



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

---



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**Η Διασύνδεση των Κοινωνικο-δημογραφικών  
χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία σε  
εξεταζόμενες νεαρές γυναίκες με το τεστ κατά  
Παπανικολάου**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Τσαϊρογλου Πελαγία  
Νοσηλεύτρια**

ΑΜ:06020766

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ**

Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής  
Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

**ΛΑΡΙΣΑ 2011**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**



## **Διπλωματική Εργασία**

**Η Διασύνδεση των Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία σε εξεταζόμενες νεαρές γυναίκες με το τεστ κατά Παπανικολάου**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:**

**Τσαϊρογλου Πελαγία  
Νοσηλεύτρια**

ΑΜ:06020766

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)**

Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής  
Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

Καθηγήτρια  
Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τ.Ε.Ι. Λάρισας

**Dr. ΝΕΚΤΑΡΙΑ ΖΑΓΟΡΓΙΑΝΑΚΟΥ**

Ιατρός Κυτταρολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

**ΛΑΡΙΣΑ 2011**

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>Σελ.</b>
Ευχαριστίες.....	<b>4</b>
Εισαγωγή.....	<b>5</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Επιδημιολογία.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Σύντομη περιγραφή του HPV .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Αίτια μειωμένης αποδοχής και πρόληψης.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Τεστ Παπανικολάου .....</b>	<b>21</b>
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>24</b>
<b>1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης .....</b>	<b>24</b>
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις .....	24
<b>2. Υλικό και Μέθοδος .....</b>	<b>25</b>
2.1 Δείγμα .....	25
2.2 Διαδικασία .....	26
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία .....	26
2.3.1 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977) .....	26
2.3.2 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.....	27
2.4 Στατιστική επεξεργασία .....	27
<b>3. Αποτελέσματα της Μελέτης.....</b>	<b>29</b>
3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος.....	29
3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά διερεύνησης κατηγορικών μεταβλητών σχετικά με την έξεταση κατά Παπανικολάου στο σύνολο του δείγματος.....	30
3.3 Ειδικά χαρακτηριστικά των νεαρών γυναικών που έκαναν ΠΑΠ τεστ .....	32
3.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977).....	33
3.5 Ανάλυση συσχέτισης.....	36
<b>4. Συζήτηση .....</b>	<b>42</b>
<b>5. Συμπεράσματα .....</b>	<b>46</b>
<b>6. Περίληψη.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Abstract.....</b>	<b>49</b>
<b>8. Βιβλιογραφία .....</b>	<b>51</b>

## Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Κα. Μαίρη Γκούβα, Ψυχολόγο Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Επίκουρο καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου για την αμέριστη στήριξη, καθοδήγηση και συνεισφορά της στην ολοκλήρωση και παρουσίαση της παρούσας μελέτης.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής Κα. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, καθηγήτρια, Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τ.Ε.Ι Λάρισας και Δρ. Νεκταρία Ζαγοργιανாகου, Ιατρό Κυτταρολόγο, Επιστημονικό Συνεργάτη Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Τέλος ευχαριστώ όλες τις νεαρές γυναίκες που έλαβαν μέρος στην συγκεκριμένη ερευνητική εργασία, χωρίς τη συμμετοχή των οποίων δεν θα ήταν εφικτή η παρούσα μελέτη.

Αφιερώνεται στο πολυτιμότερο κομμάτι της ζωής μου, τα παιδιά μου, Ελένη και Γιάννη για την υπομονή, κατανόηση και συμπαράστασή τους κατά τη διαδικασία εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

## Εισαγωγή

Προκειμένου να μειωθεί ουσιαστικά η συχνότητα εμφάνισης νέων κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πρέπει να εφαρμοστούν νέες πρακτικές πρωτογενούς πρόληψης. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών διεθνώς, γίνεται προσπάθεια εφαρμογής στην καθημερινή κλινική πράξη των σύγχρονων γνώσεων από τα μοριακά δεδομένα της καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, με στόχο πάντα την αποτελεσματικότερη προληπτική ιατρική παρέμβαση στον τομέα αυτόν. Την πλέον καθοριστική όμως δυνατότητα εφαρμογής της νέας γνώσης, που σχετίζεται με την πρόληψη του «ιογενούς αιτιολογίας» καρκίνου του τραχήλου, αποτελεί σήμερα η ύπαρξη ενός εμβολίου εναντίον του HPV, το οποίο εντάσσουν σταδιακά όλες οι αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης στα εθνικά προγράμματα εμβολιασμού τους (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010). Για την ακρίβεια, δύο HPV εμβόλια είναι πλέον διαθέσιμα. Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration) των ΗΠΑ ενέκρινε ένα τετραδύναμο εμβόλιο (που καλύπτει τους τύπους HPV 6, 11, 16, 18) τον Ιούνιο του 2006, για χρήση από κορίτσια και γυναίκες 9-26 ετών και τον Οκτώβριο του 2009 ενέκρινε ένα δεύτερο διδύναμο εμβόλιο (που καλύπτει τους HPV τύπους 16 και 18). Το εμβόλιο είναι πιο αποτελεσματικό εάν χορηγηθεί πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η συμβουλευτική επιτροπή για τις πρακτικές ανοσοποίησης (Advisory Committee for Immunization Practices) συνιστά τον τακτικό εμβολιασμό των κοριτσιών ηλικίας 11 - 12 ετών, αλλά και σε κορίτσια ηλικίας 13 - 26 ετών, αν και θεωρεί αυτό τον εμβολιασμό ως χρονικά καθυστερημένο. Στις ΗΠΑ, ο εμβολιασμός έχει επίσης εγκριθεί για κορίτσια από την ηλικία των 9 ετών (Allen et al. 2010).

Το τετραδύναμο εμβόλιο έχει αποδειχθεί σε κλινικές δοκιμές ότι έχει σχεδόν 100% αποτελεσματικότητα στις γυναίκες κατά εμμένουσας λοίμωξης και, επίσης, ότι είναι σχεδόν 100% αποτελεσματικό στην πρόληψη της δυσπλασίας του τραχήλου της μήτρας (CIN2+), της δυσπλασίας του κόλπου/αιδοίου και των γεννητικών κονδυλωμάτων που σχετίζονται με τους τύπους HPV που περιέχονται στο εμβόλιο. Το διδύναμο εμβόλιο δείχνει εξίσου υψηλή αποτελεσματικότητα στις γυναίκες, για την πρόληψη των τύπων εμμένουσας λοίμωξης και δυσπλασίας του τραχήλου της μήτρας που καλύπτονται (CIN2+). Διαχρονικές μελέτες για το τετραδύναμο, έχουν δείξει σταθερή κλινική αποτελεσματικότητα έως και πέντε χρόνια, καθώς επίσης και μια ισχυρή αναμνηστική απάντηση μετά από μια αναμνηστική δόση, γεγονός που υποδηλώνει ότι το αρχικό σχήμα των 3 δόσεων εδραιώνει τη μνήμη του ανοσοποιητικού (Muñoz et al. 2010). Μακροχρόνιες μελέτες για το διδύναμο, δείχνουν αποτελεσματικότητα μέχρι 6,4 χρόνια. Μια τυχαιοποιημένη προοπτική μελέτη που συγκρίνει τα δύο διαθέσιμα HPV εμβόλια, βρήκαν υψηλότερους τίτλους

εξουδετέρωσης αντισωμάτων στον ορό και μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης παρενεργειών, ως επί το πλείστον αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης, μετά τον εμβολιασμό με το διδύναμο (Einstein et al. 2010). Το κατά πόσον η υψηλότερη ανοσολογική απάντηση προσφέρει οποιαδήποτε κλινικά οφέλη, δεν έχει ακόμη αποσαφηνιστεί. Και για τα δύο εμβόλια, οι μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη, για να προσδιορίσουν την αποτελεσματικότητα για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα (Dempsey, Patel 2010).

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Επιδημιολογία**

Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην **Ευρώπη** είναι πολύ υψηλή. Πρόκειται για το δεύτερο πιο συχνά εμφανιζόμενο καρκίνο σε νεαρές γυναίκες, ηλικίας 15–44 ετών, και επιφέρει σημαντική ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση στους ασθενείς και τα συστήματα υγείας (Arbyn et al. 2007). Βασικός αιτιοπαθογενετικός παράγοντας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θεωρείται ο ιός HPV (human papilloma virus, ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων), οι τύποι 16 και 18 του οποίου έχουν ανιχνευτεί στο 70% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Οι προληπτικές εξετάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση των περιπτώσεων αυτής της μορφής καρκίνου. Η εξέταση του κολποτραχηλικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου (test Παπανικολάου) όμως δεν μπορεί να ανιχνεύσει τον HPV, ούτε να προστατεύσει από τη λοίμωξη από αυτόν. Επίσης, ούτε το «test Παπανικολάου» είναι τέλειο, ούτε η αποτελεσματικότητα των προληπτικών προγραμμάτων είναι ιδανική, λόγω γραφειοκρατικών και άλλων προβλημάτων (Garland et al. 2007), (Moscicki 2008), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010). Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων ευθύνεται για το 99,7% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και για το 5% του συνόλου των καρκίνων ανά τον κόσμο (περιλαμβάνονται ο καρκίνος του φάρυγγα, του πέους και του πρωκτού) (Moscicki 2008).

**Στις Ηνωμένες Πολιτείες**, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Η επικράτηση της HPV λοίμωξης εκτιμάται ότι ανέρχεται στο 80%, με εκτίμηση ότι συμβαίνουν 6,2 εκατομμύρια λοιμώξεις κάθε χρόνο. Αν και οι λοιμώξεις με «χαμηλού κινδύνου» τύπους του HPV (HPV 6, 11) είναι γενικά ήπιες, μπορούν να οδηγήσουν σε χαμηλού βαθμού αλλαγές των τραχηλικών κυττάρων, κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων και αναπνευστική θηλωμάτωση. Η εμμένουσα λοίμωξη με υψηλού κινδύνου ογκογόνους τύπους του HPV (HPV 16, 18) μπορεί να προκαλέσει καρκίνους τραχήλου της μήτρας, στοματοφάρυγγα, και πρωκτογεννητικό καρκίνο. Περίπου 25% των καρκίνων του στόματος και 35% του φάρυγγα, πιστεύεται ότι σχετίζονται με τον HPV (Workowski, Berman 2006), (Dempsey, Patel 2010). Οι μαύρες και ισπανόφωνες γυναίκες υποφέρουν από ένα δυσανάλογο αριθμό περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου. Σε σύγκριση με τις λευκές γυναίκες, οι ισπανόφωνες γυναίκες έχουν διπλό ποσοστό συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου και οι μαύρες γυναίκες έχουν διπλό ποσοστό θνησιμότητας (Centers for Disease Control and Prevention 2004), (American Cancer Society 2009) (Allen et al. 2010).

Οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από HPV λοίμωξη από ό,τι άλλες ηλικιακές ομάδες. Εθνικά αντιπροσωπευτικά επιδημιολογικά στοιχεία από την Εθνική Έρευνα Αποτίμησης Υγείας και Διατροφής δείχνουν ότι, μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών γυναικών, ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν υψηλότερος σε άτομα ηλικίας 20-24 ετών (44,8%) (Dunne et al. 2007). Αν και τα ποσοστά μόλυνσης είναι υψηλά σε εθνικό επίπεδο, οι περισσότερες λοιμώξεις επιλύονται αυθόρμητα, χωρίς κλινικά ευρήματα εμφανούς νόσου. Για παράδειγμα, περίπου το 90% των λοιμώξεων δεν προχωρά ποτέ πέρα από το βαθμό της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) 2. Ωστόσο, η εμμένουσα λοίμωξη με υψηλού κινδύνου ή ογκογόνους τύπους του ιού HPV, έχει καθιερωθεί ως η αιτία του συνόλου σχεδόν των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (Dempsey, Patel 2010).

Υπολογίζεται ότι 11.270 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και 4.070 θάνατοι που σχετίζονται, αναμένονταν μεταξύ των γυναικών το 2009. Η HPV λοίμωξη εμπλέκεται σε ένα σημαντικό ποσοστό του καρκίνου του πρωκτού (85%), του κόλπου (70%), του αιδοίου (40%) και του πέους (40%), αν και αυτοί οι καρκίνοι είναι πολύ λιγότερο συνηθισμένοι από τον καρκίνο του τραχήλου. Λοιμώξεις με τους χαμηλού κινδύνου HPV τύπους 6 και 11 σχετίζονται με κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι το 1% του πληθυσμού έχει HPV λοίμωξη που προκαλεί κλινικά εμφανή κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων. Αν και δεν είναι κακοήθη, τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων μπορεί να προκαλέσουν σημαντική ψυχοκοινωνική νοσηρότητα και συνήθως απαιτούν πολλαπλές επισκέψεις σε γιατρό για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση (Workowski, Berman 2006), (Dempsey, Patel 2010).

Το τετραδύναμο εμβόλιο εναντίον των υποτύπων 16, 18, 6 και 11, προφυλάσσει όχι μόνο από τις δυσπλασίες και τον καρκίνο του τραχήλου αλλά και από τα κονδυλώματα, τα οποία αποτελούν μια από τις πλέον συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους (Garland et al. 2007). Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα ανίχνευσης του γονιδιώματος (DNA) των διαφόρων υποτύπων του HPV ποικίλλει στις διάφορες χώρες. Έτσι, πιθανόν αργότερα, όταν δημιουργηθούν εμβόλια εναντίον διαφορετικών υποτύπων, να εφαρμόζεται το καταλληλότερο εμβόλιο στην εκάστοτε γεωγραφική περιοχή. Τέλος, δεν έχει διευκρινιστεί εάν η εφαρμογή του προφυλακτικού εμβολιασμού θα επηρεάσει ή θα αλλάξει την υπάρχουσα σήμερα πρακτική του προγραμματισμένου ή ευκαιριακού πληθυσμιακού ελέγχου με το test Παπανικολάου ή και με το test HPV DNA (Moscicki 2008), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

Σημαντική παράμετρος για την αποτελεσματική κάλυψη του πληθυσμού είναι η αποδοχή του εμβολιασμού των εφήβων από τους γονείς τους. Ελάττωση του βαθμού



αποδοχής του προφυλακτικού εμβολιασμού σε ποσοστά <80% του πληθυσμού των εφήβων μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συνολικής επίδρασης του εμβολιασμού στην επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Αλεβιζόπουλος, Βασλαματζής 2008), (Zimet 2005). Οι τρέχουσες πληροφορίες αναφέρουν αποδοχή του εμβολιασμού η οποία κυμαίνεται από 70–90% (Sauvageau et al. 2007), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

Παρά το γεγονός ότι το τετραδύναμο εμβόλιο ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) έχει επιδείξει ισχυρή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια σε λογικά επίπεδα, τα ανεπαρκή ποσοστά εμβολιασμού εγείρουν ανησυχίες και ερωτήματα (FUTURE II Study Group 2007), (Garland et al. 2007). Μια έρευνα που έγινε το 2007 από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention των Η.Π.Α.) διαπίστωσε ότι περίπου το 25% των κοριτσιών 13 έως 17 ετών είχαν λάβει τουλάχιστον μία δόση του HPV εμβολίου (Moscicki 2008). Επιπλέον, πολύ λιγότερα κορίτσια 9 έως 12 ετών και γυναίκες 18 έως 26 ετών έχουν ξεκινήσει τη σειρά του εμβολιασμού. Το χαμηλό ποσοστό κάλυψης με HPV εμβόλιο για κορίτσια 9 έως 12 ετών είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, γιατί αυτή κρίθηκε ότι είναι η ιδανική ηλικία για εμβολιασμό (Markowitz et al. 2007). Σε σύγκριση, η κάλυψη με εμβόλια για την πρώτη σχολική χρονιά των κοριτσιών κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2007-2008, εκτιμάται από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ότι κυμάνθηκε μεταξύ 94% (ανεμοβλογιάς) και 96% (ηπατίτιδα Β) (CDC 2008). Οι διαφορές σε αυτά τα πολύ αντικρουόμενα ποσοστά εμβολιασμού είναι πιθανές, λόγω πολλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης κόστους, της ασφάλειας, της γνώσης, θεμάτων παρόχων των εμβολίων, πρόσβασης, και αντικρουόμενων απόψεων. Ωστόσο, μια απλή εξήγηση είναι ότι εμβόλια για την πρώτη σχολική χρονιά είναι υποχρεωτικά, ενώ το εμβόλιο κατά του HPV δεν είναι (Ferris et al. 2010).

