



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ο ρόλος της αγωγής υγείας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου  
του μαστού και του τραχήλου της μήτρας**

Γκουβελά Μαρία

Μαία, Κέντρου Υγείας Αλμυρού

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μεσσήνη Χριστίνα	Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας	Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Γκαράς Αντώνιος	Επ. Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας	Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Κούκουρα Ουρανία	Επιμελήτρια Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογίας	Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**ΛΑΡΙΣΑ, 2016**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**The role of health education concerning the immediate diagnosis  
of breast and cervical cancer**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει παγκοσμίως, αποτελεί την καλύτερη θεραπεία. Εμείς, μέσω της μελέτης αυτής, ενημερώσαμε και να ευαισθητοποιήσαμε τον γυναικείο πληθυσμό του δείγματός μας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Με το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, προσπαθήσαμε να τους επηρεάσουμε να υιοθετήσουν συμπεριφορές πρόληψης σε σχέση με την υγεία τους, ώστε να κάνουν το πιο πολύτιμο δώρο στον εαυτό τους .....την ΥΓΕΙΑ.



Ανατύπωση από [www. http://e-conomou.blog](http://e-conomou.blog)

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Ευχαριστώ θερμά, την καθηγήτριά μου κ. Μεσσήνη Χριστίνα για την άψογη συνεργασία καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας και την σημαντική βοήθειά της στην καθοδήγηση της συγγραφής της, καθώς και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής:*

*κ. Γκαρά Αντόνιο και κ. Κούκουρα Ουρανία.*

*Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την συνάδελφό μου Μακρή Κωνσταντία για την άψογη συνεργασία, στις διαλέξεις για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γυναικών.*

*Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, τον σύζυγο και τα παιδιά μου, για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξη καθ' όλη την διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΚΜ).....	12
1.1 Επιδημιολογία.....	12
1.2 Ταξινόμηση (grading), Σταδιοποίηση (staging).....	13
1.2.1. Ταξινόμηση.....	13
1.2.2. Σταδιοποίηση.....	14
1.3. Παράγοντες Αυξημένου Κινδύνου.....	17
1.3.1. Γενετικοί Παράγοντες.....	17
1.3.2. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες και Παράγοντες Τρόπου Ζωής.....	18
1.4. Κλινική εικόνα.....	18
1.5. Ανίχνευση – Διάγνωση.....	19
1.6. Έγκαιρη Διάγνωση – Κατευθυντήριες Οδηγίες Έγκαιρης Διάγνωσης.....	19
1.6.1. Προσυμπτωματικός Έλεγχος Γενικού Πληθυσμού.....	20
1.6.1.α. Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελέγχου Γενικού Πληθυσμού.....	20
1.6.1.β. Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελέγχου Ομάδων Υψηλού Κινδύνου.....	21
1.6.1.γ. Κατευθυντήριες Οδηγίες Διερεύνησης Εντοπισμένης Αλλοίωσης του Μαστού.....	21
1.7. Θεραπεία.....	21
1.8. Πρόγνωση.....	21
1.9 Η Κοινωνικο-Οικονομική Διάσταση.....	22
1.10 Η Ψυχολογία των Γυναικών και η Παρηγορητική Φροντίδα.....	23
2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (ΚΤΜ) ΚΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV).....	25
2.1 Επιδημιολογία ΚΤΜ και HPV.....	25
2.1.1. Επιδημιολογικά στοιχεία ΚΤΜ.....	25
2.1.2. Επιδημιολογικά στοιχεία HPV.....	27
2.2 Σταδιοποίηση ΚΤΜ & Ταξινόμηση Κυτταρολογικών – Ιστολογικών Προκαρκινικών Αλλοιώσεων του Τραχήλου της Μήτρας.....	29
2.2.1. Σταδιοποίηση ΚΤΜ.....	29
2.2.2. Κυτταρολογική Ταξινόμηση των Κολποτραχηλικών Επιχρισμάτων.....	30
2.2.3. Ιστολογική Ταξινόμηση των Προδιηθητικών Αλλοιώσεων του Τραχήλου.....	30
2.3. Παράγοντες Κινδύνου για Λοιμώξεις με HPV.....	31
2.4. Κλινική Εικόνα.....	31
2.5. Ανίχνευση – Διάγνωση.....	31

2.6. Θεραπεία.....	32
2.7. Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Πρόληψη και την Έγκαιρη Διάγνωση.....	33
2.8. Πρόγνωση.....	33
2.9 Η Αξία της Πρωτογενούς και Δευτερογενούς Πρόληψης.....	34
2.9.1 Πρωτογενής Πρόληψη.....	34
2.9.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....	35
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	36
3. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
4.1 Ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	39
4.2 Ερωτήσεις που αφορούν στη σεξουαλική ζωή.....	41
4.3 Ερωτήσεις που αφορούν στον οικογενειακό προγραμματισμό.....	42
4.4 Ερωτήσεις που αφορούν στις γνώσεις για τον καρκίνο μαστού και στην πρόληψή του.....	42
4.4.1 Ερωτήσεις για την Αυτοεξέταση.....	42
4.4.2 Ερωτήσεις για την Μαστογραφία.....	45
4.4.3 Έλεγχος των μεταβλητών της ενότητας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	47
4.4.3.α Ηλικία.....	47
4.4.3.β Οικογενειακή κατάσταση.....	48
4.4.3.γ Ύπαρξη παιδιών.....	48
4.4.3.δ Επαγγελματική κατάσταση.....	49
4.4.3.ε Εκπαιδευτικό επίπεδο.....	50
4.4.3.στ Οικονομικό επίπεδο.....	51
4.4.3.ζ Τόπος διαμονής.....	52
4.4.3.η Κάπνισμα.....	52
4.4.3.θ Θηλασμός.....	52
4.4.3.ι Σεξουαλικές σχέσεις.....	53
4.4.3.ια Έκτρωση.....	53
4.5 Ερωτήσεις που αφορούν στις γνώσεις για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας και στην πρόληψή του.....	54
4.5.1. Ερωτήσεις για το τεστ Παπανικολάου.....	54
4.5.2 Ερωτήσεις για το εμβόλιο του HPV.....	57
4.5.3. Έλεγχος των μεταβλητών της ενότητας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	60
4.5.3.α Ηλικία.....	60
4.5.3.β Οικογενειακή κατάσταση.....	61
4.5.3.γ Ύπαρξη παιδιών.....	61
4.5.3.δ Επαγγελματική κατάσταση.....	61
4.5.3.ε Εκπαιδευτικό επίπεδο.....	62
4.5.3.στ Οικονομικό επίπεδο.....	63
4.5.3.ζ Τόπος διαμονής.....	64
4.5.3.η Κάπνισμα.....	64

4.5.3.θ Θηλασμός.....	65
4.5.3.ι Σεξουαλικές σχέσεις.....	65
4.5.3.ια Έκτρωση.....	66
4.6 Παρακολούθηση (follow up).....	67
5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	70
6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	73
7 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6.....	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7.....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8.....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 11.....	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 12.....	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 13.....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 14.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 15.....	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 16.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 17.....	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 18.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 19.....	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 20.....	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 21.....	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 22.....	113

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ρόλος της αγωγής υγείας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης ήταν η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των γυναικών του Καλλικρατικού Δήμου Αλμυρού-Βόλου, όσον αφορά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού (ΚΜ) και του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ).

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το μέγεθος του δείγματος αποτελούνταν από 309 γυναίκες του Καλλικρατικού Δήμου Αλμυρού, και η έρευνα διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα, Σεπτέμβριος 2015 - Μάιος 2016. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε η «διάλεξη» με την βοήθεια του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία και απευθυνόταν σε συλλόγους γυναικών. Για την καταγραφή των γνώσεων, πεποιθήσεων και στάσεων των γυναικών προς τις προληπτικές εξετάσεις, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, πριν την έναρξη των διαλέξεων. Για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρέμβασης, έγινε τηλεφωνική επικοινωνία μετά από έξι μήνες, στις ίδιες γυναίκες, με ερωτήσεις για την διερεύνηση της αλλαγής της συμπεριφοράς. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, έγινε με το πρόγραμμα SPSS 21.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας, συμβάλουν σημαντικά στη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που επιδρούν θετικά στην υγεία των ανθρώπων. Μετά την παρέμβαση διπλασιάστηκε ο αριθμός των γυναικών που έκανε αυτοεξέταση μαστού και μαστογραφία, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την χρονική επαναληψιμότητα. Σχετικά με τις γυναίκες που έκαναν τεστ Παπανικολάου, δεδομένου ότι τα ποσοστά ήταν ήδη πολύ υψηλά, δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή. Υπήρξε όμως, σημαντική αύξηση των γυναικών που έκαναν τεστ Παπανικολάου, όσων αφορά την χρονική επαναληψιμότητα. Επίσης, σχεδόν τριπλασιάστηκε ο αριθμός των γυναικών που δήλωσαν ότι θα εμβολιάσουν στην κατάλληλη ηλικία τα παιδιά τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κάθε περιστατικό του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, θα μπορούσε να προληφθεί, μέσω Οργανωμένων Προγραμμάτων Έγκαιρης Διάγνωσης, συνδυάζοντας την πρωτογενή πρόληψη (εμβολιασμός HPV των εφήβων) με τη δευτερογενή πρόληψη (αυτοεξέταση μαστού, μαστογραφία, τεστ Παπανικολάου, για τις ενήλικες γυναίκες).

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος μαστού, καρκίνος τραχήλου μήτρας, προ-συμπτωματικός έλεγχος, κατευθυντήριες οδηγίες, μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία.



## ABSTRACT

### THE ROLE OF HEALTH EDUCATION CONCERNING THE IMMEDIATE DIAGNOSIS OF BREAST AND CERVICAL CANCER

**PURPOSE:** of our research was to inform and sensitise women of the Municipality of Almyros (Volos) as far as breast and cervical cancer are concerned.

**MATERIAL-METHOD:** The sample included in the research was consisted of 309 women of the Municipality of Almyros. The research was conducted during September 2015-May 2016. Through lectures, addressed to many kind of women associations, the different beliefs about health were discussed. Before those lectures, a questionnaire was used in order to record knowledge, beliefs and attitudes of women about preventive exams. The evaluation of the results was completed through a phone contact with the same women six months after, in order to investigate any possible change in their attitude towards health education. The SPSS programme was used to process the statistical information.

**RESULTS:** The results of this particular study, affirmed our initial assumption according to which, the programmes about health education are of extremely importance because they raise awareness about health issues having a positive influence on people. After the lectures, the number of women who self-examined their breast or under went mammography doubled following the guidelines concerning frequency of examination. There was not a dramatic change in the number of women who under went pap smear, but frequency of examination was statistically increased after the lectures. Also, the quantity of the women, who have stated that are in favour of having their children vaccinated at the right age, tripled.

**CONCLUSION:** Breast or cervical cancer, could be prevented through Programmes of Immediate Diagnosis. This way, primary screening (HPV vaccination of teenagers) and secondary prevention (breast self-examination, mammography, pap smear for adult women) can be combined.

**Key-words:** breast cancer, cervical cancer, screening, guidelines, health beliefs mode

## I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία του προ-συμπτωματικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού (ΚΜ) και του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας (ΚΤΜ) αρχίζει στην δεκαετία του 1960. Η ιστορία της μαστογραφίας χωρίζεται σε τρεις περιόδους [1].

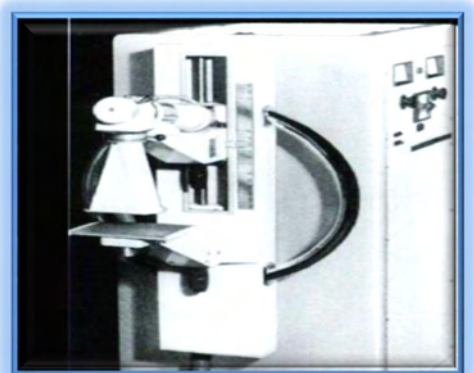
1<sup>η</sup> Περίοδος (1913-1946). Οι ρίζες της μαστογραφίας εντοπίζονται στο 1913 όταν ο Βερολινέζος χειρουργός Salomon A. προέβη στην ραδιολογική, ιστολογική ανάλυση 3.000 ιστοτεμαχίων μαστού, που είχαν αφαιρεθεί με μαστεκτομή.

2<sup>η</sup> Περίοδος (1947-1970). Ο ακτινολόγος Leborgne R, υπήρξε πρωτοπόρος στην ενίσχυση της ποιοτικής απεικόνισης των μαστογραφιών. Το 1949 διατυπώνει την άποψη ότι η ύπαρξη μικροαποτιτανώσεων, μπορεί να είναι ένδειξη προ-καρκινικού σταδίου ή εκδήλωση καρκινώματος. Το 1965, στην Γαλλία κατασκευάστηκε το πρώτο μαστολογικό κέντρο από τον Gross\_C. Το 1967 είναι μια καθοριστική χρονιά για την βελτίωση της ακτινογραφικής απεικόνισης των μαστών με την μαστογραφία [2,3].

3<sup>η</sup> Περίοδος (1970-σήμερα). Στην τρίτη περίοδο καθιερώνεται παγκοσμίως με το όνομα Μαστογραφία. Η μαστογραφία, συνιστάται επίσημα το 1976 από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) [1]. Το 1977, οι Sickles et al, δημοσιεύουν την πρώτη μελέτη τους με τα οφέλη της μαστογραφίας και υποστηρίζουν την εφαρμογή της μαστογραφίας σε γυναίκες χωρίς εμφανή συμπτώματα.

Το ίδιο έτος, αρχίζει ο προ-συμπτωματικός έλεγχος των γυναικών με κινητές μονάδες μαστογραφίας [3]. Έτσι ανατέλλει μια νέα εποχή στον χώρο της υγείας, ο προ-συμπτωματικός έλεγχος του ΚΜ. Η ιστορία του τεστ Παπανικολάου (τεστ Παπ) συνδέεται αδιαμφισβήτητα με ένα μεγάλο Έλληνα επιστήμονα, με έναν Παγκόσμιο Ευεργέτη.

Ιστορική αναδρομή των επιστημονικών ερευνών του Γ. Παπανικολάου: Κατά τη διάρκεια των επιστημονικών του ερευνών, εφάρμοσε μία δική του πρωτότυπη μέθοδο, τη μέθοδο των επιχρισμάτων (ειδικά παρασκευασμένα και χρωματισμένα), για την εξέταση διαφόρων υγρών του οργανισμού σε ινδικά χοιρίδια. Το 1920, άρχισε να πειραματίζεται με την μεθόδου του, στα κολπικά επιχρίσματα των γυναικών, λαμβάνοντας το πρώτο κολπικό επίχρισμα από την γυναίκα του. Η παρατήρηση του κολπικού επιχρίσματος και η εύρεση σε αυτό άτυπων κυττάρων, που αποπύπτουν, από νεόπλασμα του τραχήλου της μήτρας, τον οδήγησαν στην ανακάλυψη του τεστ Παπ. Το 1928, δημοσίευσε τα



Μαστογράφος Senographe 1966  
Ανατύπωση από  
<http://www.mastografiacenter.gr>

πρωτοποριακά του ευρήματα, για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΤΜ, αλλά αντιμετωπίστηκε με έντονο σκεπτικισμό, από πολλούς συναδέλφους του. Ο Γ. Παπανικολάου, συνεχίζει τις μελέτες του πάνω στην γυναίκα και εστιάζει την επιστημονική του έρευνα στην γυναικεία ενδοκρινολογία [4].

Το 1939, άρχισε να επανεκτιμά την μέθοδό του για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΤΜ. Το 1943, ο Γ. Παπανικολάου μαζί με τον καθηγητή της γυναικολογίας Dr Trout H, δίνουν στην δημοσιότητα τα αποτελέσματα των ερευνών τους από κλινικές δοκιμές στην Αμερική, με τίτλο «Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από κολπικά επιχρίσματα». Πλέον γίνεται ευρέως αποδεκτό και το 1945 η έγκαιρη διάγνωση του ΚΤΜ με την μέθοδο των κολπικών επιχρισμάτων, προωθείται επίσημα και από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία [1].

Στην Αμερική, αρχίζουν να εφαρμόζονται Προγράμματα Μαζικού Προ-συμπτωματικού Ελέγχου, με τα οποία μειώθηκε αισθητά η θνησιμότητα από ΚΤΜ κατά 70%. Αργότερα, τα προγράμματα αυτά (1960), επεκτάθηκαν και στην Ευρώπη με τα ίδια ελπιδοφόρα αποτελέσματα.

Το έργο του Γ. Παπανικολάου έχει διαχρονική αξία, καθώς η εφαρμογή του έχει επεκταθεί και σε άλλες σημαντικές ειδικότητες της ιατρικής. Χάρη σε αυτόν, το ενδιαφέρον της ιατρικής μετατοπίστηκε από την θεραπεία στην πρόληψη [5]. Οι σημερινοί ερευνητές, συνεχίζουν τις έρευνές τους στο ίδιο πνεύμα με τον Γ. Παπανικολάου, κι έτσι οδηγήθηκαν στην ανακάλυψη του εμβολίου για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) που ενοχοποιείται για τον ΚΤΜ [6].

Φτάνοντας στο 2016, η εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης, έχει δωρίσει στις γυναίκες 3 πανίσχυρα όπλα για την αντιμετώπιση του ΚΜ και του ΚΤΜ, την μαστογραφία, το τεστ Παπ και τον εμβόλιο για τον ιό HPV. Τα προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου, έχουν σαν κύριο στόχο να ασκήσουν επιρροή στις πεποιθήσεις των γυναικών ώστε να υιοθετήσουν συμπεριφορές πρόληψης. Σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ή Health Beliefs Model (HBM), όταν η ατομική δράση για την διατήρηση της υγείας είναι ισχυρή, το κίνητρο της πρόληψης είναι κυρίαρχο. Είναι σίγουρο ότι στις ατομικές πεποιθήσεις και στάσεις των γυναικών για την υγείας τους, θα πρέπει οι προληπτικές εξετάσεις για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ και ΚΤΜ να έχουν πρωτεύοντα ρόλο.



Γ. Παπανικολάου

Ανατύπωση από <http://www.dr-pap.com/>

## 1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

### 1.1 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο ΚΜ είναι η δεύτερη πιο κοινή μορφή καρκίνου στον κόσμο και η συχνότερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών. 1.670.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2012 (25% όλων των καρκίνων). Επίσης είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες, τόσο στις περισσότερες όσο και στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες με ελαφρώς περισσότερες περιπτώσεις στις λιγότερο ανεπτυγμένες (883.000 περιπτώσεις) απ' ό,τι στις πιο ανεπτυγμένες (794.000) χώρες [7].

Το Εθνικό Ίδρυμα Καρκίνου του Μαστού (NBCF), για την σοβαρότητα της νόσου, έχει ανακοινώσει, ότι [8]:

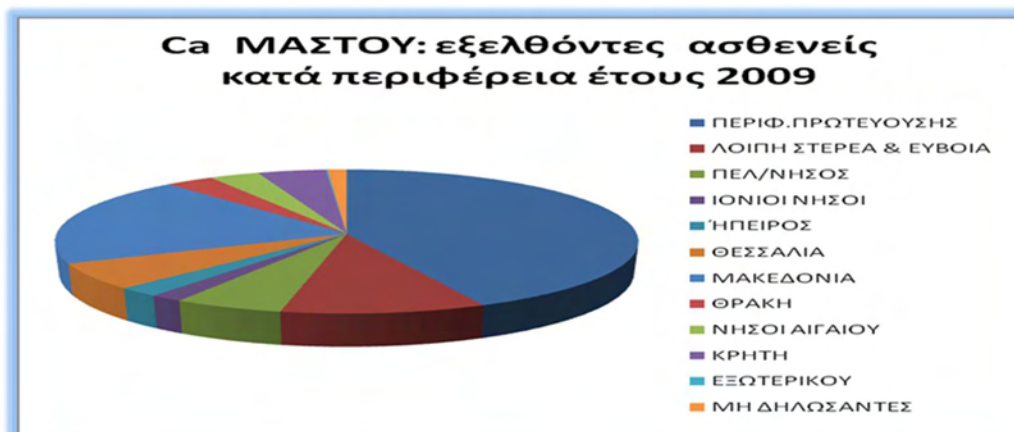
- Κάθε χρόνο πάνω από 246.660 γυναίκες στις ΗΠΑ θα διαγιγνώσκονται με ΚΜ και πάνω από 40.000 θα πεθάνουν.
- Ο ΚΜ είναι ο πιο συχνός διαγιγνώσκων καρκίνος στις γυναίκες και αποτελεί την δεύτερη κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες.
- Μία στις οκτώ γυναίκες στις ΗΠΑ θα διαγνωστεί με ΚΜ στη διάρκεια της ζωής της.
- Παρά το γεγονός ότι ο ΚΜ στους άνδρες είναι σπάνιος, υπολογίζεται ότι 2.600 άνδρες θα διαγνωστούν με ΚΜ και περίπου 440 θα πεθαίνουν κάθε χρόνο.
- Σήμερα, στις ΗΠΑ πάνω από 2,8 εκατομμύρια έχουν ξεπεράσει τον 5ετή κίνδυνο.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS), υπολογίζεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες το έτος 2016, θα διαγνωστούν 246.660 γυναίκες με ΚΜ και οι 40.450 θα πεθάνουν [9]. Πολλοί από τους θανάτους αυτούς θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν εφαρμοζόταν ο προ-συμπτωματικός έλεγχος κυρίως στις γυναίκες υψηλού κινδύνου. Ο ΚΜ είναι συχνότερος στην ηλικιακή ομάδα από 45 έως 74 ετών και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI), αναφέρει ότι η διάμεση ηλικία εμφάνισής του, είναι το 64<sup>ο</sup> έτος [10].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι 1 σε κάθε 9 έως 12 γυναίκες, αναλόγως της χώρας διαβίωσης, θα εμφανίσει τη νόσο κάποια στιγμή στη ζωής της. Στην Ελλάδα, τα στατιστικά φαίνονται να είναι καλύτερα σε σχέση με τις χώρες του βόρειου ημισφαιρίου. Στην χώρα μας, κάθε χρόνο καταγράφονται 4.500 νέα περιστατικά, τα οποία αφορούν στο ένα τέταρτο όλων των περιστατικών καρκίνου στις Ελληνίδες [11].

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ) το 2009 το σύνολο των εξελθόντων ασθενών από ΚΜ ανήλθε σε 20.004. Η ανάλυση κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (γράφημα 1) και κατά ηλικία (γράφημα 2) στην Ελλάδα, φαίνεται παρακάτω:

Γράφημα 1: Εξεληθόντες ασθενείς από ΚΜ κατά περιφέρεια έτους 2009. Ανατύπωση από «ΕΛ.ΣΤΑΤ»



Γράφημα 2: Εξεληθόντες ασθενείς από ΚΜ κατά ηλικία έτους 2009. Ανατύπωση από «ΕΛ.ΣΤΑΤ»



### 1.2 Ταξινόμηση (grading), Σταδιοποίηση (staging)

Ο ΚΜ αναπτύσσεται από τα αδενικά κύτταρα των πόρων ή των λοβιδίων του μαστού και τα επιθηλιακά κύτταρα αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα, και εξελίσσονται σε καρκίνο [12].

1.2.1 Ταξινόμηση: Ο ΚΜ όταν αναπτύσσεται στο επιθήλιο των πόρων του αδένου, ονομάζεται πορογενής ενώ όταν αναπτύσσεται στο επιθήλιο των λοβίων του αδένου ονομάζεται λοβιακός. Όταν τα καρκινικά κύτταρα διηθούν τη βασική μεμβράνη των πόρων ονομάζεται πορογενής διηθητικός καρκίνος και αντίστοιχα λοβιακός διηθητικός καρκίνος. Όταν ο καρκίνος δεν διηθεί την βασική μεμβράνη των πόρων ή των λοβίων ονομάζεται αντίστοιχα πορογενές καρκίνωμα in situ και λοβιακό καρκίνωμα in situ. Η ταξινόμηση αυτή έχει σημασία, καθώς η διαφορετική βιολογική συμπεριφορά που εμφανίζουν οι διάφοροι ιστολογικοί τύποι, αλλάζει την πρόγνωση [12,13].

Η ιστολογική ταξινόμηση του ΚΜ [14].

- Πορογενής καρκίνος:
  1. Μη διηθητικός (in situ)
  2. Διηθητικός
- Λοβιακός καρκίνος:
  1. Μη διηθητικός (in situ)
  2. Διηθητικός
- Σπάνιες μορφές καρκίνου

1.2.2. Σταδιοποίηση: Η σωστή σταδιοποίηση του ΚΜ είναι εξαιρετικής σημασίας. Σύμφωνα με μελέτες [15,16] η σωστή σταδιοποίηση και μόνο, επιτρέπει την ακριβή πρόγνωση αλλά επίσης σε πολλές περιπτώσεις, η απόφαση για τη θεραπεία [17] βασίζεται κατά πολύ στην ταξινόμηση κατά T.N.M. Το στάδιο της νόσου καθορίζεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM (American Joint Committee, 2010), κατά την οποία ο ΚΜ σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M). Σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης T.N.M., ο ΚΜ κατά την Διεθνή Ένωση Καρκίνου (UICC) και την Αμερικανική Συλλογική Επιτροπή Καρκίνου (AJCC), η κλινική σταδιοποίηση αφορά τη παρακάτω κατάταξη (πίνακας 1) [15]:

Πίνακας 1: Σταδιοποίηση ΚΜ κατά UICC και AJCC. 7<sup>η</sup> έκδοση (2010)

<b>Πρωτοπαθής Όγκος (T)</b>	
TX	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να αξιολογηθεί
T0	Χωρίς σημεία πρωτοπαθούς όγκου
Tis	Καρκίνωμα in situ: Ενδοπορικό καρκίνωμα, λοβιακό καρκίνωμα in situ ή νόσος Paget θηλής χωρίς όγκο <u>Σημ:</u> Η νόσος Paget που σχετίζεται με όγκο σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του όγκου
T1 mic	Μικροδιήθηση 0.1 cm ή λιγότερο στη μέγιστη διάμετρο
T1	Όγκος μεγέθους έως 2 cm στη μέγιστη διάμετρο
T1a	Όγκος μεταξύ 0.1 cm και 0.5 cm στη μέγιστη διάμετρο
T1b	Όγκος μεταξύ 0.5 cm και 1.0 cm στη μέγιστη διάμετρο
T1c	Όγκος μεταξύ 1.0 cm και 2.0 cm στη μέγιστη διάμετρο
T2	Όγκος μεγαλύτερος από 2.0 cm αλλά μικρότερος από 5.0 cm στη μέγιστη διάμετρο

T3	Όγκος μεγαλύτερος από 5.0 cm στη μέγιστη διάμετρο
T4	Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση α) στο θωρακικό τοίχωμα ή β) στο δέρμα
T4a	Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα
T4b	Οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή περιφερικοί όζοι στο δέρμα του μαστού
T4c	Συνδυασμός του T4a και T4b
T4d	Φλεγμονώδες καρκίνωμα
<b>Περιοχικοί Λεμφαδένες (N)</b>	
NX	Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να αξιολογηθούν
N0	Χωρίς περιοχικές λεμφαδενικές μεταστάσεις
N1	Μετάσταση σε κινητούς σύστοιχους μασχαλιαίους αδένες
N2	Μετάσταση σε σύστοιχους μασχαλιαίους αδένες που είναι καθηλωμένοι ο ένας με τον άλλον ή σε παρακείμενες δομές ή κλινική/απεικονιστική εικόνα μετάστασης στους σύστοιχους λεμφαδένες της έσω μαστικής χωρίς μετάσταση στους μασχαλιαίους αδένες
N2a	Μετάσταση σε κινητούς σύστοιχους μασχαλιαίους αδένες που είναι καθηλωμένοι ο ένας με τον άλλον ή σε παρακείμενες δομές
N2b	Κλινική/απεικονιστική εικόνα μετάστασης στους σύστοιχους λεμφαδένες της έσω μαστικής χωρίς μετάσταση στους μασχαλιαίους αδένες
N3	Μετάσταση στους σύστοιχους υποκλείδιους λεμφαδένες επιπέδου III ή στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες επιπέδου I και II και στους λεμφαδένες της έσω μαστικής ή στους σύστοιχους υπερκλείδιους λεμφαδένες
N3a	Μετάσταση στους σύστοιχους υποκλείδιους λεμφαδένες επιπέδου III
N3b	Μετάσταση στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες επιπέδου I και II και στους λεμφαδένες της έσω μαστικής

N3c	Μετάσταση στους σύστοιχους υπερκλειδίους λεμφαδένες
<b>Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)</b>	
MX	Παρουσία απομακρυσμένης μετάστασης δεν μπορεί να αξιολογηθεί
M0	Χωρίς κλινική και απεικονιστική εικόνα απομακρυσμένων μεταστάσεων
Cm0(i+)	Χωρίς κλινική ή απεικονιστική ένδειξη μετάστασης αλλά με παρουσία κυκλοφορούντων νεοπλασματικών κυττάρων ή καρκινικών κυττάρων στο μυελό των οστών σε ασθενή χωρίς συμπτώματα
M1	Μετάσταση στους σύστοιχους υπερκλειδίους λεμφαδένες

Σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες, η έγκαιρη διάγνωση του σταδίου του ΚΜ, βοηθάει στον καλύτερο τρόπο του περιορισμού και της εξάλειψής του (πίνακας 2) [18].

