



**UNIVERSITETI "ISMAIL QEMALI" VLORË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK
DEPARTAMENTI I INFERMIERISË**

Temë diplome për

Master Shkencor në Shkenca Infermierore

Viti 2020

**TEMA: "BESIMET NË SHËNDET PËR KANCERIN E GJIRIT DHE
PERCEPTIME TË GRAVE QË PARAQITEN PËR KRYERJEN E
MAMOGRAFISË NË SPITALIN RAJONAL VLORË"**

ROLI I INFERMIERIT NË RRRITJEN E PJESËMARRJES.

DIPLOMANTI:

Adriana MEMETAJ

UDHËHEQES SHKENCOR

Dr. Fatjona KAMBERI

VLORË, SHTATOR 2020

DEKLARATË

Deklaroj se teza e titulluar “**BESIMET NË SHËNDET PËR KANCERIN E GJIRIT DHE PERCEPTIME TË GRAVE QË PARAQITEN PËR KRYERJEN E MAMOGRAFISË NË SPITALIN RAJONAL VLORË**” ROLI I INFERMIERIT NË RRITJEN E PJESËMARRJES është puna ime origjinale dhe të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal.

FIRMA:

DATË: ___/___/2020

Adriana Memetaj

PËRMBAJTJA

1. SHKURTIME	iv
2. LISTA E TABELAVE	v-vi
3. ABSTRAKT	1
4. PJESA TEORIKE	2
4.1 HYRJE	2
4.2 KARAKTERISTIKAT EPIDEMIOLOGJIKE DHE FAKTORËT E RREZIKUT PËR KANCERIN E GJIRIT NË BOTË	2
4.3 SHPERNDARJA DHE PRIRJET E KANCERIT TE GJIRIT	3
4.3. SIMPTOMAT	4
4.4 PROCEDURAT E DEPISTIMIT	5
4.5 FAKTORË RREZIKU PER KANCERIN E GJIRIT	8
4.6 STADET E KANCERIT TË GJIRIT	9
4.7 TRAJTIMI I KANCERIT TE GJIRIT	10
4.8 ROLI I EDUKIMIT SHËNDETËSOR PËR KANCERIN E GJIRIT NË NJOHURITË, QËNDRIMET DHE PRAKTIKËN	12
4.9 IMPLIKIMET PËR PRAKTIKËN INFERMIERORE	14
4.10 ROLI I INFERMIERIT NË PARANDALIMIN DHE DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM TË KANCERIT TË GJIRIT	15
4.11 ROLI I INFERMIERIT NË RRRITJEN E PJESËMARRJES SËGRAVE NËE KRYERJEN E MAMOGRAFISË	15
5.PJESA STUDIMORE	17
5.1.QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT	17
5.2. METODOLOGJIA	17
5.3. LLOJI I STUDIMIT	17
5.4. INSTRUMENTI I MBLEDHJES SE TË DHËNAVE	18
5.5. ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE	18
5.6 KONSIDERATA ETIKE	18
5.7 KUFIZIME TË STUDIMIT	18
6. REZULTATET	19
7. DISKUTIMI	36
8. KONKLuzionET	41
9. REKOMANDIMET	42
10. REFERENCAT	43
11. ANEKS	47
11.1 ANEKS 1: Leje Etike	47
11.2 ANEKS 2: Letër Informuese	48
11.3 ANEKS 2 :Pyetësi	49

1. SHKURTIME

TNBC	- Kanceri i gjirit i trefishtë-negativ
GLOBOCAN	- Observatori Global I Kancerit
OBSH	-Organizata botërore e shëndetësis
PEN	- Paketa e ndërhyrjeve thelbësore të sëmundjes jo-komunikuese
ASMR	-Eufori e shkallës së ulët
CBE	- Provimi Klinik i Gjirit
BRCA	- Gjeni i kancerit të gjirit
DCIS	- Karcinomën tubulare/ duktale in situ
SHBA	-Shtete e Bashkuara të Amerikës
HRT	- Terapisë së zëvendësimit të hormoneve

2. LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Karakteristika të moshës.....	19
Tabela 2. Karakteristika te vendbanimit.....	19
Tabela 3. Karakteristika të gjendjes civile.....	19
Tabela 4. Kush është niveli juaj arsimor.....	20
Tabela 5. Në çfarë moshe duhet të kryhet mamografia e parë	20
Tabela 6. A keni kryer ndonjëherë mamaografi.....	20
Tabela 7. Në qoftë se po sa herë.....	21
Tabela 8. Me rekomandim të mjekut.....	21
Tabela 9. Kush pagoi për mamografi.....	21
Tabela 10. Sa e ka vështirësuar situata gjendjen tuaj.....	21
Tabela 11. A përbën problem cmimimi mamografis.....	22
Tabela 12 . Efekasiteti i perceptuar për mamografinë.....	22
Tabela 13.e shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri.....	22
Tabela 14 .E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit.....	23
Tabela 15 . Vështërsi për të siguruar klinikë për egzaminim.....	23
Tabela 16 .Probleme për të gjetur kohë për egzaminim.....	23
Tabela 17 . Rrezikshmëria e perceptuar për kancerin e gjirit.....	24
Tabela 18 . E shqetësuar në lidhje me dhimbjen.....	24
Tabela 19 . E shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit.....	24
Tabela 20- Shpeshësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit.....	25
Tabela 21 . A keni sigurim shëndetësor.....	25
Tabela 22 . Sa është shtuar frika juaj për shkak të shtyrjes së egzaminimit.....	25
Tabela 23. A keni historik familjar me kancer të gjirit	26
Tabela 24 .Për çfarë jeni të shqetësuar më shumë gjatë kësaj periudhe.....	26
Tabela 25 . E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit * Vendbanimi juaj.....	30
Tabela 26. E shqetësuar në lidhje me dhimbjen : * Vendbanimi juaj.....	30
Tabela 27. E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri ? * Vendbanimi juaj.....	30
Tabela 28. E shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit * Vendbanimi juaj.....	31
Tabela 29 .Efekasiteti i perceptura për mamografin :Vendbanimi juaj.....	31
Tabela 30. Probleme për të gjetur kohë për egzaminim #Vendbanimi juaj.....	31
Tabela 31. A keni kryer ndonjëherë mamaografi #vendbanimi juaj.....	32
Tabela 32 .Në çfarë moshe duhet të kryhet mamografia e parë ? * Vendbanimi juaj.....	33
Tabela 33.Në qoftë se po sa herë : * Vendbanimi juaj.....	33
Tabela 34 .Shpeshësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit# * Vendbanimi juaj.....	33
Tabela 35 .E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit * Gjendja civile.....	34
Tabela 36 .E shqetësuar në lidhje me dhimbjen : * Gjendja civile.....	34
Tabela 37 .E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri ? * Gjendja civile.....	34

Tabela 38 .E shqetesura ne lidhje me ekspozimi ndaj rrezatimit * Gjendja civile.....	35
Tabela 39 . Efekasiteti i perceptura per mamografin : * Gjendja civile.....	35

3. ABSTRAKT

Hyrje: Vdekshmëria nga kanceri i gjirit është në rënie në shumicën e vendeve me të ardhura të larta. Roli i depistimit të mamografisë në këto rënie është shumë i debatuar. Depistimi ndikon në vdekshmërinë e kancerit përmes uljes së incidencës së numrit të kancereve të përparuara me prognozë të dobët, ndërsa terapitë dhe menaxhimi i pacientit ndikojnë në vdekshmërinë e kancerit përmes uljes së fatalitetit të kancerit.

Qëllimi : Vlerësimi i besimeve në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamaografisë dhe roli i infermierit në rritjen e pjesëmarrjes

Metodologjia : Në studimin transversal u përfshin 396 gra që u paraqitën për kryerjen e mamografisë gjatë periudhës së realizimit të studimit, në muajin Mars-Qershor 2020, në Spitalin Rajonal të Vlorës. Përzgjedhja e grave ishte e rastësishme. Për vlerësimin e besimeve në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave u përdor një pyetësor standart anonim të hartuar bazuar në Modelin e Besimit në Shëndet , të vetëadministruar. Analiza e të dhënave përfshiu llogaritjen e frekuencave dhe përqindjeve .

Rezultatet: Në fazën finale u përfshin 396 gra . Mesatarja e moshës së grave pjesëmarrse është 55.08 vjeç, moshë më e vogël është 25 vjeç dhe moshë më e madhe është 99 vjeç. $SD \pm 10.9$. Mbizotëronte niveli arsimor i mesëm . Lidhur me shpëstësin e vetëegzaminimit të gjirit, nga kjo rezultoi 1 here / muaj 55.88 % , 2-3 vite 21.93% dhe anjehere 22.19%.. Jane paraqitur mendimet e grave pjesëmarrëse se kur duhet të kryhet mamografia e parë .>50 vjeç 38.89% , 40-49 vjeç 60.86% dhe 40-49 vjeç, >50 vjeç 0.25 . Një rezultat tjetër i rëndësishëm që shikojmë në këtë studim është se u gjend një lidhje statistikore midis vendbanimit të grave edhe variablit e shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri $p < 0.001$. 12 janë paraqitur përgjigjet sa efikase e perceptojnë mamografinë , Nga kjo rezultoi se 7.53% referuan si jo e saktë , 18.55% paksa e saktë dhe 73.92 % shumë e saktë .

Konkluzione:

Një konkluzion i rëndësishëm është arsimi i grave , duhet marrë në vëmendje si çështje pasi asimetria e informacionit çon në kulturë të ulët shëndetësore për shkak të arsimimit të ulët duke dhënë në mënyrë të tillë mos evidentimin në qasjen në depistim ose në perceptimin e rreziqeve të kancerit të gjirit dhe efektivitetit të shqyrtimit Promocioni shëndetësor për rëndësinë e depistimit të hershëm dhe kryerjen e mamografisë dhe në zonat rurale për të rritur pjesëmarrjen e grave që kryejnë mamaografi

Fjalët kyçe: Kanceri i gjirit , mamografi , efikasitet , tendencë, kujdes infermieror.

4. PJESA TEORIKE

4.1. HYRJE

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë në mesin e grave, duke prekur 2.1 milion gra çdo vit, dhe gjithashtu shkakton numrin më të madh të vdekjeve të lidhura me kancerin tek gratë. Në vitin 2018, vlerësohet se 627,000 gra vdiqën nga kanceri i gjirit - kjo është afërsisht 15% e të gjitha vdekjeve nga kanceri midis grave. Ndërsa normat e kancerit të gjirit janë më të larta në mesin e grave në rajone më të zhvilluara, normat janë në rritje në pothuajse çdo rajon globalisht.

Në mënyrë që të përmirësojmë rezultatet e kancerit të gjirit dhe mbijetesën, zbulimi i hershëm është kritik. Ekzistojnë dy strategji të zbulimit të hershëm për kancerin e gjirit: diagnostikimi i hershëm dhe depistimi. Cilësimet e kufizuara të burimeve me sisteme të dobëta shëndetësore ku shumica e grave diagnostikohen në fazë të vona duhet t'u japin përparësi programeve të diagnostikimit të hershëm bazuar në ndërgjegjësimin për shenjat dhe simptomat e hershme dhe referimin e shpejtë të diagnozës dhe trajtimit.^[3]

Kanceri i gjirit është kanceri i diagnostikuar më shpesh tek gratë dhe renditet i dyti ndër shkaqet për vdekjen e lidhur me kancerin tek gratë. Dëshmitë në literaturë kanë treguar se hulumtimet e kaluara dhe ato në vazhdim kanë një implikim të madh në përmirësimin e rezultatit klinik në kancerin e gjirit. Kjo i është atribuar përparimit të bërë në fushën e depistimit, diagnostikimit dhe strategjive terapeutike të përfshira në menaxhimin e kancerit të gjirit. Sidoqoftë, prognoza e dobët në TNBC dhe rezistencën e ilaçeve paraqet frenime të mëdha të cilat janë gjithashtu sfida aktuale për përmbajtjen e sëmundjes. Në mënyrë të ngjashme, një pikë fokale shqetësimi është rritja e shkallës së incidencës dhe vdekshmërisë së kancerit të gjirit në mesin e popullatës në botën e zhvilluar^[1]

4.2. KARAKTERISTIKAT EPIDEMIOLOGJIKE DHE FAKTORËT E RREZIKUT PËR KANCERIN E GJIRIT NË BOTË

▪ Incidence e kancerit te gjirit

Kanceri i gjirit është kanceri i dytë më i zakonshëm në botë dhe kanceri më i zakonshëm në mesin e grave [4]. Rreziku i jetës për zhvillimin e kancerit të gjirit në çdo grua në Shtetet e Bashkuara është 12.4% ose një në tetë gra [18]. Në 2012, 1.67 milion raste të reja të kancerit të gjirit u identifikuan në të gjithë botën, duke zënë 25% të të gjitha kancereve. Megjithatë kanceri ekziston kudo në botë, shkalla e incidencës së tij është më e lartë në vendet e zhvilluara, dhe shkalla e incidencës së kancerit të gjirit ndryshon shumë me racën dhe përkatësinë etnike. Shkalla e kancerit të gjirit ndryshon midis pjesëve të ndryshme të botës, 20 variojnë nga 27 për 100,000 në Afrikën e Mesme dhe Azinë Lindore në 92 për 100,000 në Amerikën Veriore. Shkalla e incidencës së kancerit të gjirit vlerësohet të arrijë 3.2 milion deri në 2050. Me rritjen e popullsisë moshë në vendet e zhvilluara, shkalla e incidencës së kancerit të gjirit në mesin e njerëzve të moshuar po rritet. Në vitin 2017, rreth 252,710 raste të reja të kancerit të gjirit dhe 6,341 raste të kancerit të gjirit në vend u diagnostikuan në Shtetet e Bashkuara. Pothuajse 24% e të gjitha rasteve të kancerit të gjirit ndodhin në rajonin e Azi-Paqësorit, me normat më të larta të shikuara në Kinë, Japoni dhe Indonezi. Përveç Japonisë, përhapja e

kancerit të gjirit po rritet në mesin e grave aziatike dhe amerikane, me Korenë që përbën prevalencën më të lartë të kancerit të gjirit në 1988–2006 dhe Azinë Juglindore në 1988–2013. Është vlerësuar se 277.054 raste të reja të kancerit të gjirit janë diagnostikuar në Azinë Lindore në 2012. Kjo shifër ishte 107,545 në Azinë Juglindore dhe 223,899 në Azinë Jug-Qendrore. Për shkak të hyrjes më të mirë në skringing dhe programeve terapeutike, shkalla e mbijetesës së kancerit të gjirit po rritet dhe niveli i mbijetesës 5-vjeçare ishte 89% midis 2005 dhe 2011.25 1-vjeçari Shkalla e mbijetesës së kancerit të gjirit në vendet evropiane varion nga 94.1% në Skoci në 97.1% në Itali. Për shkak të vonesës në kërkimin e diagnozës dhe trajtimit të kancerit të gjirit tek gratë afrikane, shkalla e mbijetesës është e ulët mes tyre. Incidenca (ag Shkalla e e-standardizuar për 100,000) e kancerit të gjirit në rajone të ndryshme të botës është si më poshtë: rajone më të zhvilluara: 74,1, rajone më pak të zhvilluara: 31,3, Evropa Perëndimore: 96,0, Amerika Veriore: 91,6, Evropa Veriore: 89,4, Australia / E Re Zelanda: 85,8, Azia Jug-Qendrore: 28,2 dhe Azia Lindore: 27,0.166^[19]

▪ Vdekshmëria

Kanceri i gjirit është shkaku i pestë kryesor i vdekjes nga kanceri në 2012 në të gjithë botën, me një rekord prej 324,000 vdekjesh në 2012, dhe ishte shkaku më i zakonshëm i vdekjes në vendet më pak të zhvilluara. Gjithashtu, me 197,000 vdekje që llogariten për 15,4% të të gjitha vdekjeve, kanceri i gjirit ishte shkaku i dytë i vdekjeve në vendet e zhvilluara pas kancerit të mushkërive. Shkalla e vdekshmërisë së kancerit të gjirit vlerësohet të rritet deri në vitin 2020 në shumë pjesë të Evropës. Megjithatë prevalenca e kancerit të gjirit është më e lartë në vendet e zhvilluara, nivele më të larta të vdekshmërisë vërehen në rajone më pak të zhvilluara. Për më tepër, 89% e vdekjeve nga kanceri i gjirit në Shtetet e Bashkuara në vitin 2017 ndodhën në gratë e moshës 50 vjeç ose më shumë. Për shkak të përmirësimit terapeutik dhe metodat diagnostike dhe promovimi i menaxhimit të kancerit të gjirit në vendet me të ardhura të larta, një ulje e konsiderueshme e shkallës së vdekshmërisë së kancerit të gjirit është parë në këto vende. Shkalla e standardizuar e moshës së vdekshmërisë (ASMR) e kancerit të gjirit në botë është 12,9 (31) dhe Afrika ka ASMR-në më të lartë në të gjithë botën. Shkalla e vdekshmërisë varion nga gjashtë raste për 100,000 njerëz në Azinë Lindore në 20 raste për 100,000 njerëz në Afrikën perëndimore. Vdekshmëria-te-i Raporti i shkallës së rastësisë në Amerikën e Veriut është 0,16, që tregon një shkallë më të lartë të mbijetesës, dhe në Azi është midis 0,23 dhe 0,48. Shumica e vendeve aziatike janë vende me të ardhura të ulëta deri në mesatare, dhe për këtë arsye, kanceri i gjirit është një nga shkaqet kryesore e vdekshmërisë në këto vende. 14,8, Evropa Veriore: 16,4, Australia / Zelanda e Re: 14,5, Azia Jug-Qendrore: 13,5 dhe Azia Lindore: 6,1^[19]

4.3. SHPERNDARJA DHE PRIRJET E KANCERIT TE GJIRIT

Per te pershkruar peshen e kancerit te gjirit ne shendetin publik te nje vendi te caktuar si dhe per te bere krahasimet e nevojshme ne hapesire dhe kohe perdorim kryesisht treguesit e vdekshmerise dhe semundshmerise. Vdekshmeria ose mortaliteti (vdekjet prej kancerit permby popullaten ne te cilen ato kane ndodhur ne nje kohe te dhene) mund te gjendet duke perdorur skedat e vdekjeve, per te cilat ekziston nje ligj i vencante.. Ajo ndikohet si nga gjendja lidhur me me shpeshtesine ekancerit ne nje popullate (incidenca) ashtu edhe nga mbijetesen e prej tij (letaliteti). Per te vleresuar ne menyre specifike shpeshtesine e hasjes se kancerit te gjirit mund te perdoret edhe semundshmeria (rastet e diagnostikuara me kancer gjiri) ne formen e incidences (rastet

e reja permbi popullaten ne te ciln kane ndodhur) ose te prevalences (te gjitha rastet, te reja dhe te vjetra ne ate popullate). Per perllogaritjen e semundshemrise eshte i nevojshem nje sistem i pershtatshem i informacionit spitalor qe ne rastin e kancereve shprehet me rregjistra specifike te kancerit. Kanceri gjirit eshte kanceri qe haset me shpeshte ne grate e shumices dermuese te vende te botes, pavaresisht se ka diferenca te medha ne semundshmerine dhe vdekshmerine prej tij ne vende te ndryshme .[5]

▪ **Prirja e kancerit te gjirit ne Shqiperi**

Bazuar ne te dhenat e GLOBOCAN eshte verejtur nje rritje te shpejte ne numrat e kancerit te gjirit gjate 25 viteve te fundit ne Shqiperi. Nga mesi i viteve 80 deri me sot numri i vdekjeve ne vit nga kanceri i gjirit eshte rritur me shume se 3 here. Nuk duhet harruar se ky eshte nje fenomen qe verehet edhe ne shumicen e vendeve ne zhvillim. Ne nje pjese te madhe rritja ne pergjithesi e kancereve shpjegohet nga rritja emoshes mesatare, por ne rastin e kancerit te gjirit, rritja vijon te ngelet edhe pas menjanimit te efektit te moshes. Nje demostrim i kesaj dukurie verehet ne kolonen efundit te tabelës se meposhteme[5].

