer, B (1995). Mammography Interventions for 65 - to - 74 - Year Old HMO Women. *Journal of Ageing and Health*, Vol. 7 (4), pp. 529-551.
- Kristiansen, CM (1985). Value correlates of preventive health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 49, pp. 748-758.
- Lau, RR (1982). The origins of health locus of control beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 42, pp. 322-334.
- Lau, RR & Hartman, KA (1986). Health As a Value: Methodological, and Theoretical Considerations. *Health Psychology*, Vol. 5 (1), pp. 25-43.
- Lynch, JW; Kaplan, GA; Salonen, JT (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult behaviors and psychological characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine*, Vol. 44 (6), pp. 809-819.



- Magarey, CJ; Todd, PB; Blizard, PJ (1997). Psychological factors influencing delay and breast self - examination in women with symptoms of breast cancer. *Social Science and Medicine*, Vol. 11, pp. 229-232.
- Mamon, J & Zapka, J (1986). Breast self - examination by young women: 1. Characteristics associated with frequency. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 2, pp. 61-68.
- Manfredi, C; Warnecke, RB; Graham, S; Rosenthal, S (1977). Social Psychological Correlates of Health Behavior: Knowledge of Breast Self - Examination Techniques among Black Women. *Social Science and Medicine*, Vol. 11, pp. 433-440.
- Meischke, H & Johnson, JD (1995). Women's selection of sources of information on breast cancer detection. *Health Values*, Vol. 19 (5), pp. 30-38.
- Meyerowitz, BE & Chaiken, S (1987). The Effect of Message Framing on Breast Self - Examination Attitudes, Intentions, and Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 52 (30), pp. 500-510.
- Millar, MG & Millar, K (1992). Feelings and beliefs about breast cancer and breast self - examination among women in three age groups. *Family and Community Health*, Vol. 15 (3), pp. 30-37.
- Millar, MG (1997). The effects of emotion on breast self - examination another look at the health belief model. *Social Behavior and Personality*, Vol. 25 (30), pp. 223-232.
- Moyer, A; Greener, S; Beauvais, & Salovey, P (1995). Accuracy of Health Research Reported in the Popular: Press: Breast Cancer and Mammography. *Health Communication*, Vol. 7 (2), pp. 147-161.
- Murray, M & Mc Millan, C (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening. *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 32, pp. 87-100.
- National Women's Health Report* (1992), The National Women's Health Resource Center, New York.
- Nemceck, MA (1990). Health beliefs and breast self - examination among black women. *Health Values*, Vol. 14 (5), pp. 41-52.
- Olapedo, O & Adegoke, F (1997). Breast Self - Examination in Tertiary Institutions in a Nigerian City. *International Quarterly of Community Health Education*, Vol. 16 (2) pp. 175-185.
- Pitts, M; McMaster, J; Wilson, P. (1991). An Investigation of Preconditions necessary for the Introduction of a Campaign to Pro-



- note Breast Self - Examination amongst Zimbabwean Women. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol. 1, pp. 33-41.
- Price, J (1994) Economically Disadvantaged Females' Perceptions of Breast Cancer Screening. *Journal of the National Medical Association*, Vol. 86 (12), pp. 899-906.
- Rakowski, W; Dube, CE; Marcus, BH; Prochaska, JO Velicher, WF; Abrams, DB (1992). Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychology*, Vol. 11 (2), pp. 111-118.
- Ronis, DL & Harel, Y (1989). Health Beliefs and breast self - examination behaviors: analyses of linear structural relations. *Psychology and Health*, Vol. 3, pp. 259-285.
- Ronis, DL & Kaiser, MK (1989). Correlates of Breast Self - Examination in a Sample of College Women: Analyses of Linear Structural Relations. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 9 (13), pp. 1068-1084.
- Ruda, PA; Michaud Bourcier, F; Sliff, D (1992). Health beliefs of senior college students regarding breast and cancer breast self examination. *Health Care for Women International*, Vol. 13 (1), pp. 33-41.
- Salazar, MK (1994). Breast self - examination beliefs: A descriptive study. *Public Health Nursing*, Vol. 11 (1), pp. 45-56.
- Salazar, MK & Carter, W (1994). A qualitative description of breast self - examination beliefs. *Health Education Research: Theory & Practice*, Vol. 9 (30), pp. 342-354.
- Seydel, E; Taal, E & Wiengman, O (1990). Risk - appraisal, outcome and self - efficacy expectancies: cognitive factors in preventive behaviour related to cancer. *Psychology. and Health*, Vol. 4, pp. 99-109.
- Siegler, IC & Costa, PT (1994). Personality and Breast Cancer Screening Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 16 (4), pp. 347-351.
- Steptoe, A; Wardle, J; Vinck, J; Tuomisto, M; Holte, A; Wichstrom, L (1994). Personality and Attitudinal Correlates of Health and Unhealthy Life Styles in Young Adults. *Psychology and Health*, Vol. 9, pp. 331-343.
- Stillman, MJ (1977). Women's Health Beliefs about Breast Cancer and Breast Self - Examination. *Nursing Research*, Vol. 26 (2), pp. 12-27.



- Strauss, LM; Solomon, LJ; Constanza, MC; Worden, JK; Foster, RS (1987). Breast self - examination attitudes of women with and without a history of breast cancer. *Journal of Behavior Medicine*, Vol. 10 (4), pp. 337-350.
- Stronegger, WJ; Freidl, W; Rasky, E (1997). Health behaviour: Socioeconomic differences in an Austrian rural county. *Social Science and Medicine*, Vol. 44 (3), pp. 423-426.
- Taylor, S (1991). *Health Psychology*. McGraw - Hill, New York.
- The state of women's health in the European Community: Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, Employment & social affairs, Public health (1997). European Commission, Directorate - General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Unit V/F.1.
- Wallston, KA; Walston, BS; De Vellis, R (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLOC) scales. *Health Education Monographs*, Vol. 6, pp. 161-170.
- Wardle, J; Steptoe, A; Smith, Groll - Knapp, E; Koller, M & Smith, D (1995). Breast self - examination: attitudes and practices among young women in Europe. *European Journal of Cancer Prevention*, Vol. 4, pp. 61-68.
- Weinberger, DA (1990). The construct validity of the repressive coping style. In Siegler, JL (Ed.). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 337-386), The University of Chicago Press, Chacago.
- Wellisch, DK; Gritz, ER; Schain, W; Wang, H; Siau, J (1991). Psychological functioning of daughters of breast cancer patients. *Psychosomatics*, Vol. 32 (3), pp. 324-336.
- Yeaton, WH; Smith, D; & Rogers, K (1990). Evaluating Understanding of Popular Press Reports of Health Research. *Health Education Quarterly*, Vol. 17 (2), pp. 223-234.