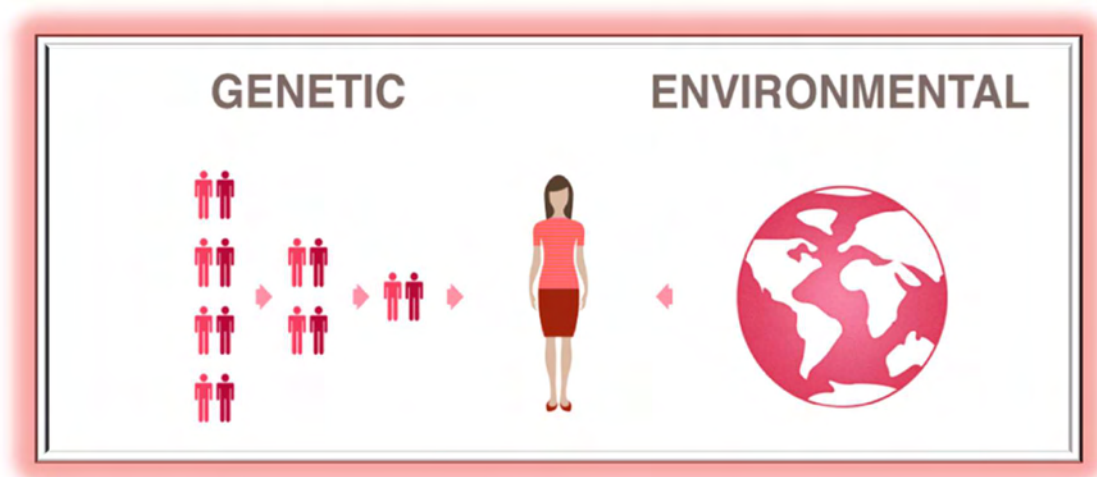
Πίνακας 2: Στάδια ΚΜ [19]

Στάδιο 0	Tis, N0, M0
Στάδιο IA	T1, N0, M0 T1, T1mic
Στάδιο IB	T0, N1mi, M0 T1, N1, M0 T2, N0, M0
Στάδιο IIA	T0, N1, M0 T1, N1, M0 T2, N0, M0
Στάδιο IIB	T2, N1, M0 T3, N0, M0
Στάδιο IIIA	T0, N2, M0 T1, N2, M0 T2, N2, M0 T3, N1, M0



	T3, N2, M0
Στάδιο IIB	T4, Οποιοδήποτε N, M0 Φλεγμονώδες Καρκίνωμα
Στάδιο IIC	Οποιοδήποτε T, N3, M0
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T, Οποιοδήποτε N,M1

### 1.3 Παράγοντες Αυξημένου Κινδύνου



Ανατύπωση από [www.NationalBreastCancer.org](http://www.NationalBreastCancer.org)

Ο Καρκίνος αναπτύσσεται όταν το DNA ενός κυττάρου έχει υποστεί βλάβη, αλλά το γιατί ή πώς το DNA έχει υποστεί διαφοροποίηση είναι ακόμα άγνωστο. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι εγκατεστημένοι παράγοντες κινδύνου που σύμφωνα με πολλούς ερευνητές σχετίζονται με τον ΚΜ [20,21]. Σε μελέτη Ασθενών-Μαρτύρων, που έγινε προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των συστάσεων των "World Cancer Research Fund", "American Institute of Cancer Research" και των κινδύνων του καρκίνου του μαστού, τα αποτελέσματα κατέληξαν στο ότι μία στις τέσσερις περιπτώσεις ΚΜ θα μπορούσε να αποφευχθεί μέσω της υγιεινής διατροφής, του ελέγχου του σωματικού βάρους και της σωματικής δραστηριότητας [22].

#### 1.3.1 Γενετικοί Παράγοντες

Στους γενετικούς παράγοντες είναι το φύλο, η ηλικία, η φυλή, το ατομικό και το κληρονομικό ιστορικό. Το κληρονομικό ιστορικό, αυξάνει τον κίνδυνο στην περίπτωση που ο συγγενής είχε διαγνωστεί με ΚΜ, πριν την ηλικία των 50 ετών [23]. Σύμφωνα με έρευνα, η εξέταση των συγγενών πρώτου βαθμού δεν είναι πολλές φορές αρκετή για την ανίχνευση του κινδύνου εμφάνισης του ΚΜ

και χρειάζεται μια εκτενέστερη εξέταση των συγγενών [24]. Άλλη μελέτη αναφέρει ότι γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, είναι ψυχολογικά προετοιμασμένες για θεραπεία με μαστεκτομή, από γυναίκες που διαγνώστηκαν έχοντας ελεύθερο κληρονομικό ιστορικό [25].



Ανατύπωση από [https://www.google.gr/search?q=εικόνες καρκίνου μαστού](https://www.google.gr/search?q=εικόνες+καρκίνου+μαστού)

### 1.3.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες και Παράγοντες Τρόπου Ζωής [26]:

- Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας: Η μη επαρκής φυσική δραστηριότητα.
- Η παχυσαρκία και η υψηλή σε λιπαρά διατροφή.
- Η κατάχρηση αλκοόλ – Κάπνισμα.
- Προηγούμενη Ακτινοθεραπεία στο θώρακα για άλλο νόσημα.
- Μακροχρόνια λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.
- Ατεκνία και Ιστορικό πρώτης κύησης σε ηλικία κάτω των 18 ή πάνω των 35 ετών.
- Θηλασμός: Απουσία ή και θηλασμός λιγότερο των 6 μηνών.
- Παρατεταμένη ψυχική ένταση.

Συστηματική ανασκόπηση, που έγινε προκειμένου να διασαφηνιστούν οι λόγοι για τους οποίους ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν ιστορικό θηλασμού είχαν μειωμένα ποσοστά του καρκίνου του μαστού μέσω δύο μηχανισμών:

- διαφοροποίησης του μαστικού ιστού
- μείωσης του αριθμού των κύκλων ωορρηξίας

γι' αυτό πρέπει να ενθαρρύνονται οι μητέρες να θηλάζουν τα μωρά τους για τουλάχιστον 6 μήνες [27].

### 1.4 Κλινική Εικόνα

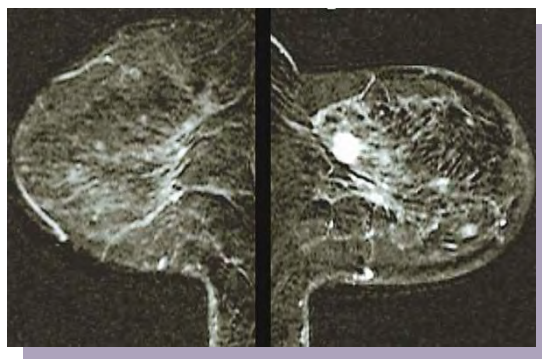
Ο ΚΜ στα αρχικά στάδια είναι ασυμπτωματικός. Οι περισσότεροι ΚΜ ανιχνεύονται όταν είναι διηθητικοί. Έτσι στο 90% των περιπτώσεων ψηλαφάται ένα ογκίδιο με χαρακτηριστικά όπως ακίνητο, σκληρό και συμπαγές στην αφή. Επίσης κατά την ελαφρά πίεση των θηλών, μπορεί να παρατηρηθεί αυτόματη εκροή υγρού. Ανάλογα με τους χαρακτήρες του υγρού μπορεί να υποκρύπτεται φλεγμονή, ενδοκρινολογική διαταραχή ή κακοήθεια[28]. Κατά την επισκόπηση, μπορεί να ανευρεθούν[29]:

- a) Μαστοί: Ασυμμετρία, διευρυμένες φλέβες, μεταβολές της χροιάς του δέρματος, οίδημα, οζίδια, εξελκώσεις.
- b) Θηλή: Εισολκή, παρέκκλιση, εξάνθημα θηλής ή θηλέας άλω, έκκριμα, όγκος ή πάχυνση, μεταβολή στην υφή, οίδημα.
- c) Μασχαλιαίοι Αδένες: Οίδημα – διόγκωση, ψηλάφηση ογκιδίου.

Η θερμότητα και η ερυθρότητα του μαστού, το άλγος των οστών και η διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, συμβαδίζουν με την κλινική εικόνα ενός παραμελημένου ΚΜ [30].

### 1.5 Ανίχνευση – Διάγνωση

Για αρκετά χρόνια, ο ΚΜ αποτελούσε το μεγαλύτερο άγχος των γυναικών. Σήμερα, η έγκαιρη διάγνωση και τα ελπιδοφόρα μηνύματα της επιστήμης, έχουν αλλάξει προς το καλύτερο τη νόσο. Ο ΚΜ διαγιγνώσκεται με τρεις μεθόδους: Η πρώτη αφορά την κλινική εξέταση από ειδικό, η δεύτερη την ακτινολογική εξέταση (μαστογραφία, μαγνητική τομογραφία) και η τρίτη την ιστολογική εξέταση (βιοψία).



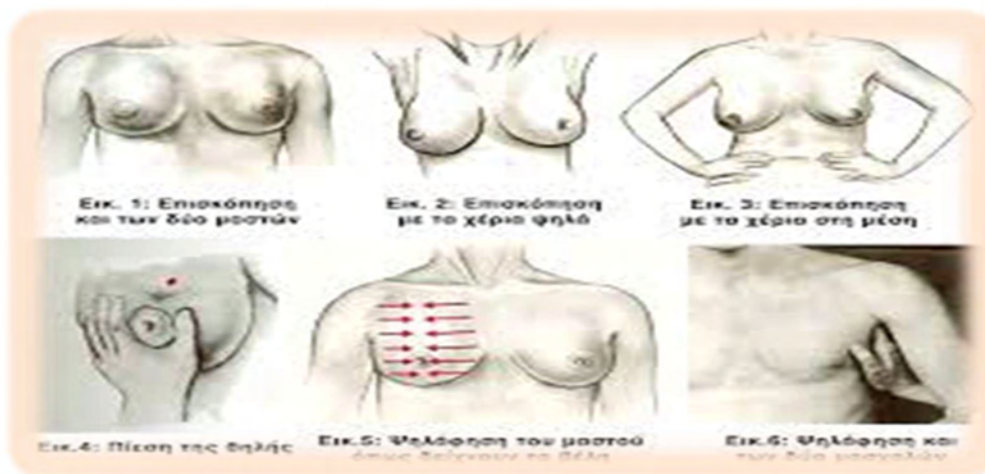
Ανατύπωση από <https://www.google.gr/search?q=εικόνες++από+καρκίνο+μαστού>

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά της ευαισθησίας μεταξύ της Ψηφιακής και της Αναλογικής μαστογραφίας. Κυρίως η ψηφιακή μαστογραφία ενδείκνυται σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς, σε γυναίκες νεότερες των 50 ετών και σε γυναίκες που είναι σε προ / περι-εμμηνοπαυσιακή περίοδο. Η μελέτη των Hellgren R. et al, εξέτασε την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της Αναλογικής μαστογραφίας σε διάφορες ομάδες γυναικών, για να διαπιστωθεί αν οι μαστογραφίες τους είναι αξιόπιστες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι θετικές ενδείξεις της αναλογικής μαστογραφίας αποτελούν πιθανό περιστατικό καρκίνου του μαστού [31].

### 1.6 Έγκαιρη Διάγνωση – Κατευθυντήριες Οδηγίες Έγκαιρης Διάγνωσης

Η πρόληψη του ΚΜ γίνεται δευτερογενώς, με την έγκαιρη διάγνωση, πριν δώσει σημεία και συμπτώματα. Η θεραπεία του καρκίνου που ανιχνεύεται έγκαιρα έχει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα για ίαση και καλύτερη πρόγνωση [32]. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, η μελέτη των Cheng ML et al, σχετικά με τους παράγοντες που αποτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ στην Μαλαισία. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι ενοχοποιητικοί παράγοντες εξαρτώνται από τις κοινωνικό-πολιτισμικές

πεποιθήσεις, την ισχυρή πίστη στην εναλλακτική και συμπληρωματική ιατρική, την έλλειψη ενημέρωσης και την δύσκολη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης [33].



Ανατύπωση από <https://www.google.gr/search?q=εικόνες++από+καρκίνο+μαστού>

#### 1.6.1 Προσυμπτωματικός Έλεγχος Γενικού Πληθυσμού [34,35]

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του γενικού πληθυσμού επιτυγχάνεται με την ευαισθητοποίηση/ενημέρωση ως προς την μηνιαία αυτοεξέταση, με την κλινική εξέταση μαστών από ειδικό και λήψη λεπτομερούς ιστορικού και με τον μαστογραφικό έλεγχο.

##### 1.6.1.α Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελέγχου Γενικού Πληθυσμού, [34,35,36]:

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του γενικού πληθυσμού, έχουν σαν κύριο στόχο την έγκαιρη διάγνωση. Απευθύνονται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 20. Είναι σημαντικό οι γυναίκες να γνωρίζουν τους μαστούς τους οπτικά και απτικά, έτσι ώστε να καταστούν ικανές να καταλάβουν εγκαίρως οποιαδήποτε αλλαγή.

➤ Η αυτοεξέταση πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 20 ετών και να γίνεται συστηματικά κάθε μήνα. Η κλινική εξέταση από ειδικό γιατρό, για τις ηλικίες από 20-40 ετών, πρέπει να γίνεται ανά 3ετία. Ενώ για ηλικίες άνω των 40 κάθε χρόνο.

➤ Η ετήσια μαστογραφία μειώνει τη θνησιμότητα από τον ΚΜ στις γυναίκες άνω των 40 ενώ όταν γίνεται ανά δύο χρόνια διατηρείται μόνο το 81% του συνολικού οφέλους από την ετήσια. Οι γυναίκες άνω των 60 ετών, πρέπει να κάνουν μαστογραφία ανά 2 έτη και κλινική εξέταση από ειδικό γιατρό κάθε χρόνο. Η Ψηφιακή Μαστογραφία έχει την ίδια διαγνωστική ακρίβεια με την Αναλογική για γυναίκες 50 ετών και άνω.

➤ Η συστάσεις για την ηλικία διακοπής της μαστογραφίας εξατομικεύονται (74 ετών και πάνω) ενώ δεν συνιστάται για γυναίκες μεγάλης ηλικίας με πολύ σοβαρά άλλα προβλήματα υγείας.

➤ Το Υπερηχογράφημα Μαστών (US) δεν αποτελεί μέθοδο screening αλλά χρησιμοποιείται πάντα συμπληρωματικά της μαστογραφίας και σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς.

#### 1.6.1.β Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελέγχου Ομάδων Υψηλού Κινδύνου [35,36]:

- Συστήνεται η μηνιαία αυτοεξέταση. Η μαστογραφία, η κλινική εξέταση των μαστών, ο υπέρηχος και η μαγνητική τομογραφία, πρέπει να ξεκινούν από την ηλικία των 25 και να επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο. Οδηγίες για μείωση των κινδύνων στους φορείς μετάλλαξης
- Ελάττωση κινδύνου στους φορείς μετάλλαξης BRCA, προληπτική φαρμακευτική αγωγή, προφυλακτική μαστεκτομή

#### 1.6.1.γ Κατευθυντήριες Οδηγίες Διερεύνησης Εντοπισμένης Αλλοίωσης του Μαστού [37,38]:

- Συστήνεται: Κυτταρολογική Βιοψία – FNA, Ιστολογική Βιοψία – Δια Κόπτουσας Βελόνης (Core Biopsy), Στερεοτακτική Βιοψία, Ανοιχτή – Ταχεία Βιοψία, Σήμανση δια Συρμάτινου Οδηγού (Hook Wire)

Μελέτες έχουν καταλήξει, ότι η σημασία του μαζικού προ-συμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου (screening) σε γυναίκες άνω των 40 ετών, είναι μεγάλη. Η έγκαιρη διάγνωση, η ανακάλυψη του καρκινώματος σε στάδιο κατά το οποίο οι πιθανότητες για ίαση με κατάλληλη θεραπεία είναι υψηλές, επιτυγχάνεται με προ-συμπτωματικό έλεγχο. Η προσπάθεια για έγκαιρη διάγνωση στοχεύει στην ανακάλυψη του ονομαζόμενου «ελάχιστου καρκίνου του μαστού» (minimal breast cancer), που περιλαμβάνει τα *in situ* καρκινώματα και τα μικρά (<1cm) διηθητικά καρκινώματα, που δεν έχουν δώσει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Προσφέρεται έτσι η δυνατότητα στις γυναίκες για μεγαλύτερη επιβίωση και βελτίωση της ποιότητας ζωής [39,40].

#### 1.7 Θεραπεία

Η θεραπεία του ΚΜ είναι αρκετά εξατομικευμένη, αφού η αντιμετώπιση εξαρτάται από το στάδιο εξέλιξης του όγκου, από τα χαρακτηριστικά του όγκου, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της ασθενούς. Χρησιμοποιούνται κυρίως τέσσερις τεχνικές: η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία[16,17,41,42,43].

Τα είδη χειρουργικών επεμβάσεων που χρησιμοποιούνται, είναι: Επεμβάσεις αφαίρεσης του συνόλου του μαζικού αδένου (τροποποιημένη ριζική, απλή μαστεκτομή και μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος ή / και του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω) και οι επεμβάσεις διατήρησης του μαστού (η τεταρτεκτομή και η ευρεία τοπική εκτομή) [44,45]

#### 1.8 Πρόγνωση

Η έρευνα των Drake BF et al, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο προ-συμπτωματικός έλεγχος σε συνδυασμό με την παρακολούθηση και την κατάλληλη θεραπεία συμβάλλουν στην μείωση της θνησιμότητας και της θνητότητας. Η ευαισθητοποίηση της Πολιτείας και τα προγράμματα αγωγής υγείας στη κοινότητα από τους επαγγελματίες υγείας κρίνονται απαραίτητα [46].

Η σταδιοποίηση καθώς και η ταξινόμηση του ΚΜ, είναι τα μοναδικά αξιόπιστα σημεία για την πρόγνωση, την επιβίωση και την έκβαση. Σε όλους τους καρκίνους η έκβαση δεν είναι ίδια, δηλαδή

κάθε γυναίκα έχει διαφορετική επιβίωση. Η έκβαση του ΚΜ μπορεί να προβλεφθεί σε μεγάλο ποσοστό με διάφορους προγνωστικούς παράγοντες, εργαστηριακούς και μη, όπως [47]:

- ✓ Οι υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης
- ✓ Η ανάλυση του DNA
- ✓ Τα ογκογονίδια p53, BCL-2 κ.ά.
- ✓ Ο ρυθμός κυτταρικής ανάπτυξης
- ✓ Η ηλικία, το γυναικολογικό ιστορικό
- ✓ Γενικότερα η κατάσταση υγείας

Παρακάτω απεικονίζονται (πίνακας 3) τα δεδομένα από την Εθνική Βάση Δεδομένων του Καρκίνου (ΗΠΑ) 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης.

Πίνακας 3: Υπολογιζόμενη εκατοστιαία επιβίωση (%) γυναικών με ΚΜ συσχετιζόμενη κατά σταδιοποίηση TNM.

Στάδιο TNM	5ετής επιβίωση	10ετής επιβίωση
0	95	90
I	85	70
IIA	70	50
IIB	60	40
IIIA	55	30
IIIB	30	20
IV	5-10	2
Όλα	65	30

### 1.9 Η Κοινωνικο-Οικονομική Διάσταση [48]

Οι Coughlin SS et al, αναφέρουν ότι η κοινωνική και οικονομική διάσταση του ΚΜ, μετράται με συγκεκριμένους επιδημιολογικούς δείκτες, όπως: η επίπτωση των θανάτων, η σωματική ή ψυχική αναπηρία [49].

Σύμφωνα με την οικονομοτεχνική μελέτη του Καθηγητή Οικονομικών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Υφαντόπουλου Ι, τα συνολικά κόστη που δαπανήθηκαν ανά ήπειρο για τον ΚΜ το έτος 2009, είναι: Αμερική US \$17.221m, Ευρώπη US \$8.742m, Ασία US \$1.928m, Αφρική US \$76m, και Ωκεανία US \$461m.

- Οι οικονομικές επιπτώσεις του ΚΜ στον Καναδά (Μάιος 2010) [48]:
- Το 80% των διαγνωσθέντων δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες.

- Το 44% χρησιμοποίησαν αποταμιεύσεις.
- Το 27% πήραν δάνειο.
- Το 20% επέστρεψαν στην εργασία τους νωρίτερα λόγω οικονομικών δυσκολιών.
- Στις περιπτώσεις της χημειοθεραπείας δήλωσαν σημαντικές απώλειες εισοδήματος λόγω ασθένειας.
- Το 50% των περιπτώσεων χημειοθεραπείας απουσίαζαν παραπάνω από 16 εβδομάδες από την εργασία τους.
  - Οι οικονομικές επιπτώσεις του ΚΜ στην εργασία διεθνώς [48]:
    - Το 81% των γυναικών του δείγματος συμμετείχαν στην αγορά εργασίας με πλήρη απασχόληση.
    - Το 16% των γυναικών σταμάτησαν να εργάζονται λόγω ασθένειας.
    - Το 12% δεν μπορούσαν να επιστρέψουν στην εργασία τους με τον ίδιο μισθό και στην ίδια θέση.
    - Το 45% δήλωσαν σημαντική μείωση στην φυσική τους δραστηριότητα.
    - Το 20% δήλωσαν ότι η βαθμιαία επιστροφή στην εργασία τους διευκόλυνε την μετάβασή τους και την ενσωμάτωσή τους στο χώρο της εργασίας τους.
  - Οι οικονομικές επιπτώσεις στην Ελλάδα σύμφωνα με την επιδημιολογία του ΚΜ [48]:
    - Ραγδαία και συνεχή αύξηση κατά 3.5% - 4% κάθε χρόνο παρουσιάζουν τα νέα περιστατικά.
    - Περισσότερες από 3.000 Ελληνίδες παρουσιάζουν κάθε χρόνο ΚΜ.
    - 12.000 έτη αναμενόμενης ζωής χάνονται ετησίως για τις Ελληνίδες μέχρι 69 ετών.

Οι αποφάσεις Πολιτικής Υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ικανοποιητική σχέση Κόστους – Οφέλους. Περισσότεροι από το 90% των ΚΜ , αναφέρουν στην μελέτη τους οι Hassan LM et al, θα μπορούσαν να θεραπευτούν με έγκαιρη διάγνωση. Η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση από ειδικό γιατρό έχουν σημαντική επίδραση στην ανίχνευση των όγκων σε πρώιμο στάδιο, και έτσι κρίνονται απαραίτητα τα προγράμματα αγωγής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο λόγω και του χαμηλού τους κόστους [50].

#### 1.10 Η Ψυχολογία των Γυναικών και η Παρηγορητική Θεραπεία

➤ Ο ΚΜ αν και σε πολλές περιπτώσεις είναι θεραπεύσιμος, εξακολουθεί να αποτελεί μια επώδυνη κατάσταση για την γυναίκα, καθώς η απώλεια του μαστού της, επηρεάζει βαθιά τον ψυχισμό της. Από την εμφάνισή του και διάγνωση μέχρι την αποθεραπεία του κάνει την γυναίκα να βιώνει ποικίλα και κατά βάση αρνητικά συναισθήματα. Το συναίσθημα του φόβου, της αβεβαιότητας, του πόνου, της απώλειας και της αίσθησης του θρήνου, δεν αφήνουν ανεπηρέαστη την γυναίκα. Όλα



αυτά εξελίσσονται και μετατρέπονται σε νέες στάσεις, αξίες και πιστεύω, που την κάνουν να αντιμετωπίζει υπό άλλο πρίσμα τη ζωή και να εκτιμά την κάθε στιγμή, την κάθε ανάσα. Παρόμοια κατάσταση βιώνουν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που ζουν μαζί με την ασθένεια. Η ασθένεια αυτή αντιμετωπίζεται σαν οικογενειακό ζήτημα. Ίσως είναι θεραπευτικό, να εμπλέκονται όλα τα μέλη της οικογένειας στη θεραπεία και στη φροντίδα της ασθενούς με την βοήθεια των ειδικών της ψυχικής υγείας [51].

➤ Παρηγορητική θεραπεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η προσέγγιση η οποία στοχεύει στην βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες καθώς και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης της ταλαιπωρίας, προσφέροντας πρώιμη ταυτοποίηση και άψογη αξιολόγηση του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων.

Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας, οφείλουν να εκτιμήσουν την «ψυχοκοινωνική αγωνία» της ασθενούς. Ο καρκίνος του μαστού, είναι μια ασθένεια που είναι συνδεδεμένη με το θάνατο και το αθεράπευτο. Προκαλεί στην πάσχουσα συναισθήματα άγχους, αγωνίας, ανησυχίας, φόβου, αβεβαιότητας και τόσων άλλων..... Οι επιπτώσεις των ψυχολογικών – συναισθηματικών – οικονομικών και κοινωνικών αλλαγών, αφορούν όλη την οικογένεια. Η προσέγγιση της ασθενούς και του κοινωνικού της περιβάλλοντος, θα πρέπει να είναι ανάλογη με την κουλτούρα, τη θρησκεία και την εθνικότητα [51].

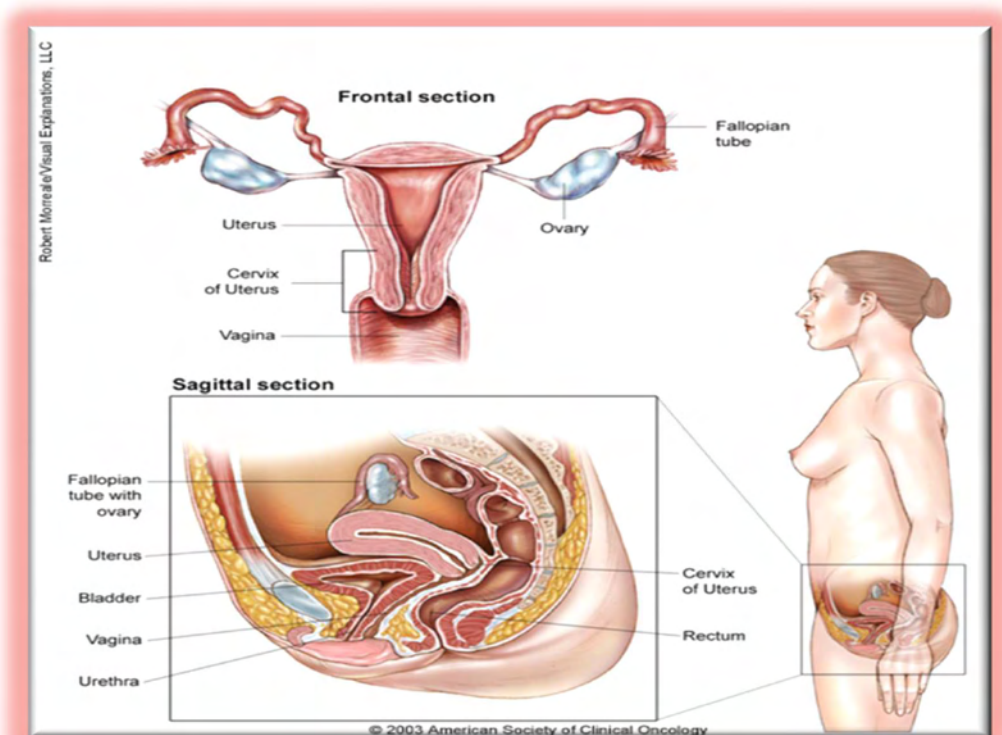


## 2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ & ΚΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ

### ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ

#### 2.1 Επιδημιολογία ΚΤΜ και HPV

##### 2.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία ΚΤΜ



Ανατύπωση από <http://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/medical-illustrations>

Ο ΚΤΜ εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο ΚΤΜ είναι αποτέλεσμα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών των φυσιολογικών κυττάρων των ιστών του τραχήλου. Προοδευτικά τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται σε μεγαλύτερο βάθος διήθησης μέσα στον τράχηλο και στις περιβάλλουσες ανατομικές δομές. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικής Ογκολογίας (ESMO) στο 90% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται ο επιθηλιακός καρκίνος ενώ στο 10% το αδενοκαρκίνωμα. Αντίθετα από άλλες μορφές καρκίνου, ο ΚΤΜ δεν είναι κληρονομικός αλλά προκαλείται από τον ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV) [52].

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο ΚΤΜ είναι η τέταρτη πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Το 2012, 528.000 νέες περιπτώσεις διαγνώστηκαν ενώ οι θάνατοι ανήλθαν στις 266.000, αντιπροσωπεύοντας το 7.5% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες. Σχεδόν εννέα στους δέκα (87%) θανάτους από ΚΤΜ συμβαίνει στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες [7,53].

Υπολογίζεται ότι 12.990 γυναίκες θα διαγνωστούν με διηθητικό ΚΤΜ το έτος 2016 και 4.120 θα πεθάνουν. Τα τελευταία 40 χρόνια, στις ΗΠΑ, οι θάνατοι από ΚΤΜ έχουν μειωθεί κατά 50% κι αυτό οφείλεται στην εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής. Τα νέα περιστατικά εντοπίζονται κυρίως σε

ηλικίες κάτω των 50 ετών και σπανίως κάτω των 20. Το 15% των νέων περιστατικών παρατηρείται στην ηλικία πάνω των 65 κι αυτό οφείλεται στις πεπειθήσεις αυτών των γυναικών ότι ο κίνδυνος να εμφανίσουν ΚΤΜ είναι μικρός και δεν ακολουθούν τα προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης [54].

Το 2012, στην Αυστραλία ο αριθμός των νέων περιστατικών από ΚΤΜ ήταν 869 και το 2013 οι θάνατοι από ΚΤΜ ήταν 224. Αυτό συμβαίνει διότι στην Αυστραλία εφαρμόζεται Εθνικό Πρόγραμμα Προ-συμπτωματικού Ελέγχου από το 1991 για τις ηλικίες 18-70 ετών [55].