▪ **Diagnostifikimi i hershëm**

Strategjitë e diagnostikimit të hershëm përqendrohen në sigurimin e qasjes në kohë në trajtimin e kancerit duke zvogëluar pengesat për kujdesin dhe / ose përmirësimin e aksesit në shërbimet efektive të diagnozës. Qëllimi është të rritet përqindja e kancereve të gjirit të identifikuar në një fazë të hershme, duke lejuar që të përdoret një trajtim më efektiv dhe të zvogëlojë rreziqet e vdekjes nga kanceri i gjirit. OBSH Paketa e ndërhyrjeve thelbësore të sëmundjes jo-komunikuese (PEN) për kujdesin shëndetësor parësor në mjediset me burime të ulëta ka udhëzime për qasjen e vlerësimit dhe referimit për gratë me kancer të gjirit të dyshuar në mjedisin e kujdesit parësor ^[3].

4.3 SIMPTOMAT

Dhimbja e gjirit mund të jetë simptomë e kancerit. Njerëz të ndryshëm kanë simptoma të ndryshme të kancerit të gjirit. Disa njerëz nuk kanë fare shenja ose simptoma.

Disa shenja paralajmëruese të kancerit të gjirit janë—

- Gungë e re në gji ose në sqetull (sqetull).
- Trashja ose ënjtja e një pjese të gjirit
- Irritimi ose zbehja e lëkurës së gjirit.
- Skuqje ose lëkurë e lëkundur në zonën e thithit ose në gji.
- Tërheqja e thithit ose dhimbja në zonën e thithit.
- Shkarkimi i thithkave përveç qumështit të gjirit, përfshirë gjakun
- Çdo ndryshim në madhësinë ose formën e gjirit.
- Dhimbje në çdo zonë të gjirit.

Çfarë është një gji normal?

Asnjë gji nuk është tipik. Ajo që është normale për ju mund të mos jetë normale për një grua tjetër. Shumica e grave thonë se gjinjtë e tyre ndjehen me gunga ose të pabarabarta. Mënyra se si duken dhe ndjehen gjinjtë tuaj mund të ndikohet nga marrja e menstruacioneve, lindja e fëmijëve, humbja ose shtimi i peshës dhe marrja e disa ilaçeve. Gjinjtë gjithashtu priren të ndryshojnë kur plakeni^[4].

4.4 PROCEDURAT E DEPISTIMIT

Mamografia, ekzaminimi klinik i gjirit dhe veteekzaminimi i tij jane procedura te perdorura gjeresisht si praktika depistuese.

Teknika te tjera me potencial depistimi si rezonanca magnetike apo ECHO e gjirit nuk rekomandohen deri me sot per perdorim masiv^[5]

- **Kontrolli i mamografisë: Një çështje kryesore në mjekësi**

Vdekshmëria nga kanceri i gjirit është në rënie në shumicën e vendeve me të ardhura të larta. Roli i depistimit të mamografisë në këto rënie është shumë i debatuar. Depistimi ndikon në vdekshmërinë e kancerit përmes uljes së incidencës së numrit të kancereve të përparuara me prognozë të dobët, ndërsa terapitë dhe menaxhimi i pacientit ndikojnë në vdekshmërinë e kancerit përmes uljes së fatalitetit të kancerit. Efektiviteti i depistimit të kancerit është aftësia e një metode depistimi për të frenuar incidencën e kancerit të avancuar në popullata. Metodat për vlerësimin e efektivitetit të shqyrtimit të kancerit bazohen në monitorimin e shkallës së rregulluar të moshës së kancerit të avancuar që duhet të ulët pas futjes së depistimit. Të dhënat akumuluese epidemiologjike tregojnë se në popullatat ku depistimi i mamografisë ka qenë i përhapur për një kohë të gjatë, nuk ka pasur ose ka pasur vetëm një rënie modeste të incidencës së kancerit të avancuar, përfshirë atë të kancereve de novo metastatic (faza IV) në diagnozë. Për më tepër, uljet e vdekshmërisë nga kanceri i gjirit janë të ngjashme në zonat me futje të hershme dhe depërtim të lartë të depistimit dhe në zona me futje të vonë dhe depërtim të ulët të depistimit. Diagnostikimi i tepërt është i zakonshëm, që përfaqëson 20% ose më shumë të të gjitha kancereve të gjirit midis grave të ftuara në depistim dhe 30-50% të kancereve të zbuluara në ekran. Diagnoza e tepërt çon në trajtim të tepërt dhe shkakton dëm të konsiderueshëm fizik, psikologjik dhe ekonomik në shumë gra. Overdiagnoza gjithashtu ka ushtruar efekte të konsiderueshme përçarëse në interpretimin e rezultateve klinike të shprehura në përqindje (në vend të normave) ose si mbijetesë e përgjithshme (në vend të niveleve të vdekshmërisë ose mbijetesës specifike të fazës). Normat e mastektomive radikale nuk janë ulur pas futjes së depistimit dhe vazhdojnë të rriten në disa vende (p.sh. Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA))^[2]

Depistimi konsiston në testimin e grave për të identifikuar kanceret para se të shfaqen simptomat. Metoda të ndryshme janë vlerësuar si mjete të shqyrtimit të kancerit të gjirit, duke përfshirë mamografinë, provimin klinik të gjirit dhe vetë-provimin e gjirit.

Mamografia: përdor rrezet X me energji të ulët për të identifikuar anomalitë në gji. Shtë treguar se zvogëlon vdekshmërinë nga kanceri i gjirit me afërsisht 20% në mjediset me burime të larta. Dokumenti i Pozicionit të OBSH-së për shqyrtimin e mamografisë arriti në përfundimin se në ambiente me burime të mira gratë e moshës 50-69 vjeç duhet t'i nënshtrohen kontrollit të organizuar, të bazuar në popullatë, të mamografisë, nëse plotësohen kushtet e paracaktuara për zbatimin e programit. Në mjediset e kufizuara të burimeve me sisteme të dobëta shëndetësore, mamografia nuk është me kosto efektive dhe zbulimi i hershëm duhet të përqendrohet në uljen e fazës së diagnozës përmes përmirësimit të vetëdijes. Për gratë e moshës 40-49 vjeç ose 70-75 vjeç, OBSH rekomandon shqyrtimin sistematik të mamografisë në gratë e moshës 40-49 vjeç ose 70-75 vjeç vetëm në kontekstin e hulumtimeve rigorozë dhe në mjediset e burimeve të mira.

Provimi Klinik i Gjirit (CBE): është një ekzaminim i të dy gjinjve i kryer nga një profesionist shëndetësor i trajnuar. CBE duket të jetë një qasje premtuese për cilësimet

e burimeve të ulëta dhe mund të zbatohet në varësi të provave nga studimet e vazhdueshme.

Meqenëse depistimi kërkon investime të konsiderueshme dhe mbart kosto të konsiderueshme të mundshme personale dhe financiare, vendimi për të vazhduar me shqyrtimin duhet të ndiqet vetëm pasi (1) shërbimet themelore të shëndetit të gjirit, duke përfshirë diagnozën efektive dhe trajtimin në kohë të jenë në dispozicion për një grup të tërë të synuar; (2) efektiviteti i tij është demonstruar në rajon; dhe (3) burimet janë në dispozicion për të mbështetur programin dhe për të ruajtur cilësinë^[3].

Kanceri i gjirit zakonisht diagnostikohet në stadi të avancuar. Ka fakte që dëshmojnë se depistimi me mamografi në vendet me të ardhura të larta mund të reduktojë vdekshmërinë nga kanceri i gjirit. Gjithsesi për të arritur këtë është thelbësor të sigurohemi para fillimit të programit të depistimit se ekzistojnë kapacitetet e nevojshme, fondet dhe infrastruktura për trajtim. Është vërejtur se trajtimi i kancerit të gjirit në stadi të hershëm është një strategji shumë kostofektive. Një program masiv depistimi me mamografi dhe trajtimi përkatës i kancereve të zbuluara është gjithashtu kostoeftiv, por në vendet me të ardhura të ulëta dhe sidomos me incidence të ulëta të vështirë se mund të keshillohet për zbatim në praktike për arsye të kostove shumë të larta.^[5] Kontrollimi i kancerit të gjirit me mamografi

Depistimi me mamografi përdor imazhe me rreze X për të gjetur kancerin e gjirit para se të ndihet një gungë. Qëllimi është të trajtohet kanceri më herët, kur një kurë ka më shumë të ngjarë. Rishikimi përfshin shtatë prova që përfshinin 600,000 gra në rang moshe 39 deri 74 vjeç, të cilat u caktuan rastësisht për të marrë mamografitë e depistimit ose jo. Studimet që siguruan informacionin më të besueshëm treguan se depistimi nuk uli vdekshmërinë nga kanceri i gjirit. Studimet që ishin potencialisht më të njëanshme (më pak të bëra me kujdes) zbuluan se depistimi uli vdekshmërinë nga kanceri i gjirit. Sidoqoftë, depistimi do të rezultojë që disa gra të marrin një diagnozë të kancerit edhe pse kanceri i tyre nuk do të kishte çuar në vdekje ose sëmundje. Aktualisht, nuk është e mundur të thuhet se cilat gra janë këto, dhe për këtë arsye ka të ngjarë që të hiqen gjinjtë ose gunga dhe të marrin radioterapi të panevojshme. Nëse supozojmë se depistimi zvogëlon vdekshmërinë nga kanceri i gjirit me 15% pas 13 vjet ndjekje dhe se diagnoza e tepërt dhe trajtimi i tepërt është në 30%, kjo do të thotë që për çdo 2000 gra të ftuara për shqyrtim gjatë 10 viteve, një do të shmangë vdekjen nga kanceri i gjirit dhe 10 gra të shëndetshme, të cilat nuk do të ishin diagnostikuar nëse nuk do të kishte qenë në depistim, do të trajtohen pa nevojë. Për më tepër, më shumë se 200 gra do të përjetojnë shqetësime të rëndësishme psikologjike duke përfshirë ankthin dhe pasigurinë për vite për shkak të gjetjeve të rreme pozitive.^[13]

Gratë e ftuara për depistim duhet të informohen plotësisht për përfitimet dhe dëmet. Për të siguruar që kërkesat për zgjedhje të informuar për gratë që mendojnë të marrin pjesë ose jo në një program shqyrtimi mund të plotësohen, ne kemi shkruar një broshurë të bazuar në dëshmi për njerëzit laikë që është në dispozicion në disa gjuhë në www.cochrane.dk. Për shkak të përparimeve të konsiderueshme në trajtim dhe ndërgjegjësimin më të madh për kancerin e gjirit që nga kryerja e provave, ka të ngjarë që efekti absolut i depistimit sot të jetë më i vogël se në provat. Studimet e fundit vëzhguese tregojnë më shumë diagnostikim të tepërt se sa në prova dhe shumë pak ose aspak ulje të incidencës së kancerit të avancuar me depistimin^[13]

▪ Kur duhet të fillojmë kontrollimin e mamografive

Një numër studimesh të mëdha, duke përfshirë një rishikim nga Task Forca e Shërbimeve Parandaluese të Sh.B.A-së në 2009 dhe një studim mbi shkaqet e vdekjes në Mbretërinë e Bashkuar në 2013, kanë vënë në dyshim vlerën e mamografive të shqyrtimit dhe kanë ndezur debatin kur duhet të fillojë mamografia e shqyrtimit.

Ekspertët e shëndetit publik që vënë në dyshim vlerën e mamografive të depistimit thonë se ndërsa mamografitë shpëtojnë jetë, për çdo vdekje të parandaluar nga kanceri i gjirit, diagnostikohen tre deri në katër gra. Overdiagnosis do të thotë:

- një mamografi depistuese gjen një zonë të dyshimtë që do të ishte diagnostikuar përfundimisht si kancer me mjete të tjera, pa ndonjë efekt në prognozë
- një mamografi depistuese gjen një zonë të dyshimtë që kurrë nuk do të kishte ndikuar në shëndetin e një gruaje nëse nuk do të ishte gjetur ose trajtuar

Rezultatet false-pozitive nga mamografitë e depistimit gjithashtu kanë ndihmuar në nxitjen e debatit rreth vlerës së shqyrtimit të kancerit të gjirit dhe kur duhet të fillojë. Kur një mamografi tregon një zonë anormale që duket si një kancer, por rezulton të jetë normale, quhet pozitiv i rremë. Në fund të fundit lajmi është i mirë: nuk ka kancer të gjirit. Por zona e dyshimtë zakonisht kërkon ndjekje me më shumë se një mjek, teste shtesë dhe procedura shtesë, përfshirë një biopsi të mundshme. Ka kosto psikologjike, fizike dhe ekonomike që vijnë me një pozitiv të rremë.^[18]

Studimet bënë që një numër organizatash të rishikonin rekomandimet e tyre për shqyrtimin e kancerit të gjirit për gratë me rrezik mesatar të kancerit të gjirit. Rekomandimet janë të gjitha paksa të ndryshme, kështu që shumë gra nuk janë të sigurta se kur duhet të fillojnë shqyrtimin e mamografive. Këtu janë rekomandimet aktuale që nga gushti i vitit 2020:^[18]

Shoqata Amerikane e Kirurgëve të Gjirit thotë:

- Të gjitha gratë e moshës 25 vjeç e lart duhet të kenë një vlerësim zyrtar të rrezikut për kancerin e gjirit.
- Gratë me një rrezik mesatar të kancerit të gjirit duhet të fillojnë mamografitë vjetore të depistimit në moshën 40 vjeç.
- Gratë me një rrezik më të lartë se mesatarja e kancerit të gjirit duhet të fillojnë mamografitë vjetore të depistimit në një moshë më të hershme dhe duhet t'u ofrohet imazhe shtesë çdo vit.

Shoqata Amerikane e Kancerit thotë:

- Gratë nga mosha 40 deri në 44 vjeç duhet të kenë zgjedhjen për të filluar depistimin vjetor të kancerit të gjirit me mamografi nëse dëshirojnë ta bëjnë këtë.
- Gratë nga mosha 45 deri 54 vjeç duhet të bëjnë mamografinë çdo vit.
- Gratë e moshës 55 vjeç e lart duhet të kalojnë në mamografi çdo 2 vjet, ose mund të vazhdojnë shqyrtimin vjetor^[18].

Kontrolli duhet të vazhdojë për sa kohë që një grua është në gjendje të mirë shëndetësore dhe pritet të jetojë 10 vjet më shumë ose më gjatë.

Të gjitha gratë duhet të jenë të njohura me përfitimet e njohura, kufizimet dhe dëmet e mundshme që lidhen me shqyrtimin e kancerit të gjirit.

Task Forca e Shërbimeve Parandaluese të SHBA thotë:

- Gratë e moshës 50 deri 74 vjeç duhet të bëjnë mamografinë e depistimit çdo 2 vjet. Vendimi për të filluar kontrollimin e mamografisë në gratë më të reja se 50 vjeç duhet të jetë individual. Gratë që i kushtojnë një vlerë më të lartë përfitimit të mundshëm se sa dëmet e mundshme, mund të zgjedhin të fillojnë shqyrtimin çdo vit tjetër midis moshave 40 dhe 49 vjeç^[18].

