



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### Γνώσεις και απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων του νομού Λάρισας σχετικά με τον ιό HPV

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Λιλή Ευαγγελία

Μαία στο Π.Π.Γ.Ν.Λ

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:** κ. Χριστίνα Μεσσήνη Μαιευτήρας- Γυναικολόγος -Λέκτορας  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

#### Μέλη Επιτροπής:

κ. Αντώνιος Γκαράς: Μαιευτήρας- Γυναικολόγος – Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας

κ. Ουρανία Κούκουρα: Μαιευτήρας- Γυναικολόγος – Επιμελήτρια Α΄ στο Π.Π.Γ.Ν.Λάρισας

ΛΑΡΙΣΑ 2018



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**KWOWLEDGE AND VIEWS OF MEDICAL AND NURSING  
STAFF OF HOSPITALS IN PREFECTURE OF LARISSA  
RELATING HPV VIRUS**

## ΠΕΡΙΟΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ 4
ABSTRACT.....	σελ 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ 6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Παθογένεση ιού.....	σελ 8
1.2 Κατηγορίες ιού.....	σελ 10
1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	σελ 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Παγκόσμια δεδομένα.....	σελ 13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Εμβόλια.....	σελ 16
3.2 Αντενδείξεις εμβολιασμού.....	σελ 18
3.3 Λόγοι – φραγμοί μη εμβολιασμού.....	σελ 19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Σκοπός έρευνας.....	σελ 21
4.2 Δείγμα - μέθοδος .....	σελ 21
4.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	σελ 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Συζήτηση.....	σελ 44
5.2 Συμπέρασμα.....	σελ 45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ 46
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	σελ 52

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων πρωταγωνιστεί στο 90% των ανθρώπων. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της χώρας μόνο το 30%-35% των γυναικών κάνουν τεστ Παπανικολάου. Είναι αναγκαίο να βρεθεί τρόπος ενημέρωσης για στρατηγική προσυμπτωματικού ελέγχου όλων των γυναικών όλων των ηλικιών. Οι επαγγελματίες υγείας της χώρας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση και στη ρύθμιση τέτοιου είδους προγράμματος. Οι εκπρόσωποι της υγείας θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και ενημερωμένοι με τα νεότερα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, ώστε η προσαρμογή κάθε φορά να γίνεται άμεσα και χωρίς χρονοβόρες διαδικασίες.

Στόχος της έρευνας είναι να γνωστοποιηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις των παρεχόντων υγείας του νομού Λάρισας σχετικά με τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Οι συμμετέχοντες προέρχονται από το μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων του Νομού Λαρίσης. Έλαβαν μέρος στην έρευνα με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου αποδεικνύοντας τις γνώσεις αλλά και εκφράζοντας τις απόψεις γύρω από το θέμα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το προσωπικό των νοσοκομείων έχει ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τον ιό. Οι περισσότεροι γνώριζαν για την μετάδοση του ιού αλλά όχι για τη συχνότητα της λοίμωξης. Απάντησαν θετικά στη ερώτηση για συσχέτιση του ιού με τον καρκίνο και για τη χρήση του HPV DNA τεστ. Το 1/3 των επαγγελματιών μόνο γνώριζαν τον αριθμό των εμβολίων αλλά σχεδόν όλοι γνώριζαν την καταλληλότερη ηλικία χορήγησης αυτών.

Το 88% δεν έχουν εμβολιαστεί και το 76% δεν έχει εμβολιάσει τα παιδιά του. Παρ' όλα αυτά συστήνουν τον εμβολιασμό ως επαγγελματίες.

Η ανασύσταση και αναπροσαρμογή της εκπαίδευσης του προσωπικού καθίσταται απαραίτητη.

**Λέξεις-κλειδιά:** γνώσεις, απόψεις, ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων, καρκίνος τραχήλου, εμβολιασμός

## **ABSTRACT**

Human papilloma virus is present in 90% of the population. In Greece, according to statistics only 30%-35% of women use for screening PAP smear. It is necessary to inform population about screening for cervical cancer concerning all ages. Health professionals all around the country play a decisive role in the planning and setting of such a programme. Medical professionals should be specifically trained and informed about the newest data in international bibliography, so that the adjustment can occur immediately and without time-consuming procedures.

The objective of this research is knowledge and aspects of health providers in Larissa about HPV virus to be identified. The participants derive from the permanent medical-nursing staff of Larissa's hospitals. They have taken part in the research with the completion of a questionnaire proving their knowledge but also expressing topic-related aspects.

The results have shown that the hospital staff has poor knowledge about the virus. Most of them were aware of virus spreading but not about the frequency of the infection. They have answered positively to the question which relates HPV with cancer and the use of HPV DNA test. Only 1/3 of the professionals were aware of the number of the existing vaccines but almost everybody knew the proper vaccination age.

88% hasn't been vaccinated and 76% hasn't vaccinated their children. Nevertheless, vaccination is recommended by them as health professionals.

Reformation and readjustment of staff training is required.

Key words : knowledge, aspects, papillomavirus, cervix cancer, vaccination

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου στο γυναικείο πληθυσμό στις αναπτυσσόμενες χώρες. Κατέχει την τέταρτη θέση παγκοσμίως μετά από τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και των πνευμόνων. Υπολογίζονται παγκοσμίως περίπου 550.000 νέες περιπτώσεις του συγκεκριμένου καρκίνου κάθε χρόνο. Τα ποσοστά παρουσιάζουν αύξηση δεδομένου ότι το 2012 αναφέρονται 228.000 περιπτώσεις θανάτων από καρκίνο τραχήλου μήτρας [1]. Συγκεκριμένα για το διάστημα 2000-2015 καταγράφηκαν περίπου 8 εκατομμύρια θάνατοι από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις ανήλθαν στα 14 εκατομμύρια. Το 30% των θανάτων διαπιστώθηκαν σε χώρες υψηλού οικονομικού εισοδήματος [2]. Στη Βόρεια Αμερική (περιοχή με χαμηλό ποσοστό καρκίνου τραχήλου της μήτρας), το 2015 διαγνώστηκαν 14.000 νέες περιπτώσεις γυναικών που εμφάνισαν τον συγκεκριμένο καρκίνο. Το ίδιο έτος οι θάνατοι ανήλθαν περίπου στις 4.100 [3]. Το 2012 στην υποσαχάρια Αφρική οι νέες περιπτώσεις καρκίνου ήταν 34,8 και οι θάνατοι 22,5 (ανά 100.000 γυναίκες). Στην Δ. Ασία το ίδιο έτος εμφανίστηκαν 4,4 νέοι καρκίνοι ενώ 1,9 (ανά 100.000 γυναίκες) ήταν οι θάνατοι που οφείλονταν στον καρκίνο [4]. Δεδομένου των παραπάνω στοιχείων η ανάγκη για πρόληψη και εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου επιβάλλεται όχι μόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες αλλά και στις αναπτυγμένες προκειμένου να διευκρινιστούν τα αίτια που οδηγούν στα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάγκη ανεύρεσης των «ιδανικών» μεθόδων διάγνωσης και αντιμετώπισης των προκαρκινικών αλλοιώσεων για την αποφυγή πιθανής εμφάνισης καρκίνου στο μέλλον. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών υπάρχουν αρκετά στοιχεία που καθιστούν εφικτό τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πάσχοντος πληθυσμού. Αντίστοιχα προγράμματα διαλογής ελέγχου υπάρχουν σε χώρες ισχυρής οικονομίας, όπως για παράδειγμα στην Αμερική όπου τα ποσοστά γυναικών με καρκίνο του μαστού μειώθηκαν σημαντικά [2]. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας προσβάλλει συνήθως γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία 30-40 ετών. Μεταβάλλει την ποιότητα ζωής και αυξάνει την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα ιδιαίτερα σε ομάδες γυναικών με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο [3]. Ο ιός HPV σχετίζεται άμεσα με την παθογένεση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Η ανεύρεσή του σε περιπτώσεις καρκίνου υπολογίζεται από το 1980 όπου και διαπιστώθηκε σε δείγματα κυτταρολογικών αναλύσεων μετά από σειρά πολλών μελετών [5]. Ο ιός αποτελείται από δίκλωνο DNA και ανήκει στην κατηγορία των Papovaviridae. Αποτελεί την πιο κοινή λοίμωξη στην αναπαραγωγική περίοδο των γυναικών και είναι συνήθως σεξουαλικά μεταδιδόμενος. Μελέτη ελέγχου στο Ηνωμένο Βασίλειο το διάστημα 2000-2006, σε 262 γυναίκες με διαγνωσμένο χειρουργικά καρκίνο τραχήλου μήτρας και σε 8.428 γυναίκες οι οποίες προέβησαν σε κυτταρολογικό έλεγχο το 2004, έδειξε πως η πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και συγκεκριμένα από τους τύπους 16 και 18 είναι αυξημένη αλλά και μεγάλης σημασίας. Στην ίδια μελέτη εξετάστηκε και η σχέση της

ηλικίας των γυναικών με τους συγκεκριμένους τύπους του ιού και τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες άνω των 40 ετών είχαν 30 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου τραχήλου της μήτρας από τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών [6]. Όπως είναι γνωστό ο ιός προσβάλλει το επιθήλιο του δέρματος, όπου και πολλαπλασιάζεται, καθώς και το μεταπλαστικό επιθήλιο του βλεννογόνου του τραχήλου, του πρωκτού και της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας. Στην πλειοψηφία του ο ιός δε δίνει συμπτώματα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αλλοιώσεων υποστρέφει εντός δύο ετών. Σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση (1995-2009) όπου συμπεριλήφθηκαν 194 μελέτες με συνολικό αριθμό 1.016.719 γυναικών με φυσιολογικά κυτταρολογικά ευρήματα, ο επιπολασμός του ιού υπολογίζεται στο 11,7% παγκοσμίως [7]. Αριθμούνται πάνω από 150 τύποι του ιού που έχουν ταυτοποιηθεί σε ανθρώπινους ιστούς ενώ υπάρχουν τύποι οι οποίοι θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 73, 82, 85). Αυτοί οι τύποι αυξημένης επικινδυνότητας προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου, του αιδοίου, του πέους, του πρωκτού και του στοματοφάρυγγα οι οποίες αν δεν θεραπευτούν μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Οι τύποι 16 και 18 εμφανίζονται στους περισσότερους καρκίνους που σχετίζονται με τον HPV παγκοσμίως. Υπάρχουν επίσης οι χαμηλού κινδύνου τύποι εκ των οποίων οι 6 και 11 είναι υπεύθυνοι για τα κονδυλώματα στα έξω γεννητικά όργανα και στον πρωκτό. Στην ίδια κατηγορία συγκαταλέγονται και οι 40, 42, 43, 44, 55, 61, 70, 72, 81, 83, 84, 89 οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις [1,8]. Σύμφωνα με στοιχεία του Central for Disease Control (CDC) εκτιμάται ότι το 80% - 90% των ενεργά σεξουαλικών ανθρώπων θα έρθει σε επαφή με τον ιό κάποια στιγμή της ζωής τους [9]. Μετά την επαφή με τον ιό, σε κάποιες γυναίκες μπορεί να εμφανιστούν καλοήθεις αλλοιώσεις (οξυτενή κονδυλώματα) ή προκαρκινικές αλλοιώσεις. Βάσει του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) οι προκαρκινικές αλλοιώσεις (ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες τραχήλου ή CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia) διακρίνονται σε CIN I (low risk) και CIN II, III (high risk) [5]. Ο κυριότερος παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση αλλοιώσεων CIN και καρκίνου του τραχήλου είναι ο ιός HPV. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας συνήθως προέρχεται από τα πλακώδη κύτταρα του επιθηλίου και πιο σπάνια από τα αδενικά κύτταρα [10].

Παράγοντες που συνηγορούν στη λοίμωξη από τον HPV και στην εμφάνιση αλλοιώσεων είναι η πρόωγη έναρξη σεξουαλικής ζωής, η εναλλαγή πολλών συντρόφων, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η κακή στοματική υγιεινή. Στην ίδια κατηγορία παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβάνεται και η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών χαπιών από γυναίκες που είναι HPV θετικές. Ο κίνδυνος μειώνεται με τη διακοπή της λήψης χαπιών και επιστρέφει στο βαθμό επικινδυνότητας των γυναικών που δεν λαμβάνουν [11,12,13].

Πρέπει να σημειωθεί ότι συνεκτιμώνται και οι επίμονες και χρόνιες λοιμώξεις σεξουαλικά μεταδιδόμενες όπως (ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας) HIV, σύφιλη, γονόρροια και χλαμύδια.

Επίσης η μη ισορροπημένη διατροφή (όπως έλλειψη φρούτων και λαχανικών) αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης του ιού λόγω εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος [13,14].

Γνωρίζοντας το ρόλο του ιού HPV στην εμφάνιση καρκίνου της μήτρας θα ήταν επιτυχία στον ερευνητικό τομέα η μείωση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά την εύρεση του εμβολίου κατά του ιού. Στην διάθεση των ενδιαφερόμενων βρίσκονται τρία είδη εμβολίου με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας. Είναι το δισθενές που κυκλοφόρησε το 2006, το τετραδύναμο που υπάρχει στην αγορά από το 2008 και το εννεαδύναμο που πρόσφατα κυκλοφόρησε [15].

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να επισημάνει τη στάση και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στον ιό HPV, την πρόγνωση, την διάγνωση και τη θεραπεία. Όλα αυτά θα αντικατοπτρίσουν στην πραγματικότητα τις γνώσεις τους και θα διατυπώσουν τις απόψεις τους στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης και θεραπείας απέναντι στον ιό. Πώς λειτουργούν στην καθημερινότητά τους μέσα στην οικογένεια ως μέλη και πώς συμπεριφέρονται στο χώρο εργασίας εντός νοσοκομείου όταν καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις των πελατών υγείας; Ποιος είναι ο συμβουλευτικός τους ρόλος στην προσωπική τους ζωή για το άμεσο περιβάλλον και ποιος όταν δε μπαίνει ο συναισθηματικός τους δεσμός;

Οι γνώσεις τους μπορεί να είναι επαρκείς σε ότι έχει να κάνει με τον ιό ή μπορεί να διαφεύγουν τελευταίων εξελίξεων οι οποίες όμως είναι καθοριστικές; Οι ειδικότητες που δεν έχουν άμεση επαφή με τη διάγνωση του ιού έχουν το ίδιο επίπεδο γνώσεων με τους επαγγελματίες υγείας που στην καθημερινότητά τους ασχολούνται με την πρόγνωση και διάγνωση του ιού; Οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας αποτελούν τον εκπρόσωπο της Δημόσιας Υγείας. Η βασική προτεραιότητά τους είναι αρχικά η ενημέρωση του πληθυσμού και η εφαρμογή μεθόδων και μέτρων προστασίας. Απώτερος σκοπός η προστασία της υγείας των πολιτών και η μείωση των ποσοστών νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **1.1 Παθογένεση ιού**

Ο ιός HPV κατέχει πλέον τον πρωταγωνιστικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Ήδη από τη δεκαετία του 1990 είχε γνωστοποιηθεί η σχέση ιού – καρκίνου από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες και μάλιστα με τη συμμετοχή και τη συμβολή της μοριακής επιστήμης. Το 1997, ο Harald Zur Hausen ήταν ο πρώτος ο οποίος μίλησε για τη σχέση του ιού με τον καρκίνο. Έκτοτε έχει τεκμηριωθεί παγκοσμίως. Μέχρι και σήμερα δεν υπήρξε μελέτη που να αναιρεί τη συσχέτιση του ιού HPV με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Ο χαρακτηρισμός του ιού ως απαραίτητη αιτία εμφάνισης, προσδίδει μεγάλη βαρύτητα στον επιστημονικό κόσμο και υποδηλώνει



την απουσία εμφάνισης του συγκεκριμένου καρκίνου στην μη ύπαρξη του ιού. Μια σχέση αλληλένδετη και για τον ιατρικό τομέα βασικό κριτήριο διαφορικής διάγνωσης [16].

Ο ιός HPV είναι ένας μικρός, δίκλωνος ιός DNA που στο γονιδιώμα του έχει περίπου 8000 ζεύγη βάσεων. Το γονιδίωμα του HPV αποτελείται από έξι πρώιμα γονίδια ( E1, E2, E4, E5, E6 και E7) και δύο όψιμα γονίδια (L1 και L2). Στην κατηγορία των πρώιμων γονιδίων, τα E6 και E7 έχουν ιδιαίτερη σημασία λόγω των ρόλων τους στην αδρανοποίηση των γονιδίων και της ογκογονικής εξέλιξης [17]. Τα άλλα πρώιμα γονίδια παίζουν καθοριστικούς ρόλους στην αναπαραγωγή του ιού, την αντιγραφή και τη διατήρηση του ιϊκού γονιδιώματος. Διαδικασίες απαραίτητες που επιτρέπουν στη λοίμωξη να παραμένει [18,19].

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας αποτελεί ένα από τους συνηθέστερους καρκίνους στο γυναικείο πληθυσμό παρ' ότι υπάρχουν κατάλληλες διαγνωστικές μέθοδοι. Τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες κοινωνίες τα ποσοστά νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας είναι αρκετά μεγάλα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει ήδη αρχίσει να εφαρμόζεται το πρόγραμμα εμβολιασμού ενάντια κάποιων στελεχών του ιού (εκείνων που προκαλούν καρκίνο), ενώ στις αναπτυσσόμενες όλο και αυξάνονται οι προσυμπτωματικοί έλεγχοι προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Στην Ινδία, το ποσοστό νέων περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας ανέρχεται στις 132.000 ετησίως ενώ οι θάνατοι ανέρχονται στις 88.000. Ο επιπολασμός είναι αυξημένος στην περιοχή ειδικά για τον τύπο HPV 16. Σε μελέτη των Wong et al., στα πλαίσια διερεύνησης των προαναφερθέντων αυξημένων ποσοστών στη Μαλαισία διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες δεν είχαν καμία ενημέρωση για τον ιό ή τη σχέση του με τον καρκίνο. Επίσης κατά τις επισκέψεις τους στο νοσοκομείο ή ακόμα και σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είχαν καμία προτροπή από επαγγελματίες υγείας για συστηματικό έλεγχο ή ακόμα και για το εμβόλιο κατά του ιού [20].

Επιδημιολογικές μελέτες που έλαβαν χώρα από τη δεκαετία του '90 και μετά συσχέτισαν την εθνικότητα με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Συγκεκριμένα οι Αφρο-Αμερικάνοι καθώς και οι Ισπανόφωνοι που ζουν στην Αμερική φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με τους «Λευκούς». Με την πάροδο του χρόνου και μετά από πληθώρα ερευνών προστέθηκε ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας ως βασικός δείκτης αξιολόγησης και συνεκτίμησης, παραγκωνίζοντας τον παράγοντα εθνικότητα [21].

Πρόσφατα έχει βρεθεί πως γενετικοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την εκδήλωση και τη μετέπειτα εξέλιξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μετά από μόλυνση με τον ιό HPV. Σε μελέτες εντός συγγενικού περιβάλλοντος έχει βρεθεί πως ο παράγοντας «κληρονομικότητα» ανέρχεται σε ποσοστά

27%-64%. Υψηλά ποσοστά αν αναλογιστεί κανείς τους αιτιολογικούς και άλλους εξωγενείς παράγοντες που συνηγορούν θετικά στην εμφάνιση του καρκίνου [22].

## 1.2 Κατηγορίες ιού

Οι τύποι του ιού κατηγοριοποιούνται βάσει της αυξημένης επικινδυνότητας τους από την εξέλιξή τους σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν οι υψηλού κινδύνου τύποι με μεγαλύτερη πιθανότητα εξέλιξης των προκαρκινικών αλλοιώσεων σε καρκίνο και οι χαμηλού κινδύνου εκ των οποίων κάποιοι προκαλούν κονδυλώματα και άλλοι χαμηλόβαθμες αλλοιώσεις, οι οποίες μπορεί να υποστρέψουν μετά από δύο χρόνια.