Στην Ευρώπη, το 2012, ο αριθμός των νέων περιστατικών ΚΤΜ ανήλθε στις 65.538 από τα οποία τα 915 αφορούσαν την Ελλάδα [56]. Το ποσοστό θνησιμότητας είναι 10 φορές υψηλότερο στις αναπτυσσόμενες απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες, καθώς ο κίνδυνος για ΚΤΜ είναι υψηλότερος στην Ανατολική Ευρώπη και αυτό οφείλεται στην έλλειψη προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης [57]. Επίσης στις αναπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες, το 10% των γυναικών που συμμετέχουν σε προγράμματα φέρει παθολογικό τεστ Παπανικολάου [58]. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2009 το σύνολο των εξελθόντων από ΚΤΜ ανήλθε σε 2.168. Η ανάλυση κατά γεωγραφικό διαμέρισμα (γράφημα 3) και κατά ηλικία (γράφημα 4) στην Ελλάδα, φαίνεται παρακάτω:

Γράφημα 3: Εξελθόντες ασθενείς από ΚΤΜ κατά περιφέρεια. Ανατύπωση από «ΕΛ.ΣΤΑΤ»

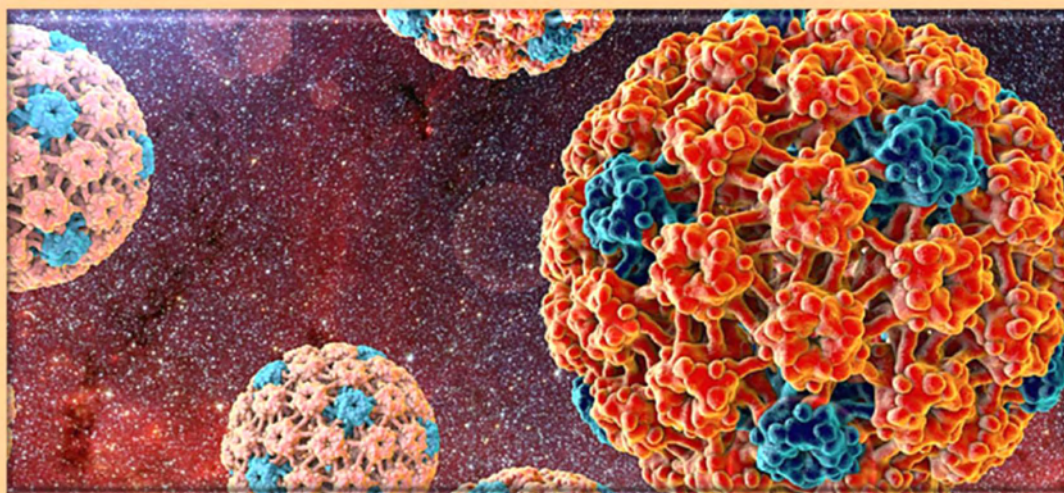


Γράφημα 4: Εξεληθόντες ασθενείς από ΚΤΜ κατά ηλικία. Ανατύπωση από «ΕΛ.ΣΤΑΤ»



### 2.1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία HPV

Η ταυτοποίηση του ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV ως κύρια αιτία του ΚΤΜ έχει αλλάξει τις πληροφορίες που απαιτούνται για την επιτήρηση, και τον επιπολασμό από επιδημιολογικής πλευράς του ΚΤΜ [52,59,60,61,]. Ο Γερμανός ιολόγος Hausen H, το 1977, σε μελέτη του εξέφρασε την πεποίθηση ότι ο ιός HPV παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του ΚΤΜ [62]. Η μελέτη των Walboomers JM et al, το 1999, απέδειξε, ότι η επίμονη λοίμωξη με συγκεκριμένα στελέχη HPV, ευθύνεται για το 99.7% όλων των περιπτώσεων διηθητικού ΚΤΜ [60].



Ανατύπωση από <https://www.google.gr/search?q=φωτογραφίες HPV>

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι μικρός σε μέγεθος DNA ιός, με διάμετρο 52-55 nm και αποτελείται από ομοιοπολικώς κυκλικό και δίκλωνο DNA. Ο HPV ιός στερείται περιβλήματος κι έτσι είναι ανθεκτικός σε υψηλές και σε χαμηλές θερμοκρασίες καθώς και σε λιποδιαλυτές ουσίες. Μέχρι σήμερα έχει προσδιοριστεί πλήρως η DNA αλληλουχία 85 γονοτύπων ενώ περισσότεροι από

120 τύποι έχουν μερικώς χαρακτηριστεί. Η μεγαλύτερη υποομάδα HPV γονοτύπων αντιπροσωπεύεται από 40 τύπους που προσβάλλουν το επιθήλιο του γεννητικού συστήματος της γυναίκας [63]. Σύμφωνα με την μελέτη των Dunne E et al, στους πιο υψηλούς HPV τύπους συγκαταλέγονται τα στελέχη 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 73, 82, και 85 τα οποία ευθύνονται για τις υψηλού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις με κύριο εκπρόσωπο τον HPV 16 [64]. Ο HPV 18 ανιχνεύεται στο 1/3 των περιπτώσεων με διηθητικό αδενοκαρκίνωμα. Η εκδήλωση και η έκταση της λοίμωξης που προκαλούν εξαρτάται από τη σχέση ιογόνου δράσης και της ανοσολογικής απάντησης του ξενιστή και ο χρόνος επώασης κυμαίνεται μεταξύ 6 εβδομάδων έως και 8 μήνες [63]. Τα ευρήματα της μελέτης των Plummer M et al, καταλήγουν ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις η HPV λοίμωξη είναι παροδική και ασυμπτωματική και το ποσοστό υποχώρησης ανέρχεται σε 91% σε διάστημα 24 μηνών. Στις λοιμώξεις που δεν υποχωρούν στα 2 χρόνια, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εξελιχθούν σε προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο [65].

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση κατά του καρκίνου (UICC-EUROGIN 2011), η λοίμωξη από τον ιό HPV, είναι πολυκεντρική και μελετάται η περαιτέρω επιβάρυνσή της, διότι [66]:

- Αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα ανάπτυξης για ενδο-επιθηλιακές νεοπλασίες κόλπου [67]
- Ενοχοποιείται για το 85% και πάνω των περιπτώσεων με αλλοιώσεις για ενδο-επιθηλιακές νεοπλασίες αιδοίου [68]
- Ανιχνεύεται στο HPV DNA, στο 25%-30% των προκαρκινικών βλαβών του στοματοφάρυγγα με επικρατέστερους τους ογκογόνους τύπους 16 και 18, στην μελέτη του Syrjänen S [69].

Σύμφωνα με μελέτες των Lacey CJ και των Muñoz N et al, στα οξυτενή κονδυλώματα, το 90% των περιπτώσεων, οφείλονται στους τύπους 6 και 11 [70,71]. Σε μελέτη των Goldstone S et al, ο ιός HPV ενοχοποιείται για την ενδο-επιθηλιακή νεοπλασία της πρωκτικής περιοχής ενώ σύμφωνα με την μελέτη των Partridge JM et al, ενοχοποιείται κυρίως ο HPV 16, για την ενδο-επιθηλιακή νεοπλασία των έξω γεννητικών οργάνων στους άνδρες [72,73]

Η μελέτη των Clifford G et al, αναφέρει ότι το 66% των γυναικών ηλικίας 15-74 ετών, είναι φορείς του DNA του ιού, με φυσιολογική κυτταρολογική εξέταση. Παρουσιάζεται όμως μεγάλη διακύμανση, ανάλογα με την ηλικία και τη γεωγραφική περιοχή [74]. Σύμφωνα με τη μελέτη των Muñoz N et al, η επίπτωση της HPV λοίμωξης, κορυφώνεται στην ηλικία των 20 ετών, μειώνεται μέχρι την ηλικία των 35 ετών, εν συνεχεία παρουσιάζει μικρή αύξηση ως την ηλικία των 45 ετών. Από την ηλικία των 45 ετών ακολουθεί, σταθερά, πτωτική πορεία [75]. Η μελέτη των Thomas K et al, κατέληξε στο ότι, προηγούμενη λοίμωξη με τον HPV 16, δεν βρέθηκε να προσφέρει διασταυρούμενη προστασία έναντι του HPV 31, του HPV 45, του HPV 6 και του HPV 11. Η παρουσία πολλαπλών τύπων HPV είναι συχνή σε λοιμώξεις του κατώτερου γεννητικού συστήματος [76].

Η μετά-ανάλυση των Sanjosé S et al, ερευνήσε τον επιπολασμό της HPV λοίμωξης, και κατέληξαν ότι παγκοσμίως, παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, από 1.4% στην Ισπανία ως 25.5% στη Νιγηρία. Παγκοσμίως οι συχνότεροι τύποι είναι ο HPV16 (2.5%), ο HPV18 (0.9%), ο HPV 31 (0.7%), ο HPV (58%) και ο HPV 52 (0.6%). Ο HPV 16 είναι ο συχνότερος τύπος σε παγκόσμια κλίμακα εκτός από την Ανατολική Αφρική, την Ταϊβάν και την Ιαπωνία όπου είναι ο HPV 52. Ο HPV 18 είναι ο δεύτερος σε συχνότητα ιδιαίτερα στην Ανατολική Ασία (εκτός Ιαπωνίας), στη Δυτική Ευρώπη και στην Βόρεια Αφρική. Ο HPV 58, συναντάται στη Νότια Αμερική, στην Βόρεια ο HPV 53 και στην Κεντρική ο HPV 31. Στη Νότια Ευρώπη συχνότερος είναι ο HPV 66 [77]. Επίσης σε άλλη μετά-ανάλυση των Smith J et al, οι τύποι HPV 16, 18, 31, 33, 35, 42, 52, και 58 ενοχοποιούνται για τον διηθητικό καρκίνο καθώς και ο HPV 18 ανιχνεύεται στο 1/3 των περιπτώσεων του διηθητικού αδενοκαρκινώματος [78].

## 2.2 Σταδιοποίηση KTM & Ταξινόμηση Κυτταρολογικών – Ιστολογικών

### Προκαρκινικών Αλλοιώσεων του Τραχήλου Μήτρας

Στην καρκινογένεση του τραχήλου της μήτρας, κρίνεται απαραίτητη, η παραμονή της HPV λοίμωξης και η σταδιακή εξέλιξη από ήπιες αλλοιώσεις των κυττάρων του τραχηλικού επιθηλίου προς αλλοιώσεις σοβαρού βαθμού.

#### 2.2.1 Σταδιοποίηση KTM

Σύμφωνα με τις αρχές του Παγκόσμιου Συνεδρίου της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Γυναικολογίας και Μαιευτικής στο Μόντρεαλ του Καναδά (FIGO 1994), η κλινική σταδιοποίηση αφορά την παρακάτω κατάταξη [79]:

Στάδιο 0: Καρκίνος in situ, βαριά δυσπλασία.

Στάδιο I: Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο.

- I<sub>A</sub> : Διηθητικός καρκίνος που διαγιγνώσκεται μόνο ιστολογικά. Βάθος διήθησης  $\leq 5\text{mm}$  και πλάτος  $\leq 7\text{mm}$
- I<sub>A1</sub> : Διήθηση στρώματος  $\leq 3\text{mm}$ . σε βάθος και  $\leq 7\text{mm}$ . σε έκταση.
- I<sub>A2</sub> : Διήθηση στρώματος  $>3\text{mm}$ . και  $\leq 5\text{mm}$ . σε βάθος και  $\leq 7\text{mm}$ . σε έκταση.
- I<sub>b</sub> : Κλινικά ορατή νόσος αλλά πιο προχωρημένη από το στάδιο I<sub>A</sub>.
- I<sub>b1</sub> : Όγκος  $< 4\text{ cm}$ .
- I<sub>b2</sub> : Όγκος  $> 4\text{ cm}$ .

Στάδιο II: Ο καρκίνος διηθεί τους ιστούς εκτός μήτρας, αλλά δεν φθάνει στο κάτω 1/3 του κόλπου ή στο πυελικό τοίχωμα.

- II<sub>A</sub> Όχι εμφανής διήθηση παραμητρίου.
- II<sub>b</sub> Εμφανής διήθηση παραμητρίου.

Στάδιο III: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή φθάνει στο κάτω 1/3 του κόλπου.

- III<sub>A</sub> Προσβάλλει το κάτω 1/3 του κόλπου.
- III<sub>B</sub> Διήθηση του παραμητρίου μέχρι το πυελικό τοίχωμα.

**Στάδιο IV:** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός πυέλου ή διηθεί το βλεννογόνο της κύστης ή του ορθού.

- IV<sub>A</sub> Διήθηση γειτονικών οργάνων.
- IV<sub>B</sub> Μετάσταση σε μακρινά όργανα.

### 2.2.2 Κυτταρολογική Ταξινόμηση των Κολποτραχηλικών Επιχρίσμάτων

Με το σύστημα της Bethesda (2001), τα κυτταρολογικά επιχρίσματα διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες [80]:

A) Επιχρίσματα αρνητικά για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια. Σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται τα φυσιολογικά επιχρίσματα, το ατροφικό επιθήλιο και οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις ανεξαρτήτου αιτίας.

B) Επιχρίσματα με παρουσία επιθηλιακών κυττάρων με αλλοιώσεις ενδεικτικές ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης ή καρκινώματος. Αυτή η κατηγορία χωρίζεται σε τρεις υποομάδες για την καλύτερη περιγραφή των κυτταρολογικών χαρακτηριστικών:

1. Στα άτυπα πλακώδη κύτταρα (ASCUS) απροσδιόριστης σημασίας και στα άτυπα πλακώδη κύτταρα (ASC-H) που δεν μπορεί να αποκλειστεί η ύπαρξη πιθανής υψηλόβαθμης αλλοίωσης.
2. Στη χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου (LSIL), όπου περιλαμβάνονται αλλοιώσεις από τον HPV, και ήπια δυσπλασία (ιστολογική ταξινόμηση αλλοιώσεων CIN1).
3. Στην υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου (HSIL), (ιστολογικές αλλοιώσεις CIN2 και CIN3).



Ανατύπωση από <http://mortakis.hpvinfocenter.gr/index.php/enimerwtheite-leptomerws-gia/molynsi-metadosi>

### 2.2.3 Ιστολογική Ταξινόμηση των Προδιηθητικών Αλλοιώσεων του Τραχήλου της Μήτρας

Με το σύστημα CIN κατά Richart η LSIL αλλοίωση, αντιστοιχεί στις αρχόμενες δυσπλασίες CIN1 ενώ η HSIL αντιστοιχεί στις μέτριες CIN2 και στις βαρύτερες δυσπλασίες CIN3 [79].

### 2.3. Παράγοντες Κινδύνου για Λοιμώξεις με HPV

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η λοίμωξη από τον ιό HPV σχετίζεται άμεσα από την ηλικία και την σεξουαλική συμπεριφορά. Η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών (2-6 φορές / εβδομάδα), ο αριθμός των πρόσφατων σεξουαλικών συντρόφων καθώς και ο αριθμός των συντρόφων που είχε στο παρελθόν ο ερωτικός σύντροφος, φαίνεται πως αυξάνει τις πιθανότητες για μόλυνση από HPV [81]. Με το ίδιο αντικείμενο μελέτης διεξήχθη έρευνα σε 3.300 νεαρές γυναίκες στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κίνδυνος αυξάνει στις άγαμες γυναίκες, στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, στη συχνότητα των ερωτικών επαφών, στην επαφή υπό την επήρεια αλκοόλ και στην ηλικιακή διαφορά πάνω από 2 έτη του ερωτικού συντρόφου [82]. Στους ενοχοποιητικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, η ανοσοκαταστολή, η πολυτοκία, η πρώτη κύηση κάτω των 25 ετών, το χαμηλό εκπαιδευτικό – οικονομικό επίπεδο, η παχυσαρκία για την εμφάνιση αδενοκαρκινώματος και η διατροφή που είναι φτωχή σε φρούτα και λαχανικά. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα ενώ το AIDS αυξάνει τον κίνδυνο για μόλυνση με πολλαπλούς τύπους HPV[83]. Η μελέτη των Vaccarella S. et al., αναφέρει ότι οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού, όπως η κοτινίνη, το βενζοπυρένιο και φαινόλες ανιχνεύονται στη τραχηλική βλέννη του τραχήλου της καπνίστριας και δρουν ως συνεργοί παράγοντες στην καρκινογένεση [84]. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Shew M. et al., για την χρήση του προφυλακτικού. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η χρήση προφυλακτικού δεν προστατεύει επαρκώς, λόγω του ότι δεν απαιτείται πλήρης διεισδυτική επαφή για τη μόλυνση καθώς και ότι η μετάδοση μπορεί να γίνει από τους γύρω μολυσμένους χειλικούς ή πρωκτικούς ιστούς. Το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που και αυτά ανήκουν στους παράγοντες υψηλού κινδύνου [85].

### 2.4. Κλινική Εικόνα

Ο ΚΤΜ είναι ασυμπτωματικός στα πρώτα στάδια και αναπτύσσεται χωρίς να δίνει προειδοποιητικά σημεία. Συνηθέστερο σύμπτωμα, είναι η ανώμαλη κολπική αιμόρροια με άφθονα και δύσοσμα κολπικά υγρά. Παρατηρείται, έντονο άλγος στο υπογάστριο και σταγονοειδής αιμόρροια, κυρίως κατά την ερωτική επαφή [86]. Σε προχωρημένο στάδιο, τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα. Παρατηρούνται οιδήματα στα κάτω άκρα και κολπική αιμορραγία, με την μορφή μηνορραγίας ή μητρορραγίας. Η εμφάνιση προβλημάτων στην ούρηση ή στην αφόδευση αποτελούν σημεία προχωρημένης νόσου [79].

### 2.5. Ανίχνευση - Διάγνωση

Η ανίχνευση και η διάγνωση του ΚΤΜ είναι κατά κανόνα ευχερείς. Με την αμφίχειρη Γυναικολογική εξέταση, εκτιμάται το μέγεθος, η θέση και η πυελική έκταση του όγκου. Απαραίτητη, κρίνεται η λήψη του επιχρίσματος τεστ Παπανικολάου (τεστ Παπ) για την κυτταρολογική εξέταση

των κυττάρων του τραχήλου και για τον καθορισμό του βαθμού της δυσπλασίας [87]. Με την κολποσκόπηση εξετάζεται το εσωτερικό του κόλπου και ο τραχήλος για τυχόν παθολογικές περιοχές. Αν ο όγκος είναι εμφανής γίνεται λήψη ιστοτεμαχίων (βιοψία) από το τράχηλο για ιστολογική εξέταση. Στην περίπτωση που ο όγκος αναπτύσσεται ενδοτραχηλικά, επιχειρείται κλασματική απόξεση, προκειμένου να θέσει την διάγνωση του ΚΤΜ [88].



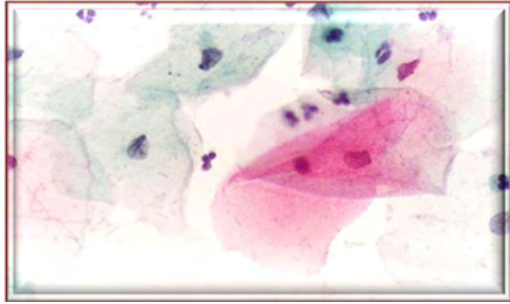
Πηγή από <http://www.womans-health.gr/>

Συμπληρωματικά, για την σταδιοποίηση του ΚΤΜ, η γνώση του οποίου είναι απαραίτητη για την επιλογή της καλύτερης δυνατής θεραπείας, συστήνονται στην ασθενή, οι κάτωθι εξετάσεις: Ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, ενδοφλέβια πυελογραφία, υπερηχογράφημα και λεμφαγγειογραφία [89].

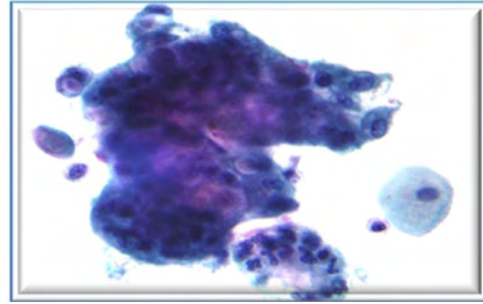
### 2.6 Θεραπεία

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση κατά του καρκίνου (UICC), η θεραπευτική προσέγγιση του ΚΤΜ διαφοροποιείται σύμφωνα με το στάδιο της νόσου. Μέχρι τη δεκαετία του 90, αποτελούσε έναν από τους κύριους λόγους θνησιμότητας των γυναικών. Σήμερα, χάρη στα προγράμματα έγκαιρης ανίχνευσης και διάγνωσης, η θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά [57]. Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΚΤΜ, ακολουθούνται τρεις μορφές θεραπείας: Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση, είναι μία από τις βασικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης. Για τον σχεδιασμό της καλύτερης δυνατής θεραπείας, λαμβάνονται υπόψη διάφορες παράμετροι, όπως τα χαρακτηριστικά του όγκου, η ηλικία της ασθενούς, η διατήρηση αναπαραγωγικής δυνατότητας, η γενική κατάσταση της ασθενούς. Τα είδη χειρουργικών επεμβάσεων που χρησιμοποιούνται, είναι: η ριζική τραχηλεκτομή, η ριζική υστερεκτομή, η εξεντέρωση της πυέλου και οι στομίες [79,90].





Αρνητικό (τεστ Παπ)



Αδενοκαρκίνωμα (τεστ Παπ)

Ανατύπωση από <http://mortakis.hpvinfoscenter.gr/index.php/test-panikolaou>

### 2.7 Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Πρόληψη και την Έγκαιρη Διάγνωση

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες ( ACS, ACOG, ASCCP, - Last Revised: 19/7/2016 ), στοχεύουν στην Πρόληψη και την Έγκαιρη Διάγνωση του ΚΤΜ, με όλα τα οφέλη που απορρέουν τόσο για την γυναίκα, για την οικογένεια, την κοινωνία όσο και για ολόκληρη την ανθρωπότητα [91].

Οι κατευθυντήριες οδηγίες, εστιάζονται στην ηλικία και στην συχνότητα εφαρμογής του προληπτικού ελέγχου είτε με το τεστ Παπ, είτε με το DNA HPV τεστ.

- Η ηλικία έναρξης του τεστ Παπ είναι το 21<sup>ο</sup> έτος. Το τεστ Παπ, μέχρι την ηλικία των 29 ετών πρέπει να γίνεται κάθε τρία χρόνια. Δεν ενδείκνυται το DNA HPV τεστ.

- Γυναίκες ηλικίας 30 – 65 ετών θα πρέπει να ελέγχονται ανά 3 χρόνια με το τεστ Παπ ή κάθε 5 χρόνια αν ακολουθούν τον συνδυασμό του τεστ Παπ μαζί με DNA HPV τεστ.

- Γυναίκες άνω των 65 ετών, είτε με 3 συνεχόμενα φυσιολογικά τεστ Παπ (10 ετίας), είτε με 2 συνεχόμενα φυσιολογικά DNA HPV τεστ (10ετίας), είτε με αρνητικό ιστορικό τραχηλικής ενδοπλασίας [( CIN)<sub>2+</sub> ή LSIL] της τελευταίας 20 ετίας, δεν έχουν ένδειξη για περαιτέρω έλεγχο. Σε περίπτωση θετικού ιστορικού, συνεχίζουν τον έλεγχο για 20 χρόνια από το χρόνο της διάγνωσης.

- Γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας με παθολογικό τεστ Παπ ή DNA HPV τεστ, ελέγχονται με κολποσκόπηση και προσδιορισμός του τύπου του HPV. Συνιστάται ετήσιος έλεγχος.

- Γυναίκες με υφολική υστερεκτομή, ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες, σύμφωνα με την ηλικία τους.

- Γυναίκες που έχουν εμβολιαστεί για το HPV, συνεχίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες, σύμφωνα με την ηλικία τους.

- Οι κατευθυντήριες οδηγίες, δεν ισχύουν στις γυναίκες με AIDS και με διαγνωσμένο HSIL.

### 2.8 Πρόγνωση

Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) το στάδιο, είναι ο μοναδικός προγνωστικός παράγοντας για να προβλεφθεί το ποσοστό επιβίωσης από τον ΚΤΜ. Αυτό υποδηλώνει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης που είναι αλληλένδετη με την πρόληψη, με την υγεία, με την ζωή. Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης αγγίζει το 93% εάν οι προκαρκινικές αλλοιώσεις στο τράχηλο

διαγνωστούν στα στάδια 0 και I<sub>A</sub>. Τα ποσοστά για το στάδιο I<sub>B</sub> είναι 80%, για το II<sub>A</sub> είναι 63%, για το II<sub>B</sub> είναι 58%, για το III<sub>A</sub> είναι 35%, για το III<sub>B</sub> είναι 32%, για το IV<sub>A</sub> είναι 16% και για το IV<sub>B</sub> μόλις 15% [92].

## 2.9 Η Αξία της Πρωτογενούς και Δευτερογενούς Πρόληψης

### 2.9.1 Πρωτογενής Πρόληψη

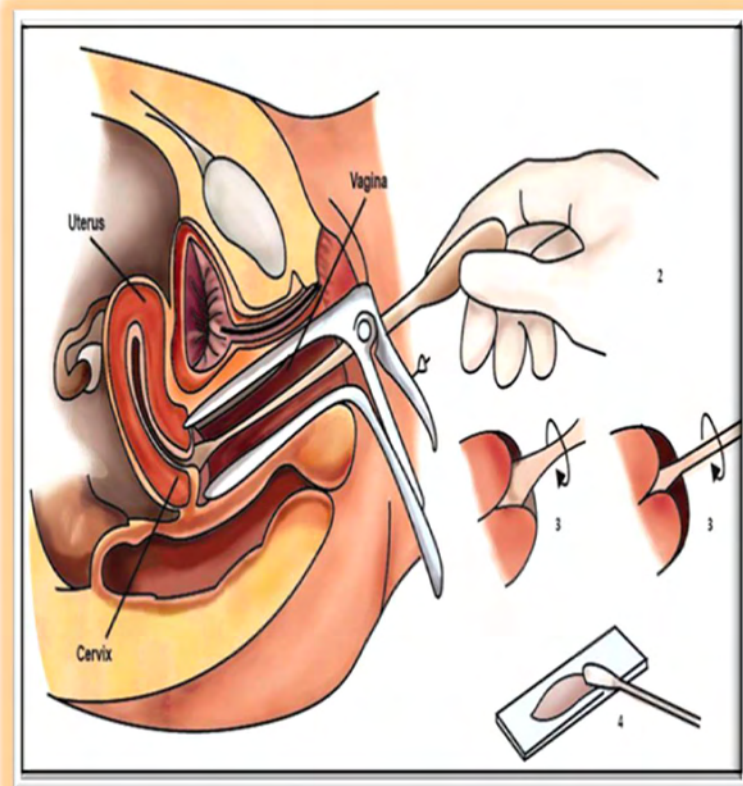
Η Πρωτογενής Πρόληψη του ΚΤΜ, αφορά τον προληπτικό εμβολιασμό για στελέχη του ιού HPV. Μέχρι στιγμής στην χώρα μας, κυκλοφορούν 2 εμβόλια. Το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil, το οποίο προφυλάσσει από τους τύπους 6, 11, 16, και 18 του HPV και το διδύναμο εμβόλιο Cervarix το οποίο προφυλάσσει από τους τύπους 16 και 18. Το διδύναμο εμβόλιο, μέσω διασταυρούμενης προστασίας, προφυλάσσει και από τους τύπους 31, 33 και 45 του HPV. Επιστημονικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι το διδύναμο (Cervarix) καλύπτει το 90% των ΚΤΜ. Ο εμβολιασμός συνιστάται για νεαρές έφηβες 9 ως 15 ετών λόγω υψηλότερης ανοσογονικότητας συγκριτικά με νέες γυναίκες άνω των 15 ετών. [93].

Γυναίκες, σεξουαλικά ενεργές, μπορούν να εμβολιαστούν μέχρι την ηλικία των 45 ετών. Την τελευταία δεκαετία, στους άνδρες, παρατηρείται αύξηση των περιστατικών καρκίνου πρωκτού και στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, σχετιζόμενων με HPV [72,73]. Πολλές χώρες, άρχισαν να εφαρμόζουν προγράμματα εμβολιασμού αγοριών ηλικίας 9 – 15 ετών. Αποτελέσματα κλινικών δοκιμών (Harper D et al), αποδεικνύουν ότι, ο εμβολιασμός του HPV είναι αποτελεσματικός για την πρόληψη των οξυτενών κονδυλωμάτων και της ενδοτραχηλικής νεοπλασίας, ως και 53 μήνες μετά τη χορήγησή του και δυνητικά μπορεί να πετύχει μείωση της επίπτωσης του ΚΤΜ κατά 88% [94,95]. Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων της Αμερικής (FDA), έχει εγκρίνει την κυκλοφορία ενός νέου εννιαδύναμου εμβολίου για το HPV. Η αποτελεσματικότητα του Gardasil 9, αξιολογήθηκε σε μία τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη κλινική δοκιμή στις ΗΠΑ, που συμμετείχαν 14.000 γυναίκες, ηλικίας 16-26 ετών. Το Gardasil 9, προσδιορίστηκε ότι είναι 97% αποτελεσματικό στην πρόληψη του ΚΤΜ, του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού [96].

Πολλοί ερευνητές έχουν συνδέσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, επί πλέον του οικογενειακού ιστορικού, από παράγοντες του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής. Το 80% των κακοηθειών οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και το 50% αυτών σχετίζεται με τις διατροφικές συνήθειες. Η επιστημονική κοινότητα, στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης, προτείνει την Μεσογειακή Διατροφή για την πρόληψη και την έκβαση πολλών ασθενειών [97]. Υπολογίζεται ότι η μεσογειακή διατροφή μπορεί να μειώσει τους θανάτους από τους καρκίνους κατά 35%. Αποφεύγοντας ή ελαχιστοποιώντας τους ενοχοποιητικούς παράγοντες, κερδίζεται η ποιότητα ζωής. Στους ενοχοποιητικούς παράγοντες είναι η παχυσαρκία, το ενεργητικό ή παθητικό κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η κατάχρηση αλκοόλ και η παρατεταμένη ψυχική ένταση [21].

### 2.9.2 Δευτερογενής Πρόληψη:

Ο ΚΤΜ προλαμβάνεται δευτερογενώς, με την έγκαιρη διάγνωση, πριν δώσει συμπτωματολογία. Όταν ο ΚΤΜ διαγιγνώσκεται σε αρχικό στάδιο, οι πιθανότητες για πλήρη ίαση είναι αυξημένες και έχει καλύτερη πρόγνωση. Ο εμβολιασμός, δεν υποκαθιστά τον τακτικό προληπτικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας. Ο Προληπτικός Έλεγχος του τραχήλου της μήτρας, γίνεται με το τεστ Παπ. Ο Γεώργιος Παπανικολάου, ένας από τους σημαντικότερους επιστήμονες του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ανακάλυψε την κυτταρολογική εξέταση των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας. Μιας εξέτασης, που εξασφάλισε την έγκαιρη διάγνωση του ΚΤΜ για την παγκόσμια σωτηρία εκατομμυρίων γυναικών. Το τεστ Παπ, είναι μια απλή, ανώδυνη, αναιμακτη, οικονομική και γρήγορη εξέταση, που ελέγχει μικροσκοπικά τυχόν κυτταρικές αλλοιώσεις των τραχηλικών κυττάρων. Αντιθέτως, το HPV-DNA τεστ, είναι μια εξέταση μοριακής κυτταρολογίας, που ελέγχει το DNA του ιού HPV, και προσδιορίζει τους διάφορους τύπους του ιού [98].