Γενικότερα, υπολογίζεται ότι το εμβόλιο (McCafery, Irwig 2005) προστατεύει από το 70% των κρουσμάτων, ενώ η προσθήκη των οροτύπων 45 και 31 θα οδηγούσε στην πρόληψη του 80% των περιπτώσεων (Garland et al. 2007), (Moscicki 2008). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα μέχρι στιγμής υπάρχοντα εμβόλια εναντίον του HPV δεν προφυλάσσουν από όλους τους υποτύπους του ιού, αλλά μόνο από τους πλέον νοσογόνους και επικίνδυνους, δηλαδή τους υποτύπους 16 και 18 (οι οποίοι ωστόσο είναι υπεύθυνοι για το 70% των καρκίνων παγκοσμίως) (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

## **Αποδοχή του εμβολιασμού (στατιστικά)**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι γυναίκες είναι στην πλειοψηφία τους δεκτικές στον εμβολιασμό, τόσο των ιδίων, όσο και των παιδιών τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αντίστοιχα διεθνών μελετών, απ' όπου προκύπτει ότι ακόμη και όταν οι γυναίκες έχουν λιγότερες γνώσεις για τον ιό και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι πρόθυμες να συμμετάσχουν σε προγράμματα εμβολιασμού έναντι του HPV (Kwan et al. 2009). Η αποδοχή του εμβολιασμού ανάμεσα στις γυναίκες είναι γενικά υψηλή, μεγαλύτερη ίσως στις λατινικής καταγωγής γυναίκες, όπως έδειξε έρευνα στις ΗΠΑ (Watts et al. 2009). Σε δείγμα 2.604 ενηλίκων και σε έρευνα online για λογαριασμό της Wall Street Journal, 'Online's Health Industry Edition' βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των γυναικών πιστεύει ότι η προτροπή προς τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες να εμβολιαστούν είναι ένας καλός τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότεροι γονείς θα ήθελαν η ανήλικη κόρη τους να εμβολιαστεί, αν και μεγάλο ποσοστό δηλώνουν αναποφάσιστοι (32%) και 6% κάθετα αρνητικοί (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

Το 72% των γονέων που απάντησαν θετικά, πιστεύουν ότι θα έπρεπε να αναπτυχθούν ενημερωτικά προγράμματα σχετικά με το εμβόλιο στα σχολεία (Wall Street Journal 2007). Σε μελέτη στην Κίνα, δείχθηκε ότι παρά τις εσφαλμένες αντιλήψεις και την άγνοια για τον HPV και τον εμβολιασμό εναντίον του ιού, η συντριπτική πλειοψηφία (88%) των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσαν πρόθυμοι να εμβολιαστούν (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

Στην προαναφερθείσα έρευνα της Wall Street Journal βρέθηκε ότι το 44% των ενηλίκων πιστεύει ότι η αποχή είναι καλύτερος τρόπος πρόληψης, ενώ το 27% διατείνεται ότι το εμβόλιο μπορεί να ενθαρρύνει τα νέα κορίτσια να αρχίζουν νωρίτερα τη σεξουαλική τους ζωή, εύρημα που συναντάται και σε άλλες έρευνες (Wall Street Journal 2007), (Constantine, Jerman 2007). Σε έρευνα στην Κίνα, το 27% των ερωτηθέντων αντιτίθετο στον εμβολιασμό γυναικών που δεν είχαν αρχίσει ακόμη τις σεξουαλικές τους επαφές, ενώ η πλειοψηφία ήταν υπέρ του εμβολιασμού των σεξουαλικά ενεργών γυναικών, γεγονός που αφήνει ερωτηματικά για τη σωστή χρήση του εμβολίου και δημιουργεί μια ψευδαίσθηση ασφάλειας έναντι του ιού στους εμβολιαζόμενους. Επίσης, έχει βρεθεί ότι, όταν τονίζεται η δυνατότητα του εμβολίου να προλάβει την εκδήλωση του καρκίνου, η αποδοχή του είναι μεγαλύτερη. Σημαντική είναι και η παράμετρος του αυξημένου κόστους, που θεωρείται διεθνώς ανασταλτικός παράγοντας, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Για το σκοπό αυτόν έχουν εκπονηθεί και μαθηματικά μοντέλα που

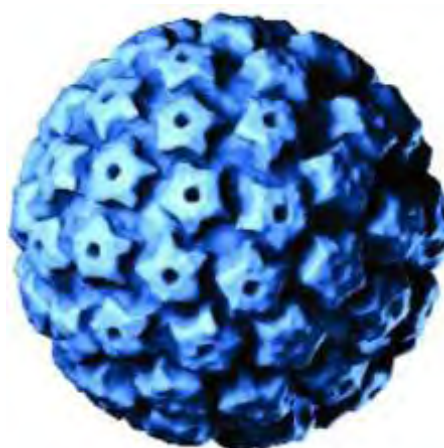
προσδιορίζουν το επιθυμητό κόστος, ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής συμμετοχή στον εμβολιασμό (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

## 2. Σύντομη περιγραφή του HPV

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, παρά τη δραματική μείωση της συχνότητάς του με την εφαρμογή του test Παπανικολάου, παραμένει ο δεύτερος σε συχνότητα στις γυναίκες παγκοσμίως. Ειδικότερα υπολογίζεται ότι ετησίως θα αναπτύξουν καρκίνο τραχήλου 500.000 περίπου γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Σημαντική για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου είναι η χρονίως παραμένουσα λοίμωξη από ορισμένα στελέχη HPV τα οποία ονομάζονται υψηλού κινδύνου (ΥΚ HPV) (Καπράνος 2006).

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες στο 90-99% των καρκινωμάτων τραχήλου μήτρας ανιχνεύεται DNA των HPV ΥΚ1 (υψηλού κινδύνου 1). Στους HPV ΥΚ ανήκουν οι τύποι 13, 1, 18, 31, 33, 35, 40, 42, 45, 52, 58, 59, 68, οι οποίοι προκαλούν καρκινώματα, χαμηλού και υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις πλακώδους επιθηλίου (low-grade squamous intraepithelial lesion, L-SIL και high-grade squamous intraepithelial lesion, H-SIL). Αντίθετα, οι τύποι 6, 11, 42, 43 και 44 προκαλούν καλοήθεις εξωφυτικές αλλοιώσεις (κονδυλώματα) ή μόνο ελαφρού βαθμού δυσπλασίες και θεωρούνται χαμηλού κινδύνου για ανάπτυξη κακοηθείας (Καπράνος 2006).

Όμως τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα στην πράξη, καθώς πολλές φορές διαπιστώνεται συνύπαρξη πολλών τύπων του ιού στον ίδιο ασθενή (10-15%) και, επιπλέον, δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για την ογκογόνο δράση πολλών άλλων τύπων (Ζουριδάκη 2005).



**Εικόνα 1.** Ο ιός των θηλωμάτων του ανθρώπου (τρισιδιάστατη αναπαράσταση) (Αγοραστός Θεόδωρος 2007).

Οι HPV είναι DNA ιοί. Ο (HPV) ανήκει σε οικογένεια μικρών ιών (papovα ιοί) με διπλή - κυκλική έλικα DNA, που προσβάλλουν το πλακώδες επιθήλιο του γεννητικού συστήματος, του πρωκτού και της περιπρωκτικής περιοχής, καθώς και το βλεννώδες επιθήλιο του λάρυγγα (Θεοδωρίδου, Ατσάλη 2007).

Περιβάλλονται από πρωτεϊνική κάψα σφαιρικού σχήματος και δεν έχουν εξωτερικό λιποπρωτεϊνικό περίβλημα. Έτσι είναι πιο σταθεροί, μολυσματικοί για χρόνια και ανθεκτικοί στις θεραπείες (Ζουριδάκη 2005).

Σε ό,τι αφορά στο χρόνο επώασης του ιού και την πορεία της λοίμωξης, δεν υπάρχει ομοφωνία στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται συνήθως από 1-20 μήνες. Όμως, οι συνέπειες της HPV λοίμωξης εκδηλώνονται μετά από χρόνια ή δεκαετίες. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, μετά την αρχική ενεργό φάση της λοίμωξης, ο ιός παραμένει σε λανθάνον στάδιο και μπορεί να επανενεργοποιηθεί λόγω επανέκθεσης ή μειωμένης ανοσίας του ξενιστή. Άλλοι, υποστηρίζουν ότι πρόκειται για παροδικές λοιμώξεις αυτοϊώμενες, όμως, είναι πιθανό να μην είναι δυνατή η ανίχνευση του ιού στη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου με την υπάρχουσα τεχνολογία. Η διευκρίνιση αυτών των θεμάτων αποτελεί αντικείμενο μελέτης σε εξέλιξη (Θεοδωρίδου, Ατσάλη 2007).

Μετά την είσοδο του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό, ο HPV προσβάλλει τα κύτταρα της βασικής στοιβάδας των επιθηλιακών κυττάρων. Το γενετικό του υλικό παραμένει στα κύτταρα του ξενιστή ως μη ενσωματωμένα εξωχρωμοσωμιακά στοιχεία (επισώματα)<sup>3</sup>. Τα προσβεβλημένα κύτταρα διαιρούνται και κάποια από τα νέα κύτταρα παραμένουν (φάση μη παραγωγικού σταδίου του ιού με χαμηλό αριθμό αντιγράφων)<sup>3</sup>, ενώ άλλα απομακρύνονται από τη βασική στοιβάδα, διαφοροποιούνται και μεταπίπτουν σε επιθηλιακά κύτταρα<sup>3,4</sup> (φάση παραγωγικού σταδίου του κύκλου ζωής του ιού - πολλαπλασιασμός σε μεγάλο αριθμό αντιγράφων). Στα πλήρως διαφοροποιημένα κύτταρα του ξενιστή εκφράζεται η πρωτεΐνη E4 και τα L γονίδια<sup>7</sup>, με αποτέλεσμα την παραγωγή των λοιμογόνων, ιικών σωματιδίων. Με τον τρόπο αυτό ο ιός φαίνεται να «αποφεύγει» το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή, καθώς στο μη παραγωγικό στάδιο ο ιός δεν επιτρέπει την έκφραση των ισχυρά ανοσογόνων L1 και L2 γονιδίων. Παρά την ικανότητα αυτή του ιού, συνήθως η μόλυνση υποχωρεί αυτόματα εντός δύο ετών<sup>2,4</sup>. Από το γεγονός αυτό φαίνεται ότι η ανοσολογική απάντηση του ξενιστή, αν και ασθενής, επαρκεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων για την ανάπτυξη αποτελεσματικής άμυνας έναντι του HPV10. Στον περιορισμένο αριθμό των περιπτώσεων που η λοίμωξη δεν υποχωρεί, μπορεί η εξέλιξη να οδηγήσει σε καρκινογένεση (Θεοδωρίδου, Ατσάλη 2007).

### 3. Αίτια μειωμένης αποδοχής και πρόληψης

#### *A) Κοινωνικές ανισότητες και θρησκευτικές πεποιθήσεις*

Οι λόγοι άρνησης του εμβολιασμού που αναφέρονται από τις γυναίκες, σχετίζονται με το φόβο των ανεπιθύμητων ενεργειών, την ανεπαρκή ενημέρωση, αλλά και την αμφιβολία ως προς την αιτιολογία. Από έρευνα στην Αυστραλία βρέθηκε ότι οι γυναίκες επιθυμούν αναλυτική ενημέρωση για τον ιό και τις επιπτώσεις του στην υγεία και τη γονιμότητα, καθώς επίσης και για τις θεραπευτικές και τις προληπτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες σήμερα (McCafery, Irwig 2005), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

Και ενώ η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του πρωκτού ή και του πέους είναι το κύριο μέλημα, ποσοστό <20% των μητέρων θεωρεί ως κίνητρο για τον εμβολιασμό την προστασία της συντρόφου του γιου τους, εύρημα που εναρμονίζεται και με τα σχετικά χαμηλά ποσοστά που βρέθηκαν σε έρευνα των Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. (2010), ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Αναφορικά με τις δημογραφικές παραμέτρους, επισημαίνεται ότι οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για τα μειωμένα ποσοστά συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Έρευνες που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Ταϊβάν, αλλά και η Λατινική Αμερική, υπογραμμίζουν το ρόλο των κοινωνικών ανισοτήτων στο ζήτημα της πρόληψης (McDonald, Neilly 2009). Όπως προέκυψε σχετικά με το test Παπανικολάου, ένα 20% των γυναικών δεν έχει κάνει ποτέ το test, ενώ η διαμονή σε αγροτική περιοχή και η ανεργία συσχετίστηκαν με χαμηλά ποσοστά γνώσης του test. Διεθνώς, η αποδοχή του εμβολίου συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με τη θρησκεία. Τα κορίτσια που ανήκουν στο μωαμεθανισμό και στον ινδουισμό είναι λιγότερο πιθανό να αποδεχθούν το εμβόλιο. Σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι η ηλικία της κόρης ήταν ο μόνος προγνωστικός παράγοντας της αποδοχής του εμβολίου, καθώς οι μητέρες των οποίων η νεότερη κόρη ήταν ηλικίας 13-16 ετών, ήταν και οι πλέον δεκτικές στον εμβολιασμό (Marlow et al. 2008), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

#### *B) Επίδραση των απόψεων των γονέων*

Ειδικά για τα κορίτσια ηλικίας κάτω των 18 ετών, η λήψη απόφασης για τον εμβολιασμό ανατίθεται σε μεγάλο βαθμό στους γονείς ή τους υπεύθυνους για τη φροντίδα τους. Ως εκ τούτου, η επιτυχία των προγραμμάτων που αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση της λήψης του εμβολίου, θα εξαρτηθούν σε μεγάλο βαθμό από τη γονική συμπεριφορά, τις πεποιθήσεις και την αποδοχή του εμβολίου (Allen et al. 2010).

Στη Μ. Βρετανία, υπάρχουν προγράμματα εμβολιασμού που υλοποιούνται υποχρεωτικά στο σχολείο και οδηγούν σε αυξημένη κάλυψη και για άλλα εμβόλια. Εντούτοις, μια τέτοια προσέγγιση για το εμβόλιο κατά του HPV έχει συναντήσει κάποια αντίσταση από την ιατρική κοινότητα. Μόνο μια μειοψηφία των γονέων εγκρίνει την υποχρεωτική χορήγηση του τετραδύναμου HPV εμβολίου. Η απώλεια της αυτονομίας των γονέων, το κόστος, τα ανεπαρκή δεδομένα από κλινικές δοκιμές και πολλές παρενέργειες, είναι οι κύριοι λόγοι για την έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς. Επιπλέον, η αξιολόγηση της γονικής αποδοχής στη διάρκεια ενός υποχρεωτικού προγράμματος εμβολιασμού κατά του HPV, θα ήταν επωφελής, πριν προωθηθεί ο απαιτούμενος εμβολιασμός κατά του HPV στα παιδιά (Ferris et al. 2010).

Δυστυχώς, οι περισσότεροι γονείς δεν γνωρίζουν την εκτεταμένη εξάπλωση του HPV και η συνειδητοποίηση αυτή αποτελεί έναν σημαντικό ακρογωνιαίο λίθο για την αποδοχή του εμβολίου. Επιπλέον, κανείς δε μπορεί να συμβουλεύει τους γονείς για το πώς το ανοσοποιητικό σύστημα του παιδιού τους θα μπορούσε να ανταποκριθεί σε μια λοίμωξη από HPV, π.χ. με αυτόματη εκκαθάριση (δηλ. να νικήσει τον ορότυπο ο οργανισμός μόνος του, χωρίς θεραπεία) ή με επιμονή του ιού, η οποία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη κακοήθειας. Οι γονείς που γνώριζαν ότι το εμβόλιο κατά του HPV μειώνει τον κίνδυνο που διατρέχει το παιδί τους για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου, είχαν περισσότερο την τάση να ανεχτούν ένα υποχρεωτικό πρόγραμμα. Είναι αναγκαία μια περαιτέρω εκπαίδευση σχετικά με τον ιό HPV και τις πιθανές συνέπειές του, για να βελτιωθεί η λήψη του εμβολίου. Η εκπαίδευση θα μπορούσε να επηρεάσει την ανταπόκριση σε ένα υποχρεωτικό πρόγραμμα (Ferris et al. 2010).

Σε μελέτη των Roberts et al. (2010), οι γυναίκες του δείγματός τους ήταν ηλικίας άνω των 18 ετών όταν το εμβόλιο διατέθηκε για πρώτη φορά και, κατά συνέπεια, δεν απαιτείται από το νόμο να έχουν τη γονική συναίνεση για να εμβολιαστούν. Επιπλέον, όλες οι νέες γυναίκες ήταν άνω των 18 ετών όταν συμμετείχαν σ' αυτή τη μελέτη και ανέφεραν την κατάσταση του εμβολιασμού τους και το ενδιαφέρον τους για μελλοντικό εμβολιασμό. Παρά το γεγονός αυτό της νομικής ανεξαρτησίας, η έγκριση της μητέρας για τον εμβολιασμό και η επικοινωνία μεταξύ μητέρας και κόρης σχετικά με το σεξ ήταν έντονα συσχετισμένες με τη λήψη του εμβολίου, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επικοινωνία γονέα-παιδιού μπορεί να έχει επίδραση στην προληπτική συμπεριφορά των νεαρών ενηλίκων, καθώς και στα παιδιά και τους νέους εφήβους (Roberts et al. 2010).

