

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου

Ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας –γυναικολογικοί καρκίνοι– συγκαταλέγονται στις κυριότερες αιτίες θανάτου των γυναικών. Επίσης, είναι αναμφισβήτητο ότι η πρόληψη αποτελεί τον βασικό παράγοντα περιορισμού της θνητότητας (mortality) και της επίπτωσης (incidence) από τον αντίστοιχο καρκίνο. Οι λόγοι που επηρεάζουν τα θέματα ορθής και έγκαιρης πρόληψης είναι πολλοί. Ορισμένοι από αυτούς είναι τα ατομικά, τα κοινωνικά και τα οικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και οι πολιτικές υγείας που υφίστανται σε τοπικό και σε εθνικό επίπεδο. Επίσης, το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον που ζουν και εξελίσσονται οι γυναίκες διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των συμπεριφορών υγείας τους. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο (individual's social capital) που συνδέεται με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου τόσο στο σύνολό του όσο και διά μέσου των παραγόντων του, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η συμμετοχή στα κοινά και η ανταποδοτικότητα. Το κοινωνικό κεφάλαιο συμβάλλει στη μετάδοση της πληροφορίας, στη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας, καθώς και στην κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη, παράμετροι που ευνοούν την πρόληψη ως φροντίδα εαυτού. Οι επιτυχείς πολιτικές πρόληψης για την ορθή χρήση των εξετάσεων πρόληψης απαιτούν πολυδιάστατες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να αναφέρονται στο ατομικό επίπεδο του χρήστη, στους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), καθώς και στους φορείς πρόληψης της κοινότητας, οι οποίοι μπορεί να δράσουν θετικά προς την κατεύθυνση πολιτικής πρόληψης. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να έχουν ως στόχο την κάλυψη των κενών που σχετίζονται με την έλλειψη σωστής και έγκαιρης ενημέρωσης, την αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής περιθαλψης, προκειμένου να παρέχονται δωρεάν οι προληπτικές εξετάσεις. Το παρόν άρθρο καταγράφει το θεωρητικό υπόβαθρο των ατομικών και των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τα θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου και θέτουν τις βάσεις των αντίστοιχων πολιτικών παρέμβασης για την ορθή χρήση των γυναικολογικών εξετάσεων.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε ό,τι αφορά την υγεία των γυναικών, ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας συγκαταλέγονται στις κυριότερες γνωστές αιτίες θανάτου των γυναικών.¹⁻⁴ Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τις πλέον γνωστές αιτίες θανάτου παγκόσμια, καθώς κάθε χρόνο περίπου 2,7 εκατομμύρια γυναίκες, ηλικίας 25–64 ετών, αποβιώνουν εξ αιτίας του.⁵ Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, περισσότερο από 30.000 γυναίκες κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο

του τραχήλου της μήτρας, ποσοστό που αναδεικνύει την αναγκαιότητα ανάπτυξης και ενίσχυσης όλων των σχετικών προγραμμάτων πρόληψης.⁶

Στην Ελλάδα, το 2006, η ηλικιακά τυποποιημένη συχνότητα και το ποσοστό θνητότητας σύμφωνα με το Age-Standardized Incidence and Mortality Rates (ASRs European standard) για τον καρκίνο του μαστού ανά 100.000 πληθυσμού ήταν 81,8 και 21,7, αντίστοιχα.² Αν και στην Ευρώπη ο θάνατος από γυναικολογικό καρκίνο κατέχει την

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2016, 33(2):189–197
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2016, 33(2):189–197

Μ. Μουδάτσου,^{1,2}
Α. Κούτης,¹
Α. Φιλαλήθης¹

¹Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Βούτες, Ηράκλειο Κρήτης

²Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης

Personal and social parameters of breast and cervical cancer screening

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Γυναικολογικοί καρκίνοι
Διαλογή
Δοκιμασία κατά Παπανικολάου
Κοινωνικό κεφάλαιο
Μαστογραφία
Πρόληψη

Υποβλήθηκε 24.7.2015
Εγκρίθηκε 6.8.2015

τέταρτη θέση, έχει παρατηρηθεί μια σχετική μείωσή του από το 1973 και έπειτα λόγω της εξάπλωσης της χρήσης προληπτικών εξετάσεων, όπως το Pap test (δοκιμασία κατά Παπανικολάου).⁵

Εν τούτοις, όσον αφορά στις χώρες της Ευρώπης, μόνο σε 11 από αυτές εφαρμόζονται πλήρως οργανωμένα προγράμματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, σύμφωνα με τις επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines). Σε διεθνές επίπεδο, ακόμη και σε χώρες οι οποίες έχουν αναπτύξει πολιτικές πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, η χρήση των αντίστοιχων εξετάσεων βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα.⁷ Η επιτυχία και η ορθή χρήση των πολιτικών πρόληψης είναι ένα θέμα πολυπαραγοντικό, που προσδιορίζεται από πληθώρα ατομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων.⁸

Όσον αφορά στην Ελλάδα, η προληπτική πολιτική για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας είναι περιστασιακή, καθώς δεν υπάρχει ένα οργανωμένο πρόγραμμα σε εθνική βάση.⁹ Η παρουσία ενός ανοργάνωτου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), σε συνδυασμό με τη δυσκολία ανάπτυξης υπηρεσιών πρόληψης του καρκίνου, μπορούν να δώσουν μια εξήγηση γιατί η Ελλάδα μαζί με την Πορτογαλία ανήκουν στις χώρες με το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης γυναικολογικού καρκίνου στην Ευρώπη.⁹