Ανατύπωση από

<https://www.google.gr/search?q=εικόνες+τεστ-παπ>

## II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός: της παρούσας μελέτης ήταν η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των γυναικών του Καλλικρατικού Δήμου Αλμυρού-Βόλου, όσον αφορά στην πρόληψη του ΚΜ και του ΚΤΜ. Η παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης πληροφόρησης, έγινε με συγκεκριμένη μεθοδολογία αγωγής υγείας, ακολουθώντας το ΗΒΜ, με απώτερο στόχο την ανίχνευση ασυμπτωματικών ασθενών. Το ΗΒΜ στοχεύει στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς ώστε το άτομο να νικήσει τα εμπόδια και να υιοθετήσει συμπεριφορά πρόληψης σε σχέση με την υγεία του και συμπεριφορά δράσης, προκειμένου να προάγει την υγεία του, που αφορά στις εξετάσεις για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΤ και του ΚΤΜ.

Η χρησιμότητα της μελέτης αυτής έγκειται στο γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε σε μια περιοχή που δεν γίνονται συχνά ενημερωτικές παρεμβάσεις καθώς και ότι τα αποτελέσματα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή προβληματίζουν για την συγκεκριμένη περιοχή.

### 3. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη αυτή είναι μια συγχρονική μελέτη, η οποία ξεκίνησε το Σεπτέμβριο 2015 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2016 και αφορά δείγμα 309 γυναικών του Καλλικρατικού Δήμου Αλμυρού.

Το πρωτόκολλο της μελέτης κατατέθηκε και εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Θεσσαλίας.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η διάλεξη σε συλλόγους γυναικών, με την βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή (Power Point) και με διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για την καταγραφή των γνώσεων, πεποιθήσεων και στάσεων των γυναικών προς τις προληπτικές εξετάσεις του ΚΜ και του ΚΤΜ, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, πριν την έναρξη της διάλεξης (βλ. Παράρτημα 1). Για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρέμβασης (αλλαγή στις γνώσεις, πεποιθήσεις και στάσεις), έγινε τηλεφωνική επικοινωνία μετά από έξι μήνες, στις ίδιες γυναίκες, με ερωτήσεις για την διερεύνηση της αλλαγής της συμπεριφοράς (βλ. Παράρτημα 2). Οι γυναίκες ενημερώθηκαν σχετικά με την σκοπιμότητα της έρευνας, την σημαντικότητα της συμμετοχής τους καθώς τονίσθηκε η ανάγκη ειλικρινών απαντήσεων. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τις ίδιες τις γυναίκες (μέθοδος αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου), ζητήθηκε η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων και επισημάνθηκε η ανωνυμία των απαντήσεων και συλλέχθηκαν αμέσως μετά τη συμπλήρωσή τους. Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπέγραφαν για την συμμετοχή τους και έδιναν προφορικά το τηλέφωνό τους.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (από την κ. Χανιά Μαρία με την έγγραφη άδειά της), το οποίο τροποποιήθηκε από τους ίδιους τους ερευνητές ώστε να είναι εμπειρισταωμένο και πλήρως κατανοητό για να αποφευχθεί η πιθανότητα να μην απαντηθεί από τις αποκρινόμενες. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε στα 10 λεπτά.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ακολουθεί το κοινωνιο-γνωστικό μοντέλο και συγκεκριμένα το HBM [99].

Το μοντέλο αυτό, προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει συμπεριφορές υγείας εστιάζοντας στις στάσεις και στις πεποιθήσεις των ατόμων. Βασίζεται στην αντίληψη ότι ένα άτομο θα αναλάβει δράση για την αλλαγή της συμπεριφοράς (σχετιζόμενη με την προαγωγή της υγείας του), αν[100]:

- Συνειδητοποιήσει ότι μια αρνητική κατάσταση υγείας μπορεί να αποφευχθεί
- Προσδοκά με την αλλαγή της συμπεριφοράς του να αποφευχθεί η αρνητική κατάσταση της υγείας του
- Πιστέψει ότι είναι ικανό να πετύχει την αλλαγή, προάγοντας την αυτό-πεποίθησή του

Σύμφωνα με το HBM ένα άτομο θα δεχθεί να αλλάξει την συμπεριφορά του σε θέματα υγείας, όταν αισθανθεί έτοιμο. Η ετοιμότητα αυτή αλληλοεξαρτάται από εσωτερικούς μηχανισμούς [101]:

- Την υποκειμενική αντίληψη, δηλαδή όσο πιο τρωτό αισθάνεται απέναντι στην απειλή ασθένειας τόσο πιο εύκολα θα δεχθεί την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς του ως προς την υιοθέτηση προληπτικών μέτρων.
- Την αντίληψη για την σοβαρότητα της ασθένειας και των προβλημάτων που δημιουργεί τόσο σε οργανικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Η σοβαρότητα και η τρωτότητα κινητοποιούν το άτομο να αναλάβει δράση, να υιοθετήσει προληπτικούς μηχανισμούς άμυνας. Σταθμίζει τα υπέρ και τα κατά, τα οφέλη και τα κόστη. Αξιολογεί αν τα δυνητικά οφέλη (διατήρηση της καλής υγείας) υπερτερούν έναντι των αντιληπτών εμποδίων, απειλών και φραγμών (έξοδα, φόβος, επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις). Αναλόγως τροποποιεί την υπάρχουσα στάση και συμπεριφορά και ακολουθεί τους κανόνες της επιθυμητής υγιούς συμπεριφοράς.

Επίσης ορισμένα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα-μηνύματα, υποκινούν το άτομο να αναλάβει δράση υπέρ της διατήρησης της καλής υγείας του ή της μείωσης της απειλής της υγείας του. Το HBM στηρίζεται σε αυτά τα ερεθίσματα –μηνύματα, κυρίως στα εξωτερικά (διαλέξεις, διαδίκτυο) ώστε το άτομο να αναλαμβάνει προληπτικές συμπεριφορές.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της διπλωματικής, αφορούν στα παρακάτω:

- Ποιό είναι το επίπεδο γνώσεων του πληθυσμού για τον καρκίνο του μαστού;
- Ποιό είναι το επίπεδο γνώσεων του πληθυσμού για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;
- Πόσο ενημερωμένος είναι ο γυναικείος πληθυσμός σχετικά με τις προληπτικές εξετάσεις που αφορούν στον έλεγχο του μαστού;
- Πόσο ενημερωμένος είναι ο γυναικείος πληθυσμός σχετικά με τις προληπτικές εξετάσεις που αφορούν στον έλεγχο του τραχήλου της μήτρας;
- Πόσο ενημερωμένος είναι ο γυναικείος πληθυσμός σχετικά με τα εμβόλια για το ιό HPV;
- Ποια η στάση του πληθυσμού για τον εμβολιασμό έναντι του ιού HPV;

- Ποια η στάση του πληθυσμού έναντι των προληπτικών εξετάσεων που αφορούν στον μαστό;
- Ποια η στάση του πληθυσμού έναντι των προληπτικών εξετάσεων που αφορούν στον τράχηλο της μήτρας;
- Μπορεί να επιτευχθεί αλλαγή στην στάση του πληθυσμού και υπό ποιες προϋποθέσεις;
- Αποτελεί η ενημέρωση αποφασιστικό παράγοντα αλλαγής των γνώσεων του πληθυσμού;
- Αποτελεί η ενημέρωση αποφασιστικό παράγοντα αλλαγής των στάσεων και πεποιθήσεων του πληθυσμού;
- Μπορεί η παρέμβαση να έχει θετική επιρροή στην υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης;

#### Ακολουθεί η παρουσίαση του εργαλείου συλλογής δεδομένων.

##### A. Δημογραφικά στοιχεία (Το σύνολο των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου)

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία αυτά είναι: Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η υπηκοότητα, η επαγγελματική κατάσταση, η ασφάλεια, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής, ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν μαζί, προβλήματα υγείας, η καπνιστική συνήθεια, η κατανάλωση αλκοόλ, ο θηλασμός, οι σεξουαλικές σχέσεις, η αντισύλληψη και η έκτρωση.

##### B. Γνώσεις για τον ΚΜ (Το σύνολο των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου)

Στοιχεία που αξιολογούνται είναι απόψεις και στάσεις για την ύπαρξη προβλημάτων στο μαστό, την αυτοεξέταση, την μαστογραφία, τις μεθόδους πρόληψης, την κληρονομικότητα και τις πηγές ενημέρωσης.

##### Γ. Γνώσεις για τον ΚΤΜ (Το σύνολο των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου)

Στοιχεία που αξιολογούνται είναι απόψεις και στάσεις για την ύπαρξη γυναικολογικών προβλημάτων, την ύπαρξη λοιμώξεων, το τεστ Παπανικολάου, το εμβόλιο του HPV, τις μεθόδους πρόληψης, την κληρονομικότητα και τις πηγές ενημέρωσης.

#### Στατιστική Ανάλυση:

Η ανάλυση του δείγματος, έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 21). Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι  $p=0,05$ . Αρχικά γίνεται η παρουσίαση της κατανομής των συχνοτήτων και ποσοστών των κατηγορικών μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Η παρουσίαση γίνεται ανά ενότητα μεταβλητών με βάση την ομαδοποίηση του εργαλείου συλλογής δεδομένων. Παράλληλα, παρουσιάζονται υποστηρικτικά γραφήματα όπως ραβδογράμματα κατανομής ποσοστών ανά μεταβλητή ή /και συγκριτικά ραβδογράμματα. (περιγραφική στατιστική). Δεδομένου του τύπου των μεταβλητών οι οποίες είναι στο σύνολό τους κλειστού τύπου και κατηγορικές, εφαρμόζεται μη παραμετρικός έλεγχος εξάρτησης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας (στατιστική συμπερασματολογία).

Δεδομένου του τύπου των δημογραφικών χαρακτηριστικών (επίσης κατηγορικές μεταβλητές, με μόνη εξαίρεση την μεταβλητή της ηλικίας όπου πραγματοποιείται ομαδοποίηση και προκύπτει νέα επίσης κατηγορική μεταβλητή), επιλέγεται και εφαρμόζεται έλεγχος  $\chi^2$ . Προκειμένου να είναι εφικτοί οι έλεγχοι, έχει προηγηθεί ομαδοποίηση των δημογραφικών κατηγοριών.

#### 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

##### 4.1 Ερωτήσεις που αφορούν στα Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε από την συμμετοχή στην δειγματοληψία 309 γυναικών (διαλέξεις στον Αλμυρό, Αμαλιάπολη, Αχίλλειο, Πλάτανο και Σούρπη).

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, αυτά είναι:

Ως προς την ηλικία, η μέση τιμή είναι τα 47,13 έτη με ελάχιστη τιμή τα 22 και μέγιστη τα 78 έτη. Το 34,6% των γυναικών ήταν κάτω των 40 ετών και ακολουθεί το 27,8% που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-50, το 19% στην ομάδα 51-60 και τέλος το 18,1% ήταν άνω των 61 ετών.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 77,3% δήλωσε «έγγαμη» και ακολουθεί η επιλογή «χήρα» που δηλώθηκε από το 10,4%. Με μικρότερο ποσοστό δηλώθηκε η επιλογή «ανύπαντρη» (7,8%).

Το 88,7% των γυναικών του δείγματος δήλωσε ότι έχει παιδιά με το υπόλοιπο 11,3% να απαντά αρνητικά.

Αναφορικά με την υπηκοότητα το 95,5% ήταν «Ελληνίδες υπήκοοι» και μόνο το 4,5% δήλωσε «άλλη» υπηκοότητα.

Εξετάζοντας την επαγγελματική κατάσταση, η επιλογή «οικιακά» συγκέντρωσε το 31,7% των απαντήσεων και με όμοιο σχεδόν ποσοστό (31,4%) δηλώθηκε η επιλογή «πλήρη απασχόληση». «Μερική απασχόληση» δήλωσε το 11,3% και συνεπώς το αθροιστικό ποσοστό απασχόλησης αφορά στο 42,7% των ατόμων. «Ανεργη» δήλωσε το 11,7% και τέλος, «συνταξιούχος» δήλωσε το 13,9%.

Αναφορικά με το ταμείο ασφάλισης, «ΙΚΑ» δήλωσε το 37,2% και «ΟΓΑ» το 31,4% τα οποία είναι τα 2 ταμεία με το υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων. Ακολουθεί ο «ΟΠΑΔ» με 16,2% ενώ οι υπόλοιπες επιλογές δηλώθηκαν με μικρότερα ποσοστά. Παράλληλα, «ιδιωτική ασφάλιση» δήλωσε μόνο το 15,2% με το υπόλοιπο ποσοστό να απαντά αρνητικά.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο «τριτοβάθμια εκπαίδευση» δήλωσε το 28,5% των ατόμων του δείγματος. «Απόφοιτη λυκείου» δήλωσε το 49,5% ενώ «γυμνασίου» δήλωσε το 21,7%.

Εξετάζοντας το οικονομικό επίπεδο, «χαμηλό» δήλωσε το 28,2% ενώ «μεσαίο» δήλωσε η πλειοψηφία του δείγματος δηλαδή το 70,2%. «Υψηλό» επίπεδο δήλωσε μόνο το 1,6% των ατόμων.

«Κάτοικοι χωριού» δήλωσαν το 53,1% των ατόμων και ακολούθως «κωμόπολης» το 23,3% και «πόλης» το 23,6%. Η πλειοψηφία των ατόμων δήλωσαν κάτοικοι «Νομού Μαγνησίας».

Αναφορικά με το νοικοκυριό, το 51,1% των ατόμων δήλωσαν ότι μένουν μαζί με «περισσότερα από 2 άτομα». «Δύο άτομα» που ζουν μαζί δήλωσε το 23,6%. «Ένα άτομα» που ζει μαζί δήλωσε το 17,2%. «Χωρίς άτομο» δήλωσε ότι μένει το 8,1% των ατόμων.

Αναφορικά με προβλήματα υγείας, «σωματικά προβλήματα» δήλωσε ότι έχει το 26,5% των ατόμων και «ψυχικά» δήλωσε ότι έχει το 7,8% των ατόμων του δείγματος.

«Θετικοί σε καπνιστική συνήθεια» δήλωσαν το 37,9% των ατόμων.

Ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, την επιλογή «λίγο» επέλεξε το 95,1%. «Πολύ» δήλωσε μόνο το 4,9% ενώ σε καμία περίπτωση δεν επιλέχθηκε η απάντηση «πάρα πολύ».

Στην ερώτηση «έχετε θηλάσει;», καταφατικά απάντησε το 68% των ατόμων.

Ακολουθούν κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών των δημογραφικών χαρακτηριστικών (πίνακας 5).

Πίνακας 5: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών των δημογραφικών χαρακτηριστικών

Δημογραφικά στοιχεία	Κατηγορίες	Πλήθος	%
<b>Οικογ. Κατάσταση:</b>	Παντρεμένη	239	77,3
	Ανύπαντρη	24	7,8
	Χήρα	32	10,4
	Διαζευγμένη	14	4,5
<b>Παιδιά</b>	Ναι	274	88,7
	Όχι	35	11,3
<b>Υπηκοότητα</b>	Ελληνική	295	95,5
	Όχι Ελληνική	14	4,5
<b>Επαγγελματική κατάσταση:</b>	Οικιακά	98	31,7
	Άνεργη	36	11,7
	Μερική απασχόληση	35	11,3
	Πλήρης απασχόληση	97	31,4
	Συνταξιούχος	43	13,9
<b>Ασφαλιστικό Ταμείο</b>	ΙΚΑ	115	37,2
	ΟΠΑΔ	50	16,2
	ΟΑΕΕ	21	6,8
	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΗ	17	5,5
	ΟΓΑ	97	31,4
	ΔΕΗ	3	1,0
	ΤΥΔΚΥ	2	,6
	ΤΣΜΕΔΕ-ΕΤΑΑ	2	,6
<b>Έχετε ιδιωτική ασφάλιση</b>	Ναι	47	15,2



	Όχι	262	84,8
<b>Μορφωτικό επίπεδο:</b>	Γυμνάσιο	67	21,7
	Λύκειο	154	49,8
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	88	28,5
<b>Οικονομικό επίπεδο:</b>	Χαμηλό	87	28,2
	Μεσαίο	217	70,2
	Υψηλό	5	1,6
<b>Τόπος Διαμονής:</b>	Χωριό	164	53,1
	Κωμόπολη	72	23,3
	Πόλη	73	23,6
<b>Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί</b>	Κανένα	25	8,1
	Ένα	53	17,2
	Δύο	73	23,6
	Περισσότερα	158	51,1
<b>Προβλήματα Υγείας: Σωματικά</b>	Ναι	82	26,5
<b>Ψυχικά</b>	Ναι	24	7,8
<b>Καπνίζετε</b>	Ναι	117	37,9
	Όχι	192	62,1
<b>Κατανάλωση αλκοόλ:</b>	Λίγο	294	95,1
	Πολύ	15	4,9
<b>Έχετε θηλάσει;</b>	Ναι	210	68,0
	Όχι	99	32,0
		<b>ΜΤ</b>	<b>ΤΑ</b>
Ηλικία		47,13	12,000

#### 4.2 Ερωτήσεις που αφορούν στην σεξουαλική ζωή

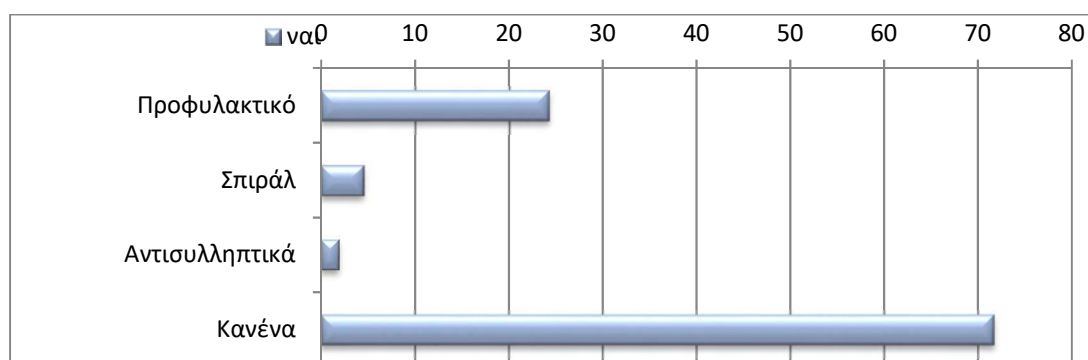
Στην ερώτηση «έχετε σεξουαλικές σχέσεις αυτό το διάστημα;», θετικά απάντησε το 70,9% των ατόμων. Ως προς τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, «1 έως 3» απάντησε το 79,6%, «3 έως 6» απάντησε το 17,5% και «πάνω από 6» το 2,9%. Αναφορικά με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, «κάτω των 18 ετών» δήλωσε το 14,9% των ατόμων του δείγματος. Από «18 έως 25 ετών» δήλωσε το 70,2% και την επιλογή «μετά τα 25 έτη» δήλωσε το 14,9%. Καταγράφοντας τα έτη σταθερής σχέσης, το 5,8% των ατόμων δήλωσε το «1 έτος», το 12% δήλωσε το «1 έως 3 έτη» και «πάνω από 3 έτη» σταθερής σχέσης δήλωσε το 82,2% η οποία είναι και η συχνότερα δηλωμένη απάντηση.

#### 4.3 Ερωτήσεις που αφορούν στον οικογενειακό προγραμματισμό

Εξετάζοντας το είδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται από τα άτομα του δείγματος προκύπτει (γράφημα 5) ότι:

- Η επιλογή «καμία αντισύλληψη» δηλώθηκε από το 71,8% των ατόμων
- Η επιλογή «προφυλακτικό» εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό από τις υπόλοιπες μεθόδους καθώς δηλώθηκε από το 24,3%
- Το «σπιράλ» δηλώθηκε από το 4,5%
- Τα «αντισυλληπτικά» δηλώθηκαν από το 1,9%

Γράφημα 5: Ποιο είδος αντισύλληψης χρησιμοποιείται;



Τέλος, στην ερώτηση αν έχετε κάνει έκτρωση στο παρελθόν, «καταφατικά» απάντησε το 23,3% με το 76,7% να δηλώνει την «αρνητική» απάντηση.

#### 4.4 Ερωτήσεις που αφορούν στις γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και την πρόληψή του

Εξετάζοντας την ύπαρξη προβλημάτων με το μαστό, το 8,4% των γυναικών του δείγματος απάντησαν «θετικά».

##### 4.4.1 Ερωτήσεις για την Αυτοεξέταση

Διερευνώντας την ύπαρξη γνώσης για την αυτοεξέταση μαστού και συγκεκριμένα στην ερώτηση αν οι γυναίκες του δείγματος γνωρίζουν να κάνουν αυτοεξέταση μαστού, «καταφατικά» απάντησε το 54% του δείγματος, με το υπόλοιπο 46% να δηλώνει ότι «δεν γνωρίζει» (πίνακας 6). Αναφορικά με την ηλικία που τα άτομα του δείγματος θεωρούν ότι πρέπει να ξεκινά η αυτοεξέταση του μαστού (πίνακας 7), το υψηλότερο ποσοστό (49,2%) δήλωσαν την ομάδα «20-30» και ακολουθεί το 38,8% που δήλωσε ότι πρέπει να γίνεται «άνω των 30 ετών». Επίσης το 12% των γυναικών του δείγματος επέλεξε ως ηλικία έναρξης της αυτοεξέτασης «κάτω των 20 ετών».

Πίνακας 6: Γνωρίζετε πως γίνεται σωστά η αυτοεξέταση μαστών;

	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Valid				
Ναι	167	54,0	54,0	54,0
Όχι	142	46,0	46,0	100,0

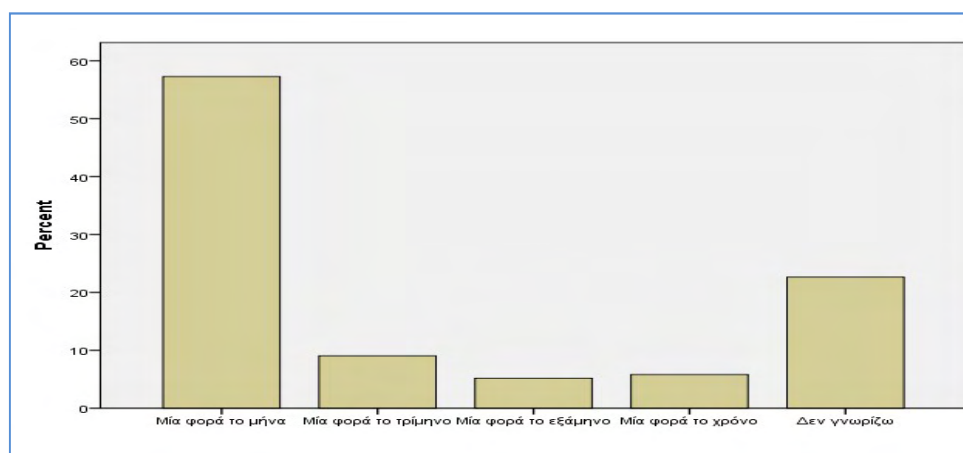
Total	309	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

Πίνακας 7: Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού;

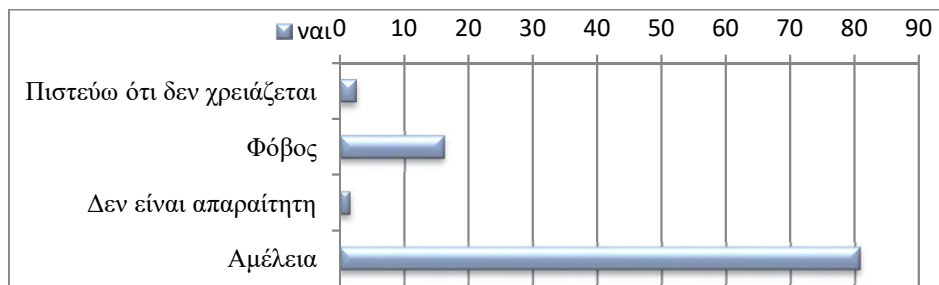
	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάτω από 20 ετών	37	12,0	12,0	12,0
Από 20-30	152	49,2	49,2	61,2
Valid Πάνω από 30 ετών	120	38,8	38,8	100,0
Total	309	100,0	100,0	

Ως προς την αξιολόγηση του αποτελέσματος της αυτοεξέτασης και ειδικά στην δήλωση: «Αν ανακαλύψω ένα ογκίδιο μόνη μου, δεν θα έχει καμία σημασία διότι θα είναι αργά», προκύπτει ότι το 92,2% του δείγματος «διαφωνούν» καταδεικνύοντας την κατανόηση της σημασίας της αυτοεξέτασης. Ως προς τη συχνότητα της αυτοεξέτασης, το 57,3% του δείγματος δήλωσε ότι πιστεύει πως πρέπει να γίνεται «μία φορά το μήνα». Το 22,7% δήλωσε «άγνοια σωστής απάντησης» ενώ το υπόλοιπο ποσοστό επέλεξε απαντήσεις που δηλώνουν χαμηλότερη συχνότητα αυτοεξέτασης (γράφημα 6). Εντοπίζοντας λόγους (γράφημα 7) που λειτουργούν αποτρεπτικά για την αυτοεξέταση προκύπτει ότι η «αμέλεια» είναι ο βασικότερος λόγος καθώς καταδεικνύεται από το 80,9% των ατόμων. Ο «φόβος» βρίσκεται στη 2<sup>η</sup> θέση καθώς επιλέγεται από το 16,2% του δείγματος ενώ οι υπόλοιπες περιπτώσεις συγκεντρώνουν πολύ μικρά ποσοστά επιλογής.

Γράφημα 6: Νομίζω η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται:

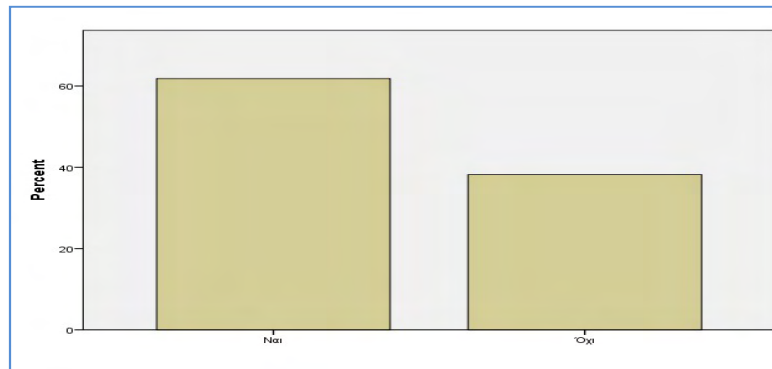


Γράφημα 7: Τι θα σας απέτρεπε από την αυτοεξέταση:

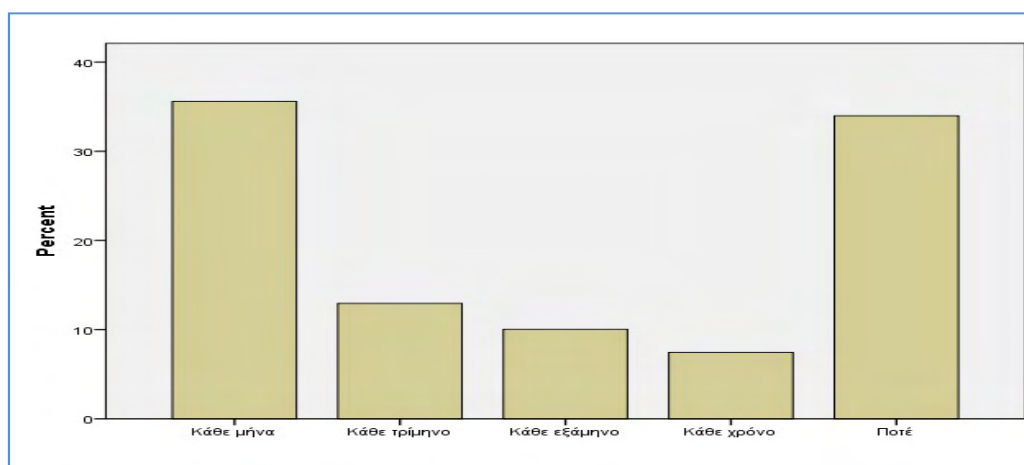


Εξετάζοντας αν τα άτομα του δείγματος κάνουν αυτοεξέταση μαστού, «καταφατικά» απάντησε μόνο το 61,8% ενώ το 38,2% έδωσε «αρνητική απάντηση» (γράφημα 8). Παράλληλα εξετάζοντας τη συχνότητα με την οποία κάνουν αυτοεξέταση (γράφημα 9), το 35,6% δήλωσε «κάθε μήνα». Το υπόλοιπο ποσοστό κατανέμεται σε 12,9% που δήλωσε αυτοεξέταση «κάθε 3μηνο», 10% που δήλωσε αυτοεξέταση «κάθε 6μηνο» και 7,4% που δήλωσε «ετήσια συχνότητα ελέγχου».