4.5 FAKTORË RREZIKU PER KANCERIN E GJIRIT

Faktore risku te pandryshueshem

- Gjinia
- Megjithese kanceri i gjirit mund te verehet edhe tek burrat (100 here me rralle se tek grate), fakti i te qenit femer eshte determinanti kryesor qe rrit mundesite per kancer gjiri. Gjiri i femrave eshte vazhdimisht nen efektin e hormoneve femerore si estrogeni dhe progesteroni dhe ky duhet te jete faktori kryesor i riskut.
- Mosha mbi 50 vjeç .Risku per te pasur kancer gjiri rritet me rritjen e moshes. Rreth 1 ne 8 kancere invazive te gjirit ne SHBA jane verejtur tek grate nen 45 vjec, nderkohe qe 2 ne 3 kancere te tilla gjenden ne grate mbi 55 vjec. Nje ide tjeter per rritjen e riskut me moshen e jep fakti i meposhtem; ne Kanada 1 ne 390 gra te moshes 35 vjec ka per tu diagnostikuar me kancer ne pese vitet e ardheshme, nderkohe qe per grate e moshes 60 vjec mundesia per tu diagnostikuar me kancer ne pese vitet e ardheshme eshte 1 ne 80.
- Pasja e një kanceri gjiri më pare;
- Histori familjare të kancerit të gjirit (veçanërisht me nënën, motrën ose vajzën) të diagnostikuara përpara menopauses;
- Ndryshimet gjenetike prezente me genet BRCA1 ose BRCA2; Rreth 5% deri ne 10% e kancereve te gjirit mendohet te jene te trasheguar nga nje familjar si pasoje e nje defekti gjenetik. Shkaku me i shpeshte hereditar apo i trasheguar eshte nje mutacion ne gjenet BRCA1 dhe BRCA2. Ne qelizat normale keto gjene parandalojne kancerin duke ndihmuar ne prodhimin e proteinave specifike qe ndihmojne qelizat te mos rriten ne menyre anormale. Ne disa familje me mutacione BRCA risku i hasjes se kancerit te gjirit mund te jete deri ne 80%.
- Histori familjare me kancer të ovarit. Grate te afermit e afert te gjakut te te cilave kane pasur kancer gjiri, kane nje risk me te larte se popullata e pergjitheshme. Risku i gruas pothuaj dyfishohet ne rastet kur nena apo motra ka pasur kancer gjiri.
- Femrat që nuk kanë lindur fëmijë ose lindjen e parë e kanë bërë në moshë më tëmadhe se 30 vjeç;
- Menstruacione në moshë shumë të hershme, para 12 vjeç;
- Menopauzë pas moshës 50 vjeç;
- Përdorimi i mjekimit me hormone (estrogjen + progesteron) për një kohë të gjatë, më shumë se 5 vite;
- Densitet të shtuar të indeve të gjirit (e dukshme në një mamogram);
- Një histori e një biopsie gjiri që tregon një numër të rritur të qelizave jonormale që nuk janë kanceroze (hiperplazi atipike);
- Faktoret e riskut te lidhur me stilin e jeteses
- Trajtimi me rreze të sipërfaqes së gjirit, veçanërisht para moshës 30-vjeçare, p.sh., trajtimi i limfomave Hodgkin;
- Mbipesha dhe obeziteti, sidomos në menopauzë. Rritja e riskut per kancer gjiri nga mbipesha eshte sidomos e dukshme pas menopauses. Mesa duket shpjegimi duhet te jete fakti se shumica e estrogenit pas menopauses vjen nga indi dhjamor (dhe jo nga vezoret). Eshte verejtur se dhjami i shtuar ne zonen e belit eshte me i rrezikshem se ai ne zonen e kembeve. Kontrolli i 17 dietes dhe aktiviteti fizik

mund të mbajne në kontroll depozitimin e indit dhjamor dhe mund të parandalojnë në këto mënyra një përqindje të kancerëve të gjirit.

- Përdorimi i alkoolit. Konsumi i alkoolit është parë të jetë i lidhur qartë me rritjen e rritur për kancerin gjiri dhe rritja e riskut ndjek volumin e alkoolit të konsumuar. Një gotë në ditë nuk e rrit në mënyra statistikisht të rëndësishme rritjen, por ato që pijnë 2-5 gota në ditë e kanë rritjen 50% më të lartë. Të mos harrojmë alkoolin i tepruar rrit rritjen edhe për kanceret e tjera si i gojës fytyrës, ezofagut dhe heparit.
- Duhanpirja. Nuk ka të dhëna konkluzive për një lidhje mes duhanit dhe kancerit të gjirit. Disa studime kanë gjetur lidhje por ende kjo kundërshtohet nga studime të tjera. Ministria e shëndetësisë e SHBA në 2006 konkludonte se ka të dhëna jo të mjaftueshme në këto fusha.
- Marrja e kontraceptivëve nga goja e pakontrolluar nga mjeku; Kontraceptivet orale e rrisin pak rritjen por me kalimin e kohës rritja normalizohet pas ndërprerjes së përdorimit (pas 10 vitesh)
- Dieta dhe ushqimet e pasura me yndyrna shtazore;
- Moskryerja e aktivitetit fizik.^[6]

▪ **Probleme beninje të gjirit**

Grate e diagnostikuara me probleme beninje të gjirit mund të kenë një rritje me të rritur për kancerin gjiri. Disa prej tyre kanë rritje shumë të ulët se të tjerat. Tre kategoritë e mëposhtme ndihmojnë për të identifikuar problemet me rritje më të lartë; Lezionet joproliferative. Këto nuk shqyrohen me rritje të tepruar të indit të gjirit dhe ato nuk kanë rritje për kancer ose e kanë atë shumë të ulët. Këtu përfshihen:

- Semundja fibrocistike (fibroza ose kiste)
- Hiperplazia e lehtë
- Adenoza (jo sklerozuese)
- Fibroadenoma e thjeshtë
- Tumori Phyllodes (beninj)
- Një papillomë e vetme
- Nekroza e dhjamit • Mastiti
- Duct ektazia
- Tumore të tjera beninje (lipoma, hamartoma, hemangioma, neurofibroma)^[5].

4.6 STADET E KANCERIT TË GJIRIT

- Stadi 0
Kanceri nuk është përhapur përtej kanalit apo duktusit të gjirit. Kemi Karcinomën tubulare/ duktale in situ (DCIS) ose jo të përhapur.
- Stadi I.
Kanceri nuk është përhapur përtej kanalit apo duktusit të gjirit. Kemi Karcinomën tubulare/ duktale in situ (DCIS) ose jo të përhapur. Kanceri është 2 cm ose më pak por nuk gjendet në nyjet limfatike të sjetullës apo jashtë gjirit.
- Stadi II A
Kanceri është 2 cm ose pak më pak dhe janë prekur 1 deri 3 nga nyjet limfatike të sjetullës dhe / ose në nyjet limfatike të brendshme të gjendrave të qumështit, OSE kanceri është mes 2 dhe 5 cm dhe nuk është gjetur në nyjet limfatike.

- Stadi II B .
Kanceri është midis 2 dhe 5 cm dhe janë prekur 1 deri 3 nga nyjet limfatike të sjetullës dhe / ose nyjet limfatike të brendshme të gjendrave të qumështit ,OSE tumori është 5 cm apo pak më shumë dhe nuk është gjetur në nyjet limfatike.
- Stadi III A
kanceri është 5 cm ose pak më shumë dhe preken në 4 deri 9 nyje limfatike të sjetullës apo në nyjet limfatike të brendshme të gjendrave të qumështit, apo kanceri është 5 cm ose më shumë dhe është gjetur në 1 deri 9 nyjet limfatike të sjetullës apo në nyjet limfatike të brendshme të gjendrave të qumështit
- Stadi III B.
Kanceri është rritur,ka prekur murin e gjoksit apo dhe lëkurën. Gjenden ose jo në nyjet limfatike të sjetullës ose në nyjet limfatike të brendshme të gjendrave të qumështit.
- Stadi III C
Kanceri mund të jetë i çdo madhësie dhe gjenden të prekura 10 apo më shumë nyje limfatike të sjetullës, apo preken si nyjet limfatike të sjetullës edhe nyjet limfatike të brendshme të gjendrave të qumështit, ose kanceri ka prekur edhe nyjet limfatike nën klavikulën ose mbi klavikulën
- Stadi IV
Kanceri mund të jetë i çdo madhësie dhe gjendet përtej zonës së gjirit në shumë pjesë të largëta të trupit, të tilla si kockat,mushkrite ose truri .^[7]

4.7 TRAJTIMI I KANCERIT TE GJIRIT

Kanceri i gjirit trajtohet në disa mënyra. Varet nga lloji i kancerit të gjirit dhe sa është përhapur. Njerëzit me kancer të gjirit shpesh marrin më shumë se një lloj trajtimi.

Kirurgjia.

Ka dy tipe kryesore kirurgjie për kancerin e gjirit:

- Kirurgji me ruajtje të gjirit apo konservative (e mastektomi e pjesëshme/heqje e pjesëshme e gjirit)
- Mastektomia-Heqja totale e gjirit
Kirurgjia për ruajtjen e gjirit varion nga një lumpektomi ose një prerje e gjerë lokale, ku hiqet tumori dhe pak ind përreth gjirit, në një mastektomi të pjesshme ose kuadrantektomi, ku hiqet deri në një të katërtën e gjirit.
Nëse keni një operacion për ruajtjen e gjirit, sasia e indit të gjirit që hiqet do të varet nga:
 - llojin e kancerit që keni
 - madhësia e tumorit dhe ku është në gjirin tuaj
 - sasia e indeve përreth që duhet të hiqen
 - madhësia e gjinjve tuaj
 Kirurgu juaj do të heqë gjithmonë një zonë të indeve të shëndetshme të gjirit rreth tumorit, e cila do të testohet për gjurmë të kancerit.
Nëse nuk ka kancer të pranishëm në indet e shëndetshme, ka më pak mundësi që kanceri të kthehet.
Nëse qelizat e kancerit gjenden në indet përreth, më shumë ind mund të duhet të hiqet nga gjiri juaj.

Pas kryerjes së operacionit për ruajtjen e gjirit, zakonisht do t'ju ofrohet radioterapi për të shkatërruar qelizat e kancerit të mbetura^[9].

- Mastektomia është heqja e të gjitha indeve të gjirit, duke përfshirë edhe thithin. Nëse nuk ka shenja të dukshme që kanceri është përhapur në nyjet limfatike, ju mund të bëni një mastektomi, ku gjoksi juaj është hequr, së bashku me një biopsi të nyjeve limfatike roje. Nëse kanceri është përhapur në nyjet tuaja limfatike, ndoshta do të keni nevojë për heqje (pastrim) më të gjerë të nyjeve limfatike nga zona nën krahun tuaj (axilla)[9].

Radioterapia

Radioterapia përdor doza të kontrolluara rrezatimi për të vrarë qelizat kancerogjene. Zakonisht jepet pas operacionit dhe kimioterapisë për të vrarë qelizat e kancerit të mbetura. Nëse keni nevojë për radioterapi, trajtimi juaj do të fillojë rreth një muaj pas operacionit ose kimioterapisë për t'i dhënë trupit tuaj një shans të rimëkëmbet. Ju me siguri do të keni seanca radioterapie 3 deri në 5 ditë në javë, për 3 deri në 5 javë. Çdo seancë do të zgjasë disa minuta.

Llojet e radioterapisë do të varet nga lloji i kancerit të gjirit dhe lloji i operacionit që bëni. Disa gra mund të mos kenë nevojë fare për radioterapi.

Llojet e radioterapisë përfshijnë:

- radioterapia e gjirit - pas operacionit për ruajtjen e gjirit, rrezatimi aplikohet në tërë indin e gjirit të mbetur
- radioterapia në murin e gjoksit - pas një mastektomi, radioterapia aplikohet në murin e gjoksit
- rritja e gjirit - disa grave mund t'u ofrohet një nxitje e radioterapisë me doza të larta në zonën ku u hoq kanceri; megjithatë, kjo mund të ndikojë në pamjen e gjirit tuaj, veçanërisht nëse keni gjinj të mëdhenj, dhe nganjëherë mund të ketë efekte të tjera anësore, duke përfshirë forcimin e indit të gjirit (fibrozë)
- radioterapia në nyjet limfatike - ku radioterapia synon sqetullën (axilla) dhe zonën përreth për të vrarë çdo kancer që mund të jetë në nyjet limfatike

Kimioterapia

Kimioterapia përfshin përdorimin e ilaçeve kundër kancerit (citotoksike) për të vrarë qelizat kancerogjene. Zakonisht përdoret pas operacionit për të shkatërruar çdo qelizë kancerogjene që nuk është hequr. Kjo quhet kimioterapi ndihmëse. Në disa raste, ju mund të keni kimioterapi para operacionit, e cila shpesh përdoret për të zvogëluar një tumor të madh. Kjo quhet kimioterapi neo-ndihmëse. Disa ilaçe të ndryshëm përdoren në kimioterapi dhe 2 deri në 3 shpesh jepen menjëherë. Zgjedhja e ilaçit dhe kombinimi do të varet nga lloji i kancerit të gjirit që keni dhe sa është përhapur. Kimioterapia zakonisht jepet si një trajtim ambulator, që do të thotë që ju nuk do të duhet të qëndroni në spital brenda natës. Ilaçet zakonisht jepen përmes pikimit direkt në venë. Në disa raste, mund t'ju jepen tableta që mund t'i merrni në shtëpi. Ju mund të keni seanca kimioterapie një herë në 2 deri në 4 javë dhe më pas të bëni një pushim. Çdo seancë trajtimi njihet si një cikël. Mund të keni deri në 8 cikle të kimioterapisë. Efektet anësore kryesore të kimioterapisë shkaktohen nga ndikimi i saj në qelizat normale, të shëndetshme, siç janë qelizat imune^[9].

Terapia hormonale

Blokon qelizat kancerogjene nga marrja e hormoneve që u duhen për t'u rritur. Terapia hormonale mund të quhet edhe trajtim anti-hormonal. Mendoni se është e kundërta e terapisë së zëvendësimit të hormoneve (HRT). Nëse testet e patologjisë tregojnë se tumori në gjirin tuaj ka receptorë hormonalë (referuar në raportin e patologjisë si receptor pozitiv i estrogenit dhe / ose receptor progesteron pozitiv), atëherë terapia hormonale mund të rekomandohet për ju pas përfundimit të trajtimit tuaj akut (kirurgji, kimioterapia dhe rrezatimi).

Terapia hormonale i mban qelizat e kancerit të gjirit të mos marrin ose të përdorin hormonet natyrale femërore në trupin tuaj (estrogenin dhe progesteronin) të cilat u duhen për tu rritur. Terapia hormonale gjithashtu bllok aftësinë e qelizave të gjirit të shëndetit për të marrë hormone që mund të stimulojnë qelizat e kancerit të gjirit të rriten përsëri në formën e përsëritjes së kancerit të gjirit brenda gjirit ose diku tjetër në trup^[14].

Terapia biologjike

Punon me sistemin imunitar të trupit tuaj për ta ndihmuar atë të luftojë qelizat e kancerit ose për të kontrolluar efektet anësore nga trajtimet e tjera të kancerit. Mjekë nga specialitete të ndryshme shpesh punojnë së bashku për të trajtuar kancerin e gjirit. Kirurgët janë mjekë që kryejnë operacione. Onkologët mjekësorë janë mjekë që trajtojnë kancerin me ilaçe. Onkologët e rrezatimit janë mjekë që trajtojnë kancerin me rrezatim.

▪ Komplikacionet e kancerit të gjirit

Janë studiuar ndërlikimet pas operacionit dhe terapisë rrezatuese postoperative në menaxhimin e axilla në 187 pacientë me kancer primar të gjirit të trajtuar midis 1978 dhe 1982. Megjithëse nuk mund të dallohej asnjë ndryshim në shkallën e ndërlikimeve midis tre orareve të ndryshëm të rrezatimit postoperativ të përdorur, ekzistonte një korrelacion i fortë dhe pozitiv midis shkallës së ndërlikimeve dhe shtrirjes në rritje të ndërhyrjes kirurgjikale. Kur grupet u ndanë sipas shkallës së operacionit të kryer, nuk u vunë re asnjë ndryshim në normat rajonale të përsëritjes, por nivelet e ndërlikimeve (të përcaktuara si limfoedemë e rëndësishme e krahut dhe / ose kufizim i lëvizjeve të shpatullave) ishin dukshëm të ndryshme ($p < 0.001$) në 30 muaj ndërmjet atyre që nuk kishin ndërhyrje kirurgjikale (25%), atyre që kishin kryer 'marrjen e mostrave' (50%) dhe atyre që kishin kryer diseksionin zyrtar (84%^[10]).

4.8 ROLI I EDUKIMIT SHËNDETËSOR PËR KANCERIN E GJIRIT NË NJOHURITË, QËNDRIMET DHE PRAKTIKËN

Studimet tregojnë se gratë në Kinë nuk po kryejnë shpesh praktika parandalimi të kancerit të gjirit. Kjo supozohet të jetë për shkak të mungesës së njohurive dhe / ose mungesës së udhëzimeve të personalizuara. Ky studim ishte për të eksploruar efektin e edukimit shëndetësor të kancerit të gjirit në njohuritë dhe qëndrimet e grave mbi kancerin e gjirit dhe vetë-ekzaminimin e gjirit, sjellje në lidhje me vetë-ekzaminimin e gjirit midis grave që jetojnë në zonën e pellgut të një qendre shëndetësore të komunitetit. Një vlerësim paraprak dhe posttest i një seance 1-orëshe të edukimit shëndetësor u krye me 38 pjesëmarrës. Një kujtesë telefonike dhe pyetësorët u administruan në 1 dhe 3 muaj pas arsimit. Tre instrumente janë administruar në çdo

kontakt për të vlerësuar njohuritë dhe qëndrimet mbi kancerin e gjirit dhe sjelljen në lidhje me vetë-ekzaminimin e gjirit dhe saktësinë e vetë-ekzaminimit të gjirit para arsimit, ndjekjet 1 dhe 3-mujore pas arsimit. Gjetjet treguan incidencën e vetë-ekzaminimit dhe rezultatet mbi saktësinë e praktikës së vetë-ekzaminimit të gjirit u rritën ndjeshëm menjëherë pas ndërhyrjes dhe në ndjekjet 1- dhe 3-mujore. Për më tepër, rezultatet e besimit shëndetësor në lidhje me përfitimet e perceptuara, kompetencën e perceptuar dhe seriozitetin e perceptuar u përmirësuan ndjeshëm. Gjetjet aktuale nënkuptojnë ndërhyrjen e bazuar në komunitet mund të përdoret për të mësuar gratë në lidhje me njohuritë e përgjithshme të kancerit të gjirit dhe si të kryejnë vetë-ekzaminimin e gjirit në mënyrë korrekte, veçanërisht për gratë që kanë mungesë të informacionit të tillë^[11]

Projekti Ruaji Motrat Tona bazohet në rolet e 95 "ndihmësve natyrorë" për të rritur kontrollimin e mamografisë midis grave më të vjetra Afrikanë-Amerikane në një qark të NC. Ndihmësit natyralë janë njerëz laikë tek të cilët të tjerët natyrshëm drejtohen për këshilla, mbështetje emocionale dhe ndihmë të prekshme. Gjetjet nga 14 intervista në fokus grupe treguan se gratë e moshuara kërkojnë këta individë kur kanë një shqetësim specifik për femrat, në vend se ose para se të kërkojnë ndihmë nga profesionistët. Karakteristikat e ndihmësve natyrorë, të zbuluara në gjetjet, u përdorën për të identifikuar dhe rekrutuar ata për t'u bërë këshilltarë laikë të trajnuar në edukimin e kancerit të gjirit. Përmes Projektit SOS, ndihmësit natyrorë ofrojnë një sistem të kujdesit dhe mbështetjes sociale të bazuar në komunitet që plotëson rolin më të specializuar të profesionistëve shëndetësorë; duke i lidhur ato me gratë përmes vendeve dhe mënyrave që asnjë profesionist i shëndetësisë nuk mund të fillojë t'i fitojë. Të tre rolet e këshilltarëve shëndetësorë portë janë: (1) të ndihmojnë individët në rrjetet e tyre sociale me nevoja të vështira për t'u adresuar nga profesionistët; (2) për të negociuar me profesionistë për mbështetje nga sistemi shëndetësor; dhe (3) për të mobilizuar burimet e shoqatave në komunitetin e tyre për të mbështetur mbështetjen nga sistemi shëndetësor^[12].