Παρά όλα αυτά, σε όλα τα μεγάλα ελληνικά νοσοκομεία αλλά και σε κάποια κέντρα υγείας και ιδιωτικές κλινικές διενεργούνται εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, όπως η μαστογραφία και το Pap test. Τα προγράμματα που εφαρμόζονται σε δημόσιες υπηρεσίες είναι δωρεάν, ενώ για εκείνα που λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικούς φορείς απαιτούνται εξέταστρα. Όμως, δεν έχει διαπιστωθεί να υπάρχει, σε εθνικό επίπεδο, ένα ενιαίο πρόγραμμα για την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου, το οποίο να ακολουθείται από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.¹⁰

Σε σχέση με τα στατιστικά στοιχεία θνητότητας, ο θάνατος από γυναικείο καρκίνο παραμένει σε υψηλά ποσοστά στην Ελλάδα. Περίπου 1.500–1.800 γυναίκες, από τις 4.000 που αναπτύσσουν τη νόσο, πεθαίνουν τελικά.¹¹ Επί πλέον, σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα, οι Ελληνίδες αναπτύσσουν τον γυναικείο καρκίνο σε σχετικά πολύ νεαρή ηλικία.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, από τις 1.067 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού την περίοδο 1980–2003, μόνο 40 είχαν ανακαλύψει τον καρκίνο σε πολύ αρχικό στάδιο κατά τη διάρκεια της καθιερωμένης μαστογραφίας.¹² Σε άλλη έρευνα, το 2006, σε δείγμα 1.005 ατόμων, διαπιστώθηκε ότι μόνο το 53,8% του συνόλου του γυναικείου πληθυσμού,

ηλικίας 50–69 ετών, είχαν υποβληθεί σε μαστογραφία τα τελευταία χρόνια σύμφωνα με τις ιατρικές υποδείξεις.⁹

Η χρήση των προγραμμάτων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου, σύμφωνα με επιστημονικά τεκμήρια από αρκετές χώρες, μπορεί να μειώσει τη θνητότητα από καρκίνο. Τέτοια προγράμματα περιλαμβάνουν την έγκαιρη διάγνωση, η οποία οδηγεί σε καλύτερη θεραπεία, και την οργάνωση επανεξετάσεων ανά τακτά χρονικά διαστήματα.¹¹ Υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες αναδεικνύουν τη συνεισφορά τόσο της μαστογραφίας^{1,13,14} όσο και της δοκιμασίας κατά Παπανικολάου.^{7,15}

Στόχος του παρόντος άρθρου είναι η καταγραφή του θεωρητικού υπόβαθρου των ατομικών και των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τα θέματα πρόληψης του γυναικείου καρκίνου. Ειδικότερα, θα αναλυθούν κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά των γυναικών, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, η γνώση σε θέματα πρόληψης, καθώς και το κοινωνικό κεφάλαιο των γυναικών.

2. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι δυσκολίες να ακολουθηθούν οι προτεινόμενες οδηγίες στις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου σχετίζονται με (α) τις γενικότερες συμπεριφορές υγείας, (β) τα πρακτικά προβλήματα, όπως η μεγάλη απόσταση από τα αντίστοιχα ιατρικά κέντρα εξέτασης, (γ) τον φόβο τόσο για τη διαδικασία των εξετάσεων όσο και για την πιθανότητα διάγνωσης καρκίνου, (δ) την απουσία έγκαιρης και έγκυρης ενημέρωσης και γνώσης για θέματα πρόληψης και (ε) το κοινωνικό, το πολιτισμικό και το οικογενειακό περιβάλλον όπου ζουν οι γυναίκες.

Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο αντίληψης για την υγεία, οι άνθρωποι υιοθετούν κάποιες συμπεριφορές υγείας, όπως την πρόληψη του καρκίνου ή την υιοθέτηση της άσκησης και της φυσικής δραστηριότητας στη ζωή τους, όταν υπάρχει πιθανή επικινδυνότητα από την εκδήλωση μιας ασθένειας ή οφέλη από αντίστοιχες ιατρικές παρεμβάσεις.¹⁶

Στις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες, αν και γνωρίζουν τη θετική τους συνεισφορά, δεν συμμορφώνονται στη χρήση τους. Μια πιθανή εξήγηση σχετίζεται με τις ευρύτερες αντιλήψεις και απόψεις που έχουν για θέματα υγείας και όχι για τους πραγματικούς κινδύνους και την υπάρχουσα κατάσταση της υγείας τους. Οι στάσεις για την ασθένεια και την υγεία ισχυροποιούν και τις συμπεριφορές πρόληψης.¹⁶

Σε σχέση με τα πρακτικά θέματα, η απόσταση από τα

ιατρικά κέντρα, τα κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία όπου διενεργούνται οι προληπτικές εξετάσεις στην Ελλάδα, δημιουργούν εμπόδια στη συμμετοχή για προληπτικές εξετάσεις.² Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες στις απομακρυσμένες περιοχές δεν έχουν μια σειρά παραγόντων, όπως την παραίτηση από τους επαγγελματίες υγείας, τις απαραίτητες ιατρικές εγκαταστάσεις ή τον εξοπλισμό και τη δυνατότητα για να έλθουν σε επαφή με κάποια κέντρα πρόληψης.¹⁷

Όσον αφορά στην Ελλάδα, οι γυναίκες που ζουν σε ορεινές περιοχές έχουν περιορισμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας για τα θέματα πρόληψης.² Πολλές φορές, η απόσταση και η αδυναμία ύπαρξης μεταφορικού μέσου είναι ένας λόγος που απωθεί τις εν λόγω γυναίκες από τις διαδικασίες της πρόληψης.