Γράφημα 8: Κάνετε αυτοεξέταση μαστών:



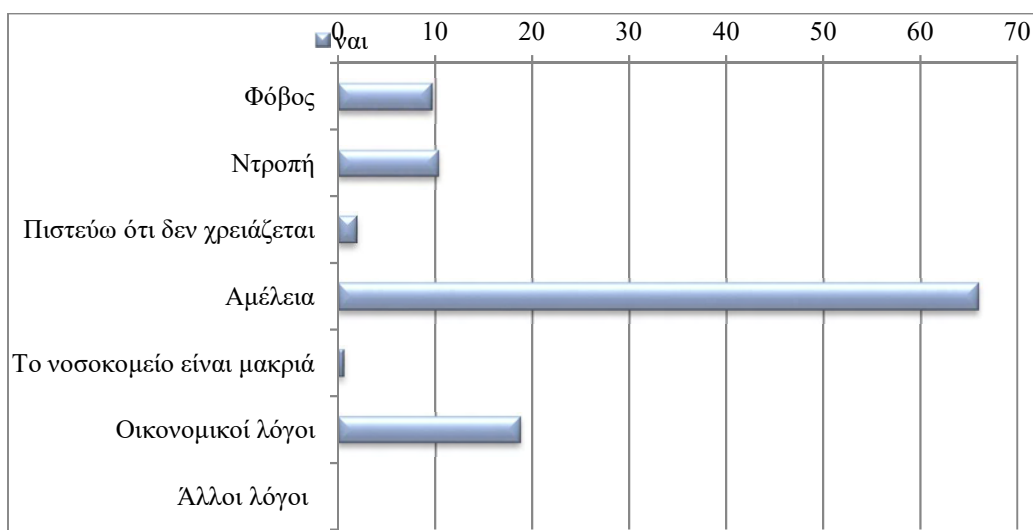
Γράφημα 9: Αν ναι, κάθε πότε:



#### 4.4.2 Ερωτήσεις για την Μαστογραφία

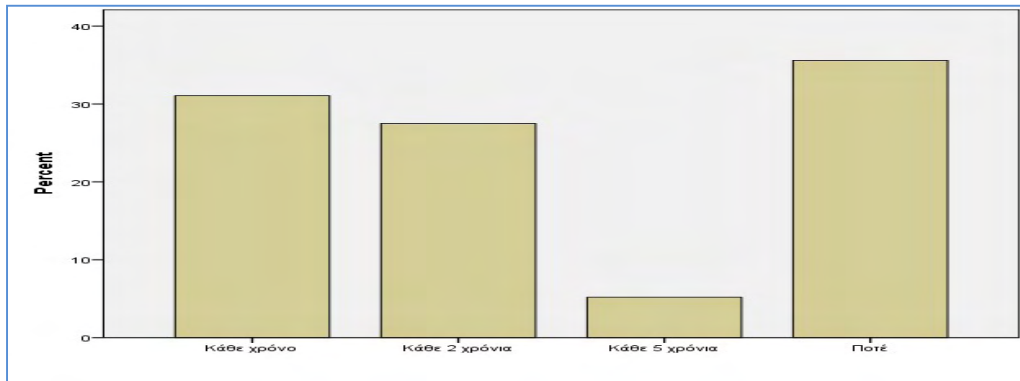
Ως προς την ηλικία έναρξης της μαστογραφίας, η πλειοψηφία των ατόμων (92,9%) επέλεξε την απάντηση «άνω των 40 ετών». Μόνο το 5,2% των γυναικών δήλωσαν την απάντηση «άνω των 50 ετών» ενώ πολύ μικρό ποσοστό 1,9% δήλωσε «άνω των 55 ετών». Ως προς τη συχνότητα της μαστογραφίας, το 81,2% επέλεξε την απάντηση «κάθε χρόνο». Το 9,7% δήλωσε την επιλογή «κάθε 5 έτη», μικρότερο ποσοστό (3,9%) επέλεξε την απάντηση «μόνο μία φορά» ενώ το 5,2% δήλωσε ότι «δεν γνωρίζει τη σωστή απάντηση». Κρίνοντας την μαστογραφία ως επώδυνη ή ανώδυνη εξέταση προκύπτει ότι το 76,1% των ατόμων εκτιμούν ότι είναι «ανώδυνη» ενώ το υπόλοιπο 23,9% πιστεύει ότι «θα πονέσει κατά την εξέταση». Όμοια κρίνοντας την επικινδυνότητα της εξέτασης, το σύνολο σχεδόν των ατόμων (91,6%) εκτιμά ότι «δεν είναι επικίνδυνη εξέταση». Εξετάζοντας τις απόψεις των γυναικών για τη συχνότητα της μαστογραφίας και της ψηλάφησης από ιατρό, το 79,6% επέλεξε την απάντηση «κάθε χρόνο», το 9,4% την απάντηση «κάθε 2 έτη» ενώ το 9,4% δήλωσε «άγνοια σωστής απάντησης». Εντοπίζοντας λόγους που λειτουργούν αποτρεπτικά για μια επίσκεψη στο γυναικολόγο (γράφημα 10), προκύπτει ότι η «αμέλεια» είναι ο βασικότερος λόγος καθώς καταδεικνύεται από το 66% των ατόμων. «Οι οικονομικοί λόγοι» ακολουθούν καθώς επιλέγονται από το 18,8% και σε επόμενη θέση με μικρότερα ποσοστά κατατάσσονται ο «φόβος» και η «ντροπή».

Γράφημα 10: Τι θα σας απέτρεπε από επίσκεψη σε γυναικολόγο:



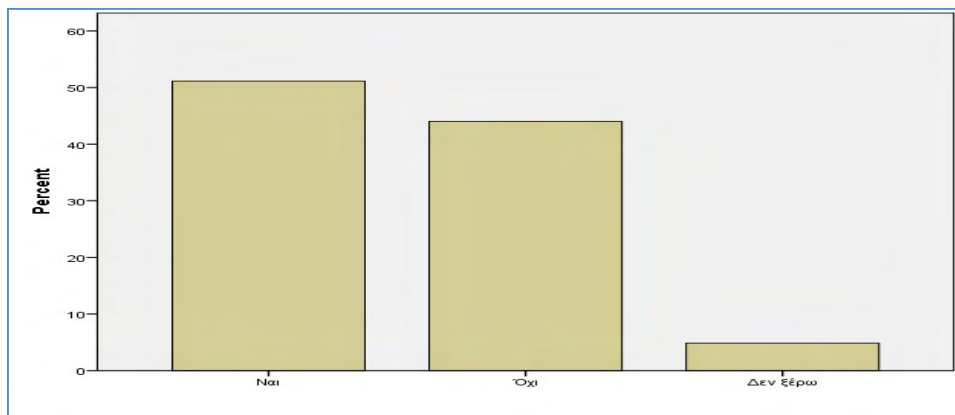
Εξετάζοντας τη συχνότητα με την οποία κάνουν μαστογραφία (γράφημα 11), το 31,1% δήλωσε ότι κάνει «κάθε χρόνο» ενώ το 27,5% «κάθε 2 χρόνια». «Κάθε 5 έτη» δήλωσε το 5,8% ενώ την επιλογή «ποτέ» επέλεξε το 35,6% του δείγματος. Όμοια εξετάζοντας τη συχνότητα επίσκεψης σε γυναικολόγο, το 55,7% δήλωσε ότι επισκέπτεται γυναικολόγο «κάθε χρόνο» και το 12,7% «κάθε 2 χρόνια». «Κάθε 5 έτη» δήλωσε ότι επισκέπτεται το 12,6% και την επιλογή «ποτέ» επέλεξε το 7,1%.

Γράφημα 11: Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:



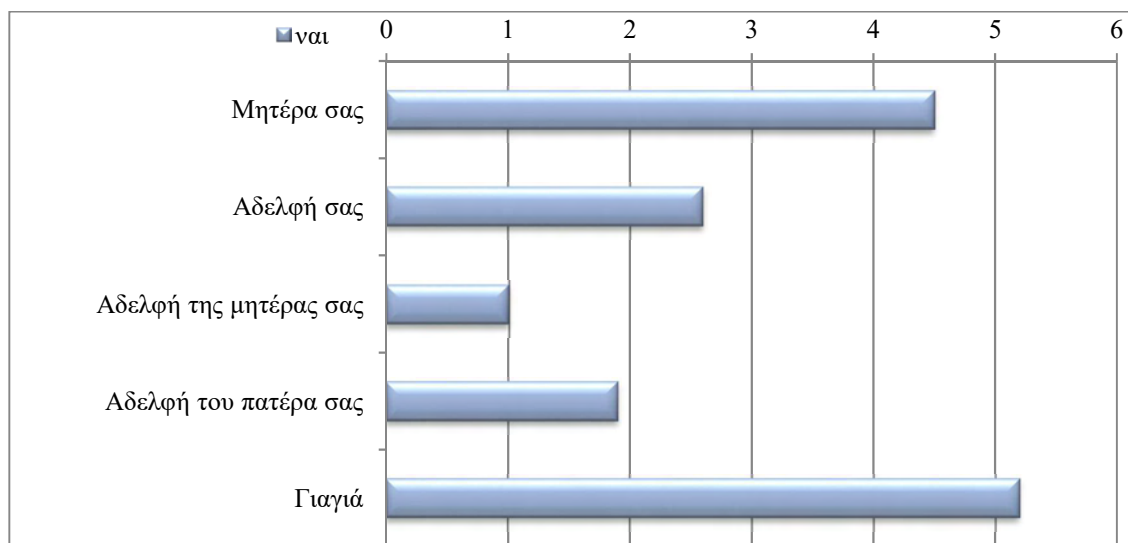
Αναφορικά με την άποψη ύπαρξης πρόληψης από τον καρκίνο του μαστού, το 88,2% των γυναικών του δείγματος απάντησαν «θετικά» με το 11,8% να δίνουν «αρνητική» απάντηση. Ως προς την ύπαρξη κληρονομικότητας στον καρκίνο του μαστού (γράφημα 12), οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζονται χωρισμένες ακριβώς στη μέση ως προς τις επιλογές τους. Έτσι, το 51,1% δήλωσαν της απάντηση «ναι». Αντίθετα, το υπόλοιπο ποσοστό είτε επέλεξε την «αρνητική» απάντηση (44%) είτε δήλωσε «άγνοια της σωστής απάντησης» (4,9%).

Γράφημα 12: Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού:



«Αρνητικό ιστορικό» ΚΜ στην οικογένεια της γυναίκας δήλωσε το 84,8% των γυναικών του δείγματος, με το 15,2% να απαντά «θετικά». Διερευνώντας τον βαθμό συγγένειας της προέλευσης του ιστορικού (γράφημα 13), το 4,5% των γυναικών δήλωσε την «μητέρα», το 2,6% την «αδερφή», το 1% την «αδερφή της μητέρας», το 1,9% την «αδερφή του πατέρα» και το 5,2% την «γιαγιά».

Γράφημα 13: Συγκριτικό ραβδόγραμμα καρκίνου μαστού στην οικογένεια



Αναφορικά με την ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη / αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, προκύπτει ότι κύρια πηγή ενημέρωσης δηλώθηκαν τα «ΜΜΕ» από το 63,1%. Ακολουθούν τα «ενημερωτικά φυλλάδια» που επιλέχθηκαν από το 25,2%. Τέλος, οι «διαλέξεις» επιλέχθηκαν ως πηγή ενημέρωσης από το μικρότερο ποσοστό γυναικών (19,7%).

#### 4.4.3 Έλεγχος των μεταβλητών της ενότητας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

##### 4.4.3.α Ηλικία

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την ηλικία προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό» ( $p=0,002<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό προβλημάτων στην ομάδα 51-60 ετών.
- «Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού» ( $p=0,020<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο χαμηλότερο ποσοστό με το οποίο δηλώνεται η κατηγορία 20-30 όσο η ηλικία αυξάνει.
- «Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το ποσοστό των τόμων του διαφωνούν με την παραπάνω δήλωση αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία.
- «Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης» ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στην σταδιακή αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ενημερώνονται από τα ΜΜΕ όσο αυξάνεται η ηλικία.
- «Από ενημερωτικά φυλλάδια» ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στην σταδιακή αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ενημερώνονται από φυλλάδια όσο μειώνεται η ηλικία.

- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,022<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μικρότερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από την ηλικιακή ομάδα κάτω των 40 ετών έναντι των υπολοίπων.
- «Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία»: ( $p=0,002<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό γυναικών κάτω των 40 ετών που έχουν επιλέξει την απάντηση «ποτέ».

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την ηλικία και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 3).

#### 4.4.3.β Οικογενειακή κατάσταση

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την οικογενειακή κατάσταση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού»: ( $p=0,002<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση που εντοπίζεται στην ομάδα των παντρεμένων γυναικών.
- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,024<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση που εντοπίζεται στην ομάδα των ανύπανδρων γυναικών.
- «Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση» ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση που εντοπίζεται στην ομάδα των ανύπανδρων γυναικών.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «φόβος» ( $p=0,038<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από την ομάδα των ανύπανδρων γυναικών.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από την ομάδα των παντρεμένων γυναικών.
- «Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία»: ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των ανύπανδρων γυναικών που έχουν επιλέξει την απάντηση «ποτέ».

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Οικογενειακή κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 4).

#### 4.4.3.γ Ύπαρξη παιδιών

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την ύπαρξη παιδιών προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση που εντοπίζεται στην ομάδα γυναικών χωρίς παιδιά.



- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,018<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση που εντοπίζεται στην ομάδα των γυναικών χωρίς παιδί.
- «Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση» ( $p=0,017<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση που εντοπίζεται στην ομάδα των γυναικών χωρίς παιδί.
- «Από ενημερωτικά φυλλάδια» ( $p=0,046<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών με παιδί, που ενημερώνονται από φυλλάδια.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «φόβος» ( $p=0,009<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδί.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από την ομάδα των γυναικών με παιδί.
- Επίσκεψη σε γυναικολόγο – εμπόδιο «φόβος» ( $p=0,011<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από την ομάδα των γυναικών χωρίς παιδί.
- «Κάνετε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,014<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό καταφατικών απαντήσεων στις γυναίκες με παιδί.
- «Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών χωρίς παιδί, που έχουν επιλέξει την απάντηση «ποτέ».

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Ύπαρξη παιδιών και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 5).

#### 4.4.3.δ Επαγγελματική κατάσταση

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την επαγγελματική κατάσταση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου τα μικρότερα ποσοστά στην ομάδα από 20 έως 30 ετών έχουν δηλωθεί από τις γυναίκες οικιακά και συνταξιούχος.
- «Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται»: ( $p=0,003<0,05$ ), όπου τα μικρότερα ποσοστά στην ομάδα μία φορά κάθε μήνα έχουν δηλωθεί από τις γυναίκες με οικιακά και συνταξιούχος.
- «Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης» ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μικρότερο ποσοστό των απασχολουμένων που ενημερώνονται από τα ΜΜΕ σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες.

- «Από ενημερωτικά φυλλάδια» ( $p=0,014<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο συγκριτικό ποσοστό των απασχολούμενων που ενημερώνονται από φυλλάδια και στο αντίστοιχο πολύ μικρό ποσοστό που δηλώνουν την πηγή ενημέρωσης οι γυναίκες σε σύνταξη.
- «Από διαλέξεις» ( $p=0,027<0,05$ ), η συγκριμένη πηγή ενημέρωσης δηλώνεται κυρίως από απασχολούμενες και συνταξιούχες γυναίκες.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «φόβος» ( $p=0,018<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο από τις γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά.
- «Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία»: ( $p=0,032<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό ανέργων γυναικών που έχουν επιλέξει την απάντηση «ποτέ».

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Επαγγελματική κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 6)

#### 4.4.3.ε Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την εκπαίδευση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό» ( $p=0,011<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό που εντοπίζεται στην ομάδα γυναικών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- «Γνωρίζετε πως γίνεται σωστά η αυτοεξέταση του μαστού»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων που δηλώθηκαν από την ομάδα γυναικών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- «Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων της κατηγορίας από 20 έως 30 έτη, που δηλώθηκαν από την ομάδα γυναικών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- «Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά»: ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση των ποσοστών διαφωνίας με την παραπάνω δήλωση, όσο αυξάνεται το επίπεδο.
- «Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση των ποσοστών της απάντησης «μία φορά κάθε μήνα», όσο αυξάνεται το επίπεδο.
- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,040<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση των ποσοστών διαφωνίας με την παραπάνω δήλωση, όσο αυξάνεται το επίπεδο.
- «Από ΜΜΕ» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή μείωση των ποσοστών επιλογής της παραπάνω πηγής, όσο αυξάνεται το επίπεδο.

- Γυναικολόγος – εμπόδιο «ντροπή» ( $p=0,001<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται στις γυναίκες απόφοιτες γυμνασίου.
- Γυναικολόγος – εμπόδιο «οικονομικό» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται στις γυναίκες απόφοιτες γυμνασίου και λυκείου.
- «Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών τριτοβάθμιας, που έχουν επιλέξει την απάντηση κάθε μήνα.
- «Κάθε πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στην αύξηση των γυναικών, που έχουν επιλέξει την απάντηση ποτέ, όσο αυξάνεται το επίπεδο.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το Εκπαιδευτικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 7).

#### 4.4.3.στ Οικονομικό επίπεδο

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με το οικονομικό επίπεδο, μόνο για τις 2 κατηγορίες χαμηλό – μεσαίο, στατιστικά σημαντική εξάρτηση με το οικονομικό επίπεδο προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού» ( $p=0,009<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων της κατηγορίας από 20 έως 30 έτη, που δηλώθηκαν από την ομάδα μεσαίου εισοδήματος.
- «Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται»: ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων της κατηγορίας από 20 έως 30 έτη, που δηλώθηκαν από την ομάδα μεσαίου εισοδήματος.
- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας που δηλώθηκαν από την ομάδα μεσαίου εισοδήματος.
- «Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση» ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας που δηλώθηκαν από την ομάδα μεσαίου εισοδήματος.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,016<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται και πάλι στην ομάδα μεσαίου εισοδήματος.
- «Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού» ( $p=0,010<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων της κατηγορίας «ναι», που δηλώθηκαν από την ομάδα μεσαίου εισοδήματος.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το Οικονομικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 8).

#### 4.4.3.ζ Τόπος διαμονής

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με τον τόπο διαμονής, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται χαμηλότερο ποσοστών διαφωνίας με την παραπάνω δήλωση, στο χωριό και την πόλη έναντι της κωμόπολης.
- «Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο χαμηλό ποσοστό της επιλογής «μια φορά το μήνα» στην περίπτωση του χωριού.
- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλό ποσοστό συμφωνίας στην κωμόπολη.
- Γυναικολόγος – εμπόδιο «οικονομικό» ( $p=0,005<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται στην κωμόπολη.
- «Κάθε πότε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών τριτοβάθμιας, που έχουν επιλέξει την απάντηση κάθε μήνα.
- «Κάνετε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το μικρότερο ποσοστό αυτοεξέτασης δηλώνεται στην κωμόπολη.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με τον Τόπο διαμονής και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 9).

#### 4.4.3.η Κάπνισμα

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με το κάπνισμα προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,026<0,05$ ), όπου το ποσοστό των ατόμων του διαφωνούν με την παραπάνω δήλωση είναι υψηλότερο στις καπνίστριες.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το κάπνισμα και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 10).

#### 4.4.3.θ Θηλασμός

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με τον θηλασμό, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού» ( $p=0,006<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην περίπτωση των γυναικών που δεν θήλασαν.
- «Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,023<0,05$ ), όπου το ποσοστό των ατόμων του διαφωνούν με την παραπάνω δήλωση είναι υψηλότερο στην περίπτωση των γυναικών που δεν θήλασαν.

- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλό ποσοστό συμφωνίας στην περίπτωση των γυναικών που δεν θήλασαν.
- «Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση» ( $p=0,040<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- Γυναικολόγος – «φόβος» ( $p=0,002<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται στις γυναίκες που δεν θήλασαν.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το θηλασμό και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 10).

#### 4.4.3.1 Σεξουαλικές σχέσεις

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με τις σεξουαλικές σχέσεις, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένειά σας»: ( $p=0,011<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην περίπτωση των γυναικών χωρίς σχέσεις.
- «Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το ποσοστό των ατόμων του διαφωνούν με την παραπάνω δήλωση είναι υψηλότερο στην περίπτωση των γυναικών με σχέση.
- «Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το ποσοστό των ατόμων του διαφωνούν με την παραπάνω δήλωση είναι υψηλότερο στην περίπτωση των γυναικών με σχέση.
- «Κάθε πότε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,021<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών με σχέση, που έχουν επιλέξει την απάντηση κάθε μήνα.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με τις σεξουαλικές σχέσεις και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 11).

#### 4.4.3.1α Έκτρωση

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με την έκτρωση, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό» ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην περίπτωση έκτρωσης.
- «Γνωρίζετε πως γίνεται σωστά η αυτοεξέταση του μαστού»: ( $p=0,016<0,05$ ), όπου το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι γνωρίζουν είναι υψηλότερο στην περίπτωση μη έκτρωσης.
- Αυτοεξέταση – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,001<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται στις περίπτωση μη έκτρωσης.

- Γυναικολόγος – εμπόδιο «οικονομικό» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο εντοπίζεται στις περίπτωση έκτρωσης.
- «Κάνετε αυτοεξέταση μαστού»: ( $p=0,018<0,05$ ), όπου το ποσοστό των ατόμων του απαντούν καταφατικά είναι υψηλότερο στην περίπτωση των γυναικών χωρίς έκτρωση.
- «Κάθε πότε μαστογραφία»: ( $p=0,004<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών με έκτρωση που έχουν επιλέξει την απάντηση κάθε μήνα.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Έκτρωση και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 12).

#### 4.5 Ερωτήσεις που αφορούν στις γνώσεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την πρόληψή του

Εξετάζοντας την ύπαρξη γυναικολογικών προβλημάτων το 14,6% των γυναικών του δείγματος απάντησαν «θετικά», (πίνακας 8).

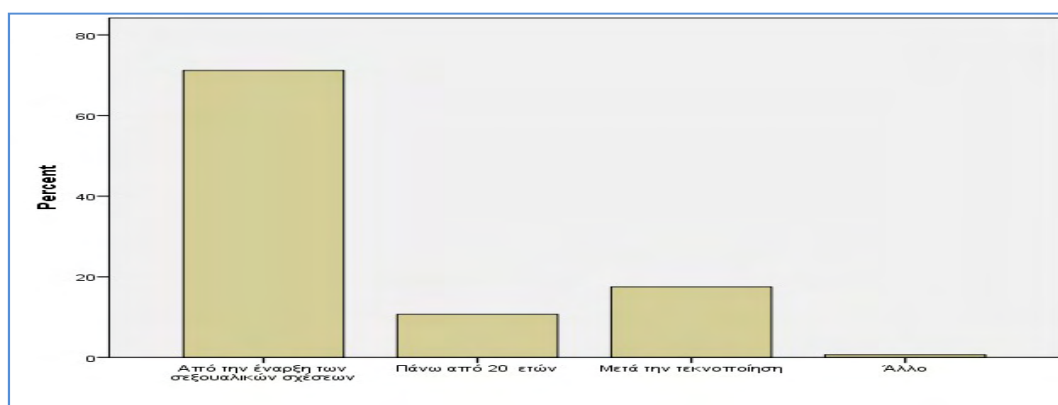
Πίνακας 8: Έχετε γυναικολογικά προβλήματα:

	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Valid Ναι	45	14,6	14,6	14,6
Valid Όχι	264	85,4	85,4	100,0
Total	309	100,0	100,0	

##### 4.5.1 Ερωτήσεις για το Τεστ Παπανικολάου

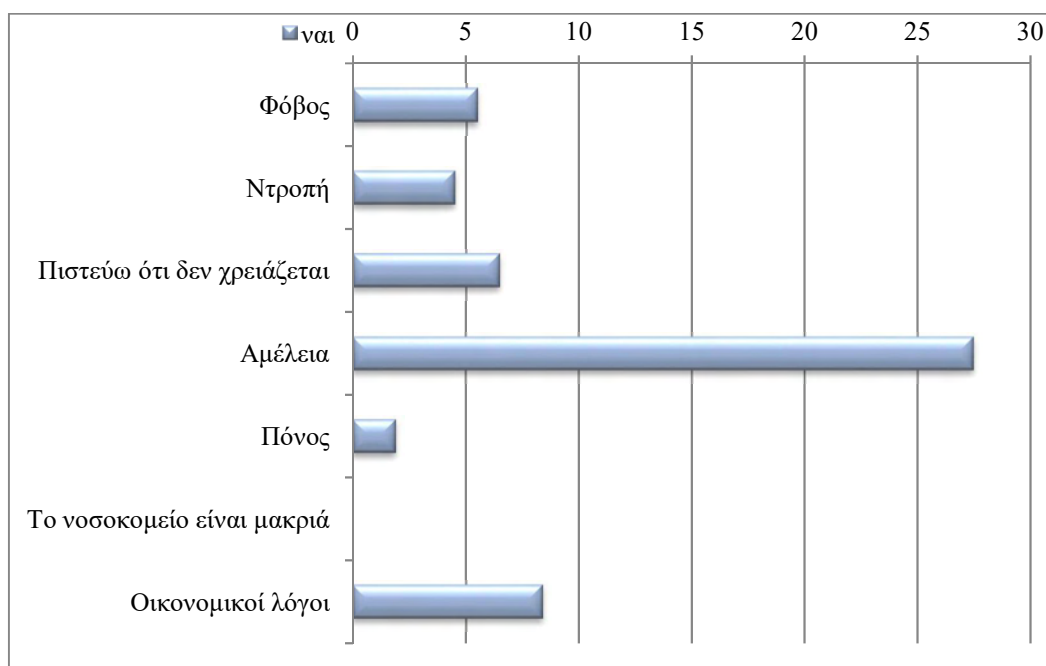
Αναφορικά με την ηλικία που τα άτομα του δείγματος θεωρούν ότι πρέπει να ξεκινά ο έλεγχος με το τεστ Παπ (γράφημα 14), το υψηλότερο ποσοστό (71,2%) δήλωσαν την επιλογή «από την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων». Το 10,7% του δείγματος επέλεξε την απάντηση «πάνω από 20 ετών» και το 17,5% δήλωσε ότι πρέπει να γίνεται «μετά την τεκνοποίηση».

Γράφημα 14: Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ;



Εξετάζοντας την άποψη των γυναικών για το όφελος από το τεστ Παπ, η πλειοψηφία του δείγματος (94,8%) εκτιμά ότι υπάρχει όφελος, καθώς «διαφωνεί» με την δήλωση: «Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά». Ως προς τη συχνότητα της εξέτασης, το 87,1% επέλεξε την απάντηση «κάθε χρόνο». Το 5,5% δήλωσε την επιλογή «κάθε εξάμηνο» ενώ με μικρότερα ποσοστά επιλέχθηκαν οι υπόλοιπες απαντήσεις. Εξετάζοντας αν τα άτομα του δείγματος κάνουν και οι ίδιες το τεστ προκύπτει ότι το 88,3% των γυναικών έχουν απαντήσει «καταφατικά». Εξετάζοντας τη συχνότητα με την οποία κάνουν τεστ Παπ, το 60,5% δήλωσε ότι κάνει «κάθε χρόνο» ενώ το 15,9% «κάθε 3 χρόνια». Οι άλλες 2 επιλογές απαντήθηκαν από μικρότερα ποσοστά. Εντοπίζοντας λόγους που λειτουργούν αποτρεπτικά για τον έλεγχο με το τεστ Παπ (γράφημα 15), προκύπτει ότι η «αμέλεια» είναι ο βασικότερος λόγος καθώς καταδεικνύεται από το 27,5% των γυναικών. Οι «οικονομικοί λόγοι» και η άποψη ότι «δεν χρειάζεται» ακολουθούν με ποσοστά επιλογής 8,4 και 6,5%.

Γράφημα 15: Τι θα σας απέτρεπε από την εξέταση:



Αναφορικά με την ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη / αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (γράφημα 16), προκύπτει ότι η τάση είναι όμοια με την προηγούμενη συμπεριφορά με κύρια πηγή ενημέρωσης να έχει δηλωθεί τα «ΜΜΕ» από το 64,4%. Ακολουθούν τα «ενημερωτικά φυλλάδια» που επιλέχθηκαν από το 29%. Οι «διαλέξεις» επιλέχθηκαν ως πηγή ενημέρωσης από το μικρότερο ποσοστό γυναικών (20,7%).

Γράφημα 16: Από πού ενημερώνεστε σχετικά με την πρόληψη / αντιμετώπιση του καρκίνου της μήτρας:



Αναφορικά με την άποψη ύπαρξης πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου (πίνακας 9), το 79,8% των γυναικών του δείγματος απάντησαν «θετικά» με το 17,5% να δηλώνουν ότι «δεν ξέρουν» και μόνο το 2,9% να δίνουν «αρνητική απάντηση».

Πίνακας 9: Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	246	79,6	79,6	79,6
Όχι	9	2,9	2,9	82,5
Δεν ξέρω	54	17,5	17,5	100,0
Total	309	100,0	100,0	

Ως προς την ύπαρξη κληρονομικότητας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (γράφημα 17), οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζονται χωρισμένες στη μέση ως προς τις επιλογές τους, τάση που επαναλαμβάνεται και στην περίπτωση του μαστού. Έτσι, το 51,1% δήλωσαν της απάντηση «ναι». Αντίθετα, το υπόλοιπο ποσοστό είτε επέλεξε την «αρνητική απάντηση» (25,2%) είτε δήλωσε «άγνοια της σωστής απάντησης» (23,3%).

Γράφημα 17: Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:





Εξετάζοντας το ιστορικό ΚΤΜ στις γυναίκες, προκύπτει:

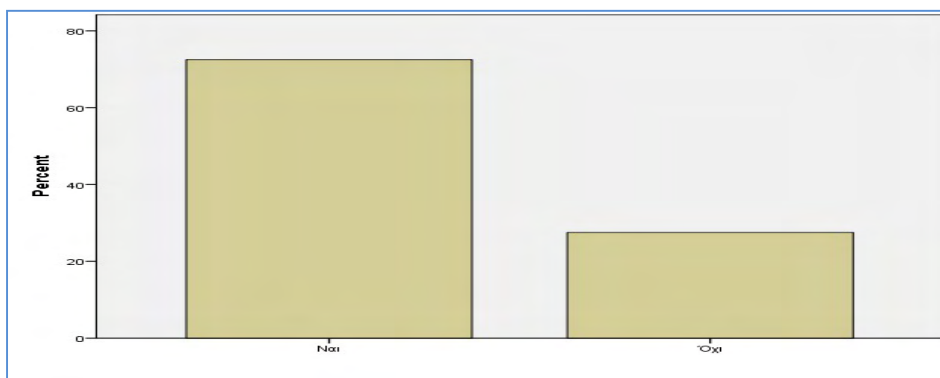
«Αρνητικό ιστορικό» ΚΤΜ στην οικογένεια της γυναίκας δήλωσε το 93,5% των γυναικών του δείγματος, με το 6,5% να απαντά «θετικά». Στην ερώτηση για την αύξηση της πιθανότητας η γυναίκα να νοσήσει με την πάροδο της ηλικία, το 47,9% έχει «θετική άποψη» ενώ το 52,1 «διαφωνεί». Αξιολογώντας την άποψη ότι, η συστηματική εξέταση με τεστ Παπ, θα μειώσει σταδιακά το πλήθος των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι γυναίκες του δείγματος συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό καθώς επιλέγουν την απάντηση «συμφωνώ» σε ποσοστό 98,1%.