Η συχνότητα της επικοινωνίας των μητέρων για θέματα που σχετίζονται με την εφηβεία, τη σεξουαλική επαφή και διάφορους πιθανούς κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με το φύλο (συμπεριλαμβανομένης της εγκυμοσύνης και των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων) και η επικοινωνία για την έγκριση του εμβολιασμού

συσχετίστηκαν με τον εμβολιασμό, αλλά η επικοινωνία για ηθικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές αξίες σχετικά με το φύλο, δεν συσχετίστηκαν (Roberts et al. 2010).

Αυτές οι ειδικές ως προς τις αξίες επικοινωνίες, συσχετίστηκαν αρνητικά με τον ενδιαφέρον για τον εμβολιασμό, μεταξύ των μη εμβολιασμένων γυναικών. Μια πιθανή εξήγηση για αυτήν την εικόνα των αποτελεσμάτων είναι ότι, οι μητέρες που επιμένουν σε μια επιχειρηματολογία περισσότερο ειδική ως προς τις αξίες, είναι υπέρ της αποχής από τη σεξουαλική δραστηριότητα και δεν ενθαρρύνουν τη χρήση άλλων προστατευτικών μέτρων. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνει διακρίσεις μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών επικοινωνίας για την καλύτερη κατανόηση των ευρημάτων και για να σχεδιαστούν πιο αποτελεσματικές εκστρατείες για την αύξηση των προληπτικών συμπεριφορών σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα (Roberts et al. 2010).

Παρά το γεγονός ότι πρόσφατες μελέτες έχουν ανάμεικτα αποτελέσματα όσον αφορά την ευαισθητοποίηση προς τον HPV και το εμβόλιο (Cates et al. 2009), (Christian et al. 2009), οι γυναίκες σε αυτή τη μελέτη ήταν αρκετά ενημερωμένες. Αυτό μπορεί να είναι συνάρτηση της ηλικίας και του επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος. Επιπλέον, τα ποσοστά γνώσης παρέμειναν σχετικά σταθερά, ενώ τα ποσοστά εμβολιασμού αυξήθηκαν. Αυτά τα υψηλά ποσοστά γνώσης ίσως αντανakλούν την ουσιαστική κάλυψη από τα μέσα ενημέρωσης, καθώς και τις ανακοινώσεις δημόσιων υπηρεσιών σχετικά με τον ιό HPV και το εμβόλιο. Συνεπώς με προηγούμενη έρευνα σχετικά με την υιοθέτηση νέων συμπεριφορών πρόληψης, η έλλειψη σύνδεσης μεταξύ της γνώσης και του εμβολιασμού, υποδεικνύει ότι ενώ η ευαισθητοποίηση αυξάνεται σχετικά σε έναν πληθυσμό, οι γνώσεις σχετικά με τον ιό HPV δεν αρκούν για να παρακινήσουν τον εμβολιασμό. Αυτό σημαίνει ότι, η ευαισθητοποίηση για μια νέα συμπεριφορά προφύλαξης χάνει την προγνωστική ισχύ της, καθώς η γνώση και η υιοθέτηση της συμπεριφοράς αυξάνονται. Αυτή η αντίληψη υποστηρίζεται επίσης από τη διαπίστωση ότι το ενδιαφέρον για τον εμβολιασμό μεταξύ των μη εμβολιασμένων ήταν σημαντικά χαμηλότερο το 2009 από ό,τι ήταν το 2007 ή το 2008 (Roberts et al. 2010).

Ακόμη, οι αντιλήψεις για τον κίνδυνο λειτουργούν πράγματι ως ένα ισχυρό κίνητρο ενδιαφέροντος για το μελλοντικό εμβολιασμό. Θα πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά δεν έχει συσχετιστεί με τη συμπεριφορά ως προς τον εμβολιασμό. Μία ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων είναι ότι, η αντίληψη μιας γυναίκας, ότι θα μπορούσε να είναι ευάλωτη στο μέλλον (π.χ., η προσδοκία της για την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας στο εγγύς μέλλον) είναι ένα πιο ισχυρό κίνητρο για τον εμβολιασμό, από ό,τι είναι η τρέχουσα κατάσταση κινδύνου της. Ωστόσο, η συγχρονική φύση της μελέτης υποδεικνύει ότι αυτή η ερμηνεία χρειάζεται προσοχή.

Ένας άλλος λόγος για μια επιφύλαξη ως προς αυτή την ερμηνεία, είναι ότι τόσο η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, όσο και ο ευάλωτος χαρακτήρας ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες ενδιαφέροντος για το μελλοντικό εμβολιασμό των μη εμβολιασμένων γυναικών (Roberts et al. 2010).

Σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων για το εμβόλιο κατά του HPV, οι σχολικές νοσηλεύτριες (θεσμός που δεν υπάρχει στην Ελλάδα) εντόπισαν τρεις κύριους λόγους για τη γονική άρνηση: α) αλλεργίες στο λάτεξ, β) μια πεποίθηση ότι η κόρη τους δεν ήταν σεξουαλικά ενεργή και, επομένως, δεν κινδύνευε από μια λοίμωξη από HPV, και γ) ανησυχίες σχετικά με άγνωστες μακροπρόθεσμες παρενέργειες του εμβολίου στη γονιμότητα της κόρης τους, ή ότι το εμβόλιο θα μπορούσε να μεταδώσει την HPV λοίμωξη. Οι σχολικές νοσηλεύτριες εντόπισαν επίσης μια φοβία για τη βελόνα, ως ένα βασικό λόγο για την άρνηση μεταξύ των μεγαλύτερης ηλικίας κοριτσιών. Σε αντίθεση με τη διαπίστωση ότι μερικοί γονείς δε μπορούν να δώσουν συγκατάθεση για τον εμβολιασμό εάν θεωρούν ότι οι κόρες τους θα λάβουν πληροφορίες που θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν την ανάληψη κινδύνου εξαιτίας σεξουαλικής δραστηριότητας, οι σχολικές νοσηλεύτριες δεν σημείωσαν κάποια άρνηση των γονέων για εμβολιασμό με το σκεπτικό ότι θα μπορούσαν να ενθαρρυνθούν οι κόρες τους να υιοθετήσουν πιο επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Hilton 2011).

Οι σχολικές νοσηλεύτριες γενικά θεώρησαν ότι οι περισσότεροι γονείς συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία λήψης απόφασης και υποστήριξαν το πρόγραμμα εμβολιασμού, μια διαπίστωση που συμβαδίζει με την έρευνα που οδηγεί στην αποδοχή του εμβολίου μεταξύ των γονέων στο Μάντσεστερ. Οι σχολικές νοσηλεύτριες επίσης πίστευαν ότι υπήρχαν και πολλοί γονείς οι οποίοι ήταν «παθητικοί αποδέκτες», που συναίνεσαν στο να κάνει η κόρη τους το εμβόλιο, χωρίς πολλή σκέψη. Μια άλλη ομάδα γονέων που εντόπισε το νοσηλευτικό προσωπικό των σχολείων και προκάλεσε ανησυχίες, ήταν ο μεγάλος αριθμός των γονέων που δεν συναίνεσε να εμβολιαστούν οι κόρες τους, εξαιτίας της περιγραφόμενης ως «γονικής απάθειας». Οι γονείς αυτοί κάνουν αυτό που έχει ονομαστεί ως «παθητική απόρριψη» και όπως εντοπίστηκε από σχολικές νοσηλεύτριες, τείνουν να προέρχονται από υποβαθμισμένες κοινότητες, όπου η υγεία ενδέχεται να μην είναι η ύψιστη προτεραιότητα. Οι σχολικές νοσηλεύτριες πίστευαν ότι θα μπορούσαν να ασκήσουν μεγαλύτερη επιρροή σ' αυτούς τους γονείς. Έτσι, κάθε προσπάθεια για να βελτιωθεί η εφαρμογή του εμβολιασμού μπορεί να αξίζει να απευθυνθεί σε συγκεκριμένη ομάδα γονέων. Τέτοιες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν κινητές υπηρεσίες εμβολιασμού, για να επηρεαστούν θετικά οι γονείς. Μια ομάδα γονέων που οι σχολικές νοσηλεύτριες θεώρησαν ότι θα ήταν απίθανο να επηρεαστεί, ήταν εκείνη που είχε απορρίψει τον HPV εμβολιασμό. Οι γονείς που «απορρίπτουν ενεργά» είχαν θεωρηθεί ως εχθρικοί και αποδιοργανωτικοί κατά τη διάρκεια ενημερωτικών συναντήσεων. Οι Stretch και



συν. έχουν επίσης αναφέρει ότι οι γονείς που παρακολούθησαν ενημερωτικές συναντήσεις δεν άλλαξαν την άποψή τους, δεδομένου ότι είχε ήδη προβεί σε οριστική απόφαση (Stretch et al. 2009), (Hilton 2011).

Σε ένα πρόγραμμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρέπει να γίνει συνειδητή προσπάθεια από την πλευρά των κοριτσιών και των γονέων τους, προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα ραντεβού εμβολιασμού. Αντίθετα, ένα οργανωμένο πρόγραμμα εμβολιασμού που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του κανονικού σχολικού ωραρίου μειώνει την ανάγκη για προσωπική προσπάθεια σχεδόν στο μηδέν. Η μείωση της συνέπειας μπορεί να εξηγηθεί, τουλάχιστον εν μέρει, καθώς οι διαδοχικές δόσεις σημαίνουν κάποια έξοδα, αν και φαίνεται ότι τέτοιες σκέψεις μπορεί να αντισταθμιστούν, σε κάποιο βαθμό, από την υψηλότερης ποιότητας πρωτοβάθμια φροντίδα. Ακόμη, παραμένει αμφισβητήσιμο το γεγονός του εάν οι γιατροί θεωρούν ότι δικαιούνται να προσφέρουν τον εμβολιασμό ή όχι, ενώ αντιμετωπίζουν αποδοκιμασία από τους γονείς (Kumar, Whyne 2011).

Μεγάλο μέρος της διακύμανσης στη λήψη του εμβολίου δεν έχει εξηγηθεί. Για παράδειγμα, το πλεονέκτημα του εμβολιασμού στα πλαίσια ενός σχολείου οφείλεται στον καθιερωμένο τρόπο πληροφόρησης στα πλαίσια του σχολείου, την ψυχολογική ενίσχυση από τους συνομήλικους και το μεγάλο αριθμό κοριτσιών στο ίδιο μέρος την ίδια στιγμή. Ωστόσο, οι απουσίες από το σχολείο στις κατάλληλες ημερομηνίες, λόγω ασθένειας για παράδειγμα, ακυρώνουν το πλεονέκτημα της μεθόδου. Έτσι, κάτι τόσο απλό και τυχαίο όπως μια τοπική επιδημία γρίπης, θα είναι αρκετή για να μειώσει σημαντικά τη λήψη του εμβολίου (Kumar, Whyne 2011).

Οι αναφορές αρνητικών παρενεργειών, όπως πόνος, οίδημα, ναυτία και ζάλη, μπορεί να αποτρέψουν άλλα κορίτσια να εμβολιαστούν. Σε μια μελέτη εφαρμογής στη Σκωτία, περίπου το ένα τέταρτο των κοριτσιών ανέφερε τέτοιες παρενέργειες, αν και οι κύριοι λόγοι για τη μείωση του εμβολιασμού ήταν τα ανεπαρκή στοιχεία και η έλλειψη οποιασδήποτε αισθητής ανάγκης για προστασία, δεδομένου ότι υπάρχει ήδη πρόγραμμα κυτταρολογικής εξέτασης (Kumar, Whyne 2011).

Η επιτυχία των προγραμμάτων που έχουν σχεδιαστεί για να μεγιστοποιηθεί η λήψη του HPV εμβολίου στα κορίτσια και τους εφήβους είναι πιθανό να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη γονική προθυμία για εμβολιασμό των κοριτσιών. Έχει βρεθεί λοιπόν ένα υψηλό επίπεδο ευαισθητοποίησης σχετικά με την λοίμωξη από HPV και το εμβόλιο. Μεταξύ των γονέων που είχαν προηγουμένως ακούσει για το εμβόλιο, περισσότεροι από τους μισούς είτε είχαν ήδη εγκρίνει τη λήψη του εμβολίου για την κόρη τους, είτε ανέφεραν ότι θα το πράξουν μέσα στο επόμενο έτος. Ωστόσο, σχεδόν το ένα τέταρτο των γονέων σε όλες τις φυλετικές και εθνοτικές ομάδες, είχαν αποφασίσει κατά του εμβολιασμού. Επομένως, πρέπει να καταβληθούν περαιτέρω προσπάθειες για τη βελτίωση της αποδοχής του εμβολίου. Παρά την εύρεση υψηλού

επιπέδου ευαισθητοποίησης, η πραγματική γνώση σχετικά με τον ιό και το εμβόλιο ήταν κατώτερη του ιδανικού (Allen et al. 2010).

Ακόμη και με χαμηλά επίπεδα γνώσης, το 53% εκείνων που είχαν ακούσει για τον ιό HPV ανέφεραν ότι είχαν την πρόθεση να εμβολιάσουν την κόρη τους, ή το είχαν ήδη πράξει. Άλλες μελέτες που έχουν εξετάσει το ρόλο της γνώσης για τον HPV ως προς τις αποφάσεις για το εμβόλιο, έχουν αποφέρει αντιφατικά αποτελέσματα, με ορισμένες μελέτες να αναφέρουν ότι τα υψηλότερα επίπεδα γνώσης για τον HPV σχετίζονται με μεγαλύτερη αποδοχή του εμβολίου, ενώ άλλες όχι. Σε μία από τις λίγες μελέτες παρέμβασης, γονείς που τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν γραπτές εκπαιδευτικές πληροφορίες σχετικά με τον ιό HPV αύξησαν σημαντικά τη γνώση τους, αλλά αυτό δεν μετατράπηκε σε μεγαλύτερη αποδοχή του εμβολιασμού. Στη μελέτη των Allen et al. (2010), βρέθηκε ότι η γνώση συσχετίζεται σημαντικά με τις αποφάσεις για το εμβόλιο.

Η ιδέα ότι ο εμβολιασμός θα μπορούσε να στείλει ένα μήνυμα επιδοκιμασίας για μια υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά, συσχετιζόταν επίσης σημαντικά με τη γονική απόφαση άρνησης του εμβολιασμού. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει μια σειρά μελετών που διεξήχθησαν πριν από τη διάθεση του εμβολίου, που πρότειναν ότι η γονική ανησυχία σχετικά με τις συμπεριφορές, όπως η νεαρή ηλικία κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας ή λιγότερη προσοχή και μη ασφαλές σεξ, συσχετίστηκαν με χαμηλότερα ποσοστά πρόθεσης για εμβολιασμό (Constantine, Jerman 2007). Το ποσοστό των γονέων που ανέφεραν ανησυχίες σχετικά με την άρση αναστολών ως προς την σεξουαλική δραστηριότητα, διαφέρει σημαντικά σε όλες τις μελέτες, με χαμηλά επίπεδα ανησυχίας σε ορισμένες και υψηλά επίπεδα (25-30%) σε άλλες (Stretch et al. 2008), (Sauvageau et al. 2007), (Allen et al. 2010).

Η μελέτη των Allen et al. (2010) προσθέτει επίσης το εύρημα ότι τα χαμηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στη φαρμακευτική βιομηχανία, ήταν έντονα συνδεδεμένα με την απόφαση κατά του εμβολιασμού.

### *Γ) Διαφορές αντιμετώπισης μεταξύ των δύο φύλων*

Η αξιοποίηση των HPV εμβολίων επηρεάζεται άμεσα από τη στάση του ασθενή, των γονέων και των παρόχων, σχετικά με τα εμβόλια. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών που εξετάζουν την αποδοχή του HPV εμβολίου, έγιναν πριν από την παροχή άδειας στο εμβόλιο στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες αυτές επιβεβαιώθηκαν τώρα, στην εποχή μετά την έγκριση του εμβολίου. Αυτές οι μελέτες δίνουν έμφαση σε συγκεκριμένα συμπεριφορικά εμπόδια για τον εμβολιασμό, τα οποία ενδέχεται να αποτελούν σημαντικούς στόχους για μελλοντικές εκπαιδευτικές εκστρατείες για την αύξηση της χρήσης του HPV εμβολίου (Dempsey, Patel 2010).

