



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

με Θέμα:

**ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΠΦΥ
ΤΟΥ Ν.ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ, Πτυχιούχος Μαία

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:

**Μεσσήνη Χριστίνα, Λέκτορας Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική
Σχολή Παν/μίου Θεσσαλίας**

ΜΕΛΗ:

**Γκαράς Αντώνιος, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας,
Ιατρική Σχολή Παν/μίου Θεσσαλίας**

**Κούκουρα Ουρανία, Επιμελήτρια Β' Μαιευτικής - Γυναικολογίας,
Ιατρική Σχολή Παν/μίου Θεσσαλίας**

ΛΑΡΙΣΑ 2015

**ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΠΦΥ
ΤΟΥ Ν.ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

**SCREENING CONCERNING CERVICAL CANCER IN
HEALTH UNITS OF COUNTRY OF MAGNESIA**

Χαραλαμπίδου Δέσποινα

Σχολή: Επιστημών Υγείας

Τμήμα: Ιατρικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Λάρισα 2015

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	5
Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
Εισαγωγή – Ιστορική αναδρομή.....	9
1. Δομή και Σημασία του Τραχήλου της Μήτρας.....	11
2. Έννοια και Σημασία της Μετάπλασης Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης..	12
3. Ο καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης..	13
3.1 <i>Επιδημιολογία</i> Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης..	13
3.1.1 Επίπτωση του καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας παγκοσμίως.....	13
3.1.2 Θνησιμότητα του καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας παγκοσμίως.....	14
3.1.3 Οι διαστάσεις του καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας στην Ελλάδα.....	15
3.2 <i>Ταξινόμηση προκαρκινικών αλλοιώσεων αλλοιώσεων του Τραχήλου της Μήτρας</i>	16
3.3 <i>Σταδιοποίηση Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας</i>	18
4. Αιτιολογικοί παράγοντες..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.....	20
5. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης..	21
5.1 <i>Περιγραφή του ιού HPV</i>	21
5.2 <i>Οι τύποι του ιού HPV</i>	22
5.3 <i>Μηχανισμός δράσης του HPV</i>	24
6. Συμπτώματα.....	25

7. Διάγνωση - Διαφορική Διάγνωση.....	25
7.1 Οπτική εξέταση του Τραχήλου της Μήτρας.....	26
7.2 Βιοψία μέσω κολποσκόπησης.....	27
8. Πρόληψη Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας.....	27
8.1 Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.....	27
8.2 Τεστ-Παπανικολάου.....	28
8.3 HPV-DNA testing.....	29
8.4 Εμβολιασμός.....	30
8.4.1 Εμβολιασμός αρρένων.....	31
9.Θεραπεία.....	31
10. Πρόγνωση.....	32
11. Μεθοδολογία.....	33
11.1 Σκοπός.....	33
11.2 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος.....	33
12. Στατιστική Ανάλυση.....	33
13. Αποτελέσματα μελέτης.....	34
14. Συζήτηση.....	66
14.1 Περιορισμοί μελέτης.....	67
15. Συμπεράσματα.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ1 (έντυπο συγκατάθεσης – ερωτηματολόγιο).....	73-74

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως καθώς σε αυτόν οφείλονται περίπου 275.000 θάνατοι γυναικών ετησίως. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τυπικά η νόσος διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια διηθητικού καρκίνου, παρατηρείται η μεγαλύτερη ποσοστιαία ανίχνευση της. Κατά συνέπεια, στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται ετησίως περίπου 300 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ όπως καταγράφεται περίπου οι μισές από αυτές καταλήγουν. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), ο οποίος μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή, καθίσταται ως ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας της νόσου.

Παρά την ύπαρξη του τεστ-Παπανικολάου, ως κύρια αξιόπιστη και εύκολη δοκιμασία διαλογής, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Συνεπώς, η εμπειρία διεθνώς έχει αποδείξει ότι για να υπάρξουν ιδανικά αποτελέσματα ως προς τον περιορισμό της νόσου, απαιτείται πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη. Τέτοιες μορφές πρόληψης συνιστούν το εμβόλιο, που μειώνει την επικινδυνότητα κατά 70%, καθώς και το τεστ-Παπανικολάου. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση του HPV DNA τεστ ως συμπληρωματική εξέταση του τεστ-Παπανικολάου, χρησιμοποιείται για την ανίχνευση στελεχών του ιού και παράλληλα καθορίζει την παρακολούθησή του.

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι η εκμείευση πληροφοριών από ερωτηθείσες γυναίκες σχετικά με τις γνώσεις τους για το τεστ-Παπανικολάου και την συχνότητα διενέργειας του, το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων και την διενέργεια του εμβολίου κατά του HPV, το γυναικολογικό ιστορικό και την σεξουαλική τους συμπεριφορά, μεταξύ άλλων. Επίσης, απώτερος στόχος μας είναι η εκτίμηση του ρόλου του ιατρού και της μαίας στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της νόσου.

Ευχαριστίες,

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου σ' όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της δύσκολης προσπάθειας. Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα Μεσσήνη Χριστίνα, για την αμέριστη και συνεχή βοήθεια, καθοδήγηση και συμπαράσταση που μου προσέφερε. Στον συνάδελφο και φίλο, Τζούνη Θέμη για την καθοδήγησή του και την προθυμία του να μοιραστεί μαζί μου τις γνώσεις του και την ερευνητική του εμπειρία κατά την αρχική διαμόρφωση, το σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας μου. Ακόμη ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στις μαίες: Εμμανουήλ Ελευθερία, Κάκκα Πολυτίμη, Καραγιάννη Μαρία, Μαράκη Ευαγγελία (Π.Ε.Δ.Υ.-Μ.Υ. Βόλου), Καρασαΐνη Κατερίνα (Κ.Υ. Αργαλαστής), Λιάτσικου Ζήνα, Πεσλή Περιστερά, Καραναστάση Εύη (Κ.Υ. Βελεστίου) και Στρούγγη Χρυσάνθη (Κ.Υ. Ζαγοράς) που με την ενεργό συμμετοχή τους με βοήθησαν στην συλλογή των δεδομένων της έρευνας. Τέλος, θέλω να αναγνωρίσω την υποστήριξη που δέχτηκα από τους γονείς μου, τον σύζυγό μου και τα δύο μου τέκνα που με υπέμειναν όλο αυτόν τον καιρό και με βοήθησαν με την θετική τους σκέψη. Σ' όλους αυτούς, λοιπόν, αφιερώνεται η εργασία μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί την δεύτερη συχνότερη κακοήθη νόσο των γυναικών παγκοσμίως. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει σήμερα σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα κυρίως λόγω έλλειψης προγραμμάτων πρόληψης.

Σκοπός: Στην παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνούνται οι γνώσεις των γυναικών του Ν. Μαγνησίας, σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω του τεστ-Παπανικολάου και του εμβολίου έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Επιπλέον θα συνεκτιμήσουμε την συμβολή του υγειονομικού προσωπικού (ιατρού και μαίας) στην προστασία του πληθυσμού μέσω των προσυμπτωματικών ελέγχων.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που διανεμήθηκε σε γυναίκες ηλικίας 18-65 ετών στα σημεία λήψης τεστ-Παπανικολάου σε Κέντρα ΠΦΥ του Ν. Μαγνησίας.

Αποτελέσματα: Έγγαμες ήταν το 71,5%, στην πόλη διέμενε το 70,5% των γυναικών, ενώ μόλις το 35,2% ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Η χρήση προφυλακτικού εμφανίζεται ως η πιο συχνή αντισυλληπτική μέθοδος, ενώ όσο αφορά την πρόληψη έναντι των ΣΜΝ, κατέχει την δεύτερη επιλογή του πληθυσμού στόχου. Χαμηλά είναι τα ποσοστά των γυναικών που διενεργούν συστηματικά τεστ-Παπανικολάου (κάτω του 50%), με σημαντικότερο λόγο μη διενέργειας της εξέτασης την αμέλεια. Η πλειονότητα των γυναικών (70%) εμφανίζονται πρόθυμες να εμβολιαστούν (κατά του HPV ιού) αυτές και οι κόρες τους, όμως μόνο το 47,7% αυτών θα εμβολιάζαν τους υιούς τους. Η ενημέρωση των γυναικών (45%) για τους τρόπους πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας προέρχεται κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας και επιθυμούν να γίνονται περισσότερες ενημερωτικές δράσεις από τους φορείς υγείας.

Συμπέρασμα: Οι γυναίκες υποβάλλονται συστηματικά σε τεστ-Παπανικολάου και εμφανίζονται δεκτικές, να εμβολιαστούν έναντι του ιού του HPV, αυτές και οι κόρες τους αλλά όχι να εμβολιάσουν και τους υιούς τους. Όμως τα ποσοστά αυτά θα αυξηθούν με την ύπαρξη ενός πιο οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με δυνατότητα πρόσκλησης και υπενθύμισης της εξέτασης.

Λέξεις κλειδιά: τράχηλος, καρκίνος, ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων, έλεγχος Παπανικολάου, πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος.

ABSTRACT

Introduction: The cervical cancer is the second most common malignant disease in women worldwide. The cervical cancer is now in a significant morbidity and mortality mainly because of lack of a prevention program.

Purpose: In this diploma thesis we will study the knowledge of women in the county of Magnesia concerning the prevention of cervical cancer by the use of Pap smear and of the vaccination against the human papillomavirus (HPV). Additional consideration will be the contribution of health personnel (doctor and midwife) to protect the population through screenings.

Method: We used an anonymous questionnaire which we distributed to women aged 18-65 in primary health care centers of county of Magnesia.

Results: We observe that 71.5% of all women were married, 70.5% of all women lived in the city, while only 35.2% were graduates of universities / technological institutes. The use of condom appears as the most common method of contraception, and as for prevention against STDs, the use of condom holds the second selection of the target population. Low is the percentage of women who carries out systematic tests-pap (below 50%), with negligence being the most important reason for not conducting the examination. The majority of women (70%) would vaccinate (against the virus of HPV) themselves and their daughters, but only 47.7% of them would choose vaccination of their sons. Information of women (45%) concerning prevention against cervical cancer is done mainly by health professionals and they wish for more informative activities by health care providers.

Conclusion: Women seem to be systematically subjected to Pap smear and appear receptive concerning vaccination of themselves and of their daughters but not of their sons, against HPV virus, But hopefully, these rates will rise with a more organized primary health care system.

Keywords: cervix cancer, human papilloma virus, control smear, population screening.

Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή

Σε μια σύντομη χρονική αναδρομή παρατηρούμε πως έχουν περάσει εκατόν πενήντα χρόνια από την πρώτη αναφορά στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ένας αιώνας από την αναγνώριση των προκαρκινικών αλλοιώσεων και σχεδόν εξήντα χρόνια από την αποδοχή της κυτταρολογίας κατά Παπανικολάου (τεστ-Παπανικολάου) ως μέθοδος για την πρόιμη ανίχνευση τους.

Είναι γεγονός ότι πλήθος ερευνητών έχει ασχοληθεί με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των προκαρκινικών αλλοιώσεων, προτείνοντας ιστολογικές και κυτταρολογικές ταξινομήσεις, στις οποίες στηρίχθηκαν οι μετέπειτα θεραπείες. Στην εξελικτική πορεία των ερευνητικών χρόνων, οι επιστήμονες κατάφεραν να πιστοποιήσουν τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ως έναν αιτιολογικό παράγοντα της νόσου. Η επιβεβαίωση αυτή, όμως, επιστεγάστηκε μεταγενέστερα, κατά τον 20^ο αιώνα, έπειτα από σειρά ερευνών οι οποίες ανέδειξαν την απόλυτη αιτιολογική σύνδεση συγκεκριμένων τύπων HPV με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Κατά συνέπεια, στην προαναφερθείσα σύνδεση εστιάζεται αλλά και αιτιολογείται το τεράστιο ερευνητικό ενδιαφέρον για την κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του μηχανισμού καρκινογένεσης. Σήμερα, όπως είναι γνωστό, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μία νόσος που μπορεί να προληφθεί και σε αυτό έχουν συμβάλει τόσο η πρωτογενής όσο και η δευτερογενής πρόληψη. Ως προς τις μεθόδους πρωτογενούς πρόληψης, ο εμβολιασμός εναντίον συγκεκριμένων τύπων HPV, εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια με μεγάλη επιτυχία. Πρόκειται για το πρώτο εμβόλιο κατά του καρκίνου. Όσο αναφορά τα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης, εξίσου σημαντική είναι και η μέθοδος του μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening test), η οποία στηρίζεται στο «τεστ-Παπανικολάου» αλλά και στο «HPV DNA τεστ», που εφαρμόζεται στις χώρες του δυτικού κόσμου. Συνεπώς, ο συνδυασμός, πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, θεωρείται ότι παρέχει καλύτερα αποτελέσματα στην πρόιμη διάγνωση των προκαρκινικών αλλοιώσεων καθώς και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό 90%.

Στην προσπάθεια βελτίωσης της διαγνωστικής ακρίβειας της κυτταρολογικής εξέτασης του τεστ-Παπανικολάου τα τελευταία χρόνια, εφαρμόστηκε η κυτταρολογία υγρής φάσης (ThinPrep Pap-Test). Η ενέργεια αυτή στηρίχτηκε στην εξέλιξη της τεχνολογίας, και πιο συγκεκριμένα στα μηχανήματα σάρωσης, στα οποία παρατηρείται μικρού βαθμού κυτταρική αλληλοεπικάλυψη. Ωστόσο, η μεγαλύτερη ανακάλυψη ως προς πρόληψη κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σηματοδοτήθηκε κατά τον 21^ο αιώνα με την ανακάλυψη του εμβολίου κατά της νόσου. Η δημιουργία των εμβολίων γενικότερα, έχει καταστεί μια από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις στην ιστορία της Ιατρικής. Η εφαρμογή εμβολιαστικών προγραμμάτων κατάφερε να σταματήσει την εμφάνιση πολλών ασθενειών ή να τροποποιήσει την σοβαρή μορφή άλλων. Το εμβόλιο λοιπόν για τον καρκίνο του

τραχήλου της μήτρας όχι μόνο στήριξε αλλά και συμπλήρωσε τις προϋπάρχουσες μεθόδους πρόληψης της νόσου και κυρίως αυτή του τεστ-Παπανικολάου χωρίς να υποκαταστήσει τις μεθόδους αυτές.

Στόχος της έρευνας αυτής αποτελεί η περαιτέρω μελέτη των μέχρι τώρα γνώσεων και η εφαρμογή των μεθόδων πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από ερωτηθείσες γυναίκες μεταξύ 18-65 ετών, σχετικά με το τεστ-Παπανικολάου και το εμβόλιο κατά του HPV. Ως απώτερο σκοπό της παρούσας έρευνας, θέτουμε την εκτίμηση της συμβολής των επαγγελματιών υγείας στην προστασία του πληθυσμού μέσω των προσυμπτωματικών ελέγχων αλλά και μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Δομή και Λειτουργία του Τραχήλου της Μήτρας

Ο τράχηλος αποτελείται από συνδετικό και ελαστικό ιστό και βρίσκεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, με μήκος περί τα 3cm ενώ η περίμετρος αυτού είναι σχεδόν 2,5cm. Συνδέεται με το σώμα της μήτρας στο ύψος του έσω τραχηλικού στομίου. Μέσω του τραχηλικού σωλήνα, τα σπερματοζώαρια μεταφέρονται από τον κόλπο στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες ώστε να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση. Επίσης, κατά την έμμηνο ρύση, το ενδομήτριο το οποίο αποπίπτει διέρχεται διαμέσου του τραχηλικού σωλήνα από την κοιλότητα της μήτρας στον κόλπο και στη συνέχεια αποβάλλεται από το γυναικείο σώμα.

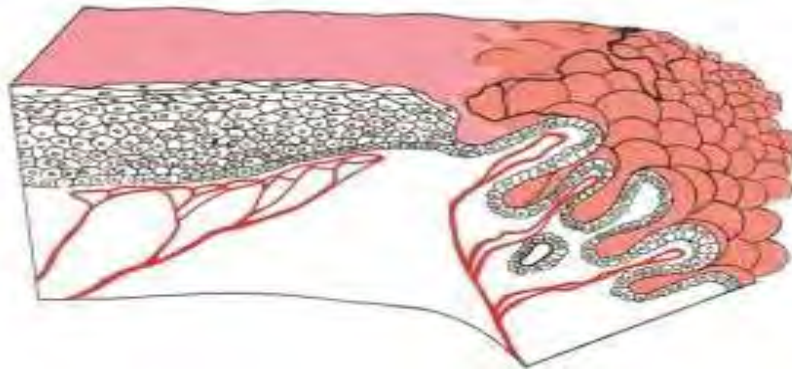
Ως προς τη δομή του, ο τράχηλος αποτελείται από ατρακτοειδούς σχήματος ενδοτραχηλικό σωλήνα ενώ η κυτταρική του επιφάνεια καλύπτεται από μία στοιβάδα κυλινδρικών κυττάρων πασσαλοειδούς διάταξης η οποία ονομάζεται κυλινδρικό ή αδενικό επιθήλιο. Τα κύτταρα της στοιβάδας αυτής είναι βλεννοεκκριτικά με σφαιρικό πυρήνα. Κάτω από τα κύτταρα αυτά βρίσκονται τα εφεδρικά κύτταρα.

(1)

Το τμήμα του τραχήλου το οποίο βρίσκεται στον κόλπο επεκτείνεται μέχρι το έξω τραχηλικό στόμιο και σχηματίζει τον εξωτράχηλο, ο οποίος καλύπτεται από μη-κερατινοποιούμενο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το συγκεκριμένο επιθήλιο είναι ορμονοεξαρτώμενο και παρέχει ένα προστατευτικό κάλυμμα στο κολπικό τμήμα του τραχήλου το οποίο βρίσκεται σε συνέχεια με το πλακώδες επιθήλιο του κόλπου.

Η κυτταρική διαστρωμάτωση του **πλακώδους επιθηλίου** αποτελείται από:

- την παραβασική στοιβάδα, η οποία αποτελείται από κύτταρα σφαιρικού σχήματος με μεγάλο σφαιρικό πυρήνα.
- την ενδιάμεση στοιβάδα (σκαφοειδής): η οποία αποτελείται από κύτταρα προερχόμενα από τη μέση στιβάδα του κολπικού επιθηλίου. Τα κύτταρα αυτά έχουν σχήμα πολυγωνικό με ατρακτοειδούς μορφής πυρήνα.
- Και την επιπολής ή κερατινοποιημένη στοιβάδα: η οποία αποτελείται από μεγάλα πολυεδρικά κύτταρα με μικρό σφαιρικό πυρήνα. (2)



Εικόνα 1: Διακρίνονται οι δύο τύποι επιθηλίων (πολύστιβο πλακώδες, κυλινδρικό) και η συμβολή αυτών.

Πηγή: Μορτάκης Α. Μόλυνση από τους HPV.1999.Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.

Η ταξινόμηση των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων, στον τράχηλο της μήτρας, γίνεται συνυπολογίζοντας ένα επιπλέον κριτήριο, το οποίο αφορά στο κύτταρο από το οποίο προέρχεται η δυσπλαστική αλλοίωση. Έχουμε δηλαδή α) δυσπλασίες με «διαφοροποίηση προς πλακώδες κύτταρο» (squamous cell differentiation) και β) δυσπλασίες με «διαφοροποίηση προς εφεδρικό κύτταρο» (reserve cell differentiation). Οι πρώτες δυσπλασίες αναπτύσσονται στην περιοχή της ζώνης μετάπλασης, όπου παραμένουν εντοπισμένες και προέρχονται από τα βασικά κύτταρα του αναγεννημένου επιθηλίου του εξωτραχήλου. Οι δεύτερες ωστόσο αναπτύσσονται συνήθως πάνω από την ζώνη μετάπλασης, σε οποιοδήποτε σημείο του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου, ενώ συνήθως προϋπάρχει υπερπλασία των εφεδρικών κυττάρων.