Αξιολογώντας το κίνδυνο που έχουν να νοσήσουν σε σχέση με άλλες γυναίκες, το 78,6% εκτιμά ότι «κινδυνεύει το ίδιο». Κρίνοντας την επικινδυνότητα της εξέτασης, το σύνολο σχεδόν των ατόμων (97,4%) εκτιμά ότι «δεν είναι επικίνδυνη εξέταση». Αξιολογώντας, αν η «ντροπή» είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέταση, το 81,9% απάντησε «αρνητικά». Αξιολογώντας αν η πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων από το τεστ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι επίσης ανασταλτικός παράγοντας, το 24,2% απάντησε «θετικά» ωστόσο το 75,6% «διαφώνησε» με την παραπάνω άποψη.

#### 4.5.2 Ερωτήσεις για το εμβόλιο του HPV

Εξετάζοντας αν τα άτομα γνωρίζουν το εμβόλιο HPV (γράφημα 18), το 72,5% απάντησε «καταφατικά» με το υπόλοιπο 27,5% να δίνει «αρνητική απάντηση».

Γράφημα 18: Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων( HPV):



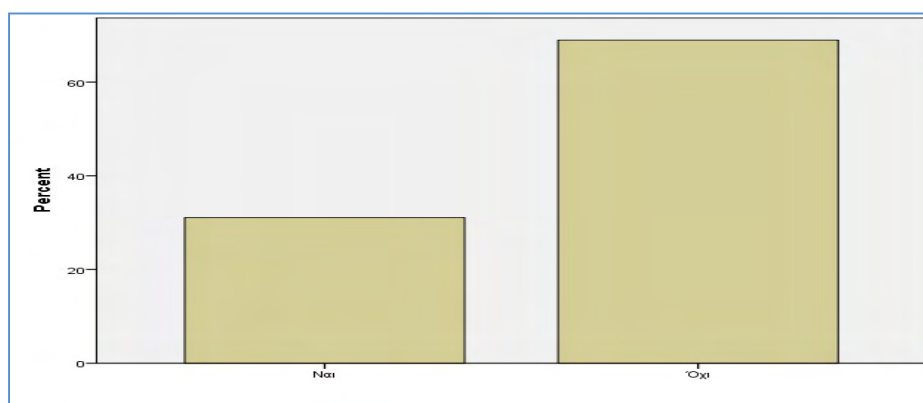
Εξετάζοντας τον εμβολιασμό των παιδιών (γράφημα 19), το 68,9% απάντησε «αρνητικά». Το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται από το 16,7% που αφορά γυναίκες χωρίς παιδιά και από το 15,7% που αφορά παιδιά μικρής ηλικίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο μη εμβολιασμός είναι δικαιολογημένος. Ωστόσο το υπόλοιπο ποσοστό (πίνακας 10) αφορά αιτίες, όπως:

- ✓ «Διότι τα παιδιά είναι αγόρια». Η αιτιολόγηση αυτή αφορά το 17,6% των απαντήσεων
- ✓ «Διότι είναι επικίνδυνο». Η αιτιολόγηση αυτή αφορά το 16,7%
- ✓ «Διότι δεν έχει γίνει η ανάλογη σύσταση». Η επιλογή συγκεντρώνει το υψηλότερο ποσοστό 31%.

✓ Οι «οικονομικοί λόγοι», η «αμέλεια» και η «έλλειψη», δηλώθηκαν με πολύ μικρά ποσοστά.

Αφαιρώντας τις περιπτώσεις μη εφικτού εμβολιασμού, το ποσοστό του εμβολιασμού των παιδιών, όπως εκ νέου προκύπτει είναι 40,7%.

Γράφημα 19: Εμβολιάσατε τα παιδιά σας;



Πίνακας 10 : Ποιοι οι λόγοι που δεν τα εμβολιάσατε;

	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Δεν έχω παιδιά	36	11,7	16,7	16,7
Είναι αγόρια	38	12,3	17,6	34,3
Επικίνδυνο	36	11,7	16,7	50,9
Δεν το σύστησαν	67	21,7	31,0	81,9
Valid Οικονομικοί λόγοι	1	,3	,5	82,4
Δεν υπήρχε	3	1,0	1,4	83,8
Μικρή ηλικία	34	11,0	15,7	99,5
Αμέλεια	1	,3	,5	100,0
Total	216	69,9	100,0	
Missing System	93	30,1		
Total	309	100,0		

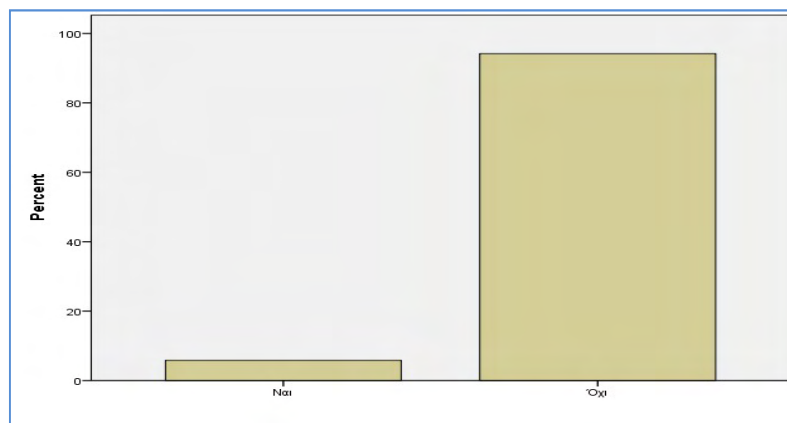
Στην ερώτηση αν οι ίδιες οι γυναίκες του δείγματος έχουν εμβολιαστεί (γράφημα 20), «αρνητική απάντηση» έδωσε το 94,2%, ενώ «έχει εμβολιαστεί» το 5,8%.

Οι κυριότερες αιτιολογήσεις (πίνακας 11), ήταν:

- ✓ «Η μεγάλη ηλικία» που δόθηκε από το 20%
- ✓ «Η μη σύστασή τους», που καταγράφηκε από ο υψηλότερο ποσοστό 29,9%
- ✓ «Η άποψη ότι δεν χρειάζεται», άποψη που καταγράφηκε από το 16,8% του δείγματος.
- ✓ «Η επικινδυνότητα και αναποτελεσματικότητα του εμβολίου», δηλώθηκε από το 8,2%

Διορθώνοντας εκ νέου με βάση την επικτικότητα του εμβολιασμού, το τελικό ποσοστό των εμβολιασμένων γυναικών είναι 8,5%.

Γράφημα 20: Έχετε εμβολιαστεί εσείς;



Πίνακας 11: Ποιοι οι λόγοι που δεν έχετε εμβολιαστεί;

	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Όχι απαραίτητο	2	,6	,7	,7
Μεγάλη ηλικία	59	19,1	20,3	21,0
Αμέλεια	13	4,2	4,5	25,4
Έχω εμβολιαστεί	1	,3	,3	25,8
Έχω HPV	15	4,9	5,2	30,9
Valid Μονογαμική σχέση	9	2,9	3,1	34,0
Επικίνδυνο/Αναποτελε- σματικό	24	7,8	8,2	42,3
Δεν το σύστησαν	87	28,2	29,9	72,2
Φόβος	4	1,3	1,4	73,5
Οικονομικοί λόγοι	3	1,0	1,0	74,6

Δεν το γνωρίζω	3	1,0	1,0	75,6
Δεν χρειάζεται	49	15,9	16,8	92,4
Δεν υπήρχε	22	7,1	7,6	100,0
Total	291	94,2	100,0	
Total	309	100,0		

Καταγράφοντας πιθανές λοιμώξεις από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες του δείγματος (πίνακας 12) προέκυψε ότι το 94,6% των γυναικών «δεν έχει δηλώσει κάποια από τις επιλογές», ενώ η μόνη περίπτωση που καταγράφηκε αφορούσε τον HPV που «δηλώθηκε» από το 6,5% των γυναικών.

Πίνακας 12: Έχετε κάποια λοίμωξη αποδεδειγμένη από:

		συχνότητα	%
HPV	Ναι	20	6,5
Χλαμύδια	Όχι	309	100,0
Μυκόπλασμα	Όχι	309	100,0
Ουρεόπλασμα	Όχι	309	100,0
Τίποτα	Ναι	292	93,5

#### 4.5.3 Έλεγχος των μεταβλητών της ενότητας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

##### 4.5.3.α Ηλικία

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την ηλικία προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση των ποσοστών της επιλογής «από την έναρξη» όσο μειώνεται η ηλικία.
- «Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση των ποσοστών των καταφατικών όσο μειώνεται η ηλικία.
- «Εμβολιάσατε τα παιδιά σας»: ( $p=0,001<0,05$ ), η τάση είναι όμοια με παραπάνω με το υψηλότερο θετικό ποσοστό να εντοπίζεται στις γυναίκες κάτω των 50.
- «Εσείς κάνετε το τεστ Παπ»: ( $p=0,001<0,05$ ), όπου το χαμηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες άνω των 61.
- «Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση των ποσοστών των καταφατικών όσο αυξάνεται η ηλικία.

- «Από ενημερωτικά φυλλάδια» ( $p=0,026<0,05$ ), όπου το χαμηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες άνω των 61.
- Τεστ Παπ – εμπόδιο «ντροπή» ( $p=0,027<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μικρότερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο στις γυναίκες άνω των 51.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την ηλικία και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 13).

#### 4.5.3.β Οικογενειακή κατάσταση

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την οικογενειακή κατάσταση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,004<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο απόλυτο θετικό ποσοστό καταφατικής απάντησης στις άγαμες γυναίκες
- «Έχετε εμβολιαστεί εσείς»: ( $p=0,003<0,05$ ), η τάση είναι όμοια με παραπάνω με το υψηλότερο θετικό ποσοστό να εντοπίζεται στις άγαμες γυναίκες.
- «Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας»: ( $p=0,003<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις άγαμες γυναίκες.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Οικογενειακή κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 14).

#### 4.5.3.γ Ύπαρξη παιδιών

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την ύπαρξη παιδιών προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- Τεστ Παπ – εμπόδιο «ντροπή» ( $p=0,013<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο μικρότερο ποσοστό που δηλώνεται το παραπάνω εμπόδιο στις γυναίκες με παιδιά.
- «Από ενημερωτικά φυλλάδια» ( $p=0,040<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες με παιδί.
- «Υπάρχει ιστορικό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην οικογένειά σας»: ( $p=0,006<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες χωρίς παιδί.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Ύπαρξη παιδιών και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 14).

#### 4.5.3.δ Επαγγελματική κατάσταση

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την επ. κατάσταση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «με την έναρξη» που δηλώθηκε από τις άνεργες και απασχολούμενες γυναίκες.

- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Εμβολιάσατε τα παιδιά σας»: ( $p=0,004<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Έχετε εμβολιαστεί εσείς»: ( $p=0,034<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις άνεργες γυναίκες.
- Τεστ Παπ – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στα υψηλά ποσοστά των γυναικών οικιακά και συνταξιούχος.
- Από «ΜΜΕ» ( $p=0,010<0,05$ ), όπου το χαμηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από απασχολούμενες γυναίκες.
- «Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας» ( $p=0,025<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες οικιακά και συνταξιούχος.
- «Αν και πιστεύω ότι το τεστ Παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω». ( $p=0,004<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες οικιακά.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Επαγγελματική κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 15).

#### 4.5.3.ε Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την εκπαίδευση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Έχετε γυναικολογικά προβλήματα»: ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων δηλώθηκαν από τις απόφοιτους λυκείου.
- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στην σταδιακή αύξηση του ποσοστού απαντήσεων «με την έναρξη» όσο αυξάνεται το επίπεδο.
- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,004<0,05$ ), όπου το ποσοστό διαφωνίας αυξάνεται όσο αυξάνεται το επίπεδο.
- «Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται» ( $p=0,000<0,05$ ), με το υψηλότερο ποσοστό καταφατικών απαντήσεων να δηλώνεται από τις απόφοιτες γυμνασίου.
- Τεστ Παπ – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,001<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του εμποδίου να αυξάνεται όσο μειώνεται το επίπεδο.
- Από «ΜΜΕ» ( $p=0,019<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης των ΜΜΕ να αυξάνονται όσο μειώνεται το επίπεδο.

- «Όσο περισσότερες κάνουν το τεστ τόσο λιγότεροι θάνατοι θα παρατηρούνται». ( $p=0,020<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες τριτοβάθμιας.
- «Αν και πιστεύω ότι το τεστ Παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω». ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες γυμνασίου / λυκείου.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Εκπαιδευτικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 16).

#### 4.5.3.στ Οικονομικό επίπεδο

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με το οικονομικό επίπεδο, μόνο για τις 2 κατηγορίες χαμηλό – μεσαίο, στατιστικά σημαντική εξάρτηση με το οικονομικό επίπεδο προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «με την έναρξη» στο μεσαίο επίπεδο.
- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,004<0,05$ ), όπου το ποσοστό διαφωνίας αυξάνεται όσο αυξάνεται το επίπεδο.
- «Εσείς κάνετε το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), που η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στο μεσαίο επίπεδο.
- «Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται» ( $p=0,000<0,05$ ), με το μεγαλύτερο ποσοστό της απάντησης να δηλώνεται από τα χαμηλά εισοδήματα.
- Τεστ Παπ – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,001<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του εμποδίου να αυξάνεται στο χαμηλό εισόδημα.
- «Όσο περισσότερες κάνουν το τεστ τόσο λιγότεροι θάνατοι θα παρατηρούνται». ( $p=0,014<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε στα χαμηλά εισοδήματα.
- «Νομίζω ότι το τεστ Παπ είναι επικίνδυνη εξέταση» ( $p=0,046<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση, απαντήθηκε στα χαμηλά εισοδήματα
- «Αν και πιστεύω ότι το τεστ Παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω». ( $p=0,022<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες χαμηλού εισοδήματος.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το Οικονομικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 17).

#### 4.5.3.ζ Τόπος διαμονής

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με τον τόπο διαμονής, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,009<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «με την έναρξη» στις πόλεις.
- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Εμβολιάσατε τα παιδιά σας»: ( $p=0,013<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό εμβολιασμού δηλώθηκε στην κωμόπολη, ακολουθεί η πόλη και χαμηλότερα κατατάσσεται το χωριό.
- «Εσείς κάνετε το τεστ Παπ»: ( $p=0,002<0,05$ ), που η διαφορά εντοπίζεται στο χαμηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στο χωριό.
- Τεστ Παπ – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,000<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του εμποδίου είναι χαμηλότερο στην πόλη.
- Ενημέρωση από «διαλέξεις» ( $p=0,007<0,05$ ), όπου το χαμηλότερο ποσοστό δηλώθηκε στην πόλη.
- «Αν και πιστεύω ότι το τεστ Παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω». ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες χωριών.
- «Το να κάνω συστηματικά το τεστ Παπ θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας» ( $p=0,046<0,05$ ), όπου το χαμηλότερο ποσοστό ανησυχίας δηλώθηκε από τις γυναίκες πόλης.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με τον Τόπο διαμονής και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 18).

#### 4.5.3.η Κάπνισμα

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με το κάπνισμα προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «με την έναρξη» των γυναικών που καπνίζουν.
- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,001<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Εμβολιάσατε τα παιδιά σας»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Αν και πιστεύω ότι το τεστ Παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω». ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας δηλώθηκε από τις γυναίκες που καπνίζουν.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το Κάπνισμα και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 19).



#### 4.5.3.θ Θηλασμός

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με τον θηλασμό, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,009<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «με την έναρξη» που δήλωσαν οι γυναίκες που δεν θήλασαν. Αντίθετα συγκριτικά υψηλότερο ποσοστό γυναικών που θήλασαν δήλωσαν την επιλογή «μετά την τεκνοποίηση».
- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,002<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω όπου υψηλότερο ποσοστό απάντησης ναι δηλώθηκε από τις γυναίκες που δεν θήλασαν.
- τεστ Παπ – εμπόδιο «φόβος» ( $p=0,015<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του εμποδίου να είναι υψηλότερο στις γυναίκες που δεν θήλασαν.
- «Ενημέρωση από φυλλάδια» ( $p=0,036<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε στις γυναίκες που θήλασαν.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με το Θηλασμό και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 20).

#### 4.5.3.ι Σεξουαλικές σχέσεις

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με τις σεξουαλικές σχέσεις, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Έχετε γυναικολογικά προβλήματα»: ( $p=0,012<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες με σχέσεις.
- «Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «με την έναρξη» στις γυναίκες με σχέσεις.
- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,000<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Εμβολιάσατε τα παιδιά σας»: ( $p=0,004<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά» ( $p=0,003<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας στις γυναίκες με σχέσεις.
- «Εσείς κάνετε το τεστ Παπ»: ( $p=0,000<0,05$ ), που η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στις γυναίκες με σχέσεις.
- τεστ Παπ – εμπόδιο «ντροπή» ( $p=0,000<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του εμποδίου είναι υψηλότερο στις γυναίκες χωρίς σχέσεις.

- τεστ Παπ – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,000<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του εμποδίου είναι υψηλότερο στις γυναίκες χωρίς σχέσεις.
- «Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας» ( $p=0,013<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας δηλώθηκε από τις γυναίκες χωρίς σχέσεις.
- «Αν και πιστεύω ότι το τεστ Παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω». ( $p=0,000<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό χωρίς σχέσεις.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με τις Σεξουαλικές σχέσεις και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 21)

#### 4.5.4.ια Έκτρωση

Εξετάζοντας την εξάρτηση των μεταβλητών με την έκτρωση, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτουν στις ακόλουθες μεταβλητές:

- «Γνωρίζετε το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)»: ( $p=0,030<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό δηλώθηκε από τις γυναίκες χωρίς έκτρωση.
- «Εμβολιάσατε τα παιδιά σας»: ( $p=0,009<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Έχετε εμβολιαστεί εσείς»: ( $p=0,006<0,05$ ), όπου η τάση είναι όμοια με παραπάνω.
- «Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται» ( $p=0,023<0,05$ ), όπου η διαφορά εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό επιλογής του λόγου από τις γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση.
- τεστ Παπ – εμπόδιο «αμέλεια» ( $p=0,000<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του λόγου είναι υψηλότερο στις γυναίκες με έκτρωση.
- τεστ Παπ – εμπόδιο «οικονομικό» ( $p=0,004<0,05$ ), με τα ποσοστά δήλωσης του λόγου είναι υψηλότερο στις γυναίκες με έκτρωση.
- «Υπάρχει κληρονομικότητα» ( $p=0,0463<0,05$ ), όπου το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας δηλώθηκε από τις γυναίκες με έκτρωση.

Πίνακας Συνάφειας των Μεταβλητών της ενότητας με την Έκτρωση και  $\chi^2$  έλεγχος (βλ. Παράρτημα 22).

#### 4. 6 Παρακολούθηση (follow up)

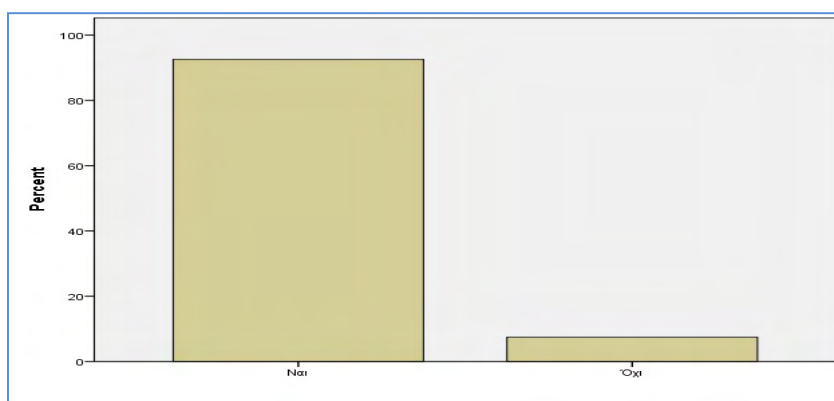
Αξιολόγηση της επιρροής της παρέμβασης στις ατομικές πεποιθήσεις στάσεις των γυναικών σχετικά με:

- Την κινητοποίηση για τη εφαρμογή μιας υγιούς συμπεριφοράς πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης για τον ΚΜ και τον ΚΤΜ.
- Τον εμβολιασμό του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV).

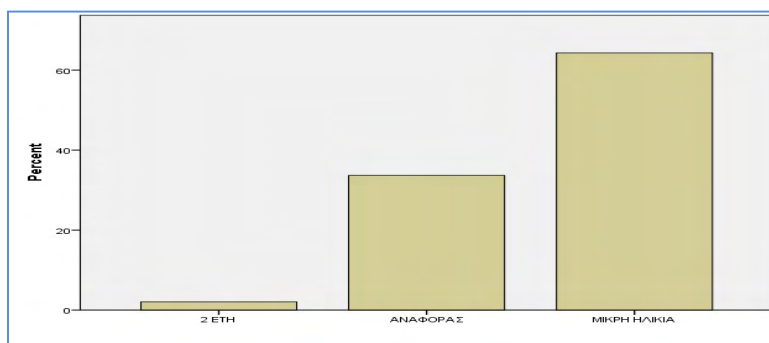
Επανεξετάζοντας τις στάσεις των γυναικών στους ελέγχους που αναφέρθηκαν προκύπτει:

➤ Το 75,4% των γυναικών του δείγματος δήλωσε ότι «έκανε μαστογραφία το τελευταίο εξάμηνο» (γράφημα 21). Στην αιτιολογία των αρνητικών απαντήσεων (γράφημα 22) δηλώθηκαν η «μικρή ηλικία» (15.8%), η «μαστογραφία αναφοράς μέχρι 40 ετών» (8.4%) και «ανά 3 έτη»(0.4%).

Γράφημα 21:Κάνετε μαστογραφία το τελευταίο εξάμηνο;



Γράφημα 22: Αν όχι, γιατί;



➤ Το 99,4% των γυναικών του δείγματος δήλωσε ότι θα συνεχίσει να κάνει αυτοεξέταση (πίνακας 13).

Στην αιτιολογία πιθανής αρνητικής στάσης (πίνακας 14) δηλώθηκε η «έλλειψη συνέπειας στη χρονική επαναληψιμότητα» (25.9%).

Πίνακας 13: Θα κάνετε αυτοεξέταση στο μέλλον;

συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
-----------	---	----------	--------------

	Ναι	307	99,4	99,4	99,4
Valid	Όχι	2	,6	,6	100,0
	Total	309	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Η έλλειψη συνέπειας στη χρονική επαναληψιμότητα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι τακτικά	80	25,9	100,0	100,0
	ελλείπουσα	229	74,1		
	Total	309	100,0		

➤ Το 92,6% των γυναικών του δείγματος δήλωσε ότι έκανε τεστ Παπ το τελευταίο εξάμηνο, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την ηλικίας τους.

Στην αιτιολογία των αρνητικών απαντήσεων δηλώθηκαν η «μεγάλη ηλικία» (3.9% άνω των 65 ετών) και η «χηρεία» (1%)

➤ Το 84% των γυναικών του δείγματος δήλωσαν ότι θα εμβολιάσουν τα παιδιά τους (πίνακας 15).

Στην αιτιολογία των αρνητικών απαντήσεων (πίνακας 16) δηλώθηκε η «προηγούμενη συνεργασία με τον κατάλληλο ιατρό», η «συμβουλευτική των παιδιών τους λόγω μεγάλης ηλικίας» και η «επικινδυνότητα».

Πίνακας 15: Θα εμβολιάσετε στην κατάλληλη ηλικία τα παιδιά σας? (εάν δεν το έχετε κάνει)

		συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
	Ναι	216	69,9	84,0	84,0
Valid	Όχι	41	13,3	16,0	100,0
	Total	257	83,2	100,0	
Total		309	100,0		

Πίνακας 16: Αιτιολόγηση των αρνητικών απαντήσεων.

	συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Αγόρι	1	,3	,7	,7
Δεν έχω	3	1,0	2,1	2,8
Επικίνδυνο	19	6,1	13,3	16,1
Valid Συμβουλευτική, είναι μεγάλα	53	17,2	37,1	53,1
Συνεργασία γυναικολόγου	29	9,4	20,3	73,4
Συνεργασία παιδίατρου	38	12,3	26,6	100,0
Total	143	46,3	100,0	
Total	309	100,0		

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας, συμβάλουν σημαντικά στη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που επιδρούν θετικά στην υγεία των ανθρώπων. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των γυναικών του Καλλικρατικού Δήμου Αλμυρού, ανέδειξε την αξία της πρόληψης στην έγκαιρη διάγνωση, στη μάχη κατά του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα αποτελέσματα μετά την παρέμβαση ήταν ικανοποιητικά. I. Το 99.4% των γυναικών δήλωσε ότι κάνει αυτοεξέταση μαστών κάθε μήνα αλλά το 25.9% εξ' αυτών, δήλωσε μια μικρή ασυνέπεια στη χρονική επαναληψιμότητα. II. Το 75.4% των γυναικών δήλωσε ότι έκανε μαστογραφία, το 8.4% ότι έκανε μαστογραφία αναφοράς ενώ το 15.8% δήλωσε ηλικία μικρότερη των 35 ετών. III. Το 92.6% δήλωσε ότι έκανε τεστ Παπ, ενώ το 3.9% δήλωσε ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. IV. Το 84% των γυναικών δήλωσε ότι θα εμβολιάσει τα παιδιά του, ενώ στις περιπτώσεις των αρνητικών απαντήσεων δηλώθηκε η συνεργασία με τον κατάλληλο ιατρό, η συμβουλευτική των παιδιών τους λόγω μεγάλης ηλικίας αυτών και η επικινδυνότητα.

Σε μια αντίστοιχη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στους εκπολιτιστικούς συλλόγους γυναικών των Νομών Λακωνίας και Αρκαδίας, τα αποτελέσματα ανέδειξαν την σημαντική συμβολή των παρεμβάσεων ακολουθώντας το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης [102]. Σύμφωνα, με άλλες μελέτες, ο προ-συμπτωματικός έλεγχος οδηγεί στην μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού και καρκίνο τραχήλου της μήτρας ακολουθώντας το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία. Η εκπαίδευση των γυναικών συμβάλει σημαντικά στην αλλαγή των πεποιθήσεών τους για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού μέσω μαστογραφίας [103] και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω του τεστ Παπ [104]. Ο καρκίνος μαστού είναι η πιο κοινή αιτία θνησιμότητας από καρκίνο μεταξύ των ευρωπαϊκών γυναικών. Σε μελέτη 13 Ευρωπαϊκών χωρών η ηλικία έναρξης της μαστογραφίας ποικίλει και εξαρτάται άμεσα από τα εθνικά προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου που εφαρμόζει κάθε χώρα.

Αυτό αφήνει πολλά περιθώρια βελτίωσης της Ασκούμενης Κρατικής πολιτικής σχετικά με τις δαπάνες για την υγεία ώστε να υποστηρίζεται το θεσμικό πλαίσιο της παροχής προληπτικής φροντίδας [105]. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη των Ramachandran A et al, ότι δηλαδή χρειάζονται περαιτέρω καινοτομίες για να μεγιστοποιηθεί ο θετικός αντίκτυπος των προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης [106].

Κρίνοντας από τα εμπόδια που συναντήσαμε κατά την πρώτη φάση της μελέτης (αρνητικές πεποιθήσεις) για την πραγματοποίηση της μαστογραφίας, είδαμε ότι το 23,9% πιστεύει ότι θα πονέσει, το 66% δεν κάνει τακτικά κλινική εξέταση μαστών από γιατρό λόγω αμέλειας, το 35.6% δεν

έχει κάνει ποτέ μαστογραφία, ενώ το 18.8% για οικονομικούς λόγους. Μια αντίστοιχη μελέτη, που ερευνούσε τις γνώσεις και τα εμπόδια στην αλλαγή των πεποιθήσεων για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού, έδειξε ότι το 27.7% κάνει μαστογραφία και το 38.5% κάνει αυτοεξέταση. Η πεποίθηση ότι η μαστογραφία είναι επώδυνη συσχετίστηκε, με το 56% [107]. Παρόμοια είναι και τα δικά μας αποτελέσματα σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι γυναίκες υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, έχουν πιο σωστές γνώσεις σχετικά με την επαναληψιμότητα της αυτοεξέτασης και της μαστογραφίας [108]. Υπάρχει μια μελέτη ανασκόπησης δημοσιευμένων ερευνών στην Ισπανία, σχετικά με τα εμπόδια προληπτικού ελέγχου καρκίνου μαστού και του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Αυτά είναι ο φόβος, τα γλωσσικά αλλά κυρίως τα πολιτιστικά εμπόδια. Στην δική μας έρευνα, σε ερώτηση, από πού ενημερώνεστε για τις προληπτικές εξετάσεις, το 63% απαντά κυρίως από τα ΜΜΕ ενώ από τα ενημερωτικά φυλλάδια το 27%. Οι πολιτιστικοί παράγοντες, επηρεάζουν την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών [109].

Τα αποτελέσματα μελέτης, σχετικά με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις (524γυναικών) του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, στο τουρκικό πανεπιστήμιο Ergiyes, έδειξαν ότι το 60.5% έκανε αυτοεξέταση, το 4.4% DNA HPV τεστ, το 34.7% μαστογραφία και το 19.5% με τεστ Παπ. Για την συνειδητοποίηση της αξίας της έγκαιρης διάγνωσης από τους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να δοθεί έμφαση κατά την διάρκεια της προπτυχιακής εκπαίδευσής τους, καθώς και σε μεταπτυχιακά προγράμματα επιμόρφωσης, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρών εργασίας [110].

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κοινωνικό-οικονομικό, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος διαμονής επηρεάζουν σημαντικά τη διενέργεια της μαστογραφίας. Παρόμοια μελέτη, που έγινε σε πληθυσμό ηλικίας 40-69 ετών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 49% των γυναικών που έκανε μαστογραφία ήταν κάτοικοι αστικών κέντρων ενώ το 35% αφορούσε κατοίκους κωμοπόλεων – χωριών. Οικονομικά προβλήματα, δήλωσαν οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών και έλλειψη ενημέρωσης από έμπειρο προσωπικό οι γυναίκες – κάτοικοι χωριών [111].