- **Kultura si një ndikim në shqyrtimin dhe zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit**

Kërkimet duket se drejtohen më shumë në zbulimin e ndryshimeve kulturore sesa në identifikimin e ngjashmërive se si kultura ndikon në shqyrtimin dhe zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit. Ndikimet e varfërisë dhe mungesa e mundësive arsimore përbëjnë pjesën më të madhe të asaj që quhet ndryshim kulturor.^[15]

4.9 IMPLIKIMET PËR PRAKTIKËN INFERMIERORE

Përmirësimi i praktikës përmes një kuptimi të informuar të kulturës kërkon një vetë-arsimim të konsiderueshëm dhe një përsosje themelore të ofrimit të kujdesit^[15]. Infermierët janë në kontakt me pacientët që kanë kancer të gjirit në të gjitha fazat e sëmundjes dhe trajtimit, sepse ato takohen me gratë në spital, në klinikën ambulatorë dhe në shtëpitë e tyre. Ato luajnë një rol të rëndësishëm në plotësimin e nevojave të këtyre grave. Diskutohen mënyrat e përmirësimit të praktikës infermierore në faza të ndryshme të sëmundjes, nga faza e para trajtimit te vlerësimi pasues i trajtimit pas trajtimit, dhe bëhen sugjerime konkrete. Ky artikull adreson nevojën e grave për informacion të duhur dhe për mbështetje sociale dhe emocionale.^[16]

- **Nevojat psikosociale të grave me kancer të gjirit**

Shumica e grave përjetojnë të paktën disa shqetësime psikosociale gjatë diagnozës dhe trajtimit të kancerit të gjirit. Niveli i shqetësimit ndryshon nga një grua në tjetrën dhe, brenda një individi, gjatë diagnozës dhe trajtimit. Ankthi i lidhur me kancerin mund të pritët të shpërndahet me kohën për shumicën e individëve të diagnostikuar me kancer. Për të tjerët, megjithatë, një shqetësim i tillë mund të ndërhyjë thelbësisht në komoditetin, cilësinë e jetës dhe aftësinë për të marrë vendime të përshtatshme për trajtimin dhe t'i përmbahen trajtimit. Shqetësimi psikosocial mund të lidhet me probleme fizike si sëmundje ose paaftësi, probleme psikologjike dhe çështje familjare dhe shqetësime sociale siç janë ato që lidhen me punësimin, sigurimin dhe aksesin në përkrahjen e kujdesit. Frekuenca dhe modelet e shqetësimit psikosocial që ndodhin në mesin e grave me kancer të gjirit varen shumë nga shqetësimet që përfshihen në përkufizimin operacional të shqetësimit dhe si matet. Sidoqoftë, shumica e literaturës mbi aspektet psikosociale të kancerit të gjirit sugjeron që shumica dërrmuese e grave përshtaten mirë me diagnozën e kancerit të gjirit dhe menaxhojnë trajtimet komplekse dhe ndonjëherë agresive që lidhen me trajtimin primar dhe sëmundjen e përsëritur . Studimet e fundit që kanë ekzaminuar cilësinë e jetës dhe depresionin midis të mbijetuarve të kancerit të gjirit pa sëmundje duke përdorur instrumente të standardizuara me norma të disponueshme nga popullata e përgjithshme sugjerojnë nivele të larta të funksionimit në vitet e hershme dhe të mëvonshme pas trajtimit primar. Edhe për gratë me përsëritje të kancerit të gjirit, mirëqenia psikologjike shpesh ruhet. Për një pakicë të grave megjithatë, një diagnozë e kancerit të gjirit kontribuon në shqetësime të rëndësishme psikosociale që mund të ndërhyjnë në funksionimin dhe mirëqenien.

▪ **Nevojat psikosociale të grave sipas fazës së kujdesit**

Disa nga shqetësimet më të zakonshme psikosociale të raportuara nga gratë me kancer të gjirit përfshijnë:

- Frika nga përsëritja,
- Simptoma fizike si lodhje, probleme me gjumin ose dhimbje,
- Prishja e imazhit trupor,
- Mosfunksionim seksual,
- Ankthet e lidhura me trajtimin,
- Mendime ndërhyrëse për sëmundjen / ankthin e vazhdueshëm,
- Komunikimi martesor / partner,
- Ndjenjat e cenueshmërisë, dhe
- Shqetësime ekzistenciale² në lidhje me vdekshmërinë.^[17]

4.10 ROLI I INFERMIERIT NË PARANDALIMIN DHE DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM TË KANCERIT TË GJIRIT

Kolegji Mbretëror i Infermierisë i Mbretërisë së Bashkuar po inkurajon në mënyrë aktive të gjithë infermierët që të promovojnë vetëdijen e gjirit së bashku me udhëzime të qarta për ta bërë këtë. Plani Kombëtar i Kancerit të Shërbimit Shëndetësor të Mbretërisë së Bashkuar: një plan për investime, një plan për reformën, inkurajon kujdesin parandalues, dhënien e informacionit, komunikimin e mirë si dhe praktikën e bazuar në prova. Në kujdesin e gjirit kjo mund të zvogëlojë konfuzionin për gratë dhe të inkurajojë fuqizimin në promovimin e shëndetit të gjirit.^[32]

Ndërhyrja më e rëndësishme drejtuar gjirit

Sjelljet e diagnostikimit të hershëm të kancerit zakonisht trajnohen në çështje. Kështu, parandalimi i kancerit të gjirit tek gratë në fillim fazat do të bëhen vetëm duke informuar të gjitha gratë me trajnime të kujdesit shëndetësor dhe zbatimin e depistimit programeve. Është zbuluar në studimet e kryera duke përdorur modelin e besimit shëndetësor që individët zhvilluan sjelljet pozitive shëndetësore^[35].

Infermierët e shëndetit publik kontribuojnë në promovim të sjelljeve të diagnostikimit të hershëm duke siguruar trajnim dhe duke përdorur faktorët nxitës. Kështu, infermierët duhet ta dinë faktorët nxitës dhe t'i përdorin ato në praktikë ashtu siç janë individët kryesorë për të zhvilluar sjelljet e diagnostikimit të hershëm. Efekti i ndërhyrjeve të kryera në dy studime mbi përbërësit e Modelit të Besimit Shëndetësor (përfitimi i perceptuar, ndjeshmëria, pengesa, serioziteti) u vlerësua dhe u vu re se ndërhyrja të bëra nga infermierët u bënë efektive në përbërësit të modelit të besimit shëndetësor^[36].

Infermierët kanë një rol jetësor për të luajtur në inkurajimin e grave për t'u bërë më të vetëdijshme për gjoksin. Aktivitetet e tyre të promovimit të shëndetit në këtë fushë mund të kenë një ndikim të rëndësishëm në marrjen e iniciativave të shqyrtimit të gjirit^[37].

4.11 ROLI I INFERMIERIT NË RITJEN E PJESËMARRJES SË GRAVE NË KRYERJEN E MAMOGRAFISË

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësonte ndikimin e tre metodave të edukimit - individuale, individuale me një broshurë edukative për bashkëshortët dhe grupit - në pjesëmarrjen në shqyrtimin e kancerit të gjirit në Turqi. Një total prej 550 vizitash në shtëpi u bënë dhe 446 gra u intervistuan për të grumbulluar 327 gra për studimin, 26.7% e të cilave raportuan se kishin marrë një mamografi depistuese brenda 2 viteve të fundit. Pjesëmarrësit u ndanë në një nga tre grupet arsimore dhe pas seancës edukative, ata u ftuan të marrin pjesë në një program të shqyrtimit të kancerit të gjirit. Rezultatet treguan se vendimi për të bërë një mamografi depistuese u ndikua nga metoda e arsimit dhe rezultati i njohurive. Gratë, të cilat ishin të arsimuara, brenda një grupi shënuan rezultatet më të larta. Këto rezultate tregojnë se arsimi në grup është një metodë efektive për rritjen e njohurive për kancerin e gjirit dhe ndërgjegjësimin për shqyrtimin.^[38]

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësonte ndikimin e tre metodave të edukimit - individuale, individuale me një broshurë edukative për bashkëshortët dhe pjesëmarrjes së grupeve në shqyrtimin e kancerit të gjirit në Turqi. Një total prej 550 vizitash në shtëpi u bënë dhe 446 gra u intervistuan për të grumbulluar 327 gra për studimin, 26.7% e të cilave raportuan se kishin marrë një mamografi depistuese brenda 2 viteve të fundit. Pjesëmarrësit u ndanë në një nga tre grupet arsimore dhe pas seancës edukative, ata u ftuan të marrin pjesë në një program të shqyrtimit të kancerit të gjirit. Rezultatet treguan se vendimi për të bërë një mamografi depistuese u ndikua nga metoda e arsimit dhe rezultati i njohurive. Gratë, të cilat ishin të arsimuara, brenda një grupi shënuan rezultatet më të larta. Këto rezultate tregojnë se arsimi në grup është një metodë efektive për rritjen e njohurive për kancerin e gjirit dhe ndërgjegjësimin për shqyrtimin.^[39]

Në programet e kontrollit të kancerit të gjirit, zbulimi i hershëm

dhe depistimi është treguar të jenë masat më shpëtuese dhe me kosto efektive .Kanceri i gjirit udhëzimet e shqyrtimit aktualisht rekomandojnë që gratë ndërmjet moshave 50 deri 69 vjeç kanë një depistim mamografia dhe një ekzaminim klinik i gjirit .Programet e shqyrtimit të bazuara në komunitet duhet të kenë një qëllimi i shqyrtimit të një minimum prej 70% të grave kualifikohen për shqyrtim. Për shembull, 84.4% e gratë e kualifikuara në Finlandë dhe 82.1% në Holanda mbi moshën 50 vjeç u shqyrtua midis 2000 dhe 2009 si pjesë e bazuar në komunitet programet e shqyrtimit të kancerit . Sidoqoftë, në zhvillim vendet, shqyrtimi i kancerit të gjirit mund të jetë aq i ulët sa 5% [40]

5. PJESA STUDIMORE

5.1. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

Qëllimi i studimit

Vlerësimi i besimeve në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamografisë dhe roli i infermierit në rritjen e pjesëmarrjes

Objektivat specifike

- Të vlerësoj zbatimin e rregullave dhe hipotezat bazuar te pyetesori
- Vlerësimi i lidhjes midis ,vendbanimit dhe pjesëmarrjes së tyre në kryerjen e mamografisë
- 2. Vlerësimi i lidhjes midis moshës dhe njohurive për mamografin dhe egzaminimin
- 3. Vlerësimi i lidhjes midis besimeve moshës së grave gjendjes civile dhe pjesëmarrjes së tyre në kryerjen e mamografisë

HIPOTEZA ALTERNATIV:

1. Ekziston një lidhje midis ,vendbanimit dhe pjesëmarrjes së tyre në kryerjen e mamografisë
2. Ekziston një lidhje midis moshës dhe njohurive për mamografin dhe egzaminimin
3. Ekziston një lidhje midis besimeve, moshës së grave gjendjes civile dhe pjesëmarrjes së tyre në kryerjen e mamografisë

HIPOTEZA 0:

1. Nuk ka një lidhje midis besimeve moshës së grave gjendjes civile dhe pjesëmarrjes së tyre në kryerjen e mamografisë

5.2. METODOLOGJIA

5.3. LLOJI I STUDIMIT

Studimi do të jetë i tipit transversal . Të dhënat u mblodhën në periudhën Mars -Qershor 2020 ,në spitalin Rajonal Vlorë ,nëpërmjet pyetësorit standart anonim të hartuar bazuar në Modelin e Besimit në Shëndet ,të vetëadministruar .Në studim u përfshin 396 gra që u paraqitën për kryerjen e mamografisë në spital .

5.4. INSTRUMENTI I MBLEDHJES SE TË DHËNAVE

Instrumenti i mbledhjes se te dhenave për këtë studim përbëhej nga një pyetësor i vetëadministruar .Pyetësoni përbëhej nga :

- **23 pyetje të mbyllura**
- **1 pyetje të hapur**

5.5. ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE

Analiza statistikore përfshiu llogaritjen e frekuencave, përqindjeve, frekuencave kumulative. Gjithashtu u llogaritën mesataret dhe deviacioni standart. Përpunimi statistikor u bë me programin statistikor . Analiza statistikore u bë me programin statistikor Epi Info TM softëere version 7.1.3.10. Kjo analizë konsistoj në llogaritjen e mesatareve, frekuencës, përqindjeve, përqindjeve kumulative, deviacioni standart. dhe intervaleve të besimit.

5.6. KONSIDERATA ETIKE

Për të realizuar qëllimin e këtij studimi u siguroa leja etike nga Spitali Rajonal i Vlorës si dhe miratimi me gojë për pjesëmarrje në studim i cdo gruaje pas informimit për qëllimin e studimit. Edhe pse leja etike ishte përgatitur për mbledhjen e të dhenave në pacientet të cilat do te paraqiteshin në Spitalin Rajonal Vlorë per te kryer mamografine gjatë periudhës së kryerjes së studimit, pandemia e COVID-19 nuk e mundësoi realizimin e studimit në grup-popullatën e lartpërmendur. Duke iu përshtatur situatës, mbledhja e të dhënave u krye online duke respektuar të gjitha parimet etike dhe anonimat. (Aneksi 1dhe Aneksi 2)

5.7 KUFIZIMET E STUDIMIT

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësont besimet në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamaografisë dhe roli i nfermierit në rritjen e pjesëmarrje

Mostra e studimit dhe natyra e tij transversal e bëjnë këtë studim të ketë disa kufizime

- Së pari rezultatet nuk mund te përgjithësohen për te gjitha grat që kryejn mamografën
- Së dyti vetëraportimet bënë që përgjigjet mos të jenë plotësisht të vërteta
- Duhet të marrim parasysh si janë ndjerë gratë në momentin e plotësimit të pyetësorit dhe carë ato kanë referuar

Megjithatë , pavarësisht kufizimeve të tij ky studim mund të shërbej si një pikënisje për vlerësimin e Vlerësimi i besimeve në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamaografisë dhe roli i nfermierit në rritjen e pjesëmarrje

6. REZULTATET

Në studim u përfshinë 400 gra të cilat ishin paraqitur pranë spitalit rajonal vlorë për kryerjen e mamografisë dhe plotësuan pyetësoin .396 prej tyre kanë deklaruar moshën

Karakteristika socio-demografike te grave pjesëmarrëse ne studim N=396

Në tabelën 1 janë paraqitur karakteristika të moshës, 396 persona kanë deklaruar moshën. Mesatarja e moshës është 55.08 vjec, moshja më e vogël është 25 vjec dhe moshja më e madhe është 99 vjec. SD±10.9

Tabela 1. Karakteristika të moshës.

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Mosha	396	21812	55.0808	118.8188	10.9004	22	47	54.5	62.5	99	53

Në tabelën 2 janë paraqitur karakteristika të vendbanimit ,kemi 38.95% me vendbanimi fshatë dhe 61.05% me vendbanim në qytet

Tabela 2.Karakteristika te vendbanimit

Vendbanimi juaj	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Fshate	148	38.95%	38.95%	34.18%	43.94%
Qytete	232	61.05%	100.00%	56.06%	65.82%
TOTAL	380	100.00%	100.00%		

Në tabelën 3 janë paraqitur karakteristika gjendjes civile ,beqare/pamartuar 12.09% ,e martuar /bashkëjeton 64.99% dhe tjetër 22.92%.

Tabela 3.Karakteristika të gjendjes civile

Gjendja civile	Frekuenca	Perqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Beqare /e pamartuar	48	12.09%	12.09%	9.24%	15.67%
E martuar /bashkejeton	258	64.99%	77.08%	60.17%	69.52%
Tjeter	91	22.92%	100.00%	19.06%	27.30%
TOTAL	397	100.00%	100.00%		

Në tabelën 4 janë paraqitur niveli arsimor i grave pjesëmarrëse në studim ,arsim 8 vjecar 27.09% ,arsim i mesem 53.42% dhe arsim i lartë 19.49%

Tabela 4 .Kush eshte niveli juaj arsimor

Kush eshte niveli juaj arsimor	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Arsim 8 vjecar	107	27.09%	27.09%	22.94%	31.68%
Arsim i larte	77	19.49%	46.58%	15.89%	23.69%
Arsim i mesem	211	53.42%	100.00%	48.49%	58.28%
TOTAL	395	100.00%	100.00%		

Njohuri të grave në lidhje me mamografinë

Në tabelën 5 janë paraqitur mendimet e grave pjesëmarrëse se kur duhet të kryhet mamografia e parë .>50 vjec 38.89% , 40-49 vjec 60.86% dhe 40-49 vjec,>50vjec 0.25 %

Tabela 5.Në cfare moshe duhet të kryhet mamografia e parë .