Η προαναφερθείσα ταξινόμηση χρίζει μεγάλης κλινικής σημασίας, δεδομένου ότι ο τύπος «με διαφοροποίηση προς εφεδρικό κύτταρο» παρατηρείται συχνότερα σε νέες γυναίκες, έχει ταχύτερη εξέλιξη και συχνά υποτροπιάζει στην περιοχή του ενδοτραχήλου. (3)

2. Έννοια και Σημασία της Μετάπλασης

Μετάπλαση είναι η διαδικασία κατά την οποία ένας πλήρως διαφοροποιημένος τύπος επιθηλίου μετατρέπεται σε έναν άλλο τύπο. Πρόκειται για μια συνηθισμένη προσαρμοστική αλλαγή, η οποία συμβαίνει ως αντίδραση σε έναν μακροχρόνιο ερεθισμό ή σε κάποιο ορμονικό ερέθισμα και τις περισσότερες φορές είναι αναστρέψιμη. Θεωρητικά, ένα μετατρεπόμενο επιθήλιο επιστρέφει στην αρχική του μορφή όταν απομακρυνθεί το ερέθισμα, όμως αυτό δεν καθίσταται πάντα δυνατό. (2,4)

Το πλακώδες και το κυλινδρικό αδενικό επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας συναντώνται στη θέση που ονομάζεται **αδενοπλακώδης συμβολή** (ΑΠΣ squamocolumnar junction), η οποία ποικίλει κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας εξαιτίας των τεκταινόμενων μεταπλαστικών αλλαγών. Έτσι, ενώ πριν την εφηβεία η ΑΠΣ συνήθως βρίσκεται στο έξω-τραχηλικό στόμιο, κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας εξαιτίας της επιδράσεως των οιστρογόνων στις κολλαγόνες

ίνες του τραχήλου, ένα μέρος του κατώτερου ενδοτραχηλικού σωλήνα στρέφεται προς τον εξωτράχηλο, δημιουργώντας τη «ζώνη μεταπτώσεως», την περιοχή, δηλαδή, στην οποία αρχίζει η καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. (2,5)

Η περιοχή που βρίσκεται το επιθήλιο το οποίο έχει υποστεί μετάπλαση, ονομάζεται **ζώνη μετάπλασης** και είναι αρκετά σημαντική γιατί τα κύτταρα της ζώνης αυτής είναι εξαιρετικά ευπαθή ως προς τα καρκινογόνα κύτταρα, ενώ παρατηρείται ότι τα περισσότερα καρκινώματα του τραχήλου αναπτύσσονται στην συγκεκριμένη περιοχή. (2)

3. Ο Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας

Η εμφάνιση της νόσου σηματοδοτείται από την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων σε τμήμα του τραχήλου της μήτρας. Συνήθως οι ιστολογικές μεταβολές στα κύτταρα του τραχήλου εξελίσσονται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (10-15 έτη), και αναφέρονται με τον όρο «δυσπλασία». Προοδευτικά, τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να αυξάνονται και να εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης προς τον ενδοτράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Οι συχνότερες μορφές του είναι: ο **καρκίνος εκ πλακωδών κυττάρων** (75-90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στον εξωτράχηλο, και το **αδενοκαρκίνωμα** (10-15% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στον ενδοτράχηλο. (6)

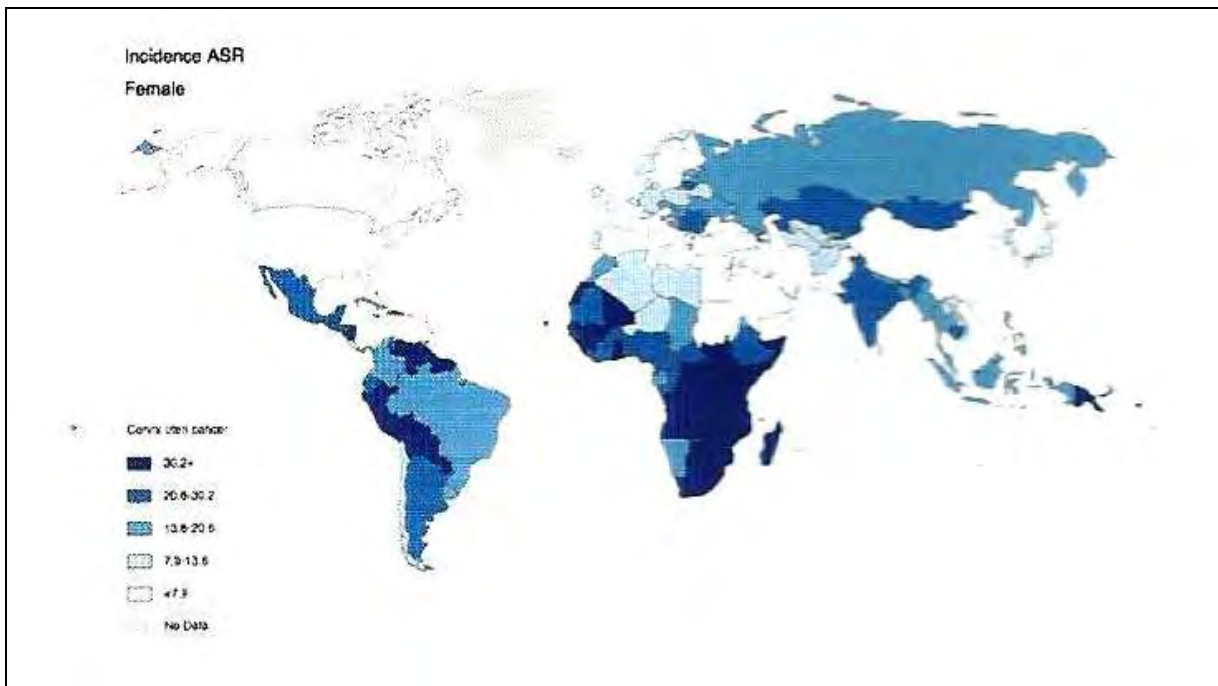
3.1 Επιδημιολογία

3.1.1 Επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως

Ως επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ορίζεται ο αριθμός των νέων καταγεγραμμένων περιστατικών ανά 100.000 άτομα. Πρόκειται παγκοσμίως για την τρίτη πιο συχνή μορφή εμφάνισης καρκίνου σε όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας, και για την δεύτερη σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, στο απόγειο, δηλαδή, της οικογενειακής και επαγγελματικής τους δραστηριότητας. (7) Παγκοσμίως τα νέα περιστατικά της νόσου φθάνουν περίπου τις 527.000/έτος, (8) ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχονται στις 54.000/έτος. (9) Τα υψηλότερα ποσοστά περιστατικών παρατηρήθηκαν σε χώρες κυρίως της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης. (10)

Όπως έχει καταγραφεί το 80% των περιπτώσεων κάθε χρόνο εμφανίζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αιτία εστιάζεται κυρίως στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σ' αυτές, καθώς η δημόσια υγεία είναι αμελητέα και εκλείπουν τα προληπτικά προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου. Κατά συνέπεια, η νόσος ανιχνεύεται μέσω των συμπτωμάτων της σε προχωρημένα στάδια διηθητικού καρκίνου. Ως εκ τούτου, όπως είναι αναμενόμενο, οι χώρες της Αφρικής, της Κεντρικής Αμερικής, της Νότιας Αμερικής και της Καραϊβικής παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση. Αντίθετα,

χαμηλότερα ποσοστά εντοπίζονται στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, την Αυστραλία, τη Μεγάλη Βρετανία, την Φιλανδία και την Ολλανδία. Στις χώρες αυτές, ο συστηματικός και προληπτικός έλεγχος των γυναικών που βρίσκονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου έχει αποδειχτεί ότι συμβάλλει στην χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (7)

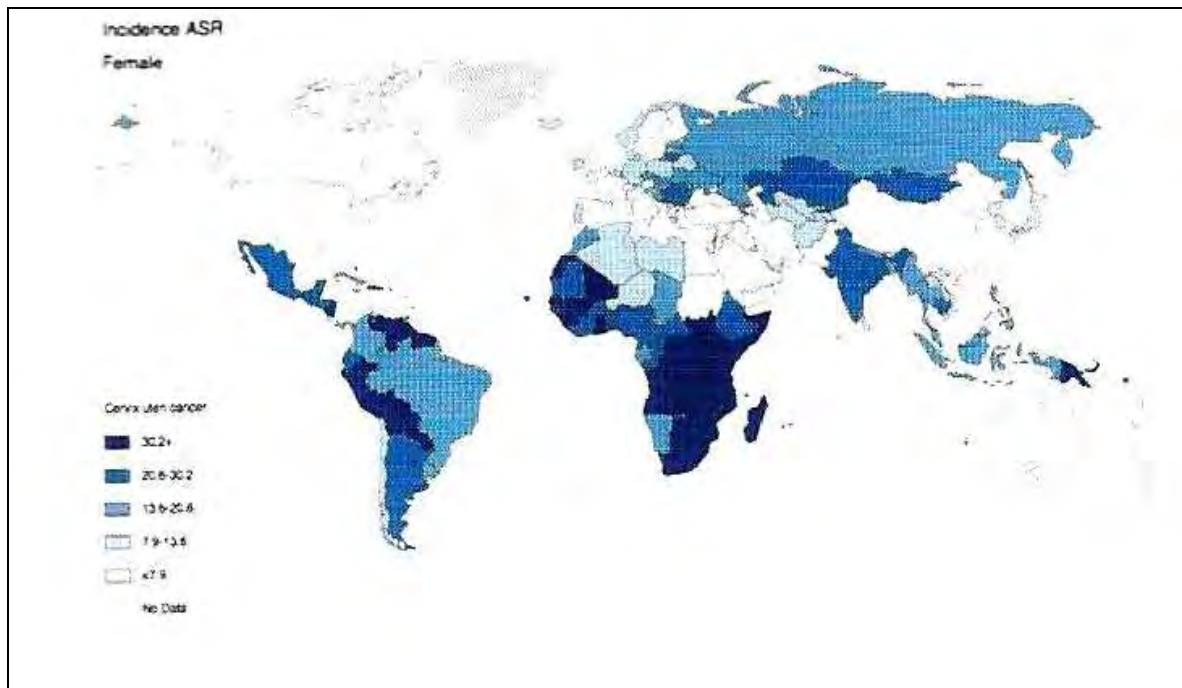


Εικόνα 2: Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (2012)
Πηγή: GLOBOCAN 2012 (IARC)

3.1.2 Θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως

Ως θνησιμότητα, ορίζεται ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά 100.000 άτομα. Πρόκειται παγκοσμίως για την τέταρτη σε σειρά αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο (7) και καταγράφονται περίπου 275.000 θάνατοι/έτος, (8) ενώ στην Ευρώπη ο αριθμός αυτός φθάνει τις 25.000/έτος. (9) Τα υψηλότερα ποσοστά ετήσιας θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αφορούν στη Ρουμανία και στη Λιθουανία (13,7 και 10 ανά 100.000, αντίστοιχα), ενώ τα χαμηλότερα παρατηρούνται στη Φιλανδία (1,1 ανά 100.000). Θα πρέπει να τονίζουμε πως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στα νέα κράτη-μέλη της ΕΕ (στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης). Ωστόσο, η πλειοψηφία των κρατών-μελών της ΕΕ εφαρμόζει κάποιας μορφής προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είτε σε περιφερειακό είτε σε εθνικό επίπεδο. (11,12)

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικού ελέγχου με την εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής διότι μέσω της προαναφερθείσας διαδικασίας διακρίνεται μία απλή και αποτελεσματική δοκιμασία ελέγχου ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται θεραπεία των προκαρκινικών αλλοιώσεων. (13)



Εικόνα 3: Θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (2012)

Πηγή: GLOBOCAN 2012 (IARC)

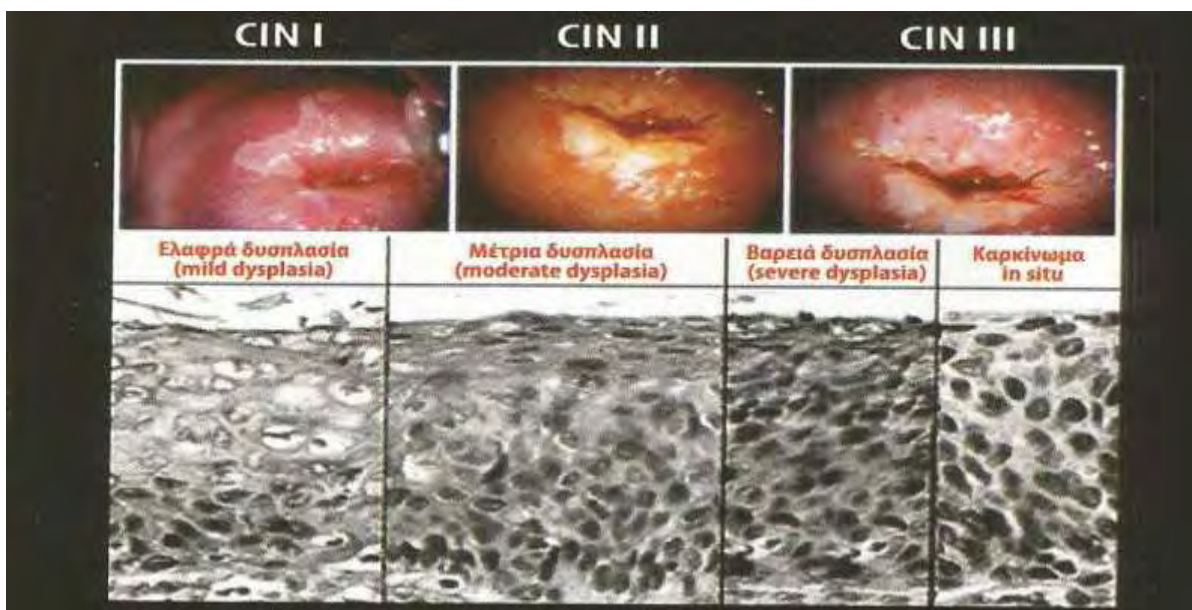
3.1.3 Οι διαστάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα

Καμία μείωση των περιστατικών του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν έχει καταγραφεί στη χώρα μας, τα τελευταία 15 χρόνια. Οι εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2010, δείχνουν ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 307 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 159 πεθαίνουν από τη νόσο. (9) Ενώ οι τελευταίες καταγραφές αναφέρουν ότι τα νέα περιστατικά της νόσου φθάνουν τα 600/έτος και οι θάνατοι τους 250/έτος. (14) Αν και η χώρα μας είναι από τις πρώτες που εφάρμοσε την χρήση του test-Παπανικολάου (1955) στα πλαίσια του προσυμπτωματικού ελέγχου της νόσου, δεν έχει ωστόσο δημιουργηθεί ένα ενιαίο εθνικό πρόγραμμα πρόληψης. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει οργανωμένη πρόληψη και ενημέρωση ενώ εκλείπει ένα αρχείο ερευνητικών δεδομένων.

3.2. Ταξινόμηση προκαρκινικών αλλοιώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Τα δύο είδη καρκίνων τραχήλου της μήτρας που έχουν καταγραφεί και διαχωρίζονται ανάλογα με τον τύπο των κυττάρων από τα οποία προέρχονται είναι: ο καρκίνος από πλακώδη κύτταρα, ο οποίος προκύπτει από το πλακώδες επιθήλιο εμφανίζεται συχνότερα και ο καρκίνος από αδενικά κύτταρα, ο οποίος προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του τραχηλικού επιθηλίου. (15)

Μετά την είσοδο του ιού του HPV από σχισμές που δημιουργούνται στο επιθήλιο, ο ιός μολύνει τη βασική στιβάδα του επιθηλίου. Στη φάση αυτή ο ιός διαιρείται ακολουθώντας τη διαίρεση των βασικών επιθηλιακών κυττάρων αλλά παραμένει σε λανθάνουσα μορφή για κάποιο χρονικό διάστημα και αυτό γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα της γυναίκας ελέγχει την εισβολή. Η διαδικασία αυτή αποτελεί τον κανόνα στις περιπτώσεις μόλυνσης από HPV χαμηλού κινδύνου. Το γεγονός αυτό παρατηρείται και στο 90% των περιπτώσεων μόλυνσης από HPV υψηλού κινδύνου, ενώ στο υπόλοιπο 10%, η φλεγμονή από ογκογόνους HPV, επιμένει ή υποτροπιάζει. Συνεπώς, το ανοσοποιητικό σύστημα αυτών των ασθενών δεν μπορεί να αντισταθμίσει τη δράση του ιού και πλέον τα άτυπα κύτταρα που φλεγμαίνονται από τους HPV, καταλαμβάνουν τα δύο τρίτα και κατόπιν ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου.



Εικόνα 4: Ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας (κολποσκοπική και ιστολογική εικόνα)

Πηγή: Διαμαντής Α. Κονδυλώματα και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. 2008. Αθήνα. Εκδόσεις Καύκας.

Εάν οι αλλοιώσεις περιορίζονται μόνο στις στιβάδες του επιθηλίου (δηλαδή δεν επεκτείνονται κάτω από τη βασική μεμβράνη) χαρακτηρίζονται ως ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες τραχήλου ή Cervical

Intraepithelial Neoplasia (CIN). Εάν τα άτυπα κύτταρα καταλαμβάνουν το κατώτερο ένα τρίτο, τα δύο τρίτα ή και τα τρία τρίτα, τότε έχουμε αλλοιώσεις CIN-1, CIN-2 και CIN-3, αντίστοιχα.(16)

Για να υπάρξει ομοφωνία σε διεθνές επίπεδο στην Κυτταρολογία, συμφωνήθηκε να ακολουθείται το σύστημα **Bethesda**. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, παρουσιάζονται χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις (όλες οι αλλοιώσεις CIN-1, ανεξάρτητα από τον τύπο του ιού από τον οποίο προκλήθηκαν). Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται επίσης και τα οξυτενή κονδυλώματα επειδή κατά κανόνα δεν εξελίσσονται σε καρκίνο. Ωστόσο, οι αλλοιώσεις CIN-2 και CIN-3 ταξινομήθηκαν ως υψηλού βαθμού αλλοιώσεις αφού έχουν σαφώς υψηλή πιθανότητα καρκινογένεσης (ιδίως οι αλλοιώσεις CIN-3) και συνιστάται, συνήθως, η αφαίρεσή τους. Οι διεθνώς χρησιμοποιούμενοι όροι είναι: Low grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) – (χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου) και High grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) – (υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου). (4)

Πίνακας 1: **Κυτταρολογική και Ιστολογική ταξινόμηση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης.**

Κυτταρολογική ταξινόμηση (Bethesda 2001)	Ιστολογική ταξινόμηση (σύστημα CIN κατά Richart)
Φυσιολογικά ευρήματα	φυσιολογικό επιθήλιο
ASC	Ατυπία του πλακώδους επιθηλίου
-ASC-US(άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας)	
-ASC-H[άτυπα πλακώδη κύτταρα όπου δεν μπορεί να αποκλειστεί Υψηλόβαθμη αλλοίωση (HSIL)]	
LSIL (χαμηλόβαθμη πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη)	Αλλοιώσεις ενδεικτικές HPV-λόμωξης
	CIN 1 (ήπια δυσπλασία, παθολογικά κύτταρα στο 1/3 του επιθ.)
HSIL (υψηλόβαθμη πλακώδης ενδοεπιθηλιακή βλάβη)	CIN 2 (μέτρια δυσπλασία, παθολογικά κύτταρα στα 2/3 του επιθ.)
	CIN 3 (σοβαρή δυσπλασία, παθολογικά κύτταρα και επιφανειακότερα από τα 2/3 του επιθηλίου)
AGC (άτυπα αδενικά κύτταρα)	Ατυπία του κυλινδρικού επιθηλίου
AIS (ενδοτραχηλικό αδενοκαρκίνωμα in situ)	Αδενοκαρκίνωμα in situ
Καρκίνος τραχήλου	Διηθητικό καρκίνωμα
-από πλακώδη κύτταρα	-από πλακώδη κύτταρα

Η διαδικασία καρκινογένεσης από τους HPV στον τράχηλο της μήτρας είναι εξαιρετικά χρονοβόρα. Όπως φαίνεται στο παραπάνω σχήμα, συνήθως απαιτεί 10 έως 30 χρόνια από την αρχική μόλυνση με τον HPV υψηλού κινδύνου. Εάν όμως, τα καρκινικά κύτταρα διηθήσουν τη μεμβράνη στη βασική στιβάδα του επιθηλίου (στην αρχή μικροδιήθηση και κατόπιν μαζική διήθηση), εισέρχονται στο χώρο κάτω από το επιθήλιο, όπου υπάρχουν λεμφαγγεία και αιμοφόρα αγγεία. Το επόμενο βήμα είναι να διηθήσουν το τοίχωμα αυτών των αγγείων, να ταξιδέψουν μέσω της λέμφου και του αίματος και να εγκατασταθούν στους λεμφαδένες και σε απομακρυσμένα όργανα (μεταστάσεις). Όταν αναφερόμαστε στον όρο καρκίνος εννοούμε πάντοτε τον διηθητικό καρκίνο. Ο διηθητικός καρκίνος ξεφεύγει από τα όρια της τοπικής νόσου και απειλεί τη ζωή της γυναίκας με μεταστάσεις σε γειτονικά, αλλά και απομακρυσμένα όργανα. (15)

Για όσο χρονικό διάστημα οι αλλοιώσεις περιορίζονται μέσα στο επιθήλιο, ο οργανισμός της γυναίκας – εκτός από το ανοσοποιητικό σύστημα – ενεργοποιεί παράλληλους ογκοκατασταλτικούς μηχανισμούς (pRb, p53 κ.ά.), που σκοπό έχουν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα και να εμποδίσουν τον πολλαπλασιασμό τους. Παρόλα αυτά πρέπει να δημιουργηθεί μεγάλος αριθμός μεταλλάξεων από τη δράση των HPV για να χάσει ο ανθρώπινος οργανισμός τον έλεγχο του. Στην τελική φάση, παρουσιάζεται ανεξέλεγκτη δημιουργία καρκινικών κυττάρων.

Εκτός από το πλακώδες επιθήλιο όμως, **μπορεί να έχουμε καρκινογένεση και στο αδενικό επιθήλιο του τραχήλου** συνυπολογίζοντας ότι η πλειοψηφία των αδενοκαρκινωμάτων στον τράχηλο οφείλονται, επίσης, στους HPV υψηλού κινδύνου (συνήθως HPV-16 και 18). Τα αδενοκαρκινώματα του τραχήλου εμφανίζουν δυσκολίες στην πρόληψή τους και δεν έχουν τη σταδιακή αλληλουχία των αλλοιώσεων που παρουσιάζει το πλακώδες επιθήλιο (CIN-1, 2, 3). Επιπλέον, το αδενικό επιθήλιο του ενδοτραχηλικού σωλήνα δεν δύναται να ελεγχθεί σε όλη του την έκταση με το κολποσκόπιο. Όμως, ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν αλλοιώσεις, αυτές δεν είναι τυπικές και όπως έχει αποδειχθεί μπορεί να διαφύγουν της κολποσκόπησης. Συνεπώς, η αντιμετώπιση τους εξεταστικεύεται και συνιστάται συγκεκριμένος περαιτέρω έλεγχος. Με το διεθνή όρο, Adenocarcinoma In Situ (AIS) περιγράφεται το μη διηθητικό αδενοκαρκίνωμα. (3)

3.3 Σταδιοποίηση καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων - Γυναικολόγων (F.I.G.O) έχει προτείνει ένα σύστημα ταξινόμησης σε στάδια το οποίο είναι γενικά αποδεκτό. Η ταξινόμηση αυτή στηρίζεται βασικά στην

κλινική εξέταση και ονομάζεται «κλινική σταδιοποίηση». Η εξέταση στις ασθενείς γίνεται από έναν ειδικό ή ομάδα ειδικών. Η διαδικασία αυτή είναι ύψιστης σημασίας για τις ασθενείς διότι από αυτήν εξαρτάται η θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Τα ουσιαστικά μειονεκτήματα της «κλινικής σταδιοποίησης» εστιάζονται στην αποτυχία της κλινικής εξέτασης να αποκαλύψει την πραγματική έκταση της νόσου. Η καρκινωματώδης διήθηση των παρατραχηλικών αδένων είναι δυνατόν να μην ψηλαφηθεί ή αντίθετα η φλεγμονώδης πάχυνση και σκληρία των παραμήτριων να αποδοθεί στην νόσο. Η παρουσία και εντόπιση, εξάλλου, διηθητικών λεμφαδένων δεν είναι δυνατό να διαπιστωθεί. (17)

Πίνακας 2: **Στάδια κατά F.I.G.O.**

<i>Προδιηθητικός καρκίνος</i>
<u>Στάδιο 0:</u> Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος ή in situ. Σ' αυτό το στάδιο η νεοπλασματική αλλοίωση αφορά αποκλειστικά τα κύτταρα του επιθηλίου, ενώ το υπόστρωμα είναι υγιές και αφορίζεται από τον άτυπο ιστό με την άθικτη βασική μεμβράνη. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται επίσης σαν δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN-3).
<i>Διηθητικός καρκίνος</i>
<u>Στάδιο I:</u> Ο καρκίνος διηθεί το στρώμα αλλά περιορίζεται στο τράχηλο της μήτρας.
<u>Στάδιο Ia:</u> Μικροσκοπική διήθηση. (βάθος διήθησης $\leq 5\text{mm}$ και πλάτος $\leq 7\text{mm}$) Στάδιο Ia1: Διήθηση στρώματος με βάθος $\leq 3\text{mm}$ και πλάτος $\leq 7\text{mm}$ Στάδιο Ia2: Διήθηση στρώματος με βάθος $> 3\text{mm}$ και $\leq 5\text{mm}$ και πλάτος $\leq 7\text{mm}$
<u>Στάδιο Ib:</u> Εμφανής κλινικά διήθηση του στρώματος. Στάδιο Ib1: Κλινική βλάβη με διαστάσεις $\leq 4\text{cm}$ Στάδιο Ib2: Κλινική βλάβη με διαστάσεις $> 4\text{cm}$
<u>Στάδιο II:</u> Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο. Μπορεί να διηθεί τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριο του. Μπορεί επίσης να διηθεί το παραμήτριο, αλλά να μη φτάνει μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
<u>Στάδιο IIa:</u> Διηθεί τα δύο άνω τριτημόρια του κόλπου αλλά δεν προσβάλλει τα παραμήτρια. Στάδιο IIa1: Κλινική βλάβη $\leq 4\text{cm}$ Στάδιο IIa2: Κλινική βλάβη $> 4\text{cm}$

<u>Στάδιο IIβ:</u> Διήθηση παραμητρίων, όχι όμως του πυελικού τοιχώματος.
<u>Στάδιο III:</u> Ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου ή/και τα παραμήτρια. Στην εξέταση από το ορθό, δεν υπάρχει διάστημα ελεύθερης νόσου μεταξύ της διηθήσεως και του πυελικού τοιχώματος.
<u>Στάδιο IIIα:</u> Προσβολή του κάτω τριτημορίου του κόλπου, χωρίς επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.
<u>Στάδιο IIIβ:</u> Επέκταση της νόσου μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα ή/και υδρονέφρωση ή/και μη λειτουργία του νεφρού λόγω αποφράξεως του ουρητήρα.
<u>Στάδιο IV:</u> Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της πυέλου ή έχει προσβάλλει το βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως ή/και του ορθού.
<u>Στάδιο IVα:</u> Διήθηση του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστεως ή/και του ορθού.
<u>Στάδιο IVβ:</u> Απομακρυσμένες Μεταστάσεις (εκτός πυέλου).

4. Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ο ανθρώπινος ιός των θηλωμάτων (HPV), είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη προδιηθητικών και διηθητικών νεοπλασμάτων διότι έχει συσχετιστεί με >99% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. (18) Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το ιατρικώς αποδεκτό πρότυπο που έχει εγκριθεί από την Αμερικανική Κοινωνία Καρκίνου (American Cancer Society), είναι **ότι η ασθενής πρέπει να έχει μολυνθεί από τον HPV για να αναπτύξει καρκίνο τραχήλου.** (19) Ταυτόχρονα, όμως, η HPV λοίμωξη αποτελεί το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και ανιχνεύεται στο 10% του πληθυσμού παγκοσμίως, με μεγάλες αποκλίσεις βέβαια, ανάλογα με την ηλικία και την γεωγραφική περιοχή. (20)

Σε συνδυασμό με την παρουσία του ιού HPV, ένα πλήθος άλλων παραγόντων σχετίζεται με την εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να συνοψιστούν στα εξής σημεία:

ο **Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο:** Οι γυναίκες που ζουν σε οικονομικά ασθενέστερες περιοχές και ασκούν χειρωνακτικά επαγγέλματα διατρέχουν σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με αυτές που ζουν σε περισσότερο ανεπτυγμένες περιοχές. (21)

ο **Σεξουαλική δραστηριότητα – συμπεριφορά:** Πρόκειται για έναν παράγοντα που διαδραματίζει βασικό ρόλο όσον αφορά στη μετάδοση του ιού HPV και στην έναρξη της διαδικασίας μόλυνσης. Ιδιαίτερα εστιάζουμε στην ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών αλλά και στην συχνή εναλλαγή συντρόφων.

ο Χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων: Πρόκειται για έναν αμφιλεγόμενο παράγοντα που χρήζει ασφαλώς περαιτέρω διερεύνησης. Μετα-ανάλυση έδειξε διπλάσιο κίνδυνο για καρκίνο τραχήλου από πλακώδες αλλά και από αδενοκαρκίνωμα, σε γυναίκες που έκαναν χρήση αντισυλληπτικών για δέκα ή περισσότερα χρόνια. Ο κίνδυνος αυτός είναι ανατρέψιμος και επανέρχεται στα επίπεδα των μη-χρηστών μετά από δέκα χρόνια. (22)

ο Αριθμός τοκετών: Η νεαρή ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τοκετό φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου και για το αδενικό και το πλακώδες καρκίνωμα. (23)

ο Κάπνισμα: Η γενικότερη σχέση καπνίσματος και καρκίνου έχει στοιχειοθετηθεί πολλές φορές. Το κάπνισμα έχει την ιδιότητα να επιταχύνει τη δράση του HPV προκαλώντας εμμένουσες λοιμώξεις και να ελαττώνει την άμυνα του οργανισμού. Ενδεικτικά, σε γυναίκες θετικές για HPV 16/18 που καπνίζουν, η πιθανότητα ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου τραχήλου είναι μεγαλύτερη σε σχέση με γυναίκες που δεν καπνίζουν. (24)

ο Μικρόβια – μικροοργανισμοί: Η διαδικασία της καρκινογένεσης μπορεί να ενισχυθεί από την παρουσία μικροβιακών παραγόντων όπως η τριχομονάδα του κόλπου και τα χλαμύδια. (2)

ο Μη επαρκής λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος: Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται σε άλλες νόσους οι οποίες έχουν καταστήσει το ανοσοποιητικό σύστημα ανεπαρκές να αντιμετωπίσει ακόμα και τύπους του ιού HPV που ανήκουν στις ομάδες χαμηλού κινδύνου (όπως π.χ. ο ιός της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας HIV).

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας της νόσου είναι ο ιός HPV ενώ οι υπόλοιπες αιτίες ενισχύουν τη διαδικασία της καρκινογένεσης. Σε αυτό το πνεύμα, η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία δημιούργησε έναν κατάλογο συμπαραγόντων κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου στον οποίο συμπεριλαμβάνονται το κάπνισμα, η λοίμωξη από τον ιό HIV, η μόλυνση από χλαμύδια, οι σχετιζόμενες με το άγχος διαταραχές, οι παράγοντες διαίτας, η ορμονική αντισύλληψη, οι πολλαπλές κυήσεις, η έκθεση στο ορμονικό φάρμακο diethylstilbestrol (DES) καθώς και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (25)

5. Ο Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV)

5.1. Περιγραφή του ιού HPV

Πρόκειται για έναν μικρό σε μέγεθος επιθηλιότροπο ιό, ο οποίος ανήκει στην οικογένεια Papovaviridae και αποτελείται από ομοιοπολικώς κλειστό, κυκλικό, δίκλωνο DNA που περιβάλλεται από κυβοειδές εικοσαεδρικό πρωτεϊνικό καψίδιο (των 72 καψομεριδίων). Ο ιός HPV στερείται περιβλήματος θέτοντας τον ανθεκτικό σε υψηλές και χαμηλές θερμοκρασίες αλλά και σε λιποδιαλυτές ουσίες (όπως τον αιθέρα και το χλωροφόρμιο). (26)

5.2. Οι τύποι του ιού HPV

Ανάμεσα στους τύπους του ιού των θηλωμάτων του ανθρώπινου οργανισμού υπάρχει μία αξιοσημείωτη ετερογένεια που οφείλουμε να λάβουμε υπόψη. Μέχρι σήμερα, έχει αναλυθεί και προσδιοριστεί πλήρως η DNA αλληλουχία 85 HPV γονότυπων, ενώ περισσότεροι από 120 νέοι HPV τύποι έχουν μερικώς χαρακτηριστεί. (27)

Η πλειοψηφία των νέων HPV τύπων έχει ταυτοποιηθεί με τη χρήση ευαίσθητων μοριακών τεχνικών, όπως αυτή της **αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (PCR)**. Πρόκειται για μια τεχνική που βασίζεται στην ενίσχυση του αριθμού των αντιγράφων του υπάρχοντος ιικού DNA με επαναλαμβανόμενους εκκινητές ώστε να επιτευχθεί η εύκολη ανίχνευσή του. Η τεχνική PCR εφαρμόζεται σε κύτταρα που λαμβάνονται γύρω από τη μεταβατική ζώνη του τραχήλου, από τον εξωτράχηλο και τον ενδοτράχηλο καθώς και σε τραχηλικές βιοψίες φρέσκου ιστού ή μονιμοποιημένου σε παραφίνη. (3)

Το φυλογενετικό δένδρο των HPV αποτελείται από υποομάδες (A, B, C, D, E), με βάση τη σύνθεση του γενετικού τους υλικού. Η μεγαλύτερη υποομάδα (A) αντιπροσωπεύεται από HPV τύπους που προσβάλλουν το επιθήλιο του κατώτερου γεννητικού συστήματος. Περισσότεροι από 40 HPV τύποι ανήκουν σε αυτήν την ομάδα, με κύριο εκπρόσωπο τον HPV 16 και τον 18. (28)

Πίνακας 3: Τύπος HPV ιού Επίπτωση στον ανθρώπινο οργανισμό

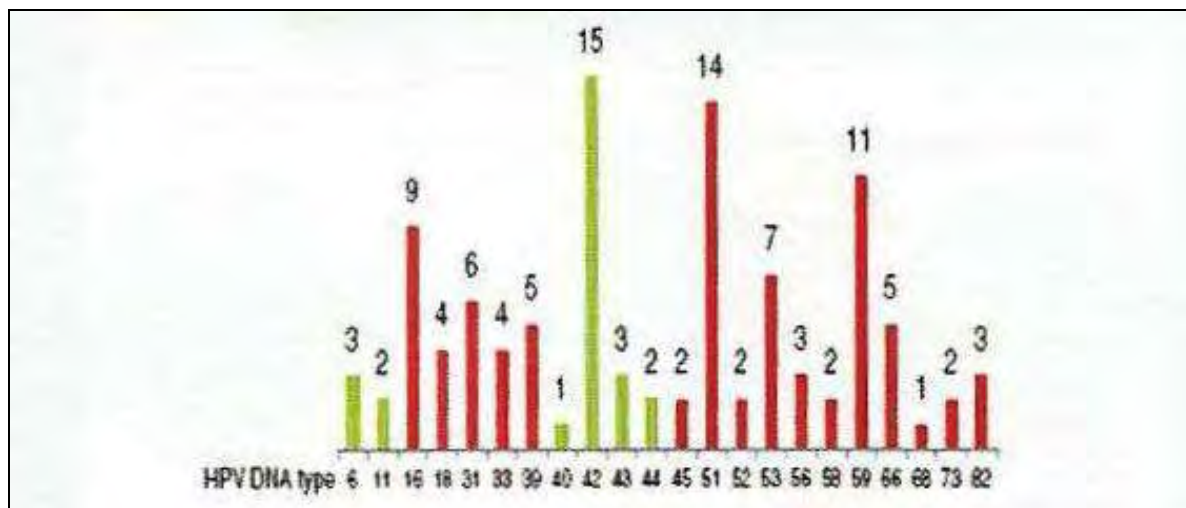
HPV14,7,10,26, 29,41,48,49,57,60,63,85	Δερματικές Μυρμηκίες
HPV 5, 8, 9, 12, 14, 15,17, 19-25, 36, 38, 47,90	Ακροχορδονόμορφη επιδερμοδυσπλασία (Lewandowsky-Lutz) και SCC
HPV 2, 6, 11, 16, 18, 30, 40-42, 44, 45, 54,55, 61	Θηλώματα Πρωκτογεννητικής Χώρας
HPV 16, 18, 31, 33, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 68, 73, 82	Καρκινώματα Πρωκτογεννητικής Χώρας (Υψηλή επικινδυνότητα)

HPV 6, 11, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81	Καρκινώματα Πρωκτογεννητικής Χώρας (Χαμηλή επικινδυνότητα)
HPV 26, 53, 66	Καρκινώματα Πρωκτογεννητικής Χώρας (Πιθανώς υψηλή επικινδυνότητα)
HPV 2, 6, 11, 13, 16, 32	Θηλώματα Ανώτερου Αναπνευστικού και Οφθαλμού

Πίνακας: Αντιστοιχία τύπων ιού HPV και επιπτώσεών τους στον ανθρώπινο οργανισμό

Οι HPV γονότυποι διαφέρουν ως προς την ικανότητά τους να προκαλούν ογκογόνο μετασχηματισμό. Με βάση αυτό το κριτήριο, διακρίνονται κυρίως σε δύο κατηγορίες:

1. Σε τύπους HPV «χαμηλού κινδύνου» (low risk): σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται στελέχη του ιού όπως οι HPV 6, 11, 42, 43, 44, 54, 61, 62, 71, 72, 81, 83, 84 και 89, οι οποίοι ανιχνεύονται κυρίως στα εξωφυτικά οξυτενή κονδυλώματα (condyloma acuminatum), σε επίπεδα κονδυλώματα (condyloma planum) και σε χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου (LSIL).
2. Σε τύπους HPV «υψηλού κινδύνου» (high risk): σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται στελέχη του ιού όπως οι HPV 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 73, 82 και 85, οι οποίοι ανιχνεύονται κυρίως σε υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου (HSIL), καθώς και στην πλειονότητα των διηθητικών καρκινωμάτων. Ορισμένοι τύποι HPV αυτής της κατηγορίας, όπως οι HPV 31, 33, 35, 51 και 52, κατατάσσονταν από κάποιους επιστήμονες, ως τύποι HPV «ενδιάμεσου κινδύνου» (intermediate risk) λόγω της μικρότερης επικράτησής τους σε καρκινώματα από ότι σε πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις χαμηλού ή υψηλού κινδύνου. (2)



Εικόνα 5: Συχνότητα εμφάνισης της HPV λοίμωξης σε εφήβους στην Ελλάδα

Πηγή: Michala L, Argyri E, Tsimplaki E, et al. Human Papilloma Virus infection in sexually active adolescent girls. Gynecol Oncol. 2012 Aug;126(2):207-10.

5.3. Μηχανισμός δράσης του ιού HPV

Αρχικά, η σύνδεση του ιού με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στο ότι οι γεννητικοί HPV ιοί προκαλούν αλλοιώσεις στα κύτταρα της ζώνης μετάπτωσης του τραχήλου. Ο μολυσματικός κύκλος του HPV ξεκινάει με την είσοδο και εγκατάσταση του ιού διαμέσου του τραυματισμένου επιθηλίου. Το γεγονός αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με την σεξουαλική επαφή, είτε με τον αυτοενοφθαλμισμό (κυρίως με την χρήση των δακτύλων) ή ακόμη και με κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. Παρόλο που στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη είναι παροδική και ασυμπτωματική, το 10% των περιπτώσεων λοίμωξης με στελέχη υψηλού κινδύνου και με επίμονη λοίμωξη, μπορεί μετά από καιρό (5-10 χρόνια) να οδηγήσει σε προκαρκινικές βλάβες από τις οποίες μία μειοψηφία θα εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο. (29)

Προκειμένου, λοιπόν, να μολύνει το κύτταρο-στόχο, ο ιός προσκολλάται σε ειδικούς επιφανειακούς κυτταρικούς υποδοχείς. Ακολούθως, το DNA του ιού ενσωματώνεται με το DNA του ξενιστή, ακολουθώντας τη διαδικασία μεταγραφής και μετάφρασης του κύτταρου-ξενιστή και έχοντας ως αποτέλεσμα την επέκταση της διάρκειας ζωής του ιού. Το ιικό DNA, δηλαδή, πολλαπλασιάζεται χρησιμοποιώντας το μηχανισμό της DNA αντιγραφής του κυττάρου-ξενιστή. Στη συνέχεια, η μόλυνση επεκτείνεται καθώς η βασική στιβάδα των επιθηλιακών διαφοροποιείται, και ως εκ τούτου, ο ιός κινείται προς τα ανώτερα στρώματα του επιθηλίου. Στα διαφοροποιημένα όμως κερατινοκύτταρα, ο ιός πολλαπλασιάζει το DNA του σε ένα μεγάλο αριθμό αντιγράφων, συνθέτει καμψιακές πρωτεΐνες και τελικά προκαλεί την πλήρη συγκρότηση των ιικών σωματιδίων του.

Η αποδοτική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού τύπων του ιού χωρίς να προκαλέσουν καρκίνο. (3)

6. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σχετίζονται άμεσα με το στάδιο της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, στα αρχικά στάδια η νόσος είναι ασυμπτωματική, γεγονός που συνεπάγεται την πιθανή εξέλιξή της χωρίς να γίνει αντιληπτή για σημαντικό χρονικό διάστημα. Σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα όπως, ανεξήγητη κοιλιακή αιμορραγία, ή/και διαταραχές από το ουροποιητικό σύστημα. Μπορεί να παρατηρηθούν **μεταστάσεις** στην κοιλιακή χώρα ή/και απομακρυσμένες μεταστάσεις όπως στους πνεύμονες, στα οστά καθώς και σε άλλα όργανα του σώματος. Πιθανά συμπτώματα του προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνουν: απώλεια βάρους, κόπωση, πυελικό άλγος, οσφυαλγία, άλγος στα κάτω άκρα, οιδήματα, ακατάσχετη κοιλιακή αιμορραγία. Επιπρόσθετα το άλγος στον προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται χαμηλά στην πύελο και προς την ιερά περιοχή και μπορεί να επεκτείνεται κατά μήκος του ισχιακού νεύρου και των κάτω άκρων. (30,31)

7. Διάγνωση- Διαφορική διάγνωση

Η ιστολογική εξέταση, η κολποσκόπηση και η κυτταρολογική εξέταση, αποτελούν τις μεθόδους πρόληψης για τη διάγνωση των αλλοιώσεων του τραχήλου. Τα τελευταία χρόνια μόνο το ¼ των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να διαγνωσθεί έγκαιρα αλλά είναι πλέον δυνατό να διαγνωστούν προκαρκινικές αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου πολύ νωρίτερα από την πιθανή εξέλιξη τους σε καρκίνο. Η προαναφερθείσα δυνατότητα διάγνωσης πραγματοποιήθηκε λόγω της εισαγωγής και εφαρμογής του μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening) στις χώρες του δυτικού κόσμου, με την εξέταση του τεστ-Παπανικολάου που συνεπάγεται τη μείωση επίπτωσης και θνησιμότητας της νόσου. Εφόσον το screening οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα, τότε ακολουθείται η διαδικασία διαλογής (triage). Το triage αναφέρεται στην αντιμετώπιση της κάθε ασθενούς ως ξεχωριστό περιστατικό, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τόσο τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων όσο και ένα πλήθος προσωπικών στοιχείων όπως για παράδειγμα την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το ιατρικό ιστορικό και τους ψυχολογικούς παράγοντες.

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι κατά βάση κλινική. Σε αρχικό στάδιο, δηλαδή στο στάδιο 0, η κλινική διάγνωση πρέπει να επιβεβαιώνεται με ιστολογική εξέταση τεμαχιδίων του όγκου που λαμβάνονται με ειδική λαβίδα βιοψίας κατά τη διάρκεια της

κολποσκόπησης. Εφόσον είναι εφικτό, τα δείγματα των ιστών καλό είναι να είναι επί υγείων ορίων. Τα όρια της βλάβης μπορούν να προσδιοριστούν με την οπτική επισκόπηση η οποία πραγματοποιείται είτε με χρήση (επίχριση) οξικού οξέως κατά την οποία ανιχνεύονται λευκά σημάδια στις ύποπτες περιοχές είτε με την χρήση διαλύματος Lugol. Εάν υπάρχει υποψία βλάβης των αδενικών κυττάρων, διενεργείται επιπλέον και διαγνωστική κλασματική απόξεση.

Όταν οριστικοποιηθεί η διάγνωση, οι εξετάσεις της ασθενούς συνεχίζονται με σκοπό να προσδιορισθεί η έκταση της νόσου αφενός, και αφετέρου να εκτιμηθεί η ανοχή της στη θεραπευτική αγωγή. Από τις εργαστηριακές, παρακλινικές και ακτινολογικές εξετάσεις αναφέρονται οι εξής: η γενική εξέταση αίματος, ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, της ουρίας, της κρεατινίνης του ορού, οι ηπατικές δοκιμασίες (προσβολή του ήπατος), η πήξη του αίματος, ο χρόνος προθρομβίνης, ο χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης, οι καρκινικοί δείκτες, η κυστεοσκόπηση, η πρωκτοσκόπηση, η ακτινογραφία θώρακος (πνευμονικές μεταστάσεις), η ενδοφλέβια ουρογραφία (απόφραξη ουρητήρων), η αξονική ή μαγνητική τομογραφία (CT, MRI) (δηλαδή απόφραξη ουρητήρων, διογκωμένοι λεμφαδένες, μάζες εκτός κοιλότητας μήτρας) και κολονοσκόπηση για έλεγχο της βατότητας του παχέος εντέρου.

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνεται από την τραχηλίτιδα, τη φυματίωση (όταν υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων), το συφιλιδικό έλκος (σκληρή και διηθημένη εξέλκωση) και από τους πολύποδες του τραχήλου. (15)

7.1 Οπτική εξέταση του τραχήλου της μήτρας

Η οπτική εξέταση του τραχήλου της μήτρας είναι μια απλή εξέταση, η οποία βασίζεται στον εντοπισμό αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας δια «γυμνού οφθαλμού». Πάντα συνίσταται και κολποσκοπική εξέταση.