Στην παρούσα μελέτη, σχετικά με την αυτοεξέταση μαστών πριν την παρέμβαση, το 61.8% δήλωσε ότι γνωρίζει πως γίνεται η αυτοεξέταση, για την ορθότητα της επαναληψιμότητας σε μηνιαία βάση μόνο το 35.6% απάντησε θετικά, ενώ τα αποτελέσματα μετά την παρέμβαση είναι αντίστοιχα 99.4% και 25.9%. Τα αποτελέσματά μας αυτά έχουν στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την ηλικιακή ομάδα κάτω των 40 ετών. Φαίνεται το ίδιο ισχύει και σε άλλες χώρες. Σε μελέτη μεταξύ φοιτητριών αποδείχθηκε ότι η ομάδα που παρακολούθησε ένα πρόγραμμα αυτοεξέτασης μαστού, μετά από 12 μήνες είχε αλλάξει στάση και εφάρμοζε την μηνιαία αυτοεξέταση. Η σωστή υιοθέτηση στάσεων και πεποιθήσεων σε θέματα προληπτικής ιατρικής των νεαρών γυναικών είναι ένα ελπιδοφόρο μήνυμα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε χώρας [112].

Σημαντικά είναι επίσης τα αποτελέσματα μιας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης των Meggiolaro A et al, που επιβεβαιώνουν τον προστατευτικό ρόλο του με τεστ Παπ, για την

έγκαιρη διάγνωση προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας, ιδίως μεταξύ των γυναικών μικρότερων ή ίσων των 40 ετών [113]. Οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που κάνουν με τεστ Παπ. Από μελέτη που έγινε για την διερεύνηση του ποσοστού των γυναικών που κάνουν με τεστ Παπ έχοντας σαν τόπο διαμονής το χωριό, το 53% έδωσε αρνητική απάντηση λόγω πλημμελούς ενημέρωσης [114].

Εντοπίσαμε, ότι η αμέλεια είναι ο βασικότερος λόγος που οι γυναίκες δεν κάνουν με τεστ Παπ. σε ποσοστό 27.5%. Μια άλλη μελέτη, επίσης καταλήγει ότι τα ψυχοκοινωνικά εμπόδια, όπως φόβος, άγνοια, ντροπή, με κυριότερο την αμέλεια αποτρέπουν την λήψη του με τεστ Παπ [115].

Σε μια άλλη μελέτη, όπου το 97.2% ήταν κάτοικοι αστικού κέντρου, και το 78.8% των συμμετεχόντων ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, μόνο το 15.8% των συμμετεχόντων είχε κάνει με τεστ Παπ ενώ το 48% δεν γνώριζε τι είναι. Τα αποτελέσματα αυτά, δεν συνάδουν με την δική μας έρευνα. Σε αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής (κυρίως στην υπό-σαχάρια), λόγω έλλειψης υπηρεσιών ελέγχου και θεραπείας, τα δραματικά στατιστικά στοιχεία από το CDC, ότι 35/100.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται από ΚΤΜ και 23/100.000 πεθαίνουν, οφείλονται κυρίως σε κοινωνικό-πολιτισμικούς λόγους, [116].

Το 2007 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σε φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών, προκειμένου να μελετηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των φοιτητών για τον εμβολιασμό του ιού HPV, με την βοήθεια του HBM, διότι τα ποσοστά εμβολιασμού στην Ελλάδα -παρότι το εμβόλιο παρέχεται δωρεάν- είναι πολύ χαμηλά (11-25.80%). Το 71.7% των συμμετεχόντων δεν είχαν εμβολιαστεί και οι κυριότεροι λόγοι ήταν ότι θεωρούσαν ότι η σεξουαλική τους συμπεριφορά ήταν ασφαλής (24.1%) και δεν είχαν την κατάλληλη πληροφόρηση (8.5%) [117]. Στην παρούσα μελέτη, προστέθηκαν και οι λόγοι, ότι είναι επικίνδυνο και ότι στα αγόρια δεν συστήνεται ο συγκεκριμένος εμβολιασμός. Λόγω του χαμηλού ποσοστού των εμβολιασθέντων, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω πληροφόρηση του πληθυσμού μας μέσω οργανωμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας, όπως συμβαίνει στην Αυστραλία όπου οι γυναίκες είναι δεκτικές προς όλες τις μορφές πρόληψης και προαγωγής της ατομικής τους υγείας [118].

Όταν οι μητέρες έχουν θετικές πεποιθήσεις για τις προληπτικές εξετάσεις, αυτό έχει ως αποτέλεσμα και τα παιδιά τους να υιοθετήσουν υγιείς συμπεριφορές πρόληψης.

Στην μελέτη μας μετά την εφαρμογή του HBM, για την ενημέρωση του εμβολιασμού του ιού HPV, οι μητέρες δήλωσαν ότι εμβολίασαν ή στην κατάλληλη ηλικία θα εμβολιάσουν τα παιδιά τους σε ποσοστό 84%. Στις διαλέξεις μας, τονίστηκε ότι ο συνδυασμός του εμβολιασμού και του με τεστ Παπ είναι οι πιο σημαντικοί τρόποι πρόληψης του ΚΤΜ. Μία μελέτη, ανέδειξε τον συμβουλευτικό ρόλο των μητέρων στην υιοθέτηση από τα παιδιά τους, μιας υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης σχετικά με τον εμβολιασμό του ιού HPV αλλά και με τον τακτικό έλεγχο του με τεστ Παπ [119], επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.



Η υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών σε εφηβική ηλικία προτρέπει το άτομο να συνεχίζει την ίδια αντίληψη και την ίδια συμπεριφορά και στην ενήλικη ζωή του. Στην Αμερική, ο εμβολιασμός των παιδιών γίνεται σε μικρή ηλικία και ενημερώνονται ταυτόχρονα για την αναγκαιότητα του με τεστ Παπ. Σε μελέτη που ερεύνησε τις γνώσεις των εμβολιασμένων εφήβων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γνώριζαν και την χρησιμότητα του με τεστ Παπ [120]. Όταν οι άνθρωποι από μικρή ηλικία γαλουχούνται με υγιείς συμπεριφορές, συνεχίζουν και στην ενήλικη ζωή τον δρόμο της πρόληψης και της βελτίωσης τόσο της δικής τους όσο και της δημόσιας υγείας.

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με την έρευνά μας, κάθε περιστατικό του ΚΜ και του ΚΤΜ, θα μπορούσε να προληφθεί, μέσω Οργανωμένων Προγραμμάτων Έγκαιρης Διάγνωσης, συνδυάζοντας την πρωτογενή πρόληψη των εφήβων και των γυναικών μέσω εμβολιασμού για τον ΚΤΜ, και τη δευτερογενή πρόληψη για ενήλικες γυναίκες μέσω αυτοεξέτασης, μαστογραφίας για τον ΚΜ και με τεστ Παπ για τον ΚΤΜ. Η επένδυση στη πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση κοστίζει λιγότερο από την αντιμετώπιση των συνεπειών, με εμφανή αποτελέσματα τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στη συγκράτηση των δαπανών του συστήματος υγείας κάθε χώρας.

Κρίνεται σημαντική η παρέμβαση της πολιτείας:

- Στην υλοποίηση οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης, με σκοπό την συμμόρφωση του πληθυσμού στον προ-συμπτωματικό έλεγχο, ώστε να αποκομίζονται τα μέγιστα δυνατά οφέλη τόσο για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο όσο και για το σύστημα υγείας.
- Στην συνειδητοποίηση της αξίας της έγκαιρης διάγνωσης από τους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να δοθεί έμφαση κατά την διάρκεια της προπτυχιακής εκπαίδευσής τους, καθώς και σε μεταπτυχιακά προγράμματα επιμόρφωσης.
- Στον καθολικό εμβολιασμό του HPV των παιδιών στα σχολεία.
- Στην ένταξη προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, ώστε οι μαθητές μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση, να υιοθετούν υγιείς συμπεριφορές και στάσεις για την προαγωγή της υγείας τους.

Τέλος ας έχουμε πάντοτε υπ' όψιν μας ότι:

*«Κάλλιον του θεραπεύειν το προλαμβάνειν»*

Ιπποκράτης

## 7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. American Cancer Society. History of cancer screening and early detection. Ημερομηνία πρόσβασης [24/8/2016] από <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/>
2. Kalaf J. Mammography: a history of success and scientific enthusiasm. Radiol Bras. 2014, 47;4:7-8
3. Picard JD. History of mammography. Bull Acad Natl Med. 1998, 182;8:1613-20.
4. Weill Cornell Medicine. George Papanicolaou: Development of the Pap Smear. Ημερομηνία πρόσβασης [25/8/2016] από <http://weill.cornell.edu/archives/blog/>
5. Dr. Pap. Γεώργιος Παπανικολάου – Pap test. Ημερομηνία πρόσβασης [25/8/2016] από <http://www.dr-pap.com/>
6. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol, 1999, 189;1:12-9
7. World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality Prevalence Worldwide in 2012. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από [http://globcan.arc.fro/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.asp](http://globcan.arc.fro/Pages/fact_sheets_cancer.asp).
8. [www.NationalBreastCancer.org/](http://www.NationalBreastCancer.org/). Breast Cancer Facts. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-facts>
9. [www.American Cancer Society](http://www.AmericanCancerSociety.org/) Cancer. Campaigns Cancer Breast. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.acscan.org/breastcancer/learn/>.
10. [www.National Cancer Institute](http://www.NationalCancerInstitute.org/). Cancer types and Statistics. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.cancer.gov/types/breast>.
11. Φιλόπουλος Ε. Καρκίνος Μαστού: Ποιές γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο και πως μπορούν να βοηθηθούν! Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.cancer-society.gr/>
12. Φλέσσας Ι. Ταξινόμηση, Σταδιοποίηση Καρκίνου του Μαστού. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από [www.iflessas.gr/taxinomese-stadiopoiiese-karkinou-tou-mastou](http://www.iflessas.gr/taxinomese-stadiopoiiese-karkinou-tou-mastou).
13. Joe S, Nam H. Prognostic factor analysis for breast cancer using gene expression profiles. BMC Med Inform Decis Mak, 2016, 16;1:56
14. Σέμογλου Χ. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2006;193-205
15. American Joint Committee on Cancer. Ημερομηνία πρόσβασης 18/5/2016 από <http://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/stages>
16. European Society for Surgical Oncology (ESSO). Chemotherapy. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από [http://www.ecco-org.eu/Global/News/EBCC/EBBC8%20News/2012/03/23\\_](http://www.ecco-org.eu/Global/News/EBCC/EBBC8%20News/2012/03/23_)
17. American College of Surgeons (ACS). Breast cancer AND treatment. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από <https://www.facs.org/clincon2015/resources/highlights/nl06>

18. Detanac DS, Detanac DA, Ceranić A, Ceranić MA. Histopathological analysis and surgical treatment of breast cancer--our experience. *Med Pregl.* 2016, 69;1-2:59-64
19. Πρακτικά του Συνεδρίου «Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (Guidelines) στη Χειρουργική Ογκολογία του Μαστού» που διεξήχθη 25-26 Μαΐου. 2012, Αθήνα, Copyright CMYK ΕΠΕ,2013;551-554
20. Greek College of Senology. Παράγοντες κινδύνου. Ημερομηνία Πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.greekcollegeofsenology.gr/breast-cancer/breast-cancer-factors.html>
21. Fedewa SA, Sauer AG, Siegel RL, Jemal A. Prevalence of major risk factors and use of screening tests for cancer in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015, 24;4:637-52
22. Castelló A, Martín M, Ruiz A et al. Lower Breast Cancer Risk among Women following the World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research Lifestyle Recommendations: EpiGEICAM Case-Control Study, *PLoS One.* 2015;10
23. National Breast Cancer Foundation, INC. Risk Factors. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-risk-factors>
24. Solomon BL, Whitman T, Wood ME. Contribution of extended family history in assessment of risk for breast and colon cancer. *BMC Fam Pract.* 2016, 17;171:126
25. Bradbury AR, Patrick-Miller L, Schwartz LA. Psychosocial Adjustment and Perceived Risk Among Adolescent Girls From Families With BRCA1/2 or Breast Cancer History. *J Clin Oncol.* 2016, pii:JCO663450
26. Μαρκόπουλος Χ. Πάνω απ' όλα γυναίκα. Οδηγός για τον καρκίνο του μαστού. Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα, 2008;26-30
27. Carmo A, Ferreira MC, França JL, França EL, Honório-França AC. Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review, *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012; 13:5327-32
28. [www.cancer.org.au](http://www.cancer.org.au). Early detection. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.cancer.org.au/about-cancer/early-detection/general-advice.html>
29. American Cancer Society. Signs and symptoms of cancer breast. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-signs-symptoms>
30. Σκάρλος Δ. Σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του μαστού. Ημερομηνία πρόσβασης [18/5/2016] από <https://www.dioptra.gr/Files/Products/367.pdf>;19
31. Hellgren R, Dickman P, Leifland K, Saracco A, Hall P, Celebioglu F. Comparison of handheld ultrasound and automated breast ultrasound in women recalled after mammography screening. *Acta Radiol.* 2016, pii: 0284185116665421

32. L.C.Hartmann, T.A.Sellers, M.H.Frost et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *New Engl J Med*, 2005;353;229-237
33. Cheng ML, Ling DY, Nanu KP, Nording H, Lim CH. Factors influencing late stage of breast cancer at presentation in a district Hospital - Segamat Hospital, Johor. *Med J Malaysia*. 2015, 70;3:148-52
34. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Breast screening. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από [https://www.nccn.org/professional/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](https://www.nccn.org/professional/physician_gls/f_guidelines.asp)
35. European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). Breast screening. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από <http://www.eusoma.org/Engx/Guidelines/>
36. NCI (National Cancer Institute, NIH). Breast screening. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από <http://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq>
37. Aebi S. Davidson T. Gruber G et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2011;22(6):vi12-vi24
38. Zografos G. Zaguri F. Sergentanis TN et al. Vacuum – assisted biopsy in nonpalpable solid breast lesions without microcalcifications: the Greek experience. *Diagn Interv Radiol*, 2008;14(3):127-130
39. Gorini G, Zappa M, Miccinesi G, Paci E, Costantini AS. Breast cancer mortality trends in two areas of the province of Florence, Italy, where screening programmes started in the 1970s and 1990s, *Br J Cancer*. 2004;90:1780–83.
40. Elmore JG, Reisch LM, Barton MB, Barlow WE, Rolnick S, Harris EL et al. Efficacy of breast cancer screening in the community according to risk level, *J Natl Cancer Inst*. 2005;97:1035–43
41. American College of Radiologists. Radiotherapy. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60488-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60488-8/fulltext)
42. National Cancer Institute. Hormone therapy and cancer breast. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/mht-fact-sheet>
43. American Cancer Society. Menopausal Hormone Therapy and Cancer Risk. Ημερομηνία πρόσβασης 20/5/2016 από <http://www.cancer.org/>
44. National Breast Cancer Foundation, INC. Surgery. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από <http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-surgery>
45. Πρακτικά του Συνεδρίου «Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (Guidelines) στη Χειρουργική Ογκολογία του Μαστού» που διεξήχθη 25-26 Μαΐου 2012 στην Αθήνα. *CMYK ΕΠΕ*,2013;253-307

46. Drake BF, Tannan S, Anwuri VV, et al. A Community-Based Partnership to Successfully Implement and Maintain a Breast Health Navigation Program, *J Community Health*. 2015;16
47. BREASTCANCER.ORG. Prognosis. Ημερομηνία πρόσβασης [8/8/2016] από <http://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/prognosis>
48. Υφαντόπουλος Ι. Οικονομοτεχνική Μελέτη. Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες στη Χειρουργική Ογκολογία του Μαστού. *CMYK ΕΠΕ*, Αθήνα; 2013:502-509
49. Coughlin SS, Ekwueme DU. Breast cancer as a global health concern. *Cancer Epidemiol.*, 2009;335:315-8.
50. Hassan LM, Mahmoud N, Miller AB et al. Evaluation of effect of self-examination and physical examination on breast cancer, *Breast*. 2015;24:487-90
51. Ψυχή & Λόγος. Η ψυχολογία ασθενών με καρκίνο μαστού. Ημερομηνία πρόσβασης [20/5/2016] από <http://eirinichatzianagnostou.blogspot.gr/2012/07/>
52. Cervical Cancer – ESMO. Greek-cervical-cancer-guide. Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <https://www.esmo.org/content/download/36780/728482/file/ESMO-ACF-Greek-cervical-cancer-guide-patients.pdf>
53. Iarc - international agency for research on cancer. Section of Early Detection and Prevention. Ημερομηνία πρόσβασης [25/5/2016] από <https://www.iarc.fr/en/research-groups/sec10/index.php>
54. American Cancer Society. What are the key statistics about the cervical cancer. Ημερομηνία πρόσβασης [25/5/2016] από <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervix>
55. [www.cancer.org.au](http://www.cancer.org.au). Cervical cancer. Ημερομηνία πρόσβασης [25/5/2016] από <http://www.cancer.org.au/about-cancer/types-of-cancer/cervical-cancer.html>
56. [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr). EUCAN national estimates. Ημερομηνία πρόσβασης [25/5/2016] από <http://eco.iarc.fr/EUCAN/CancerOne.aspx>
57. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας - ESMO. Ημερομηνία πρόσβασης [25/5/2016] από <https://www.esmo.org/content/download/36780/728482/file/ESMO-ACF-Greek>
58. HSCCP - Hellenic Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Η σημασία της πιστοποίησης στην κολποσκόπηση. Ημερομηνία πρόσβασης [25/5/2016] από <http://www.hsccp.gr/index.php/intro-certify>
59. Giorgi P, Ronco G. The present and future of cervical cancer screening programmes in Europe. *Curr Pharm Des*, 2013;8:1490-1497
60. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*, 1999, 189;1:12-9
61. Cervical Cancer - ACOG. Who is at risk of cervical cancer? Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Cervical-Cancer#whoszur>

62. Hausen H. Human papillomaviruses and their possible role in squamous cell carcinomas. *C Microbiol Immunol.* 1977, 78:1-30
63. Διακομανώλης Ε. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ & Παθολογία του Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος της Γυναικός. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010 σελ:89-90
64. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA.* 2007, 297;8:813-9
65. Plummer M, Schiffman M, Castle PE, Maucort-Boulch D, Wheeler CM. A 2-year prospective study of human papillomavirus persistence among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low-grade squamous intraepithelial lesion. *J Infect Dis.* 2007, 195;11:1582-9.
66. Arbyn M, Sanjosé S, Saraiya M. EUROGIN 2011 roadmap on prevention and treatment of HPV-related disease. *Int J Cancer.* 2012,131;9:1969–82.
67. Schockaert S, Poppe W, Arbyn M, Verguts T, Verguts J. Incidence of vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008,199;2:113
68. Wilkinson EJ, Stone KI. *Atlas of Vulvar Disease.* 2<sup>nd</sup> ed. Lippincott Williams-Wilkins,2008
69. Syrjänen S. Human papillomavirus infections and oral tumors. *Med Microbiol Immunol.* 2003, 192;3:123-8
70. Lacey CJ. Therapy for genital human papillomavirus-related disease. *J Clin Virol.* 2005, 32;1:82-90
71. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV. et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003, 348;6:518-27
72. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet Infect.* 2006, 6;1:21-31
73. Goldstone SE, Kawalek AZ, Huyett JW. Infrared coagulator: a useful tool for treating anal squamous intraepithelial lesions. *Dis Colon Rectum.* 2005, 48;5:1042-54
74. Clifford GM, Gallus S, Herrero R, Muñoz N, Snijders PJ, Vaccarella S et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet.* 2005, 366;9490:991-8
75. Muñoz N, Méndez F, Posso H, Molano M, Brule AJ, Ronderos M et al. Incidence, duration, and determinants of cervical human papillomavirus infection in a cohort of Colombian women with normal cytological results, 2004, 190;12:2077-87

76. Thomas KK, Hughes JP, Kuypers JM, Kiviat NB, Lee SK, Adam D et al. Concurrent and sequential acquisition of different genital human papillomavirus types. *J Infect*, 2000, 182;4:1097-102
77. Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, Bosch FX et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical humanpapillomavirus DNA in women with normalcytology: a meta-analysis. *Lancet Infect* 2007, 7;7:453-9.
78. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *Int J Cancer*. 2007, 121;3:621-32.
79. Φωτίου Σ. Γυναικολογική Ογκολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009
80. Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Κυτταρολογίας. Κυτταρολογικά επιχρίσματα. Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <http://www.cytology.gr/>
81. World Health Organization (WHO). Risk factors. Ημερομηνία πρόσβασης [26/52016] από <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
82. Dempsey AF, Gebremariam A, Koutsky LA, Manhart L. Using risk factors to predict human papillomavirus infection: implications for targeted vaccination strategies in young adult women. *Vaccine*, 2008, 26;8:1111-7
83. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*. 2006, 24;1:1-15
84. Vaccarella S, Herrero R, Snijders PJ, Dai M, Thomas JO, Hieu NT, et al. Smoking and human papillomavirus infection: pooled analysis of the International Agency for Research on Cancer HPV Prevalence Surveys. *Int J Epidemiol*. 2008, 37;3:536-46
85. Shew ML, Fortenberry JD, Tu W, et al. Association of condom use, sexual behaviors, and sexually transmitted infections with the duration of genital human papillomavirus infection among adolescent women. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006, 160;2:151-6
86. Ταμπακούδης Π. Ο ιός των θηλωμάτων στην Μαιευτική – Γυναικολογία. Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <http://www.iatrikionline.gr/>
87. ACOG: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis. Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Cervical-Cancer#whatis>
88. Διακομανώλης Ε. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ & Παθολογία του Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010;σελ:178-179
89. Μορτάκης Α. Αρχές Κολποσκόπησης – 5. Κολποσκοπική Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <http://mortakis.hpvinfocenter.gr/>
90. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας - ESMO. Ημερομηνία πρόσβασης [08/6/2016] από <https://www.esmo.org/content/download/>

91. Guidelines – American Society for Colposcopy and Cervical Pathology - ASCCP. Guidelines. Ημερομηνία πρόσβασης [02/8/2016] από <http://www.asccp.org/consensus-guidelines>
92. American Cancer Society. Detailed guide survival. Ημερομηνία πρόσβασης [26/5/2016] από <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-survival>
93. EUROPA - Θέματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης – Υγεία. Εμβολιασμός HPV. Ημερομηνία πρόσβασης [05/8/2016] από [http://ec.europa.eu/health/vaccination/hpv/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/vaccination/hpv/index_el.htm)
94. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. 2006, 367;9518:1247-55
95. Διακομανώλης Ε. Επιστημονικές Εξελίξεις / Νέα. Ημερομηνία πρόσβασης [14/8/2016] από [http://www.diakomanolis.com/contents\\_gr.asp?category=7](http://www.diakomanolis.com/contents_gr.asp?category=7)
96. Food and Drug Administration. FDA approves Gardasil 9 for prevention of certain cancer. Ημερομηνία πρόσβασης [26/8/2016] από <http://www.fda.gov>
97. Sofi F, Abbate R, Gensini G, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2010, 92;5:1189-96
98. Μορτάκης Α. Τεστ Π απανικολάου. Ημερομηνία πρόσβασης [04/8/2016] από <http://mortakis.hpvinfocenter.gr/index.php/test-papanikolaou>
99. Health Belief Model. Historical Origins of the Health Belief Model. Ημερομηνία πρόσβασης [10/5/2016] από <https://www.utwente.nl/>
100. The Health Belief Model – Euromed Info. Health Belief Model. Ημερομηνία πρόσβασης [10/5/2016] από <http://www.euromedinfo.eu/the-health-belief-model.html/>
101. Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ. Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία. Ημερομηνία πρόσβασης [10/5/2016] από <https://books.google.gr/books?isbn=9600231885>
102. Chania M. The role of health education in the prevention of cervical cancer. Interscientific Health Care, 2011, 3;4:149-157
103. Heydari E, Noroozi A. Comparison of Two Different Educational Methods for Teachers' Mammography Based on the Health Belief Model, Asian Pac J Cancer Prev. 2015, 16;16:6981-6
104. Shobeiri F, Javad MT, Parsa P, Roshanaei G. Effects of Group Training Based on the Health Belief Model on Knowledge and Behavior Regarding the Pap Smear Test in Iranian Women: a Quasi-Experimental Study. Asian Pac J Cancer Prev. 2016, 17;6:2871-6
105. Missinne S, Bracke P. Age differences in mammography screening reconsidered: life course trajectories in 13 European countries. Eur J Public Health. 2015, 25;2:314-20



106. Ramachandran A, Snyder FR, Katz ML. Barriers to health care contribute to delays in follow-up among women with abnormal cancer screening: Data from the Patient Navigation Research Program. *Cancer*. 2015, 121;22:4016-24
107. Al-Zalabani AH, Alharbi KD, Fallatah NI, Alqabshawi RI, Al-Zalabani AA, Alghamdi SM. Breast Cancer Knowledge and Screening Practice and Barriers Among Women in Madinah, Saudi Arabia. *J Cancer Educ*. 2016, 7
108. Tejed S, Darnell J, Cho Y, Stolley M, Markossian T, Calhoun E. Patient Barriers to Follow-Up Care for Breast and Cervical Cancer Abnormalities, *J Womens Health (Larchmt)*. 2013, 22;6:507–517
109. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues*. 2002, 12;3:122-8
110. Kabacaoglu M, Oral B, Balci E, Gunay O. Breast and Cervical Cancer Related Practices of Female Doctors and Nurses Working at a University Hospital in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015,16;:5869-73
111. Ozmen T, Soran A, Ozmen V. Comparison of Barriers Against Mammography Screening in Socioeconomically Very Low and Very High Populations. *Cureus*. 2016, 8;7:690
112. Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said SM, Ismail IZ, Latiff LA, Ataollahi Eshkooor S. Result of randomized control trial to increase breast health awareness among young females in Malaysia. *BMC Public Health*. 2016, 16:738
113. Meggiolaro A, Unim B, Semyonov L, Miccoli S, Maffongelli E, La Torre G. The role of Pap test screening against cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Ter*. 2016, 167;4:124-39
114. Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, Nguyen JA. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013, 22;3:27688
115. LeeMC. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. A focus group approach. *Cancer Nurs*. 2000, 23;3:168-75
116. Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, Attitudes and Practices of Sudanese Women Regarding the Pap Smear Test and Cervical Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016, 17;2:625-30
117. Donadiki E, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V et al. Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public Health*. 2014, 128;3:268-273

118. Juraskova I, Bari RA, O'Brien MT, McCaffery KJ. HPV vaccine promotion: does referring to both cervical cancer and genital warts affect intended and actual vaccination behavior? *Womens Health Issues*. 2011, 21;1:71-9
119. Kim HW. The health beliefs of mothers about preventing cervical cancer and their intention to recommend the Pap test to their daughters: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2016, 3;16:370
120. Higgins LM, Dirksing KN, Ding L, Morrow CD, Widdice LA, Kahn JA. Adolescents' intention and self-efficacy to follow Pap testing recommendations after receiving the HPV vaccine. *Hum Vaccin Immunother*. 2016, 12;6:1498-503

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο (1<sup>ης</sup> φάσης)

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Συμπληρώστε με ένα X το τετραγωνίδιο που ταιριάζει στα στοιχεία σας

**Ηλικία:** .....ετών

**Οικογ. Κατάσταση:** Παντρεμένη  Ανύπαντρη  Χήρα  Διαζευγμένη

**Παιδιά:** Ναι  Όχι

**Υπηκοότητα :** Ελληνική  Όχι Ελληνική

**Επαγγελματική κατάσταση:** Οικιακά  Άνεργη  Μερική απασχόληση

Πλήρης απασχόληση  Συνταξιούχος

**Ασφαλιστικό Ταμείο**.....

**Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας:** Ναι  Όχι

**Μορφωτικό επίπεδο:** Γυμνάσιο  Λύκειο  Τριτοβάθμια εκπαίδευση

**Οικονομικό επίπεδο:** Χαμηλό  Μεσαίο  Υψηλό

**Τόπος Διαμονής:** Χωριό  Κωμόπολη  Πόλη

**Νομός:**.....

**Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας:**

Κανένα  Ένα  Δύο  Περισσότερα

**Έχετε προβλήματα υγείας:** Σωματικά  Ψυχικά

**Καπνίζετε:** Ναι  Όχι

**Κατανάλωση αλκοόλ:** Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

**Έχετε θηλάσει;** Ναι  Όχι

**Έχετε σεξουαλικές σχέσεις αυτό το διάστημα;** Ναι  Όχι

**Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων:** 1-3  3-6  πάνω από 6

**Ηλικία έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας:** Κάτω από 18 ετών

18-25  άνω από 25 ετών

**Χρόνια σταθερής σχέσης:** 1 έτος  1-3έτη  πάνω από 3 έτη

**Ποιο είδος αντισύλληψης χρησιμοποιείτε:** Προφυλακτικό  Σπιράλ

Αντισυλληπτικά  Κανένα

**Έχετε κάνει έκτρωση:** Ναι  Όχι

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ**

1. Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό: Ναι  Όχι
2. Γνωρίζετε πως γίνεται σωστά η αυτοεξέταση του μαστού: Ναι  Όχι
3. Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού:  
Κάτω από 20 ετών  Από 20-30  Πάνω από 30 ετών
4. Ποια η ηλικία έναρξης της μαστογραφίας: Πάνω από 40 ετών  Πάνω από 50 ετών   
Πάνω από 55 ετών
5. Κάθε πότε πρέπει να γίνεται η μαστογραφία: Κάθε χρόνο   
Κάθε 5 χρόνια  Μόνο μια φορά  Δεν ξέρω
6. Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού: Ναι  Όχι   
Δεν ξέρω
7. Υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένειά σας: Ναι  Όχι
8. Αν ΝΑΙ ποιος ο βαθμός συγγένειας: Μητέρα σας  Αδελφή σας   
Αδελφή της μητέρας σας  Αδελφή του πατέρα σας  Γιαγιά
9. Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά. Συμφωνώ  Διαφωνώ
10. Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται: Μία φορά το μήνα  Μία φορά το τρίμηνο   
Μία φορά το εξάμηνο  Μία φορά το χρόνο  Δεν γνωρίζω
11. Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω. Συμφωνώ  Διαφωνώ
12. Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση. Συμφωνώ  Διαφωνώ
13. Νομίζω ότι η μαστογραφία και η ψηλάφηση από ειδικό γιατρό πρέπει να γίνονται: Κάθε χρόνο   
Κάθε δύο χρόνια  Κάθε τρία χρόνια  Δεν γνωρίζω
14. Από πού ενημερώνεστε σχετικά με την πρόληψη / αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού: Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης  Από ενημερωτικά φυλλάδια   
Από διαλέξεις  Άλλο
15. Τι θα σας απέτρεπε από την αυτοεξέταση: Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται  Φόβος   
Δεν είναι απαραίτητη  Αμέλεια
16. Τι θα σας απέτρεπε από την επίσκεψη στον γυναικολόγο: Φόβος  Ντροπή   
Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται  Αμέλεια  Το νοσοκομείο είναι μακριά   
Οικονομικοί λόγοι  Άλλοι λόγοι - Ποιοι

17. Πιστεύεται ότι υπάρχει πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού: Ναι  Όχι
18. Κάνετε αυτοεξέταση μαστού: Ναι  Όχι
19. Αν ναι, κάθε πότε: Κάθε μήνα  Κάθε τρίμηνο  Κάθε εξάμηνο  Κάθε χρόνο   
 Ποτέ
20. Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία: Κάθε χρόνο  Κάθε 2 χρόνια  Κάθε 5 χρόνια   
 Ποτέ
21. Κάθε πότε επισκέπτεστε γυναικολόγο: Κάθε χρόνο   
 Κάθε 2 χρόνια  Κάθε 5 χρόνια  Ποτέ  Άλλο
22. Σε ποια ηλικία κάνατε πρώτη φορά μαστογραφία; \_\_\_\_\_

### **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ**

#### **ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ**

1. Έχετε γυναικολογικά προβλήματα: Ναι  Όχι
2. Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ: Από την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων  Πάνω από 20 ετών  Μετά την τεκνοποίηση  Άλλο
3. Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV): Ναι  Όχι
4. Εμβολιάσατε τα παιδιά σας: Ναι  Όχι   
 Αν όχι, γιατί ; .....
5. Έχετε εμβολιαστεί εσείς: Ναι  Όχι   
 Αν όχι, γιατί ; .....
6. Έχετε κάποια λοίμωξη αποδεδειγμένη από: HPV  Χλαμύδια  Μυκόπλασμα   
 Ουρεόπλασμα  Τίποτα
7. Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά. Συμφωνώ  Διαφωνώ
8. Κάθε πότε πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ: Κάθε εξάμηνο  Κάθε χρόνο   
 Κάθε δύο χρόνια  Κάθε τρία χρόνια  Δεν γνωρίζω
9. Εσείς κάνετε το τεστ Παπ: Ναι  Όχι
10. Αν ΝΑΙ, κάθε πότε: Κάθε 6 μήνες  Κάθε χρόνο  Κάθε 3 χρόνια  Κάθε 5 χρόνια   
 Άλλο

**11. Αν ΟΧΙ, γιατί:** Φόβος  Ντροπή  Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται  Αμέλεια   
Πόνος  Το νοσοκομείο είναι μακριά  Οικονομικοί λόγοι   
Άλλοι \_\_\_\_\_ λόγοι, \_\_\_\_\_ ποιοί;

.....

