
Ανταπόκριση ορεινού πληθυσμού σε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για Ca του τραχήλου της Μήτρας

Μιχάλης Μώρος

Μαιευτής Κ.Υ Γκούρας Κορινθίας, MSc,
Πρόεδρος Συλλόγου Μαιών – Μαιευτών
Ναυπλίου

Αθανάσιος Φιλάνδρας

Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Κ.Υ Γκούρας
Κορινθίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2010 – Ιούλιος 2011. Σκοπός της ήταν να καταγράψει την ανταπόκριση των γυναικών ορεινής περιοχής στην έναρξη παροχής μαιευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από Μαιευτή στο Κέντρο Υγείας Γκούρας και ιδίως να καταγράψει τις υπηρεσίες πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω της εκτέλεσης του τεστ Παπανικολάου αλλά και τα γενικότερα περιστατικά, μαιευτικά και γυναικολογικά, τα οποία αντιμετωπίστηκαν στο ανωτέρω διάστημα.

Από την καταγραφή των περιστατικών στο βιβλίο κίνησης και τη μελέτη τους προκύπτει ότι ο γυναικείος ορεινός πληθυσμός ανταποκρίθηκε θετικά στην έναρξη του προγράμματος προληπτικού ελέγχου αλλά η απουσία υποδομών και παροχών στο Κέντρο Υγείας κατέστησε απαραίτητη την παραπομπή ενός σημαντικού ποσοστού των γυναικών στο Νοσοκομείο, προκειμένου να λάβουν περισσότερη εξειδικευμένη φροντίδα. Παρά ταύτα, η παρουσία Μαιευτή, αγροτικών ιατρών και Γενικών Ιατρών και η συνεργασία μεταξύ τους αλλά και με τις Νοσοκομειακές υπηρεσίες, διευκόλυνε την παραπομπή των γυναικών στο Νοσοκομείο μόνο στις περιπτώσεις όπου υπήρχε ουσιαστική ανάγκη, περιορίζοντας τις άσκοπες μετακινήσεις τους, το περιττό κόστος και έχοντας λάβει σαφείς οδηγίες.

Λέξεις-κλειδιά: Μαία, Μαιευτής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Κέντρο Υγείας,

Abstract

Michalis Moros, Athanasios Filandras: **Responsiveness of a mountainous population to a cervical Ca screening programme**

This research was performed between October 2011 and July 2011 and aimed to record the responsiveness of women of a mountainous population to the establishment of a midwifery – based health care programme in Gkoura Health Center. We particularly aimed to assess their response to the Pap – test programme and secondarily to record any obstetric and gynaecological issue that came up and led them to midwifery care.

As a result from our research we found out that the local female population has had a positive reaction not only towards the pap test but also to midwifery care generally but the lack of infrastructure in the Health Center led a significant percentage of women to resort to Hospital care, even for minor health problems such as vaginitis. Nevertheless, the collaboration between midwives, General Practitioners and doctors of country service facilitated women's recourse to hospital and restricted it only to objectively necessary cases, avoiding aimless transportation and reducing the economic cost for them.

Key-words: Midwife, Primary Health Care, Health Centre

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τη Νομοθεσία, στους σκοπούς λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, ανάμεσα σε άλλα, ανήκουν και: α) η άσκηση της προληπτικής ιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, β) η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, γ) η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού γύρω από θέματα οικογενειακού προγραμματισμού (Ν.1397/84).

Τα Κέντρα Υγείας προέκυψαν από τη συνένωση των υγειονομικών σταθμών και των αγροτικών ιατρείων, όπως πρόβλεψε η Νομοθεσία. Σύμφωνα με στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη της Χώρας, στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα (2011) 205 Κέντρα Υγείας, τα οποία έχουν υπό την εποπτεία τους 1340 Περιφερειακά Ιατρεία και 26 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία.