Ο φόβος της διάγνωσης σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι προληπτικές εξετάσεις είναι επίπονες και άβολες, σύμφωνα με έρευνες, είναι ένας από τους πλέον γνωστούς λόγους που οι γυναίκες αποφεύγουν τη χρήση προληπτικών εξετάσεων.¹⁸ Ο φόβος του πόνου σε συνδυασμό με προηγούμενη τραυματική εμπειρία καθιστούν τις γυναίκες διστακτικές στη χρήση της μαστογραφίας.² Σε κάποιες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας δεν δείχνουν στις γυναίκες την απαιτούμενη φροντίδα και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης, γεγονός που τις κάνει να αισθάνονται άβολα και τις καθιστά απρόθυμες να ακολουθήσουν τις εξετάσεις στο μέλλον.¹⁹

Επίσης, ο φόβος για την ύπαρξη ενδείξεων γυναικείου καρκίνου ή η παντελής βεβαιότητα για ανυπαρξία του ανήκουν στους παράγοντες εκείνους που μειώνουν αισθητά τις πιθανότητες για πρόληψη.²⁰ Οι γυναίκες που έχουν την αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι επικίνδυνη ασθένεια και κινδυνεύουν από αυτόν, αν δεν υποβληθούν στις προληπτικές τους εξετάσεις, έχουν πιο πολλές πιθανότητες για τη συμμετοχή τους σε αυτές. Αντίθετα, όταν υπάρχουν υποχονδριακές αντιλήψεις και φοβίες για την ασθένεια, λειτουργούν ανασταλτικά στην πρόληψη, καθώς οι γυναίκες φοβούνται τα αποτελέσματα των συμπτωμάτων τους.¹⁶

Επίσης, η απουσία σωστής ενημέρωσης είναι ένας λόγος που αποθαρρύνει τις γυναίκες. Η έγκαιρη και έγκυρη παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας με τις γυναίκες αυξάνει τη σωστή χρήση των προληπτικών εξετάσεων.¹¹ Το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών και η γνώση των θεμάτων σχετικά με την πρόληψη είναι μεταξύ των παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση της μαστογραφίας και του Pap test.⁹ Εν τούτοις, υπάρχουν γυναίκες που γνωρίζουν τις οδηγίες πρόληψης επαρκώς, όμως δεν τις ακολουθούν.²

Το κοινωνικό περιβάλλον των γυναικών τις επηρεάζει ώστε να διαμορφώσουν κουλτούρα σχετικά με θέματα πρόληψης. Έχει παρατηρηθεί ότι λανθασμένες απόψεις σχετικά με τον σκοπό και τη σημασία της πρόληψης δημιουργούν εμπόδια. Για παράδειγμα, σύμφωνα με ποιοτική έρευνα,²¹ σε 4 κοινοτικά κέντρα για την υγεία στη Νέα Υόρκη, διατυπώθηκαν απόψεις ότι οι εξετάσεις πρόληψης είναι ανώφελες, καθώς στην ουσία δεν βοηθούν στην έγκαιρη αντιμετώπιση του θανάτου από καρκίνο, αν διαγνωστούν με θετική συμπτωματολογία οι γυναίκες. Στην ίδια έρευνα, πεσιμιστικές αντιλήψεις ότι ο καρκίνος είναι σταλμένος από τον Θεό δεν αφήνουν και πολλά περιθώρια στις γυναίκες να ακολουθήσουν προγράμματα πρόληψής του.

Όμως, αν και πολλές γυναίκες στηρίζονται στο συγγενικό και στο οικογενειακό τους περιβάλλον για να λάβουν πληροφορίες σχετικά με ιατρικά θέματα, έχει διαπιστωθεί ότι η επιρροή τους δεν είναι πάντα θετική. Τα συμπεράσματα, σε αντίστοιχη έρευνα στις ΗΠΑ,²¹ αναφέρουν ότι οι απόψεις από το ευρύτερο φιλικό και συγγενικό περιβάλλον δίστανται όσον αφορά στην αποτελεσματικότητά τους. Υπάρχουν παραδείγματα όπου οι γυναίκες αποθαρρύνθηκαν να ακολουθήσουν τη διαδικασία της πρόληψης, ενώ άλλες ενθαρρύνθηκαν, καθώς τα παραδείγματα των δικών τους ανθρώπων που ασθένησαν από γυναικολογικό καρκίνο λειτούργησαν θετικά για τις ίδιες. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι προδιαθεσικός παράγοντας για την ορθή χρήση των προληπτικών εξετάσεων.^{18,22}

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όσον αφορά στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν τις συμπεριφορές πρόληψης.^{7,9,23} Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με έρευνα στην ορεινή Κρήτη, δεν έχει παρατηρηθεί θετική συσχέτιση της χρήσης του Pap test με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση ή η απασχόληση.⁷ Μια πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι τουλάχιστον μέχρι τη στιγμή που διεξήχθη η συγκεκριμένη έρευνα υπήρχε ελεύθερη πρόσβαση στην ΠΦΥ για όλο τον πληθυσμό, καθώς και πλήρης ασφαλιστική κάλυψη των εν λόγω εξετάσεων.⁷

Όσον αφορά στην προσωπική τους ζωή, οι γυναίκες που είναι παντρεμένες, σύμφωνα με έρευνα,⁹ έχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθούν τις εξετάσεις πρόληψης του γυναικείου καρκίνου σε σχέση με τις ελεύθερες. Το χαμηλό ποσοστό των ανύπανδρων γυναικών στη συμμετοχή σε μαστογραφίες και σε Pap test είναι κοινό σε όλες σχεδόν τις σχετικές έρευνες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι τελευταίες δεν πηγαίνουν συχνά στον γυναικολόγο για θέματα

εγκυμοσύνης τους ή για αναπαραγωγικούς λόγους, οπότε έχουν και λιγότερες ευκαιρίες να δέχονται συμβουλευτική σχετικά με θέματα πρόληψης.²⁴

Η ηλικία είναι επίσης ένας παράγοντας που επηρεάζει την πρόληψη. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες κάνουν λιγότερη χρήση των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου. Οι λόγοι που τις καθιστούν διστακτικές σχετίζονται τόσο με ενδογενείς παράγοντες, όπως η προσωπική τους αμέλεια ή η έλλειψη συμπτωμάτων, όσο και με εξωγενείς, όπως η αδυναμία των ειδικών να τις προσεγγίσουν και να τις ενημερώσουν.²⁵