Ne cfare moshe duhet te kryhet mamografia e pare ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95%UCL
>50 vjec	154	38.89%	38.89%	34.22%	43.78%
40-49 vjec	241	60.86%	99.75%	55.97%	65.54%
40-49 vjec, >50 vjec	1	0.25%	100.00%	0.04%	1.42%
TOTAL	396	100.00%	100.00%		

Ne tabelën 6 janë paraqitur përgjigjet e dhëna nga gratë nëse kishin kryer apo jo mamografi ndonjëherë ,jo 29.37% dhe po 70.63%

Tabela 6.A keni kryer ndonjëherë mamaografi

A keni kryer ndonjehere mamografi ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Jo	116	29.37%	29.37%	25.09%	34.04%
Po	279	70.63%	100.00%	65.96%	74.91%
TOTAL	395	100.00%	100.00%		

Në tabelën 7 janë paraqitur dhënat sa herë kanë kryer mamografi gratë pjesëmarrse në studim .>3 here 8.01% . 1 herë 54.01% dhe 2 herë 37.98%

Tabela 7.në qoftë se po sa herë

Ne qofte se po sa herë :	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
>3 herë	23	8.01%	8.01%	5.15%	11.78%
1 herë	155	54.01%	62.02%	48.05%	59.88%
2 herë	109	37.98%	100.00%	32.34%	43.87%
TOTAL	287	100.00%	100.00%		

Në tabelën 8 janë paraqitur përgjigjet nëse e kanë bërë mamografin me rekomandim të mjekut ose jo .19.72% jo dhe 80.28% po

Tabela 8 Me rekomandim të mjekut

Me rekomandim të mjekut	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Jo	57	19.72%	19.72%	15.29%	24.79%
Po	232	80.28%	100.00%	75.21%	84.71%
TOTAL	289	100.00%	100.00%		

Në tabelën 9 janë paraqitur përgjigjet se kush pagoi për mamografin . Falas 64.93% dhe kane paguar vetë 35.07%

Tabela 9 .Kush pagoi për mamografi

Kush pagoi per mamografin ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Falas	187	64.93%	64.93%	59.11%	70.44%
Vete	101	35.07%	100.00%	29.56%	40.89%
TOTAL	288	100.00%	100.00%		

Pyetje në lidhje me vështirësitë dhe faktorë të tjerë që ndikojnë në kryerjen e mamografisë

Në tabelën 10 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes sa e ka vështirësuar situata gjendjen tuaj . Nga kjo rezultoi se 43.81% e grave e kishin pak te veshire gjendjen e tyre per shkak të situatës 31.77% njësoj , dhe 24.41% shume

Tabela 10.Sa e ka vështiruar situata gjendjen tuaj

Sa e ka vështiruar situata gjendjen tuaj	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Njesoj	95	31.77%	31.77%	26.53%	37.38%
Pak	131	43.81%	75.59%	38.11%	49.64%
Shume	73	24.41%	100.00%	19.65%	29.69%
TOTAL	299	100.00%	100.00%		

Në tabelën 11 janë paraqitur pergjigjet nëse përbënte problem cmimi i mamografis ,34.86% referuan se nuk e kishin problem ,35.41% paksa problem dhe 29.73% shumë problem

Tabela 11. A përbën problem cmimimi mamografis

A perben problem cmimi i mamografis ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Jo problem	129	34.86%	34.86%	30.19%	39.85%
Paksa problem	131	35.41%	70.27%	30.71%	40.41%
Shume problem	110	29.73%	100.00%	25.30%	34.58%
TOTAL	370	100.00%	100.00%		

Në tabelën 12 janë paraqitur pergjigjet sa efikase e perceptojnë mamografinë ,Nga kjo rezultoi se 7.53% referuan si jo e saktë ,18.55%paksa e saktë dhe 73.92 % shumë e saktë .

Tabela 12 . Efekasiteti i perceptuar për mamografin

Efekasiteti i perceptura per mamografin :	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Jo e sakte	28	7.53%	7.53%	5.26%	10.66%
Paksa e sakte	69	18.55%	26.08%	14.93%	22.81%
Shume e sakte	275	73.92%	100.00%	69.23%	78.13%
TOTAL	372	100.00%	100.00%		

Në tabelën 13 janë paraqitur pergjigjet se sa të shqetësuar janë nëse zbulojnë se kanë kancer gjiri , nga kjo rezultoi se 7.20% janë jo të shqetësuar ,18.67% paksa e shqetësuar dhe 74.13% shumë e shqetësuar

Tabela 13.e shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri

E shqetesuar nese zbulon se ke kancer gjiri ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
-----------------------------------------------	-----------	-----------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Jo e shqetesuar	27	7.20%	7.20%	5.00%	10.27%
Paksa e shqetesuar	70	18.67%	25.87%	15.05%	22.92%
Shume e shqetesuar	278	74.13%	100.00%	69.47%	78.31%
TOTAL	375	100.00%	100.00%		

Në tabelën 14 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes lidhur me shqetësimin dhe bezdin ,turpin gjate ekzaminimit .Nga kjo rezultoi se 13.48 % nuk e kishin bezdi ,28.03 % paksa bezdi dhe 58.49 % shume bezdi

Tabela 14 .E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit

E shqetesuar ne lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjtë e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjtë e sipërmë të besimit 95% UCL
Jo e bezdisur	50	13.48%	13.48%	10.37%	17.33%
Paksa e bezdisur	104	28.03%	41.51%	23.70%	32.81%
Shume e bezdisur	217	58.49%	100.00%	53.41%	63.39%
TOTAL	371	100.00%	100.00%		

Në tabelën 15 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes rreth vështërsis për të siguruar klinikë për egzaminim .Nga kjo rezultoi se 39.89 % nuk kishinë vështërs ,32.35 % kishin paksa vështërsi dhe 27.76 % shumë vështërsi

Tabela 15 .vështërsi për të siguruar klinikë për egzaminim

Veshtersi per te siguruar klinike per egzaminim#	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	poshtme të besimit 95% LCL	sipërmë të besimit 95% UCL
Jo e veshtire	148	39.89%	39.89%	35.04%	44.95%
Paksa e veshtire	120	32.35%	72.24%	27.79%	37.27%
Shume e veshtire	103	27.76%	100.00%	23.45%	32.53%
TOTAL	371	100.00%	100.00%		

Në tabelën 16 janë paraqitur përgjigjet nëse kanë probleme për të gjetur kohë për egzaminim . Nga kjo rezultoi se 32.27 % nuk kishin problem ,40.80 % paksa problem dhe 26.93 % shume problem

Tabela 16 .Probleme për të gjetur kohë për egzaminim

Probleme per te gjetur kohe per egzaminim #	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjtë e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjtë e sipërmë të besimit 95% UCL
Jo problem	121	32.27%	32.27%	27.74%	37.16%
Paksa problem	153	40.80%	73.07%	35.94%	45.84%
Shume problem	101	26.93%	100.00%	22.69%	31.64%
TOTAL	375	100.00%	100.00%		

Rrezikshmeria e perceptuar per kancerin e gjirit#	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Jo e rrezikshme	24	6.42%	6.42%	4.35%	9.37%
Paksa e rrezikshme	87	23.26%	29.68%	19.27%	27.80%
Shume e rrezikshme	263	70.32%	100.00%	65.50%	74.73%
TOTAL	374	100.00%	100.00%		

Tabela 17 . Rrezikshmëria e perceptuar për kancerin e gjirit

Në tabelën 17 janë paraqitur mendimet e gave lidhur me rrezikshmërin e perceptuar për kancerin e gjirit . Nga kjo rezultoi se 6.42 % e perceptojnë s j të rrezikshme ,23.26 % paksa të rrezikshme dhe 70.32 % shumë të rrezikshme .

Tabela 18 . E shqetësuar në lidhje me dhimbjen

Në tabelën 18 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes e shqetësuar në lidhje me dhimbjen .Nga kjo rezultoi se 14.40 % nuk janë të shqetësuar ,30.38 % paksa të shqetësuar dhe 56.45 % shumë të shqetësuar .

E shqetesuar ne lidhej me dhimbjen	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit	Kufinjte e sipërme të besimit
Jo e shqetesuar	54	14.40%	14.40%	11.21%	18.31%
Paksa e shqetesuar	125	33.33%	47.73%	28.75%	38.25%
Shume e shqetesuar	196	52.27%	100.00%	47.21%	57.27%
TOTAL	375	100.00%	100.00%		

Në tabelën 19 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes e shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit , Nga kjo rezultoi se 13.17 %nuk ishin të shqetësuar ,30.38 % paksa të shqetësuar dhe 56.45 % shumë të shqetësuar .

Tabela 19 . e shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit

E shqetesuar ne lidhje me ekspozimi ndaj rrezatimit	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Jo e shqetesuar	49	13.17%	13.17%	10.11%	16.99%
Paksa e shqetesuar	113	30.38%	43.55%	25.92%	35.23%
Shume e shqetesuar	210	56.45%	100.00%	51.37%	61.40%
TOTAL	372	100.00%	100.00%		

Në tabelën 20 janë paraqitur përgjigjet lidhur me shpëstësin e vetëegzaminimit të gjirit, nga kjo rezultoi 1 here / muaj 55.88 % ,2-3 vite 21.93% dhe anjehere 22.19%

Tabela 20- Shpëstësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit

Shpëstësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit#	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinj të e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinj të e sipërme të besimit 95% UCL
1 here/muaj	209	55.88%	55.88%	50.82%	60.83%
2-3vite	82	21.93%	77.81%	18.03%	26.39%
Asnjehere	83	22.19%	100.00%	18.28%	26.67%
TOTAL	374	100.00%	100.00%		

Në tabelën 21 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes nëse janë të siguruara apo jo gratë pjesëmarrëse .Nga kjo rezultoi se 41.11 % nuk janë të siguruara dhe 58.89 % janë të siguruara

Tabela 21 . A keni sigurim shëndetësor

A ke sigurim shëndetësor ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinj të e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinj të e sipërme të besimit 95% UCL
Jo	155	41.11%	41.11%	36.26%	46.15%
Po	222	58.89%	100.00%	53.85%	63.74%
TOTAL	377	100.00%	100.00%		

Në tabelën 22 janë paraqitur përgjigjet lidhur me shtimin e frikës për shkak të shtyrjes së egzaminimit . Nga kjo rezultoi se 30.53 % nuk kishin shtim të frikës ,34.73 % pak dhe 34.73% shumë .

Tabela 22 . Sa është shtuar frika juaj për shkak të shtyrjes së egzaminimit

Sa është shtuar frika juaj për shkak të shtyrjes së egzaminimit	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinj të e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinj të e sipërme të besimit 95% UCL
Njesoj	109	30.53%	30.53%	25.98%	35.50%
Pak	124	34.73%	65.27%	29.98%	39.81%
Shume	124	34.73%	100.00%	29.98%	39.81%
TOTAL	357	100.00%	100.00%		

Në tabelën 23 janë paraqitur përgjigjet nëse ka historik familjar me kancer të gjirit .Nga kjo rezultoi se 71.05 % nuk kishin historikë dhe 28.95 % kishin historikë familjar me kancer të gjirit

Tabela 23. A keni historik familjar me kancer të gjirit (te afërt ose të largët)

A ke historik familjar me kancer te gjirit ?(te afert ose te largët	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	Kufinjte e poshtme të besimit 95% LCL	Kufinjte e sipërme të besimit 95% UCL
Jo	265	71.05%	71.05%	66.25%	75.42%
Po	108	28.95%	100.00%	24.58%	33.75%
TOTAL	373	100.00%	100.00%		

Tabela 24 . për çfarë jeni e shqetësuar më shumë gjatë kësaj periudhe

Per çfare jeni te shqetesura me shume gjate kesaj periudhe ?	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
ankth se si do kaloi gjithe kjo situatë	1	1.09%	1.09%	0.03%	5.91%
ankthin qe me shkakton ky izolimi	1	1.09%	2.17%	0.03%	5.91%
Asgje per momentin	1	1.09%	3.26%	0.03%	5.91%
coronavirus dhe sa do zgjas	1	1.09%	4.35%	0.03%	5.91%
coronen	1	1.09%	5.43%	0.03%	5.91%
covid 19	1	1.09%	6.52%	0.03%	5.91%
Covid 19	2	2.17%	8.70%	0.26%	7.63%
covid19	1	1.09%	9.78%	0.03%	5.91%
frike se mos infektohem me virus	1	1.09%	10.87%	0.03%	5.91%
infektimit me covid 19	1	1.09%	11.96%	0.03%	5.91%
Isha e shqetesuar me se shumti per gjendjen shendetesore per shkak te covid- 19	1	1.09%	13.04%	0.03%	5.91%
izolimi dhe menyra se si do e pëballoj	1	1.09%	14.13%	0.03%	5.91%
kam frike nga virusi covid 19 per veten dhe femijet	1	1.09%	15.22%	0.03%	5.91%
kam frike per gjendjen time shendetesore semos perkeqesohet nga virusi	1	1.09%	16.30%	0.03%	5.91%
Koronen dhe sa do te zgjas kjo pandemi	1	1.09%	17.39%	0.03%	5.91%
Mirqenjen e shendetit tim	1	1.09%	18.48%	0.03%	5.91%
Mos dale keq ne ekzaminim	1	1.09%	19.57%	0.03%	5.91%
mos infektohem me covid 19	1	1.09%	20.65%	0.03%	5.91%

Mos kam problem me gjoksin se ndjej dhimbje dhe kam frike se sicka kam	1	1.09%	21.74%	0.03%	5.91%
mos marr virusin covid19	1	1.09%	22.83%	0.03%	5.91%
Mos perkeqesohet shendeti im	1	1.09%	23.91%	0.03%	5.91%
mos po ekzpozohemi ndaj virusit duke kryer kete ekzaminim	1	1.09%	25.00%	0.03%	5.91%
Mos te infektohem me virusin	1	1.09%	26.09%	0.03%	5.91%
mos te semurem se kam boll semundje	1	1.09%	27.17%	0.03%	5.91%
Mos te semurem une dhe familjoret e mi	1	1.09%	28.26%	0.03%	5.91%
ndihem ne ankth per shkak te pandemis	1	1.09%	29.35%	0.03%	5.91%
Nese dhe une do kemi kancer ne gjoks	1	1.09%	30.43%	0.03%	5.91%
Ngjendja ime shendetesore mos perkeqsohet	1	1.09%	31.52%	0.03%	5.91%
Nuk kam frike gjate periudhes se pandemise	1	1.09%	32.61%	0.03%	5.91%
Nuk kam frike gjate kesaj kohe te pandemise.	1	1.09%	33.70%	0.03%	5.91%
pandemia dhe ekzpozimi ndaj virusit qe mund te bej me kete ekzaminim	1	1.09%	34.78%	0.03%	5.91%
pandemia dhe se si do vazhdoj gjithë kjo	1	1.09%	35.87%	0.03%	5.91%
Pandemin dhe sa do zgjas ajo	1	1.09%	36.96%	0.03%	5.91%
Per asgje nuk jam e shqetsuar	1	1.09%	38.04%	0.03%	5.91%
Per asgje nuk shqetsohem	1	1.09%	39.13%	0.03%	5.91%
Per ekonomin e familjes , sepse po nuk punove nuk rritet mirqenia 🙄	1	1.09%	40.22%	0.03%	5.91%
per gjendjen time shendetesore	1	1.09%	41.30%	0.03%	5.91%
per gjendjen time shendetesore se mos perkeqesohet nga virusi	1	1.09%	42.39%	0.03%	5.91%
Per kujdesin tone shendetsor	1	1.09%	43.48%	0.03%	5.91%
Per shendetin	4	4.35%	47.83%	1.20%	10.76%
Per shendetin e familjes	1	1.09%	48.91%	0.03%	5.91%
Per shendetin e familjese edhe te shendetit tim	1	1.09%	50.00%	0.03%	5.91%
per shendetin nga frika e virusit	1	1.09%	51.09%	0.03%	5.91%
per shendetin tim	1	1.09%	52.17%	0.03%	5.91%
Per shendetin tim	3	3.26%	55.43%	0.68%	9.23%

Per shendetin tim dhe te bashkeshortit tim	1	1.09%	56.52%	0.03%	5.91%
Per shendetin tim dhe te familjes sime	1	1.09%	57.61%	0.03%	5.91%
Per shendetin tim dhe te familjes sone per shkak te situates qe ndodhemi .	1	1.09%	58.70%	0.03%	5.91%
Per shendetin tim se jam e ekspizuar ne pun	1	1.09%	59.78%	0.03%	5.91%
per shendetin tim se mos perkeqesohet nga situata se kam semundje bashke shoqeruese	1	1.09%	60.87%	0.03%	5.91%
Per situaten shendetesore	1	1.09%	61.96%	0.03%	5.91%
Per virusin dhe rrezikun qe na kanoset ne	1	1.09%	63.04%	0.03%	5.91%
perkeqesimi i gjendjes time shendetesore nga covid	1	1.09%	64.13%	0.03%	5.91%
perkeqesimine situates time shendetesore	1	1.09%	65.22%	0.03%	5.91%
sa do zgjas gjithe ky virusi	1	1.09%	66.30%	0.03%	5.91%
sa do zgjas pandemia dhe kam frike per shendetin tim	1	1.09%	67.39%	0.03%	5.91%
Sa sakte do te me interpretojn ekzaminim e kryer	1	1.09%	68.48%	0.03%	5.91%
Se kos infektohem nga virusi dhe kam familjen niper dhe mbesa	1	1.09%	69.57%	0.03%	5.91%
se mos ekspozohemi ndaj virusit tani qe po kryej kete ekzaminim	1	1.09%	70.65%	0.03%	5.91%
se mos kam dhe une kancer gjiri	1	1.09%	71.74%	0.03%	5.91%
se mos me del keq pergjigja e ekzaminimit	1	1.09%	72.83%	0.03%	5.91%
se mos me ka avancuar problemi qe kam me gjirin	1	1.09%	73.91%	0.03%	5.91%
se mos me shfaqet dhe mua kanceri i gjirit si e afermja ime	1	1.09%	75.00%	0.03%	5.91%
se mos perkeqeson gjendjen time shendetesore	1	1.09%	76.09%	0.03%	5.91%
se mos rendohet situata ime shendetesore	1	1.09%	77.17%	0.03%	5.91%
se mos semurem nga virusi	1	1.09%	78.26%	0.03%	5.91%
Se si do vej puna me pandemin shendeti im	1	1.09%	79.35%	0.03%	5.91%
Shendeti im dheni familjes nga ekspozimi ndaj virusit	1	1.09%	81.52%	0.03%	5.91%
shendetin dhe ekonomin	1	1.09%	82.61%	0.03%	5.91%
shendetin e femijeve dhe timin	1	1.09%	83.70%	0.03%	5.91%

Shendetin ne pergjithesi	1	1.09%	84.78%	0.03%	5.91%
shendetin tim dhe te familjes time	1	1.09%	85.87%	0.03%	5.91%
Shendetitn tim ne pergjithesi se jam e semur	1	1.09%	86.96%	0.03%	5.91%
Shnedetin nenpergjithesi se jemi pleq	1	1.09%	88.04%	0.03%	5.91%
Shume frike per shendetin .	1	1.09%	89.13%	0.03%	5.91%
Si do dal ekzaminimin	1	1.09%	90.22%	0.03%	5.91%
Si do me dale pergjigja e ekzaminint	1	1.09%	91.30%	0.03%	5.91%
Stresi qe na ndikoi si pasoje e situates	1	1.09%	92.39%	0.03%	5.91%
Te behet ekzaminimi ne menyren e duhur ,nga nje radiolog qe vertet ka marr formimin e duhur per mamografin dhe te lexohet nga nje mjek radiolog mjaft i pergatitur .Ka shume rendesi sepse humbja e detajeve ne Ro grafi ,sjell fatalizem pavaresisht se cdo m	1	1.09%	93.48%	0.03%	5.91%
Te kem shendet mire.	1	1.09%	94.57%	0.03%	5.91%
te mos prekem nga virusi	1	1.09%	95.65%	0.03%	5.91%
Veten time	1	1.09%	96.74%	0.03%	5.91%
virusin	1	1.09%	97.83%	0.03%	5.91%
Vuaj nga ankthi dhe me.eshte perkeqesur nga oandemia kjo ndjesi	1	1.09%	98.91%	0.03%	5.91%
Vuaj nga stresi dhe ankthi dhe e perjetoj keq kete pandemin	1	1.09%	100.00%	0.03%	5.91%
TOTAL	92	100.00%	100.00%		

Paketa statistikore per analizen e te dhenave eshte SPSS.Vlera te $p < 0.05$ u konsideruan te rendesishme nga ana statistikore. Tabelat e kryqezuara u perdoren per te vleresuar lidhjet midis variablave. Frekuencat, perqindjet dhe intervali i besimit per variablat e perfshire ne studim ishin pjese te statistikes deskriptive.