Παράλληλα, σύμφωνα πάλι με τη Νομοθεσία, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία κλπ.) απασχολούνται Μαιές και Μαιευτές οι οποίοι προάγουν την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, στην οποία περιλαμβάνεται πλήθος καθηκόντων. Ενδεικτικά αναφέρουμε: λήψη επιχρισμάτων για έγκαιρη διάγνωση του Ca του τραχήλου της μήτρας και κοιλιακού εκκρίματος για μικροβιολογική εξέταση, συνταγογράφηση φαρμάκων σε κύηση, εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού σε ινιακή προβολή ή σε ισχιακή (επί ανάγκης και απουσίας Μαιευτήρα), περινεοτομίας και συρραφής αυτής καθώς και ρήξεων περινέου έως και 2ου βαθμού, φροντίδα λοχείας και νεογνού έως την 28η ημέρα ζωής, παροχή οδηγιών στον τομέα της διατροφής και της υγιεινής, κατάρτιση προγραμμάτων πορευομασίας γονέων, δακτυλική αποκόλληση πλακούντα και επισκόπηση μήτρας επί ανάγκης και απουσίας Μαιευτήρα, βοήθεια για την εγκατάσταση και προώθηση του Μητρικού Θηλασμού, πληροφόρηση και παροχή

οδηγιών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και εφαρμογή καθορισμένων μεθόδων αντισύλληψης, ενημέρωση της οικογένειας σε θέματα αρμοδιότητάς τους κλπ. (Π.Δ.351/1989). Κατά συνέπεια, οι Μαιές και Μαιευτές έχουν ευρύ αντικείμενο απασχόλησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το οποίο μπορούν να ασκήσουν είτε αυτόνομα είτε σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό του Κ.Υ. και του Νοσοκομείου, όπου χρειάζεται και όπου είναι διαθέσιμο. Σε ορισμένα Κ.Υ. πραγματοποιούνται επισκέψεις από Γυναικολόγους του οικείου Νοσοκομείου προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο γυναικείος πληθυσμός επί περιπτώσεων όπου δεν μπορεί να παρέμβει η Μαιία και ο Μαιευτής όμως αυτό δεν είναι μια γενικευμένη πρακτική. Από την άλλη, είναι σίγουρο ότι ο πληθυσμός που εξυπηρετείται από Κέντρα Υγείας έχει άμεση ανάγκη Μαιευτικών Υπηρεσιών.

Το Κέντρο Υγείας Γκούρας ιδρύθηκε με την υπ. αριθμ. Α3α/οικ. 4583/7-3-86 (ΦΕΚ 97/1986) Υπουργική Απόφαση και ως περιοχή ευθύνης του ορίστηκαν οι κοινότητες Γκούρας, Αρχαίας Φενεού, Δροσοπηγής, Καστανέας, Κάτω Ταρσού, Λαύκας, Ματίου, Μεσινού, Μοσιάς, Πανοράματος, Σαραντάπηχου, Στενού και Φενεού. Ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ. Γκούρας λειτουργούν τα Περιφερειακά Ιατρεία Αρχαίας Φενεού, Λαύκας, Μεσινού και Φενεού (Α3α/οικ.10608/1988). Προ της ιδρύσεώς του λειτουργούσε στην περιοχή Υγειονομικός Σταθμός (Β.Δ.150/68) .

Σήμερα το Κ.Υ. Γκούρας αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου και περιοχή ευθύνης του καλύπτει πληθυσμό 3.244 ατόμων (εγγεγραμμένοι) (Πηγή: www.hospkorinthos.gr) εντός των ορίων του Δήμου Σικυωνίων και απέχει 62 χιλιόμετρα από το πλησιέστερο Κέντρο Υγείας Κιάτου και 95 χιλιόμετρα από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Στο Κέντρο Υγείας υπηρετούν 2 ιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής (Διευθυντής και Επιμελητής Β'), Μαιευτής, Νοσηλεύτης, Νοσοκόμος, διοικητικοί και λοιποί υπάλληλοι. Ο πληθυσμός που εξυπηρετεί ζει σε ορεινές συνθήκες (υψόμετρο Κ.Υ. 1100 μέτρα) στους πρόποδες της Κυλλήνης και στο οροπέδιο του Φενεού, ασχολείται κατά 55% με τη γεωργία και την κτηνοτροφία και αποτελείται ως επί το πλείστον από ηλικίες άνω των 40 ετών.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου γυναικών παγκοσμίως και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες και ο σημαντικότερος λόγος είναι ότι περίπου το 95% των γυναικών στις χώρες αυτές δεν υποβάλλονται στον κυτταρολογικό έλεγχο ή όταν

υποβληθούν βρίσκονται ήδη σε προχωρημένο στάδιο τραχηλικής νεοπλασίας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες που είναι άνω των 40 ετών και οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν κατά την 5η και 6η δεκαετία της ζωής.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στη λοίμωξη από τον ιό HPV, ιδίως των τύπων 16 και 18, οι οποίοι ανήκουν στην ομάδα των λεγόμενων «επιθετικών» ή «καρκινογόνων» στελεχών του ιού (Schiffman M. et al., 2007).