Ο τράχηλος αποτελείται από αδενικό και πλακώδες επιθήλιο. Οι αλλοιώσεις στο αδενικό επιθήλιο λέγονται AGUS (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance). Είναι η ύπαρξη ανώμαλων κυττάρων που προέρχονται από αδενικό επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας, ανιχνεύονται στο τεστ Παπανικολάου (PAP test) και οδηγούν σε καρκίνο σε ποσοστό 30% των περιπτώσεων όπου εμφανίζονται. Ο κίνδυνος κακοήθειας αυξάνεται με την ηλικία. Το αδenoκαρκίνωμα in situ (AIS) είναι μια προδρομική κατάσταση του αδenoκαρκινώματος με διάστημα μετάβασης περίπου 5 χρόνων. Η συχνότητα εμφάνισης τους είναι πολύ συχνή τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες. Η άλλη κατηγορία αλλοιώσεων περιλαμβάνει την τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία CIN 1 η οποία χαρακτηρίζεται ως χαμηλού βαθμού πλακώδους αλλοίωση (LSIL). Το CIN 2 περιέχει κάποιες φορές προκαρκινικές αλλοιώσεις αλλά μπορεί να περιέχει και αλλοιώσεις που να κυμαίνονται μεταξύ CIN 1-3. Άλλοτε είναι LSIL και άλλοτε υψηλού βαθμού αλλοίωσης (HSIL). Η κολποσκόπηση και η βιοψία είναι εξετάσεις διαλογής για τη διάγνωση του βαθμού αλλοιώσεων. Ο όρος CIN κατηγοριοποιείται σε 3 βαθμίδες σύμφωνα με το βαθμό αλλοίωσης που προκαλείται. Σε CIN 1 (χαμηλού βαθμού αλλοίωση του επιθηλίου με παρουσία άτυπων κυτταρικών αλλαγών, CIN 2 (υψηλού βαθμού αλλοίωση που επεκτείνεται στα 2/3 του επιθηλίου) και σε CIN 3 που περιλαμβάνει σοβαρές κυτταρικές αλλοιώσεις.

Ως γνωστό το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στους γονότυπους υψηλού κινδύνου και πιο συγκεκριμένα στον HPV 16 και HPV 18 έχοντας πάντα γνώμονα τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού. Βέβαια για τα προχωρημένα στάδια CIN 2 και CIN 3 δεν είναι μόνο αυτοί οι τύποι υψίστης σημασίας που σχετίζονται με τον καρκίνο αλλά, διατηρώντας πάντα τη σχέση και τη σημασία του τύπου 16 στις προκαρκινικές αλλοιώσεις παρατηρήθηκε και η σημασία της προγνωστικής αξίας και των τύπων 31 και 33 που ξεπερνάει ιεραρχικά τον 18. Οι τύποι 39, 56, 59 και 68 έχουν χαμηλή προγνωστική αξία. Ο τύπος 66 βρίσκεται περίπου στην ενδιάμεση κατηγορία ενώ οι τύποι 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52 και 58 θεωρούνται αυξημένης και υψηλής επικινδυνότητας [23].

Σύμφωνα με τον Sanjose et al (παγκόσμια αναδρομική μελέτη), εξετάζοντας 10.575 γυναίκες για τον καρκίνο και τους γονότυπους που σχετίζονται με αυτόν, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ιεραρχικά οι τύποι 16, 18, 31, 33 και 45 ήταν υπεύθυνοι για ανάπτυξη καρκίνου στα πλακώδη κύτταρα, ενώ οι τύποι 16, 45, 33, 18 και 31 ήταν ιεραρχικά υπεύθυνοι για εμφάνιση αδενοκαρκινώματος [24]. Οι τύποι 39, 56, 59, 66 και 68 ανήκουν στην κατηγορία ενδιάμεσης ζώνης κινδύνου δεδομένου ότι συνεχίζεται να παραμένει αρνητικός ο κυτταρολογικός έλεγχος μετά από 2 χρόνια από την αρχική τους εμφάνιση.

Ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC) επισημαίνει την ύπαρξη του HPV 66 στην καρκινογένεση και αντικρούει τα δεδομένα των μελετών που προτείνουν τον τύπο 66 να αλλάξει κατηγορία συσχέτισης.

Συνοψίζοντας οι τύποι 16 και 18 παρ' ότι και οι δύο είναι υψηλού κινδύνου έχουν κάποια διαφορά μεταξύ τους. Κάθε τύπος λειτουργεί και επιδρά διαφορετικά στη λοίμωξη [25]. Ο τύπος 16 κατά τον προληπτικό έλεγχο, ανευρίσκεται πιο συχνά στα CIN 2 και CIN 2+. Αντιθέτως ο τύπος 18 ανευρίσκεται κυρίως στο αδενοκαρκίνωμα και στις ενδοτραχηλικές αλλοιώσεις οι οποίες ανιχνεύονται δύσκολα με το τεστ Παπανικολάου (PAP) και δεν είναι ορατές στην κολποσκόπηση. Αυτή είναι και η αιτία που οι αλλοιώσεις που προκαλεί ο 18 συνήθως δεν προλαμβάνονται, σε αντίθεση με τον 16 ο οποίος προκαλεί αλλοιώσεις εμφανείς στο PAP τεστ.

### **1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος**

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος συνεχίζεται και επικεντρώνεται σε πληθυσμούς που καθίσταται περισσότερο αναγκαίος ειδικά όταν οι οικονομίες των χωρών δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην εφαρμογή νέων κατευθυντήριων οδηγιών και προγραμμάτων εμβολιασμού. Γεγονός που επιβεβαιώνει μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα το διάστημα 2008-2010 σε πληθυσμό 12.097 γυναικών ηλικίας 25-59 ετών. Οι γυναίκες ελέχθησαν με κυτταρολογικό έλεγχο και HPV DNA τεστ. Τα δείγματα που ήταν HPV θετικά ή είχαν άτυπα πλακώδη κύτταρα εφάρμοσαν βιοψία τραχήλου.

Οι αλλοιώσεις που εντοπίστηκαν ήταν CIN 2 και CIN 3 με συχνότητα εμφάνισης των τύπων 16, 52, 58, 33, 31 και 18. Η μεγαλύτερη αναλογία βλαβών CIN 2 και CIN 3 ήταν πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (HSIL). Στις περιπτώσεις CIN 2 παρατηρήθηκαν οι τύποι 16, 31, 58, 33, 18 και 52 με ποσοστά 41.5%, 31.5%, 30.6%, 28.7%, 28.2% και 17.7% αντίστοιχα, ενώ στις CIN 3 περιπτώσεις 20.5%, 19.4%, 15.7%, 19.2% και 8.3% [26].

Ο ιός HPV εμφανίζεται συνήθως στην αναπαραγωγική ηλικία, όπου η σεξουαλική δραστηριότητα των ανθρώπων είναι αυξημένη. Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία αυτά, οι γυναίκες άνω των 50 ετών διακόπτουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο θεωρώντας πως οι πιθανότητες μόλυνσης είναι μικρές.

Πρόκειται για έλλειψη ενημέρωσης αυτής της ηλικιακής ομάδας στις περιπτώσεις που συμβαίνει και η ευθύνη βαρύνει τους επαγγελματίες υγείας περισσότερο. Από τη στιγμή που κάποιος έρθει σε επαφή με τον ιό, ο ιός συνεχίζει να υπάρχει ακόμα και μετά τη θεραπεία των βλαβών που πιθανών έχει επιφέρει. Παραμένει σε λανθάνουσα φάση, γεγονός που δικαιολογεί τη μη αναγνώριση συμπτωμάτων ή κλινικών ευρημάτων.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αποτελεί προληπτικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση ύπαρξης αλλοιώσεων λόγω του ιού και θεραπεία αυτών προκειμένου να μην εξελιχθούν σε καρκίνο εφόσον παραμείνουν αθεράπευτες. Η αξία του ελέγχου είναι σημαντική αν αναλογιστεί κανείς πως ποσοστό 90% των αλλοιώσεων που ανιχνεύονται σε αρχικό στάδιο θεραπεύεται. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνονται περαιτέρω βλάβες που πιθανόν να οδηγήσουν σε καρκίνο. Αυτή ακριβώς είναι η σημασία των τεστ ανίχνευσης που χρησιμοποιούνται. Οι μέθοδοι είναι δύο. Το τεστ PAP, η παλαιότερη και πιο διαδεδομένη κυτταρολογική μέθοδος και το HPV DNA τεστ, η οποία όμως δεν εφαρμόζεται σε όλες της χώρες ακόμα, λόγω του υψηλού κόστους. Μακροπρόθεσμα όμως η διαφορά κόστους-οφέλους από την εφαρμογή της μεθόδου στον τομέα της πρόληψης θα οδηγήσει όλο και περισσότερες χώρες στο να το εντάξουν στις επίσημες διαγνωστικές μεθόδους. Στην πρώτη μέθοδο γίνεται λήψη κυττάρων από την επιφάνεια του τραχήλου και του κόλπου και γίνεται μικροσκοπική εξέταση του δείγματος. Στη δεύτερη λαμβάνεται υλικό από τα ίδια σημεία και ελέγχεται η ύπαρξη και ταυτοποίηση του DNA του ιού, αφού ο καρκίνος σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη του. Και οι δύο μέθοδοι χρησιμοποιούνται αλλά πάντα εξατομικεύοντας τις περιπτώσεις [27].

Το διάστημα 2013-2015 πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία έρευνα σε 1051 δείγματα γυναικών με μέσο όρο ηλικίας τα 68 έτη (60-89) για έλεγχο HPV. Ο επιπολασμός ήταν χαμηλός (4.1%). Η πιθανότητα δυσπλασίας από τον ιό ήταν 2.1% για τα στάδια CIN 1 και CIN 2 όπου εντοπίστηκαν. Δεν εντοπίστηκε καρκίνος ή αδενική δυσπλασία παρ' ότι ο πληθυσμός ελέγχου ήταν γυναίκες που δεν τηρούσαν τις καθιερωμένες επισκέψεις προσυμπτωματικού ελέγχου.

Παρόμοια έρευνα του Ferenczy μιλάει για επιπολασμό 1% σε 306 θετικές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών [28]. Ακόμη, ο Petignat και οι συνεργάτες του αναφέρουν επιπολασμό ίσο με 6.7% σε ηλικίες άνω των 60 ετών. Οι μεγάλες διαφορές αυτές στα ποσοστά επιπολασμού οφείλονται στη διαφορετικότητα των πληθυσμών και στις μεθόδους ανίχνευσης παρά στις μικρές διαφορετικές ηλικιακές κλίμακες. Τα δεδομένα πάντως που υπάρχουν είναι μόνο μέχρι την ηλικία των 75 ετών [29].

Σε μελέτες επανεξέτασης για την εμμονή της λοίμωξης από τον ιό HPV, έχει αποδειχθεί πως η ηλικία παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο. Μεταξύ πρώτης και δεύτερης δοκιμής ελέγχου υπήρχε ποσοστό 37.2% του δείγματος που τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά μέσα σε διάστημα 3.5 μηνών. Σε ανάλογη μελέτη

σε γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών υπήρξε κάθαρση από τον ιό σε ποσοστό 28% σε 4.4 μήνες. Επίσης σε κατηγορία γυναικών ηλικίας 30-60 ετών σε διάστημα 2.7 μήνες ο ιός εξαφανίστηκε σε ποσοστό 41% μεταξύ πρώτης και δεύτερης δοκιμασίας ελέγχου [30]. Ο ιός εξακολουθεί να ανιχνεύεται πιο συχνά σε γυναίκες άνω των 30 ετών σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες [31].

Η συχνότητα εμφάνισης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας τραχήλου της μήτρας (CIN) είναι αυξημένη στις γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV. Αυξημένες πιθανότητες συσχέτισης με την εμφάνιση του ιού HPV έχουν και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση ή πάσχουν από ερυθματώδη λύκο [32].

Ως γνωστό η κυτταρολογική εξέταση δεν έχει νόημα στην ηλικία των 60 ετών και άνω, λόγω της χαμηλής ευαισθησίας της μεθόδου και της κοιλιακής ατροφίας. Οι θεραπείες εκλογής και τα διαστήματα επανελέγχων καθορίζονται πάντα βάσει των τελευταίων ευρημάτων. Σε κάθε περίπτωση ο θεράπων διαχωρίζει το περιστατικό και προγραμματίζει το επόμενο βήμα συνεκτιμώντας τη μέχρι τώρα πορεία αλλά την πρόγνωση της νόσου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Παγκόσμια δεδομένα**

Η Αυστραλία ήταν από τις πρώτες χώρες που εφάρμοσαν τον εμβολιασμό κατά του ιού HPV. Συνεχίζει και δίνει μεγάλη βαρύτητα τόσο στους προσυμπτωματικούς ελέγχους όσο και στο σύστημα εμβολιασμού. Από το 2007 που άρχισε ο εμβολιασμός στα σχολεία στα πλαίσια Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού των πολιτών, υπήρξαν θεαματικά αποτελέσματα στα ποσοστά εμφάνισης του ιού αλλά και των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε ποσοστό 86% των πολιτών χορηγήθηκε μία δόση, ενώ σε ποσοστό 73% χορηγήθηκαν και οι τρεις δόσεις. Λίγα χρόνια μετά παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στο ποσοστό επίπτωσης τόσο των κονδυλωμάτων των έξω γεννητικών οργάνων όσο και στη μείωση των τραχηλικών αλλοιώσεων.

Εξίσου σημαντική μείωση εμφάνισης του ιού παρατηρήθηκε και στη Δανία, Αγγλία και Ηνωμένες Πολιτείες, χώρες που εφάρμοσαν τον εμβολιασμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια σαφή εικόνα της αποτελεσματικότητας του εμβολίου. Αξίζει να σημειωθεί πως το πρόγραμμα εμβολιασμού δύο δόσεων -στην προβλεπόμενη ηλικία- που είναι και ευκολότερο να πραγματοποιηθεί αλλά ταυτόχρονα προσφέρει εξοικονόμηση χρημάτων, προσδίδει την ίδια κάλυψη σε σχέση με αυτό των τριών δόσεων στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα [33].

Μέχρι το 2017 βάσει Εθνικού Προγράμματος Παρακολούθησης Τραχήλου στην Αυστραλία ο έλεγχος των γυναικών από ηλικία 18-69 ήταν κυτταρολογικός κάθε 2 χρόνια σε γυναίκες ενεργώς σεξουαλικά.

Από το 1991 ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας έδειξε μείωση κατά 36% στη εμφάνιση του και κατά 44% στο ποσοστό της θνησιμότητας [34].

Τα αποτελέσματα των ποσοστών ήταν ορατά την επόμενη δεκαετία και συνεχίζουν και επιβεβαιώνουν το σωστό και καλά οργανωμένο σύστημα υγείας της χώρας. Σήμερα παραμένουν στους ίδιους αριθμούς λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων του κυτταρολογικού ελέγχου στην ανίχνευση αδενικών βλαβών. Πολλές χώρες εξετάζουν τη σημαντικότητα του HPV DNA τεστ και το κατατάσσουν ιεραρχικά πρώτο στην κλίμακα διαγνωστικής μεθόδου. Συγκεκριμένα στην περίπτωση της Αυστραλίας υπάρχει χαμηλό ποσοστό επιπολασμού λόγω του επιτυχούς Προγράμματος Εμβολιασμού αλλά και της κάλυψης των μη εμβολιασμένων λόγω προστασία αγέλης [35]. Στο Εθνικό τους Σύστημα Ελέγχου για τον Καρκίνο Τραχήλου της Μήτρας υιοθετήθηκαν άλλα χρονικά πλαίσια μεταξύ των οποίων γίνεται επανέλεγχος ανίχνευσης του ιού.

Η Συμβουλευτική Επιτροπή Ιατρικών Υπηρεσιών της Αυστραλίας συνεκτιμώντας τα εθνικά στατιστικά στοιχεία και ακολουθώντας τα νεότερα δεδομένα της επιστήμης εφάρμοσε και εκείνη αλλαγές στους ελέγχους της για τον καρκίνο. Παρατήρησε πως ο πρωτογενής έλεγχος HPV ήταν προτιμότερος τόσο οικονομικά όσο και διαγνωστικά σε σχέση με τον κυτταρολογικό έλεγχο (όπως ίσχυε ανά 2 χρόνια). Το 2015 εξετάστηκαν τα στατιστικά αλλά και οι κατευθυντήριες οδηγίες και έγινε προσπάθεια αναθεώρησης του ελέγχου του καρκίνου της μήτρας των γυναικών στη μακρινή ήπειρο. Έτσι προτάθηκε HPV έλεγχος κάθε 5 χρόνια για τις ηλικίες 25-69 ετών και στις γυναίκες ηλικίας 70-75 ετών κυτταρολογικός έλεγχος. Αν τα αποτελέσματα HPV τεστ ήταν θετικά για τους τύπους 16 και 18 και ταυτόχρονα υπήρχε και κυτταρολογική εκτίμηση που συνηγορούσε σε βλάβη γινόταν επανάληψη του HPV τεστ σε 12 μήνες. Αν το αποτέλεσμα παρέμεινε θετικό και με το πέρας των 12 μηνών τότε γινόταν κολποσκόπηση. Στη συνέχεια, αν ο επόμενος έλεγχος ήταν αρνητικός έδινε στη γυναίκα το δικαίωμα να ενταχθεί στον καθιερωμένο συστηματικό έλεγχο [36].

Όλοι οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με τον ιό και τη μετάδοσή του συμπέραναν πως πρόκειται για ιό που μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, ιδιαίτερα στις έφηβες (που αρχίζουν πρόωρα τη σεξουαλική τους ζωή) και στις νεαρές ενήλικες γυναίκες που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο επαφής με τον ιό. Στην αναπαραγωγική ηλικία η εμφάνιση χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων από πλακώδη κύτταρα (LSIL) ή CIN βαθμού 1 (CIN1), συνήθως είναι μεταβατικές και υποστρέφουν χωρίς περαιτέρω παρέμβαση εντός 1-2 ετών. Επιπλέον, το 90% των επαναμολύνσεων μπορεί να μην ανιχνεύονται για διάστημα 1-2 έτη [37]. Από ιατρικής πλευράς οι μέθοδοι θεραπείας από τον ιό (μη ανίχνευσής του πλέον στον κυτταρολογικό έλεγχο) είναι καθοριστικοί. Η αιτία επιμονής του ιού σε ορισμένες γυναίκες παραμένει άγνωστη. Μετά τα αρχικά στάδια της μόλυνσης, καθοριστικό ρόλο παίζει η ευαισθησία του ατόμου σε ογκογόνους τύπους HPV και το ανοσοποιητικό σύστημα της κάθε γυναίκας. Πολλές φορές υπάρχουν κυτταρολογικοί έλεγχοι με ψευδώς αρνητικά

αποτελέσματα δηλαδή δεν ανιχνεύονται πιθανές αρχόμενες μελλοντικές αλλοιώσεις (38,39,40). Ένα μικρό ποσοστό που ανιχνεύεται σε διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να αποτελεί αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής βλάβης από πλακώδη κύτταρα (HSIL) ή βαθμού CIN 2 ή 2 (CIN2 / 3) και στη συνέχεια σε καρκίνο αν δεν θεραπευθεί [41].

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια έρευνας ευρωπαϊκών χωρών στις κατηγοριοποιήσεις των καρκινικών τύπων του τραχήλου της μήτρας παρατηρήθηκε πως το αδenoκαρκίνωμα είναι ιστολογικά ετερογενές σε σχέση με το συνηθισμένο αδenoπλακώδες καρκίνωμα που συσχετίζεται στενά με τους HPV 16, 18 και 45. Οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με HPV θετικό αδenoκαρκίνωμα βρίσκονταν σε ηλικία μικρότερη από αυτή των γυναικών με HPV αρνητικό.

Παρατηρήθηκε επίσης διακύμανση του HPV test θετικότητας ανά χώρα. Στην πληθώρα των αδenoκαρκινωμάτων υπήρχε η συσχέτισή τους με HPV 16 ή 18. Το ποσοστό επιπολασμού της λοίμωξης από HPV 16, 18 και 45 στη τραχηλική αδενική νεοπλασία επιβεβαιώνει την προσπάθεια εφαρμογής του τρόπου ανίχνευσης του ιού με το HPV τεστ όπου είναι εφικτό [42].

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της χώρας μόνο το 30%-35% των γυναικών κάνουν τεστ PAP. Κρίνεται αναγκαίο για τον υπόλοιπο πληθυσμό να ελεγχθεί με κάποιο τρόπο. Τα δύο τελευταία χρόνια επιστρατεύεται στη χώρα πιλοτικό πρόγραμμα (Greco self) με απώτερο σκοπό την αύξηση του ελέγχου των γυναικών για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Πρόκειται για δωρεάν HPV DNA τεστ, όπου η λήψη του κολποτραχηλικού υλικού πραγματοποιείται από τις ίδιες τις συμμετέχουσες. Είναι ευκαιρία λοιπόν να ελεγχθούν γυναίκες από απομακρυσμένες – παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας που δεν ακολουθούν τους τακτικούς ελέγχους.