Οι νεότερες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να γνωρίζουν τα θέματα της πρόληψης.⁸ Αυτό συμβαίνει γιατί, σύμφωνα με έρευνα σε ημιορεινή περιοχή της Ελλάδας, οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες είναι μικρότερης μόρφωσης, γεγονός που τις κάνει να έχουν και ανεπαρκή γνώση για θέματα γυναικείου καρκίνου και προγραμμάτων πρόληψής του.²

Επί πλέον, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι νεότερες γυναίκες έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή, άρα και περισσότερες πιθανότητες να έχουν αλληλεπίδραση με επαγγελματίες υγείας.⁸ Παράλληλα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ορθή χρήση των προληπτικών εξετάσεων,^{18,22} καθώς δημιουργεί τις προϋποθέσεις ώστε οι γυναίκες να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στη γνώση για την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου.

Ο ρόλος των επαγγελματιών στην ΠΦΥ, όπως ιατρών^{2,26} ή κοινωνικών λειτουργών,^{27,28} είναι σημαντικός στην επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης. Η προσωπική επαφή των γυναικών με τους ιατρούς τους έχει μεγάλη σημασία στην απόφασή τους να ακολουθήσουν προληπτικές εξετάσεις, καθώς τους παρέχουν οδηγίες, συμβουλές και συστάσεις για θέματα πρόληψης.² Ο καθοριστικός ρόλος των ειδικών έχει υποστηριχθεί από διάφορες έρευνες.^{22,29,30} Η πρόσκληση μέσω προσωπικής επαφής ή τηλεφωνήματος από ειδικό αυξάνει τις πιθανότητες παρακολούθησης.³¹

Σύμφωνα με έρευνα στις ΗΠΑ, οι επαγγελματίες υγείας ασκούν τη σημαντικότερη παρότρυνση στις εξετάσεις πρόληψης.²⁷ Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας και των προγραμμάτων πρόληψης είναι καιρική, καθώς μπορούν να αυξήσουν τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα της ιατρικής πληροφορίας.⁷ Σύμφωνα με έρευνα, υποστηρίζεται ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν την ευκαιρία να ενημερώσουν επαρκώς τις γυναίκες στην περιοχή ευθύνης τους, έτσι ώστε μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτές (10%) να μη γνωρίζει για την ύπαρξη και τη σημασία των προγραμμάτων πρόληψης.⁸

Η γνώση των μεθόδων των προγραμμάτων πρόληψης

του γυναικείου καρκίνου έχει διαπιστωθεί ότι διαδραματίζει κομβικό ρόλο στην υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης.^{9,32} Όμως, αν και υπάρχουν πολλές γυναίκες που γνωρίζουν για τον γυναικείο καρκίνο και πώς μπορεί να προληφθεί, εκείνες που τελικά υιοθετούν συμπεριφορές πρόληψης είναι λιγότερες.² Η εκπαίδευση και η γνώση για θέματα πρόληψης έχουν καλύτερα αποτελέσματα όταν συνοδεύονται και από παρεμβάσεις σε συμπεριφορές και απόψεις για θέματα υγείας.³³

Οι λόγοι που κάνουν τις γυναίκες να ακολουθούν τις οδηγίες πρόληψης δεν σχετίζονται μόνο με ατομικά τους χαρακτηριστικά, αλλά επηρεάζονται και από το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον όπου ζουν και αλληλεπιδρούν.²¹ Οι γυναίκες έχουν την πρόθεση να ακολουθήσουν τις οδηγίες πρόληψης, όταν άνθρωποι οι οποίοι είναι σημαντικοί για εκείνες τις επηρεάζουν θετικά.¹³ Η ιδιαίτερη σχέση μητέρας-κόρης ωθεί πολλές φορές τις μητέρες να υιοθετήσουν συμπεριφορές πρόληψης.³⁴

Η πρόληψη επηρεάζεται άμεσα από το κοινωνικό περιβάλλον των γυναικών.³⁴ Στοιχεία της προσωπικότητας των ανθρώπων, όπως η πρόθεση (intention), η ικανότητά τους να φέρουν σε πέρας μια πράξη ολοκληρωμένα (self-efficacy), η άποψη ότι υπάρχει η πιθανότητα να προκύψει κάποιο πρόβλημα υγείας σε αυτούς (perceived susceptibility), οι απόψεις από το αντιληπτό όφελος κάποιων συμπεριφορών υγείας (perceived benefit) και τα υποκειμενικά πρότυπα τα οποία έχουν (subjectivity norms), επηρεάζονται από την κουλτούρα, το κοινωνικό κεφάλαιο και την επίδρασή τους στους ανθρώπους.

Μια συνοπτική καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου παρουσιάζεται στην εικόνα 1.

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον όπου ζουν και διαμορφώνονται οι άνθρωποι έχει μεγάλη επίδραση στην υγεία τους. Το κοινωνικό κεφάλαιο διαμορφώνεται μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον όπου ζει κάποιος και μπορεί να μετρηθεί είτε σε ατομικό είτε σε κοινοτικό επίπεδο. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί του και πολλοί διαχωρισμοί του σε επί μέρους παράγοντες. Σε ατομικό επίπεδο, το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει παραμέτρους όπως οι ανθρώπινες σχέσεις, η συμμετοχή στα κοινά, η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων στην κοινότητα, η εμπιστοσύνη και η ανταποδοτικότητα.³⁵ Το κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα συλλογικό χαρακτηριστικό, το οποίο υπάρχει στο πλαίσιο των ομάδων και συνδέεται με την έννοια της κοινωνικής συνοχής.³⁶



Εικόνα 1. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου.