Τα «επιθετικά» στελέχη μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο και σε άλλα σημεία του σώματος, όπως στον οροφάρυγγα, στον πρωκτό, στο αιδοίο και στο πέος (Parkin D., 2006, Jayaprakash V. et al., 2011). Συνολικά, τα στελέχη 16 και 18 ευθύνονται για το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (Schiffman M. et al., 2007, Munoz N. et al., 2004) ενώ ο τύπος 16 ευθύνεται για το 85% των καρκίνων του πρωκτού (Abbas A. et. al., 2010).

Ca τραχήλου της μήτρας και τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου ανακαλύφθηκε από τον Έλληνα γιατρό Γεώργιο Παπανικολάου (1883 – 1962). Αρχικά η ανακάλυψή του ανακοινώθηκε το 1928 σε επιστημονικό συνέδριο ωστόσο δεν έγινε αμέσως αποδεκτό αλλά ο Παπανικολάου επανήλθε το 1941 με επίσημη δημοσίευση, οπότε και το τεστ που έλαβε το όνομά του σταδιακά έτυχε μεγαλύτερης προσοχής και τελικά αποδοχής από την επιστημονική κοινότητα ως μια αποτελεσματική μέθοδος screening για τον έλεγχο ασυμπτωματικών γυναικών (Papanicolaou G.N., Trauf H.F., 1941).

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου εντάσσεται η μη παρεμβατικότητά της, η ευκολία στη διαδικασία, η έγκαιρη ανίχνευση των κυτταρικών αλλοιώσεων, η δυνατότητα άμεσης επισκόπησης του τραχήλου της μήτρας αλλά και το γεγονός ότι δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση για τη γυναίκα που θα το πραγματοποιήσει μέσα στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η καθιέρωση ενός προγράμματος ελέγχου των γυναικών με το τεστ Παπανικολάου και μία απαραίτητη παρακολούθηση (follow – up) φαίνεται ότι μπορεί να μειώσει την επίπτωση του Ca του τραχήλου της μήτρας έως και 80% (Arbyn M. et al., 2010).

Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την ηλικία κατά την οποία οι γυναίκες θα πρέπει να ξεκινήσουν να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου αλλά ούτε και για την ηλικία στην οποία θα πρέπει να σταματούν καθώς και για τη συχνότητά. Ορισμένοι συστήνουν πως το τεστ Παπανικολάου θα

πρέπει να ξεκινάει αμέσως μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή (American Cancer Society, 2010) και κάποιοι άλλοι θεωρούν πως πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 21 ή και των 25 ετών (ACOG Committee on Gynecological Practice 2009). Διχογνωμία υπάρχει επίσης και ως προς τη συχνότητα εκτέλεσής του, με τη συνηθέστερη οδηγία να συστήνεται τακτικό έλεγχο ανά 1 – 2 έτη (Arbyn M. et al., 2010) αλλά και ορισμένους να προτείνουν έλεγχο ανά 3 – 5 έτη στην περίπτωση που τα αποτελέσματα των προηγούμενων τεστ ήταν φυσιολογικά (U.S. Preventive Services Task Force, 2003).

Ως προς την ηλικία διακοπής του τεστ επίσης διαπιστώνονται αποκλίσεις στις οδηγίες: γυναίκες 60 ετών και άνω, με προηγούμενα φυσιολογικά τεστ μπορούν να διακόψουν την εξέταση σύμφωνα με Βρετανικές έρευνες (Saiseni P. et al., 2003) ενώ ορισμένοι άλλοι συστήνουν η ηλικία διακοπής να είναι τα 65 με 70 έτη (ACOG Committee on Gynecological Practice, 2009).