Μέχρι σήμερα έχουν ελεγχθεί περίπου 11.000 γυναίκες από απομακρυσμένες περιοχές της Μακεδονίας, Θεσσαλίας, Ανατολικής Πελοποννήσου, Θράκης, Κρήτης και Ηπείρου.

Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι πως το δείγμα συλλέγεται από τις ίδιες τις γυναίκες χωρίς καμία επιβάρυνση. Από το δείγμα γυναικών που ελέγχθηκαν το 7.9% ήταν θετικό σε ογκογόνους τύπους του ιού. Το ποσοστό ύπαρξης του ιού που ανιχνεύθηκε στα δείγματα παραμένει το ίδιο με προγενέστερες μελέτες που διεξήχθησαν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό για μέρος της Ελλάδας. Το σημαντικότερο από όλα είναι πως στις γυναίκες με θετικό HPV DNA τεστ ειδοποιήθηκαν από τα μέλη των κλινικών των νοσοκομείων και έγινε αμέσως κολποσκόπηση και βιοψία τραχήλου. Από το 70% των γυναικών που κλήθηκαν να παραβρεθούν για περαιτέρω έλεγχο διαγνώστηκαν 47 γυναίκες με προκαρκινικές αλλοιώσεις ή καρκίνο τραχήλου μήτρας (2 από αυτές στον κόλπο). Κάποιες από τις γυναίκες δεν είχαν κάνει τεστ PAP τα τελευταία χρόνια. Άλλες πάλι ενώ είχαν κάνει PAP είχαν ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.

Τη δεκαετία 1990-2000 στην Ελλάδα περίπου 200 γυναίκες ηλικίας άνω των 25 ετών πέθαιναν κάθε χρόνο από καρκίνο τραχήλου της μήτρας (Στοιχεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας). Δυστυχώς και κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, σε αντίθεση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, η θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών παραμένει ίδια. Τα δεδομένα επιβεβαιώνονται από το χαμηλό ποσοστό των Ελληνίδων που υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου το οποίο δεν υπερβαίνει το 35% («Πρόγραμμα Λυσιστράτη», Agorastos et al., Eur J Cancer Prev, 2009)[43].

Εξετάζοντας τα δεδομένα αποδεικνύεται η σπουδαιότητα του HPV τεστ για ακόμη μία φορά και η χρησιμότητά του τόσο στη διάγνωση όσο και στη μετέπειτα θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθηθεί για την αντιμετώπιση της λοίμωξης. Αυτό δε σημαίνει πως το HPV DNA τεστ υπερτερεί ή μειώνει την αξία του PAP τεστ [44, 45].

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα καταγράφηκαν και στις ΗΠΑ στα πλαίσια εφαρμογής προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Πρόκειται για το ATHENA, η πρώτη προοπτική μελέτη ανίχνευσης που έγινε στις ΗΠΑ, προκειμένου να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της πρωτογενούς ανίχνευσης HPV. Η έρευνα έλαβε χώρα το 2008 και διήρκησε 3 χρόνια, με δείγμα γυναικών 42.000 περίπου, ηλικίας άνω των 25 έτη. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη χρήση του πρωτοπαθούς διαγνωστικού ελέγχου HPV με ταξινόμηση των HPV θετικών γυναικών, χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό γονότυπου για HPV 16 και 18, αλλά και κυτταρολογικό έλεγχο που αρχίζει στα 25 έτη. Η εξέταση με πρωτογενή HPV στις γυναίκες  $\geq 25$  ετών είναι σημαντικά πιο ευαίσθητη για την ανίχνευση του CIN3+ από ότι ο κυτταρολογικός έλεγχος [46].

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3.1 Εμβόλια**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποτελεί τον κυρίαρχο οργανισμό κατευθυντήριων οδηγιών σε όλο τον πλανήτη. Αποτελείται από μέλη που, βάσει διεθνούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης αλλά και ερευνών, προτείνει ασφαλείς και αποτελεσματικούς τρόπους και μεθόδους εφαρμογής νέων στρατηγικών για την πρόληψη αλλά και θεραπεία ασθενειών. Το θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας απασχολεί τους τομείς Δημόσιας Υγείας όλων των εθνών. Έπειτα από πληθώρα συσκέψεων και συνεδριάσεων κατέληξαν στην απόφαση χορήγησης εμβολίου κατά του ιού HPV που ευθύνεται για το 70% των εκδηλώσεων του συγκεκριμένου καρκίνου. Η απόφαση αυτή πάρθηκε με κριτήριο το κοινό καλό της ανθρωπότητας αναλογιζόμενοι τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού.



Το 2006 κυκλοφόρησαν στο χώρο υγείας δύο εμβόλια το Cervarix-δισθενές που στόχευε στους τύπους HPV 16 και 18 και το Gardasil-τετραδύναμο (εμβόλια πρώτης γενιάς) που στόχευε σε δύο επιπλέον ογκογόνους τύπους, τους HPV 6 και 11. Από τα πρώτα κιόλας στοιχεία φάνηκε η αποτελεσματικότητα των εμβολίων έναντι της επικίνδυνης νόσου.

Εν συνεχεία το 2009 ο ΠΟΥ με έκδοση νέων κατευθυντήριων οδηγιών συνιστούσε τον προφυλακτικό εμβολιασμό σε εθνικό επίπεδο κάθε χώρας- εγκρίνοντας και τα δύο εμβόλια- επισημαίνοντας και επικυρώνοντας για μία ακόμη φορά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.

Έξι χρόνια μετά ο ΠΟΥ, κατόπιν σχετικής χρονιας εφαρμογής του εμβολιασμού κατά του ιού, συνεχίζει να εξετάζει τα στατιστικά στοιχεία των ποσοστών επιπολασμού αλλά και να αξιολογεί την κλινική συμπτωματολογία προκειμένου να δοκιμάσει και άλλες παραμέτρους για τον εμβολιασμό της επόμενης γενιάς [47].

Το εννιαδύναμο HPV εμβόλιο (δεύτερης γενιάς) κατά των HPV τύπων 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58 έχει υψηλότερη κάλυψη κατά του καρκίνου συγκριτικά με τα άλλα δυο. Η επεξεργασία και δοκιμή του άρχισε πριν ακόμα εγκριθούν τα πρώτα εμβόλια. Με την πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HPV και της ασθένειας που οφείλεται στους HPV 31, 33, 45, 52 και 58 το 9vHPV εμβόλιο έχει τη δυνατότητα να αυξήσει την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από 70% έως 90% και να αποτρέψει το 85-95% των σχετιζόμενων με τον HPV καρκίνων του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού [48].

Το διδύναμο και το τετραδύναμο εμβόλιο είναι εξίσου αποτελεσματικά ενάντια στον καρκίνο του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού. Επίσης παρέχουν και τα δύο εμβόλια μακροπρόθεσμη προστασία έως και 10 έτη.

Τον Φεβρουάριο του 2015, η Συμβουλευτική Επιτροπή για τις Ανοσοποιητικές Πρακτικές (ACIP) πρότεινε το 9vHPV εμβόλιο (Gardasil 9). Είναι ένα από τα τρία εμβόλια κατά του ιού HPV που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθιερωμένο εμβολιασμό. Ο εμβολιασμός πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι πιο αποτελεσματικός ως εκ τούτου τα περισσότερα εμβολιαστικά προγράμματα απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 9 έως 12 ετών.

Η ACIP συνιστά τον εμβολιασμό στις γυναίκες ηλικίας 13 έως 26 ετών και στους άντρες ηλικίας 13 έως 21 ετών που δεν έχουν εμβολιαστεί προηγουμένως ή δεν έχουν ολοκληρώσει 3 δόσεις. Ο εμβολιασμός συνιστάται επίσης και για άντρες ηλικίας 26 ετών που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες και για άτομα σε ανοσοκαταστολή (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που πάσχουν από HIV) εάν δεν έχουν εμβολιαστεί προηγουμένως. Το 9vHPV είναι ένα μη λοιμώδες εμβόλιο που σε σχέση με το τετραδύναμο περιέχει επιπλέον τους HPV τύπους 31, 33, 45, 52 και 58. Εγκρίθηκε από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) στις 10 Δεκεμβρίου 2014 για γυναίκες ηλικίας 9 έως 26

ετών και άντρες ηλικίας 9 έως 15 ετών. Τα 9vHPV και 4vHPV έχουν άδεια χρήσης τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άντρες. Το διδύναμο εμβόλιο (2vHPV) το οποίο περιέχει HPV 16 και 18 έχει άδεια χρήσης μόνο για γυναίκες. Κανένα από τα 3 διαθέσιμα εμβόλια δεν θεραπεύει ή επιταχύνει την κάθαρση του ιού. Ο επανεμβολιασμός με το 9-δύναμο εμβόλιο προσφέρει μεγαλύτερο όφελος σε όσους έχουν ήδη ολοκληρώσει τη σειρά με ένα εκ των άλλων 2 εμβολίων HPV.

Για το λόγο ότι οι 5 επιπλέον τύποι του 9vHPV εμβολίου αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερο ποσοστό τύπων που σχετίζονται με το καρκίνο από λοίμωξη HPV στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες, φαίνεται πως η επιπλέον προστασία του θα ευνοήσει περισσότερο τις γυναίκες. Παρ' όλα αυτά και οι άντρες έχουν σημαντικό όφελος αφού προστατεύονται από τον καρκίνο του προστάτη. Και τα 3 εμβόλια χορηγούνται το καθένα σε πρόγραμμα 3 δόσεων στις ηλικίες 15 και άνω για μεγαλύτερη κάλυψη. Η δεύτερη δόση χορηγείται τουλάχιστον 1 έως 2 μήνες μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση τουλάχιστον 6 μήνες μετά την πρώτη δόση. Εάν διακοπεί το πρόγραμμα εμβολιασμού δεν χρειάζεται να αρχίσει εκ νέου. Για τις ηλικίες 11-15 ετών οι δόσεις είναι 2 με μεσοδιάστημα 6 μηνών. Για τους ανθρώπους που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή οι δόσεις που ενδείκνυται είναι 3 ανεξαρτήτου ηλικίας. Δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του εμβολίου στη χορήγηση λιγότερων από 3 δόσεις του 9vHPV [49].

Σε περίπτωση που οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν ή δεν διαθέτουν το εμβόλιο HPV που είχε προηγουμένως χορηγηθεί ή ακόμα έχουν έλλειψη του 9v HPV εμβολίου, μπορούν να συνεχίσουν τον εμβολιασμό με το 2v HPV στις γυναίκες ενώ στους άντρες με τα άλλα δύο.

### **3.2 Αντενδείξεις εμβολιασμού**

Η χορήγηση των εμβολίων αντενδείκνυται σε άτομα με ιστορικό υπερευαισθησίας σε οποιοδήποτε συστατικό του εμβολίου. Τα 4vHPV και 9vHPV εμβόλια αντενδείκνυται σε άτομα με ιστορικό αλλεργίας στη μαγιά. Το 2vHPV εμβόλιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με αλλεργία στο λάτεξ. Ήπια ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης δεν λαμβάνεται σαν παρενέργεια. Η συγκοπή είναι ένα συχνό φαινόμενο μετά από εμβολιασμούς. Δεν αποτελεί αντένδειξη το ιστορικό συγκοπής, παρά μόνο πρέπει να ληφθεί υπόψη για την αποφυγή τραυματισμού μετά τον εμβολιασμό. Επίσης ιστορικό λοίμωξης με τον ιό ή ένα θετικό HPV αποτέλεσμα τεστ PAP δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό. Το εμβόλιο θα δράσει για τους υπόλοιπους τύπους και για τον συγκεκριμένο θα προσφέρει προστασία ενάντια ενδεχόμενης μελλοντικής επαναλοίμωξης.

Τα εμβόλια HPV δεν συνιστώνται σε έγκυες γυναίκες. Εάν σε μια γυναίκα διαπιστωθεί ότι είναι έγκυος μετά την έναρξη του προγράμματος εμβολιασμού, ο επόμενος εμβολιασμός πρέπει να καθυστερήσει μέχρι την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης. Εάν μια δόση εμβολίου έχει χορηγηθεί κατά

τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν απαιτείται παρέμβαση. Έχει δημιουργηθεί νέο πρωτόκολλο οδηγιών για την εγκυμοσύνη σχετικά με το 9vHPV εμβόλιο [50,51].

Το πρωτόκολλο για τον εμβολιασμό στην εγκυμοσύνη για το 4vHPV και 2vHPV εμβόλια έχει θεσπιστεί βάσει οδηγιών από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA).

Είναι ευθύνη όλων η πρόληψη και ως εκ τούτου οι κοινές παρεμβάσεις των χωρών για την επίτευξή της θα λειτουργήσουν προστατευτικά απέναντι στους πολίτες. Υπάρχει δυνατότητα εξάλειψης της μεταδοτικής αυτής νόσου.

Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός HPV έχει θεσπιστεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού από τον Ιανουάριο του 2015 ενώ η δυνατότητα εμβολιασμού υπήρχε από την πρώτη στιγμή που κυκλοφόρησε το εμβόλιο. Λόγω της τεράστιας έξαρσης που έχει ο HPV στην Ελλάδα και στη μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στο εθνικό πρόγραμμα συστήνεται, εκτός από τα κορίτσια και στα αγόρια καθώς και ο εμβολιασμός των ομοφυλόφιλων αντρών, οι οποίοι μέχρι 26 ετών μπορούν να εμβολιάζονται δωρεάν.

### **3.3 Λόγοι- φραγμοί μη εμβολιασμού**

Παρά τις πολυετείς έρευνες για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων, υπάρχουν φραγμοί και λόγοι που καθιστούν αναγκαία την περαιτέρω επίλυση των παραγόντων που οδηγούν στο μη εμβολιασμό. Σαν πρωταγωνιστική αιτία μη αποδοχής των εμβολίων παρουσιάζεται η δυσπιστία των γονέων τόσο απέναντι στο νέο εμβόλιο όσο και στην αποτελεσματικότητά του. Η ελλιπής ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας συγκαταλέγεται στους λόγους μη εμβολιασμού ιδιαίτερα όταν οι ίδιοι ως γονείς δεν χορηγούν τα εμβόλια στα παιδιά τους. Το κοινωνικο-οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων περιλαμβάνεται στις αιτίες άρνησης εμβολιασμού αλλά διαφέρει από χώρα σε χώρα. Έχει ωστόσο αναφερθεί από γονείς πως υπάρχει ο φόβος της ενθάρρυνσης της έναρξης της σεξουαλικής ζωής στα παιδιά τους μετά τη χορήγηση του εμβολίου [52].

Όσον αφορά τις γνώσεις των ανθρώπων για τον ιό, τη μετάδοσή του και την επικινδυνότητά του, φαίνεται πως αυτές περιορίζονται σε βασικές πληροφορίες όχι όμως επαρκείς για την κατανόηση του θέματος που θα οδηγήσει στη σωστή απόφαση για τον εμβολιασμό.

Οι επαγγελματίες υγείας ως εκπρόσωποι της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) και της Επιτροπής του Κέντρου για τον Καρκίνο, έχουν διαπιστώσει πως η επικοινωνία τους με τους χρήστες συστημάτων υγείας είναι καθοριστική στην αύξηση του ποσοστού εμβολιασμού. Η προτροπή για εμβολιασμό από ένα εκπρόσωπο υγείας αποτελεί θετικό παράγοντα για τον αναποφάσιστο γονέα. Η ενημέρωση και η σωστή καθοδήγηση από

τους ειδικούς είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που προάγουν τον εμβολιασμό. Οι ειδικοί συνήθως παραλείπουν να εξηγήσουν τα θετικά των εμβολίων με αποτέλεσμα οι γονείς πολλές φορές να μη τα θεωρούν σημαντικά λόγω της αδιαφορίας ή της αμέλειας των ειδικών στο να προβάλλουν τη χρησιμότητά τους. Πρέπει να δοθούν κίνητρα και ευκαιρίες στους εκπροσώπους υγείας για να ανοίξουν το δρόμο της επικοινωνίας και της διασφάλισης μιας σχέσης εμπιστοσύνης για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Το CDC, έχει ξεκινήσει μια εκστρατεία «You Are The Key» στα πλαίσια βελτίωσης και προαγωγής των θεμάτων υγείας. Δίδεται η δυνατότητα στον επαγγελματία υγείας- μέσω διαφόρων εκπαιδευτικών μεθόδων- αρχικά να εκπαιδευτεί κατάλληλα ο ίδιος και στη συνέχεια να μεταφέρει τις γνώσεις του στους υπόλοιπους. Η διαδικασία γίνεται με επιχορηγήσεις από κρατικές και περιφερειακές υπηρεσίες υγείας ώστε να δημιουργήσουν προγράμματα αγωγής υγείας στους πληθυσμούς στόχους [53]. Η βαρύτητα έγκειται στο ρόλο των παρεχόντων υγείας και στην επιμονή τους για τη χρησιμότητα των εμβολίων. Η συσχέτιση του ιού με τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας ωθεί τους γονείς σε προβληματισμό αρχικά, ενώ στη συνέχεια αποδέχονται τον εμβολιασμό χωρίς δεύτερη σκέψη. Η επεξήγηση της σπουδαιότητας και της αναγκαιότητας να γίνει το εμβόλιο τώρα και όχι αύριο αναγκάζουν τους γονείς να επιτρέψουν τη χορήγηση εμβολίου στα παιδιά τους φοβούμενοι πως έχουν καθυστερήσει μάλιστα [54].

Η επαρκής γνώση και η θετική στάση σχετικά με τον εμβολιασμό απέναντι στον ιό HPV είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τους επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Οφείλουν να παράσχουν εκπαίδευση στους πελάτες υγείας σχετικά με τον ιό καθώς και τις βαρύτερες επιπτώσεις του. Η αύξηση της πρόσληψης εμβολίων HPV πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στις αναπτυσσόμενες χώρες, δεδομένου ότι το 88% της παγκόσμιας επιβάρυνσης προέρχεται από τον καρκίνο του τραχήλου για τις χώρες αυτές. Η άποψη και γνώμη των υπευθύνων υγειονομικής περίθαλψης, είναι να έχουν πληθώρα επαγγελματικών προσόντων, ώστε η ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών να γίνεται με τρόπο σοβαρό προσδίδοντας κύρος και πραγματικό ενδιαφέρον. Η ενημέρωση να γίνεται εξ' αρχής για όλα τα στάδια (πρόληψη-θεραπεία-έλεγχος) [20].

Πρωταρχικός σκοπός κάθε χώρας που θέλει να πετύχει προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας κατά του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι η ανασύσταση του συστήματος υγείας και η ενίσχυσή του από εκπαιδευμένους επαγγελματίες οι οποίοι θα κατέχουν γνώσεις γύρω από το θέμα. Έτσι λοιπόν η διερεύνηση του επιπέδου των γνώσεων και των απόψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε επίλυση των εμποδίων. Βέβαια οι αιτίες που συνηγορούν στην έλλειψη ενημέρωσης του κοινού διαφέρει ανά περιοχές και εξαρτάται από το παράγοντες που θα κρίνουν το επίπεδο και το ρόλο των επαγγελματιών.

Αποτελέσματα μελετών στις σκανδιναβικές χώρες έδειξαν πως οι επαγγελματίες υγείας τους συμμετείχαν ενεργά στα προγράμματα εμβολιασμού. Η Νορβηγία κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις

των χωρών που ενσωμάτωσαν το εμβόλιο HPV στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τους. Μάλιστα πριν την οργάνωση και την εφαρμογή του νέου προγράμματος εμβολιασμού, πραγματοποιήθηκε έρευνα σχετικά με τις δυνατότητες-γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πάνω σε αυτό. Εισήγαγαν εκπαιδευτικά δημόσια προγράμματα ενίσχυσης των γνώσεων σχετικά με τον ιό και την χρησιμότητα - αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Τόσο στους γιατρούς όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό το επίπεδο των γνώσεων ήταν αρκετά καλό, ώστε να συμβάλλουν στην επιτυχία του προγράμματος [55].

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4.1 Σκοπός έρευνας**

Σκοπός της παρούσας μελέτης στην Ελλάδα, είναι να διερευνήσει το επίπεδο γνώσεων αλλά και απόψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού 2 μεγάλων νοσοκομείων του νομού Λάρισας.

### **4.2 Δείγμα-μέθοδος**

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών (ΜΠΣ) του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ Απριλίου- Μαΐου του 2018. Κατόπιν σύγκλισης των Επιστημονικών Συμβουλίων των δύο Νοσοκομείων δόθηκε άδεια διανομής ερωτηματολογίων στη φοιτήτρια του ΜΠΣ.