Από τη μία πλευρά, τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης εξέτασης παρουσιάζονται η ευκολία εφαρμογής από πλήθος επαγγελματιών υγείας, η μικρή χρονική διάρκεια εφαρμογής της, το χαμηλό της κόστος (δεν απαιτεί ειδικό εξοπλισμό, επιλέγεται σε χώρες με χαμηλούς πόρους), αλλά το σημαντικότερο όλων είναι η υψηλή ευαισθησία (sensitivity) που παρουσιάζει. Σε μελέτες, αποδείχτηκε ότι εκπαιδευόμενοι ιατροί εντόπισαν με ορθότητα από 45% ως και 79% των γυναικών με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου. Από την άλλη, στα μειονεκτήματα της μεθόδου συμπεριλαμβάνονται η χαμηλή ειδικότητα (specificity) και η εξάρτησή της από την υποκειμενικότητα του ατόμου που διενεργεί την εξέταση. (32,33)

7.2 Βιοψία μέσω κολποσκόπησης

Ο ρόλος της κολποσκόπησης είναι ο ανατομικός καθορισμός της επιθηλιακής βλάβης και η αρχική εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου. Για την υλοποίησή της από το γυναικολόγο ιατρό χρησιμοποιείται το κολποσκόπιο, το οποίο μέσω ενός ειδικού μικροσκοπίου και μιας κατάλληλα προσαρτημένης μηχανής μαγνητοσκόπησης διευρύνει έως και 40 φορές το οπτικό πεδίο επιτρέποντας έτσι:

- τον προσδιορισμό τυχόν ανώμαλων περιοχών, οι οποίες δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτές με γυμνό μάτι και
- το σαφή προσδιορισμό της περιοχής που θα γίνει η βιοψία και την πραγματοποίησή της, με αποτέλεσμα την επιβεβαίωση της κυτταρολογικής εξέτασης.

Στον έλεγχο της περιοχής του τραχήλου βοηθάει η εφαρμογή διαλύματος οξικού οξέος (3-5%) ή διαλύματος Lugol ενώ τα αποτελέσματα τα βλέπει ο ιατρός, ένα λεπτό μετά, με την βοήθεια του κολποσκοπίου. Στην πρώτη περίπτωση το τεστ θεωρείται ως θετικό εφόσον ανιχνευτούν λευκάζουσες περιοχές κοντά στην αδενοπλάκωδη συμβολή, ενώ στην δεύτερη περίπτωση το τεστ κρίνεται ως θετικό εφόσον προκύπτει από την ανίχνευση πρασινοκίτρινων περιοχών. Βασικό πλεονέκτημα των μεθόδων αυτών είναι τα άμεσα αποτελέσματα.

Η συστηματική, βήμα προς βήμα, εκτέλεση της κολποσκοπικής εξέτασης βοηθά τον ιατρό να αποφύγει διαγνωστικά λάθη. Η κολποσκόπηση εξακολουθεί και σήμερα να θεωρείται η πλέον δοκιμασμένη μέθοδος για την πρόληψη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (3,34,35)

8. Πρόληψη Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας

Όσον αφορά το ζητούμενο της πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αυτό μπορεί να διαιρεθεί σε δύο βασικές κατηγορίες. Αρχικά την πρωτογενή πρόληψη όπου συμπεριλαμβάνονται όλες τις δυνατές δράσεις για την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εκδήλωσης της νόσου και έπειτα τη δευτερογενή πρόληψη, η οποία αφορά στο συστηματικό προληπτικό πληθυσμιακό έλεγχο (screening) των γυναικών και τις χρησιμοποιούμενες ιατρικές μεθόδους.

8.1 Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening)

Οι διάφορες μορφές ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας (CIN) αποτελούν ευρύτατο πρόβλημα της δημόσιας υγείας στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιαίτερα σε αυτά της Ανατολικής Ευρώπης. Για τον λόγο αυτό, η εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη

μορφή πρόληψης της νόσου με την εφαρμογή της απλής, σύντομης και αποτελεσματικής μεθόδου λήψης και εξέτασης κολπικού επιχρίσματος (τεστ-Παπανικολάου). Κατά συνέπεια, ο ευκαιριακός έλεγχος πρέπει να αποφεύγεται.

Κατ' επέκταση, στα πλαίσια του ελέγχου αυτού, δημιουργήθηκε σχετική επιτροπή ειδικών που είχε ως στόχο την διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) των προγραμμάτων διαλογής. Η επιτροπή αυτή, πρότεινε δείκτες λειτουργικότητας (performance indicators) για προγράμματα που θα λειτουργούν σε περιφερειακό (νομαρχιακό) ή εθνικό επίπεδο καθώς και σε πληθυσμιακές ομάδες όπου μπορεί να εφαρμοστεί δοκιμασία ελέγχου για τον ιό HPV. Ακόμη αναφέρεται ότι για την πιστοποίηση και εκπαίδευση του προσωπικού του κυτταρολογικού και παθολογοανατομικού εργαστηρίου, συστήνονται συγκεκριμένες οδηγίες όσον αφορά στην κολποσκόπηση και τη διαχείριση των θετικών περιπτώσεων. (3)

Οι συστάσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου αποτελούν μια δέσμευση σε επίπεδο ΕΕ με σκοπό την πρακτική ανάληψη δράσεων για τη μείωση της εν λόγω απειλής προς όφελος φυσικά των μεμονωμένων πολιτών και των οικογενειών τους αλλά και της κοινωνίας συνολικά. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε όμως πως η πορεία ενός προγράμματος διαλογής απαιτεί διαρκή επικοινωνία μεταξύ του πληθυσμού-στόχου, των λειτουργών υγείας και του συστήματος υγείας.

8.2 Τεστ- Παπανικολάου

Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα επιδημιολογικά δεδομένα, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που υποβάλλονται συστηματικά σε έλεγχο με τεστ-Παπανικολάου είναι κατά πολύ μικρότερος του 1%, ενώ σε γυναίκες που δεν έχουν υποβληθεί ποτέ στη ζωή τους σε προληπτικό έλεγχο ξεπερνά το 2,5%. (36) Τέλος, γυναίκες που κάνουν τεστ-Παπανικολάου κάθε δέκα χρόνια έχουν κατά 10 φορές υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με αυτές που υποβάλλονται ετησίως σε προληπτικό έλεγχο. (37)

Επίσης, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα κυτταρολογικά δείγματα θα πρέπει να λαμβάνονται κάτω από ειδικές προϋποθέσεις. Αρχικά θα πρέπει να αποφεύγεται η δειγματοληψία κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως. Ιδανικά η λήψη θα πρέπει να γίνεται 7^η με 10^η μέρα μετά την έμμηνο ρύση. Επιπλέον, απαιτούνται σαρανταοκτώ τουλάχιστον ώρες πριν τη λήψη του τεστ-Παπανικολάου κατά τις οποίες οι γυναίκες πρέπει να αποφεύγουν τις κολπικές πλύσεις, τη χρήση κολπικών αντισυλληπτικών ή κολπικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, ενώ το βράδυ της προηγούμενης μέρας θα πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή. Σε γυναίκες στη περίοδο της λοχείας, η λήψη τεστ-Παπανικολάου θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, για λόγους που σχετίζονται με την ιστολογικά αναδόμηση του τραχήλου. Στην περίπτωση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών με προηγούμενη κυτταρολογική εξέταση, η έκθεση της οποίας αναφέρει εικόνα ατροφικής

κολπίτιδας ή ακόμη και απουσία ενδοτραχηλικών κυττάρων, έχει θεωρηθεί σκόπιμη η εφαρμογή κολπικής κρέμας οιστρογόνων για τρεις εβδομάδες πριν τη λήψη τεστ-Παπανικολάου. (3)

Ως προς την διαδικασία, η συμβατική της μορφή περιλαμβάνει την απλή διαδικασία της απομάκρυνσης ενός δείγματος επιθηλιακών κυττάρων από την επιφάνεια του τραχήλου χρησιμοποιώντας σπάτουλα ή ένα ειδικό βουρτσάκι. Τα κύτταρα, στη συνέχεια, τοποθετούνται σε αντικειμενοφόρο πλάκα και η μονιμοποίησή τους γίνεται με χρήση σπρέι ή διαλύματος αλκοόλης για να εξεταστούν στη συνέχεια στο μικροσκόπιο.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται η **Κυτταρολογία Υγρής Φάσης (LBC-Liquid Based Cytology)** για την προετοιμασία του επιχρίσματος κατά την οποία συλλέγονται πλακώδη και αδενικά κύτταρα ταυτόχρονα. (2) Η LBC έχει το πλεονέκτημα της καταλληλότητας για επιπρόσθετα HPV test και της μείωσης των ανεπαρκών δειγμάτων από το 4,1% στο 2,6%. Τα κύτταρα αυτά συλλέγονται σε κατάλληλο φιαλίδιο με υγρό συντήρησης, το οποίο τοποθετείται σε ειδικό μηχάνημα ενώ η επίστρωση των κυττάρων γίνεται αυτόματα σε μονή στοιβάδα ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα αλληλοεπικάλυψης. Το υπόλοιπο υλικό του φιαλιδίου είναι διαθέσιμο για εφαρμογή περαιτέρω διαγνωστικών τεχνικών που πιθανώς θα χρειασθούν για την περαιτέρω αποσαφήνιση της διάγνωσης. (38) Η κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων του τεστ-Παπανικολάου, βασίζεται στο αναθεωρημένο σύστημα Bethesda (2001), το οποίο αναλύθηκε παραπάνω.

8.3 HPV-DNA testing

Με την ανακάλυψη της αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και στον καρκίνο του τραχήλου, παρατηρήθηκε στροφή του ερευνητικού ενδιαφέροντος προς την αξιολόγηση της εξέτασης για την ανίχνευση του DNA των υψηλού κινδύνου τύπων HPV (HPV testing) ως μέσου πρόληψης του καρκίνου και των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών.

Οι πιθανές κλινικές εφαρμογές του HPV-τεστ είναι πέντε:

- Ως μέθοδος διαλογής των χαμηλόβαθμων κυτταρολογικών αλλοιώσεων (ASCUS, LSIL), ώστε να μειωθεί ο αριθμός των παραπομπών για κολποσκόπηση χωρίς ιδιαίτερη απώλεια ευαισθησίας.
- Ως μέθοδος διερεύνησης των γυναικών με επίχρισμα κατηγορίας AGC-NOS. Η αξιοπιστία του test στην περίπτωση αυτή εντοπίζεται στην περαιτέρω διερεύνηση γυναικών, στις οποίες δεν έχει εντοπιστεί νόσος κατά την αρχική εκτίμηση.
- Ως μέθοδος παρακολούθησης μετά από αφαιρετική ή καταστροφική θεραπεία για CIN. Σ' αυτήν την περίπτωση το test ανιχνεύει ταχύτερα τις υποτροπές της νόσου απ' ότι το τεστ-Παπανικολάου. (39)
- Ως πρωτογενής μέθοδος μαζικού ελέγχου του γενικού πληθυσμού, ώστε να συμπεριληφθεί το HPV-test στον κυτταρολογικό προληπτικό έλεγχο σε γυναίκες άνω των 30.

- Ως μέθοδος παρακολούθησης γυναικών που έχουν εμβολιαστεί κατά του HPV, ώστε να τροποποιηθεί το πρόγραμμα μαζικού ελέγχου αυτού του πληθυσμού. Απ' ότι γίνεται σαφές, σε αρκετά μεγάλα μεσοδιαστήματα (έως κα 5 έτη), η χρήση του HPV-test είναι ενδεδειγμένη στην παρακολούθηση εμβολιασμένων γυναικών. (3)

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα λέγαμε ότι ο πληθυσμιακός έλεγχος για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που βασίζεται στην ανίχνευση του HPV DNA των υψηλού κινδύνου τύπων του ιού, φαίνεται ότι είναι πιο ακριβής σε σχέση με το τεστ-Παπανικολάου. (40)

8.4 Εμβολιασμός

Ο εμβολιασμός αποτελεί την πιο σημαντική μέθοδο πρωτογενούς πρόληψης. Στις μέρες μας, κυκλοφορούν δύο εμβόλια κατά του ιού HPV, τα οποία προσφέρουν προστασία από συγκεκριμένα στελέχη HPV. Το τετραδύναμο εμβόλιο για τους τύπους HPV 6,11,16 και 18 αδειοδοτήθηκε το 2006 από την Αμερικανική Υπηρεσία Διατροφής και Φαρμάκων και την Ευρωπαϊκή Ιατρική Υπηρεσία και προορίζεται έκτοτε για νεαρές γυναίκες ηλικίας 9-26 ετών. Επιπλέον, το 2007 αδειοδοτήθηκε από τους ίδιους φορείς η κυκλοφορία του διδύναμου εμβολίου έτερης φαρμακευτικής εταιρείας για τους τύπους HPV 16 και 18, το οποίο απευθύνεται σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 10-25 ετών. Ο πλήρης εμβολιασμός περιλαμβάνει τρεις δόσεις, ενώ η πλήρης προστασία παρέχεται ένα μήνα μετά τη χορήγηση της τρίτης δόσης. Καθώς η επίπτωση μόλυνσης με τον ιό HPV είναι πολύ υψηλή στις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, ενδείκνυται ο προληπτικός εμβολιασμός να γίνεται πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. (41) Η μεγαλύτερη επίπτωση της μόλυνσης με τον ιό παρατηρείται στις ηλικίες 16-20 ετών, με ηλικία μέγιστης επίπτωσης τα 18 έτη . (42)

Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού συμβάλει στην πρόληψη εμφάνισης καρκινικών αλλοιώσεων που ενδεχομένως να οφείλονται σε άλλους τύπους HPV λόγω της διασταυρούμενης ανοσίας που παρέχουν τα εμβόλια. Στις περιπτώσεις όπου προϋπάρχει σεξουαλική δραστηριότητα σε γυναίκες ηλικίας 10-26 ετών ή σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, μπορεί κατά την κρίση του ιατρού να γίνει έλεγχος για HPV DNA typing. Ο έλεγχος αυτός επιτυγχάνεται προκειμένου να καθοριστεί ο HPV τύπος πριν τη χορήγηση του εμβολίου, μολονότι οι επίσημες οδηγίες δεν θεωρούν την πρακτική αυτή απαραίτητη σε καθημερινή εφαρμογή. Το σίγουρο είναι ότι τα εμβόλια που έχουν παρασκευαστεί μέχρι σήμερα είναι προφυλακτικά και όχι θεραπευτικά, δηλαδή αφορούν στην προστασία των γυναικών που δεν έχουν ακόμη μολυνθεί από τους τύπους του ιού από τους οποίους προστατεύουν και όχι στη θεραπεία πιθανής μόλυνσης από τον ιό.

Ως προς τις παρενέργειες των εμβολίων, αυτές μπορεί να παρουσιάσουν πόνο στην περιοχή χορήγησης, κνησμό, ναυτία, αλλά και υψηλό πυρετό ή αλλεργικές αντιδράσεις, όπως δύσπνοια και εμφάνιση εξανθήματος σε μερικές περιπτώσεις. Σε μικρότερο ποσοστό καταγραφών έχουν αναφερθεί παράλυση, γνωστό ως το σύνδρομο Guillain-Barré, ή επιληπτικοί σπασμοί. Ωστόσο, πρόσφατες

αναφορές σχετικά με την ασφάλεια της χορήγησης του εμβολίου HPV δεν συνδέουν άμεσα καμία σοβαρή παρενέργεια με τη χορήγηση του εμβολίου, και συνεπώς θα πρέπει να θεωρείται όχι μόνο αποτελεσματικό αλλά και ασφαλές. (3)

Υπολογίζεται ότι η αποτελεσματική χρήση εμβολίου για τους τύπους HPV 16 και 18 προλαμβάνει την εμφάνιση του 70% των νέων περιπτώσεων τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. (43) Επίσης, η εφαρμογή πληθυσμιακού ελέγχου (HPV-DNA test) σε γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω και με συχνότητα ανά 5 έτη, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου κατά 67%, η οποία μπορεί να αυξηθεί σε 87% με τη χορήγηση του εμβολίου για HPV 16 και 18. Συγκεντρωτικά λοιπόν, η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού υπολογίζεται σε 80%. (44) Συνέπεια όλων αυτών είναι η συμπληρωματική εφαρμογή και των δύο μεθόδων, δηλαδή του προληπτικού εμβολιασμού και των προγραμμάτων διαλογής, ώστε να υπάρξει η μέγιστη προστασία έναντι της εμφάνισης της νόσου.

8.4.1 Εμβολιασμός αρρένων

Δεδομένου ότι η μόλυνση με τον ιό HPV πραγματοποιείται κυρίως δια της σεξουαλικής επαφής, ο εμβολιασμός των ανδρών μπορεί να οδηγήσει στην πρόληψη της μόλυνσης των γυναικών, αυξάνοντας την ανοσία του πληθυσμού (herb immunity). Η χρησιμότητα πάντως της εφαρμογής προγραμμάτων εμβολιασμού των ανδρών εξαρτάται από το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού-στόχου. (45)

9. Θεραπεία

Η θεραπεία στηρίζεται στις 3 κύριες μεθόδους καταπολέμησης των καρκίνων, δηλαδή τη χειρουργική επέμβαση (κωνοειδή εκτομή, ολική ή ριζική υστερεκτομή κτλ), την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Το θεραπευτικό σχήμα που θα επιλεγεί κάθε φορά για την καταπολέμηση της νόσου έχει άμεση σχέση με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται εκείνη, ενισχύοντας τη σημασία της διαδικασίας καθορισμού σταδίων όπως προαναφέρθηκε στην αντίστοιχη ενότητα. Βασικές, επίσης, παράμετροι είναι αυτοί της εγκυμοσύνης και της επιθυμίας τεκνοποίησης. Έτσι, οι θεραπευτικές μέθοδοι που ακολουθούνται ανά στάδιο έχουν ως εξής:

- στην περίπτωση του **σταδίου 0**, πραγματοποιείται ευρεία κωνοειδής εκτομή επί υγείων ορίων,
- στην περίπτωση του **σταδίου Ia 1** μπορεί να πραγματοποιηθεί ευρεία κωνοειδής εκτομή επί υγείων ορίων ή απλή υστερεκτομία, με τη διατήρηση ή μη των ωοθηκών ανάλογα την ηλικία της γυναίκας και το ζητούμενο εξασφάλισης της γονιμότητας,
- στην περίπτωση του **σταδίου Ia2 έως IIa**, πραγματοποιείται ριζική υστερεκτομή ή/και πυελική ακτινοθεραπεία
- στην περίπτωση του **σταδίου IIβ και κάτω**, πραγματοποιείται ακτινοθεραπεία, βραχυθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία. (2)

Η «εξεντέρωση», δηλαδή η χειρουργική αφαίρεση του κατιόντος κόλου, του ορθού, ή/και της ουροδόχου κύστης είναι η μοναδική λύση σε περιπτώσεις υποτροπής με προσβολή της κύστης ή του ορθού.

10. Πρόγνωση

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου κατά τον χρόνο της διάγνωσης, αναφέρονται ποσοστά 5ετούς επιβίωσης που κυμαίνονται για τον καρκίνο εκ πλακωδών κυττάρων, βλ. Πίνακα 4. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα εμφανίζονται τελευταία με τον συνδυασμό της χημείο/ακτινοθεραπευτικής αγωγής. Τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης για το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου είναι κατά πολύ χαμηλότερα των προαναφερθέντων. (46,47)

Πίνακας 4: Διαφοροποίηση πρόγνωσης της νόσου στην πενταετία 2005 και 2010.

<u>Στάδιο</u>	<u>2005</u>	<u>2010</u>
Iα	98%	93%
Iβ	85%	80%
Iια	75%	63%
Iιβ	65%	58%
III	30%	34%
IV	10%	15%

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

11. Μεθοδολογία

11.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι η εκμείευση πληροφοριών από ερωτηθείσες γυναίκες σχετικά με τις γνώσεις τους για το τεστ-Παπανικολάου και την συχνότητα διενέργειας του, το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων και την διενέργεια του εμβολίου κατά του HPV, το γυναικολογικό ιστορικό και την σεξουαλική τους συμπεριφορά, μεταξύ άλλων. Επίσης, απώτερος στόχος μας είναι η εκτίμηση του ρόλου του ιατρού και της μαίας στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της νόσου.

11.2 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Διεξήχθη προοπτική μελέτη, σε γυναίκες που προσήλθαν σε κέντρα ΠΦΥ (Π.Ε.Δ.Υ.-Μ.Υ. Βόλου, Κ.Υ. Αργαλαστής, Κ.Υ. Βελεστίου και Κ.Υ. Ζαγοράς) για την διενέργεια του τεστ-Παπανικολάου, από τον Απρίλιο έως και τον Ιούνιο του 2015.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν από 18 έως 65 ετών και γνώριζαν να μιλούν και να διαβάζουν ελληνικά. Κάθε γυναίκα ενημερωνόταν για τον σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και υπέγραφε το έγγραφο της συγκατάθεσης. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία των μαιών, για διευκρίνιση αποριών. Αποκλείστηκαν οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή.

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε από τον ερευνητή μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και περιείχε 48 ερωτήσεις. Αναλυτικότερα, συλλέχθηκαν δεδομένα που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το γυναικολογικό ιστορικό, την σεξουαλική συμπεριφορά, τις γνώσεις και την εφαρμογή του τεστ-Παπανικολάου και του εμβολίου κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ενώ εκτιμήθηκε και η συμβολή των επαγγελματιών υγείας.

Προηγήθηκε όλων αυτών, ειδική άδεια που δόθηκε από την 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας (αρ.πρωτ.6472/1-4-2015) για την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας και την διακίνηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, έπειτα από αίτηση του ερευνητή.

Συνολικά στην μελέτη συμμετείχαν 193 γυναίκες.

12. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών

χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με το αν έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, με το αν κάνουν τεστ-Παπανικολάου κάθε χρόνο, με το αν γνωρίζουν πότε πρέπει να γίνεται το τεστ-Παπανικολάου και το αν πιστεύουν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έγινε πολυμεταβλητή ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) από την οποία προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

13. Αποτελέσματα

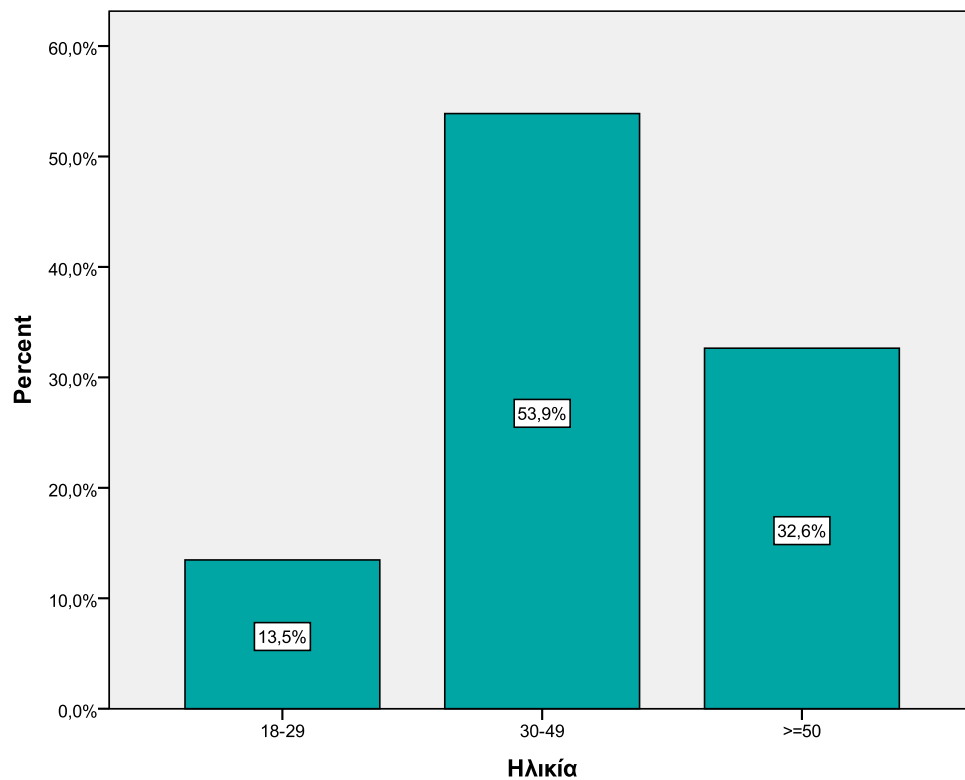
Το δείγμα αποτελείται από 193 γυναίκες με μέση ηλικία τα 43.6 έτη ($\pm 11,8$ έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Ηλικία, μέσος (SD)		43,6(11,8)	
Ηλικία	18-29	26	13,5
	30-49	104	53,9
	>=50	63	32,6
Εθνικότητα	Ελληνική	181	93,8
	Αλβανική	10	5,2
	Ρουμανική	1	0,5
	Πολωνική	1	0,5
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	34	17,6
	Χήρα	6	3,1
	Διαζευγμένη	15	7,8
	Παντρεμένη	138	71,5
πόσα χρόνια είστε παντρεμένες, μέσος (SD)		22,66(10,9)	
Αν βρίσκεστε σε κάποια σχέση, πόσα χρόνια διατηρείτε αυτή τη σχέση, μέσος (SD)		5,32(5,73)	
Τόπος Διαμονής	Χωριό	34	17,6
	Κομόπολη	23	11,9

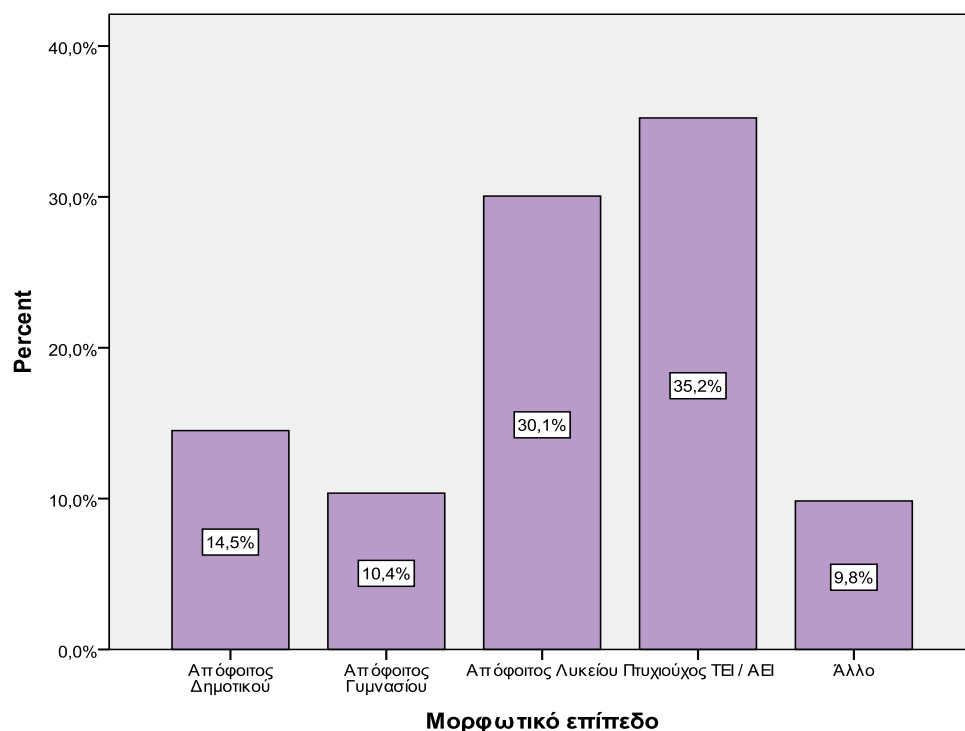
	Πόλη	136	70,5
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού	28	14,5
	Απόφοιτος Γυμνασίου	20	10,4
	Απόφοιτος Λυκείου	58	30,1
	Πτυχιούχος ΤΕΙ / ΑΕΙ	68	35,2
	Άλλο	19	9,8
Επάγγελμα	Άνεργη	34	17,6
	Οικιακά	45	23,3
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	8	4,1
	Δημόσιος Υπάλληλος	53	27,5
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	34	17,6
	Άλλο	19	9,8
Οικονομική κατάσταση	Δεν απαντώ	14	7,3
	Χαμηλή	72	37,3
	Μεσαία	106	54,9
	Υψηλή	1	0,5
Αριθμός τέκνων	0	48	24,9
	1	27	14
	2	89	46,1
	>=3	29	15

Το 93,8% ήταν Ελληνικής εθνικότητας και το 71,5% ήταν έγγαμες. Το 35,2% των συμμετεχουσών ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επίσης, το 17,6% των συμμετεχουσών ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 27,5 δημόσιοι υπάλληλοι. Το 55,4% των συμμετεχουσών δήλωσαν μέτρια ή υψηλή οικονομική κατάσταση. Το 75,1% είχαν παιδιά και η πλειοψηφία των συμμετεχουσών έμεναν σε πόλη (70,5%).

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες:



Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται το μορφωτικό επίπεδο:



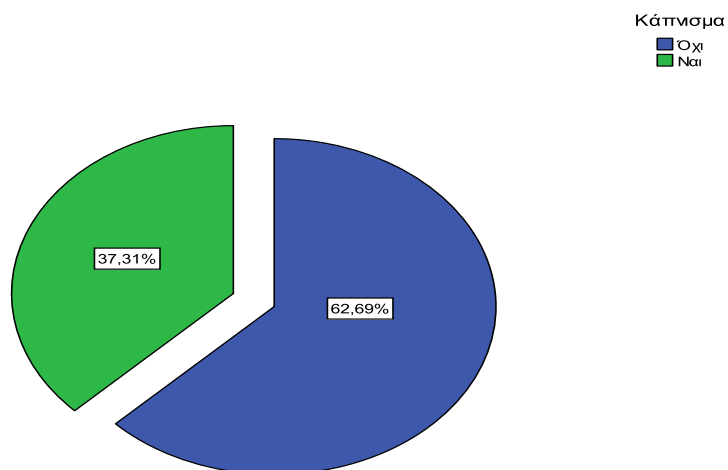
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες που αφορούν στις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχουσών καθώς και στην διατροφή.

		N	%
Κάπνισμα	Όχι	121	62,7
	Ναι	72	37,3
Σε ποιά ηλικία ξεκινήσατε να καπνίζετε;, μέσος (SD)		20,5(5,6)	
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;, μέσος (SD)		10,8(6,9)	
Διάθεση για διακοπή καπνίσματος	Όχι	17	23,9
	Ναι	43	60,6
	Δεν ξέρω	11	15,5
Η διατροφή σας είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά;	Όχι	49	25,4
	Ναι	144	74,6

Το 37,3% είναι καπνίστριες και η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι 20,5 έτη (SD=5,6). Ο μέσος ημερήσιος αριθμός τσιγάρων είναι 10,8 (SD=6,9). Το 60,6% των καπνιστριών δήλωσε ότι έχει

διάθεση για διακοπή του καπνίσματος. Ακόμη, το 74,6% δήλωσε ότι κάνει διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά.

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται το ποσοστό καπνιστών:

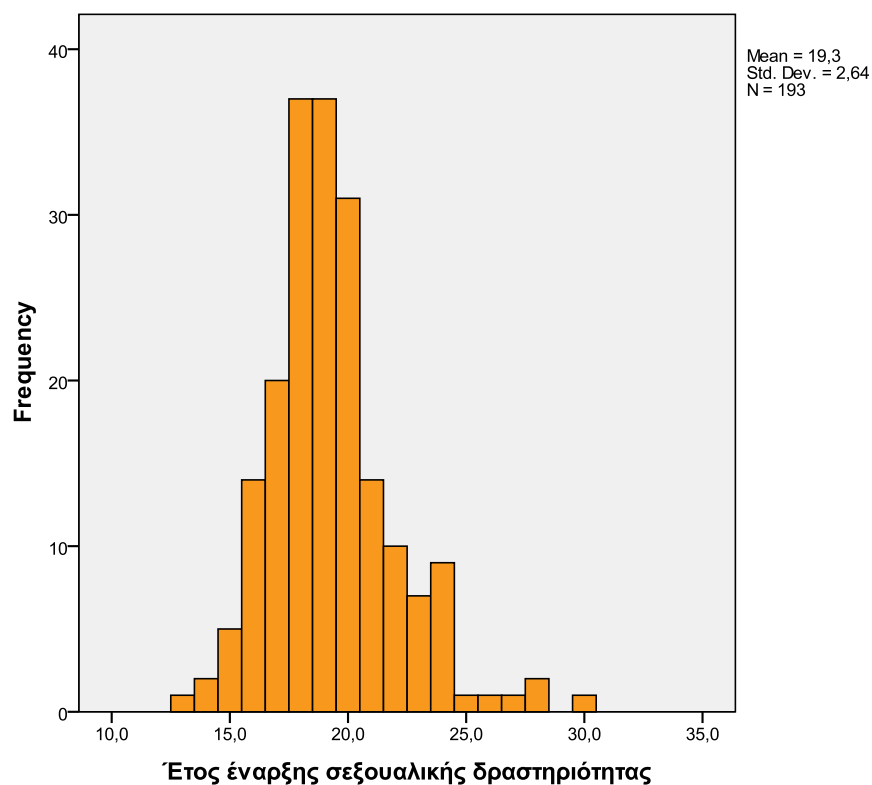


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες που αφορούν στο γυναικολογικό ιστορικό και ύπαρξης χρόνιας νόσου.

		N	%
Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης, μέσος (SD)		24,0(5,1)	
Αριθμός αυτόματων αποβολών	0	150	77,7
	1	26	13,5
	2	11	5,7
	>=3	6	3,1
Αριθμός εκτρώσεων	0	145	75,1
	1	24	12,4
	2	10	5,2
	>=3	14	7,3
Έτος έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, μέσος (SD)		19,3(2,6)	
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, μέσος (SD)		2,64(2,6)	
Χρόνια νόσος	Όχι	148	76,7
	Ναι	45	23,3
Χρόνια νόσος	Διαβήτης	9	4,7
	Υπέρταση	3	1,6
	Ρευματοειδή αρθρίτιδα	1	0,5
	Θυρεοειδής	28	14,5
	Σκλήρυνση κατά πλάκα	3	1,6
	Ψωρίαση	1	0,5

Η μέση ηλικία 1^{ης} εγκυμοσύνης ήταν 24 έτη (SD=5,1). Το 8,8% είχαν δυο ή παραπάνω αυτόματες αποβολές και το 12,5% είχαν δυο ή παραπάνω εκτρώσεις. Η μέση ηλικία 1^{ης} σεξουαλικής επαφής ήταν 19,3 έτη (SD=2,6). Το 23,3% των συμμετεχουσών είχαν χρόνια νόσο και η πιο συχνή ήταν ο θυρεοειδής (14,5%) και ο διαβήτης (4,7%).

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται το έτος έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας:



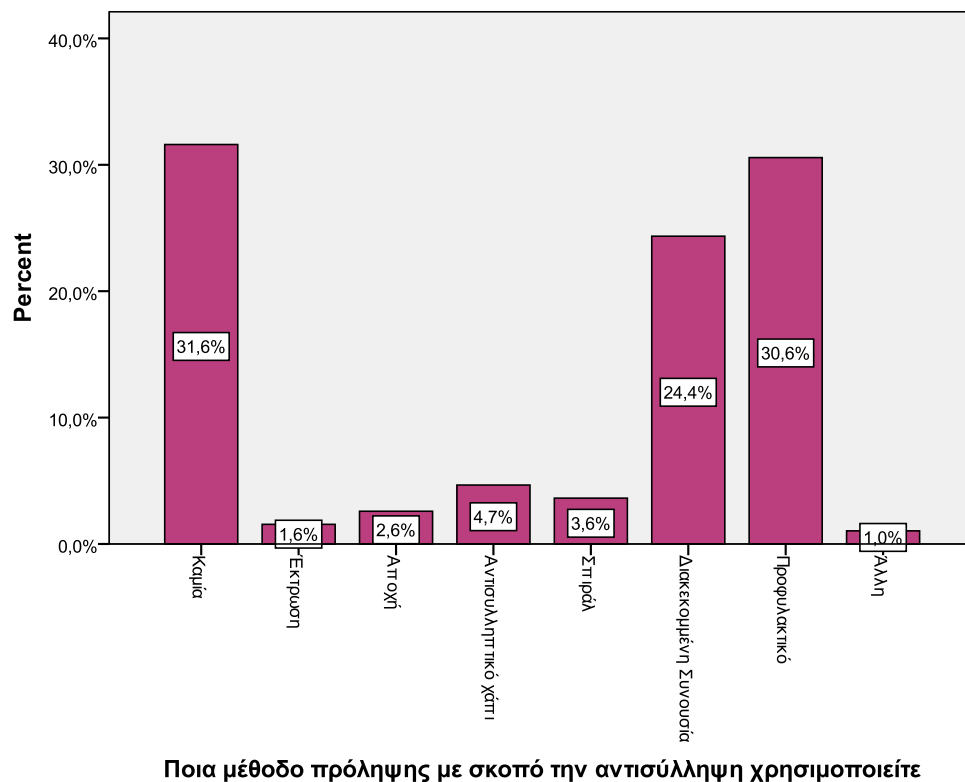
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη, τη γνώση και ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

		N	%
Ποιά μέθοδο πρόληψης με σκοπό την αντισύλληψη χρησιμοποιείτε;	Καμία	61	31,6
	Έκτρωση	3	1,6
	Αποχή	5	2,6
	Αντισυλληπτικό χάπι	9	4,7
	Σπράλ	7	3,6
	Διακεκομμένη Συνουσία	47	24,4
	Προφυλακτικό	59	30,6
	Άλλη	2	1
Ποιόν τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων χρησιμοποιείται;	Τακτικός έλεγχος	17	8,9
	Προφυλακτικό	47	24,5

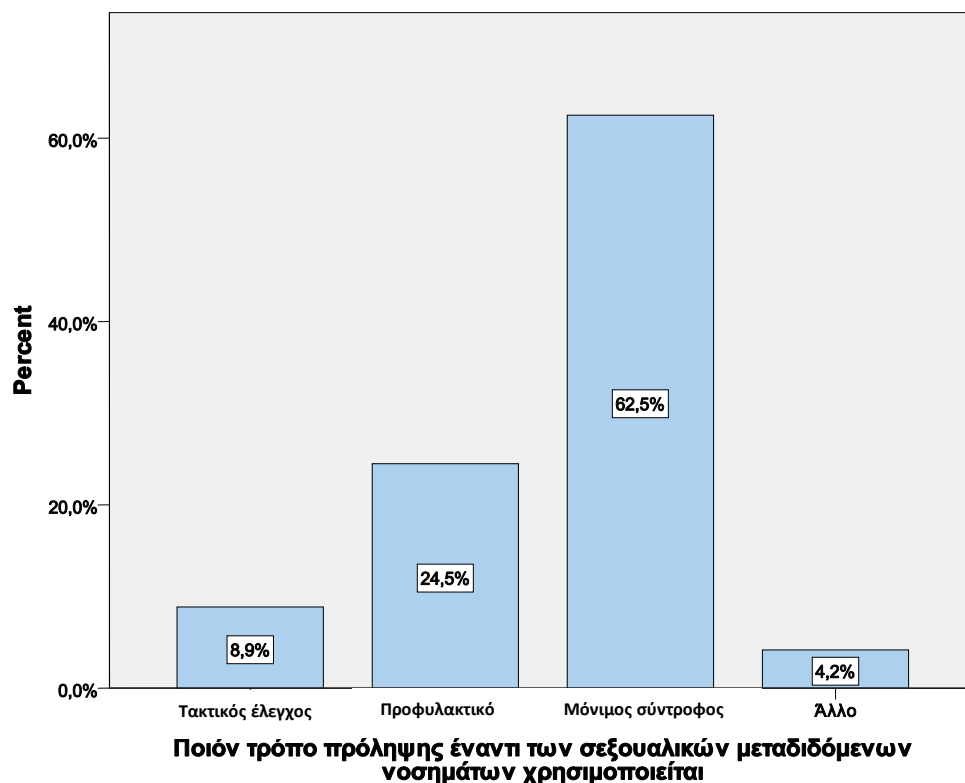
	Μόνιμος σύντροφος	120	62,5
	Άλλο	8	4,2
Γνωρίζετε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	19	9,8
	Ναι	174	90,2
Αν ναι, από πού έχετε ενημερωθεί	Επιστημονικά Βιβλία / Περιοδικά	44	24,9
	Υγειονομικό Φορέα	64	36,2
	Τηλεόραση	31	17,5
	Ίντερνετ	28	15,8
	Άλλο	10	5,6
Ποιές από τις μεθόδους πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γνωρίζετε;	Χρήση προφυλακτικού	16	8,3
	Εμβολιασμός	35	18,1
	Τεστ-Παπανικολάου	138	71,5
	Άλλο	4	2,1

Η πιο συχνή μέθοδος αντισύλληψης είναι το προφυλακτικό (30,6%), ακολουθούμενη από τη διακεκομμένη Συνουσία (24,4%), ενώ το 31,6% δεν λαμβάνει καμιά αντισύλληψη. Ο βασικότερος τρόπος πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων που χρησιμοποιούν είναι ο Μόνιμος σύντροφος (62,5%) ακολουθούμενο από το Προφυλακτικό (24,5%). Η πλειοψηφία των γυναικών γνωρίζει για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η βασικότερες πηγές ενημέρωσης είναι κάποιος Υγειονομικός Φορέας (36,2%) και τα Επιστημονικά Βιβλία / Περιοδικά (24,9%). Η κυριότερη μέθοδος πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που γνωρίζουν είναι το τεστ-Παπανικολάου σε ποσοστό 71,5%, ενώ τον εμβολιασμό τον δήλωσε το 18,1% των συμμετεχουσών.

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται μέθοδο πρόληψης με σκοπό την αντισύλληψη:



Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται η μέθοδος πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων:



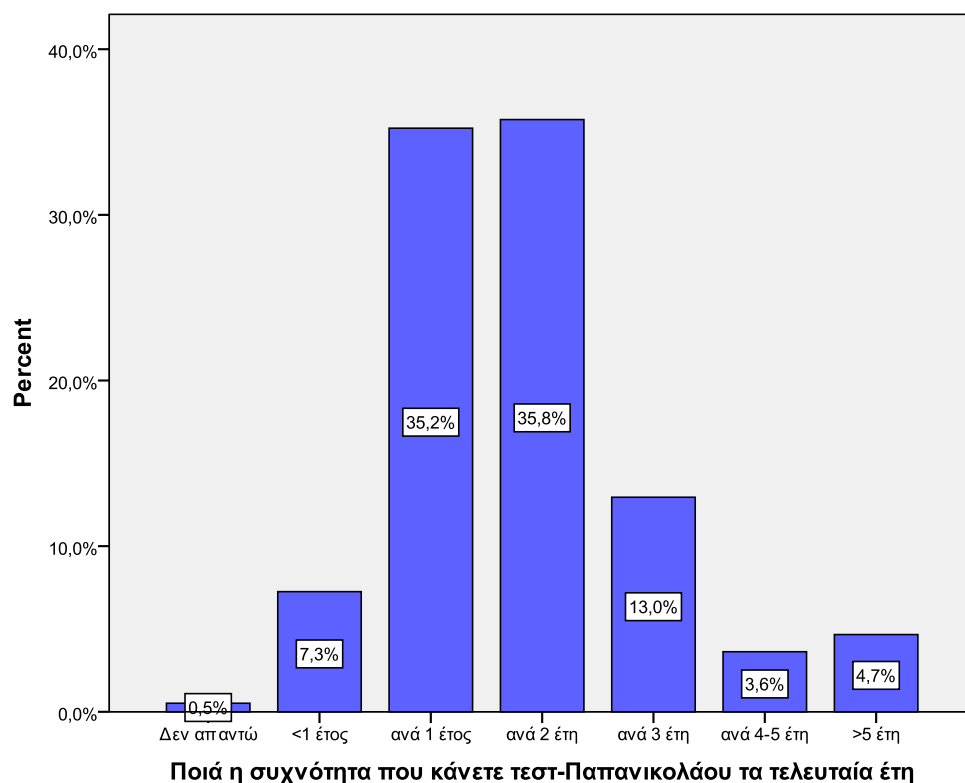
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με το τεστ-Παπανικολάου:

		N	%
Ο προληπτικός έλεγχος με την εξέταση τεστ- Παπανικολάου πρέπει να γίνεται	Μετά την εμμηνόπαυση	4	2,1
	Υπαρξη συμπτώματος	5	2,6
	Μετά τον πρώτο τοκετό	17	8,8
	Ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών	155	80,3
	Άλλο	12	6,2
Ποιά η συχνότητα που κάνετε τεστ-Παπανικολάου τα τελευταία έτη;	Δεν απαντώ	1	0,5
	<1 έτος	14	7,3
	ανά 1 έτος	68	35,2

	ανά 2 έτη	69	35,8
	ανά 3 έτη	25	13
	ανά 4-5 έτη	7	3,6
	>5 έτη	9	4,7
Για ποιο λόγο κάνετε τεστ-Παπανικολάου;	Επειδή το κάνουν οι φίλες	1	0,5
	Σύσταση επαγγελματία υγείας	18	9,3
	Ανήκω σε ομάδα υψηλού Κινδύνου	9	4,7
	Από φόβο	13	6,7
	Για πρόληψη	152	78,8
	Άλλο	0	0
Για ποιο λόγο μπορεί να αμελήσετε ή να καθυστερήσετε να κάνετε τεστ-Παπανικολάου;			
	Ντρέπομαι	7	3,6
	Επώδυνη εξέταση	4	2,1
	Έλλειψη χρόνου	22	11,4
	Δύσκολη πρόσβαση	7	3,6
	Φοβάμαι τα αποτελέσματα	34	17,6
	Δεν ενημερώθηκα	6	3,1
	Από αμέλεια	78	40,4
	Οικονομικοί λόγοι	29	15,0
	Άλλο	6	3,1

Το 80,3% των γυναικών δήλωσε ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Ακόμα μόνο το 42,5% των γυναικών δήλωσε ότι κάνει το τεστ-Παπανικολάου κάθε χρόνο ή πιο σύντομα. Το 78,8% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι κάνει το τεστ-Παπανικολάου για πρόληψη και το 4,7% επειδή ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Ο πιο συχνός λόγος για τον οποίο μπορεί να αμελήσουν ή να καθυστερήσουν να κάνουν τεστ-Παπανικολάου είναι η αμέλεια (40,4%), σημαντικό ποσοστό (15,0%) ανήκει σε οικονομικούς λόγους.