Σκοπός

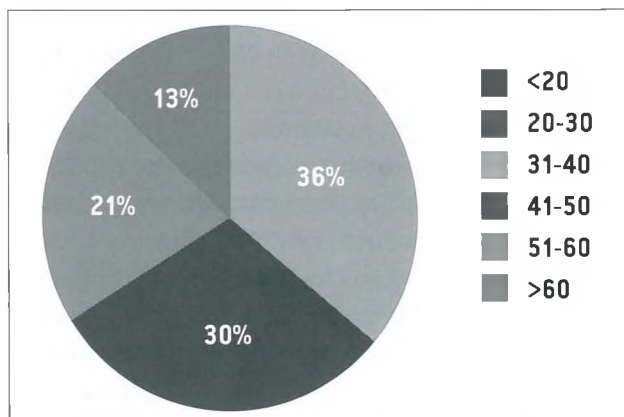
Σκοπός της εργασίας είναι να περιγραφεί η γενικότερη ανταπόκριση του γυναικείου πληθυσμού ορεινής περιοχής του νομού Κορινθίας στην έναρξη λήψεων κολποτραχηλικών επιχρισμάτων για εξέταση κατά Παπανικολάου σε μόνιμη βάση, στο Κέντρο Υγείας Γκούρας Κορινθίας. Να καταγραφούν τα αποτελέσματα της εξέτασης και να περιγραφεί ο τρόπος αντιμετώπισής τους. Να καταγραφούν επίσης τα περιστατικά γυναικολογικής ή μαιευτικής φύσεως τα οποία αντιμετωπίστηκαν και εν τέλει να τονιστεί η σπουδαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας – και ιδίως της Κοινοτικής Μαιευτικής – στην Πρόληψη και να γίνουν προτάσεις επί της αποτελεσματικότερης λειτουργίας.

Μεθοδολογία

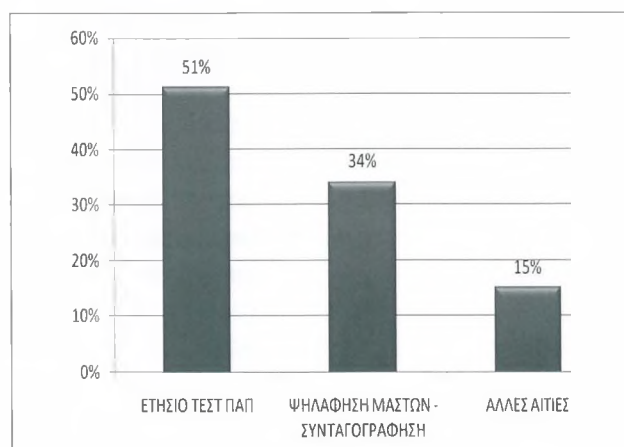
Ως δείγμα χρησιμοποιήθηκαν γυναίκες κάθε ηλικίας οι οποίες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας για οποιοδήποτε γυναικολογικό ή μαιευτικό ζήτημα κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2010 έως Ιούλιος 2011. Ο συνολικός αριθμός τους (N) ήταν 53 άτομα. Έγινε καταγραφή των περιπτώσεων από το βιβλίο περιστατικών και απλή στατιστική τους ανάλυση (κατανομή συχνοτήτων) στο πρόγραμμα Windows Excel 2007.

Συμπεράσματα

Το 35% του δείγματος αφορούσε γυναίκες ηλικίας 30 έως 40 ετών, το 30% ήταν γυναίκες ηλικίας 40 έως 50 ετών, το 20,7% ηλικίες 50 – 60 ετών και το 13,2% γυναίκες άνω των 60 ετών.