*Θήλεις.* Στην περίπτωση των μελετών πριν από την αδειοδότηση, έγινε η υπόθεση ότι χαρακτηριστικά όπως η ηλικία του παιδιού, η πρόσβαση στο εμβόλιο, οι κοινωνικοί κανόνες, το θρησκευτικό υπόβαθρο και οι αντιλήψεις σχετικά με τη σοβαρότητα της νόσου και η ευαισθησία, όλα θα οδηγούσαν σε λήψη των εν λόγω εμβολίων μεταξύ των γυναικών στις ΗΠΑ. Οι μελέτες μετά την αδειοδότηση για HPV εμβολιασμό, έχουν επιβεβαιώσει την επίδραση πολλών από αυτούς τους παράγοντες. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη σε 189 γυναίκες ηλικίας 13-26 ετών, οι Conroy et al. έδειξαν ότι η ασφαλιστική κάλυψη για το εμβόλιο, και η πεποίθηση ότι οι κλινικοί γιατροί, οι γονείς και/ή οι εταίροι εγκρίνουν τον εμβολιασμό, συσχετίστηκαν με σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες έναρξης του εμβολιασμού. Είναι ενδιαφέρον ότι, οι γυναίκες που είχαν ιστορικό παθολογικών τεστ Παπανικολάου, ήταν λιγότερο πιθανό να εμβολιαστούν σε αυτή τη μελέτη, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δε διαθέτουν τέτοιο ιστορικό. Το εύρημα αυτό αποκλίνει από τις συμπεριφορικές μελέτες πριν την έγκριση του εμβολίου και απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Από έρευνα στη Βόρεια Καρολίνα, διαπιστώθηκε ότι για 889 γονείς κοριτσιών 10-18 ετών, στους βασικούς λόγους για τους οποίους δεν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους, περιλαμβάνεται η ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το εμβόλιο. Πιστεύουν ότι η κόρη τους ήταν πολύ μικρή για να διατρέχει κίνδυνο για λοίμωξη από τον ιό HPV και έτσι δεν έχει επισκεφτεί γιατρό που να διαθέτει το εμβόλιο. Πεποιθήσεις σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου και την αναγκαιότητά του, έχει επίσης τεκμηριωθεί ότι επηρεάζουν τις ενήλικες γυναίκες ως προς τον εμβολιασμό. Επιπλέον, αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την ισχυρή επιρροή που έχει η σύσταση ενός γιατρού για την απόφαση των ασθενών και των γονέων τους (Dempsey, Patel 2010).

Στο σύνολό τους τα αποτελέσματα αυτών των μελετών, δείχνουν ότι μια ακριβής περιγραφή των κινδύνων της λοίμωξης από τον ιό HPV, σε σχέση με τα οφέλη από τον εμβολιασμό κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενηλικίωσης των νέων, ενδέχεται να είναι αποτελεσματική ως εκπαιδευτική παρέμβαση (Dempsey, Patel 2010).

Ιδιαίτερη προσοχή αξίζουν οι φραγμοί στη συμπεριφορά ως προς τον HPV εμβολιασμό, μεταξύ των φοιτητριών. Συχνά, υπάρχουν ιδιαίτεροι περιορισμοί που δεν συναντώνται σε άλλους πληθυσμούς. Αν και οι περισσότερες γυναίκες που φοιτούν σε πανεπιστήμια βρίσκονται σε ηλικία στην οποία μπορούν να αποφασίσουν μόνες τους τον εμβολιασμό, πολλές εξακολουθούν να καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας των γονέων τους. Το γεγονός αυτό θέτει ζητήματα εμπιστευτικότητας, καθώς οι γονείς λαμβάνουν συχνά αναλυτικούς λογαριασμούς που θα έδειχναν ότι έχει χορηγηθεί το εμβόλιο κατά του HPV. Στις ΗΠΑ, οι φοιτήτριες που δεν ασφαλιζονται από τους γονείς τους έχουν συχνά ασφαλιστική κάλυψη στον τομέα της υγείας από το πανεπιστήμιο.

Ωστόσο, αυτή η κάλυψη μπορεί να διαφέρει σημαντικά σε σχέση με τα HPV εμβόλια. Οι λίγες μελέτες που έχουν εξετάσει τη χρησιμοποίηση του HPV εμβολίου σε σχέση με τη φοιτητική ιδιότητα, δείχνουν ότι η πρόσβαση στο εμβόλιο μπορεί να είναι ευκολότερη για τις φοιτήτριες, από ό,τι για τις συνομήλικες που δεν είναι εγγεγραμμένες σε πανεπιστήμια. Επιπλέον, θεωρείται ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις επηρεάζουν σημαντικά την αποδοχή του εμβολίου HPV μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών. Roberts ME, Gerrard M, Reimer R, Gibbons FX. Mother-daughter communication and human papillomavirus vaccine uptake by college students. *Pediatrics* 125:982-9 Σε μια μελέτη σε 256 γυναίκες ηλικίας 18-26 ετών που παρακολουθούνται σε γυναικολογική πανεπιστημιακή κλινική, σε δημόσιο πανεπιστήμιο των ΗΠΑ, η γονική συναίνεση σχετικά με τον εμβολιασμό, ο ευάλωτος χαρακτήρας των γεννητικών οργάνων σε λοίμωξη από HPV, και η πίστη ότι το HPV εμβόλιο είναι σημαντικό για τη διατήρηση της υγείας, ήταν σημαντικά στοιχεία που συσχετίζονται με αυξημένη πρόθεση εμβολιασμού (Dempsey, Patel 2010).

*Άρρνες.* Στις ΗΠΑ αυξάνεται ο αριθμός των μελετών που διερευνούν τη στάση των ανδρών απέναντι στον εμβολιασμό τους κατά του HPV. Δεδομένου ότι τα εμβόλια έχουν μόλις πρόσφατα εγκριθεί για τους άνδρες, όλες οι μελέτες μέχρι σήμερα έχουν διερευνήσει τη «θεωρητική» αποδοχή του εμβολίου. Οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην αποδοχή του εμβολίου για ενήλικες (Ferris et al. 2009), αν και ορισμένες έχουν διερευνήσει την αποδοχή του εμβολίου από τους γονείς των εφήβων ανδρών. Τα ευρήματα είναι παρόμοια με αυτά μελετών που έγιναν πριν από τη χορήγηση άδειας στα εμβόλια, για την αποδοχή του εμβολίου HPV από τις γυναίκες-δηλαδή ότι η ισορροπία μεταξύ των κινδύνων και οφελών, η διαθεσιμότητα του εμβολίου, το κόστος του, το επίπεδο της προηγούμενης σεξουαλικής εμπειρίας και επιρροές από οποιουδήποτε κανονισμούς, φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες. Είναι ενδιαφέρον ότι, σε ένα εθνικό δείγμα γονέων των αγοριών, οι περισσότεροι πίστευαν ότι ο εμβολιασμός κατά του HPV ήταν γενικά σημαντικός (90%), αλλά πολύ λιγότεροι είχαν την πρόθεση να εμβολιάσουν τους γιους τους κατά του HPV στο εγγύς μέλλον (49%). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η πραγματική χρησιμοποίηση του εμβολίου HPV από τους άνδρες θα μπορούσε να είναι πολύ μικρότερη από ό,τι είχαν προβλέψει οι μελέτες πριν την έγκρισή του (Dempsey, Patel 2010).

## **Ο ρόλος του παιδίατρου και του γυναικολόγου**

Όπως προέκυψε από έρευνες, ο γυναικολόγος φαίνεται να προτιμάται από τον παιδίατρο στο θέμα της χορήγησης του εμβολίου. Τονίζεται όμως ότι ο ρόλος του παιδίατρου είναι πολύ σημαντικός, καθώς ο εμβολιασμός συνιστάται να γίνεται πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Σημαντικός επίσης αναμένεται να αποδειχθεί στο μέλλον ο ρόλος του γενικού γιατρού, αφού φαίνεται ότι για πολλές γυναίκες ο γενικός γιατρός αποτελεί την κύρια πηγή πληροφοριών. Συγκεκριμένα, ο εμβολιασμός θα εφαρμόζεται στα νεαρά κορίτσια στην ηλικία των 12–15 ετών (μετά από κατάλληλη ενημέρωση, το πιθανότερο από τον παιδίατρο), ενώ παράλληλα το εμβόλιο θα προτείνεται και για τις νέες γυναίκες με σεξουαλική δραστηριότητα, εάν αυτές αποδειχθούν αρνητικές σε διενεργούμενο HPV-test. Όπως προκύπτει από μελέτες, οι παιδίατροι πιστεύουν σε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ότι το εμβόλιο θα περιορίσει την λοίμωξη από HPV και τον καρκίνο του τραχήλου. Δεν θεωρούν πιθανό ότι το εμβόλιο θα ενθαρρύνει τη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ υποστηρίζουν τον εμβολιασμό των ανηλίκων ακόμη και δίχως την έγκριση των γονέων τους. Όσον αφορά στις ανεπιθύμητες ενέργειες, συχνότερες είναι οι τοπικές (ερύθημα, πόνος) περίπου στο 87% των περιπτώσεων, ενώ η συχνότητα των σοβαρότερων συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών είναι η ίδια όπως και στο placebo. Δεν έχει αναφερθεί θάνατος εξαιτίας του εμβολίου (Moscicki 2008), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

## **4. Τεστ Παπανικολάου**

Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας από τον ιό HPV μπορεί να εντοπιστούν με την εξέταση Παπανικολάου (το τεστ Pap) που σώζει ζωές και θα πρέπει όλες οι γυναίκες να υποβάλλονται σε αυτή την εξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Όμως κάποιες περιπτώσεις μπορεί να διαφύγουν και στη περίπτωση αυτή οι βλάβες που θα μείνουν χωρίς θεραπεία θα εξελιχθούν σε καρκίνο.

Η εξέταση γίνεται με λήψη δείγματος κυττάρων του τραχήλου της μήτρας, ή εναιώρημα κυττάρων, που τοποθετείται πάνω σε γυάλινη αντικειμενοφόρο πλάκα, βάφεται με ειδική χρώση (χρώση κατά Παπανικολάου) και εξετάζεται στο μικροσκόπιο από κυτταρολόγο. Άτυπα κύτταρα και λοιμώξεις μπορεί να υπάρχουν, αλλά χωρίς να προξενούν κάποιο εμφανές σύμπτωμα. Ορισμένα μπορεί να απαιτούν θεραπεία, άλλα μπορεί να ιαθούν από μόνα τους όπως διαπιστώνεται σε επόμενα τέστ, άλλα μπορεί να απαιτήσουν πρόσθετες εξετάσεις, ενώ άλλα είναι αναγκαίο να παρακολουθούνται με επαναλαμβανόμενα τεστ. Ορισμένοι τύποι του HPV μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο

κίνδυνο πρόκλησης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μπορεί επίσης να ζητηθεί εξέταση για HPV DNA, μαζί ή μετά από το τεστ Παπανικολάου, ιδιαίτερα για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών (Halloran et al. 2010).



Εικόνα 2. Φυσιολογικό (Normal). ASCUS (Άτυπα κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας). Low-grade (LG-SIL, Χαμηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση). High-grade (HG-SIL, Υψηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση). Πλακώδες καρκίνωμα (Squamous cancer) (Halloran et al. 2010).

Το τεστ μπορεί να χαρακτηριστεί ως εξής:

- Μη ικανοποιητικό: ακατάλληλη δειγματοληψία ή παρέμβαση άλλης ουσίας που επικαλύπτει τα κύτταρα.

- Καλόηθες: αρνητικό για κακοήθεια, αλλά το επίχρισμα δείχνει μόλυνση, φλεγμονή, ερεθισμό, ή φυσιολογικές αναπλαστικές αλλοιώσεις κυττάρων.

- Άτυπα κύτταρα απροσδιορίστου σημασίας: μη φυσιολογικές αλλοιώσεις στα κύτταρα που καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του εξωτραχήλου της μήτρας (πλακώδη κύτταρα-ASCUS) ή στα κύτταρα που καλύπτουν το εξωτραχηλικό στόμιο και τον αυλό του ενδοτραχήλου της μήτρας (αδενικά κύτταρα-AGCUS), για τα οποία η αιτία είναι απροσδιόριστη. Ένα τεστ ASCUS ακολουθείται συχνά με τεστ DNA, ώστε να εντοπισθεί τυχόν μόλυνση με υψηλού κινδύνου τύπο του ιού HPV.

- Αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού (LG-SIL): συχνά οφείλονται σε μόλυνση από τον ιό HPV που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου και εάν αυτό είναι το αποτέλεσμα του τεστ, συνήθως επακολουθεί εξέταση DNA ώστε να εξακριβωθεί η πιθανότητα παρουσίας ενός υψηλού κινδύνου τύπου του ιού HPV.

- Αλλοιώσεις υψηλού βαθμού (HG-SIL): έντονα άτυπα κύτταρα που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο.

- Πλακώδες καρκίνωμα ή αδενοκαρκίνωμα: όροι που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό ορισμένων τύπων καρκίνου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο καρκίνος είναι εμφανής και απαιτείται άμεση ιατρική παρέμβαση (Καπράνος 2006), (Halloran et al. 2010).

Διάφορες επιστημονικές οργανώσεις έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την συχνότητα με την οποία πρέπει να γίνονται τα τεστ. Για παράδειγμα, η Αμερικανική

Αντικαρκινική Εταιρεία, συστήνει ετήσιο έλεγχο με τεστ Παπανικολάου, που να αρχίζει από την ηλικία των 21 ετών ή εντός τριών ετών από την πρώτη σεξουαλική επαφή.

Ένα «μη φυσιολογικό» τεστ Παπανικολάου δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο καρκίνος είναι παρών. Τα επιθηλιακά κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο της μήτρας υπόκεινται σε συνεχείς αλλαγές και αναπλάσεις. Ενώ η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη, η κατάσταση θα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Αυτό μπορεί να απαιτεί την επανάληψη του τεστ Παπανικολάου κάθε τρεις έως έξι μήνες, έως ότου η κατάσταση επιλυθεί (Halloran et al. 2010).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης**

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η διασύνδεση των ψυχολογικών και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την εξέταση κατά Παπανικολάου. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική μελέτη κοινωνικοψυχολογικών παραγόντων (και ειδικότερα της ψυχοπαθολογίας) νέων γυναικών που έκαναν το τεστ ΠΑΠ και νέων γυναικών που δεν έκαναν το τεστ ΠΑΠ, καθώς και η διασύνδεση αυτών των ψυχολογικών παραμέτρων με τη στάση τους απέναντι στην πρόληψη αλλά και στην επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των νέων γυναικών που έκαναν το τεστ ΠΑΠ και της ομάδας των νέων γυναικών που δεν έκαναν το τεστ ΠΑΠ ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

#### **1.1 Ερευνητικές υποθέσεις**

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η ποιότητα ζωής και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goss et al, 1994; Gilbert et al., 1996; Tantam, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Andrews et al., 2002; Tangney & Dearing, 2002; Shapiro, 2003, Lundback et al., 2006; Birchwood et al., 2007). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι νέες γυναίκες που εξετάστηκαν κατά Παπανικολάου, θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα των γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση.



## **2. Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας, και του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας από τον Μάρτιο του 2011 έως τον Σεπτέμβριο του 2011.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν νέες γυναίκες από όλη την Ελλάδα ηλικίας μέχρι και 25 ετών.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών και μέχρι των 25),
2. Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που αφορούσαν κυρίως την διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας.

Οι γυναίκες που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου της). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

### **2.1 Δείγμα**

Συνολικά τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν 230 νεαρές γυναίκες. Αυτά τα 230 άτομα, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την εξέταση κατά Παπανικολάου των συμμετεχόντων, όπως καταγράφηκε στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 142 νεαρές γυναίκες που έκαναν την εξέταση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ποσοστό 61,7%), ενώ η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 88 νεαρές γυναίκες που δεν έκαναν την εξέταση (ποσοστό 38,3%). Η μέση ηλικία έναρξης του πρώτου ΠΑΠ τέστ ήταν 19,36 με 1,55 τυπική απόκλιση.

## **2.2 Διαδικασία**

Οι ερευνητές χορήγησαν σε ενήλικες γυναίκες μέχρι 25 ετών από όλη την Ελλάδα τα αυτο- συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

## **2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.3.1 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

### 2.3.2 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (ηλικία, αδέρφια, επίπεδο εκπαίδευσης και διαμονή) και την ταυτότητά τους. Επίσης, τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε ερωτήσεις (κλειστές και ανοιχτές) με στόχο τη διερεύνηση της εξέτασης και του εμβολιασμού για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

### 2.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος και τυπική απόκλιση (SD), των δύο ομάδων (αυτές που έκαναν την εξέταση και αυτές που δεν την έκαναν) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των διαμέσων των αποτελεσμάτων των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και της ψυχοπαθολογίας του SCL-90 ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test διότι οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών είναι αποδεκτή(Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθούν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας

αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993) διότι η κατανομή συχνότητων των τιμών τους είναι κανονική.

Οι διαφορές ( $P$ ) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

### 3. Αποτελέσματα της μελέτης

#### 3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1, 2 και 3.

Η μέση ηλικία των νεαρών γυναικών που έκαναν το Τεστ ΠΑΠ ήταν  $22,44 \pm 1,66$ , με εύρος 19-25, και διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών που δεν έκαναν το τεστ, η οποία ήταν  $21,31 \pm 1,75$ , με εύρος 18-25 ( $t=4,911$ ,  $P=0,000$ ).