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται η συχνότητα που κάνουν τεστ-Παπανικολάου:



Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις για το πόσο σημαντική είναι η πρόληψη:

		N	%
πόσο σημαντική είναι για εσάς η πρόληψη (γενικά)	Καθόλου Σημαντική	1	0,5
	Λίγο Σημαντική	2	1
	Σημαντική	2	1
	Αρκετά Σημαντική	31	16,1
	Πολύ Σημαντική	157	81,3
Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη, έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με τη χρήση προφυλακτικού;	Καθόλου Σημαντική	3	1,6
	Λίγο Σημαντική	4	2,1
	Σημαντική	16	8,3
	Αρκετά Σημαντική	49	25,4
	Πολύ Σημαντική	121	62,7

Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη, έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με τη διενέργεια εμβολιασμού;	Καθόλου Σημαντική	15	7,8
	Λίγο Σημαντική	3	1,6
	Σημαντική	25	13
	Αρκετά Σημαντική	40	20,7
	Πολύ Σημαντική	110	57
Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη, έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με τη διενέργεια τεστ-Παπανικολάου;	Καθόλου Σημαντική	1	0,5
	Λίγο Σημαντική	2	1
	Σημαντική	5	2,6
	Αρκετά Σημαντική	63	32,6
	Πολύ Σημαντική	122	63,2

Το 81,3% των γυναικών δήλωσαν ότι η πρόληψη (γενικά), είναι πολύ σημαντική γι' αυτές. Την πρόληψη, έναντι της νόσου, με την χρήση προφυλακτικού την θεωρεί πολύ σημαντική το 62,7% του δείγματος. Ενώ την πρόληψη με την διενέργεια εμβολιασμού ή τεστ-Παπανικολάου, την θεωρεί πολύ σημαντική το 57% και το 63,2% αντίστοιχα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό επεμβάσεων στον τράχηλο και ύπαρξης λοίμωξης:

		N	%
Έχετε οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	176	91,2
	Ναι	17	8,8
Αν ναι, τι βαθμού συγγένεια έχετε με το άτομο που νόσησε;	Α βαθμού	10	58,8
	Β βαθμού	6	35,3
	Γ βαθμού	1	5,9
	Άλλο	0	0
Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση στον	Όχι	176	91,2

τραχήλο της μήτρας;			
	Ναι	17	8,8
Αν ναι, σε πόσες επεμβάσεις έχετε υποβληθεί;	1	13	76,5
	2	4	23,5
Έχετε αποδεδειγμένη λοίμωξη;	Όχι	170	88,1
	Δεν απαντώ	8	4,1
	HPV	12	6,2
	Χλαμύδια	2	1
	Έρπης	0	0
	Aids	1	0,5
	Άλλο	0	0

Οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είχε το 8,8% και η συγγένεια ήταν κυρίως Α βαθμού. Επίσης το 8,8% έχει υποβληθεί σε επέμβαση στον τραχήλο της μήτρας. Το 7,8% δήλωσε ότι είχε κάποια αποδεδειγμένη λοίμωξη με πιο συχνή να είναι ο HPV (6,2%).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

		N	%
Πιστεύετε πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	23	12
	Ναι	169	88
Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	173	89,6
	Ναι	20	10,4
Αν όχι, θα κάνατε το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αν σας το σύστηνε ο γιατρός σας;	Όχι	27	15,6
	Ναι	123	71,1
	Δεν ξέρω	23	13,3
Θα κάνατε το εμβόλιο για τον καρκίνο του	Όχι	23	11,9

τραχήλου της μήτρας στην κόρη σας;			
	Ναι	142	73,6
	Δεν ξέρω	28	14,5
Θα κάνατε το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στον γιό σας;	Όχι	58	30,1
	Ναι	92	47,7
	Δεν ξέρω	43	22,3

Το 88% των γυναικών πιστεύει ότι το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ το 10,4% έχει κάνει το εμβόλιο. Το 71,1% από τις γυναίκες που δεν έχουν κάνει το εμβόλιο ισχυρίζονται ότι θα το έκαναν μετά από σύσταση του γιατρού τους. Επίσης, το ποσοστό που δήλωσε ότι θα έκανε το εμβόλιο στην κόρη ή στον γιο τους ήταν 73,6% και 47,7%, αντιστοίχως.

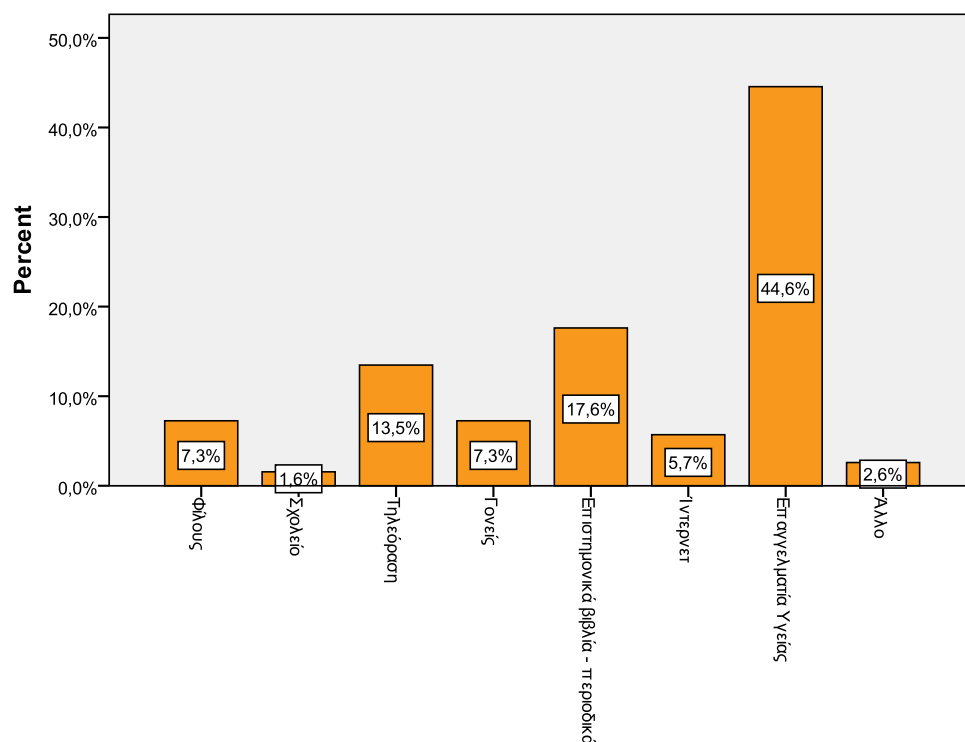
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με την ενημέρωση των γυναικών σχετικά με το τεστ-Παπανικολάου και το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

		N	%
Από πού έχετε ενημερωθεί για το τεστ-Παπανικολάου;	Φίλους	14	7,3
	Σχολείο	3	1,6
	Τηλεόραση	26	13,5
	Γονείς	14	7,3
	Επιστημονικά βιβλία – περιοδικά	34	17,6
	Ίντερνετ	11	5,7
	Επαγγελματία Υγείας	86	44,6
	Άλλο	5	2,6
Από πού έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Φίλους	8	4,1
	Σχολείο	2	1
	Τηλεόραση	33	17,1
	Γονείς	7	3,6

	Επιστημονικά βιβλία – περιοδικά	24	12,4
	Ίντερνετ	16	8,3
	Επαγγελματία Υγείας	92	47,7
	Άλλο	11	5,7
Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο καλύτερος τρόπος για να ενημερώνεται ο κόσμος και να οδηγείται στην πρόληψη;			
	Ενημέρωση απομακρυσμένων περιοχών	1	0,5
	Ενημερωτικές εκδηλώσεις	15	7,8
	Ενεργή δράση φορέων υγείας	88	45,6
	Ενημέρωση σε τηλεόραση, ίντερνετ...	20	10,4
	Παρεμβάσεις σε σχολεία	69	35,8
	Άλλο	0	0

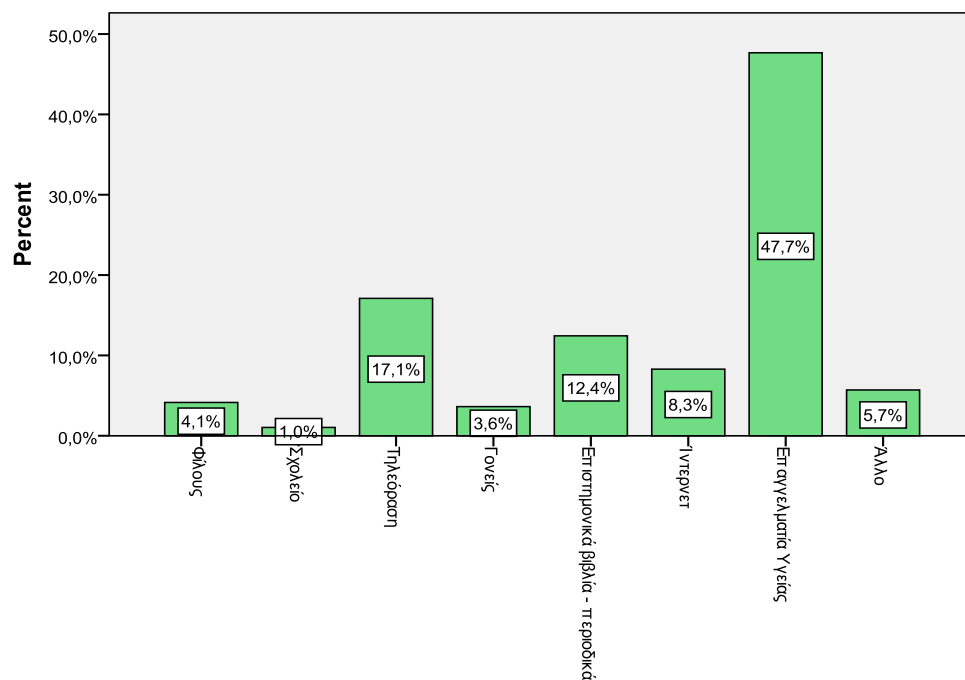
Η πιο συχνή πηγή ενημέρωσης για το τεστ-Παπανικολάου είναι ο επαγγελματίας υγείας (44,6%) και ακολουθούν τα Επιστημονικά βιβλία - περιοδικά (17,6%) και η τηλεόραση (13,5%). Η πιο συχνή πηγή ενημέρωσης για το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ο επαγγελματίας υγείας (47,7%) και ακολουθούν η τηλεόραση (17,1%) και τα Επιστημονικά βιβλία - περιοδικά (12,4%). Επιπροσθέτως, οι γυναίκες δήλωσαν ότι ο καλύτερος τρόπος για να ενημερώνεται ο κόσμος και να οδηγείται στην πρόληψη είναι η ενεργή δράση φορέων υγείας (45,6%) και οι παρεμβάσεις σε σχολεία (35,8%).

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται η ενημέρωση για το τεστ-Παπανικολάου:



Από πού έχετε ενημερωθεί για το τεστ-Παπανικολάου;

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται η ενημέρωση για το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:



Από πού έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που κάνουν τεστ-Παπανικολάου κάθε χρόνο ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά τους.

		Ποιά η συχνότητα που κάνετε τεστ-Παπανικολάου τα τελευταία έτη				P χ^2 test
		<=1 έτος		>1 έτος		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέσος (SD)	18-29	14	53,8	12	46,2	0,139
	30-49	47	45,6	56	54,4	
	>=50	21	33,3	42	66,7	
Εθνικότητα	Ελληνική	78	43,3	102	56,7	0,498
	Άλλη	4	33,3	8	66,7	
Έγγαμη	Όχι	28	50,9	27	49,1	0,146
	Ναι	54	39,4	83	60,6	
Τόπος Διαμονής	Χωριό	10	29,4	24	70,6	0,003
	Κωμόπολη	4	17,4	19	82,6	
	Πόλη	68	50,4	67	49,6	
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού/Γυμν./Λυκείου	37	34,9	69	65,1	0,029
	Πτυχιούχος ΤΕΙ / ΑΕΙ	33	49,3	34	50,7	
	Άλλο	12	63,2	7	36,8	
Επάγγελμα	Άνεργη	12	35,3	22	64,7	0,132*
	Οικιακά	17	37,8	28	62,2	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	2	25	6	75	
	Δημόσιος Υπάλληλος	29	55,8	23	44,2	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	17	50	17	50	
	Άλλο	5	26,3	14	73,7	
Οικονομική κατάσταση	Χαμηλή	29	40,3	43	59,7	0,508
	Μεσαία/Υψηλή	48	45,3	58	54,7	
Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης, μέσος (SD)		24,5(4,9)		23,6(5,2)		0,345**
Αριθμός τέκνων, μέσος (SD)		1,51(1,14)		1,57(1,09)		0,748‡

Αριθμός αυτόματων αποβολών	0	66	44,3	83	55,7	0,573*
	1	11	42,3	15	57,7	
	2	4	36,4	7	63,6	
	>=3	1	16,7	5	83,3	
Αριθμός εκτρώσεων	0	65	44,8	80	55,2	0,123*
	1	5	21,7	18	78,3	
	2	6	60	4	40	
	>=3	6	42,9	8	57,1	
Έτος έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, μέσος (SD)		18,9(2,5)		19,5(2,5)		0,140**
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, μέσος (SD)		2,7(2,5)		2,6(2,7)		0,905‡
Χρόνια νόσος	Όχι	68	46,3	79	53,7	0,072
	Ναι	14	31,1	31	68,9	
Ποιόν τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων χρησιμοποιείται	Τακτικός έλεγχος	9	52,9	8	47,1	0,380*
	Προφυλακτικό	22	46,8	25	53,2	
	Μόνιμος σύντροφος	46	38,7	73	61,3	
	Άλλο	5	62,5	3	37,5	
Έχετε οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	Όχι	72	41,1	103	58,9	0,159
	Ναι	10	58,8	7	41,2	
Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας	Όχι	73	41,7	102	58,3	0,372
	Ναι	9	52,9	8	47,1	
Έχετε αποδεδειγμένη λοίμωξη;	Όχι	67	39,6	102	60,4	<0,001
	Ναι	14	93,3	1	6,7	
Κάπνισμα	Όχι	54	45	66	55	0,479
	Ναι	28	38,9	44	61,1	
Η διατροφή σας είναι πλούσια σε	Όχι	24	50	24	50	0,238

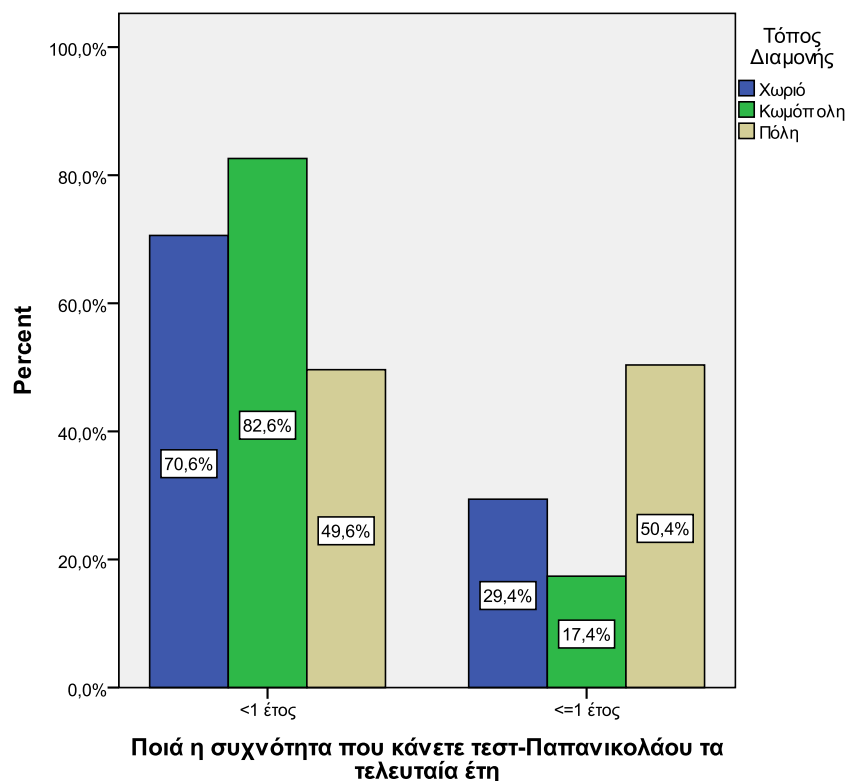
φρούτα και λαχανικά;						
	Ναι	58	40,3	86	59,7	
Πιστεύετε πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	7	30,4	16	69,6	0,197
	Ναι	75	44,6	93	55,4	
Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	70	40,7	102	59,3	0,099
	Ναι	12	60	8	40	

*Fisher's exact test, **Student's t-test, ‡Mann-Whitney test

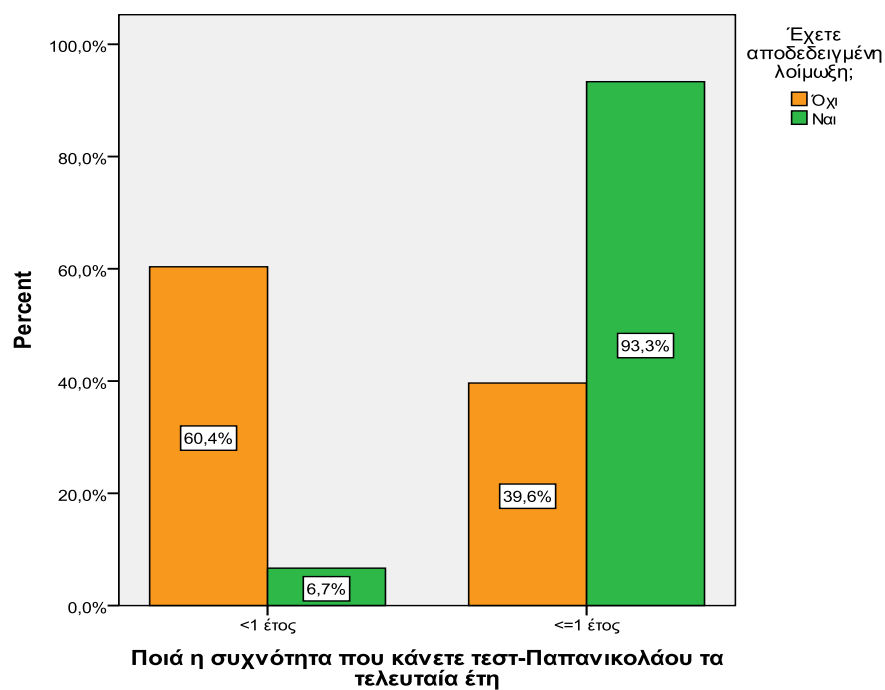
Σε μεγαλύτερο ποσοστό κάνουν τακτικά τεστ-Παπανικολάου (κάθε χρόνο) οι γυναίκες από την πόλη συγκριτικά με τις γυναίκες από κωμόπολη ή χωριό. Επίσης σε μεγαλύτερο ποσοστό κάνουν τακτικά τεστ-Παπανικολάου οι πιο μορφωμένες γυναίκες, δηλαδή οι απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ συγκριτικά με τις απόφοιτες Δημοτικού / Γυμνασίου /Λυκείου. Ακόμη, οι γυναίκες με λοίμωξη κάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τεστ-Παπανικολάου κάθε χρόνο, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν κάποια αποδεδειγμένη λοίμωξη.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν κάνουν τακτικά τεστ-Παπανικολάου (κάθε χρόνο) και βρέθηκε ότι ο τόπος διαμονής και το αν έχουν λοίμωξη συσχετίζονται ανεξάρτητα με το να κάνουν τεστ - Παπανικολάου κάθε χρόνο. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες με λοίμωξη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν ετησίως τεστ-Παπανικολάου (OR=19.39, 95% CI:2.4-56.32, P=0.005). Ακόμα, οι γυναίκες που διαμένουν σε κωμόπολη έχουν μικρότερη πιθανότητα να κάνουν ετησίως τεστ-Παπανικολάου (OR=0,22, 95% CI:0,07-0,74, P=0,015) συγκριτικά με αυτές που μένουν σε πόλη.

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που κάνουν τεστ-Παπανικολάου κάθε χρόνο ανάλογα τον τόπο διαμονής:



Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που κάνουν τεστ-Παπανικολάου κάθε χρόνο ανάλογα με το αν έχουν λοίμωξη:



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που γνωρίζουν ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών, ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά τους.