Πίνακας 1: Ηλικιακή κατανομή γυναικών που επισκέφτηκαν το Κ.Υ Γκούρας



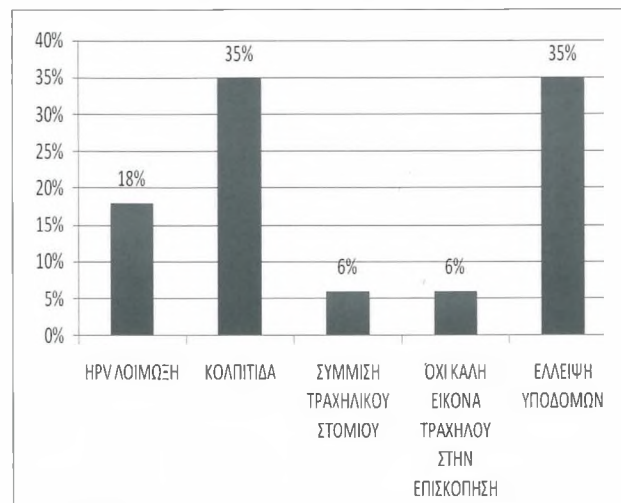
Πίνακας 2: Αίτια προσέλευσης γυναικών στο μαιευτικό ιατρείο

Οι παραπάνω γυναίκες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας για τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο για τον Ca του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό 51%. Το 15% προσήλθε για ψηλάφηση μαστού και συνταγογράφηση άλλων προληπτικών εξετάσεων (μαστογραφία, υπέρηχος μαστών, μέτρηση οστικής πυκνότητας) ενώ το 34% για άλλες αιτίες.

Τεστ Παπανικολάου

Αναφορικά με τις γυναίκες που προσήλθαν για να υποβληθούν σε τεστ Παπανικολάου (N=27), το 37% παρουσίασε φυσιολογικό τεστ και έλαβε οδηγίες για επανάληψή του σε ένα χρόνο ενώ το 63% χρειάστηκε να παραπεμφθεί για διάφορες αιτίες σε Γυναικολόγο ή Μικροβιολόγο με πρώτη αιτία την ανίχνευση παθολογικής κατάστασης στο τεστ Παπανικολάου (33%), δεύτερη αιτία την έλλειψη συμπληρωματικών υποδομών - παροχών (22%) και τρίτη άλλες αιτίες (7,4%). Αναφορικά με την ανίχνευση παθολογικής κατάστασης στο τεστ Παπανικολάου, αυτή αφορούσε στην

ανίχνευση λοίμωξης από HPV (30%), και το 60% περιστατικά κολπίτιδας - τραχηλίτιδας που απαιτούσαν μικροβιολογικό έλεγχο. Οι άλλες αιτίες παραπομπής σε Γυναικολόγο (N=2) αφορούσαν σε πλήρη σύμμιση του τραχηλικού στομίου (50%) οπότε ήταν αδύνατη η λήψη τραχηλικού επιχρίσματος και σε ανάγκη γυναικολογικής εκτίμησης λόγω μη καλής εικόνας του τραχήλου κατά την επισκόπηση (50%).



Πίνακας 3: Αίτια παραπομπής γυναικών στο Νοσοκομείο

Ψηλάφηση μαστών - συνταγογράφηση

Το 15% των προσερχομένων στο μαιευτικό ιατρείο ζήτησε να υποβληθεί σε ψηλάφηση μαστών και σε συνταγογράφηση εξετάσεων προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου (μαστογραφία, γυναικολογικό υπέρηχο - υπέρηχο μαστών, μέτρηση οστικής πυκνότητας).

Η συνταγογράφηση πραγματοποιήθηκε από αγροτικό ή γενικό ιατρό, κατόπιν ενημέρωσης του Μαιευτή και οι γυναίκες έλαβαν οδηγία να απευθυνθούν σε Γυναικολόγο για εκτίμηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων αλλά παράλληλα να επισκεφτούν το Κέντρο Υγείας και να ενημερώσουν και το Μαιευτή για τα αποτελέσματα και τις οδηγίες που έλαβαν από το Γυναικολόγο, αίτημα στο οποίο όλες οι γυναίκες ανταποκρίθηκαν.

Άλλες αιτίες

Το 34% (N=18) των προσερχομένων γυναικών στο μαιευτικό ιατρείο, προσήλθαν για τις εξής αιτίες: 17% (N=3) λόγω εγκυμοσύνης και 83% (N=15) εξαιτίας γυναικολογικού προβλήματος. Στην πρώτη περίπτωση, η μία έγκυος γυναίκα προσήλθε με διαπιστωμένη κύηση εξαιτίας πυρετικής κίνησης και συμπτωμάτων φαρυγγίτιδας και οι άλλες δύο προκειμένου να ζητήσουν παρακολούθηση της κύησης

από το Μαιευτή.