Lidhjet midis besimeve, moshes se grave dhe vendbanimit

Hipoteza : A ka lidhje midis besimeve moshes së grave vendbanimit dhe pjesemarrjes se tyre ne kryerjen e mamografise

Në tabelën 25 është praqitur lidhja statistikore midis vendbanimit të grave edhe variablit e shqetësuar ne lidhje me bezdin/ turpin e egzaminimit $p < 0.001$

Tabela 25. E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit * Vendbanimi juaj

E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value	Kategorizimi sipas moshës	
						Chi-square	P value
Jo e bezdisur	15	31	46	0.5856	0.7462	33.9089	0.001
Paksa e bezdisur	34	65	99				
Shumë e bezdisur	79	131	210				
TOTAL	128	227	355				

Në tabelën 25 lidhja e kryqëzuar (MxN) ; E shqetësuar në lidhje me bezdin/ turpin e egzaminimit dhe vendbanimin (fshat/qytet) nuk parqitet statistikisht sinjifikante, edhe pse gratë që banojnë në qytet janë shprehur në përqindje më të lartë më shumë të bezdisura. Por në kategorizimin sipas moshës dhe dy varablave (MxN) të mësipërme evidentohet lidhje statistikore e fortë, $p=0.001$. Kjo do të thotë që gratë që jetojnë në qytet dhe në moshë më të madhe janë më të bezdisura dhe kanë turpin e egzaminimit. Gjithashtu, u vure re se gratë nga fshati që u paraqitën për egzaminim kishin relativisht moshë më të re krahasuar me gratë nga qyteti.

Tabela 26. E shqetësuar në lidhje me dhimbjen * Vendbanimi juaj

E shqetësuar në lidhje me dhimbjen	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value	Kategorizimi sipas moshës	
						Chi-square	P value
Jo e shqetësuar	19	30	49	0.1673	0.9197	3.8659	0.1447
Paksa e shqetësuar	44	78	122				
Shumë e shqetësuar	67	121	188				
TOTAL	130	229	359				

Lidhja midis variablave E shqetësuar në lidhje me dhimbjen* Vendbanimi juaj(Tabela 26) nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore, $p=0.9197$. Edhe kategorizimi sipas moshës evidentoi të njëjtën gjë, $p=0.1447$.

Tabela 27. E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri * Vendbanimi juaj

E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value	Kategorizimi sipas moshës	
						Chi-square	P value
Jo e shqetësuar	10	16	26				
Paksa e shqetësuar	27	42	69				

Shumë e shqetësuar	93	171	264	0.4222	0.8097	25.9592	0.001
TOTAL	130	229	359				

Lidhja midis variablave E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri * Vendbanimi juaj(Tabela 27) në kryqëzimin e thjeshtë MxN nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore, $p=0.8097$ pavarësisht se gratë që banonin në qytet ishin në përqindje më të lartë të shqetësuar nëse zbulonin se kishin kancer të gjirit. Ndërkohë që kategorizimi sipas moshës dhe dy variablave të mësipërme evidentoi lidhje të fortë statistikore, $p=0.001$.

Tabela 28. E shqetësuar në lidhje me ekspozimi ndaj rrezatimit * Vendbanimi juaj

E shqetësuar në lidhje me ekspozimi ndaj rrezatimit	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value	Kategorizimi sipas moshës	
						Chi-square	P value
Jo e shqetësuar	18	30	48	0.4408	0.8022	36.5692	0.001
Paksa e shqetësuar	41	65	106				
Shumë e shqetësuar	71	132	203				
TOTAL	130	227	357				

Lidhja midis variablave; E shqetësuar në lidhje me ekspozimi ndaj rrezatimit * Vendbanimi juaj (Tabela 28) në kryqëzimin e thjeshtë (MxN) nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore, $p=0.8022$ pavarësisht se gratë që banonin në qytet ishin në përqindje më të lartë të shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit. Ndërkohë që kategorizimi sipas moshës dhe dy variablave të mësipërme evidentoi lidhje të fortë statistikore, $p=0.001$.

Tabela 29. Efikasiteti i perceptur për mamografinë * Vendbanimi juaj

Efikasiteti i perceptur për mamografinë	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value	Kategorizimi sipas moshës	
						Chi-square	P value
Jo e saktë	11	17	28	0.1472	0.929	20.7015	0.001
Paksa e saktë	24	43	67				
Shumë e saktë	93	168	261				
TOTAL	128	228	356				

Lidhja midis variablave; Efikasiteti i perceptur për mamografinë * Vendbanimi juaj (Tabela 29) në kryqëzimin e thjeshtë (MxN) nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore, $p=0.929$ pavarësisht se gratë që banonin në qytet shprehën efikasitet të perceptuar për mamografinë më të lartë. Ndërkohë që kategorizimi sipas moshës dhe dy variablave të mësipërme evidentoi lidhje të fortë statistikore, $p=0.001$. Gratë nga qyteti besonin më shumë në saktësinë e egzaminimit.

Tabela 30. Problem për të gjetur kohë për egzaminim * Vendbanimi juaj

Problem për të gjetur kohë për egzaminim	Fshat	Qytet	TOTAL			Kategorizimi sipas moshës

				Chi-square	P value	Chi-square	P value
Jo problem	42	69	111	0.5217	0.7704	30.3123	0.001
Paksa problem	50	97	147				
Shumë problem	38	63	67				
TOTAL	130	229	229				

Lidhja midis variablave; Problem për të gjetur kohë për egzaminim * Vendbanimi juaj (Tabela 30) në kryqëzimin e thjeshtë (MxN) nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore, $p=0.7704$ pavarësisht se gratë që banonin në qytet shprehën se kishin më shumë problem për të gjetur kohë. Ndërkohë që kategorizimi sipas moshës dhe dy variablave të mësipërme evidentoi lidhje të fortë statistikore, $p=0.001$. Gratë nga qyteti kishin më shumë problem për të gjetur kohë për egzaminim.

Tabela 31. A keni kryer ndonjëherë mamografi * Vendbanimi juaj

A keni kryer ndonjëherë mamografi	Fshat	Qytet	TOTAL	Tabela e thjeshtë e analizës statistikore			
				PARAMETERS: Odds-based	Point Estimate	95% Confidence Interval	
Jo	53	62	115				
Po	95	168	263				
TOTAL	148	230	378				
Odds Ratio (cross product)				1.5117	0.969	2.3583(T)	
Odds Ratio (MLE)				1.51	0.9661	2.3593(M)	
					0.9441	2.4139(F)	
PARAMETERS: Risk-based							
Risk Ratio (RR)				1.2759	0.9889	1.6461(T)	
Risk Difference (RD%)				9.9653	-0.8377	20.7683(T)	
STATISTICAL TESTS				Chi-square	1-tailed p	2-tailed p	
Chi-square - uncorrected				3.3353		0.06780796	
Chi-square - Mantel-Haenszel				3.3265		0.068172698	
Chi-square - corrected (Yates)				2.9301		0.086940973	
Mid-p exact					0.035232237		
Fisher exact 1-tailed					0.043916694	0.085562144	

Lidhja midis variablave; A keni kryer ndonjëherë mamografi * Vendbanimi juaj (Tabela 31) në kryqëzimin e thjeshtë (MxN) evidentoi se gratë që banonin në qytet kishin kryer më shumë mamografi krahasuar nme gratë që banonin në fshat. Ndërkohë tabela e thjeshtë e analizës statistikore (Tabela 31) ku u kryen teste të ndryshme për të testuar lidhjen midis variablave të mësipërme testi i njëanshëm i p-së evidentoi lidhje statistikore midis dy variablave të mësipërme, $p<0.05$, ndërkohë që p e dyanshëm nuk evidentoi lidhje statistikore, $p>0.05$.

Tabela 32. Në çfarë moshe duhet të kryhet mamografia e parë * Vendbanimi juaj

Në çfarë moshe duhet të kryhet mamografia e parë	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value
>50 vjec	69	81	150	6.8485	0.0326
40-49 vjec	78	150	228		
40-49 vjec, >50 vjec	1	0	1		
TOTAL	148	231	379		

Lidhja midis variablave; Në çfarë moshe duhet të kryhet mamografia e parë * Vendbanimi juaj (Tabela 32) u evidentua e përfillshme nga ana statistikore, $p=0.0326$. Gratë që banonin në qytetet kishin njohuri më të mira për moshën e kryerjes së mamografisë.

Tabela 33. Nëse keni kryer mamografi Po dhe sa herë * Vendbanimi juaj

Nëse keni kryer mamografi Po dhe sa herë	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value
>3 herë	7	14	21	1.914	0.384
1 herë	58	89	147		
2 herë	32	71	103		
TOTAL	97	174	271		

Lidhja midis variablave; Nëse keni kryer mamografi Po dhe sa herë * Vendbanimi juaj (Tabela 33) nuk paraqiti sinjifikancë statistikore, $p=0.384$. Shumica e grave si nga fshati dhe qyteti kishin bërë vetëm 1 herë mamografi.

Tabela 34. Shpeshtësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit * Vendbanimi juaj

Shpeshtësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit	Fshat	Qytet	TOTAL	Chi-square	P value
1 herë/muaj	72	130	202	0.8287	0.6608
2-3vite	24	49	73		
Asnjëherë	33	50	83		
TOTAL	129	229	358		

Lidhja midis variablave; Shpeshtësia për vetëegzaminim të kancerit të gjirit * Vendbanimi juaj (Tabela 34) nuk paraqiti sinjifikancë statistikore, $p>0.05$.

VLERËSIMI I LIDHJES MIDIS VARIABLEVE TË NDRYSHËM TË VLERËSIMIT TË GJËNDJES EMOCIONALE DHE HUMORIT

Lidhjet midis besimeve, moshës së grave dhe gjendjes civile

Hipoteza: A ka lidhje midis besimeve moshës së grave, gjendjes civile të tyre dhe pjesëmarrjes së tyre në kryerjen e mamografisë?

Tabela 35. E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimi* Gjendja civile

E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimit	Beqare /e pamartuar	E martuar /bashkejton	Tjetër	TOTAL
Jo e bezdisur	12	23	15	50
Paksa e bezdisur	13	76	15	104
Shumë e bezdisur	22	141	54	217
TOTAL	47	240	84	371

Chi-square	df	Probability
14.7808	4	0.0052

Lidhja midis variablave; E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimi * Gjendja civile (Tabela 35) paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.0052$. Gratë e martuara shprehnin më shumë bezdi dhe turp për kryerjen e mamografisë.

Tabela 36. E shqetësuar në lidhje me dhimbjen * Gjendja civile

E shqetësuar në lidhje me dhimbjen :	Beqare /e pamartuar	E martuar /bashkejton	Tjeter	TOTAL
Jo e shqetësuar	8	33	13	54
Paksa e shqetësuar	14	84	27	125
Shumë e shqetësuar	26	125	45	196
TOTAL	48	242	85	375

Chi-square	df	Probability
0.8249	4	0.9351

Lidhja midis variablave; E shqetësuar në lidhje me dhimbjen * Gjendja civile (Tabela 36) nuk paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.9351$.

Tabela 37. E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri * Gjendja civile

E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri	Beqare /e pamartuar	E martuar /bashkejton	Tjeter	TOTAL
Jo e shqetësuar	4	12	11	27
Paksa e shqetësuar	10	49	11	70
Shumë e shqetësuar	34	181	63	278
TOTAL	48	242	85	375

Chi-square	df	Probability
7.6877	4	0.1037

Lidhja midis variablave; E shqetësuar nëse zbulon se ke kancer gjiri * Gjendja civile (Tabela 37) nuk paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.1037$.

Tabela 38. E shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit * Gjendja civile

E shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit	Beqare /e pamartuar	E martuar /bashkejton	Tjeter	TOTAL
Jo e shqetësuar	8	26	15	49
Paksa e shqetësuar	15	81	17	113
Shumë e shqetësuar	24	133	53	210
TOTAL	47	240	85	372

Chi-square	df	Probability
7.5778	4	0.1083

Lidhja midis variablave; E shqetësuar në lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit * Gjendja civile (Tabela 38) nuk paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.1083$.

Tabela 39. Efikasiteti i perceptur për mamografinë * Gjendja civile

Efikasiteti i perceptur për mamografinë	Beqare /e pamartuar	E martuar /bashkejton	Tjeter	TOTAL
Jo e saktë	6	12	10	28
Paksa e saktë	15	46	8	69
Shumë e saktë	27	181	67	275
TOTAL	48	239	85	372

Chi-square	df	Probability
16.0726	4	0.0029

Lidhja midis variablave; Efikasiteti i perceptur për mamografinë * Gjendja civile (Tabela 39) paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.0029$. Gratë e martuara kishin më shumë besim te egzaminimi i mamografisë.

7. DISKUTIMI

Në fazën finale u përfshin 396 gra . Mesatarja e moshës së grave pjesëmarrse është 55.08 vjec, moshë më e vogël është 25 vjec dhe moshë më e madhe është 99 vjec. $SD\pm 10.9$. Kontrolli i mamografisë zvogëlon ndjeshëm vdekshmërinë nga kanceri i gjirit në gratë e moshës 50 deri 74 vjeç pas 7 deri në 9 vjet ndjekje, pavarësisht nga intervali i shqyrtimit ose numri i pamjeve mamografike për ekran. Nuk ka asnjë ulje të vdekshmërisë nga kanceri i gjirit në gratë e moshës 40 deri 49 vjeç pas 7 deri në 9 vjet ndjekje. Mamografia e depistimit mund të jetë efektive në zvogëlimin e vdekshmërisë

nga kanceri i gjirit në gratë e moshës 40 deri 49 vjeç pas 10 deri në 12 vjet ndjekje, por i njëjti përfitim mund të arrihet duke filluar shqyrtimin në menopauzë ose 50 vjeç^[20]

Autorët besojnë se ka disa indikacione që shqyrtimi i dy pamjeve për gratë në grupmoshën 40 deri 49 vjeç mund të jetë më i dobishëm sesa në grupin e vjetër, meqenëse nivelet e vdekjeve nga kanceri i gjirit u ulën me 13% në grupin e dy pamjeve dhe vetëm 4% në një grup pamjesh. Ky ndryshim nga gjetjet në gratë në grupmoshën më të vjetër mund të lidhet me ndjeshmërinë më të lartë të mamografisë me dy pamje në gratë më të reja që kanë ind të gjirit që kanë një përmbajtje më të lartë yndyre. Për më tepër, autorët menduan se rezultatet e përziera të gjetura në këtë grupmoshë mund të lidhen me ndryshimin në incidencën e kancerit të gjirit në gratë që kanë filluar menopauzën dhe ato që nuk kanë filluar.^[21]

Rezultatet e analizës së karakteristikave socio-demografike janë të paraqitura në tabelat 1-2 dhe 3, kemi 38.95% me vendbanimi fshat dhe 61.05% me vendbanim në qytet dhe në tabelën 3 janë paraqitur karakteristika gjendjes civile, beqare/pamartuar 12.09%, e martuar /bashkëjeton 64.99% dhe tjetër 22.92%. Aderimi fillestar shpjegoi shumicën e ndryshimeve në aderimin gjatë ndjekjes. Për gratë e moshës 40 deri në 51 vjeç, kryerja e një mamografie në vijim ishte parashikuar nga inkurajimi nga familja dhe / ose miqtë dhe normat subjektive në fillim (raporti i mosmarrëveshjeve = 2.20 dhe 1.18, përkatësisht). Për gratë e moshës 52 vjeç e lart, perceptimi se depistimi ishte normativ lidhej me aderimin në ndjekje (raporti i mosmarrëveshjeve = 1,46). Përdorimi i mëparshëm i mamografisë është fort parashikues i depistimit në të ardhmen. Karakteristikat e rrjetit social kanë një ndikim modest në shqyrtimin. Përpjekjet për në terren duhet të përqendrohen te ata që kanë shfrytëzuar më parë mamografinë.^[27]

Autorët besojnë se ka disa indikacione që shqyrtimi i dy pamjeve për gratë në grupmoshën 40 deri 49 vjeç mund të jetë më i dobishëm sesa në grupin e vjetër, meqenëse nivelet e vdekjeve nga kanceri i gjirit u ulën me 13% në grupin e dy pamjeve dhe vetëm 4% në një grup pamjesh. Ky ndryshim nga gjetjet në gratë në grupmoshën më të vjetër mund të lidhet me ndjeshmërinë më të lartë të mamografisë me dy pamje në gratë më të reja që kanë ind të gjirit që kanë një përmbajtje më të lartë yndyre. Për më tepër, autorët menduan se rezultatet e përziera të gjetura në këtë grupmoshë mund të lidhen me ndryshimin në incidencën e kancerit të gjirit në gratë që kanë filluar menopauzën dhe ato që nuk kanë filluar.^[21]

Në tabelën 4 janë paraqitur niveli arsimor i grave pjesëmarrëse në studim, arsim 8 vjecar 27.09%, arsim i mesem 53.42% dhe arsim i lartë 19.49%. Në Sh.B.A, gratë më pak të arsimuara kanë më pak gjasa të marrin mamografinë e depistimit. Nuk është e qartë nëse kjo është për shkak të ndryshimeve në qasjen në depistim ose në perceptimin e rreziqeve të kancerit të gjirit dhe efektivitetit të shqyrtimit. Ne e peshojmë besueshmërinë e këtyre dy shpjegimeve duke ekzaminuar sesi ndryshon varësia e mamografisë nga arsimi pas kushtëzimit nga treguesit e aksesit dhe perceptimeve. Ne gjithashtu krahasojmë vlerësimet për SH.B.A. me ato për Hollandën ku ka qasje universale në një program ekranizimi të financuar publikisht^[22]. Të dhënat e nivelit individual të krahasueshëm ndër-sektorial dhe ndër-vendor nga Paneli Amerikan i Jetës (n = 646) dhe Studimet Gjatësore të Internetit të Hollandës për Shkencat Sociale (n = 1398) u përdorën për të vlerësuar dhe shpjeguar pabarazitë e arsimit në mamografitë e

shqyrtimit të dhëna për gratë amerikane dhe hollandeze të moshës 40+. Gradienti i arsimit u vlerësua duke përdorur modele logit. Kontrollët u shtuan në mënyrë sequenciale për të zbuluar nëse pabarazitë u shpjeguan nga ndryshimet në qasje ose perceptimet e rreziqeve dhe efektivitetit. Në Shtetet e Bashkuara, të diplomuarit e shkollës së mesme kishin 11.5 pikë përqindje (95% CI: 1–22 pikë përqindje) më pak të ngjarë se të diplomuarit e kolegjit të merrnin një mamografi shqyrtimi në dy vitet e mëparshme. Ky gradient arsimor u shpjegua kryesisht nga ndryshimet në të ardhura, mbulimi i sigurimeve dhe marrja e këshillave mjekësore. Nuk u shpjegua nga ndryshimet arsimore në rrezikun e perceptuar të kancerit të gjirit dhe efektivitetin e mamografisë. Nuk kishte dallime arsimore në marrjen e mamografisë midis grave Hollandeze brenda intervalit të moshës 50-75 vjeç që mbulohej nga programi kombëtar i depistimit. Në mungesë të një programi universal të shqyrtimit në SH.B.A., përcaktuesit e aksesit - të ardhurat, mbulimi i sigurimeve dhe marrja e këshillave mjekësore - duket se nxisin pabarazitë arsimore në shqyrtimin e mamografisë^[23].