**12. Από πού ενημερώνεστε σχετικά με την πρόληψη/αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας:** Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης  Από ενημερωτικά φυλλάδια   
 Από διαλέξεις  Άλλο

**13. Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:** Ναι   
Όχι  Δεν ξέρω

**14. Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:** Ναι  Όχι   
Δεν ξέρω

**15. Υπάρχει ιστορικό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην οικογένειά σας:**  
Ναι  Όχι

**16. Αν ΝΑΙ ποιος ο βαθμός συγγένειας:** Μητέρα σας  Αδελφή σας  Αδελφή της μητέρας σας   
Αδελφή του πατέρα σας  Γιαγιά

**17. Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.** Συμφωνώ  Διαφωνώ

**18. Όσο περισσότερες γυναίκες κάνουν συστηματικά το τεστ Παπ , τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται.** Συμφωνώ   
Διαφωνώ

**19. Κινδυνεύω να πάθω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:**

Λιγότερο από άλλες γυναίκες  Το ίδιο με άλλες γυναίκες  Περισσότερο από άλλες γυναίκες

**20. Νομίζω ότι το τεστ παπ είναι επικίνδυνη εξέταση.** Συμφωνώ  Διαφωνώ

**21. Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.**  
Συμφωνώ  Διαφωνώ

**22. Το να κάνω συστηματικά το τεστ παπ θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.** Συμφωνώ  Διαφωνώ

**23. Σε ποια ηλικία κάνατε πρώτη φορά Τέστ Παπανικολάου;** \_\_\_\_\_

Ημερομηνία.....

Τηλέφωνο συμμετέχοντος.....

Υπογραφή συμμετέχοντος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο (2<sup>ης</sup> Φάσης - )

1. **Κάνετε Μαστογραφία το τελευταίο εξάμηνο?** (εάν δεν είχατε κάνει το προηγούμενο εξάμηνο σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες)

Ναι  Όχι  Αν όχι, γιατί.....

2. **Θα κάνετε αυτοεξέταση στο μέλλον?**

Ναι  Όχι  Κάθε πότε.....

3. **Κάνετε τεστ Παπανικολάου το τελευταίο εξάμηνο?** (εάν δεν είχατε κάνει το προηγούμενο εξάμηνο, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες)

Ναι  Όχι  Αν όχι, γιατί.....

4. **Θα εμβολιάσετε στην κατάλληλη ηλικία τα παιδιά σας?** (εάν δεν το έχετε κάνει)

Ναι  Όχι   
Αν όχι, γιατί.....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την Ηλικία και  $\chi^2$  έλεγχο

		Ηλικία	-40	41-50	51-60	61+	p
Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό	Ναι		3,7%	9,3%	20,0%	3,6%	,002
	Όχι		96,3%	90,7%	80,0%	96,4%	
Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού	Κάτω από 20 ετών		14,0%	16,3%	10,0%	3,6%	,020
	Από 20-30		53,3%	53,5%	36,7%	48,2%	
Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Πάνω από 30 ετών		32,7%	30,2%	53,3%	48,2%	
	Συμφωνώ		0,0%	8,1%	11,7%	17,9%	,000
Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Διαφωνώ		100,0%	91,9%	88,3%	82,1%	
	Ναι		51,4%	66,3%	63,3%	80,4%	,003
Από ενημερωτικά φυλλάδια	Όχι		48,6%	33,7%	36,7%	19,6%	
	Ναι		33,6%	24,4%	28,3%	7,1%	,003
Αυτοεξέταση -Νιτροπή	Όχι		66,4%	75,6%	71,7%	92,9%	
	Ναι		3,7%	14,0%	10,0%	17,9%	,022
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Όχι		96,3%	86,0%	90,0%	82,1%	
	Κάθε χρόνο		13,1%	45,3%	50,0%	23,2%	,000
	Κάθε 2 χρόνια		23,4%	25,6%	26,7%	39,3%	
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Κάθε 5 χρόνια		3,7%	7,0%	3,3%	10,7%	
	Ποτέ		59,8%	22,1%	20,0%	26,8%	



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την Οικογενειακή κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος

	Οικογ.	Παντρεμένη	Ανύπαντρη	p
Κατάσταση:				
Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού:	Ναι	48,9%	81,8%	,002
	Όχι	51,1%	18,2%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	20,9%	41,7%	,024
	Διαφωνώ	79,1%	58,3%	
Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση.	Συμφωνώ	5,0%	25,0%	,003
	Διαφωνώ	95,0%	75,0%	
Αυτοεξέταση Φόβος	Ναι	15,9%	33,3%	,038
	Όχι	84,1%	66,7%	
Αυτοεξέταση Αμέλεια	Ναι	83,7%	50,0%	,000
	Όχι	16,3%	50,0%	
Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού	Ναι	86,8%	100,0%	,040
	Όχι	13,2%	0,0%	
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Κάθε χρόνο	32,6%	8,3%	,001
	Κάθε 2 χρόνια	28,0%	8,3%	
	Κάθε 5 χρόνια	5,4%	8,3%	
	Ποτέ	33,9%	75,0%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την Ύπαρξη παιδιών και  $\chi^2$  έλεγχος

	Παιδιά	Ναι	Όχι	p
Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού:	Ναι	49,8%	84,8%	,000
	Όχι	50,2%	15,2%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	21,9%	40,0%	,018
	Διαφωνώ	78,1%	60,0%	
Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση.	Συμφωνώ	6,9%	20,0%	,017
	Διαφωνώ	93,1%	80,0%	
Από ενημερωτικά φυλλάδια	Ναι	27,0%	11,4%	,046
	Όχι	73,0%	88,6%	
Αυτοεξέταση Φόβος	Ναι	14,2%	31,4%	,009
	Όχι	85,8%	68,6%	
Αυτοεξέταση Αμέλεια	Ναι	83,9%	57,1%	,000
	Όχι	16,1%	42,9%	
Επίσκεψη σε γυναικολόγο -Φόβος	Ναι	8,0%	22,9%	,011
	Όχι	92,0%	77,1%	
Κάνετε αυτοεξέταση μαστού:	Ναι	64,2%	42,9%	,014
	Όχι	35,8%	57,1%	
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Κάθε χρόνο	34,3%	5,7%	,000
	Κάθε 2 χρόνια	28,1%	22,9%	
	Κάθε 5 χρόνια	5,8%	5,7%	
	Ποτέ	31,8%	65,7%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την επαγγελματική κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος

Επαγγελματική κατάσταση:		Οικιακά	Άνεργη	Απασχόληση	Συνταξιούχος	p
Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού	Κάτω από 20 ετών	8,2%	16,7%	15,9%	4,7%	,000
	Από 20-30	28,6%	63,9%	58,3%	55,8%	
	Πάνω από 30 ετών	63,3%	19,4%	25,8%	39,5%	
Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται:	Μία φορά το μήνα	42,9%	66,7%	67,4%	51,2%	,003
	Μία φορά το τρίμηνο	13,3%	5,6%	9,8%	0,0%	
	Μία φορά το εξάμηνο	5,1%	5,6%	5,3%	4,7%	
	Μία φορά το χρόνο	7,1%	8,3%	4,5%	4,7%	
Δεν γνωρίζω	31,6%	13,9%	12,9%	39,5%		
Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Ναι	69,4%	69,4%	50,8%	81,4%	,001
	Όχι	30,6%	30,6%	49,2%	18,6%	
Από ενημερωτικά φυλλάδια	Ναι	24,5%	25,0%	31,8%	7,0%	,014
	Όχι	75,5%	75,0%	68,2%	93,0%	
Από διαλέξεις	Ναι	11,2%	13,9%	25,8%	25,6%	,027
	Όχι	88,8%	86,1%	74,2%	74,4%	
Αυτοεξέταση	Ναι	16,3%	0,0%	9,1%	4,7%	,018

Φόβος	Όχι	83,7%	100,0%	90,9%	95,3%	
	Κάθε χρόνο	32,7%	30,6%	29,5%	32,6%	,032
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Κάθε 2 χρόνια	22,4%	19,4%	29,5%	39,5%	
	Κάθε 5 χρόνια	11,2%	0,0%	3,0%	7,0%	
	Ποτέ	33,7%	50,0%	37,9%	20,9%	

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με το εκπαιδευτικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος

	Μορφωτικό επίπεδο:	Γυμνά- σιο	Λύκειο	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	p
Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό	Ναι	4,5%	5,8%	15,9%	,011
	Όχι	95,5%	94,2%	84,1%	
Γνωρίζετε πως γίνεται σωστά η αυτοεξέταση του μαστού:	Ναι	52,2%	42,9%	75,0%	,000
	Όχι	47,8%	57,1%	25,0%	
Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού	Κάτω από 20 ετών	6,0%	11,7%	17,0%	,000
	Από 20-30	52,2%	37,7%	67,0%	
	Πάνω από 30 ετών	41,8%	50,6%	15,9%	
Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	17,9%	6,5%	2,3%	,001
	Διαφωνώ	82,1%	93,5%	97,7%	
Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται:	Μία φορά το μήνα	47,8%	50,0%	77,3%	,000
	Μία φορά το τρίμηνο	3,0%	14,3%	4,5%	
	Μία φορά το εξάμηνο	6,0%	4,5%	5,7%	
	Μία φορά το χρόνο	1,5%	9,7%	2,3%	

	Δεν γνωρίζω	41,8%	21,4%	10,2%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	31,3%	26,0%	14,8%	,040
	Διαφωνώ	68,7%	74,0%	85,2%	
Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Ναι	77,6%	66,2%	46,6%	,000
	Όχι	22,4%	33,8%	53,4%	
Γυναικολόγος Ντροπή	Ναι	22,4%	5,2%	10,2%	,001
	Όχι	77,6%	94,8%	89,8%	
Γυναικολόγος Οικονομικοί λόγοι	Ναι	23,9%	26,0%	2,3%	,000
	Όχι	76,1%	74,0%	97,7%	
	Κάθε μήνα	34,3%	24,0%	56,8%	,000
	Κάθε τρίμηνο	11,9%	17,5%	5,7%	
Αν ναι, κάθε πότε:	Κάθε εξάμηνο	11,9%	10,4%	8,0%	
	Κάθε χρόνο	1,5%	14,3%	0,0%	
	Ποτέ	40,3%	33,8%	29,5%	
	Κάθε χρόνο	31,3%	31,2%	30,7%	,000
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Κάθε 2 χρόνια	44,8%	22,1%	23,9%	
	Κάθε 5 χρόνια	4,5%	9,7%	0,0%	
	Ποτέ	19,4%	37,0%	45,5%	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την οικονομικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος

	Οικονομικό	Χαμηλό	Μεσαίο	p
	επίπεδο:			
Από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση του μαστού	Κάτω από 20 ετών	9,2%	13,4%	,009
	Από 20-30	39,1%	53,9%	
	Πάνω από 30 ετών	51,7%	32,7%	
Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται:	Μία φορά το μήνα	46,0%	61,8%	,001
	Μία φορά το τρίμηνο	5,7%	10,6%	
	Μία φορά το εξάμηνο	8,0%	4,1%	
	Μία φορά το χρόνο	3,4%	6,9%	
	Δεν γνωρίζω	36,8%	16,6%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	39,1%	18,0%	,000
	Διαφωνώ	60,9%	82,0%	
Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση.	Συμφωνώ	16,1%	5,5%	,003
	Διαφωνώ	83,9%	94,5%	
Αυτοεξέταση -Αμέλεια	Ναι	78,2%	81,6%	,016
	Όχι	21,8%	18,4%	
Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού	Ναι	80,5%	91,1%	,010
	Όχι	19,5%	8,9%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με τον τόπο διαμονής και  $\chi^2$  έλεγχος

	Τόπος	Χωριό	Κωμόπολη	Πόλη	p
Διαμονής:					
Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	4,9%	19,4%	2,7%	,000
	Διαφωνώ	95,1%	80,6%	97,3%	
Νομίζω ότι η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται:	Μία φορά το μήνα	48,2%	61,1%	74,0%	,000
	Μία φορά το τρίμηνο	8,5%	4,2%	15,1%	
	Μία φορά το εξάμηνο	6,1%	8,3%	0,0%	
	Μία φορά το χρόνο	6,1%	8,3%	2,7%	
	Δεν γνωρίζω	31,1%	18,1%	8,2%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	18,9%	38,9%	20,5%	,003
	Διαφωνώ	81,1%	61,1%	79,5%	
Οικονομικοί λόγοι	Ναι	18,9%	29,2%	8,2%	,005
	Όχι	81,1%	70,8%	91,8%	
Κάνετε αυτοεξέταση μαστού:	Ναι	53,7%	61,1%	80,8%	,000
	Όχι	46,3%	38,9%	19,2%	



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με το κάπνισμα και  $\chi^2$  έλεγχος

	Καπνίζετε	Ναι	Όχι	p
Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	3,4%	10,4%	,026
	Διαφωνώ	96,6%	89,6%	

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με τον θηλασμό και  $\chi^2$  έλεγχος

	Έχετε θηλάσει;	Ναι	Όχι	p
Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού:	Ναι	48,2%	65,3%	,006
	Όχι	51,8%	34,7%	
Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	10,0%	3,0%	,023
	Διαφωνώ	90,0%	97,0%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	18,6%	35,4%	,001
	Διαφωνώ	81,4%	64,6%	
Η μαστογραφία είναι επικίνδυνη εξέταση.	Συμφωνώ	6,2%	13,1%	,040
	Διαφωνώ	93,8%	86,9%	
Γυναικολόγος - Φόβος	Ναι	6,2%	17,2%	,002
	Όχι	93,8%	82,8%	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 11:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με σεξουαλικές σχέσεις και  $\chi^2$  έλεγχος

Έχετε σεξουαλικές σχέσεις αυτό το διάστημα;		Ναι	Όχι	p
Υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένειά σας:	Ναι	11,9%	23,3%	,011
	Όχι	88,1%	76,7%	
Αν ανακαλύψω μόνη μου ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	3,7%	17,8%	,000
	Διαφωνώ	96,3%	82,2%	
Κάνοντας μαστογραφία νομίζω ότι θα πονέσω.	Συμφωνώ	21,5%	30,0%	,000
	Διαφωνώ	78,5%	70,0%	
	Κάθε μήνα	40,2%	24,4%	,021
	Κάθε τρίμηνο	9,6%	21,1%	
Αυτοεξέταση Αν ναι, κάθε πότε:	Κάθε εξάμηνο	9,6%	11,1%	
	Κάθε χρόνο	7,8%	6,7%	
	Ποτέ	32,9%	36,7%	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 12:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την έκτρωση και  $\chi^2$  έλεγχος

	Έχετε έκτρωση	κάνει	Ναι	Όχι	p
Έχετε αποδεδειγμένα προβλήματα με τον μαστό	Ναι		18,1%	5,5%	,001
	Όχι		81,9%	94,5%	
Γνωρίζετε πως γίνεται σωστά η αυτοεξέταση του μαστού:	Ναι		41,7%	57,8%	,016
	Όχι		58,3%	42,2%	
Αυτοεξέταση Αμέλεια	Ναι		75,0%	82,7%	,001
	Όχι		25,0%	17,3%	
Οικονομικοί λόγοι	Ναι		41,7%	11,8%	,000
	Όχι		58,3%	88,2%	
Κάνετε αυτοεξέταση μαστού:	Ναι		50,0%	65,4%	,018
	Όχι		50,0%	34,6%	
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία:	Κάθε χρόνο		47,2%	26,2%	,004
	Κάθε 2 χρόνια		26,4%	27,8%	
	Κάθε 5 χρόνια		2,8%	6,8%	
	Ποτέ		23,6%	39,2%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 13:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την ηλικία και  $\chi^2$  έλεγχος

	Ηλικία	-40	41-50	51-60	61+	p
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Από την έναρξη	92,5%	76,7%	69,0%	26,8%	,000
	Πάνω από 20	6,5%	15,1%	10,3%	12,5%	
	Μετά την τεκνοποίηση	0,9%	8,1%	20,7%	60,7%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	88,8%	94,2%	63,3%	17,9%	,000
	Όχι	11,2%	5,8%	36,7%	82,1%	
Εμβολιάσατε τα παιδιά σας:	Ναι	50,0%	54,4%	31,0%	22,6%	,001
	Όχι	50,0%	45,6%	69,0%	77,4%	
Εσείς κάνετε το τεστ Παπ:	Ναι	90,7%	91,9%	93,3%	73,2%	,001
	Όχι	9,3%	8,1%	6,7%	26,8%	
Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται	Ναι	0,9%	3,5%	10,0%	17,9%	,000
	Όχι	99,1%	96,5%	90,0%	82,1%	
Από ενημερωτικά φυλλάδια	Ναι	32,7%	25,6%	40,0%	16,1%	,026
	Όχι	67,3%	74,4%	60,0%	83,9%	
Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.	Συμφωνώ	10,3%	17,4%	25,0%	26,8%	,027
	Διαφωνώ	89,7%	82,6%	75,0%	73,2%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 14:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την οικογενειακή κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος

Οικογ. Κατάσταση:		Παντρεμένη	Ανύπαντρη	p
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV):	Ναι	73,2%	100,0%	,004
	Όχι	26,8%	0,0%	
Έχετε εμβολιαστεί εσείς:	Ναι	7,5%	27,3%	,003
	Όχι	92,5%	72,7%	
Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:	Ναι	62,1%	75,0%	,003
	Όχι	37,9%	25,0%	

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την ύπαρξη παιδιών και  $\chi^2$  έλεγχος

	Παιδιά	Ναι	Όχι	p
Ντροπή	Ναι	3,3%	14,3%	,013
	Όχι	96,7%	85,7%	
Από ενημερωτικά φυλλάδια	Ναι	31,0%	14,3%	,040
	Όχι	69,0%	85,7%	
Υπάρχει ιστορικό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην οικογένειά σας:	Ναι	5,1%	17,1%	,006
	Όχι	94,9%	82,9%	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 15: Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την επαγγελματική κατάσταση και  $\chi^2$  έλεγχος

Επαγγελματική κατάσταση:		Οικιακά	Άνεργη	Απασχόληση	Συνταξιοχρος	p
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Από την έναρξη	69,8%	75,0%	84,1%	34,9%	,000
	Πάνω από 20	10,4%	22,2%	7,6%	11,6%	
	Μετά την τεκνοποίηση	19,8%	2,8%	8,3%	53,5%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	62,2%	100,0%	89,4%	20,9%	,000
	Όχι	37,8%	0,0%	10,6%	79,1%	
Εμβολιάσατε τα παιδιά σας:	Ναι	34,8%	45,0%	54,0%	22,5%	,004
	Όχι	65,2%	55,0%	46,0%	77,5%	
Έχετε εμβολιαστεί εσείς:	Ναι	6,0%	21,4%	8,3%	0,0%	,034
	Όχι	94,0%	78,6%	91,7%	100,0%	
Αμέλεια	Ναι	44,9%	11,1%	15,2%	39,5%	,000
	Όχι	55,1%	88,9%	84,8%	60,5%	
Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Ναι	72,4%	72,2%	53,8%	72,1%	,010
	Όχι	27,6%	27,8%	46,2%	27,9%	
Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο	Συμφωνώ	52,0%	36,1%	42,4%	65,1%	,025
	Διαφωνώ	48,0%	63,9%	57,6%	34,9%	

του τραχήλου της

μήτρας.

Αν και πιστεύω ότι Συμφωνώ 29,6% 8,3% 12,9% 16,3% ,004

το τεστ παπ είναι

χρήσιμη εξέταση, Διαφωνώ 70,4% 91,7% 87,1% 83,7%

ντρέπομαι να κάνω.

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 16:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την εκπαίδευση και  $\chi^2$  έλεγχος

Μορφωτικό επίπεδο:		Γυμνάσιο	Λύκειο	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	p
Έχετε γυναικολογικά προβλήματα:	Ναι	7,5%	21,4%	8,0%	,003
	Όχι	92,5%	78,6%	92,0%	
	Από την έναρξη	41,8%	77,0%	85,2%	,000
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Πάνω από 20	14,9%	7,9%	12,5%	
	Μετά την τεκνοποίηση	43,3%	15,1%	2,3%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV):	Ναι	40,3%	75,3%	92,0%	,000
	Όχι	59,7%	24,7%	8,0%	
Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	11,9%	5,2%	0,0%	,004
	Διαφωνώ	88,1%	94,8%	100,0%	
	Ναι	17,9%	3,9%	2,3%	,000
Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται	Όχι	82,1%	96,1%	97,7%	
Αμέλεια	Ναι	35,8%	32,5%	12,5%	,001
	Όχι	64,2%	67,5%	87,5%	
Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Ναι	70,1%	68,8%	52,3%	,019
	Όχι	29,9%	31,2%	47,7%	
Όσο περισσότερες κάνουν το	Συμφωνώ	94,0%	98,7%	100,0%	,020



τεστ τόσο λιγότεροι θάνατοι θα παρατηρούνται.	Διαφωνώ	6,0%	1,3%	0,0%	
Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.	Συμφωνώ	22,4%	24,0%	4,5%	,000
	Διαφωνώ	77,6%	76,0%	95,5%	

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 17:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με το οικονομικό επίπεδο και  $\chi^2$  έλεγχος

Οικονομικό επίπεδο:		Χαμηλό	Μεσαίο	p
	Από την έναρξη	58,6%	76,3%	,000
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Πάνω από 20	9,2%	11,6%	
	Μετά την τεκνοποίηση	32,2%	12,1%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	56,3%	79,3%	,000
	Όχι	43,7%	20,7%	
Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	11,5%	2,8%	,004
	Διαφωνώ	88,5%	97,2%	
Εσείς κάνετε το τεστ Παπ:	Ναι	73,6%	94,0%	,000
	Όχι	26,4%	6,0%	
Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται	Ναι	16,1%	2,8%	,000
	Όχι	83,9%	97,2%	
Αμέλεια	Ναι	40,2%	22,1%	,001
	Όχι	59,8%	77,9%	
Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.	Συμφωνώ	59,8%	44,2%	,014
	Διαφωνώ	40,2%	55,8%	
Νομίζω ότι το τεστ παπ είναι επικίνδυνη εξέταση	Συμφωνώ	5,7%	1,4%	,046
	Διαφωνώ	94,3%	98,6%	
Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη	Συμφωνώ	26,4%	15,2%	,022

εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.

Διαφωνώ

73,6%

84,8%

---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 18: Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με τον τόπο και  $\chi^2$  έλεγχος

Τόπος Διαμονής:		Χωριό	Κωμόπολη	Πόλη	p
	Από την έναρξη	64,8%	75,0%	83,6%	,009
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Πάνω από 20	10,5%	12,5%	9,6%	
	Μετά την τεκνοποίηση	24,7%	12,5%	6,8%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV):	Ναι	62,8%	76,4%	90,4%	,000
	Όχι	37,2%	23,6%	9,6%	
Εμβολιάσατε τα παιδιά σας:	Ναι	34,1%	57,4%	40,4%	,013
	Όχι	65,9%	42,6%	59,6%	
Εσείς κάνετε το τεστ Παπ:	Ναι	82,3%	97,2%	93,2%	,002
	Όχι	17,7%	2,8%	6,8%	
Αμέλεια	Ναι	34,1%	31,9%	8,2%	,000
	Όχι	65,9%	68,1%	91,8%	
Από διαλέξεις	Ναι	20,1%	31,9%	11,0%	,007
	Όχι	79,9%	68,1%	89,0%	
Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.	Συμφωνώ	26,8%	12,5%	4,1%	,000
	Διαφωνώ	73,2%	87,5%	95,9%	
Το να κάνω συστηματικά το τεστ παπ θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου μήτρας.	Συμφωνώ	22,7%	34,7%	17,8%	,046
	Διαφωνώ	77,3%	65,3%	82,2%	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 19:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με το κάπνισμα και  $\chi^2$  έλεγχος

	Καπνίζετε	Ναι	Όχι	p
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Από την έναρξη	85,5%	63,2%	,000
	Πάνω από 20	12,8%	9,5%	
	Μετά την τεκνοποίηση	1,7%	27,4%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	83,8%	65,6%	,001
	Όχι	16,2%	34,4%	
Εμβολιάσατε τα παιδιά σας:	Ναι	58,7%	32,3%	,000
	Όχι	41,3%	67,7%	
Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.	Συμφωνώ	26,5%	13,0%	,003
	Διαφωνώ	73,5%	87,0%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 20:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με τον θηλασμό και  $\chi^2$  έλεγχος

	Έχετε θηλάσει;	Ναι	Όχι	p
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Από την έναρξη	69,0%	77,3%	,002
	Πάνω από 20	8,6%	15,5%	
	Μετά την τεκνοποίηση	22,4%	7,2%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	67,1%	83,8%	,002
	Όχι	32,9%	16,2%	
Φόβος	Ναι	3,3%	10,1%	,015
	Όχι	96,7%	89,9%	
Από ενημερωτικά φυλλάδια	Ναι	32,9%	21,2%	,036
	Όχι	67,1%	78,8%	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 21:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με τις σεξουαλικές σχέσεις και  $\chi^2$  έλεγχος

Έχετε σεξουαλικές σχέσεις αυτό το διάστημα;		Ναι	Όχι	p
Έχετε γυναικολογικά προβλήματα:	Ναι	17,8%	6,7%	,012
	Όχι	82,2%	93,3%	
Από ποια ηλικία πρέπει να γίνεται το τεστ Παπ:	Από την έναρξη	79,0%	53,4%	,000
	Πάνω από 20	11,0%	10,2%	
	Μετά την τεκνοποίηση	10,0%	36,4%	
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	79,9%	54,4%	,000
	Όχι	20,1%	45,6%	
Εμβολιάσατε τα παιδιά σας:	Ναι	46,9%	27,0%	,004
	Όχι	53,1%	73,0%	
Αν το τεστ Παπ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.	Συμφωνώ	2,7%	11,1%	,003
	Διαφωνώ	97,3%	88,9%	
Εσείς κάνετε το τεστ Παπ:	Ναι	94,1%	74,4%	,000
	Όχι	5,9%	25,6%	
Ντροπή	Ναι	0,9%	13,3%	,000
	Όχι	99,1%	86,7%	
Αμέλεια	Ναι	20,1%	45,6%	,000
	Όχι	79,9%	54,4%	
Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.	Συμφωνώ	43,4%	58,9%	,013
	Διαφωνώ	56,6%	41,1%	

Αν και πιστεύω ότι το τεστ παπ είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το κάνω.	Συμφωνώ	10,0%	37,8%	,000
	Διαφωνώ	90,0%	62,2%	

---



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 22:

Πίνακας Συνάφειας των μεταβλητών της ενότητας με την έκτρωση και  $\chi^2$  έλεγχος

Έχετε κάνει έκτρωση		Ναι	Όχι	p
Γνωρίζεται το εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων( HPV):	Ναι	62,5%	75,5%	,030
	Όχι	37,5%	24,5%	
Εμβολιάσατε τα παιδιά σας:	Ναι	27,3%	45,9%	,009
	Όχι	72,7%	54,1%	
Έχετε εμβολιαστεί εσείς:	Ναι	0,0%	11,0%	,006
	Όχι	100,0%	89,0%	
Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται	Ναι	12,5%	4,6%	,023
	Όχι	87,5%	95,4%	
Αμέλεια	Ναι	37,5%	24,5%	,030
	Όχι	62,5%	75,5%	
Οικονομικοί λόγοι	Ναι	16,7%	5,9%	,004
	Όχι	83,3%	94,1%	
Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:	Ναι	78,2%	63,7%	,046
	Όχι	21,8%	36,3%	