Από τις γυναίκες που προσήλθαν με γυναικολογικό πρόβλημα, το 13% είχε διαπιστώσει «ογκίδιο» στο μαστό κατά την αυτοεξέταση, εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε κατά την ψηλάφηση και από το Μαιευτή, με αποτέλεσμα να συνταγογραφηθεί μαστογραφία και να παραπεμφθούν σε Γυναικολόγο. Το 20% προσήλθε με αναφερόμενη κολπική αιμόρροια σε μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία, οπότε και παραπέμφθηκε στο Νοσοκομείο για κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Το 27% προσήλθε με πρόπτωση μήτρας 2ου βαθμού και το 13% με πρόπτωση μήτρας 3ου βαθμού. Το 7% παρουσίασε ορώδες έκκριμα μαστού φαιοπράσινης χροιάς με τοπική σκληρία και ερυθρότητα του μαστού. Το έκκριμα εστάλη για κυτταρολογική εξέταση και η γυναίκα παραπέμφθηκε σε Γυναικολόγο. Το 14% προσήλθε με συμπτώματα δυσμηνόρροιας ενώ το 7% προσήλθε με αμηνόρροια από 3μήνου, έχοντας υποψία εγκυμοσύνης, η οποία δεν επιβεβαιώθηκε με το τεστ κυήσεως, οπότε και παραπέμφθηκε σε Γυναικολόγο ως περιστατικό δευτεροπαθούς αμηνόρροιας.

Γυναικολογικά περιστατικά

(Οκτώβριος 2010 – Ιούλιος 2011)

Ψηλαφητό ογκίδιο μαστού	13%
Κολπική αιμόρροια (μετεμμηνόπαυση)	20%
Πρόπτωση μήτρας 2ου βαθμού	27%
Πρόπτωση μήτρας 3ου βαθμού	13%
Έκκριμα μαστού με ερυθρότητα και σκληρία τοπικά	7%
Δυσμηνόρροια	14%
Αμηνόρροια επί τριμήνου με αρνητικό τεστ κυήσεως	7%

Πίνακας 4: Γυναικολογικά περιστατικά στο Κ.Υ Γκούρας (Οκτώβριος 2010 – Ιούλιος 2011)

Συζήτηση

Οι περισσότερες γυναίκες (>90%) που προσήλθαν στο μαιευτικό ιατρείο του Κ.Υ Γκούρας για οποιοδήποτε λόγο ήταν εργαζόμενες, κυρίως σε αγροτικές εργασίες. Η απασχόλησή τους στις αγροτικές και οικιακές εργασίες, σε συνδυασμό με την απουσία προγράμματος προληπτικού ελέγχου για το Ca του τραχήλου της μήτρας στο Κέντρο Υγείας, η μεγάλη απόσταση της περιοχής από το Νοσοκομείο και το δύσβατό της με τις ορεινές κλιματικές συνθήκες (χιόνια, παγετός, επικινδυνότητα οδικού δικτύου κλπ) αποτελούσαν συχνά, όπως δήλωσαν κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού, αιτία μη μετάβασής τους στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο

αλλά ακόμα και σε περιπτώσεις που αντιμετώπιζαν κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα (όπως για παράδειγμα μετεμμηνοπαυσιακή αιμόρροια ή πρόπτωση μήτρας). Επιπλέον παράγοντας απροθυμίας μετάβασης στο Νοσοκομείο ήταν το οικονομικό κόστος της μεταφοράς, καθώς ήταν απαραίτητες περισσότερες από μία επισκέψεις προκειμένου να εξυπηρετηθούν (διαφορετικό ραντεβού για τη λήψη του τεστ και της απάντησης και επιπλέον ραντεβού στην περίπτωση ανάγκης συμπληρωματικών εξετάσεων). Τα προβλήματα αυτά καθίστανται περισσότερο σημαντικά στις περιπτώσεις κυήσεων, για την παρακολούθηση των οποίων απαιτούνται πολύ περισσότερες επισκέψεις σε Μαιευτήρα – Μαία, Μικροβιολόγο, Ακτινολόγο και σε άλλες ειδικότητες, εφόσον παραστεί ανάγκη. Παρά τη θετική ανταπόκριση των γυναικών στην έναρξη του προγράμματος λήψεων επιχρισμάτων για τεστ Παπανικολάου και στην εν γένει λειτουργία του μαιευτικού ιατρείου στο Κέντρο Υγείας, η έλλειψη συγκεκριμένων παροχών και υποδομών από αυτό δυσχεραίνει την πλήρη παροχή υπηρεσιών Μαιίας – Μαιευτή. Παραδειγματικά αναφέρουμε ότι δεν λειτουργεί Μικροβιολογικό ή Ακτινολογικό εργαστήριο και ως εκ τούτου δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν οι σχετικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα την αναγκαστική μετάβαση του πληθυσμού στο Νοσοκομείο.