Në tabelën 5 janë paraqitur mendimet e grave pjesëmarrëse se kur duhet të kryhet mamografia e parë .>50 vjeç 38.89% , 40-49 vjeç 60.86% dhe 40-49 vjeç, >50vjeç 0.25 % . Ne një studim të kryer në amerikë besimet e grave në lidhje me mamografinë ndryshonin nga ato të artikuluar nga ekspertët në debat. Tetëdhjetë e tre përqind besuan se mamografia kishte provuar përfitim për gratë e moshës 40 deri në 49 vjeç, dhe 38% besonin se përfitimi ishte provuar për gratë më të reja se 40 vjeç. Shumica e grave sugjerojnë që depistimi i mamografisë duhet të fillojë para moshës 40 vjeç, ndërsa vetëm 5% sugjerojnë që mamografia e parë duhet të kryhet në moshën 50 vjeç ose më të vjetër. Në përgjigje të një pyetjeje të hapur se pse mamografia ka qenë e diskutueshme, 15% përmendën shqetësime në lidhje me dëmet e mundshme të rrezatimit dhe 12% të tjerë cituan pyetje në lidhje me efikasitetin. Pothuajse gjysma (49%), megjithatë, identifikoi kostot si burimin kryesor të debatit^[28]

Ne tabelën 6 janë paraqitur përgjigjet e dhëna nga gratë nëse kishin kryer apo jo mamografi ndonjëherë, jo 29.37% dhe po 70.63% dhe në tabelën 7 janë paraqitur dhënat sa herë kanë kryer mamografi gratë pjesëmarrëse në studim >3 here 8.01% . 1 herë 54.01% dhe 2 herë 37.98%

Në tabelën 8 janë paraqitur përgjigjet nëse e kanë bërë mamografin me rekomandim të mjekut ose jo 19.72% jo dhe 80.28% po. Pra shumica e tyre e kanë kryer mamografin me rekomandimin e mjekut

Në tabelën 9 janë paraqitur përgjigjet se kush pagoi për mamografin. Falas 64.93% dhe kane paguar vetë 35.07%. Kontrolli i mamografisë i organizuar si një shërbim i shëndetit publik u pranua mirë. Një mamografi e kohëve të fundit, mbështetja e madhe të vetëkontrollit i kancerit të gjirit dhe pritja e dhimbjes në mamografi frenoi pjesëmarrjen në skringing. ^[25]

Në tabelën 20 janë paraqitur përgjigjet lidhur me shpestesin e vetëegzaminimit të gjirit, nga kjo rezultoi 1 here / muaj 55.88 % , 2-3 vite 21.93% dhe asnjëherë 22.19%. Provat

mbi vetë-ekzaminimin e gjirit janë të qarta, nuk ka dobi për vdekshmërinë nga kanceri i gjirit dhe rezultatet sugjerojnë që vetë-ekzaminimi i gjirit mund të bëjë më shumë dëm sesa dobi. Ndërgjegjësimi i gjirit u siguron grave një farë mirënjohje për pjesën që mund të luajnë në fuqizimin për të luftuar sëmundjen e gjirit, jo për sa i përket statistikave të përdorura për vdekshmërinë, por për efektet cilësore të zvogëlimit të sëmundshmërisë.[33]

Në tabelën 21 janë paraqitur përgjigjet e pyetjes nëse janë të siguruara apo jo gratë pjesëmarrëse. Nga kjo rezultoi se 41.11% nuk janë të siguruara dhe 58.89 % janë të siguruara

Në tabelën 23 janë paraqitur përgjigjet nëse ka historik familjar me kancer të gjirit .Nga kjo rezultoi se 71.05 % nuk kishin historikë dhe 28.95 % kishin historikë familjar me kancer të gjirit. Ne paraqesim gjetjet e një studimi pilot në Angli për të vlerësuar perceptimin e rrezikut në 155 gra me një histori familjare të kancerit të gjirit përmes pyetësorit. Vetëm 11% e grave ishin në gjendje të identifikonin rrezikun e saktë të popullsisë dhe më shumë se gjysma nuk ishin në gjendje të vlerësonin rrezikun e tyre të jetës brenda 50% të vlerësimit të klinikistëve. Megjithëse është e mundshme që gratë ndihmohen nga këshillimi gjenetik dhe nëse janë në rrezik të konsiderueshëm, duhet të vlerësohet mamografia vjetore, ndikimi psikologjik i caktimit të rrezikut të vërtetë dhe vlera e mamografisë.[34]

Tek të dhënat socio-demografike të studimit tabela 25 u evidentua një lidhje e rëndësishme statistikore nëpërmjet vendbanimit të grave edhe variablit e shqetësuar ne lidhje me bezdën/ turpin e egzaminimit $p < 0.001$.Ata që kishin më shumë gjasa të merrnin pjesë ishin femra që punonin, me të ardhura mesatare dhe mesatarisht të arsimuara, të cilat kohët e fundit nuk kishin bërë mamografi masive, por që vizituan rregullisht gjinekologë, morën pjesë në shqyrtimin e testeve Pap, praktikuan vetë ekzaminimin e gjirit dhe që nuk pinë duhan. Besimi i ulët në aftësitë e tyre në parandalimin e kancerit të gjirit, mbiopozimi në lidhje me ndjeshmërinë e mamografisë dhe perceptimi i rrezikut të kancerit të gjirit si të moderuar ishin gjithashtu parashikuese të pjesëmarrjes. Pritja e dhimbjes në mamografi ishte parashikuese e mos-frekuentimit^[24].

Një rezultat të rëndësishëm që mund të shikojmë tek të dhënat socio-demografike është se në tabelën 26 nuk u gjend një lidhja e rëndësishme statistikore midis vendbanimit dhe variablit e shqetësuar në lidhje me dhimbjen që sipas këtij rezultati $p=0.1447$ (kategorizimi sipas moshës), dhe nga ana statistikore u paraqit e papërfillshme $p=0.9197$. Dhimbja në mamografi mund të pengojë gratë të shkojnë për shqyrtim të rregullt ose ndjekje; prandaj, është e rëndësishme të zvogëlohet përvoja e dhimbjes ose shqetësimi nga mamografia. Në këtë studim vlerësojmë ndikimin e "radiografit" në rrezikun e dhimbjes gjatë mamografisë duke analizuar pyetësorët e plotësuar nga gratë dhe radiografët. Rezultatet e studimit zbulojnë se opinioni i radiografit, informacioni dhe komunikimi gjatë ekzaminimit dhe numri i viteve të përvojës janë faktorë të

rëndësishëm në përvojën e dhimbjes dhe shqetësimit. Qëndrimi i radiografit luan një rol të rëndësishëm në përvojën e dhimbjes^[26].

Një rezultat tjetër i rëndësishëm që shikojmë në këtë studim është në tabelën 27 u gjend një lidhje statistikore sipas kategorizimit të moshës dhe dy variablove “vendbanimit të grave edhe variablit e shqetësuar nese zbulon se ke cancer gjiri” $p < 0.001$. Ndërsa në kryqëzimin e thjeshtë MxN nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore $p = 0.8097$. Një një studim të kryer në amerikan të dhënat vazhdimisht tregojnë se shqetësimi për kancerin e gjirit ka një lidhje të vogël, por të besueshme ($r = 0.12$) me sjelljen e shqyrtimit të kancerit të gjirit, e tillë që shqetësimi më i madh parashikon një gjasë më të madhe të shqyrtimit..^[29]

Në tabelën 28 me kryqëzimin e thjeshtë MXN nuk është paraqitur lidhje sinjifikante, ndërkohë që sipas kategorizimit të moshës është praqitur lidhja statistikore midis vendbanimit të grave edhe variablit e shqetësuar ne lidhje me ekspozimi ndaj rrezatimit $p < 0.001$. Përgjigjet e grave për shqetësimin e ekspozimit ndaj rrezatimit mund ta shikojm në tabelën 19, nga kjo rezultoi se 13.17 % nuk ishin të shqetësuara, 30.38 % paksa të shqetësuara dhe 56.45 % shumë të shqetësuara. Një shqetësim i madh i ngritur në vitet 1970 ishte se rrezatimi nga mamografia mund të shkaktojë më shumë kancere sesa do të shërohej. Jo vetëm që kjo provoi të ishte një mbivlerësim i madh, por është bërë e qartë se është rrezatimi që u shpërndahet grave shumë të reja (adoleshente dhe gra në fillim të njëzetave), para se të ketë ndodhur diferencimi i terminalit, që paraqet rrezikun më të madh. Pasi gjiri të ketë diferencuar, rreziku nga rrezatimi zvogëlohet dukshëm. Në kohën kur gratë arrijnë të tridhjetat e tyre të para dhe të dyzetat, nuk ka rrezik të matshëm nga dozat mamografike, madje edhe rreziku i ekstrapoluar është shumë më i ulët se përfitimi më i vogël nga depistimi. Qindra miliona mamografi janë marrë që nga vitet 1980. Nëse mamografia do të shkaktonte kancere, incidenca e kancerit të gjirit do të rritet. Në fakt, ajo po zvogëlohet. Gratë duhet të pajisen me këtë informacion për t'u siguruar që mamografite shpëtojnë jetë dhe se rreziqet e rrezatimit janë minimale^[30].

Në tabelën 29 nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore në kryqëzimin e thjeshtë MxN $p = 0.929$ ndërkohë që kategorizimi sipas moshës edhe dy variablove “vendbanimi juaj dhe efikasiteti i perceptuar për mamografinë” ka paraqitur një lidhje sinjifikante $p < 0.001$. Në tabelën 12 janë paraqitur përgjigjet sa efikase e perceptojnë mamografinë. Nga kjo rezultoi se 7.53% referuan si jo e saktë, 18.55% paksa e saktë dhe 73.92 % shumë e saktë. Në një studim të kryer në Gjeneve dhe Zvicër vetëm 19.3% e të anketuarve vlerësuan efikasitetin e shqyrtimit realisht (domethënë, zvogëlim me rreth një të katërtën); 52.0% efikasitet të mbivlerësuar; 26.0% "nuk e dinin", dhe 2.6% deklaruan që depistimi nuk parandalon vdekjen. Gratë që besuan se depistimi i mamografisë ishte efektiv, kishin qëndrime më pozitive ndaj depistimit (rezultate më të larta pro dhe rezultate më të ulëta të të këqijave) dhe kishin më shumë të ngjarë të planifikonin të bënin një mamografi (të dyja $p < 0.001$). Mungesa e mendimit në lidhje me përfitimin e depistimit të mamografisë ishte më e zakonshme në mesin e grave që nuk kishin konsultuar një gjinekolog kohët e fundit ($p = 0,02$) dhe as nuk kishin bërë

mamografi gjatë dy viteve të fundit ($p = 0,009$), të cilat nuk kishin asnjë mendim për rrezikun e tyre të kanceri i gjirit ($p < 0,001$), dhe të cilët ishin 70 deri në 80 vjeç ($p = 0,04$). Krahasuar me gratë që ofruan vlerësime reale të efikasitetit të shqyrtimit, ato që mbivlerësuan efikasitetin besohet të jenë në rrezik më të lartë të kancerit të gjirit sesa gratë e tjera ($p = 0,04$) dhe kishin më shumë të ngjarë të ishin shtetas zviceranë ($p = 0,001$)^[32]

Në tabelën 30 lidhja midis variablave “problem për të gjetur kohë për ekzaminim dhe vendbanimi juaj” me kryqëzimin e thjeshtë MxN nuk u paraqit e përfillshme nga ana statistikore $p=0.7704$ ndërkohë që kategorizimi sipas moshës dhe dy variablave të mësipërm evidentoi një lidhje të fortë statistikore, $p=0.001$.

Në tabelën 31 lidhja midis variablave; A keni kryer ndonjëherë mamografi * Vendbanimi juaj (Tabela 31) në kryqëzimin e thjeshtë (MxN) evidentoi se gratë që banonin në qytet kishin kryer më shumë mamografi krahasuar nme gratë që banonin në fshat. Ndërkohë tabela e thjeshtë e analizës statistikore (Tabela 31) ku u kryen teste të ndryshme për të testuar lidhjen midis variablave të mësipërme testi i njëanshëm i p-së evidentoi lidhje statistikore midis dy variablave të mësipërme, $p < 0.05$, ndërkohë që p e dyanëshme nuk evidentoi lidhje statistikore, $p > 0.05$.

Në tabelën 32 është praqitur lidhja statistikore midis vendbanimit të grave edhe variablit në çfarë moshe duhet të kryhet mamografia e parë $p < 0.003$. Në tabelën 33 lidhja midis variablave; Nëse keni kryer mamografi Po dhe sa herë * Vendbanimi juaj nuk paraqiti sinjifikancë statistikore, $p=0.384$. Shumica e grave si nga fshati dhe qyteti kishin bërë vetëm 1 herë mamografi. Në tabelën 35 lidhja midis variablave; E shqetësuar në lidhje me bezdin /turpin e egzaminimi * Gjendja civile paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.0052$. Gratë e martuara shprehnin më shumë bezdi dhe turp për kryerjen e mamografisë. Ne tabelën 39 lidhja midis variablave; Efikasiteti i perceptur për mamografinë * Gjendja civile paraqet sinjifikancë statistikore, $p=0.0029$. Gratë e martuara kishin më shumë besim te egzaminimi i mamografisë.

8. KONKLUZIONE

- Nje konkluzion i rëndësishëm është arsimi i grave , duhet marë në vëmendje si çështje pasi asimetria e informacionit çon në kulturë të ulët shëndetësore për

shkak të arsmimit të ulët duke dhënë në mënyrë të tillë mos evidentimin në qasjen në depistim ose në perceptimin e rreziqeve të kancerit të gjirit dhe efektivitetit të shqyrtimit

- U evidentua një lidhje e rëndësishme statistikore , nga ku mund të themi se shumica e grave me vendbanim në qytet u paraqitën për bërë mamografi.
- Efikasiteti i perceptuar për mamografinë, shqetësimin lidhur me rrezatimin dhe dhimbjen gjate egzaminimit konsiderohen si përcaktuese për të dhënë më pas rezultatin për pjesëmarrjen në kryerjen e mamografisë .
- Nga ky studim mund të nxjerrim si konkluzion se të dhënat e studimit nuk duhen përgjithësuar, për popullata më të mëdha dhe duhet të krahasohet me studime të tjera të kryera në zonat urbane.

9. REKOMANDIME

- Studimi evidentoi se një fokus i duhur për rëndësin e mamografisë dhe vlerësimi në fazat e herëshme të kancerit të gjirit në momentin që fillojnë të instalohen simptomat e sëmundjes është parandalimi më i mirë për kancerin e gjirit në moshat e reja .
- Duhet të realizohen studime dhe në zonat rurale në mënyrë të tillë të jemi në gjendje të krahasojmë si është tendenca lidhur me besimet në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave midis zonave rurale dhe atyre urbane
- Promocioni shëndetësor për kryerjen e mamografisë dhe në zonat rurale për të rritur pjesëmarrjen e grave që kryejnë mamaografi.
- Ky studim mund të shërbej si një database për studime në Shqipëri lidhur me besimet në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamografisë pasi nuk ekzistojnë studime të tilla.