**Πίνακας 1** Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των νεαρών γυναικών που έκαναν τη εξέταση Παπανικολάου και των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση, κατά ηλικία, εκπαίδευση, αδέρφια και διαμονή.

	Εξέταση κατά Παπανικολάου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας		Σύνολο N(%)	Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)		
Σύνολο	142 (100,0)	88(100,0)	230 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	19-25	18-25	18-25	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	$22,44 \pm 1,66$	$21,31 \pm 1,75$	$22,00 \pm 1,77$	$t=4,911$ $P=0,000$
<b>Φοιτήτρια</b>				
Ναι	97 (68,3)	62 (70,5)	159(69,1)	$X^2_p=0,117$
Όχι	45 (31,7)	26 (29,5)	71 (30,9)	$P= 0,732$
<b>Αδέρφια</b>				
Ναι	129 (90,8)	82 (93,2)	211(91,7)	$X^2_p=0,391$
Όχι	13 (9,2)	6 (6,8)	19 (8,3)	$P= 0,532$
<b>Διαμονή</b>				
Χωριό- Κωμόπολη	22 (15,5)	79 (24,2)	43 (18,7)	
Πόλη< 150.000 κατοίκους	38 (26,8)	160 (48,9)	62 (27,0)	$X^2_p=2,830$
Πόλη> 150.000 κατοίκους	82 (57,7)	88 (26,9)	125 (54,3)	$P= 0,243$

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $X^2_p= X^2$  του Pearson, t= t-test.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των δύο ομάδων, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το  $X^2$  του Pearson ( $P=0,732$ ). Το 68,3% των νεαρών γυναικών που έκαναν την εξέταση και 70,5% των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση ανήκαν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Όσον αφορά την *ύπαρξη αδελφών* το 90,8% των γυναικών που εξετάστηκαν κατά Παπανικολάου και αντίστοιχα το 93,2% των γυναικών που δεν εξετάστηκαν είχαν αδέρφια ( $P=0,532$  με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson). Τέλος, η πλειοψηφία των γυναικών που έκαναν την εξέταση (ποσοστό 57,7%) διέμενε σε πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους, ενώ η πλειοψηφία των γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση (ποσοστό 48,9%) διέμενε σε πόλη κάτω από 150.000 κατοίκους, χωρίς ωστόσο να παρατηρηθεί στατιστική σημαντική διαφορά στην συγκριση των δυο ομάδων με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P= 0,243$ ).

### **3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά διερεύνησης κατηγορικών μεταβλητων σχετικά με την εξέταση κατά Παπανικολάου στο σύνολο του δείγματος**

Όσον αφορά την *ύπαρξη σχέσης*, όπως φαίνεται στον πίνακα 2, το 70,4% των γυναικών που εξετάστηκαν κατά Παπανικολάου και αντίστοιχα το 50,0 % των γυναικών που δεν εξετάστηκαν είχαν σχέση, με στατιστικά σημαντική διαφορά στην σύγκρισή τους με το Fisher's exact test ( $P=0,000$ ). Συνεπώς η συντροφική κατάσταση σχετίζεται με την εξέταση κατά Παπανικολάου.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής των δύο ομάδων, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P= 0,000$ ). Το 82,4% των νεαρών γυναικών που έκαναν την εξέταση και 58,0% των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση είχαν ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής τα 15-20 έτη. Ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό (21,6%) των νεαρων γυναικών που δεν έχουν κάνει παπ τέστ δεν έχουν ακόμα σεξουαλική ζωή.

Όσον αφορά την ερώτηση ποιος η ποιοι γνωρίζουν την σεξουαλική ζωή το 65,5% των γυναικών που εξετάστηκαν κατά Παπανικολάου και αντίστοιχα το 49,7 % των γυναικών που δεν εξετάστηκαν δήλωσαν πως τουλάχιστον ένα μέλος από την οικογένεια σε συνδυασμό με μια φίλη είναι γνώστες της σεξουαλικής τους ζωής, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κατανομών των δυο ομάδων στην σύγκρισή τους με το Fisher's exact test ( $P= 0,034$ ).

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ερώτηση αν *γνωρίζουν πως μεταδίδεται το HPV* των δύο ομάδων, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P= 0,438$ ). Το 93,7% των νεαρών γυναικών που έκαναν την εξέταση και 90,9% των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση γνωρίζουν τον τρόπο μεταδόσης του ιού.

**Πίνακας 2** Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των νεαρών γυναικών που έκαναν τη εξέταση Παπανικολάου και των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση, κατά ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής, ποιος γνωρίζει την σεξουαλική ζωή, μετάδοση HPV, εμβολιασμός, ενημέρωση για το εμβόλιο, κάλυψη εμβολιασμού από ταμεία, ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου και αν η μητέρα έχει κάνει ΠΑΠ τεστ

	Εξέταση κατά Παπανικολάου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας		Σύνολο N(%)	Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)		
Σύνολο	142 (100,0)	88(100,0)	230 (100,0)	
<b>Συντροφική κατάσταση</b>				
Σε σχέση	100 (70,4)	39 (44,3)	139(60,4)	Fisher's exact test=22,218
Μόνη	29 (20,4)	44 (50,0)	73 (31,7)	P= 0,000
Μπερδεμένη	10 (7,0)	5 (5,7)	15(6,5)	
Πολλαπλούς συντρόφους	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (1,3)	
<b>Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής</b>				
15-20	117 (82,4)	51 (58,0)	168(73,0)	$X^2_p = 35,338$
20-25	25 (17,6)	18 (20,5)	43 (18,7)	P= 0,000
Όχι ακόμη	0 (0,0)	19 (21,6)	19(8,3)	
<b>Ποιος γνωρίζει την σεξουαλική σας ζωή</b>				
Μητέρα	8 (5,6)	12 (13,6)	20(8,7)	Fisher's exact test=9,950
Αδέρφια	1 (0,7)	4 (4,5)	5 (2,2)	P= 0,034
Φίλες	34 (23,9)	23 (26,1)	57(24,8)	
Κανένας	6 (4,2)	5 (5,7)	11 (4,8)	
Και οι δυο γονείς	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	
Κάποιος στην οικογ και Φίλες	93 (65,5)	44 (49,7)	136(59,1)	
<b>Ξέρετε πως μεταδίδεται το HPV</b>				
Ναι	133 (93,7)	80 (90,9)	213(92,6)	$X^2_p=0,602$
Όχι	9 (9,3)	8 (9,1)	17 (7,4)	P= 0,438
<b>Εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου</b>				
Ναι	18 (12,7)	8 (9,1)	26(11,3)	$X^2_p=0,391$
Όχι	124 (87,3)	80 (90,9)	204 (88,7)	P= 0,532
<b>Από ποιον ενημερωθήκατε για το εμβόλιο</b>				
Από το γυναικολόγο	71 (50,0)	22 (25,0)	93(40,4)	Fisher's exact test=20,976
Από τη μητέρα	22 (15,5)	20 (22,7)	42 (18,3)	P= 0,001
Από τις φίλες	9 (6,3)	17 (19,3)	26(11,3)	
Από τα ΜΜΕ	28 (19,7)	25 (28,4)	53 (23,0)	
Από κανέναν	7(4,9)	2 (2,3)	9 (3,9)	
Από όλους τους παραπάνω	5 (3,5)	2 (2,3)	7 (3,0)	
<b>Γνωρίζετε ότι η ασφάλεια καλύπτει το εμβόλιο</b>				
Ναι	103 (72,5)	65 (73,9)	168(73,0)	$X^2_p=0,049$
Όχι	39 (27,5)	23 (26,1)	62 (27,0)	P= 0,825
<b>Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου</b>				
Ναι	18 (12,7)	12 (13,6)	30(13,0)	$X^2_p=0,044$
Όχι	124 (87,3)	76 (86,4)	200 (87,0)	P= 0,834
<b>Η μητέρα έχει κάνει ΠΑΠ τεστ</b>				
Ναι	131 (92,3)	76 (86,4)	207(90,0)	L.R=3,094
Όχι	6 (4,2)	4 (4,5)	10 (4,3)	P= 0,213
Δεν γνωρίζω	5 (3,5)	8 (9,1)	13 (5,7)	

x = μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $X^2_p = X^2$  του Pearson, L.R= Likelihood Ratio

Ωστόσο, μόλις ένα μικρό ποσοστό και των δύο ομάδων (12,7% και 9,1% αντίστοιχα) εμβολιάστηκαν κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P= 0,532$ ), ενώ σχετικά με την ενημέρωση για το εμβόλιο υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το Fisher's exact test ( $P= 0,001$ ). Μόλις, το 50% των γυναικών που έχουν κάνει τεστ ΠΑΠ και το 25% των νεαρών γυναικών που δεν έχουν κάνει, αντιστοίχως, είχαν ενημέρωση από το γυναικολόγο τους.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ερώτηση *αν γνωρίζουν ότι το εμβόλιο καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα* των δύο ομάδων, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P= 0,825$ ). Το 72,5% των νεαρών γυναικών που έκαναν την εξέταση και 73,9% των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση γνωρίζουν σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη του εμβολίου. Επίσης, στην ερώτηση για το *ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου* στην οικογένεια ένα μικρό ποσοστό και των δύο ομάδων (12,7% και 13,6% αντίστοιχα) είχε ιστορικό χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P= 0,834$ ). Τέλος, όσον αφορά την ερώτηση *αν η μητέρα έχει κάνει τεστ ΠΑΠ*, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά των δύο ομάδων, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με τον δείκτη Likelihood ratio ( $P= 0,213$ ). Τόσο, στις νεαρές γυναίκες που έχουν εξεταστεί, όσο και σε αυτές που δεν έχουν εξεταστεί (ποσοστό 92,3% και 86,4%, αντίστοιχα), η μητέρα τους έχει κάνει ΠΑΠ τεστ (Πίνακας 2).

### **3.3 Ειδικά χαρακτηριστικά των νεαρών γυναικών που έκαναν ΠΑΠ τεστ**

Υπολογίστηκαν επίσης τα ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές συγκεκριμένων στοιχείων της ομάδας των γυναικών που έκαναν το τεστ ΠΑΠ (πίνακας 3). Το μεγαλύτερο ποσοστό 78,9% των νεαρών γυναικών έκαναν το πρώτο τεστ στην ηλικιακή κατανομή από 16- 20 ετών, με μέση ηλικία έναρξης του πρώτου ΠΑΠ τέστ τα 19,36 και 1,55 τυπική απόκλιση. Επίσης, παραπάνω από τις μισές (ποσοστό 59,2%), αιθάνθηκαν ντροπή κατά την εξέταση, ενώ μόλις το 35,2% πήγαν μαζί με την μητέρα τους. Όσον αφορά την συντροφική κατάσταση του τελευταίου έτους η πλειοψηφία των γυναικών που έχει κάνει ΠΑΠ τεστ είναι σε σχέση (ποσοστό 73,9%), όπως φαίνεται στον πίνακα 3 που ακολουθεί.



**Πίνακας 3:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών στις νεαρές γυναίκες που έχουν εξεταστεί κατά Παπανικολάου

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Ποσοστό%</b>
<b>Ηλικία έναρξης 1<sup>ου</sup> ΠΑΠ τεστ</b>		
16-20	112	78,9
21- 25	30	21,1
<b>Αίσθημα ντροπής κατά την εξέταση</b>		
ΝΑΙ	84	59,2
ΟΧΙ	58	40,8
<b>Με ποιόν πήγατε μαζί</b>		
Μόνη	36	25,4
Με τη μητέρα	50	35,2
Με τη φίλη	41	28,9
Με το σύντροφο	10	7,0
Με αδελφό/η	5	3,5
<b>Συντροφική κατάσταση του τελευταίου έτους</b>		
Σε σχέση	105	73,9
Μόνη	20	14,1
Μπερδεμένη	14	9,9
Πολλαπλούς	3	2,1
Συντρόφους		

### 3.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Για να ελέγξουμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους μέσους όρους των μεταβλητών συγκριτικά με την εξέταση κατά Παπανικολάου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του t-test (ανεξάρτητα δείγματα). Αναζητήθηκαν διαφορές μεταξύ της εξέτασης με το ΠΑΠ τεστ των νεαρών γυναικών σε σχέση με τις διαστάσεις της όπως αυτές μετρώνται με το ερωτηματολόγιο SCL-90 (Derogatis, 1977). Επίσης, αναζητήθηκαν οι παραπάνω διαφορές και με την σύγκριση των κατανομών των απαντήσεων ανάμεσα στις δυο ομάδες, ύστερα από την σύμπτυξή τους σε τρεις κλάσεις, με το  $\chi^2$  του Pearson. Στον πίνακα 4, μπορούμε να παρατηρήσουμε πιο αναλυτικά τις μέσες τιμές και τις συγκρίσεις των παραπάνω υποκλιμάκων του SCL-90.

**Πίνακας 4** Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των νεαρών γυναικών που έκαναν τη εξέταση Παπανικολάου και των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση, ως προς τις υποκλίμακες του SCL-90.

	Εξέταση κατά Παπανικολάου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας			
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	142 (100,0)	88 (100,0)	230 (100,0)	
<b>SCL_90 - Σωματοποίηση</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-37	0-35	0-37	
0-<=0,34	8 (5,6)	4 (4,5)	12 (5,2)	Fisher's exact test=1,963
>0,34-<=14,46	103 (72,5)	71 (80,7)	174 (75,7)	P= 0,406
>14,46-<=40	31 (21,8)	13 (14,8)	44 (19,1)	
Μέση τιμή (x ± SD)	8,77 ± 7,67	8,91 ± 7,18	8,82 ± 7,4	t= -0,139, P= 0,889
<b>SCL_90 - Ψυχαναγκαστικότητα</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-30	0-32	0-32	
0-<=2,99	13 (9,2)	7 (8,0)	20 (8,7)	Fisher's exact test=0,327
>2,99-<=15,99	93 (65,5)	56 (63,6)	149 (64,8)	P= 0,868
>15,99-<=31	36 (25,4)	25 (28,4)	61 (26,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	10,27 ± 6,90	11,58 ± 7,18	10,77 ± 7,02	t= -1,372, P= 0,171
<b>SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-27	0-24	0-27	
0-<=2,12	20 (14,1)	9 (10,2)	29 (12,6)	Fisher's exact test=1,430
>2,12-<=14,60	93 (65,5)	56 (63,6)	149 (64,8)	P= 0,506
>14,60-<=30	29 (20,4)	23 (26,1)	52 (22,6)	
Μέση τιμή (x ± SD)	9,04 ± 5,96	10,19 ± 5,70	9,48 ± 7,87	t= -1,455, P= 0,141
<b>SCL_90 - Κατάθλιψη</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-42	2-39	0-42	
0-<=2,59	7 (4,9)	3 (3,4)	10 (4,3)	Fisher's exact test=1,158
>2,59-<=20,09	113 (79,6)	68 (77,3)	181 (78,7)	P= 0,560
>20,09-<=43	22 (15,5)	17 (19,3)	39 (17,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	11,88 ± 8,09	14,01 ± 8,99	12,70 ± 8,49	t= -1,859, P= 0,064
<b>SCL_90 - Άγχος</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-31	0-27	0-31	
0-<=0,66	19 (13,4)	5 (5,7)	24 (10,4)	L.R=4,807
>0,66-<=13,98	95 (66,9)	69 (78,4)	164 (71,3)	P= 0,090
>13,98-<=36	28 (19,7)	14 (15,9)	42 (18,3)	
Μέση τιμή (x ± SD)	7,26 ± 6,99	7,82 ± 6,57	7,47 ± 6,82	t= -0,601, P= 0,548
<b>SCL_90 - Επιθετικότητα</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-23	0-22	0-23	
0-<=0,04	14 (9,9)	9 (10,2)	23 (10,0)	X <sup>2</sup> <sub>p</sub> =2,374
>0,04-<=10,12	101 (71,1)	69 (78,4)	170 (73,9)	P= 0,305
>10,12-<=21	27 (19,0)	10 (11,4)	37 (16,1)	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,71 ± 5,14	5,39 ± 4,46	5,59 ± 4,88	t= -0,489, P= 0,625

#### Συνέχεια πίνακα 4

##### SCL\_90 - Φοβικό Άγχος

Ελαχίστη - μεγίστη	0-22	0-18	0-22	
>0-0	52(36,6)	20 (22,7)	72(31,3)	Fisher's exact test=4,979
>0-<=6,2	73 (51,4)	56 (63,6)	129 (56,1)	P= 0,084
>6,2-<=23	17 (12,0)	12 (13,6)	29 (12,6)	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,89 ± 4,04	3,43 ± 3,94	3,10 ± 4,00	t= -1,001, P= 0,318