Ένας άλλος διαχωρισμός του κοινωνικού κεφαλαίου συνίσταται στο γνωσιακό (cognitive social capital) και στο δομικό (structural social capital) κοινωνικό κεφάλαιο. Το γνωσιακό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στο τι νιώθουν οι άνθρωποι (εμπιστοσύνη, ασφάλεια κ.λπ.), ενώ το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο περιγράφει το τι πραγματικά πράττουν οι άνθρωποι στις κοινότητες στις οποίες ανήκουν.³⁷

Αρκετές από τις παραμέτρους του κοινωνικού κεφαλαίου συνδέονται με την υγεία των ανθρώπων, είτε θετικά είτε αρνητικά, σύμφωνα με έρευνες.^{37,38} Οι μέθοδοι μέσω των οποίων το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να συνδεθεί με την υγεία είναι μέσα από τη διάδοση της πληροφορίας, τη συναισθηματική, την ηθική και την υλική υποστήριξη.³⁹

Υπάρχει αναφορά της σύνδεσης του κοινωνικού κεφαλαίου με την πρόληψη του γυναικείου καρκίνου,^{34,40} αλλά οι μηχανισμοί μέσω των οποίων επέδρασε το κοινωνικό κεφάλαιο δεν έχουν προσδιοριστεί. Παράμετροι του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως η συμμετοχή στα κοινωνικά δίκτυα και ιδιαίτερα η κοινωνική υποστήριξη, η εμπιστοσύνη και η ανταποδοτικότητα, σχετίζονται θετικά με την πρόληψη.^{26,41}

Εν τούτοις, υπάρχουν και έρευνες που αναφέρουν αρνητική ή ουδέτερη σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία των ανθρώπων, επισημαίνοντας ότι η χρησιμότητα του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία των ανθρώπων επηρεάζεται από το είδος του κοινωνικού περιβάλλοντος όπου διαμορφώνεται.⁴²

Σε έρευνα στην ημιορεινή Κρήτη διαπιστώθηκε ότι το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο στο σύνολό του συνδέεται θετικά με τη γνώση και τη χρήση των προληπτικών γυναικολογικών εξετάσεων. Ειδικότερα, η μελέτη εκπονήθηκε στον πρώην δήμο Γοργοαϊνή, την περίοδο 2006–2007, σε 125 γυναίκες, ηλικίας 35–75 ετών. Εξετάστηκε η γνώση και η ορθή λήψη των εξετάσεων πρόληψης του γυναικείου καρκίνου σε συσχέτιση με το κοινωνικό κεφάλαιο των ίδιων γυναικών. Διαπιστώθηκε ότι η γνώση των θεμάτων πρόληψης σχετίζεται με το γνωσιακό κοινωνικό κεφάλαιο (cognitive social capital) και ειδικότερα με την παράμετρο «ανοχή στη διαφορετικότητα» (tolerance of diversity).⁸

Το κοινωνικό κεφάλαιο ενθαρρύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης με τη διασπορά της πληροφορίας και με την προσφορά της ηθικής υποχρέωσης στις γυναίκες να ενδιαφερθούν για θέματα υγείας τους. Η ηθική διάστασή του ωθεί τους ανθρώπους στην πρόληψη ως μια διαδικασία μείωσης της κοινωνικής απομόνωσης, καθώς μπορεί να αποτελέσει διαδικασία ακολουθίας των υπάρχουσών κοινωνικών νορμών πρόληψης (όταν υφίστανται). Παράλληλα, μπορεί να λειτουργήσει ως μια τεχνική ανακούφισης από στρεσογόνα και πιεστικά γεγονότα.⁴³

Αναλυτικότερα, η κοινωνική αλληλεπίδραση δημιουργεί το αίσθημα της ασφάλειας και του «ανήκειν». Έτσι, τα κοινωνικά και τα οικογενειακά δίκτυα ενθαρρύνουν στρατηγικές πρόληψης με την υλική, τη συναισθηματική και την ηθική

υποστήριξη που μπορούν να προσφέρουν.⁴⁴ Οι δυνατοί κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί παρέχουν εμπιστοσύνη, υποστήριξη και αισθήματα ανταποδοτικότητας στους ανθρώπους,⁴⁵ και έτσι τους πείθουν να ακολουθήσουν τους κανόνες της πρόληψης.

Οι πιο απομονωμένοι άνθρωποι, συνήθως, δεν έχουν κοινωνικές επιρροές και κοινωνική υποστήριξη, για να εισέλθουν σε διαδικασία πρόληψης. Έχει βρεθεί ότι η συμμετοχή σε τοπικές δραστηριότητες σχετίζεται θετικά με την καθιέρωση κοινωνικών νορμών.⁴⁵ Αυτές οι νόρμες μπορεί να λειτουργήσουν ως υποκειμενικά πρότυπα και να ωθήσουν τους ανθρώπους στον σχηματισμό συμπεριφορών υγείας, όπως είναι η πρόληψη. Η γνώμη των άλλων σημαντικών του κοινωνικού περιβάλλοντος, φίλων και συγγενών, επιδρά θετικά στις διαδικασίες πρόληψης.^{22,30}

Το κοινωνικό κεφάλαιο στο σύνολό του σχετίζεται με τη γνώση και τους τρόπους μετάδοσής της, καθώς δημιουργεί διαύλους επικοινωνίας οι οποίοι μεταφέρουν την πληροφορία.⁴⁶ Οι γυναίκες είναι περισσότερο πρόθυμες να ανταλλάξουν πληροφορίες και γνώση για θέματα πρόληψης, όταν γνωρίζουν και εμπιστεύονται η μια την άλλη.⁴⁷

Στην ίδια έρευνα⁸ διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν την ευκαιρία να αναπτύξουν κοινές κοινωνικές νόρμες και συναισθήματα εμπιστοσύνης και ανταποδοτικότητας, επειδή ακριβώς είναι πληθυσμοί που ζουν σε ορεινές περιοχές της Κρήτης και έχουν σταθερή κοινωνική κινητικότητα. Έτσι, μοιράζονται τα ίδια κοινά χαρακτηριστικά, όπως γλώσσα, θρησκεία και εθνικότητα, απόψεις και στάσεις ζωής.