Οι συμμετέχοντες ήταν επαγγελματίες υγείας, μόνιμοι υπάλληλοι των Νοσοκομείων που κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από ένα ενημερωτικό φυλλάδιο-συγκατάθεση, που απευθυνόταν στον κάθε συμμετέχοντα, ενημερώνοντάς τον για το είδος της έρευνας και το σκοπό. Μαζί με τη συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου ο συμμετέχων/ουσα υπέγραφε και τη συγκατάθεση δηλώνοντας έτσι τη συμμετοχή του. Στο τέλος της διαδικασίας τα δύο έντυπα τοποθετούνταν σε ξεχωριστούς φακέλους έτσι ώστε να μη συνοδεύει το ερωτηματολόγιο τη συγκατάθεση και να τηρηθεί πλήρης ανωνυμία. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε σύμφωνα με τα ερευνητικά ζητούμενα προκειμένου να γνωστοποιηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ιό HPV.

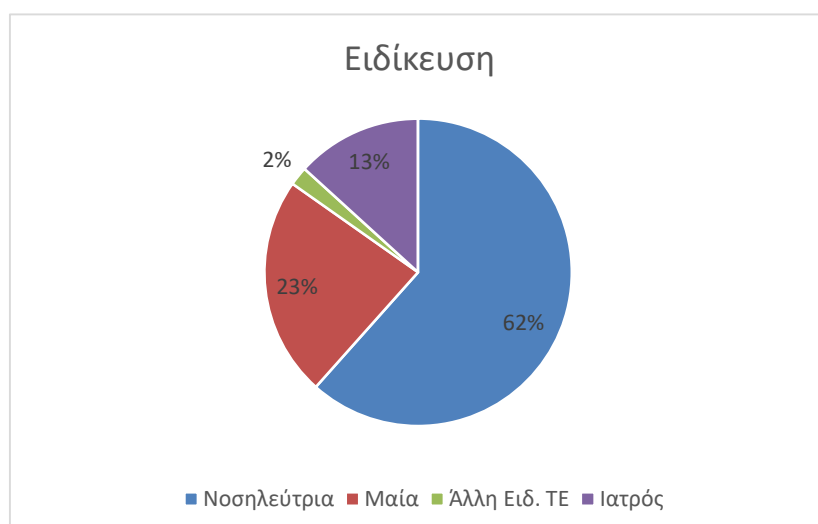
### **4.3 Αποτελέσματα**

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 151 άτομα, επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων Λάρισας (Γενικό και Πανεπιστημιακό). Συγκεκριμένα 143 γυναίκες και 9 άνδρες όπως παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Οι ηλικιακές ομάδες των ανδρών είχαν τον ίδιο περίπου αριθμό δείγματος. Στις γυναίκες η ηλικιακή ομάδα που υπερτερούσε σε συμμετοχή ήταν οι ηλικίες 30-39 με ποσοστό 36% και ηλικίες 40-49 με ποσοστό 38%. Ακολουθούν οι ηλικίες άνω των 50 με ποσοστό 14% και τέλος ηλικίες 20-29 με ποσοστό 11%.

**Πίνακας 1.** Κατανομή φύλου – ηλικίας

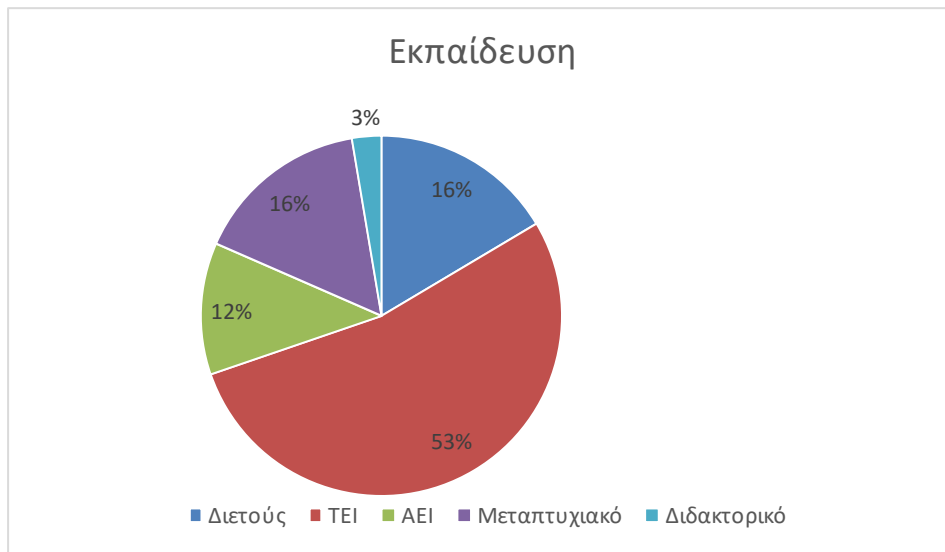
	20-29 (11%)	30-39 (36%)	40-49 (38%)	50+ (14%)
Γυναίκες	15	53	56	19
Άνδρες	2	2	2	3

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το μεγαλύτερο ποσοστό 62% που ανταποκρίθηκε στην έρευνα ήταν νοσηλευτικό προσωπικό (διετούς ή τριετούς εκπαίδευσης). Ακολουθούν οι μαίες με ποσοστό 23%, οι γιατροί με 13% και τέλος άλλες ειδικότητες τριετούς εκπαίδευσης με ποσοστό 3%.



**Γράφημα 1.** Κατανομή ειδίκευσης

Αναφορικά με την βαθμίδα εκπαίδευσης των ερωτηθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό που απάντησαν στις ερωτήσεις της έρευνας ήταν τριετούς εκπαίδευσης. Ποσοστό 16% ήταν διετούς και 12% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Από τους τριετείς και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ποσοστό 16% είχαν μεταπτυχιακές σπουδές και 3% κατείχαν διδακτορικό τίτλο σπουδών.



**Γράφημα 2.** Κατανομή εκπαίδευσης

Ο μέσος όρος της ηλικίας για την πρώτη σεξουαλική επαφή ήταν 18.74 έτη με τυπική απόκλιση 2.4 (το 7% δεν απάντησε στην ερώτηση).

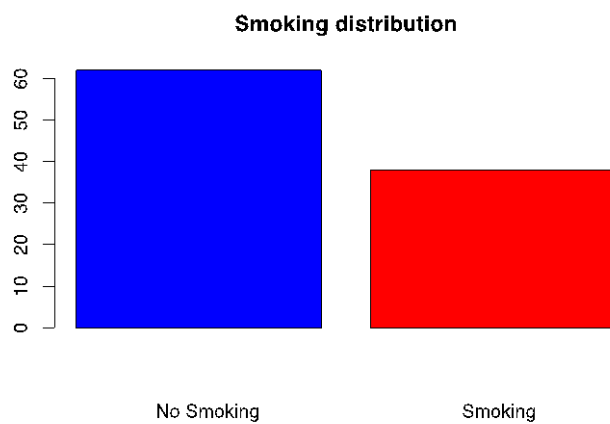
Ο μέσος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων ήταν 4 (το 20% δεν απάντησε στην ερώτηση).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας των νοσοκομείων το μεγαλύτερο ποσοστό 58% δήλωσε άγαμος/η και το 23% έγγαμος/η. Ακολουθούν με ποσοστό 10% οι διαζευγμένοι και 9% των ερωτηθέντων είχαν σύντροφο.



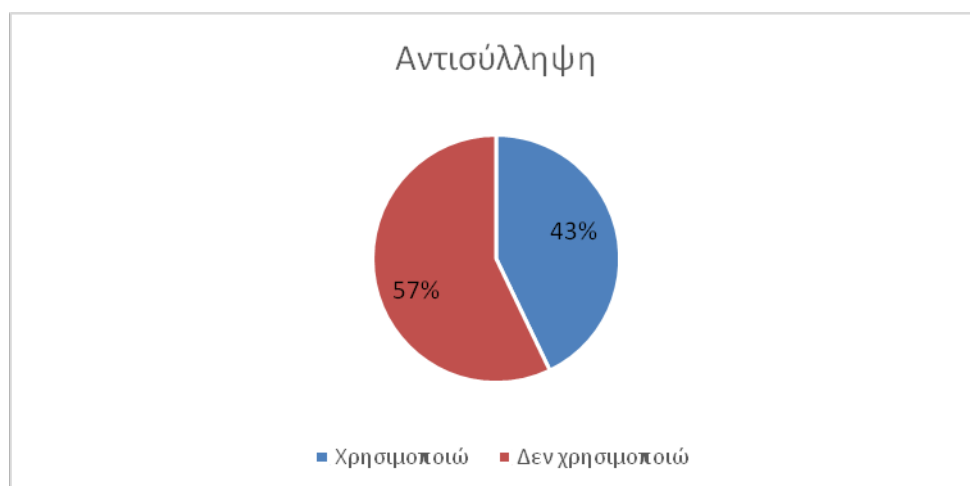
**Γράφημα 3.** Οικογενειακή κατάσταση

Από την ανάλυση του εργαλείου αξιολόγησης φάνηκε ότι το 62% του δείγματος δεν κάπνιζε ενώ ποσοστό 38% κάπνιζε.



**Γράφημα 4.** Κατανομή καπνιστών

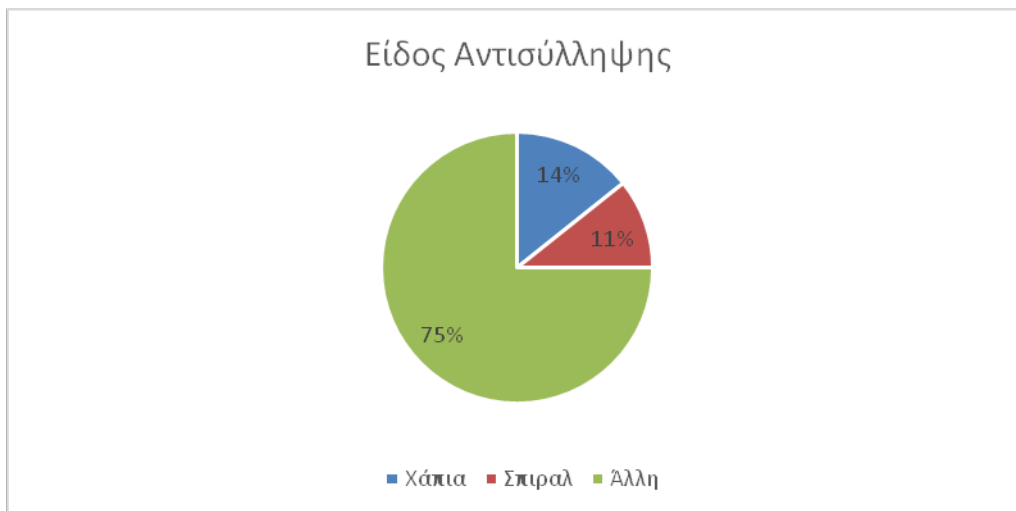
Ο μέσος όρος του χρόνου που κάπνιζαν οι συμμετέχοντες στο δείγμα ήταν 17.7 έτη με τυπική απόκλιση 8.9 έτη. Στην ερώτηση εάν χρησιμοποιούν αντισύλληψη ποσοστό 57% δήλωσε όχι ενώ το 43% χρησιμοποιούσε.



**Γράφημα 5.** Κατανομή αντισύλληψης

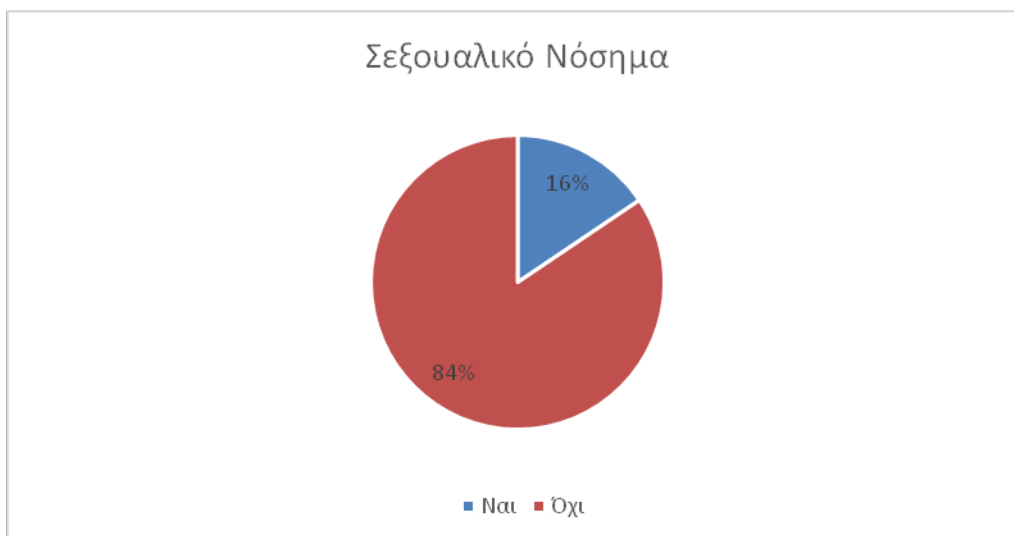
Σχετικά με το είδος της αντισύλληψης που ακολουθούν, το 14% των ερωτηθέντων απάντησαν χάπια και το 11% απάντησαν σπιράλ. Το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) απάντησαν άλλη μέθοδο χωρίς να αναφέρουν τη μέθοδο.





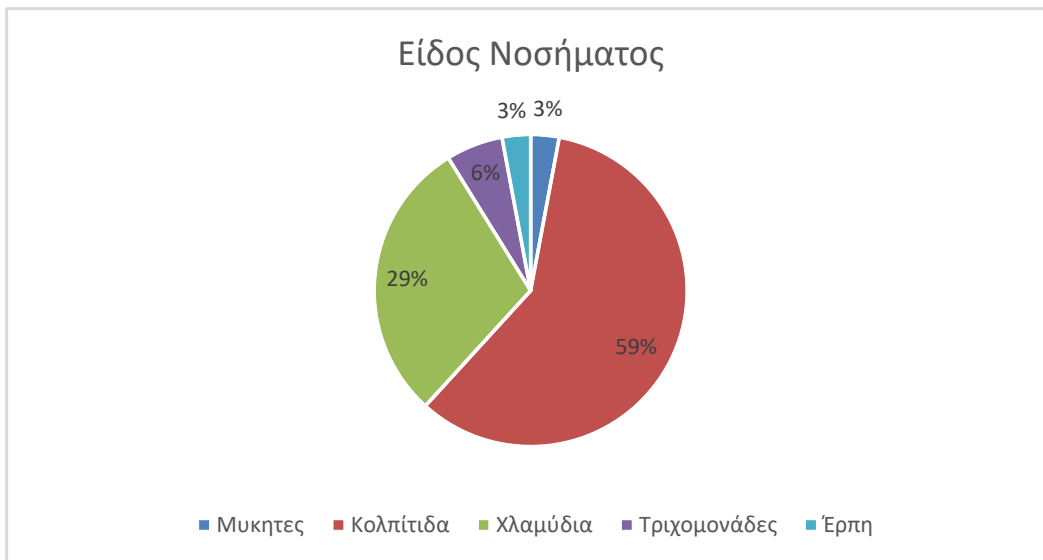
**Γράφημα 6.** Κατανομή είδους αντισύλληψης

Στην ερώτηση για το αν ποτέ είχαν κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ποσοστό 84% απάντησαν όχι, ενώ μόλις το 16% φαίνεται να είχαν έρθει σε επαφή κάποια στιγμή της ζωής τους με κάποιο από αυτά.



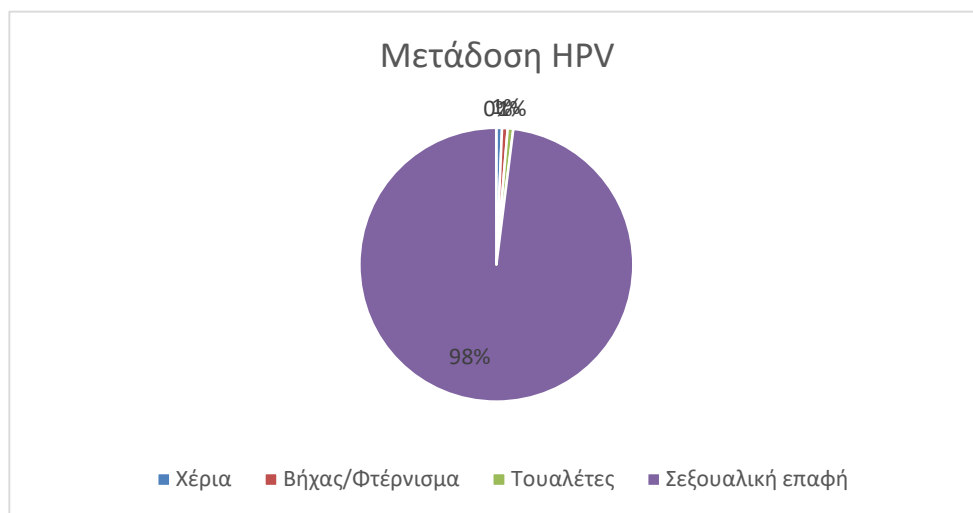
**Γράφημα 7.** Κατανομή σεξουαλικού νοσήματος

Πιο συγκεκριμένα ποσοστό 59% είχαν κολπίτιδα, 29% χλαμύδια και ακολουθούν με ποσοστά 6% τριχομονάδες, 3% μύκητες και έρπης γεννητικών οργάνων.



**Γράφημα 8.** Κατανομή είδους νοσήματος

Σύμφωνα με τη μετάδοση του ιού η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 98% απάντησε πως ο ιός HPV μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή ενώ ποσοστό 2% απάντησε ότι ο ιός μεταδίδεται με τα χέρια, το βήχα και τις τουαλέτες.



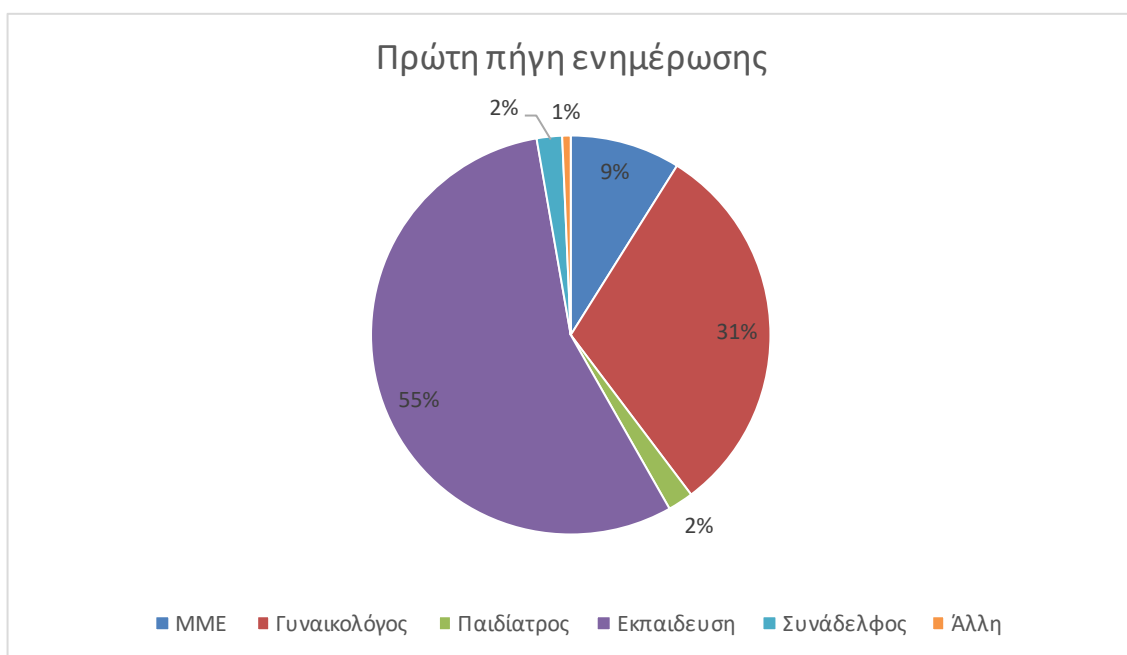
**Γράφημα 9.** Κατανομή μετάδοσης HPV

Σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης το 92% του δείγματος απάντησε πως η λοίμωξη είναι σπάνια, ενώ το 8% απάντησε συχνή. Είναι φανερό πως ακόμη και οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τη συχνότητα εμφάνισης του ιού HPV.