##### SCL\_90 - Παρανοειδή Ιδέασμο

Ελαχίστη - μεγίστη	0-17	0-17	0-17	
0-<=1,7	15(10,6)	11 (12,5)	26 (11,3)	Fisher's exact test=2,380
>1,7-<=10,56	102 (71,8)	55 (62,5)	157 (68,3)	P= 0,292
>10,56-<=22	25 (17,6)	22 (25,0)	47 (20,4)	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,19 ± 4,08	6,88 ± 4,49	6,45 ± 4,25	t= -1,189, P= 0,236

##### SCL\_90 - Ψυχωτισμός

Ελαχίστη - μεγίστη	0-30	0-21	0-30	
>0-0	7 (4,9)	4 (4,5)	11 (4,8)	Fisher's exact test=0,096
>0-<=12,92	112 (78,9)	69 (78,4)	181 (78,7)	P= 1,000
>12,92-<=27	23 (16,2)	15 (17,0)	38 (16,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,70 ± 4,49	6,88 ± 4,49	6,86 ± 5,42	t= -0,556, P= 0,579

##### SCL\_90 - GDS

Ελαχίστη - μεγίστη	0,00-2,65	0,07-2,40	0,00- 2,65	
0-<=0,18	142 (100,0)	88(100,0)	230 (100,0)	
>0,18-<=1,3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
>1,3-<=2,58	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	0,82 ± 0,54	0,89 ± 0,53	0,85 ± 0,54	t= -1,031, P= 0,303

##### SCL\_90 - DETHS

Ελαχίστη - μεγίστη	1,00-2,98	1,00-3,35	1,00- 3,35	
0-<=1,05	142 (100,0)	88 (100,0)	230 (100,0)	
>1,05-<=2,11	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
>2,11-<=3,19	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	1,68 ± 0,42	1,70 ± 0,43	1,69 ± 0,42	t= -0,392, P= 0,695

##### SCL\_90 - STHS

Ελαχίστη - μεγίστη	0-86	7-87	0-87	
0-<=17,83	16 (11,3)	10 (11,4)	26 (11,3)	X <sup>2</sup> <sub>p</sub> =0,049
>17,83-<=58,25	97 (68,3)	59 (67,0)	156 (67,8)	P= 0,976
>58,25-<=87	29 (20,4)	19 (21,6)	48 (20,9)	
Μέση τιμή (x ± SD)	40,87 ± 19,64	44,66 ± 19,31	42,32 ± 19,56	t= -1,430, P= 0,154

##### Total SCL\_90

Ελαχίστη - μεγίστη	0-239	7-216	0-239	
Μέση τιμή (x ± SD)	73,90 ± 49,00	80,70 ± 47,98	76,50 ± 48,62	t= -1,031, P= 0,303

=====

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X<sup>2</sup><sub>p</sub>= X<sup>2</sup> του Pearson, t= t-test, LR= Likelihood ratio.

=====

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες μεταξύ των δύο ομάδων, όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό, κάτι το οποίο επιβεβαιώθηκε και με την σύμπτυξη τους σε κλάσεις ( $P > 0,05$ ). Πιο συγκεκριμένα, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει μια ενδεικτικά σημαντική διαφορά μόνο όσον αφορά τους μέσους όρους στην κατάθλιψη ( $t = -1,859$ ,  $p = 0,064$ ), που ωστόσο δεν επιβεβαιώθηκε όταν συγκρίθηκαν οι κατανομές, συνεπτυγμένες σε τρεις κλάσεις, με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P = 0,560$ ). Η σύγκριση των κατανομών με το Fisher Exact Test ανέδειξε μια στατιστικά ενδεικτικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στο άγχος ( $P = 0,090$ ) και στο φοβικό άγχος ( $P = 0,084$ ), η οποία δεν επιβεβαιώθηκε στη σύγκριση των μέσων όρων με το t-test ( $t = -0,601$ ,  $P = 0,548$  και  $t = -1,001$ ,  $P = 0,318$ , αντίστοιχα).

### **3.5 Ανάλυση συσχέτισης**

Για να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στις παραμέτρους της ψυχοπαθολογίας με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και η διασυνδεσή τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εφαρμόστηκε ή μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation), τόσο για το σύνολο του δείγματος, όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται παρακάτω (Πίνακας 5, 6 και 7). Η τιμή  $p$  που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι  $p \leq 0,05$ .

#### **3.5.1 Συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με το ερωτηματολόγιο της ψυχοπαθολογίας στις νεαρές γυναίκες στο σύνολο του δείγματος**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5, η ηλικία των νεαρών γυναικών στο σύνολο του δείγματος ( $N = 230$ ) σχετίζεται θετικά με την διαπροσωπική ευαισθησία και τον ψυχωτισμό ( $p < 0,05$ ). Η ύπαρξη αδελφών σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος και το σύνολο θετικό συμπτωμάτων ( $p < 0,05$ ). Η διαμονή σχετίζεται αρνητικά με την ψυχαναγκαστικότητα, την κατάθλιψη, το άγχος, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό, τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, τον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, το σύνολο θετικό συμπτωμάτων και το συνολικό σκόρ του SCL-90 ( $p < 0,05$ ).

Η γνωστοποίηση της σεξουαλικής ζωής σχετίζεται θετικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα, το φοβικό άγχος, τον ψυχωτισμό και το σύνολο θετικό συμπτωμάτων ( $p < 0,05$ ). Η γνώση του τρόπου μετάδοσης του HPV, συνδέεται θετικά με τον παρανοειδή ιδεασμό ( $p < 0,05$ ). Η γνώση για την κάλυψη του εμβολίου από το ασφαλιστικό σχετίζεται αρνητικά με το φοβικό άγχος ( $p < 0,05$ ). Το ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατέυθυνση με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας, πλην της επιθετικότητας ( $p < 0,05$ ).

### **3.5.2 Συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με το ερωτηματολόγιο της ψυχοπαθολογίας στις νεαρές γυναίκες που δεν έκαναν ΠΑΠ τεστ**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6, η ηλικία των νεαρών γυναικών στην ομάδα των γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση ( $N=88$ ) σχετίζεται αρνητικά με την διαπροσωπική ευαισθησία, την επιθετικότητα και το σύνολο θετικό συμπτωμάτων ( $p < 0,05$ ). Η διαμονή σχετίζεται από πάρα πολύ σημαντικά έως σημαντικά αρνητικά με την κατάθλιψη, το άγχος, την επιθετικότητα το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό, τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο θετικό συμπτωμάτων και το συνολικό σκόρ του SCL-90 ( $p < 0,05$ ).

Η συντροφική κατάσταση σχετίζεται σημαντικά αρνητικά με την επιθετικότητα ( $p = 0,05$ ). Η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής συνδέεται θετικά με την ψυχαναγκαστικότητα ( $p = 0,05$ ). Η γνώση του τρόπου μετάδοσης του HPV, συνδέεται θετικά με τον παρανοειδή ιδεασμό ( $p = 0,05$ ). Το ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατέυθυνση με την διαπροσωπική ευαισθησία ( $p = 0,05$ ).

### **3.5.3 Συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με το ερωτηματολόγιο της ψυχοπαθολογίας στις νεαρές γυναίκες που έκαναν ΠΑΠ τεστ**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, η ύπαρξη αδελφών στην ομάδα των γυναικών που έκαναν την εξέταση ( $N=142$ ) σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη, το άγχος, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο θετικό συμπτωμάτων και το συνολικό σκόρ του SCL-90 ( $p < 0,05$ ). Η διαμονή σχετίζεται σημαντικά αρνητικά με το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό ( $p = 0,05$ ). Η γνωστοποίηση της σεξουαλικής ζωής σχετίζεται θετικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα και το σύνολο θετικό συμπτωμάτων

( $p < 0,05$ ). Η γνώση για την κάλυψη του εμβολίου από το ασφαλιστικό σχετίζεται αρνητικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία και το φοβικό άγχος ( $p < 0,05$ ). Το ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας ( $p < 0,05$ ), ενδεικτικά με τον παρανοειδή ιδεασμό ( $p < 0,10$ ) και καθόλου με την επιθετικότητα ( $p > 0,010$ ). Μελετώντας πιο ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας το αίσθημα ντροπής κατά την εξέταση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά, αρνητικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα, την κατάθλιψη, το άγχος, τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο θετικό συμπτωμάτων και το συνολικό σκορ του SCL-90 ( $p < 0,05$ ). Τέλος, η συνοδεία στην εξέταση συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με θετική κατεύθυνση με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας ( $p < 0,05$ ), εκτός της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του παρανοειδή ιδεασμού και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων ( $p > 0,05$ ).

**Πίνακας 5:** Συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία στο σύνολο του δείγματος (N=230)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Σωματοποίηση</b>	,008	-,063	-,094	,038	,114ms	146*	-,024	,058	-,003	-,089	-,179**	-,024
<b>Ψυχαναγκαστικότητα</b>	-,116	-,128ms	-,162*	,000	,129ms	,136*	,033	-,021	,074	-,124ms	-,145*	,088
<b>Διαπροσωπική ευαισθησία</b>	-,160*	-,116ms	-,116	,007	,129ms	,013	,104	,090	,063	-,121ms	-,250***	,033
<b>Κατάθλιψη</b>	-,093	-,133*	-,174***	,011	,127ms	,029	,006	,070	,078	-,059	-,175***	,026
<b>Άγχος</b>	-,074	-,123ms	-,199**	-,039	,044	,097	,027	-,003	,046	-,100	-,189**	-,023
<b>Επιθετικότητα</b>	-,088	-,150*	-,122ms	-,023	-,121ms	,060	,089	,082	-,021	,021	-,099	-,061
<b>Φοβικό άγχος</b>	-,082	-,165*	-,253***	-,035	,073	,136*	-,019	-,015	,033	-,169**	-,184**	,069
<b>Παρανοειδής Ιδεασμός</b>	-,115	-,080	-,207**	-,030	,006	,025	,138*	,054	,018	-,046	-,172**	,008
<b>Ψυχωτισμός</b>	-,131*	-,068	-,210***	,045	,002	,138*	,044	,044	,085	-,077	-,208**	,024
<b>ΓΔΣ</b>	-,101	-,129ms	-,199**	,005	,079	,107	,038	,041	,054	-,101	-,210***	,019
<b>ΔΕΘΣ</b>	-,087	-,110	-,164*	-,030	,079	,001	,037	,000	-,005	-,045	-,172**	,040
<b>ΣΘΣ</b>	-,120	-,153*	-,177**	,027	,042	,178**	,052	,054	,102	-,093	-,195**	,036
<b>Συνολικό σκορ</b>	-,101	-,129ms	-,199**	,005	,079	107	,038	,041	,054	-,101	-,210***	,019

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p≤0,001

MS (Mat.b.ginally significant)(0,05<P<0,10)

Υπόμνημα 1=Ηλικία, 2=Αδέλφια, 3=διαμονή, 4= Συντροφική κατάσταση, 5= Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής, 6= Ποιος γνωρίζει την σεξουαλική σας ζωή, 7= Ξέρετε πως μεταδίδεται το HPV, 8= Εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου, 9= Από ποιον ενημερωθήκατε για το εμβόλιο, 10= Γνωρίζετε ότι η ασφάλεια καλύπτει το εμβόλιο, 11= Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου, 12= Η μητέρα έχει κάνει ΠΑΠ τεστ

**Πίνακας 6:** Συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία στις νεαρές γυναίκες που δεν έκαναν την εξέταση (N=88)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Σωματοποίηση</b>	,017	-,041	-,096	-,043	,207	,112	-,035	,168	,015	-,014	-,028	-,006
<b>Ψυχαναγκα- στικότητα</b>	-,142	-,079	-,202	-,054	,227*	,082	,068	,098	,135	-,052	-,037	,179ms
<b>Διαπροσωπική ευαισθησία</b>	-278**	-,089	-,148	,015	,198ms	,028	,177	,115	-,018	-,043	-,220*	,114
<b>Κατάθλιψη</b>	-,139	-,046	-,217*	-,083	,174	-,028	,053	,155	,070	,017	-,077	,091
<b>Άγχος</b>	-,157	-,034	-,277**	-,136	,064	,034	,063	,185ms	,027	-,031	-,052	,057
<b>Επιθετικότητα</b>	-,286**	-,095	-,224*	-,220*	-,137	-,016	,124	,206ms	-,161	,146	-,174	,074
<b>Φοβικό άγχος</b>	-,133	-,156	-,372***	-,119	,101	,175	,016	,085	,076	-,158	-,100	,196
<b>Παρανοειδής Ιδεασμός</b>	-,206	,038	-,244*	-,156	-,014	,140	,292**	,150	,027	-,024	-,182ms	,036
<b>Ψυχωτισμός</b>	-,164	,038	-,247*	-,087	,021	,128	,117	,162	,132	-,094	-,147	,126
<b>ΓΔΣ</b>	-,175	-,050	-,254*	-,100	,137	,072	,089	,172	,052	-,025	-,125	,115
<b>ΔΕΘΣ</b>	-,128	,024	-,193ms	-,107	,099	-,067	,089	,184ms	-,064	-,021	-,138	,050
<b>ΣΘΣ</b>	-,225*	-,094	-,277*	-,064	,082	,169	,115	,136	,144	,009	-,104	,163
<b>Συνολικό σκορ</b>	-,175	-,050	-,254*	-,100	,137	,072	,089	,172	,052	-,025	-,125	,115

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p≤0,001

MS (Mat. b. ginally significant) (0,05<P<0,10)

Υπόμνημα 1=Ηλικία, 2=Αδέλφια, 3=διαμονή, 4= Συντροφική κατάσταση, 5= Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής, 6= Ποιος γνωρίζει την σεξουαλική σας ζωή, 7= Ξέρετε πως μεταδίδεται το HPV, 8= Εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου, 9= Από ποιον ενημερωθήκατε για το εμβόλιο, 10= Γνωρίζετε ότι η ασφάλεια καλύπτει το εμβόλιο, 11= Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου, 12= Η μητέρα έχει κάνει ΠΑΠ τεστ



**Πίνακας 7:** Συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία στις νεαρές γυναίκες που έκαναν την εξέταση (N=142)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	,009	-,073	-,093	,075	,021	,174*	-,019	,002	-,019	-,132	-,269***	-,043	,048	-,211*	,128
2	-,059	-,151ms	-,120	,007	-,105	,206*	-,002	-,096	,010	-,169*	-,116**	-,013	,007	-,214***	,225**
3	-,051	-,125	-,080	-,018	-,031	,031	,047	,070	,114	-,166*	-,168***	-,056	,059	-,152	,167*
4	,000	-,180*	-,122	,037	-,064	,111	-,043	,010	,068	-,108	-,244**	-,066	,065	-,226**	,121
5	-,009	-,166*	-,145ms	-,002	-,012	,151ms	-,001	-,101	,057	-,138	-,271***	-,101	,082	-,214*	,197*
6	,000	-,178*	-,070	,071	-,147	,097	,071	,028	,083	-,045	-,059	-,164ms	,003	-,157	,168*
7	-,022	-,167*	-,167*	-,008	-,019	,134	-,050	-,074	-,010	-,174*	-,236**	-,052	,072	-,083	,207*
8	-,016	-,147ms	-,168*	,022	-,062	-,037	,009	-,008	-,003	-,060	-,164ms	-,038	-,027	-,155	,109
9	-,104	-,119	-,183*	,099	-,081	,159ms	-,007	-,016	,047	-,066	-,244**	-,065	,011	-,123	,197*
10	-,027	-,167*	-,154ms	,042	-,065	153 ms	-,004	-,032	,046	-,145	-,262**	-,078	,043	-,209*	,194*
11	-,053	-,183	-,140	,003	,057	,057	-,006	-,104	,044	-,060	-,194*	,025	,078	-,160	,254**
12	-,014	-,180*	-,130	,052	-,135	,218**	-,001	,004	,058	-,152	-,252**	-,095	,009	-,219**	,113
13	-,027	-,167*	-,154ms	,042	-,065	,153ms	-,004	-,032	,046	-,145	-,262**	-,078	,043	-,209*	,194*

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p≤0,001

**MS** (Mat. b. ginally significant) (0,05<P<0,10)

**Υπόμνημα Α:** 1=Ηλικία, 2=Αδέλφια, 3=διαμονή, 4= Συντροφική κατάσταση, 5= Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής, 6= Ποιος γνωρίζει την σεξουαλική σας ζωή, 7= Ξέρετε πως μεταδίδεται το HPV, 8= Εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου, 9= Από ποιον ενημερωθήκατε για το εμβόλιο, 10= Γνωρίζετε ότι η ασφάλεια καλύπτει το εμβόλιο, 11= Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου, 12= Η μητέρα έχει κάνει ΠΑΠ τεστ, 13=Ηλικία έναρξης 1<sup>ου</sup> ΠΑΠ τεστ, 14=Αίσθημα ντροπής κατά την εξέταση, 15=Με ποιόν πήγατε μαζί.