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Επιτυχείς πολιτικές για την ορθή χρήση των εξετάσεων πρόληψης απαιτούν πολυδιάστατες παρεμβάσεις. Οι εν λόγω παρεμβάσεις αφορούν (α) στο ατομικό επίπεδο του χρήστη, (β) στους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ και (γ) στους φορείς της κοινότητας, οι οποίοι μπορεί να δράσουν θετικά προς την κατεύθυνση ανάληψης προληπτικής πολιτικής. Η στόχευση των παρεμβάσεων θα πρέπει να καλύψει κενά που σχετίζονται με την έλλειψη σωστής και έγκαιρης ενημέρωσης, την αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, και την κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, προκειμένου να παρέχονται δωρεάν οι προληπτικές εξετάσεις.¹⁸

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο μπορεί να περιλαμβάνουν την οργάνωση ενός ατομικού υποστηρικτικού πλαισίου που θα υπενθυμίζει στις γυναίκες, έγκαιρα, τη χρήση των προληπτικών εξετάσεων. Οι μέθοδοι υπενθύμισης μπορεί να περιλαμβάνουν ατομική συμβουλευτική,

μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ή αλληλογραφίας, επικεντρωμένη πάντα στα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε γυναίκας.¹⁸

Ένα οργανωμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας επικεντρωμένο στην πρόληψη έχει ως στόχο την ενίσχυση της πρόθεσης των γυναικών να υιοθετήσουν σχετικές τακτικές και συμπεριφορές. Ειδικότερα, περιλαμβάνει εκπαίδευση σε όλα τα στάδια των εξετάσεων από τον τρόπο που γίνεται η παρέμβαση από τους ειδικούς έως το κλείσιμο των ραντεβού και τον τρόπο απόκτησης πρόσβασης στον χώρο των γυναικολογικών εξετάσεων.²²

Για να κριθούν ως επιτυχημένα τα προγράμματα πρόληψης για τον γυναικείο καρκίνο, θα πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπ' όψη τους το κοινωνικό περιβάλλον.⁴¹ Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να οργανώνουν προγράμματα πρόληψης που θα περιλαμβάνουν παρεμβάσεις τόσο στο κοινωνικό όσο και στο πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζουν οι γυναίκες και διαμορφώνουν απόψεις για την υγεία τους. Έτσι, θα μπορούν να επηρεάσουν αισθητά τη γνώση και την πρόθεσή τους να ακολουθήσουν συμπεριφορές πρόληψης.⁸

Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρξουν παρεμβάσεις και σε εθνικό επίπεδο και, συγκεκριμένα, να σχεδιαστούν προγράμματα εκτίμησης των παραμέτρων που ευνοούν τα θέματα πρόληψης, τα οποία θα λαμβάνουν υπ' όψη τους τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας και όλων των εμπλεκόμενων στην πρόληψη. Συνεπώς, στην πορεία θα σχεδιαστούν ενιαία προγράμματα πρόληψης που θα είναι προσαρμοσμένα στις κοινωνικές και στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε τοπικής κοινωνίας.⁹ Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα θα πρέπει να εκπαιδευτούν στις διαδικασίες πρόληψης και ορθού επαυτελέγχου των γυναικολογικών εξετάσεων.⁷

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι χώρες οι οποίες έχουν οργανωμένα προγράμματα πρόληψης, προσαρμοσμένα στις ανάγκες των γυναικών, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά παρακολούθησης των εξετάσεων σε σχέση με τις χώρες που έχουν περιστασιακή πολιτική στο θέμα της πρόληψης.⁴⁸ Για παράδειγμα, χώρες όπως η Γερμανία, η Αυστρία και η Ελβετία συγκαταλέγονται στις ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες έχουν επιτύχει μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, εξ αιτίας των πολύ καλά οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης που έχουν αναπτύξει.²

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόληψη του γυναικείου καρκίνου είναι ένα θέμα πολυπαραγοντικό και θα πρέπει πάντα να εξετάζεται σε

συνάρτηση με όλες τις παραμέτρους που το επηρεάζουν. Η κοινωνική του διάσταση πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και τα στελέχη που σχεδιάζουν τις πολιτικές πρόληψης σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να σχετίζεται θετικά με παράγοντες όπως η γνώση και η πρόθεση των γυναικών να ακολουθήσουν συμπεριφορές πρόληψης. Γι' αυτό, η ενίσχυσή του πρέπει να βρίσκεται πάντα στον σχεδιασμό των εργαζομένων σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας και πρόνοιας.

Η ενθάρρυνση και η υποστήριξη των γυναικών από επαγγελματίες υγείας για να συμμετέχουν σε κοινωνικά

δίκτυα και δραστηριότητες, ώστε να βελτιώσουν τις κοινωνικές και τις οικογενειακές τους σχέσεις, μπορεί να λειτουργήσει θετικά στην ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου τους σε ατομικό επίπεδο.

Εν τούτοις, επειδή το κοινωνικό κεφάλαιο αναπτύσσεται πάντα σε συνάρτηση με το εκάστοτε τοπικό κοινωνικό πλαίσιο, τα όποια προγράμματα πρόληψης που επιδιώκουν την ενίσχυση των προληπτικών συμπεριφορών μέσα από τη θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου θα πρέπει να σχεδιάζονται σε τοπικό επίπεδο, λόγω της πιθανής διαφοροποίησης του κοινωνικού κεφαλαίου στην κάθε τοπική κοινότητα.