Η προσωπική γνωριμία του επιστημονικού ιδίως αλλά και του λοιπού προσωπικού με τον τοπικό πληθυσμό πιθανώς να ευνοεί την εμπιστοσύνη του τελευταίου, με αποτέλεσμα να προσέρχονται οι γυναίκες στον προληπτικό έλεγχο εξαιτίας και της παρότρυνσης οικείων προσώπων. Επιπλέον, στο Κέντρο Υγείας διατηρείται το αρχείο με τις γυναίκες που υποβάλλονται στο τεστ Παπανικολάου καθώς και τα αποτελέσματά του και έχουμε εφαρμόσει την τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, ενημερώνοντάς τες για το ότι πρέπει να προσέλθουν για εξέταση με τη λήξη του έτους από την προηγούμενη λήψη και επίσης ενημερώνονται τηλεφωνικά για να προσέλθουν για την απάντηση και πιθανές οδηγίες.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι υπήρξε θετική ανταπόκριση του ορεινού γυναικείου πληθυσμού στην έναρξη προγράμματος προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με αφορμή δε αυτού του προγράμματος προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας γυναίκες με διαφορετικής φύσεως γυναικολογικά προβλήματα. Το γεγονός αυτό είναι ενθαρρυντικό για την περαιτέρω λειτουργία και οργάνωση παρόμοιων προγραμμάτων και μαιευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Α3α/οικ. 4583/7-3-86 (ΦΕΚ 97/1986) Υπουργική Απόφαση
- Abbas A., Yang G., Fakh M. *Management of anal cancer in 2010. Part 1: overview, screening, and diagnosis. Oncology (Williston Park) 2010; 24(4):364–369.*
- ACOG Committee on Gynecological Practice (2009). "ACOG Committee on Gynecologic Practice; Routine Pelvic Examination and Cervical Cytology Screening, Opinion #413". *Obstetrics and Gynecology 113 (5): 1190–1193*
- American Cancer Society (2010). *Detailed Guide: Cervical Cancer. Can cervical cancer be prevented?*
- 4.Arbyn M., et al. (2010). "European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document". *Annals of Oncology 21 (3): 448–458.*
- Β.Δ 150/68, ΦΕΚ 43/Α/1968
- Jayaprakash V., Reid M., Hatton E., et al. *Human papillomavirus types 16 and 18 in epithelial dysplasia of oral cavity and oropharynx: a meta-analysis, 1985–2010. Oral Oncology 2011; published online August 2, 2011*
- Muñoz N., Bosch FX., Castellsague X., et al. *Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. International Journal of Cancer 2004; 111(2):278–285.*
- Ν. 1397/7-10-84, ΦΕΚ Α' 143, άρθρο 15
- Papanicolaou GN., Traut HF. "The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus". *American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1941;42:193*
- Parkin DM. *The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. International Journal of Cancer 2006; 118(12):3030–3044*
- Π.Δ 351/14-6-1989, ΦΕΚ Α' 159
- Saiseni P., Adams J., Cuzick J. (2003). "Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories". *Br J Cancer 89 (1): 88–93*
- Schiffman M., Castle PE., Jeronimo J., Rodriguez AC., Wacholder S. *Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet 2007; 370(9590):890–907*
- Υπ. αριθμ. Α3α/οικ.10608/1988 Υ.Α, άρθρο 2 - 3
- U.S. Preventive Services Task Force (2003). "Screening for Cervical Cancer: Recommendations and Rationale. AHRQ Publication No. 03-515A.". Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research and Quality