		Ο προληπτικός έλεγχος με την εξέταση τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται				
		Άλλο		Ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών		
		N	%	N	%	P χ^2 test
Ηλικία	18-29	2	7,7	24	92,3	0,159
	30-49	20	19,2	84	80,8	
	>=50	16	25,4	47	74,6	
Εθνικότητα	Ελληνική	33	18,2	148	81,8	0,048
	Άλλη	5	41,7	7	58,3	
Έγγαμη	Όχι	6	10,9	49	89,1	0,052
	Ναι	32	23,2	106	76,8	
Τόπος Διαμονής	Χωριό	6	17,6	28	82,4	0,384
	Κωμόπολη	7	30,4	16	69,6	
	Πόλη	25	18,4	111	81,6	
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμν./Λυκείου	23	21,7	83	78,3	0,183
	Πτυχιούχος ΤΕΙ / ΑΕΙ	9	13,2	59	86,8	
	Άλλο	6	31,6	13	68,4	
Επάγγελμα	Άνεργη	7	20,6	27	79,4	0,711*
	Οικιακά	11	24,4	34	75,6	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0	0	8	100	
	Δημόσιος Υπάλληλος	9	17	44	83	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	8	23,5	26	76,5	
	Άλλο	3	15,8	16	84,2	

Οικονομική κατάσταση	Χαμηλή	15	20,8	57	79,2	0,723
	Μεσαία/Υψηλή	20	18,7	87	81,3	
Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης, μέσος (SD)		22,8(5,2)		24,4(5,1)		0,132**
Αριθμός τέκνων, μέσος (SD)		1,97(1,05)		1,45(1,09)		0,106‡
Αριθμός αυτόματων αποβολών	0	26	17,3	124	82,7	0,203*
	1	6	23,1	20	76,9	
	2	3	27,3	8	72,7	
	>=3	3	50	3	50	
Αριθμός εκτρώσεων	0	25	17,2	120	82,8	0,306*
	1	6	25	18	75	
	2	2	20	8	80	
	>=3	5	35,7	9	64,3	
Έτος έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, μέσος (SD)		20(3,7)		19,1(2,3)		0,057**
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, μέσος (SD)		2,4(3,5)		2,7(2,4)		0,009‡
Χρόνια νόσος	Όχι	25	16,9	123	83,1	0,076
	Ναι	13	28,9	32	71,1	
Ποιόν τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων χρησιμοποιείται	Τακτικός έλεγχος	3	17,6	14	82,4	0,019*
	Προφυλακτικό	3	6,4	44	93,6	
	Μόνιμος σύντροφος	29	24,2	91	75,8	
	Άλλο	3	37,5	5	62,5	
Έχετε οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	Όχι	33	18,8	143	81,3	0,336*
	Ναι	5	29,4	12	70,6	
Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας	Όχι	36	20,5	140	79,5	0,533*

	Ναι	2	11,8	15	88,2	
Έχετε αποδεδειγμένη λοίμωξη;	Όχι	33	19,4	137	80,6	0,505*
	Ναι	4	26,7	11	73,3	
Κάπνισμα	Όχι	27	22,3	94	77,7	0,235
	Ναι	11	15,3	61	84,7	
Η διατροφή σας είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά;	Όχι	8	16,3	41	83,7	0,493
	Ναι	30	20,8	114	79,2	
Πιστεύετε πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	6	26,1	17	73,9	0,410*
	Ναι	32	18,9	137	81,1	
Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	37	21,4	136	78,6	0,133*
	Ναι	1	5	19	95	

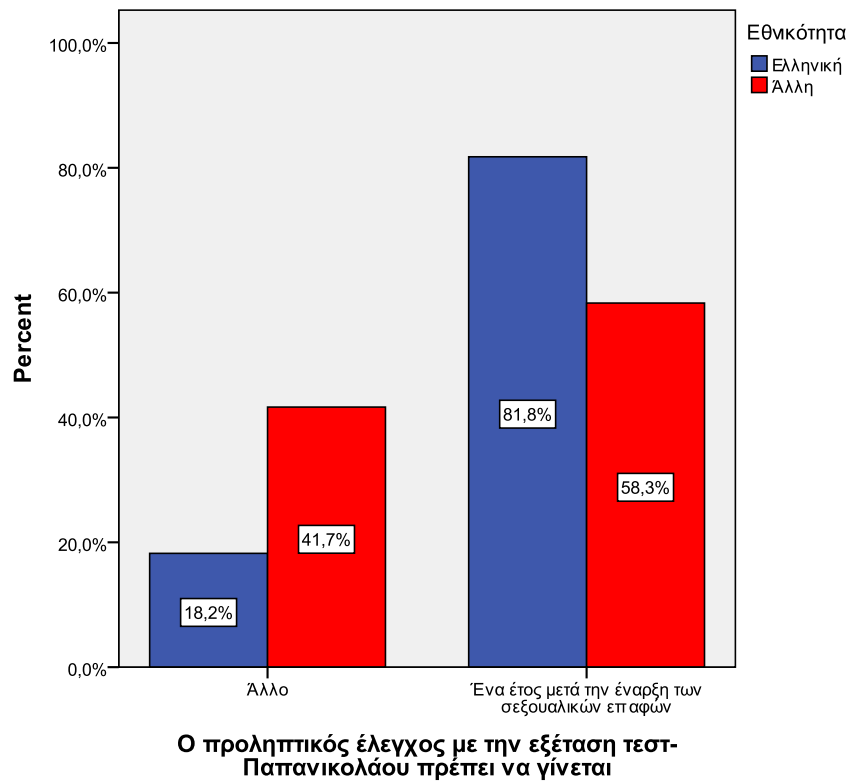
*Fisher's exact test, **Student's t-test, ‡Mann-Whitney test

Σε μεγαλύτερο ποσοστό έχουν τη γνώση ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών, οι γυναίκες που είναι Ελληνικής εθνικότητας συγκριτικά με αυτές που δεν έχουν Ελληνική εθνικότητα. Επίσης, οι γυναίκες που γνωρίζουν ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών έχουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων. Επιπροσθέτως, το ποσοστό που γνωρίζουν ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών είναι υψηλότερο στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τον τακτικό έλεγχο και το προφυλακτικό ως τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων συγκριτικά με αυτές που χρησιμοποιούν άλλο τρόπο ή μόνιμο σύντροφο ως τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν γνωρίζουν ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών και βρέθηκε ότι η εθνικότητα συσχετίζεται ανεξάρτητα με το αν γνωρίζουν ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες με μη Ελληνική εθνικότητα έχουν μικρότερη πιθανότητα να γνωρίζουν ότι

το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών (OR=0,32, 95% CI:0,09-0,99, P=0,047).

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που γνωρίζουν ότι το τεστ-Παπανικολάου πρέπει να γίνεται ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών ανάλογα με την εθνικότητα:



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που πιστεύουν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά τους.

		Πιστεύετε πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	

						χ^2 test
Ηλικία	18-29	3	11,5	23	88,5	0,749
	30-49	11	10,6	93	89,4	
	>=50	9	14,5	53	85,5	
Εθνικότητα	Ελληνική	23	12,8	157	87,2	0,247*
	Άλλη	0	0	12	100	
Έγγαμη	Όχι	5	9,1	50	90,9	0,435
	Ναι	18	13,1	119	86,9	
Τόπος Διαμονής	Χωριό	6	17,6	28	82,4	0,096*
	Κομόπολη	5	21,7	18	78,3	
	Πόλη	12	8,9	123	91,1	
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμν./Λυκείου	10	9,4	96	90,6	0,021
	Πτυχιούχος ΤΕΙ / ΑΕΙ	7	10,4	60	89,6	
	Άλλο	6	31,6	13	68,4	
Επάγγελμα	Άνεργη	3	8,8	31	91,2	0,904*
	Οικιακά	6	13,3	39	86,7	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	1	12,5	7	87,5	
	Δημόσιος Υπάλληλος	8	15,4	44	84,6	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	4	11,8	30	88,2	
	Άλλο	1	5,3	18	94,7	
Οικονομική κατάσταση	Χαμηλή	7	9,7	65	90,3	0,378
	Μεσαία/Υψηλή	15	14,2	91	85,8	
Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης, μέσος (SD)		24,2(4,8)		23,9(5,2)		0,835**
Αριθμός τέκνων, μέσος (SD)		1,57(0,99)		1,54(1,12)		0,905‡
Αριθμός αυτόματων αποβολών	0	16	10,7	133	89,3	0,407*
	1	5	19,2	21	80,8	
	2	2	18,2	9	81,8	
	>=3	0	0	6	100	
Αριθμός εκτρώσεων	0	16	11,1	128	88,9	0,698*
	1	3	12,5	21	87,5	

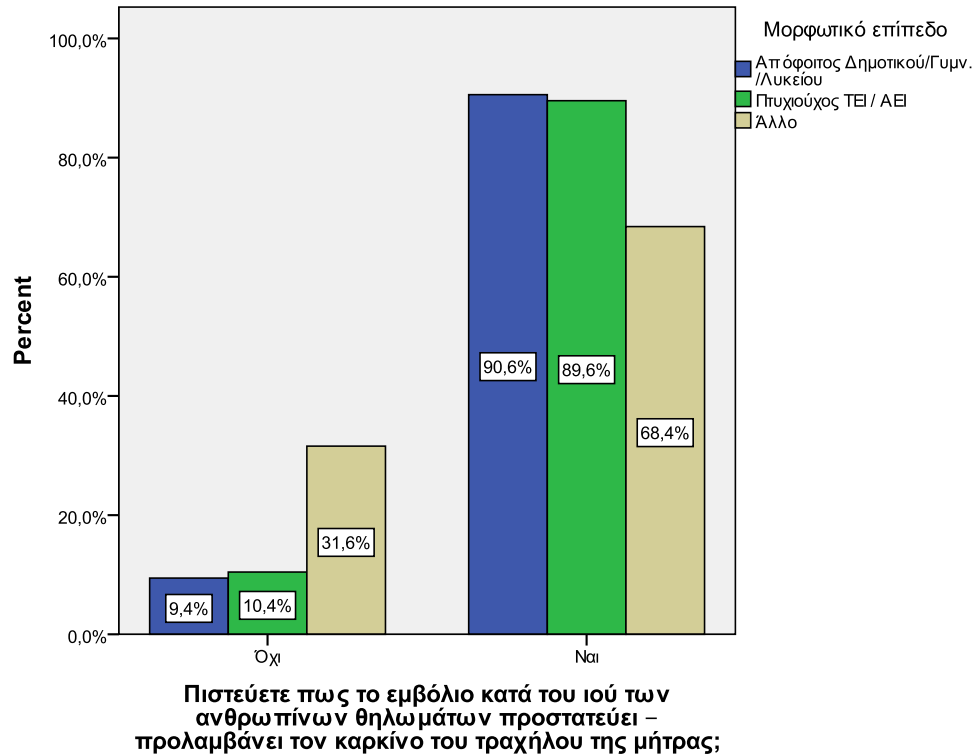
	2	2	20	8	80	
	>=3	2	14,3	12	85,7	
Έτος έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, μέσος (SD)		18,7(2,1)		19,4(2,7)		0,227**
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, μέσος (SD)		3(2,4)		2,6(2,7)		0,165‡
Χρόνια νόσος	Όχι	15	10,1	133	89,9	0,149
	Ναι	8	18,2	36	81,8	
Ποιόν τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων χρησιμοποιείται	Τακτικός έλεγχος	0	0	17	100	0,259*
	Προφυλακτικό	8	17	39	83	
	Μόνιμος σύντροφος	15	12,6	104	87,4	
	Άλλο	0	0	8	100	
Έχετε οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	Όχι	23	13,1	152	86,9	0,231*
	Ναι	0	0	17	100	
Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας	Όχι	22	12,6	153	87,4	0,699*
	Ναι	1	5,9	16	94,1	
Έχετε αποδεδειγμένη λοίμωξη;	Όχι	21	12,4	148	87,6	>0,999*
	Ναι	1	6,7	14	93,3	
Κάπνισμα	Όχι	13	10,8	107	89,2	0,528
	Ναι	10	13,9	62	86,1	
Η διατροφή σας είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά;	Όχι	10	20,4	39	79,6	0,035
	Ναι	13	9,1	130	90,9	
Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	23	13,4	149	86,6	0,138*
	Ναι	0	0	20	100	

*Fisher's exact test, **Student's t-test, ‡Mann-Whitney test

Σε μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύουν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας οι απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ και οι απόφοιτες Δημοτικού / Γυμνασίου /Λυκείου συγκριτικά με αυτές που έχουν κάποια άλλη εκπαίδευση. Ακόμη, σε μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύουν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας οι γυναίκες που έχουν υγιεινό τρόπο διατροφής, αυτές δηλαδή που τρέφονται με πολλά φρούτα και λαχανικά.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν πιστεύουν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και βρέθηκε ότι η διατροφή και το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζονται ανεξάρτητα με το αν κάνουν τεστ - Παπανικολάου κάθε χρόνο. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που έχουν υιοθετήσει υγιεινό τρόπο διατροφής φαίνεται πως έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θεωρούν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (OR=2,71, 95% CI:1,07-6,92, P=0,035). Ακόμα, οι γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο «Άλλο» φαίνεται πως έχουν μικρότερη πιθανότητα να θεωρούν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (OR=0,21, 95% CI:0,06-0,68, P=0,010) συγκριτικά με αυτές που έχουν μορφωτικό επίπεδο Δημοτικού/Γυμν./Λυκείου.

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που πιστεύουν πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει –προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο:



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά τους.

		Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;				P χ^2 test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Ηλικία	18-29	11	42,3	15	57,7	<0,001
	30-49	101	97,1	3	2,9	

	>=50	61	96,8	2	3,2	
Εθνικότητα	Ελληνική	161	89	20	11	0,617*
	Άλλη	12	100	0	0	
Έγγαμη	Όχι	39	70,9	16	29,1	<0,001
	Ναι	134	97,1	4	2,9	
Τόπος Διαμονής	Χωριό	34	100	0	0	0,023*
	Κωμόπολη	22	95,7	1	4,3	
	Πόλη	117	86	19	14	
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμν./Λυκείου	99	93,4	7	6,6	0,049
	Πτυχιούχος ΤΕΙ / ΑΕΙ	56	82,4	12	17,6	
	Άλλο	18	94,7	1	5,3	
Επάγγελμα	Άνεργη	26	76,5	8	23,5	0,101*
	Οικιακά	45	100	0	0	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	6	75	2	25	
	Δημόσιος Υπάλληλος	50	94,3	3	5,7	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	31	91,2	3	8,8	
	Άλλο	15	78,9	4	21,1	
Οικονομική κατάσταση	Χαμηλή	62	86,1	10	13,9	0,243
	Μεσαία/Υψηλή	98	91,6	9	8,4	
Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης, μέσος (SD)		23,9(5,2)		27,2(3,3)		0,163**
Αριθμός τέκνων, μέσος (SD)		1,66(1,06)		0,55(1)		<0,001‡
Αριθμός αυτόματων αποβολών	0	130	86,7	20	13,3	0,105*
	1	26	100	0	0	
	2	11	100	0	0	
	>=3	6	100	0	0	
Αριθμός εκτρώσεων	0	125	86,2	20	13,8	0,076*
	1	24	100	0	0	
	2	10	100	0	0	
	>=3	14	100	0	0	
Έτος έναρξης σεξουαλικής		19,5(2,7)		17,7(1,9)		0,004**

δραστηριότητας, μέσος (SD)						
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, μέσος (SD)		2,5(2,5)		3,6(3,6)		0,067‡
Χρόνια νόσος	Όχι	128	86,5	20	13,5	0,005*
	Ναι	45	100	0	0	
Ποιόν τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων χρησιμοποιείται	Τακτικός έλεγχος	15	88,2	2	11,8	0,137*
	Προφυλακτικό	38	80,9	9	19,1	
	Μόνιμος σύντροφος	111	92,5	9	7,5	
	Άλλο	8	100	0	0	
Έχετε οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	Όχι	158	89,8	18	10,2	0,691*
	Ναι	15	88,2	2	11,8	
Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας	Όχι	158	89,8	18	10,2	0,691*
	Ναι	15	88,2	2	11,8	
Έχετε αποδεδειγμένη λοίμωξη;	Όχι	151	88,8	19	11,2	>0,999*
	Ναι	14	93,3	1	6,7	
Κάπνισμα	Όχι	111	91,7	10	8,3	0,215
	Ναι	62	86,1	10	13,9	
Η διατροφή σας είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά;	Όχι	45	91,8	4	8,2	0,559
	Ναι	128	88,9	16	11,1	

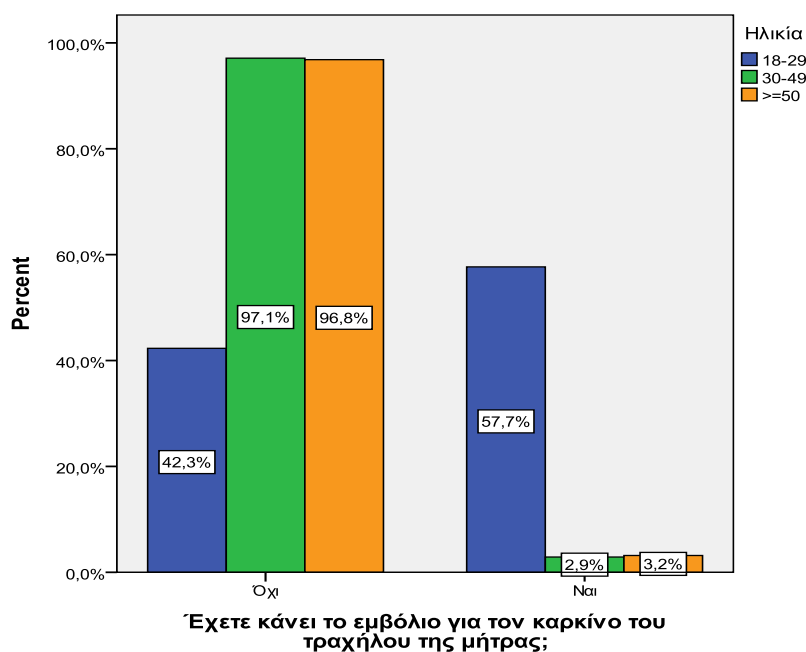
*Fisher's exact test, **Student's t-test, ‡Mann-Whitney test

Το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι μεγαλύτερο στις ηλικίες 18-29 συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι μεγαλύτερο στις μη έγγαμες γυναίκες συγκριτικά με τις έγγαμες, καθώς και στις γυναίκες που διαμένουν στην πόλη συγκριτικά με αυτές που διαμένουν σε κωμόπολη ή χωριό. Επίσης σε μεγαλύτερο ποσοστό έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων οι πιο μορφωμένες γυναίκες, δηλαδή οι απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ συγκριτικά με τις απόφοιτες Δημοτικού / Γυμνασίου /Λυκείου.

Επιπροσθέτως, οι γυναίκες που έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων έχουν μικρότερο μέσο χρόνο έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας. Καμιά, από τις γυναίκες που έχουν χρόνια νόσο δεν έχει κάνει το εμβόλιο και βρέθηκε ότι οι γυναίκες με χρόνια νόσο έχουν σημαντική διαφορά στο ποσοστό εμβολιασμού σε σχέση με αυτές που δεν έχουν χρόνια νόσο.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων και βρέθηκε ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζονται ανεξάρτητα με το αν έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες ηλικίας πάνω από 50 έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (OR=0,026, 95% CI:0,1-0,14, P=0,001) συγκριτικά με τις γυναίκες 18 έως 29 ετών. Επίσης, οι γυναίκες ηλικίας 30-49 έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (OR=0,02, 95% CI:0,1-0,09, P=0,001) συγκριτικά με τις γυναίκες 18 έως 29 ετών. Ακόμα, οι γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο ΤΕΙ/ΑΕΙ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (OR=3,03, 95% CI:1,12-8,14, P=0,028) συγκριτικά με αυτές που έχουν μορφωτικό επίπεδο Δημοτικού/Γυμν./Λυκείου.

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ανάλογα την ηλικία:



14. Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, διαπιστώνουμε ότι το 81,3% των γυναικών θεωρούν την πρόληψη πολύ σημαντική. Παρά ταύτα, η συχνότητα χρήσης του προφυλακτικού σημειώνει χαμηλά ποσοστά. Επίσης, το 88% των γυναικών πιστεύουν ότι το εμβόλιο του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και περίπου το 70% εξ αυτών εμφανίζονται πρόθυμες να εμβολιαστούν οι ίδιες (εφόσον τους το συστήσει ο γιατρός τους) και οι κόρες τους. Παρ'όλα αυτά, κάτω του 50% του δείγματος σημειώνει ότι διενεργεί συστηματικά τεστ-Παπανικολάου. Σ'αυτήν τη μελέτη επιχειρείται η προσέγγιση των λόγων, εξαιτίας των οποίων, αυτή η πληθυσμιακή ομάδα παρουσιάζει μια δυσκολία στη λήψη μέτρων πρόληψης έναντι της νόσου.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας για την χρήση του προφυλακτικού, διαπιστώθηκε ότι αποτελεί την πιο συχνή αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιείται και ταυτόχρονα την δεύτερη πιο συχνή μέθοδο έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, μετά τον μόνιμο σύντροφο (62,5%). Η προαναφερόμενη διαπίστωση έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες, στις οποίες η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί το προφυλακτικό ως αποτελεσματικότερη μέθοδο προστασίας έναντι των ΣΜΝ. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που βρίσκονται σε μόνιμη σχέση ή είναι παντρεμένες δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η μεγαλύτερη ηλικία έχουν συσχετιστεί με μικρότερη χρήση του προφυλακτικού.(48) Η χρήση του προφυλακτικού παγκοσμίως φαίνεται να ατονεί, γι' αυτό πρέπει να δραστηριοποιηθούμε όλοι οι επαγγελματίες υγείας να ενημερώσουμε τον κόσμο, μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού.

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης σε ότι αφορά τον εμβολιασμό είναι πολύ ενθαρρυντικά. Οι γυναίκες εμφανίζονται πρόθυμες να εμβολιαστούν οι ίδιες και οι κόρες τους, αλλά είναι διστακτικές στο να εμβολιάσουν και τους γιους τους. Αναμενόμενο ήταν ότι οι νεαρές γυναίκες (18-29 ετών) και οι απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάνει το εμβόλιο. Όσο για τον τρόπο ενημέρωσής τους για το εμβόλιο του HPV, αυτή επιτυγχάνεται από τους επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 47,7% από την τηλεόραση σε ποσοστό 17,1%. Σε έρευνες, έχει βρεθεί ότι γυναίκες κάτω των 25 ετών και γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν άγνοια για τα αίτια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι γυναίκες των αστικών κέντρων είναι περισσότερο δεκτικές στον εμβολιασμό και περισσότερο ενημερωμένες για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. (49) Επίσης έχει βρεθεί ότι όταν τονίζεται η δυνατότητα του εμβολίου να προλάβει την εκδήλωση του καρκίνου, η αποδοχή του είναι μεγαλύτερη (50).