10. REFERENCA

1. Fahad Ullah, M. (2019). Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1152, 51–64. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20301-6_4
2. Autier, P., & Boniol, M. (2018). Mammography screening: A major issue in medicine. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 90, 34–62. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2017.11.002>
3. WHO | Breast cancer. (n.d.). Retrieved 19 September 2020, from <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
4. CDCBreastCancer. (2020, June 17). *What Are the Symptoms of Breast Cancer?* Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm
5. https://extranet.who.int/ncdccs/Data/ALB_D1_early_detection_manual_on_breast_cancer.pdf
6. *Kanceri i gjirit, zvogëlimi i rrezikut është i mundur—Ministria e Shëndetësisë*. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from <https://shendetesia.gov.al/kanceri-i-gjirit-zvogelimi-i-rrezikut-eshte-i-mundur/>
7. Ylli, A., Lakrori, J., Filipi, K., Burazeri, G., Sallaku, A., & Nina, H. (n.d.). *Instituti i Shëndetit Publik*. 36.
8. How Is Breast Cancer Treated? | CDC. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/treatment.htm
9. Breast cancer in women—Treatment. (2017, October 20). Nhs.Uk. <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer/treatment/>
10. *(Primary Breast Cancer Complications of Axillary Management: Acta Radiologica: Oncology: Vol 25, No 2, n.d.)*
11. *(The Effect of Breast Cancer Health Education on The Knowledge, Attitudes, and Practice: A Community Health Center Catchment Area | SpringerLink, n.d.)*
12. Eng, E., & Smith, J. (1995). Natural helping functions of lay health advisors in breast cancer education. *Breast Cancer Research and Treatment*, 35(1), 23–29. <https://doi.org/10.1007/BF00694741>
13. *Hormone Therapy—National Breast Cancer Foundation*. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-hormone-therapy>
14. Facione, N. C., & Katapodi, M. (2000). Culture as an influence on breast cancer screening and early detection. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(3), 238–247. <https://doi.org/10.1053/sonc.2000.8118>
15. *Quality of Life in Women With Breast Cancer: A REVIEW OF THE... : Cancer Nursing*. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2000/12000/Quality_of_Life_in_Women_With_Breast_Cancer__A.3.aspx
16. *Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer—Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer—NCBI Bookshelf*. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215940/>
17. Starting Breast Cancer Screening at Age 40 Instead of 50 Saves Lives. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from <https://www.breastcancer.org/research-news/screening-at-40-instead-of-50-saves-lives>

18. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6462164/>
19. Efficacy of Screening Mammography: A Meta-analysis | JAMA | JAMA Network. (n.d.). Retrieved 20 September 2020, from <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/385823>
20. Israel B, Rounds K: Social networks and social support: A synthesis for health educators. *Adv Health Educ Promotion* 2:311–351, 1987
21. Kerlikoëske K, Grady D, Rubin S M, Sandrock C, Ernster V L. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *JAMA* 1995; 273(2): 149-154. [PubMed]
22. American Cancer Society . *Global Cancer Facts and Figures*. 2nd ed. American Cancer Society; Atlanta, GA, USA: 2011. [Google Scholar]
23. Heck K.E., Pamuk E.R. Explaining the relation between education level and postmenopausal breast cancer. *Am. J. Epidemiol.* 1997;145:366–372. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009114. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
24. McEëen, J. , King, E. , Bickler, G. Attendance and non-attendance for breast screening at the SE London breast screening service. *BMJ* 1989; 299: 104–6
Google Scholar | Crossref | Medline
25. French, K. , Porter, A.M.D. , Robinson, S.E. Attendance at a breast screening clinic: a problem of administration or attitudes. *BMJ* 1982; 285: 617–20 Google Scholar | Crossref | Medline
26. Nielsen BB et al. (1991) Pain and discomfort associated with film-screen mammography. *J Natl Cancer Inst* 83:1754–1756
27. Zapka, J.G. , Bigeloë, C. , Hurley, T. , Durland Ford, L. , Egelhofer, J. , Cloud, E.M. , et al. (1996). Mammography use among socio-demographically diverse women: The accuracy of self-report. *American Journal of Public Health*, 86, 1016-1021. Google Scholar | Crossref | Medline
28. NIH Consensus Statement, Breast Cancer Screening for Women Ages 40-49. NIH Consensus Statement. January 21-23 1997; 151- 35 Google Scholar
29. Hay, J. L., McCaul, K. D., & Magnan, R. E. (2006). Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 42(6), 401–408. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.03.002>
30. Just the facts: mammography saves lives with little if any radiation risk to the mature breast Daniel B Kopans 1. DOI: 10.1097/HP.0b013e3182254e93
31. Kerlikoëske K, Grady D, Rubin SM, et al. (1995) Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *JAMA* 273:149–154. CrossRef PubMed Eëb of Science Google Scholar
32. Hanna Skrobanski, Emma Ream, Karen Poole, Katriina L. Eëhitaker, Understanding primary care nurses' contribution to cancer early diagnosis: A systematic review, *European Journal of Oncology Nursing*, 10.1016/j.ejon.2019.06.007, (2019).
Crossref
33. Anita Gadgil, Catherine Sauvaget, Nobhojit Roy, Richard Muëonge, Surita Kantharia, Anuradha Chakrabarty, Kanchan Bantëal, Indrani Haldar, Rengasëamy Sankaranarayanan, Cancer early detection program based on awareness and clinical breast examination: Interim results from an urban community in Mumbai, India, *The Breast*, 10.1016/j.breast.2016.10.025, 31, (85-89), (2017).
Crossref

34. Evans, D., Burnell, L., Hopwood, P. et al. Perception of risk in women with a family history of breast cancer. *Br J Cancer* 67, 612–614 .
<https://doi.org/10.1038/bjc.1993.112>
35. (Champion et al., 2000a; Oliver-Vazquez et al., 2002; Pender, 2006; Nahcivan and Seçginli 2007) after they were informed about the issue and resorted to early diagnosis behaviors (BSE, CBE and mammography) (Rimer et al., 1992; Champion et al., 2000a; Constanza et al., 2000; Oliver-Vazquez et al., 2002; Maxwell et al., 2003; Paskett et al., 2006; Beydağ and Karaođlan 2007; Gölbaşı et al., 2007; Tuong, 2007).
36. Johnson CR (1998). The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage. United States.
37. Breast self-examination and breast awareness: a literature review.
McCready T, Littlewood D, Jenkinson J.J *Clin Nurs.* 2005 May;14(5):570-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01108.x
38. Bonfill Cosp X, Marzo Castillejo M, Pladevall Vila M et al (2001) Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 1, CD002943
39. Source: *Journal of Cancer Education* . Jun2015, Vol. 30 Issue 2, p244-252. 9p. 1 Diagram, 4 Charts.
Author(s): Seven, Memnun; Akyüz, Aygöl; Robertson, Lyn
40. Interventional Education Methods for Increasing Women's Participation in Breast Cancer Screening Program Memnun Seven & Aygöl Akyüz & Lyn B. Robertson

11.1. Aneks 1

LEJA ETIKE

Unë, Adriana Memetaj, studente në Masterin Shkencor në Shkenca Infermiere, Departamenti i Infermierisë, Fakulteti i Shëndetit Publik, në zbatim të rregullores së Departamentit të Infermierisë Neni 52, “Modalitetet për mbrojtjen e diplomës”, ju parashtrojmë kërkesën për dhënien nga ana juaj të lejes etike për kryerjen e një studimi shkencor për mbrojtjen e Diplomës për Masterin Shkencor, e cila duhet të kryhet vetëm me mbrojtje temë diplome.

Vend i studimit: Spitali Rajonal Vlorë.

Titulli i studimit: “Besimet në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamografisë në Spitalin Rajonal Vlorë”- Roli i Infermierit në rritjen e pjesëmarrjes.

Studimi do të jetë i tipit transversal dhe do të përfshijë të gjitha gratë të cilat do të paraqiten në spital për të kryer mamografinë gjatë periudhës së zhvillimit të studimit.

Koha e zhvillimit: Mars - Qershor 2020

Mbledhja e të dhënave: të dhënat do të mblidhen nëpërmjet një pyetësori anonim të hartuar bazuar në Modelin e Besimit në Shëndet.

Në cdo fazë të hartimit dhe zbatimit të studimit, kërkimi do të udhëhiqet nga Parimet etike të Kërkimit Mjekësor që përfshijnë njerëzit si dhe në bazë të deklaratës së Helsinkit dhe Etikës për kërkim të Komunitetit European si dhe të Kodit të Sjelljes për Integritet në Kërkimin Shkencor në Republikën e Shqipërisë. Kërkuesi siguron se në të gjitha fazat e studimit do të respektohen standartet etike për mbrojtjen e jetës, shëndetit, dinjtetit, integritetit, marrjes së vendimeve, privacisë dhe konfidencialitetit të personave të përfshirë në studim. Mbledhja e të dhënave do të fillojë vetëm pasi do të merret leja etike si dhe kur të gjithë individët që do të jenë pjesë e studimit, pasi do të informohen në lidhje me qëllimin e studimit të japin konsentin verbal. Pjesëmarrësit në studim do të informohen në lidhje me llojin e të dhënave që do të mblidhen, kërkuesin, kohëzgjatjen e studimit si dhe përshkrimin e procedurës së mbledhjes së të dhënave. Kërkuesi siguron se do të zhvillojë studimin në përputhje me protokollin e studimit të miratuar nga komitetet përkatëse etike.

Edhe pse leja etike ishte përgatitur për mbledhjen e të dhënave në pacientet të cilat do të paraqiteshin në Spitalin Rajonal Vlorë për të kryer mamografinë gjatë periudhës së kryerjes së studimit, pandemia e COVID-19 nuk e mundësoi realizimin e studimit në grup-popullatën e lartpërmendur. Duke iu përshtatur situatës, mbledhja e të dhënave u krye online duke respektuar të gjitha parimet etike dhe anonimat.

Bashkangjitur keni një përmbledhje të tematikës së studimit dhe planin e punës kërkimore - shkencore

Faleminderit për bashkëpunimin!

Me respekt Adriana Memetaj

11.2. Aneks 2

FLETE INFORMUESE

Përsëritje,

Jam Adriana Memetaj, studente në prag diplomimi (Master Shkencor në Infermieri e Përgjithshme) në Fakultetin e Shëndetit Publik, Universiteti i Vlores "Ismail Qemali".

Jam duke kryer një studim në lidhje me Besimet në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamografisë në Spitalin Rajonal Vlorë (SRV).

Pjesë e studimit do të jenë gratë që paraqiten për kryerjen e mamografisë në S.R.V. Të dhënat do të mbledhen nëpërmjet një pyetësi anonim të vetëadministruar. Ky pyetësor është i ndarë në dy seksione, një që përmban të dhënat socio-demografike dhe një lidhur me perceptimet e grave gjatë kryerjes së mamografisë.

Të dhënat e përfituara pas analizës statistikore do të jenë pjesë e punimit tim për diplomim.

Pjesëmarrja është vullnetare, dhe ju në çdo moment mund të largoheni nga studimi.

Mund të fillojmë nëse ju dëshironi që të përgjigjeni pyetjeve dhe jepni miratimin tuaj me gojë që dëshironi të jepni kontributin tuaj në këtë studim.

Faleminderit për bashkëpunimin!

11.3 ANEKS 3

PYETESORI (Formulari i Vlerësimit)

Kodi i pyetesorit _____

Mamografia dhe faktoret ndikues

Pyetesor Grate e moshes 40 vjec e lart

Mosha _____					
Vendbanimi	Fshatë <input type="checkbox"/>	Qytet <input type="checkbox"/>			
Gjendja civile					
Beqare/e pamartuar ndonjehere	<input type="checkbox"/>	E martuar/bashkejton <input type="checkbox"/>	Tjeter <input type="checkbox"/>		
Kush eshte niveli juaj arsimor					
Arsim 8 vjecar	<input type="checkbox"/>	Arsim i mesem	<input type="checkbox"/>	Arsim i larte	<input type="checkbox"/>
Ne moshe duhet te kryhet mammografia e pare					
40-49	<input type="checkbox"/>	≥ 50	<input type="checkbox"/>		
A ke kryer ndonjehere mammografi?					
Po	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ne qoftese PO sa here:					
1 here	<input type="checkbox"/>	2 here	<input type="checkbox"/>	> 3 here	<input type="checkbox"/>
Me rekomandim te mjekut					
Po	<input type="checkbox"/>	Jo	<input type="checkbox"/>		
Kush pagoi per mamografine					
Vete	<input type="checkbox"/>	Falas	<input type="checkbox"/>		
Sa e ka veshtiresuar situata gjendjen tuaj					
Pak	<input type="checkbox"/>	Njesoj	<input type="checkbox"/>	Shume	<input type="checkbox"/>
A perben problem cmimi I mamografise					
Shume problem	<input type="checkbox"/>	Paksa probleme	<input type="checkbox"/>	Jo problem	<input type="checkbox"/>
Efikaciteti i perceptuar per mamografine					
Shume e sakte	<input type="checkbox"/>	Paksa e sakte	<input type="checkbox"/>	Jo e sakte	<input type="checkbox"/>
E shqetesuar nese zbulon qe ke kancer te gjirit					
Shume e shqetesuar	<input type="checkbox"/>	Paksa e shqetesuar	<input type="checkbox"/>	Jo e shqetesuar	<input type="checkbox"/>
E shqetesuar ne lidhje me bezdin / turpin e egzaminimit					
Shume e bezdisur	<input type="checkbox"/>	Paksa e bezdisur	<input type="checkbox"/>	Jo e bezdisur	<input type="checkbox"/>
Veshtiresi per te siguruar klinike per egzaminim					
Shume e veshtire	<input type="checkbox"/>	Paksa e veshtire	<input type="checkbox"/>	Jo e veshtire	<input type="checkbox"/>
Probleme per te gjetur kohen per egzaminim					
Shume probleme	<input type="checkbox"/>	Paksa probleme	<input type="checkbox"/>	Jo probleme	<input type="checkbox"/>
E shqetesuar ne lidhje me dhimbjen					
Shume e shqetesuar	<input type="checkbox"/>	Paksa e shqetesuar	<input type="checkbox"/>	Jo e shqetesuar	<input type="checkbox"/>
E shqetesuar ne lidhje me ekspozimin ndaj rrezatimit					
Shume e shqetesuar	<input type="checkbox"/>	Paksa e shqetesuar	<input type="checkbox"/>	Jo e shqetesuar	<input type="checkbox"/>

Rezikshmeria e perceptuar per kancerin e gjiritShume e rezikshme Paksa e rezikshme Jo e rezikshme **Shpeshtesia e veteegzaminimit per kancer te gjirit**1 here /muaj 2-3/vit Asnjehere **A ke sigurim shendetesor?**Po Jo **Sa eshte shtuar frika juaj per shkak te shtyrejes se e egzaminimit nga covid -19**Pak Njesoj Shume **A ke historik familjar me kancer te gjirit?(te afert ose te larget)**Po Jo **Per cfare jeni te shqetesuar me shume gjate kesaj periudhe**

Abstrakt

Hyrje:

Vdekshmëria nga kanceri i gjirit është në rënie në shumicën e vendeve me të ardhura të larta. Roli i depistimit të mamografisë në këto rënie është shumë i debatuar. Depistimi ndikon në vdekshmërinë e kancerit përmes uljes së incidencës së numrit të kancereve të përparuar me prognozë të dobët, ndërsa terapitë dhe menaxhimi i pacientit ndikojnë në vdekshmërinë e kancerit përmes uljes së fatalitetit të kancerit.

Qëllimi :

Vlerësimi i besimeve në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave që paraqiten për kryerjen e mamaografisë dhe roli i infermierit në rritjen e pjesëmarrjes

Metodologjia :

Në studimin transversal u përfshin 396 gra që u paraqitën për kryerjen e mamografisë gjatë periudhës së realizimit të studimit, në muajin Mars-Qershor 2020, në Spitalin Rajonal të Vlorës. Përzgjedhja e grave ishte e rastësishme. Për vlerësimin e besimeve në shëndet për kancerin e gjirit dhe perceptime të grave u përdor një pyetësori standart anonim të hartuar bazuar në Modelin e Besimit në Shëndet ,të vetëadministruar. Analiza e të dhënave përfshiu llogaritjen e frekuencave dhe përqindjeve .

Rezultatet:

Në fazën finale u përfshin 396 gra . Mesatarja e moshës së grave pjesëmarrse është 55.08 vjec, moshë më e vogël është 25 vjec dhe moshë më e madhe është 99 vjec. $SD \pm 10.9$. Mbizotëronte niveli arsimor i mesëm . Lidhur me shpëstësin e vetëegzaminimit të gjirit,nga kjo rezultoi 1 here / muaj 55.88 % ,2-3 vite 21.93% dhe anjëherë 22.19%.. Jane paraqitur mendimet e grave pjesëmarrëse se kur duhet të kryhet mamografia e parë .>50 vjec 38.89% , 40-49 vjec 60.86% dhe 40-49 vjec,>50vjec 0.25 . Një rezultat tjetër i rëndësishëm që shikojmë në këtë studim është se u gjend një lidhje statistikore midis vendbanimit të grave edhe variablit e shqetësuar nese zbulon se ke kancer gjiri p <0.001 . 12 janë paraqitur përgjigjet sa efikase e perceptojnë mamografinë ,Nga kjo rezultoi se 7.53% referuan si jo e saktë ,18.55% paksa e saktë dhe 73.92 % shumë e saktë .

Konkluzione:

Një konkluzion i rëndësishëm është arsimi i grave , duhet marrë në vëmendje si çështje pasi asimetria e informacionit çon në kulturë të ulët shëndetësore për shkak të arsimimit të ulët duke dhënë në mënyrë të tillë mos evidentimin në qasjen në depistim ose në perceptimin e rreziqeve të kancerit të gjirit dhe efektivitetit të shqyrtimit

Promocioni shëndetësor për rëndësin e depistimit të hershëm dhe kryerjen e mamografisë dhe në zonat rurale për të rritur pjesëmarrjen e grave që kryejnë mamaografi

Fjalët kyçe: Kanceri i gjirit , mamografi , efikasitet , tendencë, roli infermieror në rritjen e pjesëmarrjes.

Abstract

Introduction:Breast cancer mortality is declining in most high-income countries. The role of mammography screening in these declines is highly debated. Screening affects cancer mortality by reducing the incidence of the number of advanced cancers with poor prognosis, while therapies and patient management affect cancer mortality by reducing cancer fatality.

Purpose :Assessment of health beliefs about breast cancer and perceptions of women presenting for mammography and the role of the nurse in increasing participation

Methodology:The transversal study included 396 women who presented themselves for mammography during the study period, in March-June 2020, at the Vlora Regional Hospital. The selection of women was random. To assess women's beliefs about breast cancer and perceptions, a standard anonymous questionnaire designed based on the Self-administered Health Trust Model. Data analysis included the calculation of frequencies and percentages

Results:396 women were included in the final stage. The average age of the participating women is 55.08 years, the youngest is 25 years old and the oldest is 99 years old. $SD \pm 10.9$. The secondary level of education prevailed. Regarding the frequency of breast self-examination, this resulted 1 time / month 55.88%, 2-3 years 21.93% and sometimes 22.19%. The opinions of the participating women were presented when the first mammogram should be performed.> 50 years old 38.89% , 40-49 years 60.86% and 40-49 years,> 50 years 0.25. Another important result we see in this study is that a statistical correlation was found between women's place of residence and the variable concerned if it detects breast cancer $p < 0.001$. 12 presented the answers how efficiently they perceive mammography. From this it resulted that 7.53% referred as inaccurate, 18.55% slightly accurate and 73.92% very accurate.

Conclusions:An important conclusion is the education of women, it should be taken into consideration as an issue as information asymmetry leads to low health culture due to low education thus giving no evidence in access to screening or perception of cancer risks breastfeeding and screening effectiveness

Health promotion for the importance of early screening and mammography and in rural areas to increase the participation of women who perform mammography

Keywords: Breast cancer, mammography, efficiency, tendency, nursing role in increasing participation.