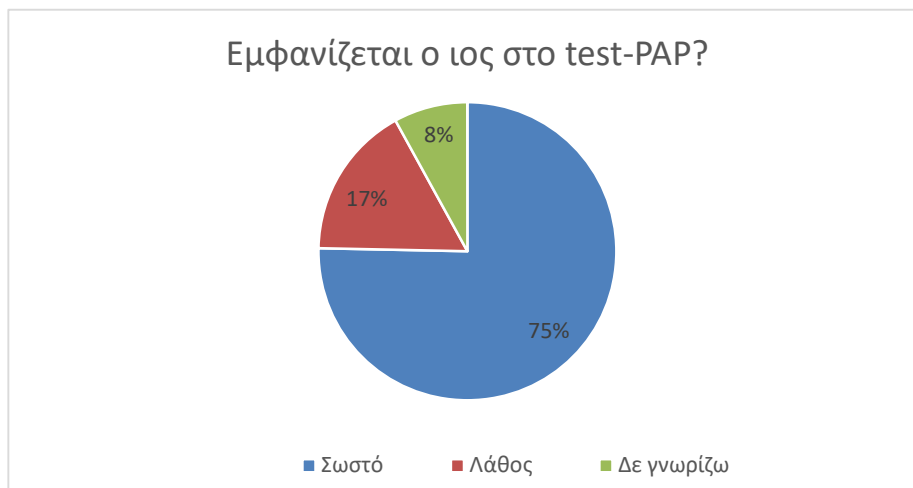
**Γράφημα 10.** Κατανομή συχνότητας λοίμωξης

Το 55% απάντησε πως πρώτη πηγή ενημέρωσης για τον ιό ήταν μέσω της εκπαίδευσης. Ακολουθεί το 31% που δήλωσε ότι ο γυναικολόγος τους ενημέρωσε πρώτη φορά ενώ 9% δήλωσαν τα ΜΜΕ. Οι παιδίατροι και οι συνάδελφοι των ερωτηθέντων ακολουθούν με ένα πολύ χαμηλό ποσοστό 2%.



**Γράφημα 11.** Κατανομή πηγής ενημέρωσης

Όσον αφορά για το αν εμφανίζεται ο ιός στο test-PAP, το 75% απάντησαν σωστά ενώ το 17% απάντησε λάθος. Ποσοστό 8% δεν γνώριζε.



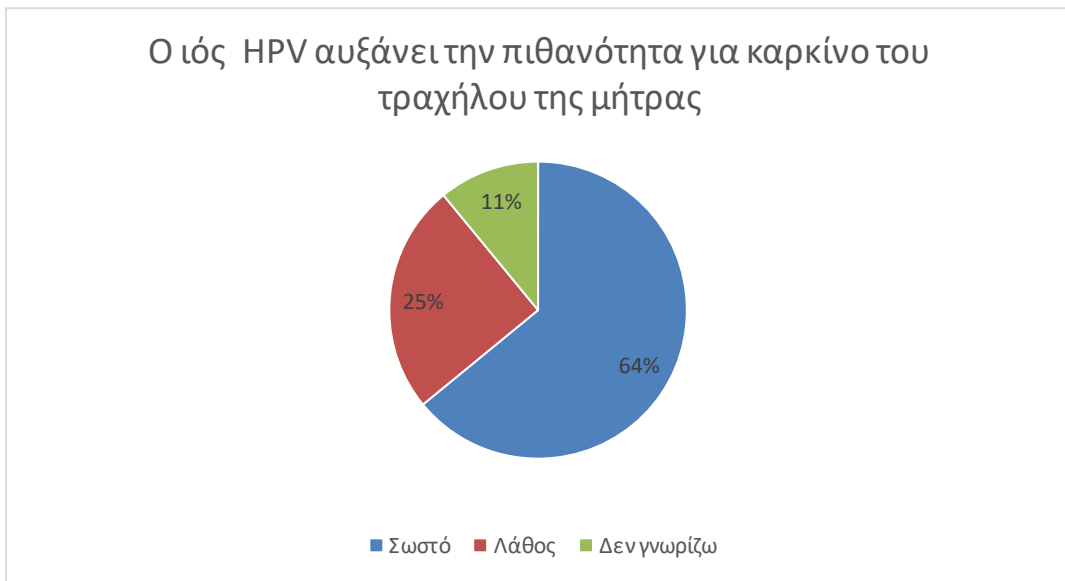
**Γράφημα 12.** Κατανομή εμφάνισης του ιού στο Test-PAP

Συνεχίζοντας την έρευνα στην ερώτηση για το αν οι περισσότεροι τύποι του ιού εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία ποσοστό 64% απάντησαν όχι ενώ το 23% του δείγματος απάντησε ναι. Μεγάλο ποσοστό 13% δεν γνώριζε.



**Γράφημα 13.** Κατανομή στην ερώτηση για το αν οι περισσότεροι τύποι του ιού εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία

Οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 64% απάντησαν ότι ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας σχετίζεται με τον ιό HPV και η ύπαρξή του αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης. Το 25% δήλωσαν πως ο ιός δεν αυξάνει την πιθανότητα και το 11% δεν γνώριζε τη σχέση. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας δεν γνώριζε τη σχέση ιού και καρκίνου.



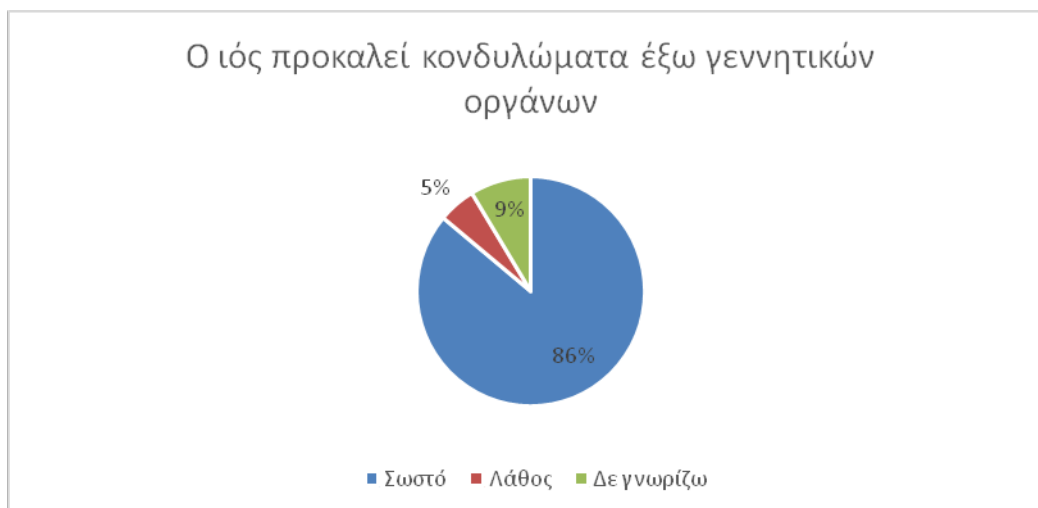
**Γράφημα 14.** Κατανομή στην ερώτηση αν ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας σχετίζεται με τον ιό HPV και η ύπαρξή του αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (78%) θεωρεί πως το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα καρκίνου της μήτρας. Ποσοστό 8% δεν συμφωνεί με την θεωρία αυτή και το 14% δεν γνωρίζει αν υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου τραχήλου της μήτρας.



**Γράφημα 15.** Κατανομή στην ερώτηση αν το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα καρκίνου της μήτρας

Για τη σχέση του ιού με την ύπαρξη κονδυλωμάτων στα έξω γεννητικά όργανα οι περισσότεροι 86% απάντησαν θετικά, το 9% δεν γνώριζε και το 5% απάντησαν αρνητικά.



**Γράφημα 16.** Κατανομή στην ερώτηση για τη σχέση του ιού με την ύπαρξη κονδυλωμάτων στα έξω γεννητικά όργανα

Αναφορικά με τα συμπτώματα του ιού το 80% του δείγματος πιστεύει πως δεν υπάρχουν πάντα σε σχέση με το 9% που πιστεύει πως ο ιός δίνει πάντα συμπτώματα. Το 11% δεν γνώριζε να απαντήσει.



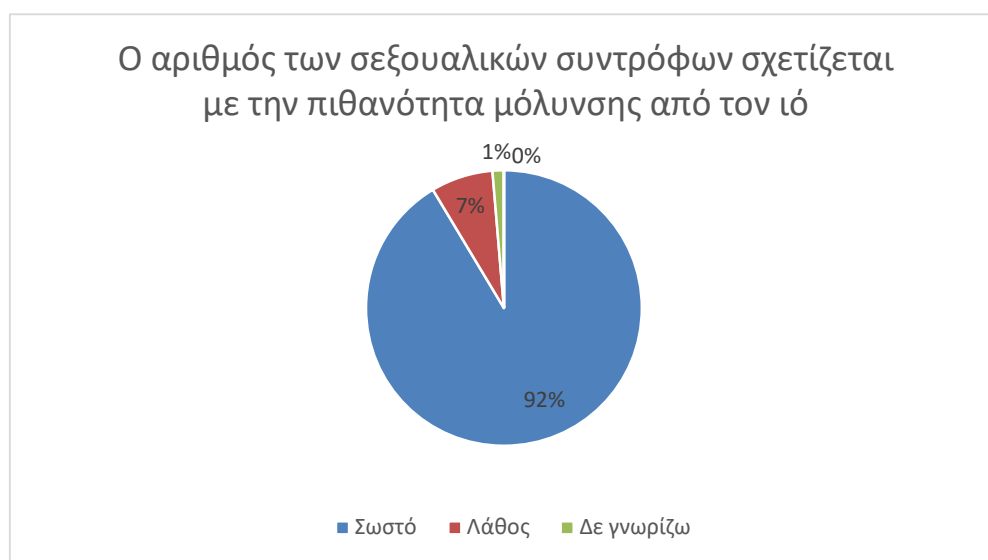
**Γράφημα 17.** Κατανομή στην ερώτηση αναφορικά με τα συμπτώματα του ιού

Το 64% πιστεύει πως το προφυλακτικό προστατεύει 100% από τη μετάδοση του ιού ενώ το 25% δε συμφωνεί. Το 11% δεν γνωρίζει τι είδους προστασία προσφέρει το προφυλακτικό ενάντια στον ιό. Επίσης μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζει τον τρόπο προφύλαξης από τον ιό.



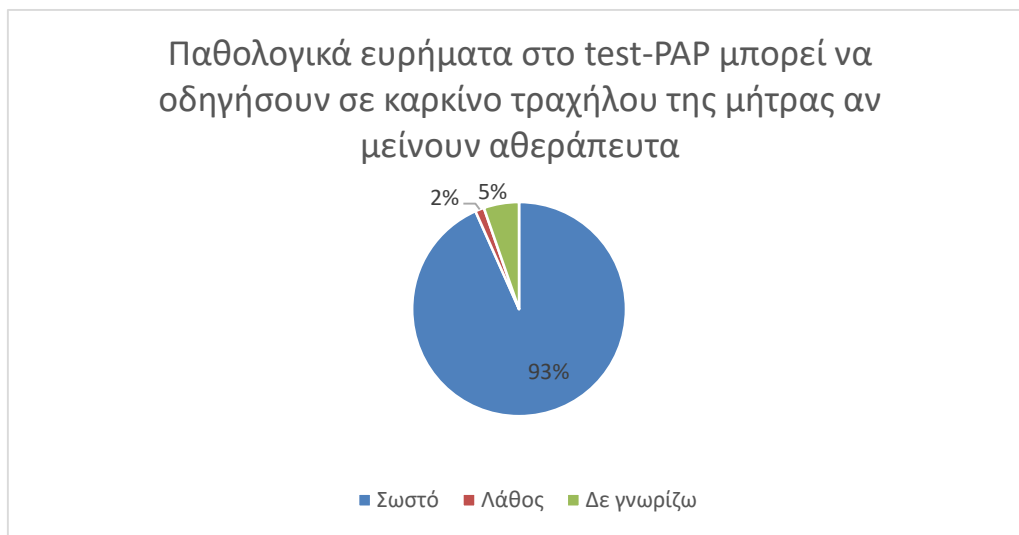
**Γράφημα 18.** Κατανομή στην ερώτηση το προφυλακτικό προστατεύει 100% από τη μετάδοση του ιού

Ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό δήλωσαν το 92% των ερωτηθέντων σε αντίθεση με το 7% που δεν συμφωνούν με την άποψη αυτή. Μικρό ποσοστό 1% δεν γνώριζε να απαντήσει.



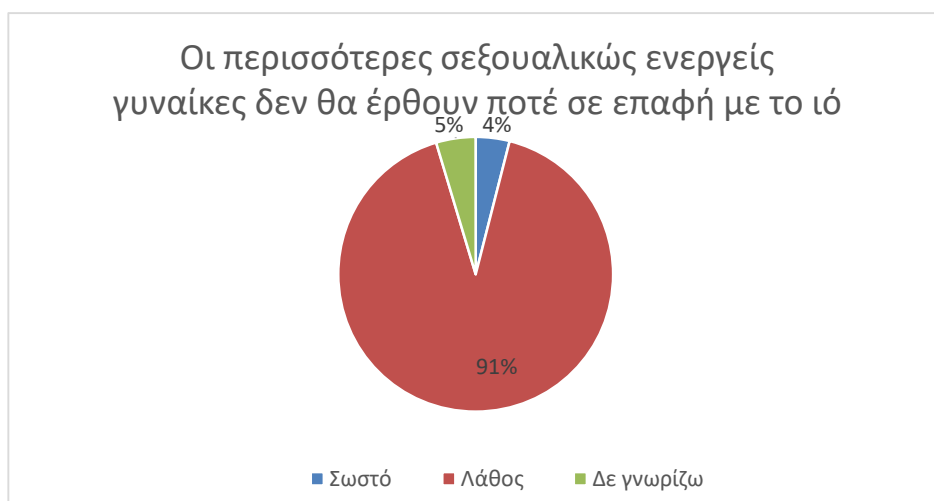
**Γράφημα 19.** Κατανομή στην ερώτηση αν αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (93%) δήλωσαν πως παθολογικά ευρήματα του test-PAP μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας αν μείνουν αθεράπευτα. Μικρό ποσοστό δεν γνώριζε να απαντήσει.



**Γράφημα 20.** Κατανομή στην ερώτηση αν τυχόν παθολογικά ευρήματα του test-PAP μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας αν μείνουν αθεράπευτα

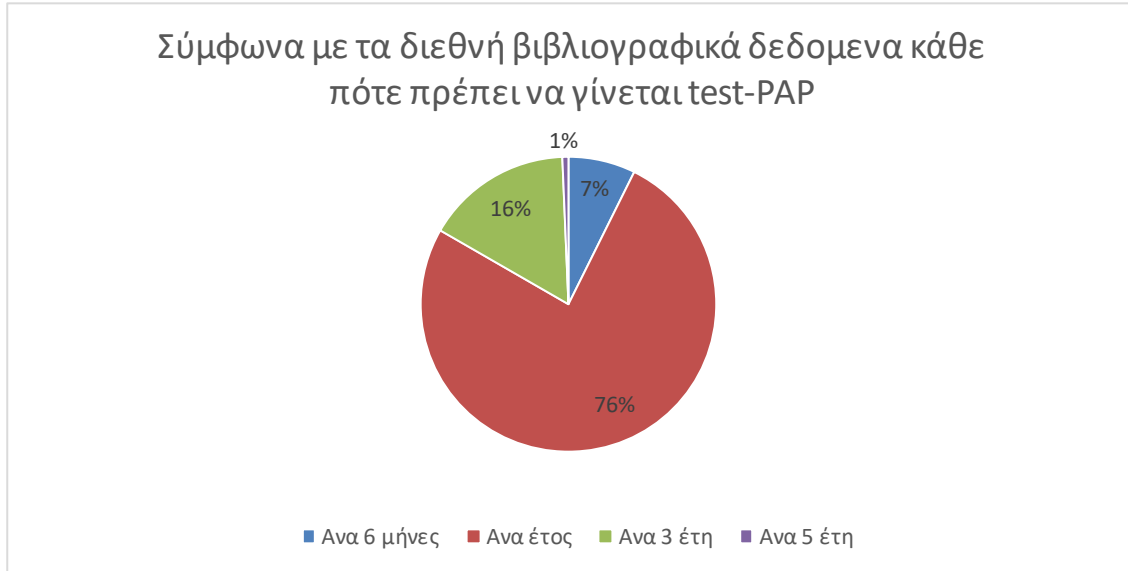
Σχετικά με την ερώτηση πως οι περισσότερες σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες δε θα έρθουν ποτέ σε επαφή με τον ιό το 91% απάντησε πως δεν ισχύει η θεωρία αυτή, ενώ το 4% συμφωνεί. Μικρό ποσοστό 5% δεν γνώριζε.



**Γράφημα 21.** Κατανομή στην ερώτηση για το αν οι περισσότερες σεξουαλικά ενεργές γυναίκες δε θα έρθουν ποτέ σε επαφή με τον ιό

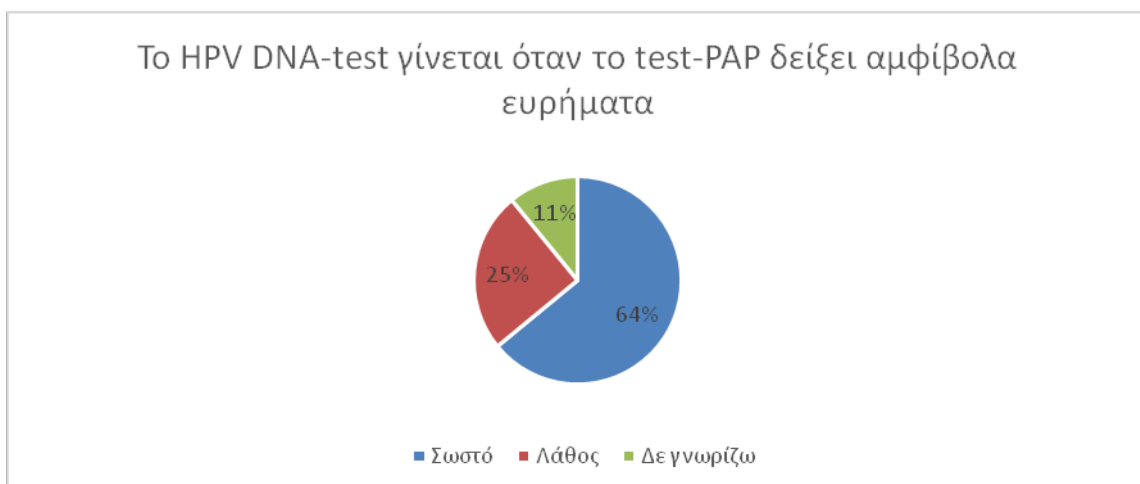


Στην ερώτηση για τη συχνότητα επανάληψης του test-PAP βάσει διεθνών βιβλιογραφικών δεδομένων μόνο το 16% απάντησε κάθε 3 έτη. Το 76% απάντησε κάθε έτος και το 7% κάθε έξι μήνες. Μικρό ποσοστό 1% απάντησε κάθε 5 έτη.



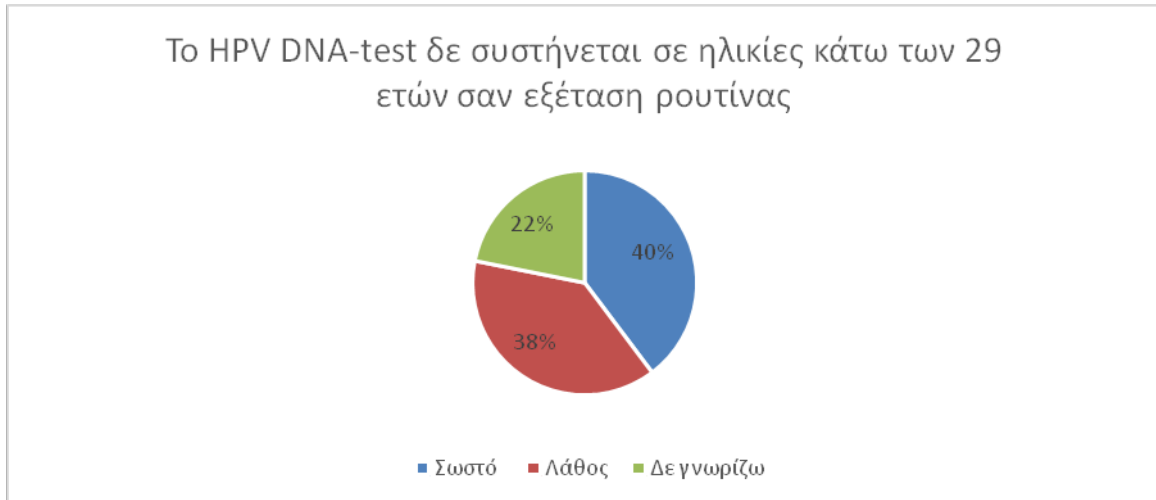
**Γράφημα 22.** Κατανομή στην ερώτηση για τη συχνότητα επανάληψης του test-PAP

Στην ερώτηση που αφορούσε στην περίπτωση που το test- PAP δείξει αμφίβολα ευρήματα εάν συνιστάται η εξέταση με HPV DNA-test το 64% των ερωτηθέντων απάντησε σωστά, το 25% λάθος και το 11% δεν γνώριζε.