ABSTRACT

Personal and social parameters of breast and cervical cancer screening

M. MOUDATSOU,^{1,2} A. KOUTIS,¹ A. PHILALITHIS¹

¹Department of Social Medicine, University of Crete, Medical School, Voutes, Heraklion, ²Department of Social Work, Technological Educational Institute of Crete, Heraklion, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2016, 33(2):189–197

Breast and cervical cancer are among the leading causes of female mortality in the world. Screening adherence plays a key role in breast and cervical cancer incidence and morbidity. Many factors are involved in women's adherence to screening guidelines. Personal and sociodemographic characteristics, the role of the health professionals in primary care and the national or local screening policies may all enhance or impede screening adherence. Parameters stemming from the social and cultural context play an active role in women's health related behavior. Individual social capital, both as a whole and through its various factors (participation in the community, value of life and tolerance of diversity), has been shown to be associated with breast and cervical cancer screening practices. Social capital encourages screening adherence by facilitating dissemination of relevant information and by providing women with a moral and structural obligation to take care of their health. Successful health policy for the early detection of breast and cervical cancer is a complicated issue with multiple spheres of influence at the level of the individual, the community and health professionals. Health promotion programmes should enable screening adherence through the dissemination of knowledge and the creation of pathways to minimize inequalities in health screening services and social insurance coverage. This paper examines the theoretical background of the personal and social parameters of adherence to breast and cervical cancer screening that facilitate the relevant health policy for cancer prevention.

Key words: Gynecological cancers, Mammography, Pap test, Prevention, Screening, Social capital

Βιβλιογραφία

- LITAKER D, TOMOLO A. Association of contextual factors and breast cancer screening: Finding new targets to promote early detection. *J Womens Health (Larchmt)* 2007, 16:36–45
- TRIGONI M, GRIFFITHS F, TSIFTSIS D, KOUMANTAKIS E, GREEN E, LIONIS C. Mammography screening: Views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Womens Health* 2008, 8:20
- SOKOUTI B, HAGHIPOUR S, TABRIZI AD. A pilot study on image analysis techniques for extracting early uterine cervix cancer cell features. *J Med Syst* 2012, 36:1901–1907
- FIANDER AN. The prevention of cervical cancer in Africa. *Womens Health (Lond Engl)* 2011, 7:121–132
- VAKFARI A, GAVANA M, GIANNAKOPOULOS S, SMYRNAKIS E, BENOS A. Participation rates in cervical cancer screening: Experience in rural Northern Greece. *Hippokratia* 2011, 15:346–352
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Meeting of policy-makers and programme managers: Strengthening cervical cancer prevention in Europe. WHO, Denmark, 2007
- PANAGOULOPOULOU E, ALEGAKIS A, ABU MOURAD T, SANIDAS E,