Σχετικά χαμηλά εμφανίζονται τα ποσοστά συστηματικής διενέργειας του τεστ-Παπανικολάου στην μελέτη μας. Το 80% των γυναικών δήλωσε ότι διενεργεί την εξέταση για πρόληψη και ότι η αμέλεια

είναι ο σημαντικότερος λόγος που μπορεί να την παραλείψει. Ενώ χαμηλή πιθανότητα μη διενέργειας της εν λόγω εξέτασης εμφανίζουν οι γυναίκες που ζουν σε κωμόπολη ή οι αλλοδαπές. Το 8,8% του δείγματος έχει υποβληθεί σε επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας και το 6,2% έχει λοίμωξη HPV. Επίσης η πιο συχνή πηγή ενημέρωσης για το τεστ-Παπανικολάου είναι οι επαγγελματίες υγείας κατά 44,6%. Στην παρούσα μελέτη αλλά και σε άλλες, γίνεται αντιληπτό ότι οι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για τα μειωμένα ποσοστά συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο.(51)

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας το 2007 στα πλαίσια του προγράμματος «Λυσιστράτη» βρέθηκε ότι μόλις το 32,8% των γυναικών υποβάλλεται τακτικά (κάθε χρόνο, για πάνω από 5 χρόνια) σε τεστ-Παπανικολάου, το ποσοστό αυτό δε, έπεφτε στο 15% για τις γυναίκες κάτω των 30 ετών. Ο φόβος των αποτελεσμάτων, η αμέλεια αλλά και ένα αίσθημα αμηχανίας κατά την εξέταση είναι ανάμεσα στα κυριότερα αίτια μη πραγματοποίησης των προληπτικών εξετάσεων σε ανεπτυγμένες και μη χώρες (52).

14.1 Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης ήταν περιορισμένο, διότι εστιαζόταν μόνο σε γυναίκες του Ν. Μαγνησίας. Ακόμη το δείγμα δεν ήταν αντιπροσωπευτικό της συγκεκριμένης περιοχής, διότι δεν συμπεριλάβαμε την νησιωτική περιοχή (Σποράδες). Ενώ η επιλογή των γυναικών δεν έγινε με διαστρωματοποιημένο τρόπο αλλά με τυχαίο. Τέλος, λόγω του ότι ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν τα 43,6 έτη, μπορεί να επηρέασε το χαμηλό ποσοστό των εμβολιασμένων γυναικών (μόλις 10%). Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι αντιπροσωπευτικά των γυναικών της ελληνικής επαρχίας σχετικά με τις γνώσεις τους: α) για το τεστ-Παπανικολάου και την συχνότητα διενέργειας του και β) για το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων και την διενέργεια του εμβολίου κατά του HPV.

15. Συμπεράσματα

Στην χώρα μας, η εξέταση του τεστ-Παπανικολάου παρέχεται δωρεάν από όλα τα ιατρεία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας. Οι πλειονότητα των γυναικών οδηγείται συστηματικά στην διενέργειά της, όμως η δυσκολία εντοπίζεται στην ανυπαρξία ενός οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας με δυνατότητα πρόσκλησης και υπενθύμισης της εξέτασης, πράγμα που ισχύει σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Όσο αφορά τον εμβολιασμό έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, οι γυναίκες εμφανίζονται δεκτικές. Επίσης εμφανίζονται δεκτικές στο να εμβολιάσουν την κόρη τους αλλά όχι τον γιο τους. Αυτό συμβαίνει λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης σε νέα δεδομένα και εξελίξεις. Σίγουρα δεν έχει γίνει αντιληπτό από την πλειοψηφία του κόσμου ότι είναι η πρώτη φορά που έχουμε ένα εμβόλιο κατά του καρκίνου.

Υπάρχει λοιπόν άμεση ανάγκη, στα πλαίσια και των νέων δεδομένων ανασύστασης και ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να υπάρξουν: α) προγράμματα πρόσκλησης, ενημέρωσης και διευκόλυνσης των ατόμων για τη διενέργεια εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου, β) βάσεις δεδομένων για συλλογή και καταγραφή επιδημιολογικών δεδομένων και γ) ενημερωτικά προγράμματα για το κοινό (ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου) στα πλαίσια του οικογενειακού προγραμματισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γάλλος Μ., Άρθρο με τίτλο «HPV, Δυσπλασία Τραχήλου Μήτρας και Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://gynaikologos-manolis.pblogs.gr/2009/08/hpv-dysplasia-trahhloy-mhtras-kai-karkinostrahhloy-mhtras.html>, δημοσιευμένο 20/08/09.
2. Εκπαιδευτικό διαδικτυακό πρόγραμμα Eurocytology, “Κυτταρολογία τραχήλου της μήτρας”, Ημερ. Πρόσβασης: 20/05/2015 από <http://www.eurocytology.eu/Static/EUROCYTOLOGY/GRE/TP1CONTENT.html>.
3. Διακομανώλης Ε. Κολποσκόπηση και Παθολογία του Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας. 2010. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδη.
4. B. Bates, Οδηγός για Κλινική Εξέταση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1982.
5. Ε. Μπάμπας, Ιατρός Μαιευτήρας Γυναικολόγος, διακτορική διατριβή με τίτλο «Δραστηκότητα Κασπασών σε προκαρκινικές και καρκινικές καταστάσεις τραχήλου μήτρας ανθρώπου», Ιατρική Σχολή Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, 2009.
6. Cancer research, UK. Access: 10/05/2015 in <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/cervix/incidence/uk-cervical-cancer-incidence-statistics>.
7. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin. 2005, 55:74-108.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION/INSTITUT CATALA D’ONCOLOGIA, HPV INFORMATION CENTRE Human papillomavirus and related cancers. Summary report up date. 3rd ed. Europe, WHO/IOO, 15.11.2010. Available at: <http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/country>.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION/INSTITUT CATALA D’ONCOLOGIA, HPV INFORMATION CENTRE Human papillomavirus and related cancers. Summary report up date. 3rd ed. Europe, WHO/IOO, 15.9.2010. Available at: <http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/country>.
10. Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004 Ann Oncol 2007 18:doi:10.1093/annonc/mdm079.
11. Linos A, Riza E, van Ballegooijen M. Introduction: cervical cancer screening. Eur J Cancer 2000;36:2175-76.

12. Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. *Eur J Cancer* 2000;36:2260-65.
13. Miller AB Cervical cancer screening programmes: Managerial guidelines. 1993, WHO Geneva.
14. Ταλιούρη Ε. "Ο Εμβολιασμός και η Πληροφόρηση σώζουν από τον καρκίνο του τραχήλου". Accessed: 14/01/2015, in Link: www.iatronet.gr.
15. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. Γυναικολογία. 2^η έκδοση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004
16. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006; 24 Suppl 3:S42-51.
17. Pecorelli S, Odicino F. Cervical cancer staging. *Cancer J*. 2003, 9:390-394.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION, IMMUNIZATION VACCINES AND BIOLOGICALS. Human papillomavirus laboratory manual. 1sted. WHO/IVB/10.12, Geneva, 2009.
19. P.J.F. Snijders, R.D.M. Steenbergen, D.A.M. Heideman, C.J.L.M. Meijer, "HPV-mediated cervical carcinogenesis: concepts and clinical implications", *Journal of Pathology*, vol. 208, pp. 152-164, 2006.
20. Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2007;7(7):453-9.
21. Kaku M, Mathew A, Rajan B. Impact of socio-economic factors in delayed reporting and late-stage presentation among patients with cervix cancer in a major cancer hospital in South India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2008, 9:589-594.
22. Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, et al. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecol Endocrinol*. 2011, 27:597-604.
23. Green J, Berrington A de Gonzalez et al. Risk factors of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK National Case- Control study of cervical cancer. *Br J Cancer*. 2003, 89:2078-2086.
24. R. Herrero, L.A. Brinton, W.C Reeves, M.M Brenes, F. Tenorio, R.C. Britton, "Invasive cervical cancer and smoking in Latin America", *J Natl Cancer Inst* 1989;81:205-11.
25. American Cancer Society, "What causes cancer of the cervix", Access: 20/05/2015 in http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_cancer_of_the_cervix_Can_it_be_prevented_8.asp?sitearea=.

26. Bonnez W, Elswick RK, Bailey Farchione A, et al. Efficacy and safety of 0.5% podofilox solution in the treatment and suppression of anogenital warts. *Am J Med*, 1993; 96:420-425.
27. zur Hausen H. Papillomaviruses Causing Cancer: Evasion From Host-Cell Control in Early Events in Carcinogenesis. *J Natl Cancer Inst*, 2000; 92:690-698.
28. zur Hausen H. Papillomavirus infections – a major cause of human cancers. *Biophysica et Biochimica Acta* 1288, 1996:F55-F78.
29. Schiffmann M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007;370(9590):890-907.
30. T.P. Canavan, N.R. Doshi, “Cervical Cancer”, *American Academy of Family Physicians*, vol. 61 (5), pp. 1369-1376, March 2000, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10735343> - Kumar, Vinay, Abbas, Abul, Fausto, Nelson, Mitchell, Richard, Robbins *Basic Pathology*, Saunders Elsevier, 2007.
31. Medline Plus, “Cervical Cancer”, Access 10/05/2015 in <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000893.htm> .
32. R. Sankaranarayanan, L. Gaffikin, M. Jacob, J. Sellors, S. Robles, “A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 89, pp. S4-S12, 2005.
33. S. Luciani, J. Winkler, *Cervical cancer prevention in Peru: Lessons learned from theTATI demonstration project*, Pan American Health Organization, 2006.
34. L. Gaffikin, P.D. Blumenthal, M. Emerson, K. Limpaphayom, “Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project”. *Lancet* 2003;361(9360):814–20.
35. J.Cuzick, M. Arbyn, R. Sankaranarayanan, V. Tsu, G. Ronco, M.H. Mayrand, J. Dillner, C.J.L.M. Meijer, “Overview of Human Papillomavirus-Based and Other Novel Options for Cervical Cancer Screening in Developed and Developing Countries”, 2008.
36. Eddy, D.M. (1990). Screening for cervical cancer. *Ann. Intern. Med.* 113, 214-226.
37. Shy K, Chu J, Madelson M, Greer B and Figge D. (1989). Papanicolaou smear screening interval and risk of cervical cancer. *Obstet Gynecol* 74, 838-843.
38. Κοτρωνούλας Γ.(2014). Ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος για τη διαχείριση γυναικών που συμμετέχουν σε πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου για καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Διπλωματική εργασία. Ε.Μ.Π. Αθήνα.
39. Paraskevaïdis E, Arbyn M, Sotiriadis A, et al. The role of HPV DNA testing in the follow-up period after treatment for CIN: a systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004;30:205-11.

40. Ronco, Guglielmo, Joakim Dillner, et al. 2014. "Efficacy of HPV-based Screening for Prevention of Invasive Cervical Cancer: Follow-up Four European Randomised Controlled Trials." *Lancet* 383(9916): 524-32. Doi:10.1016/S0140-6736(13)62218-7.
41. Winer R, Lee S, Hughes J, Adam D, Kiviat N, Koutsky L. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female University students. *J Epidemiol* 2003; 157:218-26.
42. French K, Barnabas R, Lehtinen M, Kontula O, Dillner J, Garnett G. Strategies for the introduction of HPV vaccination: modeling the optimum age and sex specific patterns of vaccination in Finland. *Br J Cancer* 2007;96:514-18.
43. Dillner J, Arbyn M, Dillner L. Translational mini-review series on vaccines: monitoring of human papillomavirus vaccination. *Clin Exper Immunol* 2007;148:199-207.
44. Goldie SJ, Kohli M, Grima D et al. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:604-15.
45. Garnett G. Role of herd immunity in determining the effect of vaccines against sexually transmitted disease. *J Infect Dis* 2005;19:S97-106.
46. Μεσσήνης Ι. *Επίτομη Μαιευτική & Γυναικολογία*. MD Communications, Αθήνα, 2005.
47. Survival rates for cervical cancer, by stage. Access 23/07/2015 in www.cancer.org.
48. Leval A, Sundström K, Ploner A, Arnheim Dahlström L, Widmark C, Sparén P. Assessing Perceived Risk and STI Prevention Behavior: A National Population-Based Study with Special Reference to HPV. *PLoS One*. 2011, 6:e20624.
49. McDonald JT, Kennedy S. Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *J Immigr Minor Health*. 2007, 9:323-334.
50. Sperber NR, Brewer NT, Smith JS. Influence of parent characteristics and disease outcome framing on HPV vaccine acceptability among rural, Southern women. *Cancer Causes Control*. 2008, 19:115-118.
51. Καλαμπόκας Θ, Γκρέγκορ Σ, Μαραβελάκης Π, και συν. Στάσεις και Χρήση της Κυτταρολογικής Εξέτασης κατά Παπανικολάου (pap-test) για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας σε Νέες Ελληνίδες (16/26 ετών), *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής*. 2007, 6:241-250.
52. Αγοραστός Θ, Τογκαρίδου Ε, Λαμπρόπουλος Α, και συν. Συχνότητα λοίμωξης και κατανομή των ογκογόνων τύπων του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων σε Ελληνίδες και αποδοχή της προοπτικής του εμβολιασμού εναντίον του ιού– Πρόδρομα αποτελέσματα του «Προγράμματος Λυσιστράτη», *Ελληνικό Περιοδικό Μαιευτικής και Γυναικολογίας*. 2008, 7:331-348.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αγαπητοί Συμμετέχοντες,

Στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, διεξάγουμε έρευνα για να εκμαιεύσουμε τις απόψεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πιο συγκεκριμένα την εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου και του εμβολίου έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Επιπλέον θα εκτιμήσουμε την συμβολή του υγειονομικού προσωπικού (γιατρού και μαίας) στην προστασία του πληθυσμού μέσω των προσυμπτωματικών ελέγχων, ώστε μελλοντικά να υπάρξει βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι απαντήσεις σας θα μείνουν ανώνυμες, εμπιστευτικές, δεν θα συνδεθούν με κανένα τρόπο έτσι ώστε να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας και η χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου θα πραγματοποιηθεί μόνο για την συγκεκριμένη μελέτη. Δεν υπάρχει σωστή και λανθασμένη απάντηση. Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με τις απόψεις σας. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική!

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Η υπογράφουσα κατανοώ πλήρως τη μελέτη, στην οποία μου ζητήθηκε να συμμετάσχω. Κατανοώ ότι η μελέτη αυτή γίνεται για ερευνητικούς σκοπούς και συμμετέχω οικειοθελώς. Επίσης μπορώ να διακόψω την συμμετοχή μου στη μελέτη οποτεδήποτε θελήσω.

Υπογραφή



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Ηλικία...

2) Εθνικότητα... _____

3) Οικογενειακή κατάσταση...

1 Ελεύθερη

2 Χήρα

3 Διαζευγμένη

4 Εγγαμη

4) Αν είστε παντρεμένη, πόσα χρόνια είστε παντρεμένες; ...

5) Αν βρίσκεστε σε κάποια σχέση, πόσα χρόνια διατηρείτε αυτή τη σχέση; ...

6) Τόπος Διαμονής...

1 Χωριό

2 Κομόπολη

3 Ιόλη

7) Μορφωτικό επίπεδο...

1 Απόφοιτος Δημοτικού

2 Απόφοιτος Γυμνασίου

3 Απόφοιτος Λυκείου

4 Ιτυχιούχος TEI / AEI

5 Άλλο _____

8) Επάγγελμα...

1 Ανεργη

2 Οικιακά

3 Ελεύθερος Επαγγελματίας

4 Δημόσιος Υπάλληλος

5 Διωτικός Υπάλληλος

6 Άλλο _____

9) Οικονομική κατάσταση...

0 Δεν απαντώ

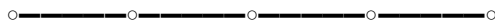
1 Καμηλή

2 Μεσαία

3 Υψηλή

- 10) Αριθμός τέκνων...
- 11) Ηλικία 1^{ης} εγκυμοσύνης...
- 12) Αριθμός αυτόματων αποβολών...
- 13) Αριθμός εκτρώσεων...
- 14) Έτος έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας...
- 15) Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων...
- 16) Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα; Αν ναι, από ποιό; _____
- 17) Πόσο σημαντική είναι για εσάς η πρόληψη; (κυκλώστε τον αριθμό που επιθυμείτε)

1 2 3 4 5



Καθόλου Σημαντική

Πολύ Σημαντική

18) Ποια μέθοδο πρόληψης με σκοπό την αντισύλληψη χρησιμοποιείτε; (δώστε μόνο μία απάντηση, αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο)

- 0 Καμία
- 1 Εκτρωση
- 2 Αποχή
- 3 Αντισυλληπτικό χάπι
- 4 Σπιράλ
- 5 Διακεκομμένη Συνουσία
- 6 Προφυλακτικό
- 7 Άλλη _____

19) Ποιόν τρόπο πρόληψης έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων χρησιμοποιείται; (δώστε μόνο μία απάντηση, αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο)

- 1 Γακτικός έλεγχος
- 2 Προφυλακτικό
- 3 Μόνιμος σύντροφος
- 4 Άλλο _____

20) Γνωρίζετε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

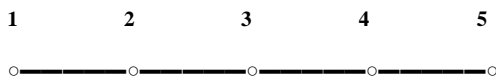
21) Αν ναι, από πού έχετε ενημερωθεί; (δώστε μία μόνο απάντηση)

- 1 Επιστημονικά Βιβλία / Περιοδικά
- 2 Υγειονομικό Φορέα
- 3 Τηλεόραση
- 4 Ίντερνετ
- 5 Άλλο _____

22) Ποιες από τις μεθόδους πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γνωρίζετε; (δώστε μόνο μία απάντηση, τη σημαντικότερη για εσάς)

- 1 Χρήση προφυλακτικού
- 2 Εμβολιασμός
- 3 Τεστ-Παπ
- 4 Άλλο _____

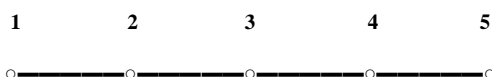
23) Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη με την χρήση προφυλακτικού; (κυκλώστε τον αριθμό που επιθυμείτε)



Καθόλου Σημαντική

Πολύ Σημαντική

24) Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη με την διενέργεια εμβολιασμού; (κυκλώστε τον αριθμό που επιθυμείτε)



Καθόλου Σημαντική

Πολύ Σημαντική

25) Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη με την διενέργεια τεστ – Παπανικολάου; (κυκλώστε τον αριθμό που επιθυμείτε)



Καθόλου Σημαντική

Πολύ Σημαντική

26) Ο προληπτικός έλεγχος με την εξέταση τεστ- Παπανικολάου πρέπει να γίνεται...

- 1 Μετά την εμμηνόπαυση
- 2 Υπαρξη συμπτώματος
- 3 Μετά τον πρώτο τοκετό
- 4 Ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών
- 5 Άλλο _____

27) Ποιά η συχνότητα που κάνετε τεστ-Παπανικολάου τα τελευταία έτη;

- 0 Δεν απαντώ
- 1 Δεν έχω ξανακάνει
- 2 <1 έτος
- 3 ανά 1 έτος
- 4 ανά 2 έτη
- 5 ανά 3 έτη
- 6 ανά 4-5 έτη
- 7 >5 έτη

28) Για ποιο λόγο κάνετε τεστ-Παπανικολάου; (δώστε μία μόνο απάντηση, τη σημαντικότερη για εσάς)

- 1 Επειδή το κάνουν οι φίλες
- 2 Σύσταση επαγγελματία υγείας
- 3 Ανήκω σε ομάδα υψηλού κινδύνου
- 4 Από φόβο
- 5 Για πρόληψη
- 6 Άλλο _____

29) Για ποιο λόγο μπορεί να αμελήσετε ή να καθυστερήσετε να κάνετε τεστ-Παπανικολάου; (δώστε μία μόνο απάντηση, τη σημαντικότερη για εσάς)

- 1 Ντρέπομαι
- 2 Επώδυνη εξέταση
- 3 Ελλειψη χρόνου
- 4 Δύσκολη πρόσβαση
- 5 Φοβάμαι τα αποτελέσματα
- 6 Δεν ενημερώθηκα
- 7 Από αμέλεια
- 8 Οικονομικοί λόγοι
- 9 Άλλο _____

30) Έχετε οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

31) Αν ναι, τι βαθμού συγγένεια έχετε με το άτομο που νόσησε;

- 0 Δεν απαντώ
- 1 Α βαθμού
- 2 Β βαθμού
- 3 Γ βαθμού
- 4 Άλλο _____

32) Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

33) Αν ναι, σε πόσες επεμβάσεις έχετε υποβληθεί;

34) Έχετε αποδεδειγμένη λοίμωξη από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;

- 0 Όχι
- 1 Δεν απαντώ

- 2 HPV
- 3 λαμύδια
- 4 έρπη γεννητικών οργάνων
- 5 AIDS
- 6 Άλλο _____

35) Καπνίζετε;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

36) Αν ναι, σε ποιά ηλικία ξεκινήσατε να καπνίζετε;

37) Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

38) Θα θέλατε να σταματήσετε να καπνίζετε;

- 0 Όχι
- 1 Ναι
- 2 Δεν ξέρω

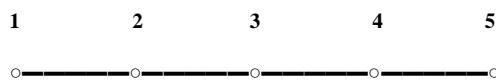
39) Η διατροφή σας είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

40) Πιστεύετε πως το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων προστατεύει – προλαμβάνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

41) Πόσο σημαντική πιστεύεται ότι είναι η πρόληψη που παρέχει το εμβόλιο έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας; (κυκλώστε τον αριθμό που επιθυμείτε)



Καθόλου Σημαντική

Πολύ Σημαντική

42) Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

43) Αν όχι, θα κάνατε το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αν σας το σύστηνε ο γιατρός σας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι
- 2 Δεν ξέρω

44) Θα κάνατε το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην κόρη σας;

- 0 Όχι
- 1 Ναι

2 Δεν ξέρω

45) Θα κάνατε το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στον γιό σας;

0 Όχι

1 Ναι

2 Δεν ξέρω

46) Από πού έχετε ενημερωθεί για το τεστ-Παπανικολάου; (δώστε μία μόνο απάντηση, τη σημαντικότερη για εσάς)

1 Φίλους

2 Σχολείο

3 Τηλεόραση

4 Γονείς

5 Επιστημονικά βιβλία - περιοδικά

6 Ίντερνετ

7 Επαγγελματία Υγείας

8 Άλλο _____

47) Από πού έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας; (δώστε μόνο μία απάντηση, τη σημαντικότερη για εσάς)

1 Φίλους

2 Σχολείο

3 Τηλεόραση

4 Γονείς

5 Επιστημονικά βιβλία - περιοδικά

6 Ίντερνετ

7 Επαγγελματία Υγείας

8 Άλλο _____

48) Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο καλύτερος τρόπος για να ενημερώνεται ο κόσμος και να οδηγείται στην πρόληψη; (δώστε μία μόνο απάντηση, τη σημαντικότερη για εσάς)

1 Ενημέρωση απομακρυσμένων περιοχών

2 Ενημερωτικές εκδηλώσεις

3 Ένεργη δράση φορέων υγείας

4 Ενημέρωση σε τηλεόραση, ίντερνετ...

5 Παρεμβάσεις σε σχολεία

6 Άλλο _____