**Γράφημα 23.** Κατανομή στην ερώτηση που στην περίπτωση που το test- PAP δείξει αμφίβολα ευρήματα

Στην ερώτηση αν το HPV DNA-test δε συνιστάται σε ηλικίες κάτω των 29 ετών σαν εξέταση ρουτίνας το 40% του δείγματος συμφώνησε ότι δε συνιστάται, το 38% ότι συνιστάται ενώ το 22% δε γνώριζε.



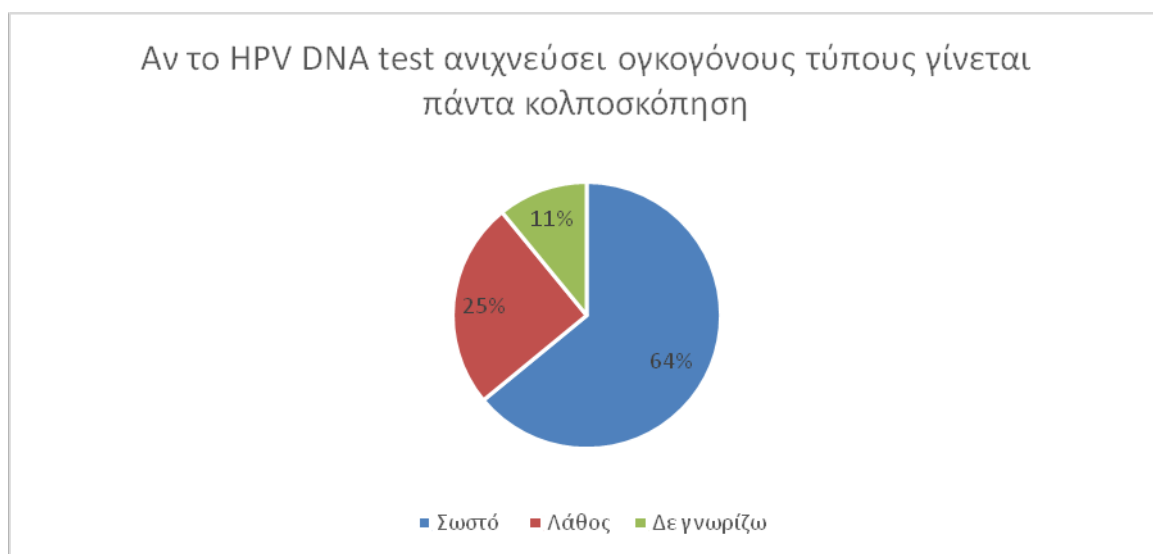
**Γράφημα 24.** Κατανομή στην ερώτηση αν το HPV DNA-test δε συνιστάται σε ηλικίες κάτω των 29 ετών

Στην ερώτηση που αφορούσε στην περίπτωση που το HPV DNA-test είναι αρνητικό αν χρειάζεται επανάληψη ή όχι, το 64% απάντησε πως δεν χρειάζεται, το 25% πως χρειάζεται και το 11% δε γνώριζε.



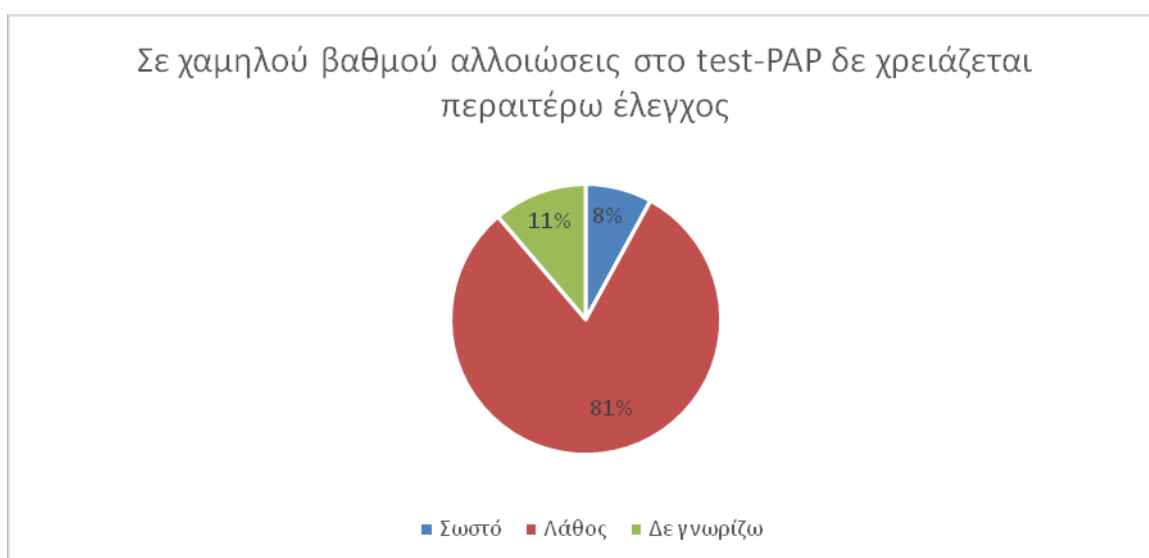
**Γράφημα 25.** Κατανομή στην ερώτηση που αφορούσε στην περίπτωση που το HPV DNA-test είναι αρνητικό

Στην ερώτηση για το αν το HPV DNA-test ανιχνεύσει ογκογόνους τύπους πρέπει να γίνεται πάντα κολποσκόπηση το 64% απάντησε ότι πρέπει πάντα να γίνεται κολποσκόπηση, το 25% ότι δεν πρέπει και το 11% δε γνώριζε ποια είναι η προβλεπόμενη δράση.



**Γράφημα 26.** Κατανομή στην ερώτηση για το αν το HPV DNA-test ανιχνεύσει ογκογόνους τύπους πρέπει να γίνεται πάντα κολποσκόπηση

Στην ερώτηση αν σε χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις στο test-PAP δε χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος το 81% απάντησε πως η δήλωση αυτή είναι λάθος, το 8% ότι είναι σωστή και το 11% δε γνώριζε.



**Γράφημα 27.** Κατανομή στην ερώτηση αν σε χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις στο test-PAP δε χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος

Στην ερώτηση εάν η βιοψία και κωνοειδής εκτομή προηγούνται της κολποσκόπησης το 53% δε γνώριζε τι ισχύει, το 29% απάντησε ότι δεν προηγούνται και το 18% ότι προηγούνται.



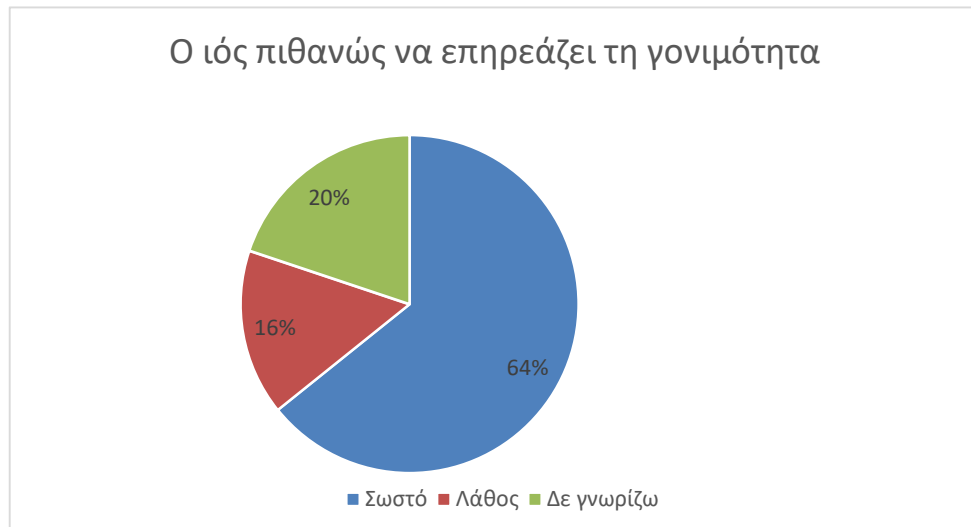
**Γράφημα 28.** Κατανομή στην ερώτηση εάν η βιοψία και κωνοειδής εκτομή προηγούνται της κολποσκόπησης

Στην ερώτηση αν μετά την κωνοειδή εκτομή δε χρειάζεται επανέλεγχος το 64% απάντησε ότι δεν χρειάζεται, το 25% ότι χρειάζεται και το 11% δε γνώριζε τι ισχύει.



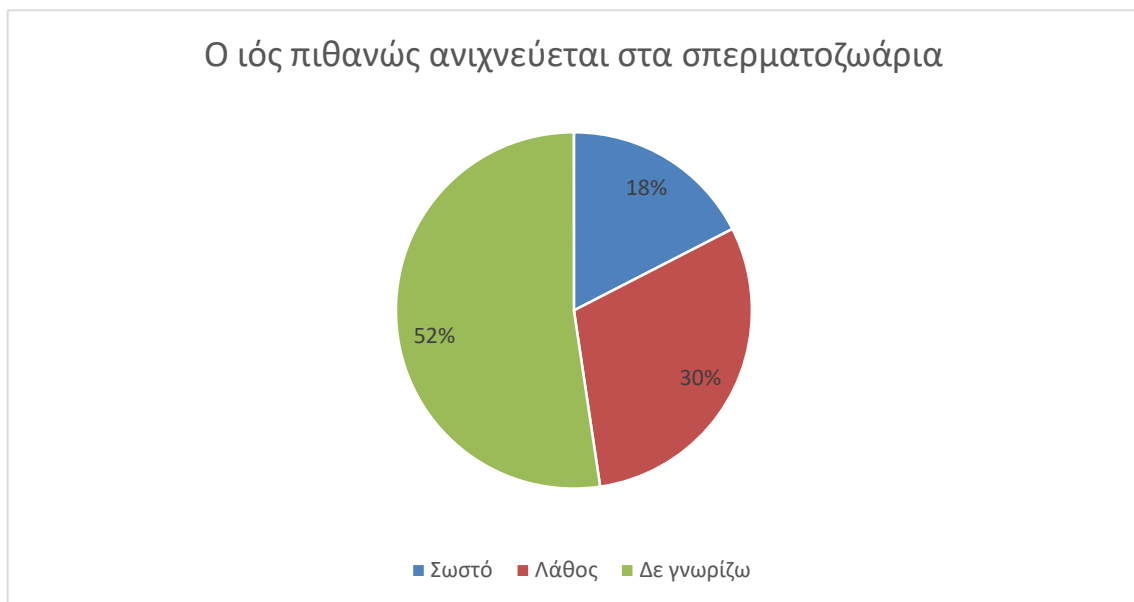
**Γράφημα 29.** Κατανομή στην ερώτηση αν μετά την κωνοειδή εκτομή δε χρειάζεται επανέλεγχος

Στην ερώτηση αν ο ιός πιθανώς να επηρεάζει τη γονιμότητα το 64% χαρακτήρισε ως ορθή τη δήλωση αυτή, το 16% λανθασμένη, και το 20% δεν γνώριζε τη σωστή απάντηση.



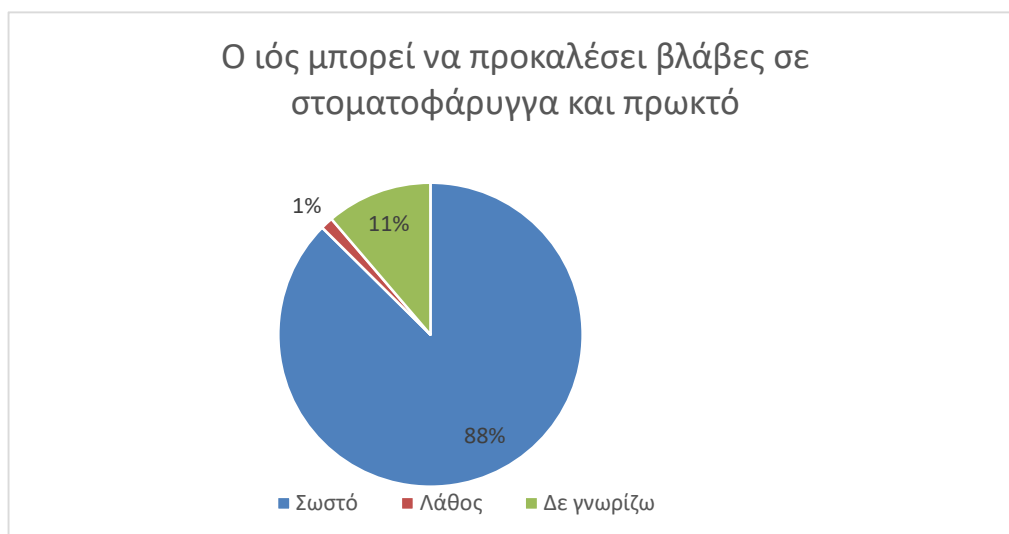
**Γράφημα 30.** Κατανομή στην ερώτηση αν ο ιός πιθανώς να επηρεάζει τη γονιμότητα

Στην ερώτηση εάν ο ιός πιθανώς ανιχνεύεται στα σπερματοζώαρια το 52% δε γνώριζε τι ισχύει, το 30% απάντησε ότι δεν ανιχνεύεται και το 18% ότι ανιχνεύεται.



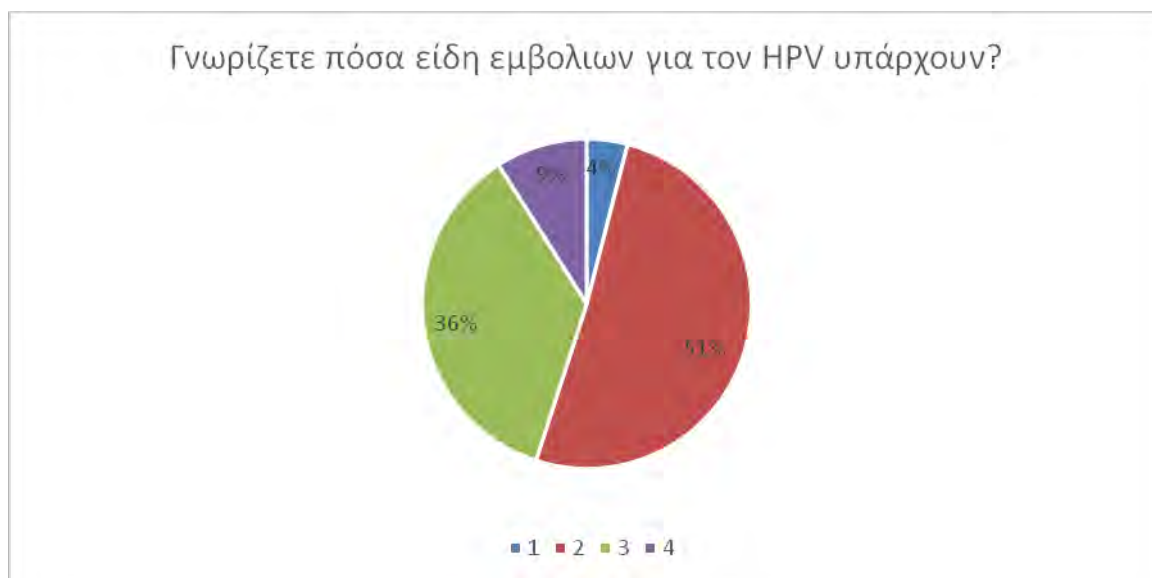
**Γράφημα 31.** Κατανομή στην ερώτηση εάν ο ιός πιθανώς ανιχνεύεται στα σπερματοζώαρια

Στην ερώτηση για το αν ο ιός μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε στοματοφάρυγγα και πρωκτό το 88% απάντησε ότι συμφωνεί, το 1% ότι διαφωνεί και το 11% δε γνώριζε.



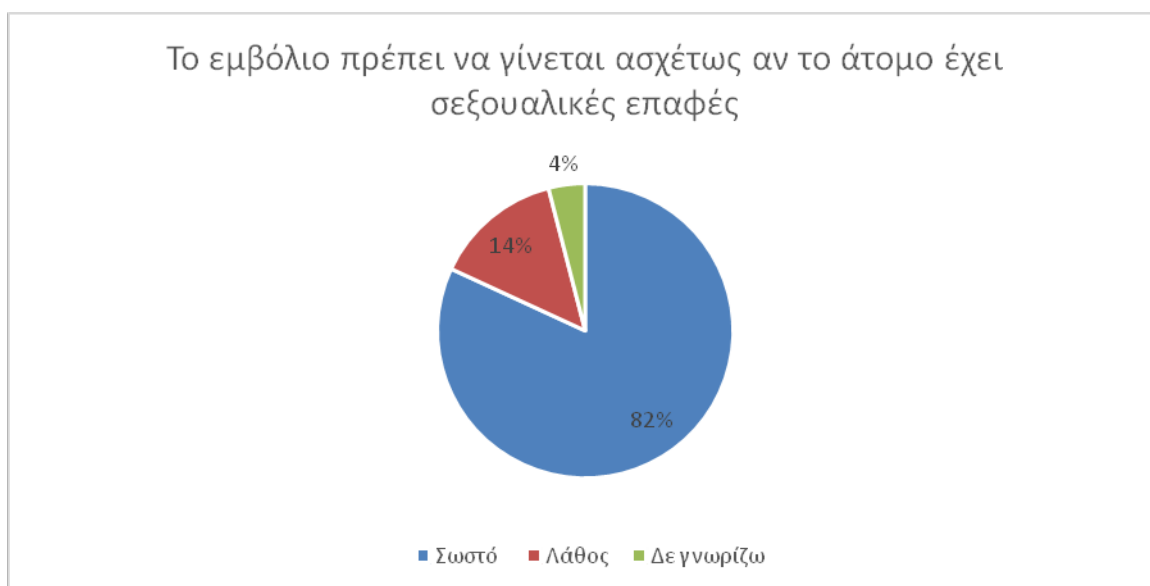
**Γράφημα 32.** Κατανομή στην ερώτηση αν ο ιός μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε στοματοφάρυγγα και πρωκτό

Στην ερώτηση σχετικά με τη γνώση για τον αριθμό των εμβολίων σχετικά με τον HPV το 51% απάντησε δυο, το 36% απάντησε τρία, το 9% τέσσερα και το 4% ένα.



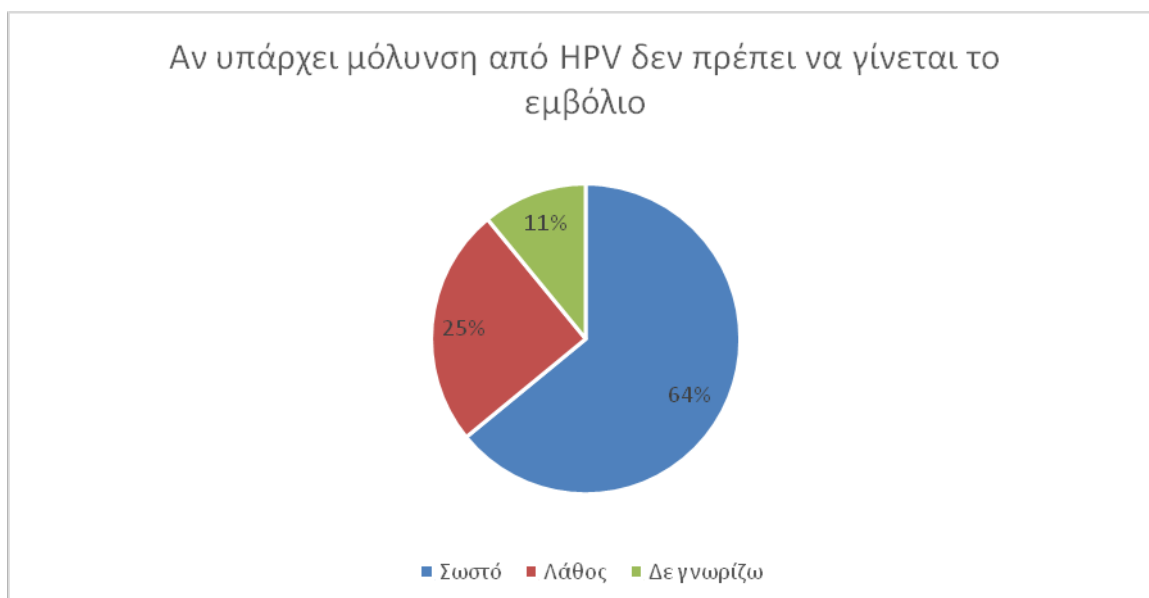
**Γράφημα 33.** Κατανομή στην ερώτηση σχετικά με τη γνώση για τον αριθμό των εμβολίων

Στην ερώτηση για το αν το εμβόλιο πρέπει να γίνεται ανεξάρτητα αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές το 82% απάντησε ότι κάτι τέτοιο είναι σωστό, το 14% ότι είναι λάθος και το 4% δε γνώριζε.