**Υπόμνημα Β:** 1= Σωματοποίηση, 2= Ψυχαναγκαστικότητα, 3= Διαπροσωπική ευαισθησία, 4= Κατάθλιψη, 5= Άγχος, 6= Επιθετικότητα, 7= Φοβικό άγχος, 8= Παρανοειδής Ιδεασμός, 9= Ψυχωτισμός, 10= ΓΔΣ, 11= ΔΕΘΣ, 12= ΣΘΣ, 13= Συνολικό σκορ.

## 4. Συζήτηση

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο που προσβάλλει γυναίκες νεαρής ηλικίας. Η κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση που προκαλεί, τον ανάγουν σε σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, ενώ οφείλουμε να συνυπολογίσουμε το ψυχολογικό φορτίο των ασθενών και του περιβάλλοντός τους (Arbyn et al. 2007). Προκειμένου να μειωθεί ουσιαστικά η συχνότητα εμφάνισης νέων κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η κυρίαρχη πρακτική εστιάζεται στις διάφορες πρακτικές πρωτογενούς πρόληψης. Το κυτταρολογικό τεστ κατά Παπανικολάου ή τεστ Pap, όπως είναι ευρύτατα διαδεδομένο, αποτέλεσε για δεκαετίες τον βασικό πυλώνα κάθε στρατηγικής πρόληψης της νόσου. Το συγκεκριμένο τεστ αναγνωρίζει σε πρώιμο στάδιο τις προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας, προσφέροντας μια αξιόπιστη δοκιμασία ελέγχου (screening) του πληθυσμού ενδιαφέροντος. Η αναγνώριση της ιογενούς λοίμωξης από τον HPV ως βασικό παθογενετικό μηχανισμό των εν λόγω κυτταρικών αλλοιώσεων (Moscicki 2008) έχει οδηγήσει τις στρατηγικές πρόληψης προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης και κυρίως της πρόληψης της λοίμωξης από τον HPV, κυρίως με την ανάπτυξη εμβολίων κατά του ιού και την ανάπτυξη προγραμμάτων εμβολιασμού σε επίπεδο πληθυσμού (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010).

Η επέκταση και η επιτυχία ανάλογων προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης υστερεί από τον επιθυμητό στόχο για διάφορους λόγους τόσο γραφειοκρατικούς-οργανωτικούς, όσο και τεχνικούς που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων (Garland et al. 2007), (Moscicki 2008), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010). Δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί ή πολιτισμικοί παράγοντες ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τα χαμηλά ποσοστά διείσδυσης του προσημπτωματικού ελέγχου και των παρεμβάσεων πρόληψης (McDonald, Neily 2009) (Marlow et al. 2008). Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό να συμβάλλει στη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών και ψυχολογικών παραμέτρων που εμπλέκονται στην εφαρμογή των στρατηγικών πρόληψης, και συγκεκριμένα αναφορικά με την αποδοχή και εφαρμογή της εξέτασης Παπανικολάου.

Σε μια πρώτη ανάγνωση των αποτελεσμάτων διαπιστώνουμε ότι υπάρχει διαφορά στην ηλικία μεταξύ των υπό εξέταση ομάδων. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε τεστ Pap είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερες από τις γυναίκες που δεν έχουν κάνει την εξέταση, κάτι που ως ένα βαθμό είναι αναμενόμενο καθώς συνάδει με τις τρέχουσες οδηγίες των ιατρικών εταιριών που συνιστούν τον προληπτικό έλεγχο γυναικών τουλάχιστον από την ηλικία των 21 ετών, ανεξαρτήτως σεξουαλικών επαφών. Από την άλλη πλευρά στην μελέτη μας δεν αναδείχθηκε

διαφορά όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, καθώς τα ποσοστά των συμμετεχόντων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Αντίθετα, ενδιαφέρον προκαλεί η παρατήρηση ότι η διείσδυση του τεστ Παπανικολάου είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες που διαμένουν σε μεγάλα αστικά κέντρα, μεγαλύτερα από 150 χιλιάδες κατοίκους, αν και η διαφορά αυτή δεν τεκμηριώνεται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Η παρατήρηση αυτή είναι σε αντιστοιχία με προγενέστερες μελέτες που έδειξαν ότι η διαμονή σε αγροτικές περιοχές σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά γνώσης και εφαρμογής του Pap τεστ (Marlow et al. 2008), (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν. 2010), κάτι που είναι λογικό καθώς αντανακλά διαφορές στην πρόσβαση και προσφορά εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Ίσως στην έρευνα μας η μη ανάδειξη της διαφοράς σε στατιστικά σημαντικό βαθμό να οφείλεται στον τρόπο ορισμού του αστικού και ημιαστικού-αγροτικού πληθυσμού, καθώς η διαμονή σε οικιστικά κέντρα με πληθυσμό μικρότερο από 150 χιλιάδες κατοίκους αντιπροσωπεύει μια μάλλον ανομοιογενή ομάδα με αστικά και ημιαστικά-αγροτικά στοιχεία.

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι οι νεαρές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου σε μεγαλύτερο ποσοστό έχουν ενεργό σεξουαλική ζωή κάτι που ίσως αντικατοπτρίζει σε ένα βαθμό την επίδραση των ιατρικών εταιριών οι οποίες συστήνουν κατηγορηματικά την διενέργεια προληπτικού κυτταρολογικού ελέγχου 3 χρόνια τουλάχιστον μετά την έναρξη σεξουαλικής ζωής. Στο ίδιο πλαίσιο φαίνεται να εντάσσεται και το εύρημα ότι η πρώιμη έναρξη σεξουαλικής ζωής σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών συνοδεύεται από μεγαλύτερα ποσοστά εφαρμογής του τεστ Pap. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο της μελέτης αποτελεί το εύρημα ότι οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο παρουσιάζουν βελτιωμένη επικοινωνία όσον αφορά την σεξουαλική τους ζωή είτε με το συγγενικό είτε με το φιλικό περιβάλλον. Φαίνεται ότι η ελεύθερη και απρόσκοπτη επικοινωνία γύρω από τέτοια ευαίσθητα θέματα διευκολύνει την καλύτερη ενημέρωση γύρω από θέματα πρωτογενούς πρόληψης (Roberts et al. 2010). Παρόλα αυτά, αν και ο ρόλος της σχέσης και της ενημέρωσης από το οικογενειακό περιβάλλον είναι σημαντικός, δεν φαίνεται να έχει σημασία το ιστορικό της μητέρας όσον αφορά ανάλογους προληπτικούς κυτταρολογικούς ελέγχους.

Ενδιαφέρον προκαλεί ότι η εφαρμογή προληπτικού ελέγχου δεν φαίνεται να σχετίζεται με έλλειψη ενημέρωσης γύρω από την παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου και τον ρόλο της λοίμωξης από τον ιό HPV, καθώς τόσο στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε τεστ Pap, όσο και σε αυτές που δεν έχουν υποβληθεί το ποσοστό γνώσης γύρω από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων είναι ιδιαίτερα υψηλό, άνω του 90%, χωρίς διαφορές μεταξύ των ομάδων. Σε αντιδιαστολή με αυτήν την γνώση βρίσκεται το χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού (περίπου 11%) με το εμβόλιο κατά του HPV στον υπό μελέτη πληθυσμό, το οποίο είναι πολύ μικρότερο σε

σύγκριση με άλλους πληθυσμούς (Moscicki 2008) (Markowitz et al. 2007), γεγονός που αποκαλύπτει μια πολύ ανησυχητική πραγματικότητα για την επέκταση των νεότερων στρατηγικών πρόληψης στον ελληνικό πληθυσμό. Φαίνεται ότι γύρω από το εμβόλιο κατά του HPV υπάρχει ένα έλλειμμα ενημέρωσης, καθώς ο κύριος φορέας που έχει επωμιστεί τον ενημερωτικό ρόλο είναι οι γυναικολόγοι ή δευτερεύοντες πηγές ενημέρωσης όπως τα ΜΜΕ και το φιλικό περιβάλλον, σε ηλικίες που είναι πλέον αργά για έναν αποτελεσματικό εμβολιασμό, καθώς οι μελέτες δείχνουν τα μεγαλύτερα οφέλη στις ηλικίες 11-12 ετών (Allen et al. 2010), όπου εκεί είναι σημαντικότερος ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, του παιδίατρου ή ακόμα και του σχολείου.

Κατά το σχεδιασμό της μελέτης μας υποθέσαμε ότι η εφαρμογή μεθόδων προληπτικής ιατρικής ως μέρους ενός σχεδιασμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συνδυάζεται με την έννοια του στίγματος, τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου, συνθήκες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Δεδομένης της τεκμηριωμένης σχέσης του συναισθήματος της ντροπής με την ψυχοπαθολογία (Goss et al, 1994; Gilbert et al., 1996; Tantam, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Andrews et al., 2002; Tangney & Dearing, 2002; Shapiro, 2003, Lundback et al., 2006; Birchwood et al., 2007), υποθέσαμε ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε δοκιμασίες προληπτικού ελέγχου, όπως το τεστ κατά Παπανικολάου θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, όπως μετρούνται με αντίστοιχες κλίμακες. Αν και το αίσθημα της ντροπής κατά την εξέταση εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό στην μελέτη μας ανάμεσα στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε Pap test, παρόλα αυτά δεν αναδείχθηκε κάποια σημαντική διαφορά στις διάφορες υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας του SCL-90R, ανάμεσα στις δύο ομάδες γυναικών. Ίσως η ντροπή στη μελέτη μας αντιπροσωπεύει ένα στιγμιαίο, περιστασιακό συναίσθημα κατά τη διάρκεια της εξέτασης και όχι μια μόνιμη κατάσταση που θα οδηγούσε στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Εξάλλου η διερεύνηση της ντροπής στην μελέτη μας έγινε με αναδρομικό τρόπο και βασίστηκε στην ανακλητική μνήμη, και δεν έγινε χρήση κάποιας συστηματικής μεθόδου καταγραφής με κάποιο εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο, κάτι που θα ξεπερνούσε τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Επιπρόσθετα από την περαιτέρω ανάλυση συσχέτισης που πραγματοποιήσαμε στην ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε τεστ Pap το αίσθημα ντροπής κατά την εξέταση σχετίζεται αρνητικά με πολλές υποκλίμακες του SCL-90, όπως η σωματοποίηση, η ψυχαναγκαστικότητα, η κατάθλιψη, το άγχος, καθώς και με τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το συνολικό θετικό συμπτωμάτων και το συνολικό σκορ του SCL-90, γεγονός που αιτιολογεί την μη ανεύρεση διαφοράς ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Τέλος, αναλύοντας τη σχέση των ψυχολογικών παραμέτρων με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία στις δύο ομάδες προκύπτουν μια σειρά από ενδιαφέροντα δεδομένα. Έτσι το ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια σχετίζεται αρνητικά με την διαπροσωπική ευαισθησία στην ομάδα των γυναικών που δεν έχουν υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο, ενώ στην ομάδα των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου φαίνεται να έχει πιο εκτεταμένη επίδραση καθώς σχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας, πλην της επιθετικότητας. Ειδικότερα, στην ομάδα των γυναικών που δεν έχουν υποβληθεί σε τεστ Pap η συντροφική κατάσταση σχετίζεται αρνητικά με την επιθετικότητα, η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής συνδέεται θετικά με την ψυχαναγκαστικότητα και η γνώση του τρόπου μετάδοσης του HPV, συνδέεται θετικά με τον παρανοειδή ιδεασμό. Από την άλλη πλευρά στην ομάδα των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο η γνωστοποίηση της σεξουαλικής ζωής σχετίζεται θετικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα και το σύνολο θετικό συμπτωμάτων, ενώ η συνοδεία στην εξέταση συσχετίζεται θετικά με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας, εκτός της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του παρανοειδή ιδεασμού και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων, γεγονός που τονίζει μια κατάσταση ευαλωτότητας. Τέλος, η γνώση για την κάλυψη του εμβολίου από το ασφαλιστικό σχετίζεται αρνητικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία και το φοβικό άγχος, υποδεικνύοντας ίσως μια κατάσταση μειωμένης ανασφάλειας που παρέχει η παραπάνω γνώση.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ της κατάστασης των ατόμων όσον αφορά την εφαρμογή μεθόδων προληπτικού ελέγχου και των ψυχολογικών μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Παρόμοια επιφύλαξη πρέπει να κρατήσουμε για τον ίδιο λόγο και για τη σχέση των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων με τις ψυχολογικές παραμέτρους. Επιπλέον, οι δύο ομάδες δεν ήταν ισοπληθείς, ενώ από τη φύση τους διέφεραν όπως ήταν αναμενόμενο και εξηγήθηκε αναλυτικότερα προηγουμένως σε αρκετά κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, και ως εκ τούτου δεν ήταν ομοιογενείς. Η ανάδειξη επομένως διαφορών και συσχετίσεων όσον αφορά τις ψυχολογικές παραμέτρους θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα βγαίνουν κάποια συμπεράσματα για τις διαφορές των γυναικών που υποβλήθηκαν σε προληπτικό κυτταρολογικό έλεγχο και σε αυτές που δεν υποβλήθηκαν κυρίως όσον αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, και τις συσχετίσεις με τις ψυχολογικές παραμέτρους τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μέσω πολύ-παραγοντικών στατιστικών μοντέλων επεξεργασίας και πολυπληθέστερων δειγμάτων.

## 5. Συμπεράσματα

Πρώτο σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει από την παρούσα μελέτη είναι το χαμηλό ποσοστό διείσδυσης των στρατηγικών πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης μας, που αφορά νεαρές ενήλικες γυναίκες, το ποσοστό διενέργειας τεστ Παπανικολάου ανέρχεται στο 61%, γεγονός που δεν θα πρέπει να κρίνεται ικανοποιητικό με βάση τις συστάσεις των ιατρικών εταιριών. Η έλλειψη ενεργού σεξουαλικής ζωής δεν αποτελεί ικανοποιητική εξήγηση, καθώς στο δείγμα μας αφορά μόνο το 20% και δεν αποτελεί προϋπόθεση για τον προληπτικό έλεγχο, που συστήνεται ούτως ή άλλως με διακριτικό όριο τα 21 έτη.

Ακόμα πιο χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στην έκταση που καταλαμβάνουν οι νεότερες στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης, όπως ο εμβολιασμός για τον ιό HPV. Παρόλα αυτά δεν φαίνεται αυτό να οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης για την παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των νεαρών ελληνίδων της μελέτης είναι ενήμερη για τον κυρίαρχο ρόλο του ιού HPV εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου.

Από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει ότι η διαμονή σε αστικά κέντρα, με ότι αυτό συνεπάγεται στην πρόσβαση και την προσφορά εξειδικευμένων ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, συνοδεύεται από μεγαλύτερη διείσδυση του προληπτικού ελέγχου. Επιπλέον οι συνθήκες καλής επικοινωνίας με το συγγενικό-φιλικό περιβάλλον και η ανάλογη ενημέρωση διευκολύνει την επέκταση των μεθόδων προληπτικού ελέγχου.

Το βασικότερο συμπέρασμα τελικά που προκύπτει από την συγκεκριμένη μελέτη είναι η ανάγκη ανάπτυξης ενός σφαιρικότερου σχεδιασμού πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου που θα βασίζεται τόσο στις παραδοσιακές τεχνικές προληπτικού ελέγχου, όσο και στις νεότερες με την χρήση εμβολίων.

## 6. Περίληψη

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο που προσβάλλει γυναίκες νεαρής ηλικίας. Το τεστ Παπανικολάου αποτελεί βασική εξέταση που διαγιγνώσκει πρώιμες μορφές καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική μελέτη κοινωνικοψυχολογικών παραγόντων νέων γυναικών που έκαναν το τεστ ΠΑΠ και νέων γυναικών που δεν έκαναν το τεστ ΠΑΠ.

Στη συγκεκριμένη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 230 γυναίκες ηλικίας 18-25 ετών. Αυτά τα 230 άτομα, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την εξέταση κατά Παπανικολάου των συμμετεχόντων. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 142 νεαρές γυναίκες που έκαναν την εξέταση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ποσοστό 61,7%), ενώ η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 88 νεαρές γυναίκες που δεν έκαναν την εξέταση (ποσοστό 38,3%). Σε όλα τα άτομα της έρευνας χορηγήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια-ερευνητικά εργαλεία : η κλίμακα της ψυχοπαθολογίας SCL-90 καθώς και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων. Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test για αριθμητικές μεταβλητές, η δοκιμασία  $\chi^2$  για κατηγορικές μεταβλητές και ο συντελεστής συσχέτισης  $r$  του Pearson. Όλες οι αναλύσεις έγιναν με την χρήση των υπολογιστικών προγραμμάτων Excel και SPSS.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι η μέση ηλικία των νεαρών γυναικών που έκαναν το Τεστ ΠΑΠ ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από την μέση ηλικία των γυναικών που δεν έκαναν το τεστ ( $t=4,911$ ,  $P=0,000$ ). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των δύο ομάδων ( $P=0,732$ ). Η πλειοψηφία των γυναικών που έκαναν την εξέταση (ποσοστό 57,7%) διέμενε σε πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους, ενώ η πλειοψηφία των γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση (ποσοστό 48,9%) διέμενε σε πόλη κάτω από 150.000 κατοίκους, χωρίς ωστόσο να παρατηρηθεί στατιστική σημαντική διαφορά στην σύγκριση των δυο ομάδων ( $P=0,243$ ). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής των δύο ομάδων, ( $P=0,000$ ) με τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε τεστ Παπ να εμφανίζουν πιο πρώιμη έναρξη σεξουαλικής ζωής (15-20 έτη). Ένα σημαντικό ποσοστό (21,6%) των νεαρών γυναικών που δεν έχουν κάνει Παπ τεστ δεν έχουν ακόμα σεξουαλική ζωή.