- MAKRIGIANAKIS A, PHILALITHIS A. The role of general practitioners in promoting cervical cancer screening: A field survey in a rural area of Crete, Greece. *Eur J Cancer Prev* 2010, 19:160–166
8. MOUDATSOU MM, KRITSOTAKIS G, ALEGAKIS AK, KOUTIS A, PHILALITHIS AE. Social capital and adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: A cross-sectional study in rural Crete. *Health Soc Care Community* 2014, 22:395–404
 9. DIMITRAKAKI C, BOULAMATSIS D, MARIOLIS A, KONTODIMOPOULOS N, NIAKAS D, TOUNTAS Y. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: Results from the nation-wide Hellas Health I survey. *Eur J Cancer Prev* 2009, 18:248–257
 10. SIMOU E, TSIMITSELIS D, TSOPANLIOTI M, ANASTASAKIS I, PAPPATHEODOROU D, KOURLABA G ET AL. Early evaluation of an organized mammography screening program in Greece 2004–2009. *Cancer Epidemiol* 2011, 35:375–380
 11. KALISA A, COX K, HOLLOWAY A, KALOKERINOY A. Mammography screening in Greece: An exploratory survey of women's views, experiences and behaviours. *Int J Car Sci* 2012, 5:147–156
 12. KERAMOPOULLOS A, LOUVROU A, AMPELA K, VOURLI G, BALTAS D, KERAMOPOULLOS D ET AL. Diagnostic approach to women with breast cancer in Greece. *Arch Hellen Med* 2005, 22:66–72
 13. GRIVA F, ANAGNOSTOPOULOS F, MADOGLOU S. Mammography screening and theory of planned behaviour: Suggestions toward an extended model of prediction. *Women Health* 2009, 49:622–681
 14. BASTARDIS-ZAKAS K, IATRAKIS G, NAVROZOGLOU I, PEITSIDIS P, SALAKOS N, MALAKASSIS P ET AL. Maximizing the benefits of screening mammography for women 40–49 years old. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010, 37:278–282
 15. BLOMBERG K, WIDMARK C, TERNESTEDT BM, TÖRNBERG S, TISHELMAN C. Between youth and adulthood: Focus group discussions with 30-year-old women about cervical cancer and its prevention in urban Sweden. *Cancer Nurs* 2011, 34:E11–E20
 16. LOSTAO L, JOINERTE, PETTIT JW, CHOROT P, SANDIN B. Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *Eur J Public Health* 2001, 11:274–279
 17. ENGELMAN KK, HAWLEY DB, GAZAWAY R, MOSIER MC, AHLUWALIA JS, ELLERBECK EF. Impact of geographic barriers on the utilization of mammograms by older rural women. *J Am Geriatr Soc* 2002, 50:62–68
 18. MEISSNER HI, SMITH RA, RIMER BK, WILSON KM, RAKOWSKI W, VERNON SW ET AL. Promoting cancer screening: Learning from experience. *Cancer* 2004, 101(Suppl 5):1107–1117
 19. FERRATE, LE BRETON J, DJASSIBEL M, VEERABUDUN K, BRISI Z, ATTALI C ET AL. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: Women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Fam Pract* 2013, 30:445–451
 20. CALVOCORESSI L, KASI SV, LEE CH, STOLAR M, CLAUS EB, JONES BA. A prospective study of perceived susceptibility to breast cancer and nonadherence to mammography screening guidelines in African American and White women ages 40 to 79 years. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004, 13:2096–2105
 21. OGEDEGBE G, CASSELLS AN, ROBINSON CM, DuHAMEL K, TOBIN JN, SOX CH ET AL. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc* 2005, 97:162–170
 22. TOLMA EL, REININGER BM, UREDA J, EVANS A. Cognitive motivations associated with screening mammography in Cyprus. *Prev Med* 2003, 36:363–373
 23. SIMOU E, MANIADAKIS N, PALLIS A, FOUNDOULAKIS E, KOURLABA G. Factors associated with the use of Pap smear testing in Greece. *J Womens Health (Larchmt)* 2010, 19:1577–1585
 24. CABEZA E, ESTEVA M, PUJOL A, THOMAS V, SÁNCHEZ-CONTADOR C. Social disparities in breast and cervical cancer preventive practices. *Eur J Cancer Prev* 2007, 16:372–379
 25. OLIVER-VÁZQUEZ M, SÁNCHEZ-AYÉNDEZ M, SUÁREZ-PÉREZ E, VÉLEZ-ALMODÓVAR H, ARROYO-CALDERÓN Y. Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promot Int* 2009, 17:3–11
 26. MAGAI C, CONSEDINE N, NEUGUT AI, HERSHMAN DL. Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence: A conceptual review and synthesis. *J Womens Health (Larchmt)* 2007, 16:11–23
 27. LEE HY, JU E, VANG PD, LANDQUIST M. Breast and cervical cancer screening disparity among Asian American women: Does race/ethnicity matter [corrected]? *J Womens Health (Larchmt)* 2010, 19:1877–1884
 28. ALTPETER M, MITCHELL J, PENNELL J. Advancing social workers' responsiveness to health disparities: The case of breast cancer screening. *Health Soc Work* 2005, 30:221–232
 29. SANTORA LM, MAHONEY MC, LAWVERE S, ENGLERT JJ, SYMONS AB, MIRAND AL. Breast cancer screening beliefs by practice location. *BMC Public Health* 2003, 3:9
 30. MAXWELL CJ, BANCEJ CM, SNIDER J. Predictors of mammography use among Canadian women aged 50–69: Findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *CMAJ* 2001, 164:329–334
 31. HARTMAN E, VAN DEN MUIJSENBERGH ME, HANEVELD RW. Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: Exploring reasons for nonattendance. *Eur J Cancer Prev* 2009, 18:349–353
 32. ISLAM N, KWON SC, SENIE R, KATHURIA N. Breast and cervical cancer screening among South Asian women in New York City. *J Immigr Minor Health* 2006, 8:211–221
 33. HO V, YAMAL JM, ATKINSON EN, BASEN-ENGQUIST K, TORTOLERO-LUNA G, FOLLEN M. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs* 2005, 28:119–129
 34. PASICK RJ, BURKE NJ, BARKER JC, JOSEPH G, BIRD JA, OTERO-SABOGAL R ET AL. Behavioral theory in a diverse society: Like a compass on Mars. *Health Educ Behav* 2009, 36(Suppl 5):115–355
 35. KRITSOTAKIS G, MAIOVIS P, KOUTIS A, PHILALITHIS AE. Individual and contextual influences of social variables in health outcomes: The impact of social capital. *Arch Hellen Med* 2009, 26:523–535
 36. WHITE L. Connections matters: Exploring the implications of social capital and social networks for social policy. *Syst Res Behav Sci* 2002, 19:255–269
 37. KRITSOTAKIS G, VASSILAKI M, CHATZI L, GEORGIUOV, PHILALITHIS AE, KOGEVINAS M ET AL. Maternal social capital and birth outcomes in the mother-child cohort in Crete, Greece (Rhea study). *Soc*

- Sci Med* 2011, 73:1653–1660
38. KRITSOTAKIS G, VASSILAKI M, MELAKI V, GEORGIU V, PHILALITHIS AE, BITSIOS P ET AL. Social capital in pregnancy and postpartum depressive symptoms: A prospective mother-child cohort study (the Rhea study). *Int J Nurs Stud* 2013, 50:63–72
39. MOSS NE. Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med* 2002, 54:649–661
40. SOUTHWELL BG, SLATER JS, ROTHMAN AJ, FRIEDENBERG LM, ALLISON TR, NELSON CL. The availability of community ties predicts likelihood of peer referral for mammography: Geographic constraints on viral marketing. *Soc Sci Med* 2010, 71:1627–1635
41. BURKE NJ, BIRD JA, CLARK MA, RAKOWSKI W, GUERRA C, BARKER JC ET AL. Social and cultural meanings of self-efficacy. *Health Educ Behav* 2009, 36(Suppl 5):1115–1285
42. KENNELLY B, O'SHEA E, GARVEY E. Social capital, life expectancy and mortality: A cross-national examination. *Soc Sci Med* 2003, 56:2367–2377
43. WOOLCOCK M, NARAYAN D. Social capital: Implications for development theory, research, and policy. *World Bank Res Observ* 2000, 15:225–249
44. KAWACHI I, BERKMAN LF. Social ties and mental health. *J Urban Health* 2001, 78:458–467
45. BANKSTON CL, ZHOU M. Social capital as process: The meanings and problems of a theoretical metaphor. *Sociol Inq* 2002, 72:285–317
46. BEAUDOIN CE. Bonding and bridging neighborliness: An individual-level study in the context of health. *Soc Sci Med* 2009, 68:2129–2136
47. O'KEEFE PJ. *Persuasion: Theory and research*. Sage Publication, USA, 2002
48. PALÈNCIA L, ESPELT A, RODRÍGUEZ-SANZ M, PUIGPINÓS R, PONS-VIGUÉS M, PASARÍN MI ET AL. Socioeconomic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: Influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010, 39:757–765

Corresponding author:

M. Moudatsou, Department of Social Work, Technological Educational Institute of Crete, Heraklion, Greece
e-mail: moudatsoum@yahoo.gr