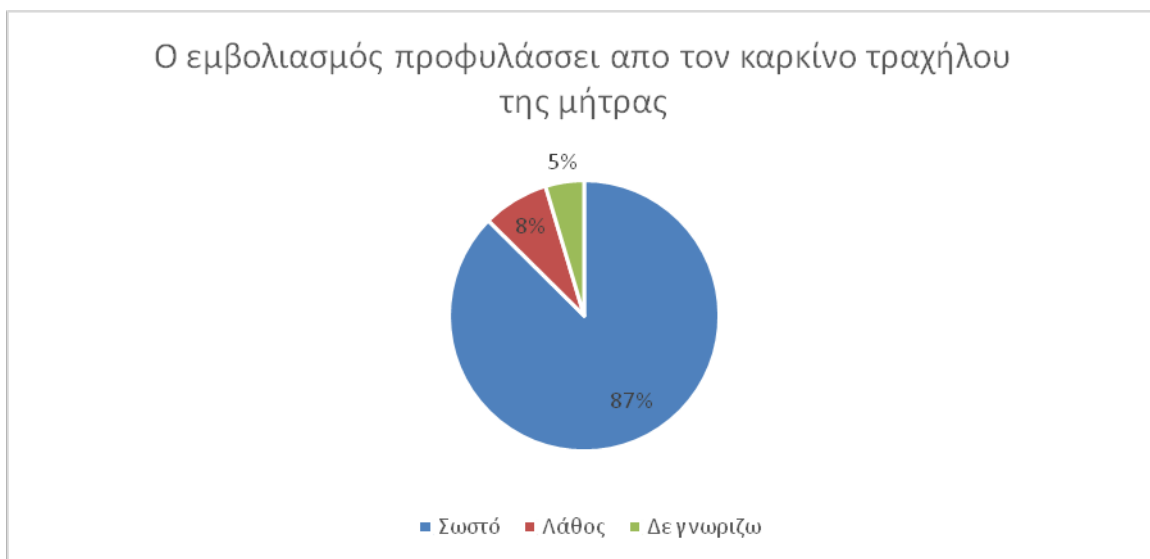
**Γράφημα 34.** Κατανομή στην ερώτηση για το αν το εμβόλιο πρέπει να γίνεται ανεξάρτητα αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές.

Στην ερώτηση που αφορούσε την περίπτωση που υπάρχει μόλυνση από HPV αν πρέπει να γίνεται το εμβόλιο το 64% απάντησε ότι δεν πρέπει, το 25% ότι πρέπει και το 11% δε γνώριζε.



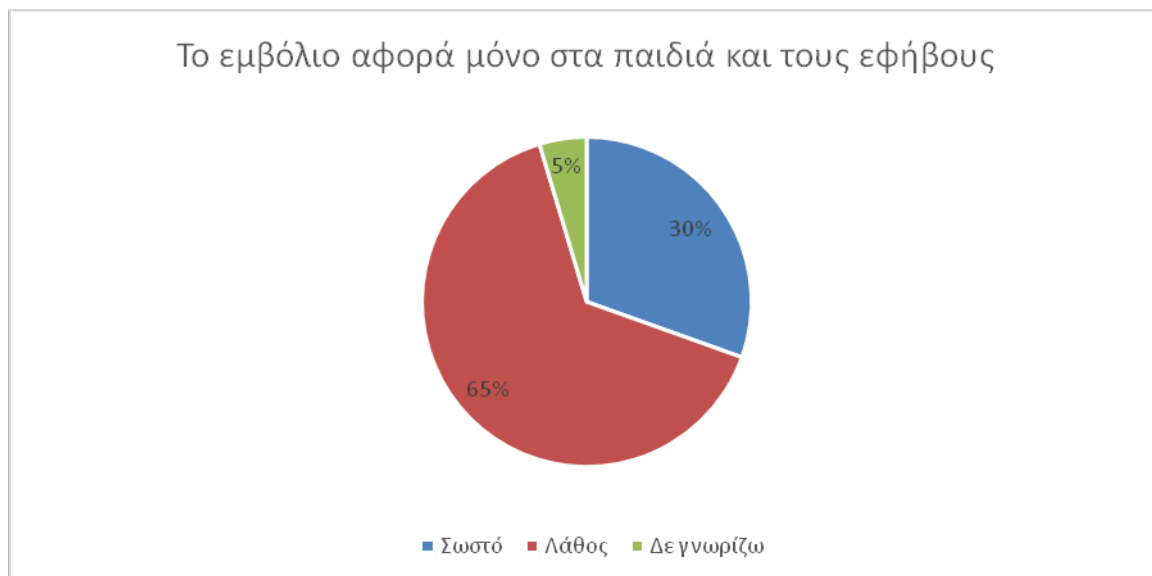
**Γράφημα 35.** Κατανομή στην ερώτηση που αφορούσε την περίπτωση που υπάρχει μόλυνση από HPV

Στην ερώτηση αν ο εμβολιασμός προφυλάσσει από τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας το 87% απάντησε ότι προφυλάσσει, το 8% ότι δεν προφυλάσσει και το 5% δεν γνώριζε.



**Γράφημα 36.** Κατανομή στην ερώτηση αν ο εμβολιασμός προφυλάσσει από τον καρκίνο της μήτρας

Στην ερώτηση σχετικά με το αν το εμβόλιο αφορά μόνο τα παιδιά και τους εφήβους το 65% απάντησε ότι κάτι τέτοιο είναι λάθος, το 30% ότι είναι σωστό και το 5% δε γνώριζε.



**Γράφημα 37.** Κατανομή στην ερώτηση σχετικά με το αν το εμβόλιο αφορά μόνο τα παιδιά και τους εφήβους



Στην ερώτηση αν το εμβόλιο αφορά μόνο το γυναικείο πληθυσμό οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ποσοστό 73% ότι συμφωνούν, ενώ το 10% διαφωνούσε και το 17% δε γνώριζε.



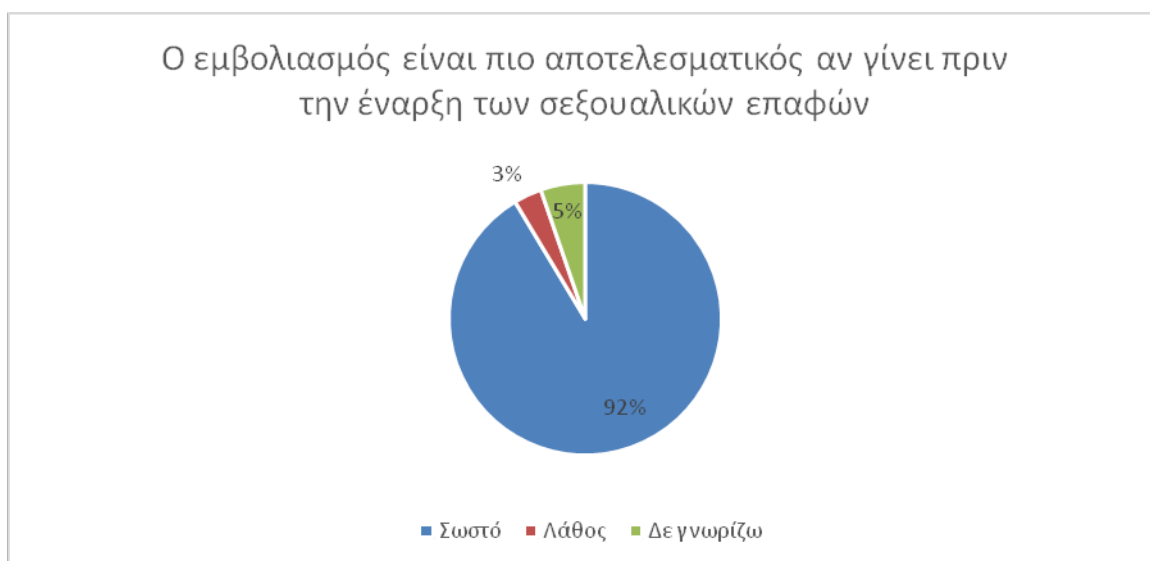
**Γράφημα 38.** Κατανομή στην ερώτηση αν το εμβόλιο αφορά μόνο το γυναικείο πληθυσμό

Στην ερώτηση πόσες δόσεις περιλαμβάνει το εμβόλιο το 38% απάντησε τρεις, επίσης 38% απάντησε ανάλογα με την ηλικία, το 13% δυο και το 11% δε γνώριζε.



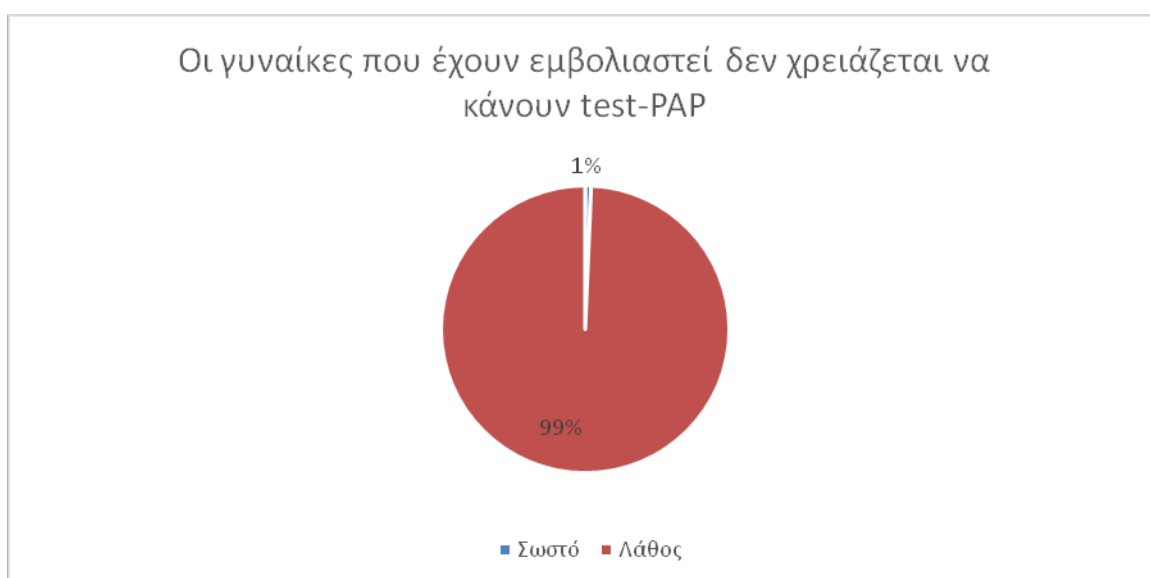
**Γράφημα 39.** Κατανομή στην ερώτηση για το πόσες δόσεις περιλαμβάνει το εμβόλιο

Στην ερώτηση αν ο εμβολιασμός είναι πιο αποτελεσματικός αν γίνει πριν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών οι συμμετέχοντες συμφώνησαν σε ποσοστό 92%, ενώ το 3% χαρακτήρισε κάτι τέτοιο ως λανθασμένο και το 5% δε γνώριζε



**Γράφημα 40.** Κατανομή στην ερώτηση αν ο εμβολιασμός είναι πιο αποτελεσματικός αν γίνει πριν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών

Στην ερώτηση αν οι γυναίκες που έχουν εμβολιαστεί δε χρειάζεται να κάνουν test-PAP οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 99% χαρακτήρισαν ως λανθασμένη την πρακτική αυτή, ενώ μόλις το 1% ως σωστή.



**Γράφημα 41.** Κατανομή στην ερώτηση αν οι γυναίκες που έχουν εμβολιαστεί δε χρειάζεται να κάνουν test-PAP

Στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν εμβολιαστεί σε ποσοστό 88% απάντησαν αρνητικά ενώ το 12% απάντησε θετικά



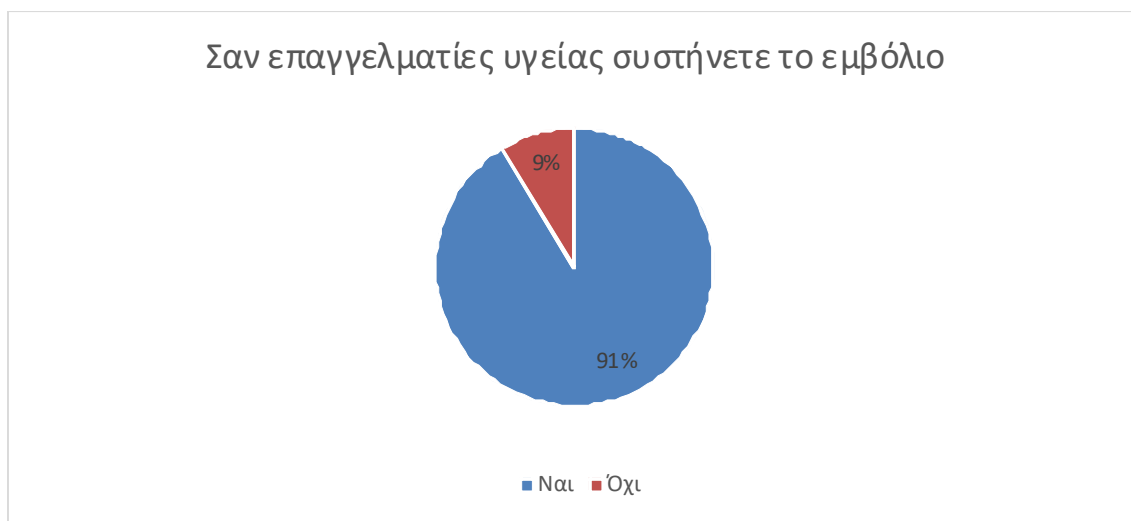
**Γράφημα 42.** Κατανομή στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν εμβολιαστεί

Στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν εμβολιάσει τα παιδιά τους σε ποσοστό 76% απάντησαν πως δεν τα έχουν εμβολιάσει ενώ σε ποσοστό 24% απάντησαν ότι τα έχουν εμβολιάσει.



**Γράφημα 43.** Κατανομή στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν εμβολιάσει τα παιδιά τους

Στην ερώτηση εάν σαν επαγγελματίες θα σύστηναν το εμβόλιο οι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά, και σε ποσοστό 9% αρνητικά



**Γράφημα 44.** Κατανομή στην ερώτηση εάν σαν επαγγελματίες συστήνουν το εμβόλιο

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Συζήτηση

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι υψίστης σημασίας, δεδομένου ότι μελετά τις γνώσεις και τις απόψεις επαγγελματιών υγείας σχετικά με έναν ιό που κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην καρκινογένεση. Οι γνώσεις των υπαλλήλων των νοσοκομείων καθορίζουν όχι μόνο το επίπεδο παροχών υπηρεσιών στους πολίτες αλλά παράλληλα με τις απόψεις προτρέπουν ή αποτρέπουν στη λήψη αποφάσεων όταν βρεθούν αντιμέτωποι με τα θέματα υγείας.

Στην έρευνα συμμετείχαν 151 άτομα. Από αυτά τα 143 ήταν γυναίκες και τα 9 άνδρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων κατείχαν νοσηλευτές τριετούς φοιτήσεως (62%), δεδομένου ότι στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα υπερτερούν από τις άλλες ειδικότητες. Η πλειοψηφία των ηλικιακών ομάδων που συμμετείχαν ήταν οι κατηγορίες 30-39 (36%) και 40-49 (38%).

Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών επαφών ήταν 18.75 έτη με τυπική απόκλιση 2.4 (το 7% δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση) και ο μέσος όρος εναλλαγής ερωτικών συντρόφων ήταν 4 (20% δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή). Πρέπει επίσης να σημειωθεί πως οι περισσότεροι ήταν άγαμοι, δεν κάπνιζαν και γνώριζαν πως ο ιός HPV ανιχνεύεται στο τεστ PAP. Ποσοστό 64% δεν

γνώριζε πως οι περισσότεροι τύποι του ιού υποστρέφουν χωρίς θεραπεία ενώ σημαντικό ποσοστό (11%), δεδομένου του χώρου εργασίας, δεν γνώριζε τη σχέση ιού και καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Σημαντικό είναι που όλοι γνώριζαν τον τρόπο μετάδοσης του ιού αλλά δεν γνώριζαν πως είναι μια πολύ συχνή λοίμωξη. Το 57% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Συγκεκριμένα το 14% αυτών λαμβάνουν χάπια, το 11% έχουν σπιράλ και ποσοστό 75% δήλωσε άλλη μέθοδο χωρίς να τη διευκρινίζει. Πρώτη ενημέρωση για τον ιό έγινε μέσω σπουδών και μέσω του γυναικολόγου (55% και 31% αντίστοιχα) ενώ μόλις το 2% είχαν ως πηγή τους παιδίατρος. Για τη συχνότητα του τεστ PAP το 76% απάντησε πως γίνεται κάθε έτος και μόνο το 16% γνώριζε πως βάσει νέων δεδομένων μπορεί να γίνεται κάθε 3 έτη υπό προϋποθέσεις. Σχετικά με το HPV DNA τεστ οι περισσότεροι γνώριζαν (64%) πότε γίνεται αλλά το 25% στην ερώτηση αν χρειάζεται επανάληψη απάντησαν όχι. Ένα μεγάλο ποσοστό (53%) δε γνώριζε την ιεραρχία κολποσκόπηση-βιοψία-κωνοειδής εκτομή αλλά ούτε τον περαιτέρω έλεγχο μετά την εκτομή.

Στο θέμα των εμβολίων μόνο το 36% γνώριζε τον ακριβή αριθμό εμβολίων που είναι διαθέσιμα. Ενώ ήταν ενήμεροι για την προστασία από τη χρήση των εμβολίων, μεγάλο ποσοστό (17%) δεν γνώριζαν τους πληθυσμούς στους οποίους απευθύνονται τα εμβόλια αλλά ούτε τις δόσεις αυτών. Σημαντικά μεγάλο ποσοστό (88%) των συμμετεχόντων δεν έχουν εμβολιαστεί και εξίσου σημαντικό μεγάλο ποσοστό (76%) δεν έχει εμβολιάσει τα παιδιά του πάρα το γεγονός ότι σαν επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 91% συστήνουν τον εμβολιασμό.

Συγκριτικά με αντίστοιχες μελέτες παγκοσμίως τα αποτελέσματα δε διαφέρουν πολύ. Στη Νορβηγία σε έρευνα που έγινε στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό 1 χρόνο μετά από την εισαγωγή του εμβολιασμού κατά του HPV φάνηκε πως οι μισοί από τους νοσηλευτές Δημόσιας Υγείας γνώριζαν την αιτιώδη σχέση ιού και καρκίνου τραχήλου μήτρας. Προαναφερόμενες γνώσεις ιατρών και νοσηλευτών διέφεραν πολύ με τις πραγματικές τόσο για τον ιό όσο και για τον εμβολιασμό. Το ίδιο συμβαίνει και με τους γιατρούς στην Αυστραλία ένα χρόνο μετά την εισαγωγή των εμβολίων κατά του ιού στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Οι γνώσεις για τον ιό αλλά και τον εμβολιασμό περιορίζονται κατά το ήμισυ. Στη Ιταλία επικρατούν σχεδόν τα ίδια ποσοστά. Αναφορικά με τις απόψεις επαγγελματιών υγείας η μελέτη στη Νορβηγία έδειξε πως μεγάλο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού εμβολίαζε τα παιδιά του συγκριτικά με τα 2/3 του ιατρικού.

## **5.2 Συμπέρασμα**

Το μεγαλύτερο ποσοστό γνώριζε την αιτιώδη σχέση ιού και καρκίνου τραχήλου της μήτρας, τον τρόπο μετάδοσης αλλά και διάγνωσης του ιού.