Το 93,7% των νεαρών γυναικών που έκαναν την εξέταση και 90,9% των νεαρών γυναικών που δεν έκαναν την εξέταση γνωρίζουν τον τρόπο μετάδοσης του ιού HPV ( $P=0,438$ ). Ωστόσο, μόλις ένα μικρό ποσοστό και των δύο ομάδων (12,7% και 9,1% αντίστοιχα) εμβολιάστηκαν κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,532$ ).

Το μεγαλύτερο ποσοστό 78,9% των νεαρών γυναικών έκαναν το πρώτο τέστ στην μεταξύ 16- 20 ετών, με μέση ηλικία έναρξης του πρώτου ΠΑΠ τέστ τα  $19,36 \pm 1,55$ . Επίσης, παραπάνω από τις μισές (ποσοστό 59,2%), αισθάνθηκαν ντροπή κατά την εξέταση, ενώ μόλις το 35,2% πήγαν μαζί με την μητέρα τους. Όσον αφορά την συντροφική κατάσταση του τελευταίου έτους η πλειοψηφία των γυναικών που έχει κάνει ΠΑΠ τεστ είναι σε σχέση (ποσοστό 73,9%).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, όσον αφορά τι ψυχολογικές παραμέτρους, όπως μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο SCL-90 ( $P > 0,05$ ).

Από την ανάλυση συσχέτισης, στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε τεστ Παπ, προκύπτει ότι η γνωστοποίηση της σεξουαλικής ζωής σχετίζεται θετικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα και το σύνολο θετικό συμπτωμάτων ( $p < 0,05$ ), η γνώση για την κάλυψη του εμβολίου από τον ασφαλιστικό φορέα σχετίζεται αρνητικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία και το φοβικό άγχος ( $p < 0,05$ ), το ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας ( $p < 0,05$ ) πλην της επιθετικότητας ( $p > 0,010$ ). Το αίσθημα ντροπής κατά την εξέταση σχετίζεται αρνητικά με την σωματοποίηση, την ψυχαναγκαστικότητα, την κατάθλιψη, το άγχος, τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο θετικό συμπτωμάτων και το συνολικό σκορ του SCL-90 ( $p < 0,05$ ). Τέλος, η συνοδεία στην εξέταση συσχετίζεται θετικά με όλες τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας ( $p < 0,05$ ), εκτός της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του παρανοειδή ιδεασμού και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων ( $p > 0,05$ ). Όσον αφορά τις γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε Παπ-τεστ, η συντροφική κατάσταση σχετίζεται αρνητικά με την επιθετικότητα ( $p = 0,05$ ), η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής συνδέεται θετικά με την ψυχαναγκαστικότητα ( $p = 0,05$ ) και η γνώση του τρόπου μετάδοσης του HPV, συνδέεται θετικά με τον παρανοειδή ιδεασμό ( $p = 0,05$ ). Το ιστορικό του γυναικολογικού καρκίνου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση με την διαπροσωπική ευαισθησία ( $p = 0,05$ ).

Η διείσδυση των μεθόδων προληπτικού ελέγχου υπολείπεται από μια κατάσταση που θα θεωρούνταν ικανοποιητική. Η συνολική προβληματική γύρω από τα κοινωνικο-δημογραφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που υποβάλλονται σε μεθόδους προληπτικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στον σχεδιασμό στρατηγικών στα πλαίσια ενός προγράμματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



## 7. Abstract

Cervical cancer has the second prevalence among younger women malignant tumors. Pap test is a well established screening test for the diagnosis of early neoplastic lesions. The aim of our study was to investigate the differences in social-psychologic parameters between young women performed pap test in comparison with women who did not.

The population of our study consisted of 230 women, whose age ranged between 18 and 25 years old. These subjects were divided into two groups according their history of performing pap test. The first group consisted of 142 young women (61,7%) who had screening test for cervical cancer by pap test, and the second **group consisted of 88 women (33,8%) who hadn't**. The Symptoms Checklist SCL-90 and a questionnaire of social-demographic characteristics were administered in all subjects. We performed the parametric tests of pearson chi square, t-test and pearson r correlation using the statistical packages Excel and SPSS 14 for Windows.

Statistical analysis revealed that the mean age of women performed screening test with pap-test was greater than the second group ( $t=4,911$ ,  $P=0,000$ ). No significant difference was found among the two groups as far the educational level ( $P= 0,732$ ). The majority of women of the first group lived in cities over 150 **thousand inhabitants, while women who haven't screened with pap test rather lived** in smaller settlements ( $P= 0,243$ ). Women of the first group showed earlier entry in sexual life ( in an age ranged between 15 and 20 years old), while the 21,6% of **young women who hadn't screened for cervical cancer did not have a sexual life yet**.

The vast majority of both groups (93,7% and 90, 9% respectively) were informed about Human Papilloma Virus (HPV) and the way of the sexual transmission ( $P= 0,438$ ). Nevertheless, only a small subset of both groups (12,7% and 9,1% respectively) proceeded in preventive vaccination against HPV ( $P= 0,532$ ). 78,9% of young women performed screening test for cervical cancer between 16-20 years old, with **19,36±1,55** as the mean age of first pap test. 59,2% of the women of the first group reported feelings of shame during the test, while only 35,2% were accompanied by their mother.

No significant difference was revealed among the two groups as far as the SCL - 90R psychological parameters are concerned ( $P>0,05$ ).

Furthermore, in women screened with pap test we found significant positive association between sexual life notification and somatization, obsessive compulsive and the positive symptoms index ( $p<0,05$ ). The knowledge of insurance cover was negatively correlated with somatization, obsessive compulsive, interpersonal

sensitivity and the phobic anxiety ( $p < 0,05$ ), while a family history of genital cancer is negatively associated with all dimensions of psychopathology ( $p < 0,05$ ), except of hostility ( $p > 0,010$ ). The feeling of shame during the test was revealed negative association with somatization, obsessive compulsive, depression, anxiety and the positive symptoms total along with the global severity index of SCL-90 ( $p < 0,05$ ). Finally escort by a family member during the test is related with all dimensions of psychopathology ( $p < 0,05$ ), with the exception of somatization, depression, paranoid ideation and the positive symptoms total ( $p > 0,05$ ). As far as women who did not performed screening test the emotional status was associated negatively with hostility ( $p = 0,05$ ), while the age of entry in sexual life was related with obsessive compulsive ( $p = 0,05$ ) and the knowledge of the way of transmission of HPV is associated with paranoid ideation ( $p = 0,05$ ). Finally, the history of genital cancer demonstrates significant negative correlation with interpersonal sensitivity.

The implementation of preventive measures against cervical cancer is far from the point to be characterized satisfactory. The social-demographic parameters and the psychological characteristics of women who performed preventive screening tests have crucial role in designing and promoting policies in a primary health care setting.

## 8. Βιβλιογραφία

- ◆ Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- ◆ Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17, p. 719-722.
- ◆ Allen D. Jennifer, Othus K.D. Megan, Shelton C. Rachel, Li1 Yi, Norman Nancy, Tom Laura and del Carmen G. Marcela (2010). Parental Decision Making about the HPV Vaccine. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 19 (9); 2187–98.
- ◆ American Cancer Society (2009). *Cancer facts and figures*. Atlanta (GA): American Cancer Society.
- ◆ Andrews, B (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176-190.
- ◆ Andrews, B. (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
- ◆ Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- ◆ Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29-42.
- ◆ Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. (2007). Burden of cervical cancer in Europe: Estimates for 2004. *Ann Oncol*, 18:1708–1715.
- ◆ Cates JR, Brewer NT, Fazekas KI, Mitchell CE, Smith JS. (2009). Racial differences in HPV knowledge, HPV vaccine acceptability, and related beliefs among rural, Southern women. *J Rural Health*.; 25(1):93–97.

- ◆ CDC. Coverage estimates for school entry vaccinations, 2007–2008 school year. Available at <http://www2.cdc.gov/nip/schoolsurv/nationalavg.asp>.
- ◆ Centers for Disease Control and Prevention. Genital HPV Infection—CDC Fact Sheet 2004; <http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm>.
- ◆ Christian WJ, Christian A, Hopenhayn C. (2009). Acceptance of the HPV vaccine for adolescent girls: analysis of state-added questions from the BRFSS. *J Adolesc Health.*; 44(5): 437– 445.
- ◆ Constantine NA, Jerman P. (2007). Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: A representative statewide analysis. *J Adolesc Health*, 40: 108–115.
- ◆ Constantine NA, Jerman P. (2007). Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *J Adolesc Health*; 40: 108–15.
- ◆ Dempsey F. Amanda, and Patel A. Divya. (2010). HPV vaccine acceptance, utilization and expected impacts in the U.S. Where are we now? *Human Vaccines* 6: 9, 715-720.
- ◆ Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. (2007). Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*; 297: 813-9.
- ◆ Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Edwards RP, Zepp F, et al. (2010). Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix() and Gardasil(R) human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Hum Vaccin*; 5: 705-19.
- ◆ Ferris Daron, MD, Horn Leslie, BS, and Waller L. Jennifer, PhD (2010). Parental Acceptance of a Mandatory Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Program. *J Am Board Fam Med*; 23: 220–229.
- ◆ Ferris DG, Waller JL, Miller J, Patel P, Price GA, Jackson L, and Wilson C. (2009). Variables associated with human papillomavirus (HPV) vaccine acceptance by men. *J Am Board Fam Med*; 22: 34-42.
- ◆ FUTURE II Study Group. (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med* 2007; 356: 1915–27.
- ◆ Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med* 2007; 356: 1928–43.

- ◆ Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G. (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med*, 356:1928–1943.
- ◆ Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: ***Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture***. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
- ◆ Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
- ◆ Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: ***Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture***. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
- ◆ Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. ***Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 7***, p. 174- 189.
- ◆ Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. ***Social Research, vol.70***, p. 1205- 1230.
- ◆ Gilbert, P., Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. ***Psychological Medicine, vol. 28***, p. 585- 598.
- ◆ Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. ***Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 3***, p. 23- 34.
- ◆ Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. ***Psychological Medicine, vol. 31***, p. 1117- 1127.
- ◆ Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. ***Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 12***, p. 124- 133.
- ◆ Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression,

Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy, vol. 10*, p. 108- 115.

◆ Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences, vol.29*, p. 757- 774.

◆ Gilligan, J. (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research, vol. 70*, p. 1149- 1180.

◆ Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff., vol. 17 (5)*, p. 713- 717.

◆ Halloran S.; Dr Begley J.; Dr Payne B.; Dr Twaddle S.; Dr Karim M. Y.; Dr Fergus J.; Hallworth M.; Dr Livingstone C.; Dr Halloran T. M.; Dr Gillespie T.; Prof Davison S.; Dr Deacock S.; Dr Godber Gordon I.; Dr Hung A.; Dr Littlewood J.; Dr Offer M.; Dr Smith S.; Dr Walker K. (2010). **Τεστ Παπανικολάου.**

◆ Hilton Shona, Hunt Kate, Bedford Helen, Petticrew Mark (2011). School nurses' experiences of delivering the UK HPV vaccination programme in its first year BMC Infectious Diseases, 11:226.

◆ Kumar M Varun, Whynes K David (2011). Explaining variation in the uptake of HPV vaccination in England. Kumar and Whynes BMC Public Health, 11:172.

◆ Kwan TT, Chan KK, Yip AM, Tam KF, Cheung AN, Lo SS et al. (2009). Acceptability of human papillomavirus vaccination among Chinese women: Concerns and implications. BJOG, 116:501–510.

◆ Liakos, A. (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis.* University of Athens. Greece.

◆ Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.

◆ Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. (2007). Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep; 56:1–24.

◆ Marlow LA, Waler J, Wardle J. (2008). Sociodemographic predictors of HPV testing and vaccination acceptability: Results from a

population-representative sample of British women. *J Med Screen*, 15:91–96.

◆ **McCafery K, Irwig L. (2005). Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening.** *J Med Screen*, 12:134–141.

◆ **McCafery K, Irwig L. (2005). Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening.** *J Med Screen*, 12:134–141.

◆ McDonald JT, Neily J. (2009). Race, immigrant status, and cancer among women in the United States. *J Immigr Minor Health*.

◆ Moscicki AB. (2008). HPV vaccines: Today and in the future. *J Adolesc Health*, 43:S26–S40.

◆ Moscicki AB. (2008). HPV vaccines: Today and in the future. *J Adolesc Health*, 43:S26–S40.

◆ **Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen OE, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. (2010). Impact of human papillomavirus (HPV) - 6/11/16/18 vaccine on All HPV-associated genital diseases in young women.** *J Natl Cancer Inst*; 102:325-39.

◆ Roberts E. Megan, BA,a Gerrard Meg, PhD,b,c Reimer Rachel, PhD,d and Gibbons X. Frederick, PhDa. (2010). Mother-Daughter Communication and Human Papillomavirus Vaccine Uptake by College Students. *Pediatrics*;125;982.

◆ Sauvageau C, Duval B, Gilca V, Lavoie F, Ouakki M. (2007). Human papilloma virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada. *BMC Public Health*, 7:304.

◆ Sauvageau C, Duval B, Gilca V, Lavoie F, Ouakki M. (2007). Human papilloma virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada. *BMC Public Health*;7:304.

◆ Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.

◆ Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and*

behavioral disorders, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.

◆ Spielberg CD. Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.

◆ Stretch R, McCann R, Roberts S, Elton P, Baxter D, Brabin L (2009). A qualitative study to assess school nurses' views on vaccinating 12-13 year old school girls against human papillomavirus without parental consent. *BMC Public Health*, 9:254.

◆ Stretch R, Roberts SA, McCann R, et al. (2008). Parental attitudes and information needs in an adolescent HPV vaccination programme. *Br J Cancer*;99:1908–11.

◆ Wal Stret Journal on line. <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=1080>, **Αναρτήθηκε:** 6.5.2007.

◆ Watts LA, Joseph N, Wallace M, Rauh-Hain JA, Muzikansky A, Growdon WB et al. (2009). HPV vaccine: A comparison of attitudes and behavioral perspectives between Latino and non-Latino women. *Gynecol Oncol*, 112:577–582.

◆ Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55:1-94.

◆ Zimet GD. (2005). Improving adolescent health: Focus on HPV vaccine acceptance. *J Adolesc Health*, 37:S17–S23.

◆ Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.

◆ Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.

◆ Αγοραστός Θ. (2007). HPV-Εμβόλιο: Νέα εποχή στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου. Το νοσοκομείο μας...Χρέος ζωής, τεύχος 10.

◆ Αλεβιζόπουλος ΝΔ, Βασιλαματζής ΜΜ. (2008). Η χρήση των εμβολίων στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. *Νοσοκ Χρονικά*, 70(Συμπλήρωμα):124–135.

◆ Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., Τσετσέκου Ε., Μαρνέρας Χ., Κράπης Κ., Υφαντής Α., Νούλα Μ. (2010). Η αποδοχή του εμβολιασμού έναντι του ιού HPV σε γυναίκες της ελληνικής επαρχίας Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3):522-528.



- ♦ Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- ♦ Διαθέσιμο από:  
<http://www.labtestsonline.gr/tests/PapSmear.html?tab=3>
- ♦ Ζουριδάκη Ε. (2005). HPV λοιμώξεις στη περιοχή των γεννητικών οργάνων. *Ελλ. Επιθ. Δερμ. Αφρ.*, 16:15-20.
- ♦ Θεοδωρίδου Μ., Ατσάλη Ε. (2007). Λοιμώξεις από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) Νέες προοπτικές πρόληψης. *Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών*, 54(2): 141-152.
- ♦ Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- ♦ Καπράνος Ν. (2006). Μαζικός έλεγχος HPV και καρκίνος τραχήλου μήτρας
- ♦ Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- ♦ Καφέτσιος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ. Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τεύχος 38.
- ♦ Καφέτσιος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, τόμος 40 (1).
- ♦ Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
- ♦ Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- ♦ Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
- ♦ Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- ♦ Τμήμα Μοριακής Ιστοπαθολογίας, Μαιευτικό και Χειρουργικό Κέντρο ΜΗΤΕΡΑ. Επιστημονικά θέματα