Η πρώτη πηγή ενημέρωσης ήταν οι σπουδές και ο γυναικολόγος ενώ ο παιδίατρος κατείχε πολύ χαμηλή θέση. Ενώ σαν ενήλικες δεν έχουν εμβολιαστεί, ούτε έχουν εμβολιάσει τα παιδιά τους, συστήνουν τον εμβολιασμό ως επαγγελματίες υγείας.

Η παρούσα μελέτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ενημέρωση άλλων φοιτητών αλλά και ερευνητών προκειμένου να εξεταστούν περαιτέρω οι γνώσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας με σκοπό να προσπελαστούν τα εμπόδια που συνηγορούν στην ελλιπή γνώση τόσο των ίδιων όσο και των πολιτών των χωρών που υπηρετούν.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rebecca Luckett, Sarah Feldman .Impact of 2-, 4- and 9-valent HPV vaccines on morbidity and mortality from cervical cancer.Hum Vaccin Immunother. 2016 Jun; 12(6): 1332–1342. Published online 2015 Nov 20. doi: 10.1080/21645515.2015.1108500
2. Mark H. Ebell, Thuy Nhu Thai, Kyle J. Royalty. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. Public Health Rev. 2018; 39: 7. Published online 2018 Mar 2. doi: 10.1186/s40985-018-0080-0
3. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program ([www.seer.cancer.gov](http://www.seer.cancer.gov)) Cancer Statistics Review (1973–2012), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch, released April 2015. Accessed June/25/2015.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. Eleven [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2013. Available from <http://globocan.iarc.fr>
5. Harper DM<sup>1</sup>, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins CM, Jenkins D, Schuind A, Costa Clemens SA, Dubin G; HPV Vaccine Study group. 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. Lancet. 2006 Apr 15;367(9518):1247-55.
6. Powell NG<sup>1</sup>, Hibbitts SJ, Boyde AM, Newcombe RG, Tristram AJ, Fiander AN. The risk of cervical cancer associated with specific types of human papillomavirus: a case-control study in a UK population. Int J Cancer. 2011 Apr 1;128(7):1676-82. doi: 10.1002/ijc.25485. Epub 2010 May 25.

7. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S: Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis* 2010;202:1789-1799.
8. IARC: Human papillomaviruses; in: *Biological Agents: A Review of Human Carcinogens. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, IARC, 2012, vol 100B.* <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100B/mono100B-11.pdf> (accessed September 2014).
9. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet>
10. Singh N., Sobti RC., Suri V., Nijhawan R., Shama S et al (2013) Down-regulation of tumor suppressor gene PML in uterine cervical carcinogenesis: Impact of human papillomavirus infection *Gynecol ONCOL* 28(3):420-6
11. Harper DM, Demars LR: Primary strategies for HPV infection and cervical cancer prevention. *Clin Obstet Gynecol* 2014;57:256-278
12. IARC: List of Classifications by Cancer Sites with Sufficient or Limited Evidence in Humans, vol 1-105. *International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer*, Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, Plummer M, Sweetland S. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2006;118:1481-1495.
13. Shields TS, Brinton LA, Burk RD, et al: A case-control study of risk factors for invasive cervical cancer among U.S. women exposed to oncogenic types of human papillomavirus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:1574-1582.
14. <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-toc> (accessed December 2, 2014).
15. Harro CD<sup>1</sup>, Pang YY, Roden RB, Hildesheim A, Wang Z, Reynolds MJ, Mast TC, Robinson R, Murphy BR, Karron RA, Dillner J, Schiller JT, Lowy DR. Safety and immunogenicity trial in adult volunteers of a human papillomavirus 16 L1 virus-like particle vaccine. *J Natl Cancer Inst.* 2001 Feb 21;93(4):284-92.

16. F X Bosch, A Lorincz, N Muñoz, C J L M Meijer, K V Shah .The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol. 2002 Apr; 55(4): 244–265.
17. Margaret E. McLaughlin-Drubin, Karl Münger. Oncogenic Activities of Human Papillomaviruses. Published in final edited form as: Virus Res. 2009 Aug; 143(2): 195–208. Published online 2009 Jun 18. doi: 10.1016/j.virusres.2009.06.008
18. Denise A. Galloway, Laimonis A. Laimins. Human papillomaviruses: shared and distinct pathways for pathogenesis. Published in final edited form as: Curr Opin Virol. 2015 Oct; 14: 87–92. Published online 2015 Sep 20. doi: 10.1016/j.coviro.2015.09.001
19. Srinidhi Shanmugasundaram, Jianxin You. Targeting Persistent Human Papillomavirus Infection Viruses. 2017 Aug; 9(8): 229. Published online 2017 Aug 18. doi: 10.3390/v9080229
20. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. Singapore Med J. 2009;50:49–53. [[PubMed](#)]
21. Ines Badano, Daiana J. Sanabria, Maria E. Totaro, Samara Rubinstein, Juan A. Gili, Domingo J. Liotta, Maria A. Picconi, Rodolfo H. Campos, Theodore G. Schurr. Mitochondrial DNA ancestry, HPV infection and the risk of cervical cancer in a multiethnic population of northeastern Argentina. PLoS One. 2018; 13(1): e0190966. Published online 2018 Jan 12. doi: 10.1371/journal.pone.0190966
22. Guardado-Estrada M, Medina-Martínez I, Juárez-Torres E, Roman-Bassaure E, Macías L, Alfaro A, et al. The Amerindian mtDNA haplogroup B2 enhances the risk of HPV for cervical cancer: de-regulation of mitochondrial genes may be involved. J Hum Genet. 2012;57: 269–76. doi: [10.1038/jhg.2012.17](#) [[PubMed](#)].
23. Jack Cuzick, Cosette Wheeler. Need for expanded HPV genotyping for cervical screening. Papillomavirus Res. 2016 Dec; 2: 112–115. doi: 10.1016/j.pvr.2016.05.004
24. International Survey and HPV Time Trends Study Group Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. Lancet Oncol. 2010;11(11):1048–1056. [[PubMed](#)]
25. Monsonego J., Cox J.T., Behrens C., Sandri M., Franco E.L., Yap P.S., Huh W. Prevalence of high-risk human papilloma virus genotypes and associated risk of cervical precancerous



lesions in a large U.S. screening population: data from the ATHENA trial. *Gynecol. Oncol.* 2015;137(1):47–54. [[PubMed](#)]

26. [Luo HX](#)<sup>1</sup>, [Du H](#)<sup>2</sup>, [Liu ZH](#)<sup>2</sup>, [Zhang LJ](#)<sup>2</sup>, [Wang C](#)<sup>2</sup>, [Wu RF](#)<sup>2</sup>. [Evaluation of CIN2+ /CIN3+ risk of different HPV subtypes infection combined with abnormal cytology status]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2018 Mar 23;40(3):232-238. doi: 10.3760/cma.j.issn.0253-3766.2018.03.015.
27. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/el/12-ways/screening/cervical-cancer-screening/5623-2>.
28. Ferenczy A, Gelfand MM, Franco E, Mansour N (1997) Human papillomavirus infection in postmenopausal women with and without hormone therapy. *Obstet Gynecol* 90: 7–11. doi: [10.1016/S0029-7844\(97\)00217-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00217-2) [[PubMed](#)]
29. Petignat P, Faltin D, Goffin F, Billieux MH, Stucki D, et al. (2005) Age-related performance of human papillomavirus testing used as an adjunct to cytology for cervical carcinoma screening in a population with a low incidence of cervical carcinoma. *Cancer* 105: 126–132. doi: [10.1002/encr.21060](https://doi.org/10.1002/encr.21060) [[PubMed](#)]
30. Gyllensten U, Sanner K, Gustavsson I, Lindell M, Wikstrom I, et al. (2011) Short-time repeat high-risk HPV testing by self-sampling for screening of cervical cancer. *Br J Cancer* 105: 694–697. doi: [10.1038/bjc.2011.277](https://doi.org/10.1038/bjc.2011.277) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
31. Rodriguez AC, Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, et al. (2010) Longitudinal study of human papillomavirus persistence and cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3: critical role of duration of infection. *J Natl Cancer Inst* 102: 315–324. doi: [10.1093/jnci/djq001](https://doi.org/10.1093/jnci/djq001) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
32. Jason D Wright, MD, Barbara Goff , MD, Santy J Falk, MD, FACOG. Cervical intraepithelial neoplasia : Terminology, incidence, pathogenesis, and prevention. Literature review current though : April 2018. This topic last update : April 18. 2017.
33. [Pils S](#)<sup>1</sup>, [Joura EA](#)<sup>2</sup>. From the monovalent to the nine-valent HPV vaccine. *Clin Microbiol Infect.* 2015 Sep;21(9):827-33. doi: 10.1016/j.cmi.2015.05.001. Epub 2015 May 14.
34. Simonella, L and Canfell, K. The impact of a two- versus three-yearly cervical screening interval recommendation on cervical cancer incidence and mortality: an analysis of trends in Australia, New Zealand, and England. *Cancer Causes Control.* 2013; **24**: 1727–1736 View in Article | [Crossref](#) | [PubMed](#) | [Scopus](#) (15) [Google Scholar](#)

35. Tabrizi, SN, Brotherton, JML, Kaldor, JM et al. Assessment of herd immunity and cross-protection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2014; **14**: 958–96
36. Lew JB<sup>1</sup>, Simms KT<sup>1</sup>, Smith MA<sup>2</sup>, Hall M<sup>1</sup>, Kang YJ<sup>1</sup>, Xu XM<sup>1</sup>, Caruana M<sup>1</sup>, Velentzis LS<sup>1</sup>, Bessell T<sup>3</sup>, Saville M<sup>4</sup>, Hammond I<sup>5</sup>, Canfell K<sup>6</sup>. Primary HPV testing versus cytology-based cervical screening in women in Australia vaccinated for HPV and unvaccinated: effectiveness and economic assessment for the National Cervical Screening Program. *Lancet Public Health*. 2017 Feb;2(2):e96-e107. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30007-5. Epub 2017 Feb 7.
37. Schiffman M., Castle P.E., Jeronimo J., Rodriguez A.C., Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;370:890–907. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61416-0. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)].
38. Tsung-chieh (Jane) Fu, Joseph J. Carter, James P. Hughes, Qinghua Feng, Stephen E. Hawes, Stephen M. Schwartz, Long Fu Xi, Taylor Lasof, Joshua E. Stern, Denise A. Galloway, Laura A. Koutsky, Rachel L. Winer. Re-Detection versus New Acquisition of High-Risk Human Papillomavirus in Mid-Adult Women. *Int J Cancer*. Author manuscript; available in Published in final edited form as: *Int J Cancer*. 2016 Nov 15; 139(10): 2201–2212. doi: 10.1002/ijc.30283.
39. Su-Hsun Liu, Derek AT Cummings, Jonathan M Zenilman, Patti E Gravitt, Rebecca M Brotman. Characterizing the Temporal Dynamics of Human Papillomavirus DNA Detectability Using Short-Interval Sampling. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Author manuscript; available in PMC 2015 Jan 1. Published in final edited form as: *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014 Jan; 23(1): 200–208. Published online 2013 Oct 15. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0666
40. Shew M.L., Ermel A.C., Tong Y., Tu W., Qadadri B., Brown D.R. Episodic detection of human papillomavirus within a longitudinal cohort of young women. *J. Med. Virol*. 2015;87:2122–2129. doi: 10.1002/jmv.24284. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
41. Patti E. Gravitt, Rachel L. Winer. Natural History of HPV Infection across the Lifespan: Role of Viral Latency. *Viruses*. 2017 Oct; 9(10): 267. Published online 2017 Sep 21. doi: 10.3390/v9100267
42. Katsiaryna Holl, Andrzej M. Nowakowski, Ned Powell, W. Glenn McCluggage, Edyta C. Pirog, Sabrina Collas De Souza, Wiebren A. Tjalma, Mats Rosenlund, Alison Fiander, Maria Castro Sánchez, Vasileia Damaskou, Elmar A. Joura, Benny Kirschner, Robert Koiss, John O'Leary, Wim Quint, Olaf Reich, Aureli Torné, Michael Wells, Lukas Rob, Larisa Kolomiets, Anco Molijn, Alevtina Savicheva, Elena Shipitsyna, Dominique Rosillon, David Jenkins.

- Human papillomavirus prevalence and type-distribution in cervical glandular neoplasias: Results from a European multinational epidemiological study. *Int J Cancer*. 2015 Dec 15; 137(12): 2858–2868. Published online 2015 Jul 14. doi: 10.1002/ijc.29651
43. [www.hvpsociety.gr](http://www.hvpsociety.gr)
44. [www.esdy.edu.gr/.../Εθνικά%20Προγράμματα%20Προσυμπτωματικού%20Ελέγχου.pdf](http://www.esdy.edu.gr/.../Εθνικά%20Προγράμματα%20Προσυμπτωματικού%20Ελέγχου.pdf)
45. <http://www.in.gr/2018/02/26/health/health-news/prosymptomatikos-elegxos-toy-karkinoy-traxiloy-mitras-me-self-sampling/>
46. Wright TC<sup>1</sup>, Stoler MH<sup>2</sup>, Behrens CM<sup>3</sup>, Sharma A<sup>4</sup>, Zhang G<sup>5</sup>, Wright TL<sup>6</sup>. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecol Oncol*. 2015 Feb;136(2):189-97. doi: 10.1016/j.ygyno.2014.11.076. Epub 2015 Jan 8.
47. Malavika Prabhu, Linda O. Eckert Development of World Health Organization (WHO) recommendations for appropriate clinical trial endpoints for next-generation Human Papillomavirus (HPV) vaccines. *Papillomavirus Res*. 2016 Dec; 2: 185–189. Published online 2016 Oct 26. doi: 10.1016/j.pvr.2016.10.002
48. Pitisuttithum P<sup>1</sup>, Velicer C<sup>2</sup>, Luxembourg A<sup>2</sup>. 9-Valent HPV vaccine for cancers, pre-cancers and genital warts related to HPV. *Expert Rev Vaccines*. 2015;14(11):1405-19. doi: 10.1586/14760584.2015.1089174. Epub 2015 Sep 14.
49. Emiko Petrosky, Joseph A. Bocchini, Jr, Susan Hariri, Harrell Chesson, C. Robinette Curtis, Mona Saraiya, Elizabeth R. Unger, Lauri E. Markowitz. Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015 Mar 27; 64(11): 300–304. Published online 2015 Mar 27.
50. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) *MMWR Recomm Rep*. 2014;63(RR-05):1–30. [PubMed]
51. Food and Drug Administration. Gardasil 9 (human papillomavirus 9-valent vaccine, Administration; 2014. Highlights of prescribing information. Available at <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM426457.pdf>.

52. Cristina Giambi, Fortunato D'Ancona, Martina Del Manso, Barbara De Mei, Ilaria Giovannelli, Chiara Cattaneo, Valentina Possenti, Silvia Declich, Local Representatives for VALORE. Exploring reasons for non-vaccination against human papillomavirus in Italy. BMC Infect Dis. 2014; 14: 545. Published online 2014 Nov 11. doi: 10.1186/s12879-014-0545-9
53. Melissa B. Gilkey, Teri L. Malo, Parth D. Shah, Megan E. Hall, Noel T. Brewer. Quality of Physician Communication about Human Papillomavirus Vaccine: Findings from a National Survey. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. Author manuscript; available in PMC 2016 Nov 1. Published in final edited form as: Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Nov; 24(11): 1673–1679. Published online 2015 Oct 22. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0326
54. Melissa B. Gilkey, William A. Calo, Jennifer L. Moss, Parth D. Shah, Macary W. Marciniak, Noel T. Brewer. Provider communication and HPV vaccination: The impact of recommendation quality. Vaccine. Author manuscript; available in PMC 2017 Feb 24. Published in final edited form as: Vaccine. 2016 Feb 24; 34(9): 1187–1192. Published online 2016 Jan 24. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.01.023
55. Karin Nilsen, Olaf Gjerløw Aasland, Elise Klouman. The HPV vaccine: knowledge and attitudes among public health nurses and general practitioners in Northern Norway after introduction of the vaccine in the school-based vaccination programme. Scand J Prim Health Care. 2017 Dec; 35(4): 387–395. Published online 2017 Sep 21. doi: 10.1080/02813432.2017.1358433

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΓΕΝΟΣ: ΘΗΛΥ
- APPEN
2. ΗΛΙΚΙΑ : 20-29  30-39
- 40-49  50 και άνω
3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΔΙΕΤΟΥΣ  ΤΕΙ
- AEI  ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

4. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ /ΤΡΙΑ  ΜΑΙΑ

ΑΛΛΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΕ  ΙΑΤΡΟΣ : .....

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η  ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ/Η  ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ

6. ΠΟΤΕ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ; .....ΕΤΩΝ

7. ΠΟΣΟΥΣ ΕΡΩΤΙΚΟΥΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑΞΕΙ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ; .....

8. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

9. ΑΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ: ..... ΕΤΗ

10. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΜΟΡΦΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

11. ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ:

ΧΑΠΙΑ  ΣΠΙΡΑΛ  ΑΛΛΗ.....

12. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

13. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΑΥΤΟ:

ΜΥΚΗΤΕΣ  ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ (ΓΚΑΡΝΤΝΕΡΕΛΛΑ )

ΧΛΑΜΥΔΙΑ  ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ

ΕΡΠΗ  ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

14. Ο ΙΟΣ ΗΡV ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ:

ΧΕΡΙΑ  ΒΗΧΑΣ/ΦΤΕΡΝΙΣΜΑ

ΤΟΥΑΛΕΤΕΣ  ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

15. Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΗΡV ΕΙΝΑΙ :

ΣΠΑΝΙΑ  ΣΥΧΝΗ

16. ΠΡΩΤΗ ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΗΡV ΗΤΑΝ:

ΜΜΕ  ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ

ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ  ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΣ  ΑΛΛΗ.....

17. Η ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ test-PAP:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

18. ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΕΞΑΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

19. Ο ΙΟΣ ΗΡV ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

20. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

21. Ο ΙΟΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

22. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΟΝ ΙΟ ΕΧΟΥΝ ΠΑΝΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

23. ΤΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ 100% ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

24. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

25. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ test-PAP ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΟΥΝ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΑΝ ΜΕΙΝΟΥΝ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΑ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

26. ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΕΝΕΡΓΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΔΕ ΘΑ ΕΡΘΟΥΝ ΠΟΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

27. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ test-PAP;

ΑΝΑ 6 ΜΗΝΕΣ  ΑΝΑ ΕΤΟΣ   
ΑΝΑ 3 ΕΤΗ  ΑΝΑ 5 ΕΤΗ

28. ΤΟ HPV-DNA test ΓΙΝΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΤΟ test-PAP ΔΕΙΞΕΙ ΑΜΦΙΒΟΛΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

29. ΤΟ HPV-DNA test ΔΕ ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 29 ΕΤΩΝ ΣΑΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΡΟΥΤΙΝΑΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

30. ΑΝ ΤΟ HPV DNA test ΕΙΝΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

31. ΑΝ ΤΟ HPV DNA test ΑΝΙΧΝΕΥΣΕΙ ΟΓΚΟΓΟΝΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΠΑΝΤΑ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

32. ΣΕ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΤΟ test – PAP ΔΕ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΟΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

33. Η ΒΙΟΨΙΑ ΚΑΙ Η ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ ΠΡΟΗΓΟΥΝΤΑΙ ΤΗΣ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

34. ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΩΝΟΕΙΔΗ ΕΚΤΟΜΗ ΔΕ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ:

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

35. Ο ΙΟΣ ΠΙΘΑΝΩΣ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

36. Ο ΙΟΣ ΑΝΙΧΝΕΥΕΤΑΙ ΣΤΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΑ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

37. Ο ΙΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΒΛΑΒΕΣ ΣΕ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΑ ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

38. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΣΑ ΗΔΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΗΡV ΥΠΑΡΧΟΥΝ;

1  2  3  4

39. ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΣΧΕΤΩΣ ΑΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΕΧΕΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

40. ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΗΡV ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

41. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ;

.....

42. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΥΟ ΠΙΟ ΣΥΧΝΟΙ ΤΥΠΟΙ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ;

.....

43. Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

44. ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ:



ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

45. ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

46. ΠΟΣΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ:

2  3  ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

47. Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΣ ΑΝ ΓΙΝΕΙ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΕΠΑΦΩΝ:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

48. ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ test-PAP:

ΣΩΣΤΟ  ΛΑΘΟΣ

49. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

50. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΕΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

51. ΣΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΣΤΗΝΕΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

